



ISSN 2697-6250 (Print)

ISSN 2697-6285 (Online)

Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol. 6 No. 2

ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๒

July - December 2020 กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๓



Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.6 No.2

July – December 2020

ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๒

กรกฎาคม – ธันวาคม ๒๕๖๓

สารบัญ

Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Problems of liability in medical profession to the act of tort 251-263
by ingures of the life and body
ปัญหาความรับผิดของแพทย์จากการกระทำละเมิดทำให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต
และร่างกาย
- Factors related to dengue hemorrhagic fever preventive behavior and 265-278
control among personnel and student at the University of Phayao
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ
บุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยา
- Perceptions of professional nurses regarding ethics and organizational 279-292
culture in a university hospital
การรับรู้จริยธรรมวิชาชีพพยาบาลและวัฒนธรรมองค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัย
- Quality perception and satisfaction of personnel towards annual health 293-306
check-up service by a medical center and a university hospital in
northern region of Thailand
การรับรู้คุณภาพและความพึงพอใจของบุคลากรต่อการให้บริการตรวจสุขภาพ
ประจำปี โดยศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

- Knowledge, attitude, and traffic law enforcement among students of Sciences and Technology in Mahasarakham University 307-315
 ความรู้ ทศนคติ และการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรของนิสิตกลุ่ม
 วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- Factors related to alcohol drinking behavior of university students 317-330
 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษ
 มหาวิทยาลัย
- Restrictions on morphine administration: a comparative study on Thailand, Germany, the United Kingdom, and the United States 331-343
 การจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟีน ศึกษาเปรียบเทียบไทย เยอรมนี อังกฤษ และ
 สหรัฐอเมริกา
- The government mechanism regulations involving farmers protection in the contract farming regime of livestock in Thailand 345-364
 กลไกทางกฎหมายของรัฐกับการคุ้มครองเกษตรกรในระบบเกษตรพันธสัญญาภาค
 ปศุสัตว์ของประเทศไทย
- Sexual Harassment on the Internet : a comparative study of legal measures in Thailand, England and the Republic of Korea 365-381
 การคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ต : ศึกษาเปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายใน
 ประเทศไทย อังกฤษ และสาธารณรัฐเกาหลี
- Consent of vulnerable persons: a study of participation in research involving human subject 383-398
 ความยินยอมของบุคคลเปราะบาง: ศึกษากรณีการเข้าร่วมวิจัยในมนุษย์
- The impact of service quality and patient satisfaction on electronic word-of-mouth in cosmetic surgery patients in Thailand 399-408

Academic Paper บทความวิชาการ

- Thai indigenous medicine law: protection and promotion of indigenous medicine wisdom in community 409-422
กฎหมายว่าด้วยการแพทย์พื้นบ้านไทย : การคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน
- Migrant workers' right on health care in Bangkok healthcare services 423-434
สิทธิการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร
- The women and girls' right of access menstrual hygiene products 435-451
สิทธิของสตรีและเด็กผู้หญิงในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน
- Considerate analysis of the Dispute Resolution Act B.E. 2562 453-465
วิเคราะห์ประเด็นสำคัญภายใต้พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ.2562
- Surveillance, prevention, and control measures of COVID-19 pandemic 467-485
มาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การแพร่ระบาดของโควิด-19

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Public Health Policy & Laws Journal

คณะที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์

รองศาสตราจารย์ ดร.จาวรธรรม ธาดาเดช

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พุทธิภิญโญ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

Assoc. Prof. Dr. Manas Behera, Kalinga Institute of Industrial Technology, India

Dr. Jermish Acharya, Programmes manager, The leprosy mission, Nepal

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์สุขุม เจียมตน มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา คงสีล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ศรีภักดิ์จิตร มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.ยุวณูช สัตยสมบูรณ์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร. ลาวัญย์ ถนัดศิลป์กุล ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทร์คง ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร. สุ่มัทนา กลางคาร ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา ปรีชาวงษ์ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยศรีปทุม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัทรวรรณ ทองใหญ่ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนพงษ์ โจรจนวรรฤทธิ์ Department of Health Professions, Hofstra University

อาจารย์ปวีร์ศรี กิจสุขจิต ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยเกริก

ทุกบทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน
ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขฉบับนี้เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความและเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกเนื้อหาบทความเพื่อการศึกษาหรือปฏิบัติงาน แต่ให้อ้างอิงแหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

สำนักงาน

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 116 โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193
http://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/index.html

ผู้จัดทำ

บรรณาธิการ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 104, 081 399 5215 โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193
e-mail : phlaw.journal@gmail.com
https://www.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/information/authors

พิมพ์ที่ บริษัท โรงพิมพ์วิบูลย์การปก (1997) จำกัด

บทบรรณาธิการแถลง

ในช่วงที่ผ่านมา มีเหตุการณ์สำคัญคือการเกิดการระบาด กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ. 2563 ซึ่งต้องนำพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (Communicable Disease Act B.E. 2558 (A.D. 2015)) มาบังคับใช้ จัดทำเป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เป็นโรคติดต่ออันตราย เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โดยประกาศ “ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563” วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 ว่า ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย พ.ศ. 2559 “(14) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID -19)) มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ ในรายที่มีอาการรุนแรง จะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต”

โดยที่ประชุมคณะรัฐมนตรี (ครม.) ที่มี พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี และรมว.กลาโหม เป็นประธาน มีมติเห็นชอบให้ประกาศใช้พระราชกำหนด (พ.ร.ก.) การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือโควิด-19 โดยเบื้องต้นบังคับใช้เป็นเวลา 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 26 มี.ค. 2563 มีการจัดตั้งศูนย์อำนวยการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน (ศอฉ.) โควิด-19 โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีปลัดกระทรวงที่เกี่ยวข้องร่วมรับผิดชอบ และนำอำนาจตามกฎหมาย 38 ฉบับมาใช้ที่ ศอฉ. โควิด ตาม พ.ร.ก.ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 นายกรัฐมนตรีชี้แจงว่า การออก "ข้อกำหนด" ตามอำนาจ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน ซึ่งในระยะแรก คือการมุ่งลดการแพร่ระบาดในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งไม่ต้องการให้ผู้ใดเดือดร้อน และยังขอความร่วมมือจากประชาชนให้งดเดินทางกลับภูมิลำเนา และระมัดระวังการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และตามมาตรา 9 ของ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ได้ให้อำนาจนายกรัฐมนตรี ออก

ข้อกำหนด ไว้ 6 ประเด็น หากผู้ใดฝ่าฝืน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 40,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามมาตรา 18 ของ พ.ร.ก. ฉบับนี้ ดังนี้

1. ห้ามมิให้บุคคลออกนอกเคสสถาน (เคอร์ฟิว) ภายในระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ หรือเป็นบุคคลซึ่งได้รับยกเว้น
2. ห้ามมิให้มีการชุมนุมมั่วสุมกัน หรือกระทำการใดอันเป็นการยุยงให้เกิดความไม่สงบเรียบร้อย
3. ห้ามการเสนอข่าว หรือข้อความอันอาจทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัว หรือเจตนาบิดเบือนข้อมูลข่าวสารทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสถานการณ์ฉุกเฉิน
4. ห้ามการใช้เส้นทางคมนาคม หรือยานพาหนะ หรือกำหนดเงื่อนไขการใช้เส้นทางคมนาคมหรือการใช้ยานพาหนะ
5. ห้ามการใช้อาคาร หรือเข้าไปหรืออยู่ในสถานที่ใด ๆ
6. ให้อพยพประชาชนออกจากพื้นที่ที่กำหนดเพื่อความปลอดภัย

สำหรับวารสารฉบับนี้ มีเนื้อหาสาระที่น่าเสนอสองส่วน โดยฉบับนี้ มีบทความวิจัยที่เป็นนิพนธ์ต้นฉบับจำนวน 11 เรื่อง และบทความวิชาการจำนวน 4 เรื่อง หากผู้สนใจบทความวิจัยและวิชาการ ผู้สนใจสามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (full text) ได้ ที่ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หรือ เว็บไซต์ https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/about

ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พฤตภิญโญ

บรรณาธิการ

Factors related to dengue hemorrhagic fever preventive behavior and control among personnel and student at the University of Phayao

Duangcheewan Thipsuwan¹, Nuttareeya Sabuathong², Darapim Junkoed³,
Chonlada Palee⁴, Suwimon Kaewrakmuk⁵, Siriporn Panroop⁶,
Narong Chaitiang^{7*}, Sorawit Boonyathee⁸

Abstract

This cross-sectional descriptive research. study aimed to investigate factors related to dengue hemorrhagic fever preventive behavior and control; to study prevention and control behavior of dengue fever; and to study prevention measures and control for dengue fever, among 380 personnel and students at the University of Phayao. Stratified sampling data was used. Questionnaire was a tool for data collection. Data analysis were percentage, mean, standard deviation, Chi-square and Fisher's Exact test.

The results showed that majority were female (59.5%) less than 20 years old, 53.7% had high level of knowledge, 71.6% had moderate level of perception, and 56.3% had moderate level of attitude, 68.2% had high level of protection principles, 69.5% had moderate level of preventive behaviors. Correlation analysis indicated that there were correlation of prevention measures and preventive and control behaviours of dengue fever, with stratified significance at *p*-value of 0.001. Gender, perception, attitude and prevention principles has correlation with prevention and control of dengue fever with statistical significance at *p*-value of 0.05. This study suggest that the personnel involved in the University of Phayao, should set up control measures to prevent dengue fever from occurring within the University of Phayao. Related public health agencies, especially the sub-district health promotion hospitals that are within the area the University of Phayao, should provide knowledge and educate personnel and students at the University of Phayao.

Keywords: Factors /Prevention behavior / Dengue fever / Personnel at University of Phayao

¹⁻⁶ BSc. Major Public Health, School of Medicine, University of Phayao

⁷⁻⁸ School of Medicine, University of Phayao

*corresponding author : kongkangku69@gmail.com

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยา

ดวงชีวัน ทิพย์สุวรรณ¹ ณัฐปรีญา สระบัวทอง² ดาราพิมพ์ จันทร์เกิด³ ชลดา ปาลี⁴
สุวิมล แก้วรากมูข⁵ ศิริพร บัณรูป⁶ ณรงค์ ใจเที่ยง^{7*} สรวิต บุญญฐิ⁸

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และศึกษามาตรการการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยาจำนวน 380 คน มีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน ค่าสถิติไคสแควร์ และฟิชเชอร์ เอ็กซ์แซ็ค

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.5 อายุน้อยกว่า 20 ปี ความรู้ระดับสูง ร้อยละ 53.7 การรับรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 71.6 ทักษะระดับปานกลาง ร้อยละ 56.3 หลักการป้องกันระดับสูง ร้อยละ 68.2 พฤติกรรมการป้องกันระดับปานกลาง ร้อยละ 69.5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า มาตรการป้องกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนเพศ การรับรู้ ทักษะ และหลักการป้องกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การวิจัยนี้เสนอให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมหาวิทยาลัยพะเยาควรเข้าควบคุมดูแลให้มีมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่ให้เกิดการระบาดภายในมหาวิทยาลัยพะเยา และหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีเขตรับผิดชอบในพื้นที่มหาวิทยาลัยพะเยาควรเข้ามาให้ความรู้แก่บุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยา

คำสำคัญ : ปัจจัย /พฤติกรรมการป้องกัน / โรคไข้เลือดออก / บุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยา

¹⁻⁶ หลักสูตร วท.บ.(สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

⁷⁻⁸ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*ผู้ส่งบทความวิจัย : kongkangku69@gmail.com

บทนำ (Introduction)

การเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันไข้เลือดออก และควบคุมลูกน้ำยุงลาย ซึ่งเป็นพาหะนำโรค ไข้เลือดออกเป็นที่ทราบกันว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในอันดับต้นๆของพื้นที่เขต เมืองและชนบท แต่ละปีจะมีรายงานพบจำนวนผู้ป่วยในพื้นที่เขตเมืองมากกว่าพื้นที่เขตชนบท เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีประชากรจำนวนมาก เพื่อให้การจัดการโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพ และอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงได้ตามเป้าหมายที่กรมควบคุมโรคกำหนด สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเด็งกีเน้นการควบคุมยุงลายโดยทั่วไปไม่มีเป้าหมายที่จะกำจัดยุง (*Aedes aegypti*) เป็นหลัก มาตรการที่นำมาใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะต้อง สอดคล้องกับพฤติกรรมของยุงเป้าหมาย ยุงลายชอบกินเลือดคนมากกว่าเลือดสัตว์ โดยมาก จะบินออกหากินในเวลากลางวัน ชอบเกาะพักตามวัสดุที่อับชื้น และเพาะพันธุ์ในภาชนะน้ำขังที่อยู่ใกล้ๆกับบริเวณที่อยู่อาศัยของมนุษย์ วิธีการควบคุมยุงลายที่ทุกคนทำได้ง่ายและ ต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ คือ การกำจัดลูกน้ำยุงลายในภาชนะน้ำขังที่อยู่ในบ้านและ บริเวณบ้านของตนเองและชุมชนที่อยู่อาศัยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุกๆ 7 วัน ป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด และจัดการสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยไม่ให้เป็นที่เพาะพันธุ์ยุงลายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงต้องมีแนวทางการทำงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคไข้เลือดออกในพื้นที่เขตเมือง ซึ่งเน้นในเรื่องการจัดการที่ดีควบคู่กับการควบคุมคุณภาพ การปฏิบัติงานควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพ โดยมีระบบการเฝ้าระวังที่สามารถตรวจจับการ ระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็ว สามารถระบุพื้นที่เสี่ยงได้อย่างถูกต้อง มีการเตรียมความพร้อม ของทรัพยากรเพื่อตอบโต้สถานการณ์ระบาดของโรคไข้เลือดออกเด็งกีได้อย่างรวดเร็ว เช่น บุคลากรมีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติงาน เครื่องพ่นและสารเคมีกำจัดแมลงที่นำมาใช้ ต้องมีประสิทธิภาพในการกำจัดยุงพาหะ มีการควบคุมการปฏิบัติงานให้ถูกต้องตามหลัก วิชาการ มีการเตรียมข้อมูลชุมชนและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนแต่ละประเภท สามารถสื่อสารความเสี่ยงให้ประชาชนรับรู้ความเสี่ยง เห็นความสำคัญ ที่จะต้องช่วยกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบริเวณที่พักอาศัยและในชุมชนของตน ที่สำคัญทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมินผล แก้ไข ปรับปรุง และพัฒนาการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกได้อย่างยั่งยืน (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค, 2561) โรคไข้เลือดออกที่เกิดการระบาดขึ้นในปี พ.ศ. 2562 ส่งผลกระทบต่อทำให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคมีการออกมาตรการควบคุมโรคขึ้น เพื่อเตรียมรับ

สถานการณ์ระบาดของโรคไข้เลือดออกที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนในประเทศ โดยมีข้อสั่งการของกระทรวงสาธารณสุขไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อดำเนินการควบคุมสถานการณ์ไข้เลือดออก (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ประเทศไทยมีการระบาดของโรคทั้งโรคอุบัตีเก่าและอุบัติใหม่เกิดขึ้น (สำนักงานโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากผลการพยากรณ์โรคไข้เลือดออกและการประเมินพื้นที่เสี่ยง มาตรการในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มุ่งเน้นในการป้องกันโรคลวงหน้า โดยการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งภายในบ้านชุมชน สถานที่สำคัญต่างๆ โดยเฉพาะในสถานศึกษาและโรงพยาบาล ควรมีคัดชันลูกน้ำยุงลายเท่ากับศูนย์ซึ่งช่วงเวลาสำคัญที่ควรดำเนินการคือช่วงเดือนมกราคม – เมษายน เนื่องจากเป็นช่วงที่โอกาสการแพร่โรคเกิดน้อยที่สุด และจะส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วยที่อาจเกิดมากขึ้นในช่วงฤดูฝนของทุกปี (พฤษภาคม-สิงหาคม) โดยมุ่งเน้นดำเนินการอย่างเข้มข้นในพื้นที่เสี่ยงสูง แต่อย่างไรก็ตามทุกพื้นที่ควรดำเนินมาตรการดังกล่าวอย่างต่อเนื่องเช่นกัน นอกจากนี้ในระยะที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ควรมีการรณรงค์ให้ผู้ป่วยที่มีไข้เกิน 2 วันต้องไปพบแพทย์ ในการตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุของโรคเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม นำไปสู่การป้องกันผู้ป่วยเสียชีวิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง (กรมควบคุมโรค, 2562)

สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกปัจจุบันในภาคเหนือโดยพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 12,920 ราย ผู้ป่วยตายจำนวน 9 ราย อัตราป่วย 104.04 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 0.07 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายน้อยละ 0.07 (กรมควบคุมโรค, 2562) และในจังหวัดพะเยามีประชากรทั้งหมด 478,144 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 324 ราย ผู้ป่วยตายจำนวน 2 ราย (ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) สสจ.พะเยา, 2562) มหาวิทยาลัยพะเยาเป็นสถานศึกษาแห่งหนึ่งทางภาคเหนือซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดพะเยา อำเภอเมืองพะเยา โดยอำเภอเมืองพะเยาพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 8 ราย แต่ยังไม่มีการพบผู้ป่วยตาย ส่วนในมหาวิทยาลัยพะเยายังไม่พบการระบาดของโรคไข้เลือดออก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีจุดประสงค์ที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรและนิสิตที่พักอาศัยหรือประกอบอาชีพอยู่ในพื้นที่มหาวิทยาลัยพะเยา ซึ่งอาจมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคไข้เลือดออกได้เนื่องจากลักษณะภูมิประเทศของมหาวิทยาลัยพะเยาติดกับหุบเขาที่เป็นป่ารกทึบและมีแหล่งน้ำขังในภาชนะภายในบริเวณหอพักและบริเวณอาคารต่างๆภายในมหาวิทยาลัยพะเยาซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ผู้ที่มีส่วน

เกี่ยวข้องกับมหาวิทยาลัยพะเยารับรู้ถึงระดับมาตรการการป้องกันและควบคุมโรค
ใช้เลือดออกของบุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยาเพื่อนำมาตรการเข้ามาควบคุมดูแล
ไม่ให้เกิดการระบาดของโรคใช้เลือดออกภายในมหาวิทยาลัยพะเยาและหน่วยงานด้าน
สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีเขตรับผิดชอบในพื้นที่
มหาวิทยาลัยพะเยาควรเข้ามาให้ความรู้แก่บุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยา

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้และปัจจัยทางทัศนคติ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของบุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยา
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ของบุคคลด้านการป้องกันโรคใช้เลือดออกที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของบุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยา
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของบุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยา
4. เพื่อศึกษามาตรการการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของบุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยา

วิธีดำเนินการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีประชากร คือ บุคลากรและนิสิตชั้นปีที่ 1 ในมหาวิทยาลัยพะเยา จำนวนทั้งสิ้น 6,381 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 18 – 59 ปี คำนวนขนาดตัวอย่างได้จากสูตรเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan) (ประสพชัย พสุนนท์, 2557) ได้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ 380 คน โดยมีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) (อรวรรณ ศรีโสมพันธ์, 2558) โดยแบ่งประชากรในมหาวิทยาลัยพะเยาออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย บุคลากรสายวิชาการ บุคลากรสายสนับสนุน และนิสิตชั้นปีที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้แบบสอบถาม วัดข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออก การรับรู้การป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก ทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องโรคใช้เลือดออก และหลักการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก และ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการ

ป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยผ่านการตรวจสอบความตรง (Validity) ของเนื้อหาได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำมาหาค่า (Index of item objective congruence) มีค่า IOC = 0.742 และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือบุคลากรและนิสิตชั้นปีที่ 1 ในมหาวิทยาลัยพะเยา จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.77

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของบุคลากรและนิสิต ในมหาวิทยาลัยพะเยา โดยใช้การหาค่า ไคสแควร์ (Chi - Square Test) และ ฟิชเชอร์ เอ็กซ็แซ็ค (Fisher's Exact Test) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีความสำคัญที่ 0.05 และ 0.001

ผลการศึกษา (Results)

บุคลากรและนิสิต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 226 คน ร้อยละ 59.5 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 258 คน ร้อยละ 67.9 รองลงมาอายุ 21-30 ปี จำนวน 45 คน ร้อยละ 11.9 ศาสนาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 355 คน ร้อยละ 93.4 ร้อยละ 5.8 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5,001 - 15,000 บาท จำนวน 182 คน ร้อยละ 47.9 ระดับการศึกษาพบว่า มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 259 คน ร้อยละ 68.2 สถานภาพของบุคลากรพบว่า เป็นนิสิตจำนวน 272 คน ร้อยละ 71.6 รองลงมาเป็นบุคลากรสายสนับสนุน จำนวน 55 คน ร้อยละ 14.5 ที่พักอาศัยพบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่หอพัก จำนวน 264 คน ร้อยละ 69.5 สถานภาพส่วนใหญ่สถานภาพโสด จำนวน 301 คน ร้อยละ 79.2 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 351 คน ร้อยละ 92.4 ประกันสุขภาพส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 235 คน ร้อยละ 61.8

บุคลากรและนิสิตส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง จำนวน 204 คน ร้อยละ 53.7 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 151 คน ร้อยละ 39.7 มีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 28.3 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.1 มีการรับรู้ในการป้องกันควบคุมโรค
 ใช้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 272 คน ร้อยละ 71.6 รองลงมาในระดับสูง
 จำนวน 71 คน ร้อยละ 18.7 มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.4 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.6
 มีทัศนคติเกี่ยวกับความรู้เรื่องไข้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 214 คน
 ร้อยละ 56.3 รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 101 คน ร้อยละ 26.6 มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 36.7
 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.8 มีหลักการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่
 อยู่ในระดับสูง จำนวน 259 คน ร้อยละ 68.2 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 110
 คน ร้อยละ 28.9 มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 18.2 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.7 มี
 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน
 264 คน ร้อยละ 69.5 รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 98 คน ร้อยละ 25.8 มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ
 36.4 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.2 มีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดอยู่
 ในระดับปานกลาง จำนวน 252 คน ร้อยละ 66.3 รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 90 คน ร้อย
 ละ 23.7 มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 117.3 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของบุคลากรและนิสิตมหาวิทยาลัยพะเยาจำแนกตามระดับของ
 ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ หลักการป้องกันและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม
 โรคไข้เลือด

ปัจจัย	จำนวน			Min- Max	Mean	S.D.
	ระดับสูง (%)	ระดับปานกลาง (%)	ระดับต่ำ (%)			
ความรู้	204 (53.7)	151 (39.7)	25 (6.6)	14 - 35	28.3	3.1
การรับรู้	71 (18.7)	272 (71.6)	37 (9.7)	24 - 50	37.9	4.4
ทัศนคติ	101 (26.6)	214 (56.3)	65 (17.1)	25 - 50	36.7	4.8
หลักการ ป้องกัน	259 (68.2)	110 (28.9)	11 (2.9)	12 - 20	18.2	1.7
พฤติกรรม	98 (25.8)	264 (69.5)	18 (4.7)	18 - 50	36.4	5.2
มาตรการ ป้องกัน	38 (10.0)	252 (66.3)	90 (23.7)	91-148	117.3	9.7

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยา

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก			$\chi^2 /$ Fisher's Exact Test	P-value
	ระดับสูง จำนวน (%)	ระดับปาน กลาง จำนวน (%)	ระดับต่ำ จำนวน (%)		
เพศ				7.854	0.019*
ชาย	45 (29.2)	97 (63.0)	12 (7.8)		
หญิง	53 (23.5)	167 (73.9)	6 (2.6)		
รวม	98 (25.8)	264 (69.5)	18 (4.7)		
อายุ				6.006	0.393
น้อยกว่า 20 ปี	67 (26.0)	175 (67.8)	16 (6.2)		
21 – 30 ปี	10 (22.2)	34 (75.6)	1 (2.2)		
31 – 40 ปี	8 (20.0)	32 (80.0)	0 (0.0)		
41 – 50 ปี	13 (35.1)	23 (62.2)	1 (2.7)		
รวม	98 (25.8)	264 (69.5)	18 (4.7)		
ศาสนา				3.528	0.719
พุทธ	91 (25.6)	247 (69.6)	17 (4.8)		
คริสต์	7 (31.8)	14 (63.6)	1 (4.6)		
อิสลาม	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)		
รวม	98 (25.8)	264 (69.5)	18 (4.7)		
รายได้ (บาท)				4.735	0.540
น้อยกว่า 5,000	38 (25.5)	100 (67.1)	11 (7.4)		
5,001 – 15,000	48 (26.4)	127 (69.8)	7 (3.8)		
15,001 – 25,000	8 (21.6)	29 (78.4)	0 (0.0)		
มากกว่า 25,000	4 (33.3)	8 (66.7)	0 (0.0)		
รวม	98 (25.8)	264 (69.5)	18 (4.7)		
ระดับการศึกษา				12.629	0.175
ประถมศึกษา	1 (14.3)	6 (85.7)	0 (0.0)		
มัธยมตอนต้น	3 (14.3)	18 (85.7)	0 (0.0)		

ปัจจัย	พฤติกรรมกำรป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก			$\chi^2/$ Fisher's Exact Test	P-value
	ระดับสูง จำนวน (%)	ระดับปาน กลาง จำนวน (%)	ระดับต่ำ จำนวน (%)		
มัธยมตอนปลาย	11 (42.3)	14 (53.8)	1 (3.9)		
อนุปริญญา/ปวส.	6 (42.9)	8 (57.1)	0 (0.0)		
ปริญญาตรี	65 (25.1)	177 (68.3)	17 (6.6)		
สูงกว่าปริญญาตรี	12 (22.6)	41 (77.4)	0 (0.00)		
รวม	98(25.8)	264 (69.5)	18 (4.7)		
สถานภาพของ บุคลากร			10.252	0.252	
สายวิชาการ	13 (24.5)	40 (75.5)	0 (0.0)		
สายสนับสนุน	18 (32.7)	36 (65.5)	1 (1.8)		
นิสิต	67 (24.6)	188 (69.1)	17 (6.3)		
รวม	98 (25.8)	264 (69.5)	18 (4.7)		
ที่พักอาศัย				6.429	0.417
บ้านตัวเอง	28 (31.8)	58 (65.9)	2 (2.3)		
บ้านเช่า	6 (21.4)	22 (78.6)	0 (0)		
หอพัก	64 (24.0)	184 (69.9)	16 (6.1)		
รวม	98(25.8)	264 (69.5)	18 (4.7)		
สถานภาพ				4.362	0.443
โสด	78 (25.9)	206 (68.4)	17 (5.7)		
สมรส	20 (25.6)	57 (73.1)	1 (1.3)		
หย่าร้าง	0 (0)	1 (100.0)	0 (0)		
รวม	98(25.8)	264 (69.5)	18 (4.7)		
โรคประจำตัว				2.816	0.754
มี	8 (27.6)	21 (72.4)	0(0.0)		
ไม่มี	90(25.7)	243(69.2)	18 (5.1)		
รวม	98 (25.8)	264(69.5)	18 (4.7)		
ประกันสุขภาพ				4.947	0.535

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก			$\chi^2/$ Fisher's Exact Test	P-value
	ระดับสูง จำนวน (%)	ระดับปาน กลาง จำนวน (%)	ระดับต่ำ จำนวน (%)		
สิทธิสวัสดิการ ข้าราชการ	9 (26.5)	24 (70.6)	1 (2.9)		
สิทธิประกันสังคม	20 (31.2)	40 (62.5)	4 (6.3)		
สิทธิประกัน สุขภาพแห่งชาติ	62 (26.4)	162 (68.9)	11 (4.7)		
สิทธิหลักประกัน สุขภาพ	7 (14.9)	38 (80.9)	2 (4.2)		
รวม	98 (25.8)	264 (69.5)	18(4.7)		
ความรู้				7.301	0.119
ระดับสูง	60 (29.4)	137 (67.2)	7 (3.4)		
ระดับปานกลาง	35 (23.2)	108 (71.5)	8 (5.3)		
ระดับต่ำ	3 (12.0)	19 (76.0)	3 (12.0)		
รวม	98 (25.8)	264 (69.5)	18 (4.7)		
การรับรู้				10.837	0.022*
ระดับสูง	29 (40.9)	40 (56.3)	2 (2.8)		
ระดับปานกลาง	63 (23.2)	194 (71.3)	15 (5.5)		
ระดับต่ำ	6 (16.2)	30 (81.1)	1 (2.7)		
รวม	98 (25.8)	264 (69.5)	18 (4.7)		

หมายเหตุ : *p-value \leq 0.05 , **p-value \leq 0.001

สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มาตรการป้องกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนเพศ การรับรู้ ทักษะคิด และหลักการป้องกันควบคุมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยา อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ส่วนอายุ ศาสนา รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพของบุคลากร ที่พัก

อาศัย สถานภาพ โรคประจำตัว ประกันสังคมสุขภาพและปัจจัยด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออก (ตารางที่ 2)

อภิปรายผล (Discussions)

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรและนิสิต ในมหาวิทยาลัยพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จะอธิบายได้ว่า เนื่องจากบุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยา ทั้งเพศชายและเพศหญิงเป็นบุคคลทั่วไปที่สามารถเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกที่สามารถรับรู้ข่าวสารได้ง่ายหลายช่องทางในยุคปัจจุบันจึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั่นเอง สอดคล้องผลงานการวิจัยของ (ประเทือง ฉ่ำน้อย, 2559) ที่ศึกษา เรื่องการศึกษาระดับความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมกำบังดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษา อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ปัจจัยเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วน อาวุโส รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพของบุคลากร ที่พักอาศัย สถานภาพ โรคประจำตัว และประกันสุขภาพสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยา

ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยา สอดคล้องกับผลงานการวิจัยของ(ชลิต เกตุแสง, 2558) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังควบคุมพาหะนำไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอตะโหนด จังหวัดพัทลุง พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยด้านการรับรู้ส่วนบุคคลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรและนิสิต ในมหาวิทยาลัยพะเยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จะอธิบายได้ว่าบุคคลที่ระดับการรับรู้ต่อพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกำบังป้องกันโรคมกกว่าบุคคลที่มีระดับการรับรู้ต่อพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่ำ ดังนั้นการที่บุคลากรและนิสิต ได้รับข่าวสารจากการประชาสัมพันธ์หลากหลายช่องทางเกิดการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง จึงส่งผลให้บุคลากรและนิสิตเกิดการ

รับรู้และมีการแสดงออกทางพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกนั่นเอง สอดคล้อง
ผลงานการวิจัย (ชนิดา มัททวงกูร, 2560) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค
ไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค

ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรและนิสิต ในมหาวิทยาลัย
พะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จะอธิบายได้ว่า ทัศนคติเป็นผลมาจากผลการเรียนรู้
และความรู้สึก เมื่อมนุษย์ได้เรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งและมีความรู้สึกชอบหรือพึงพอใจต่อ
สิ่งนั้นแล้วสิ่งที่ตามมาก็คือ ความพร้อมที่จะกระทำในทางใดทางหนึ่งที่สอดคล้องกับสิ่งนั้น
หากมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกนั้นแล้วจะผลทำให้มีพฤติกรรม
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรและนิสิต ในมหาวิทยาลัยพะเยาเกิดขึ้น
นั่นเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลงานการวิจัยของ (รัชฎาภรณ์ มีคุณ และคณะ, 2562) ที่ศึกษา
เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ
ประชาชนบ้านหนองอีบัว ตำบลหนองสูง จังหวัดอุดรธานี พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยด้านหลักการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยาอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จะอธิบายได้สอดคล้องผลงานการวิจัยของ (ปริตาศักดิ์ หนูแก้ว
และคณะ, 2554) ที่ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบล
ชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย พบว่า ระดับความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมี
ความสัมพันธ์กับการพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการ

มาตรการป้องกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของบุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001
สอดคล้องผลงานการวิจัยของ (ภูวนารถ ลีประเสริฐ, 2556) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนา
แนวทางป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอมะนัง พบว่า กระบวนการนำมาตรการ
ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกสู่การปฏิบัติ ตัวแทนครัวเรือนยอมรับมาตรการป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออกของทุกครัวเรือน การประกาศมาตรการให้ทุกครัวเรือนรับทราบเพื่อ
ถือปฏิบัติ ถือว่าเป็นวาระชุมชนที่ทุกหมู่บ้านชุมชนต้องถือปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

พฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เกิดจาก บุคคลมีความรู้ความเข้าใจถึงปัญหาโรคไข้เลือดออก เกิดความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก จึงทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และเนื่องด้วยลักษณะภูมิประเทศของมหาวิทยาลัยพะเยาติดกับหุบเขาที่เป็นป่ารกทึบและมีแหล่งน้ำที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมหาวิทยาลัยพะเยาควรเข้าควบคุมดูแลให้มีมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่ให้เกิดการระบาดภายในมหาวิทยาลัยพะเยา และหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีเขตรับผิดชอบในพื้นที่มหาวิทยาลัยพะเยาควรเข้ามาให้ความรู้แก่บุคลากรและนิสิตในมหาวิทยาลัยพะเยา

เอกสารอ้างอิง (References)

- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถานการณ์ไข้เลือดออก.ข้อสั่งการยกระดับมาตรการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ปี 2562. Retrieved from <https://drive.google.com/file/d/1MCrkojbZLxZXpXd9SOyviflaQXwUXSf0/view>
- กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือด ปี 2562. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161a8cdf4ad2299f6d23/files/Dangue/Prophecy/2562.pdf>
- กรมควบคุมโรค. (2562). สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำปี 2562 Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161a8cdf4ad2299f6d23/files/Dangue/Situation/2562/DHF%2034.pdf>
- ชนิดา มัททวงกูร. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี่ จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 18(34), 34-48.
- ชลิต เกตุแสง. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมพาหะนำโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอตะโฮมด จังหวัดพัทลุง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 2(1), 24-36.
- ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) สสจ.พะเยา. (2562). สรุปสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพสำคัญ จ.พะเยา ประจำปีเดือนมิถุนายน 2562. Retrieved from http://www.pyomoph.go.th/sub_group.php?id_group=6

- ประเทือง ฉำน้อย. (2559). การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษาอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร วารสารควบคุมโรค, 42(2), 138-150.
- ประสพชัย พสุนนท์. (2557). การกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวทาง Krejcie and Morgan(1970) ในการวิจัยเชิงปริมาณ. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์, 7(2), 112-120.
- ปรีดาศักดิ์ หนูแก้ว และคณะ. (2554). พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 18(2), 47-55.
- ภูวนารถ ลี้มประเสริฐ. (2556). การพัฒนาแนวทางป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอแม่ใจ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 14(3), 25-31.
- รัชฎาภรณ์ มีคุณ และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านฮีเข้า ตำบลขอนยูง อำเภอกุตุบ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 2(2), 26-34.
- สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค. (2561). แนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเมือง *Urban Dengue Unit Guideline*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักงานโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือวิชาการโรคติดต่อเชื้อเดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกี ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Vol. 1). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์: สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค.
- อรวรรณ ศรีโสมพันธ์. (2558). ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยเชิงปริมาณ. Retrieved from file:///D:/%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%A2%20060962/%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%98%E0%B8%B5%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B9%88%E0%B8%A1%20%E0%B8%95%E0%B8%A2.pdf

Problems of liability in medical profession to the act of tort by ingures of the life and body

Phetcharun Rong-ngram*, Sa-ard Hommanee **

Abstract

This thesis aimed to study background, history, concept, and theory on physicians' tort liability on life and body damages. This study covered legal measures in Thailand and abroad, and to analyze problems and obstacles of medical providers, in order to propose recommendations for improvements on tort liability.

The findings showed that (1) searching for crucial medical facts was a heavy burden for the plaintiffs. This is because most of medical evidences are in the exclusive knowledge of the defendants only (physicians). Therefore, it is difficult for the plaintiff to prove and search for important facts necessary for court case accurately and fairly. (2) the problems on proving physicians' tort liability, needs criteria on appointing medical expert witness to establish a fact due to physicians' tort liability, in accordance with Section 84/1 of the Civil Procedure Code; and (3) for punitive damages, the Civil and Commercial Code and the Medical Profession Act, B.E. 2525, still lack of criteria on punitive damages. This leads to physician's tort regularly.

The researchers would like to propose for revisions on the Section 438 of the Civil and Commercial Code and the Section 32 of the Medical Profession Act, B.E. 2525, in order to provide criteria on punitive damages in both laws.

Keyword: liability in medical profession/ act of tort/ ingures of the life and body

* Student in Master of Laws, School of Law. Sripatum University (Chonburi Campus), Corresponding Author: mike_srwa@icloud.com

** School of Law, Sripatum University (Chonburi Campus)

ปัญหาความรับผิดของแพทย์จากการกระทำละเมิดทำให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและร่างกาย

เพชรธัญญ์ ร่องงาม[†], สอาด หอมมณี^{**}

บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประวัติ ความเป็นมา แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความรับผิดของแพทย์ทางละเมิดในความเสียหายเกี่ยวกับชีวิตร่างกาย มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวกับความรับผิดของแพทย์จากการกระทำละเมิดทำให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและร่างกายของต่างประเทศและของประเทศไทย และวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความรับผิดของแพทย์ทางละเมิดในความเสียหายเกี่ยวกับชีวิตร่างกาย เพื่อเสนอแนะแนวทางปรับปรุงและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความรับผิดของแพทย์ทางละเมิดในความเสียหายเกี่ยวกับชีวิตร่างกาย

ผลการศึกษาพบว่า (1) ปัญหาความรับผิดทางละเมิด ในประเด็นนี้พบว่าการค้นหาความจริงยังเป็นภาระหนักของฝ่ายผู้เสียหาย ทั้งนี้เนื่องจากพยานหลักฐานส่วนใหญ่อยู่ในความรู้เห็นของจำเลยเพียงผู้เดียว (แพทย์) จึงยากที่โจทก์นำสืบพิสูจน์และค้นหาความจริงที่สำคัญ อันเป็นข้อมูลที่เป็นต่อการตัดสินคดีที่ถูกต้องและเป็นธรรม (2) ปัญหาเกี่ยวกับภาระการพิสูจน์ความรับผิดทางละเมิดของแพทย์ ในประเด็นนี้พบว่ายังขาดหลักเกณฑ์ในเรื่องการตั้งพยานผู้เชี่ยวชาญในทางการแพทย์มาพิสูจน์ความผิด อันเกิดจากการกระทำละเมิดของแพทย์ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา 84/1 (3) ปัญหาค่าเสียหายในเชิงลงโทษทางละเมิดในกรณีความรับผิดของแพทย์ทางละเมิดในความเสียหายเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย ในประเด็นนี้พบว่าประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์และพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ยังขาดหลักเกณฑ์ในเรื่องของค่าเสียหายเชิงลงโทษ ส่งผลให้เกิดกรณีการละเมิดเกี่ยวกับแพทย์ขึ้นอย่างต่อเนื่อง

งานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่าเห็นควรให้มีแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 438 และพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาตรา 32 ให้มีหลักเกณฑ์เกี่ยวกับค่าเสียหายเชิงลงโทษไว้ในกฎหมายทั้งสองฉบับดังกล่าว

คำสำคัญ : ความรับผิดของแพทย์/ การกระทำละเมิด/ ความเสียหายต่อชีวิตและร่างกาย

[†] นักศึกษาหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี. ผู้ส่งบทความวิจัย Email: mike_srwa@icloud.com

^{**} สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี

1. บทนำ (Introduction)

1.1 ความสำคัญของปัญหา

กฎหมายละเมิดนั้นมีวิวัฒนาการที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายอาญาหรือในบางตำราก็อธิบายว่ากฎหมายละเมิดเป็นระยะเวลาหนึ่งแห่งประวัติศาสตร์ของกฎหมายอาญา แต่เดิมผู้ได้รับความเสียหายอันเนื่องจากการทำอันมิชอบของผู้อื่นมีอำนาจที่จะทำการแก้แค้นโดยการกระทำให้ตัวผู้ก่อการอันมิชอบนั้นต้องได้รับความเสียหายทำนองเดียวกับตนเป็นการตอบแทน เรียกตามกฎหมายตะวันตกว่า กฎหมายตาลิโอ (lex talionis) อันเป็นกฎหมายที่บัญญัติถึงการแก้แค้นตอบแทนกันแบบตาต่อตาฟันต่อฟัน แต่ผู้เสียหายซึ่งมีสิทธิทำการแก้แค้นนั้นอาจละสิทธิแก้แค้น โดยเรียกเอาค่าทำขวัญแทนการแก้แค้นได้ แต่ต้องเป็นสิ่งที่แต่ละฝ่ายต่างตกลงเพื่อผ่อนผันแก่กันโดยบุคคลที่เป็นฝ่ายรุกรานนั้นยังไม่ได้ตกอยู่ในฐานะเป็นลูกหนี้โดยแท้จริงและบุคคลฝ่ายผู้ต้องเสียหายยังไม่ถูกผูกพันให้ต้องรับเอาค่าทำขวัญด้วย (Georges Cavalier and Jean-Sebastien Queguiner, 2007) ต่อมาเมื่อทำการรวบรวมหมู่ชนเป็นปึกแผ่นและรัฐมีความมั่นคงขึ้น จึงห้ามมิให้มีการแก้แค้นระหว่างบุคคลต่อบุคคล และระหว่างครอบครัวต่อครอบครัวจึงมีข้อบังคับให้เลิกทำการแก้แค้นตอบแทนเสียและมีการกำหนดเงินค่าทำขวัญที่ผู้ต้องเสียหายจำจะต้องพอใจรับเอา สำหรับการกระทำละเมิดเรื่องหนึ่ง ๆ และในตอนนี้ผู้กระทำละเมิดตกอยู่ในฐานะเป็นลูกหนี้ที่แท้จริงของผู้ต้องเสียหาย หนี้จึงได้เกิดมีขึ้นตามบทบัญญัติในเรื่องละเมิดนั่นเอง ขนชาติต่าง ๆ ย่อมมีวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงตามที่ได้กล่าวมาเพียงแต่ย่อมมีความเร็วช้าแตกต่างกันไป เมื่อมีวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงจนสามารถเข้าใจว่าสิทธิที่จะลงอาญาแก่ผู้กระทำความผิดนั้นเป็นสิทธิของรัฐแต่เพียงผู้เดียว และผู้ได้รับความเสียหายจากการกระทำความผิดนั้นมีแต่เพียงสิทธิเรียกร้องให้ทดแทนความเสียหายเท่านั้น (เสนีย์ ปราโมช, 2501)

เมื่อประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์เกิดขึ้นในมาตรา 420 ได้กล่าวถึงลักษณะของ ละเมิด ทำให้นับแต่นั้นเป็นต้นมากฎหมายไทยเรียกการกระทำที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นนี้ว่าเป็นละเมิด แต่เป็นละเมิดในความหมายของการประทุษร้ายในทางแพ่งมิใช่ละเมิดตามกฎหมายเก่ากล่าวคือการกระทำละเมิดก่อนนี้ตามกฎหมายที่ผู้กระทำจะต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้เสียหายอันเป็นลักษณะของการกระทำผิดทางแพ่งเท่านั้นมิใช่ความรับผิดทางอาญา (ศันนกรณ โสทธิพันธ์, 2553) และการเรียกร้องค่าเสียหายในคดีละเมิดจึงตกอยู่ภายใต้ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ส่วนการชดใช้ค่าเสียหายนั้น เป็น

การทำให้ผู้เสียหายไม่เสียหายอีกต่อไป โดยความผูกพันระหว่างผู้เสียหายและผู้กระทำละเมิดอยู่ในฐานะเจ้าหนี้ลูกหนี้ การชดใช้ค่าเสียหายจึงเป็นความรับผิดชอบทางแพ่งเท่านั้น การกำหนดค่าเสียหายทางละเมิดตามบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ในปัจจุบันมิได้มุ่งประสงค์ที่จะลงโทษผู้กระทำละเมิดแต่อย่างใด (สุรชัย พวงชูศักดิ์, 2553)

อย่างไรก็ตาม ในประเด็นเรื่องค่าเสียหายในเชิงลงโทษนี้ หากพิจารณากฎหมายของประเทศไทยพบว่า การชดใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มีหลักการพื้นฐานมาจากระบบกฎหมายแบบลายลักษณ์อักษร ซึ่งอยู่บนคนละฐานแนวคิดกับระบบกฎหมายจารีตประเพณีของอังกฤษดังคดีที่กล่าวมา (Helmut Koziol, 2008) เห็นได้จากมาตรา 438 ที่กำหนดให้ศาลใช้ดุลยพินิจกำหนดค่าสินไหมทดแทนตามกรอบแห่งกฎหมายที่วางหลักไว้ การเยียวยาหรือชดเชยจึงเป็นไปในลักษณะเพื่อ “ความเสียหายที่แท้จริง” เท่านั้น เหตุนี้ทำให้การปรับใช้ค่าเสียหายเชิงลงโทษจึงเป็นไปในลักษณะที่จำกัดตามที่กฎหมายระดับพระราชบัญญัติให้อำนาจไว้ ผลคือไม่สามารถนำมาซึ่งการป้องปรามการกระทำละเมิดให้เกิดขึ้นจริงได้ในสังคม ส่งผลถึงการกระทำความผิดซ้ำ โดยเฉพาะกรณีความผิดที่เกิดขึ้นต่อชีวิตร่างกาย

ความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อชีวิตร่างกายนั้น จะเห็นได้บ่อยครั้งในกรณีของวิชาชีพแพทย์ที่ทำหน้าที่ในการรักษาคนไข้ ฉีดยาหรือรักษาคนไข้ผิดวิธี วินิจฉัยผิด ทำให้คนไข้พิการ ตาย หรือเสียโฉม เป็นต้น ยกตัวอย่างเช่น ศาลสั่งจำคุก พ.อ. หมอโรงพยาบาลพระมงกุฎในความผิดฐานประมาททำคนไข้ตาย เหี่ยวเป็นถึง ผอ.พิพิธภัณฑสถานชาติวิทยาการราชภัฏวชิรเวศกมล “นภีตะภัก” ไขขึ้นใต้เปลือกตาซ้ายมองไม่ถนัด เลยไปปรึกษาคลินิกย่านห้วยขวางให้ผ่าออก แพทย์ทหารเจ้าของคลินิกจัดยาแก้ปวด ปรากฏเกิดอาการชัก หัวใจหยุดเต้นเสียชีวิต สู้คดีกันมาตั้งแต่ปี 2551 เมียผู้ตายพอใจ เตรียมฟ้องแพ่งเรียกค่าชดเชยอีก 10 ล้านบาท ที่ศาลอาญาวินิจฉัย 27 ม.ค. ศาลมีคำพิพากษา ในคดีที่นางจिरาภา นภีตะภัก เป็นโจทก์ฟ้อง พ.อ. นพ.ประสงค์ ล้อมทอง แพทย์ รพ.พระมงกุฎ เป็นจำเลยฐานประมาท เป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย เหตุเกิดที่คลินิกย่านห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร วันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2551 ศาลพิพากษาว่า จำเลยเป็นแพทย์มีหน้าที่ระมัดระวังในการรักษาพยาบาล กลับไม่ได้ใช้ความระมัดระวังเพียงพอ เป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายโดยประมาท มีความผิดฐานประมาท เป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ลงโทษจำคุก 1 ปี รอลงอาญา 2 ปี ปรับ 1 หมื่นบาท

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาเกี่ยวกับความรับผิดชอบของแพทย์ทางละเมิดในความเสียหายเกี่ยวกับชีวิตร่างกาย แต่ผู้เสียหายกลับไม่ได้รับความเป็นธรรมดังเหตุผลที่ได้กล่าวมาข้างต้น ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงเห็นสมควรที่จะศึกษาปัญหาดังกล่าวเพื่อเสนอแนะแนวทางเกี่ยวกับความรับผิดชอบของแพทย์ทางละเมิดในความเสียหายเกี่ยวกับชีวิตร่างกาย โดยศึกษากฎหมายของต่างประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา และสาธารณรัฐฝรั่งเศสเป็นแนวทาง เนื่องจากกฎหมายของทั้งสองประเทศเป็นกฎหมายที่ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความเป็นมา แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความรับผิดชอบของแพทย์ทางละเมิดในความเสียหายเกี่ยวกับชีวิตร่างกาย มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบของแพทย์จากการกระทำละเมิดทำให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและร่างกายของต่างประเทศและของประเทศไทย และวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความรับผิดชอบของแพทย์ทางละเมิดในความเสียหายเกี่ยวกับชีวิตร่างกาย เพื่อเสนอแนะแนวทางปรับปรุงและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความรับผิดชอบของแพทย์ทางละเมิดในความเสียหายเกี่ยวกับชีวิตร่างกาย

1.3 การตรวจเอกสารและวิธีดำเนินการศึกษา

งานวิจัยฉบับนี้เป็นการศึกษาในรูปแบบลักษณะเป็นการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยศึกษาวิจัยจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น หนังสือ บทความ คำอธิบาย วารสาร วิทยานิพนธ์ ตำบทยกกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ และสารสนเทศจากหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ซึ่งได้จากห้องสมุดของสถาบันต่าง ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ผลการศึกษา (Results)

จากที่ได้ทบทวนทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาที่นำมาสู่การวิเคราะห์ 3 ประเด็น ประกอบด้วย

ประเด็นที่ 1 ปัญหาเรื่องภาระการพิสูจน์

ในประเด็นปัญหานี้ จะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันความผิดพลาดของแพทย์ที่เกิดขึ้นจากการรักษาคนไข้หรือคนป่วยส่วนใหญ่ นั้น แม้ว่าในปัจจุบันจะมีพระราชบัญญัติ วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 เป็นกฎหมายในการควบคุมวิชาชีพแพทย์อยู่ก็ตาม แต่ก็ยังเป็นเพียงการกำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่ของบุคคลที่ประกอบวิชาชีพไว้เท่านั้น แต่ไม่ได้กำหนดความรับผิดชอบของแพทย์ไว้โดยตรงแต่อย่างใด ดังนั้น ในการพิจารณาความรับผิดในทางละเมิดของแพทย์ จึงต้องนำบทบัญญัติมาตรา 420 ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาใช้บังคับ บัญญัติว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น” และด้วยผลของบทบัญญัตินี้ดังกล่าว จึงเป็นหน้าที่ของผู้เป็นโจทก์ ซึ่งเป็นผู้ได้รับความเสียหายโดยตรงที่จะต้องนำสืบให้ศาลเห็นถึงองค์ประกอบในการกระทำละเมิดของแพทย์ ได้แก่ การกระทำโดยจงใจ หรือประมาทเลินเล่อโดยผิดกฎหมายและเป็นผลโดยตรงที่ทำให้เกิดความเสียหายแก่ตน นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับความเสียหายจะต้องมีหน้าที่ในการพิสูจน์หรือมีภาระการพิสูจน์ (Burden of Proof) ให้ศาลเห็นว่าแพทย์ซึ่งตกเป็นจำเลยนั้นได้กระทำการอย่างไรบ้างอันเป็นการละเมิด เพื่อให้ครบองค์ประกอบของกฎหมายว่ามีความประมาทเลินเล่อ จึงถือว่าจำเลยได้กระทำละเมิดและจะต้องมีความรับผิดในความเสียหายต่อโจทก์ผู้ที่ได้รับความเสียหาย และภาระการพิสูจน์ดังกล่าวนี้ จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์หรือข้อกำหนดเกี่ยวกับภาระการพิสูจน์ที่ได้มีบัญญัติไว้ในบทบัญญัติมาตรา 84/1 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง ซึ่งได้กำหนดเรื่องของภาระการพิสูจน์ไว้ว่า “คู่ความฝ่ายใดกล่าวอ้างข้อเท็จจริงเพื่อสนับสนุนคำคู่ความของตน ให้คู่ความฝ่ายนั้นมีภาระการพิสูจน์ข้อเท็จจริงนั้น แต่ถ้ามีข้อสันนิษฐานไว้ในกฎหมายหรือมีข้อสันนิษฐานที่ควรจะเป็นซึ่งปรากฏจากสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์เป็นคุณแก่คู่ความฝ่ายใด คู่ความฝ่ายนั้นต้องพิสูจน์เพียงว่าตนได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขแห่งการที่ตนจะได้รับประโยชน์จากข้อสันนิษฐานนั้นครบถ้วนแล้ว” [5] ซึ่งหลักกฎหมายดังกล่าวนี้ เราเรียกว่า หลักผู้ใดกล่าวอ้างข้อเท็จจริงใด ผู้นั้นต้องนำสืบ จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวนี้หากพิจารณาคดีเกี่ยวกับความรับผิดในทางละเมิดของแพทย์ ด้วยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประมาทอยู่ในอำนาจของฝ่ายจำเลย (แพทย์) ทั้งหมด ซึ่งไม่มีใครทราบต้นเหตุได้เลยนอกจากตัวจำเลยเท่านั้น แต่ด้วยหลักเกณฑ์ของกฎหมายที่กำหนดภาระหนักนำสืบตกอยู่แก่โจทก์ ดังนั้น ในประเด็นนี้จึงถือว่าการนำสืบข้อเท็จจริงเป็นภาระและเป็นเรื่องที่ยากอย่างยิ่ง และอาจทำให้โจทก์ไม่สามารถนำสืบข้อเท็จจริงได้เลยดังเหตุผลที่ได้กล่าวมาข้างต้น

ประเด็นที่ 2 ปัญหาเรื่องการนำสืบพยานหลักฐาน

ในประเด็นปัญหานี้ จะเห็นได้ว่า พยานผู้เชี่ยวชาญถือเป็นพยานที่มีความสำคัญในกระบวนการพิจารณาคดี ซึ่งหากพิจารณากรณีการกระทำละเมิดที่เกิดจากการกระทำของแพทย์ จะเห็นได้ว่า ในประเด็นนี้จากที่ได้มีการศึกษาพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 พบว่า กฎหมายฉบับดังกล่าวไม่มีบทสันนิษฐานความรับผิด (Presumption of Fault) ในลักษณะที่เป็น การปกป้องบุคคลอื่นเหมือนดังเช่นกรณีตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 422 คงมี เพียงบทบัญญัติซึ่งกำหนดเกี่ยวกับขอบเขตหน้าที่ของบุคคลในองค์กรผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ไว้ อย่างกว้าง ๆ เท่านั้น รวมทั้งข้อกำหนดเกี่ยวกับเรื่องจริยธรรมของแพทย์ในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ แพทย์ถือปฏิบัติ ดังนั้น เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้ที่ได้รับความเสียหาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณี บุคคลภายนอกเป็นผู้ได้รับความเสียหายจากการที่แพทย์เป็นผู้ก่อให้เกิดขึ้นในทางละเมิดนี้ หาก พิจารณาจากบทสันนิษฐานความผิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 422 บัญญัติ ติว่า “ถ้าความเสียหายเกิดแต่การฝ่าฝืนบทบังคับแห่งกฎหมายใดอันมีที่ประสงค์เพื่อจะปกป้อง บุคคลอื่น ๆ ผู้ใดทำการฝ่าฝืนเช่นนั้น ท่านให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้นั้นเป็นผู้ผิด” ซึ่งจากบท สันนิษฐานดังกล่าวนี้ ไม่สามารถนำมาใช้บังคับกับวิชาชีพแพทย์ได้ ทั้งนี้เนื่องจากไม่อาจถือได้ว่า กฎหมายการควบคุมวิชาชีพแพทย์คือ พระราชบัญญัติ วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ที่ใช้อยู่ บังคับในปัจจุบันมีสถานะเป็นกฎหมายอันมีประสงค์เพื่อปกป้องบุคคลอื่น ๆ เหมือนดังเช่น บทบัญญัติตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 422 ซึ่งถือว่าเป็นบทสันนิษฐาน ความผิดให้จำเลยหรือผู้กระทำนั้นเป็นผู้กระทำผิดกฎหมายและให้ถือว่าด้วยบทสันนิษฐานของ กฎหมายตรงนี้เป็นคุณแก่ฝ่ายโจทก์หรือผู้เสียหายซึ่งจะมีผลทางกฎหมายเกี่ยวกับภาระการ พิสูจน์ตกอยู่กับจำเลย ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา 84/1 และด้วยผล ของกฎหมายดังที่กล่าวมาข้างต้น ย่อมจะส่งผลให้โจทก์หรือผู้ได้รับความเสียหายได้รับประโยชน์ จากบทบัญญัตินี้ ทำให้โจทก์หรือผู้เสียหายไม่ต้องมีหน้าที่หรือภาระในการพิสูจน์ว่าจำเลยได้ กระทำละเมิดโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ แต่กลับเป็นหน้าที่ของฝ่ายจำเลยจะต้องมีหน้าที่ใน การนำสืบหรือภาระการพิสูจน์หักล้างบทสันนิษฐานของกฎหมายดังกล่าวข้างต้นว่าตนเองมิได้ ก่อหรือกระทำขึ้นเพื่อตนหลุดพ้นความรับผิดนั่นเอง ดังนั้น ในประเด็นนี้จึงพบว่าการมีพยาน ผู้เชี่ยวชาญในคดีทางการแพทย์ถือว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง

ประเด็นที่ 3 ปัญหาการนำค่าเสียหายเชิงลงโทษมาใช้กับกรณีความรับผิดของแพทย์ ทางละเมิดในความเสียหายเกี่ยวกับชีวิตร่างกาย

ในประเด็นนี้ จะเห็นได้ว่า เมื่อบุคคลใดมีการกระทำละเมิดต่อบุคคลอื่น บุคคลนั้นจะต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้บุคคลที่ได้รับความเสียหายอันเกิดจากการกระทำละเมิดนั้น ตามหลักกฎหมายของประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 ซึ่งมีความมุ่งหมายสำคัญคือ การชดใช้ค่าสินไหมทดแทนนั้น มีหลักพื้นฐานที่จะให้บุคคลที่ได้รับความเสียหายนั้นได้กลับคืนให้ใกล้เคียงกับฐานะเดิมมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมาตรา 438 วรรคหนึ่งของประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บัญญัติว่า “ค่าสินไหมทดแทนจะพึงใช้โดยสถานใดเพียงใดนั้น ให้ศาลวินิจฉัยตามควรแก่พฤติการณ์และความร้ายแรงแห่งละเมิด” จะเห็นได้ว่าบทบัญญัติดังกล่าวเป็นการบัญญัติหลักเกณฑ์ให้อำนาจแก่ศาล หรือผู้พิพากษาในการกำหนดจำนวนเงินในการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนไว้อย่างกว้าง ๆ จึงก่อให้เกิดปัญหาว่า ค่าสินไหมทดแทนที่ผู้ได้รับความเสียหายโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกิดจากการกระทำของแพทย์ที่รักษาคนไข้ผิดวิธี วินิจฉัยโรคผิด หรืออื่น ๆ ทำให้คนไข้นั้นได้รับอันตรายแก่ชีวิต ในประเด็นนี้หากเป็นค่าเสียหายที่ตีราคาได้ก็ไม่มีปัญหามากนัก แต่ที่เป็นประเด็นปัญหาคือ ปัญหาเรื่องค่าเสียหายอันมิใช่ตัวเงิน ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่มีข้อยุ่งยาก รวมทั้งค่าสินไหมทดแทนที่ศาลจะต้องใช้ดุลพินิจในการกำหนดค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้ได้รับความเสียหายต่อชีวิตและร่างกาย ซึ่งศาลที่ตัดสินคดีนั้นมักมีแนวความคิดเห็นแตกต่างกันไป จึงทำให้ผู้เสียหายมีความรู้สึกไม่เป็นธรรม ดังนั้น ในประเด็นนี้จึงพบว่า เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและเป็นการป้องปรามไม่ให้เกิดการกระทำผิดในลักษณะเดิมซ้ำอีก ศาลควรมีอำนาจกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษเพิ่มขึ้นจากจำนวนค่าสินไหมทดแทนที่แท้จริงที่ศาลกำหนดได้

3. อภิปรายผล (Discussion)

จากผลการวิจัยพบว่า (1) ในประเด็นปัญหาเรื่องภาระการพิสูจน์ ในประเด็นนี้เนื่องจากประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา 84/1 กำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าผู้ใดกล่าวอ้างผู้หนึ่งมีภาระในการพิสูจน์ จึงส่งผลให้หน้าที่นำสืบในคดีทางการแพทย์เป็นหน้าที่ของผู้เสียหาย (โจทก์) แต่ด้วยการนำสืบข้อเท็จจริงในคดีทางการแพทย์นี้เป็นเรื่องที่ยากเพราะข้อมูลต่าง ๆ แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าวเท่านั้นที่จะมีข้อมูลหรือรู้ข้อเท็จจริงอย่างแท้จริง ดังนั้น ภาระนำสืบดังกล่าว เมื่อโจทก์ไม่สามารถนำข้อมูลมาพิสูจน์ความจริงในประเด็นข้อพิพาทแห่งคดีนั้น ๆ ให้ศาลเห็นจริงตามที่ศาลกำหนดไว้ได้ โจทก์ต้องเป็นฝ่ายแพ็คตัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวหากพิจารณาเนื้อหา

หลักการการพิสูจน์ของสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร เพราะการใช้ระบบกฎหมายเป็นระบบจารีตประเพณี การพิจารณาข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงนี้จึงต้องพิจารณาตามสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์ (In the ordinary course of event)

(2) ปัญหาเรื่องการนำสืบพยานหลักฐาน

ในประเด็นนี้เนื่องด้วยในปัจจุบันประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา 99 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพยานนั้น พบว่า ยังขาดหลักเกณฑ์ของพยานผู้เชี่ยวชาญในคดีทางการแพทย์ ทำให้การหาพยานและข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับคดีเพื่อนำมาพิสูจน์ความผิดของแพทย์ (จำเลย) ตกเป็นหน้าที่ของผู้เสียหาย ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากอย่างยิ่งในทางปฏิบัติ เพราะด้วยคดีทางการแพทย์เป็นคดีเฉพาะทาง ผู้ที่เกี่ยวข้องหรืออยู่ในวงการทางการแพทย์เท่านั้นถึงจะรู้ถึงข้อมูลดังกล่าว ดังนั้น การมีพยานผู้เชี่ยวชาญในคดีทางการแพทย์ย่อมส่งผลต่อรูปคดีและทำให้การพิจารณาคดีเป็นไปอย่างเป็นธรรมยิ่งขึ้น จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว หากพิจารณาเนื้อหาหลักการนำพยานเข้าสืบของสาธารณรัฐฝรั่งเศส ซึ่งเป็นประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายจารีตประเพณีเหมือนดังเช่นประเทศไทย เช่นนี้ การแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญมาให้ข้อเท็จจริงแก่ศาล ในเรื่องที่ศาลต้องอาศัยผู้มีความรู้ความชำนาญเป็นพิเศษนั้น เป็นเรื่องปฏิบัติกันเป็นปกติของศาลในระบบ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวจัดอยู่ในกลุ่มของผู้ปฏิบัติหน้าที่ในศาล (auxiliaires de justice) และผู้ช่วยศาล (auxiliaire du juge)

(3) ปัญหาการนำค่าเสียหายเชิงลงโทษมาใช้กับกรณีความรับผิดของแพทย์ทางละเมิดในความเสียหายเกี่ยวกับชีวิตร่างกาย ในประเด็นนี้เนื่องด้วยการละเมิดอันเกิดจากการกระทำของแพทย์นั้นมีให้เห็นบ่อยครั้ง และเป็นประเด็นพิพาทที่นำมาสู่กระบวนการพิจารณาคดีในชั้นศาล ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากบทกำหนดโทษที่ยังไม่เด็ดขาดและมีลักษณะเป็นการป้องปรามการกระทำความผิดในลักษณะดังกล่าวอย่างแท้จริง ดังนั้น การนำค่าเสียหายเชิงลงโทษมาใช้บังคับกับกรณีความรับผิดของแพทย์ทางละเมิดในความเสียหายเกี่ยวกับชีวิตร่างกาย ย่อมเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะป้องปรามการกระทำความผิดและป้องปรามไม่ให้เกิดการกระทำความผิดซ้ำ นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับหลักเกณฑ์เรื่องค่าเสียหายเชิงลงโทษของสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และสาธารณรัฐฝรั่งเศส ซึ่งเป็นกลุ่มของประเทศที่งานวิจัยนี้นำมาศึกษาและเป็นกลุ่มประเทศที่กำหนดแนวทางค่าเสียหายเชิงลงโทษมาใช้บังคับภายในประเทศของตน ทำให้การกระทำความผิดของแพทย์ลดลง

เพราะมีความระมัดระวังและเกรงกลัวในบทลงโทษ และยังเป็น การป้องกันปราชัยความผิดใหม่มิให้เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นน้อยลง

4. บทสรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and Recommendation)

(1) บทสรุป

ในเรื่องของความรับผิดชอบของแพทย์จากการกระทำละเมิดทำให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและร่างกายสรุปได้ว่า ในปัจจุบันความเสียหายดังกล่าวเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากกฎหมายที่ใช้บังคับยังไม่มีประสิทธิภาพและทำให้ผู้กระทำความผิดเกิดความเกรงกลัวในการกระทำความผิดดังกล่าว นอกจากนั้นเมื่อเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมก็ยังพบว่าในกระบวนการพิสูจน์ความผิดของผู้เสียหาย โดยเฉพาะการนำพยานผู้เชี่ยวชาญมาเบิกความถึงข้อเท็จจริงอันเป็นประโยชน์แก่คดี ยังพบว่าไม่มีหลักเกณฑ์รองรับ ส่งผลให้ปัจจุบันผู้เสียหายต้องนำพยานหรือหาพยานที่เชี่ยวชาญในคดีทางการแพทย์มาเอง ซึ่งถือเป็นเรื่องยากและภาระของผู้เสียหาย

(2) ข้อเสนอแนะ

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นจึงเป็นที่มาของการเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอแนะทาง ดังนี้

(1) ควรเสนอให้นำหลักข้อสันนิษฐานที่ควรจะเป็นซึ่งปรากฏจากสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์ที่ได้รับการบัญญัติขึ้นใหม่ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา 84/1 มาใช้ในคดีทางการแพทย์เพราะพยานหลักฐานส่วนใหญ่อยู่ในความรู้เห็นของจำเลยเพียงผู้เดียวยากแก่การนำสืบพิสูจน์แก่โจทก์ จึงทำให้เกิดความยากลำบากในการค้นหาความจริงที่สำคัญและจำเป็นต่อการตัดสินคดีที่ถูกต้องและเป็นธรรมได้ ดังนั้น เมื่อโจทก์ไม่สามารถพิสูจน์ความจริงในประเด็นข้อพิพาทแห่งคดีนั้น ๆ ให้ศาลเห็นจริงตามที่ศาลกำหนดไว้ จึงทำให้โจทก์ต้องเป็นฝ่ายแพ้คดีอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

(2) ควรมีการตั้งพยานผู้เชี่ยวชาญในคดีทางการแพทย์อาศัยอำนาจตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา 99 เพื่อให้บุคคลดังกล่าวทำหน้าที่เป็นพยานผู้เชี่ยวชาญให้แก่คู่ความในศาล โดยคุณสมบัติจะต้องเป็นบุคคลที่เป็นคนกลางและไม่มีส่วนได้เสียในคดี นอกจากนั้นแล้วต้องเป็นบุคคลที่คู่ความทุกฝ่ายในคดียอมรับ และที่สำคัญควรได้รับการเลือกสรรและกลั่นกรองมาโดยกระบวนการยุติธรรม

(3) เนื่องด้วยประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยลักษณะละเมิดมิได้มีบทบัญญัติของกฎหมายที่ให้อำนาจศาลในการกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษ และเพื่อให้ศาลมีอำนาจกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษเพิ่มขึ้นจากจำนวนค่าสินไหมทดแทนที่แท้จริงที่ศาลกำหนดได้ จึงควรทำการปรับปรุงแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิดตามมาตรา 438 ให้ศาลมีอำนาจในการกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษ โดยการเพิ่มเติม “วรรคสาม วรรคสี่ และวรรคห้า” ดังนี้ “มาตรา 438 ค่าสินไหมทดแทนจะพึงใช้โดยสถานใดเพียงใดนั้น ให้ศาลวินิจฉัยตามควรแก่พฤติการณ์และความร้ายแรงแห่งละเมิด

อนึ่ง ค่าสินไหมทดแทนนั้นได้แก่การคืนทรัพย์สินอันผู้เสียหาย ต้องเสียไปเพราะละเมิด หรือใช้ราคาทรัพย์สินนั้น รวมทั้งค่าเสียหาย อันจะพึงบังคับให้ใช้เพื่อความเสียหายอย่างใด ๆ อันได้ก่อขึ้นนั้นด้วย”

นอกจากค่าสินไหมทดแทนเพื่อการละเมิดในหมวดนี้ หากข้อเท็จจริงปรากฏว่า การละเมิดได้กระทำต่อผู้เสียหายโดยเจตนาร้าย จงใจ หรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง โดยมีพฤติการณ์ทารุณทารุณโหดร้าย ชมเหงรังแก กลั่นแกล้ง แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ หรือมิได้คำนึงถึงสิทธิของบุคคลอื่น ให้ศาลมีอำนาจกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษเพิ่มขึ้นจากจำนวนค่าสินไหมทดแทนที่ศาลกำหนดได้ตามที่ศาลเห็นสมควร แต่ไม่เกินสองเท่าของค่าสินไหมทดแทนนั้น ทั้งนี้ โดยคำนึงพฤติการณ์ต่าง ๆ เช่น ความเสียหายที่ผู้เสียหายได้รับผลประโยชน์หรือกำไรที่ผู้กระทำละเมิดได้รับสถานะทางการเงินของผู้กระทำละเมิด การที่ผู้กระทำละเมิดได้บรรเทาความเสียหายที่เกิดขึ้น การที่ผู้เสียหายมีส่วนในการก่อให้เกิดความเสียหาย ตลอดจนความสุจริตในการรู้ความหรือการดำเนินคดีของผู้กระทำละเมิดด้วย

การกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษตามวรรคสาม หากค่าสินไหมทดแทนที่ศาลกำหนดมีจำนวนเงินไม่เกินห้าหมื่นบาทหรือไม่เกินจำนวนที่กำหนดคนพระราชกฤษฎีกุ ให้ศาลมีอำนาจกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษได้ไม่เกินห้าเท่าของค่าสินไหมทดแทนที่ศาลกำหนด

ความรับผิดชอบใช้ค่าเสียหายในเชิงลงโทษตามวรรคสามและวรรคสี่ มิให้นำไปใช้เป็นวัตถุประสงค์แห่งสัญญาประกันภัย”

นอกจากนั้นยังเห็นควรให้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติ วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 เกี่ยวกับค่าเสียหายเชิงลงโทษ เพื่อเป็นการให้ความคุ้มครองทั้งผู้เสียหาย ตลอดจนผู้เกี่ยวข้อง และเป็นการป้องปรามไม่ให้แพทย์กระทำการประมาทเลินเล่อ

แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 32 เป็น

“มาตรา 32 บุคคลผู้ได้รับความเสียหายเพราะการประพาศติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ใด มีสิทธิกล่าวหาประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้นั้น โดยทำเรื่องยื่นต่อแพทยสภา

บุคคลอื่นมีสิทธิกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่า ประพาศติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม โดยทำเรื่องยื่นต่อแพทยสภา

คณะกรรมการมีสิทธิกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้มีพฤติการณ์ที่สมควรให้มีการสืบสวนหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกรประพาศติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม สิทธิการกล่าวหาและสิทธิการกล่าวโทษสิ้นสุดลงเมื่อพ้นหนึ่งปีนับแต่วันที่ผู้ได้รับความเสียหายหรือผู้กล่าวโทษรู้เรื่องการประพาศติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมดังกล่าวและรู้ตัวผู้ประพาศติผิด ทั้งนี้ไม่เกินสามปีนับแต่วันที่มีการประพาศติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

การถอนเรื่องการกล่าวหาหรือการกล่าวโทษที่ได้ยื่นไว้แล้วนั้นไม่เป็นเหตุให้ระงับการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

การเรียกค่าเสียหาย นอกจากค่าสินไหมทดแทนเพื่อการละเมิด หากข้อเท็จจริงปรากฏว่า การละเมิดได้กระทำต่อผู้เสียหายโดยเจตนาร้าย จงใจ หรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง โดยมีพฤติการณ์ทารุณทารุณโหดร้าย ข่มเหงรังแก กลั่นแกล้ง แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ หรือมิได้คำนึงถึงสิทธิของบุคคลอื่น ให้ศาลมีอำนาจกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษเพิ่มขึ้นจากจำนวนค่าสินไหมทดแทนที่ศาลกำหนดได้ตามที่ศาลเห็นสมควร แต่ไม่เกินสองเท่าของค่าสินไหมทดแทนนั้น ทั้งนี้ โดยคำนึงพฤติการณ์ต่าง ๆ เช่น ความเสียหายที่ผู้เสียหายได้รับผลประโยชน์หรือกำไรที่ผู้กระทำละเมิดได้รับสถานะทางการเงินของผู้กระทำละเมิด การที่ผู้กระทำละเมิดได้บรรเทาความเสียหายที่เกิดขึ้น การที่ผู้เสียหายมีส่วนในการก่อให้เกิดความเสียหาย ตลอดจนความสุจริตในการรู้ความหรือการดำเนินคดีของผู้กระทำละเมิดด้วย

การกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษตามวรรคหก หากค่าสินไหมทดแทนที่ศาลกำหนดมีจำนวนเงินไม่เกินห้าหมื่นบาทหรือไม่เกินจำนวนที่กำหนดนพระราชกฤษฎีกุ ให้ศาลมีอำนาจกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษได้ไม่เกินห้าเท่าของค่าสินไหมทดแทนที่ศาลกำหนด”

เอกสารอ้างอิง (References)

Georges Cavalier and Jean-Sebastien Queguiner. (2007) Punitive Dinimages and French Public Policy. Lyon, France: Lyon Symposium.

- Helmut Koziol. (2008). Punitive Damages-A European Perspective. Louisiana Law Review. Volume 68 Number 3.
- นพรัตน์ สนั่นพานิชย์กุล. (2538). สิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด ตามบทบัญญัติมาตรา 420: ศึกษาในแง่ประวัติศาสตร์และหลักกฎหมายเปรียบเทียบ. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากฎหมายมหาชน, คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประชุม โฉมฉาย. (2555). กฎหมายเอกชนเปรียบเทียบเบื้องต้น: จารีตโรมันและแอ่งโกลแซกซอน (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน.
- พจน์ บุชปาคม. (2520). ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา.
- ไพจิตร บุญญพันธุ์. (2544). คำสอนชั้นปริญญาโท: กฎหมายเปรียบเทียบไทยกับประมวลกฎหมายนานาชาติประเทศภาค 1 ความทั่วไป และภาค 2 ลักษณะละเมิด. กรุงเทพฯ: วิทยุชน.
- วารี นาสกุล. (2553). คำอธิบายกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ลักษณะ ละเมิด จัดการงานนอกสั่ง ลากมิกวรได้. กรุงเทพฯ: จีรัชการพิมพ์.
- ศันนกรณ์ โสทธิพันธุ์. (2553). คำอธิบายกฎหมายลักษณะละเมิด จัดการงานนอกสั่ง ลากมิกวรได้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิทยุชน.
- เสนีย์ ปราโมช. (2501). กฎหมายอังกฤษว่าด้วยลักษณะสัญญาและละเมิด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สุวรรณศรี.
- สุรัชย์ พ่วงชูศักดิ์. (2553). ค่าเสียหายเชิงลงโทษทางละเมิด. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุขุม ศุภนิത്യ. (2550). คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด. กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ.

Perceptions of professional nurses regarding ethics and organizational culture in a university hospital

Phasawee Thepkam*, Chardsumon Prutipinyo**,
Wanna Phahuwatanakorn***, Nithat Sirichotiratana**

Abstract

This research is a survey study. 1. Study the level of professional nursing ethics perception, and organizational culture perception. 2. Study the association of demographic characteristics of professional nurses and perceptions on ethics and organizational culture. Data were collected from 276 professional nurses in a university hospital by sample random sampling, and research instrument was a questionnaire. There were 249 returned questionnaires, accounting for 90.2%. Data analysis included were percentage, mean, standard deviation and Chi-square test.

The research found that professional nurses had the highest level of perceptions on the Nursing Council Regulation on professional ethics of nurse and midwifery, B.E.2550, and organizational culture. Demographic characteristic associated with the highest perception of Nursing Council Regulation on professional ethics of nurse and midwifery B.E.2550, with statistically significant, was a particular department where nurses were being employed ($p < 0.05$). Age, marital status, length of employment, and level of education were not related to the perception of Nursing Council Regulation on professional ethics of nurse and midwifery B.E.2550. Demographic characteristics were not related to the perception of organizational culture. As far as perception of detailed organizations culture was concerned, every item on the questionnaire received highest score. The items on seniority and companionship had the lowest score ($\bar{x} = 4.27$, $SD = 0.493$). It is recommended that activities for improving professional relationships and camaraderie among senior staff should be promoted.

Key words: professional nurses / professional ethic / perception / organizational culture

*Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

**Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University.

***Department of Obstetric and Gynaecological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

การรับรู้จริยธรรมวิชาชีพพยาบาลและวัฒนธรรมองค์กรของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ภาสวีนี เทพกาล*, ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ**, วรณมา พาหุวัฒนกร***, นิตศน์ ศิริโชติรัตน์ **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ วัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้จริยธรรมวิชาชีพพยาบาลและวัฒนธรรมองค์กรพยาบาล 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกับการรับรู้จริยธรรมวิชาชีพและวัฒนธรรมองค์กรพยาบาล เก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 276 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือคือ แบบสอบถาม ได้รับคืนทั้งหมด 249 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.21 การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า 1. การรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2550 และการรับรู้วัฒนธรรมองค์กรอยู่ในระดับมากที่สุด 2. คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ กลุ่มงานการพยาบาลที่สังกัด และคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร ส่วนผลการศึกษารับรู้วัฒนธรรมองค์กรรายชื่ออยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ข้อปฏิบัติงานด้วยความเป็นพี่น้อง เป็นกัลยาณมิตรมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (\bar{X} = 4.27, SD=0.493) ควรส่งเสริมกิจกรรมการปลูกฝังความเอื้ออาทร

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพ / จริยธรรมวิชาชีพ / การรับรู้ / วัฒนธรรมองค์กร

*นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ (Introduction)

ในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและทางด้านวัตถุเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของคนในสังคมและมีผลกระทบต่อ การบริการสุขภาพ รวมทั้งการบริการพยาบาล ทำให้สังคมเกิดความคาดหวังต่อการบริการของพยาบาลที่แตกต่างจากเดิม ในการให้บริการการพยาบาลหรือการปฏิบัติงานการพยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติทางจริยธรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับกฎเกณฑ์การอยู่ร่วมกันในสังคม คุณค่าส่วนบุคคล ค่านิยม และจรรยาวิชาชีพที่บุคคลนั้นยึดถืออยู่ร่วมกับการแสดงออกต่อผู้รับบริการเป็นพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล วิชาชีพการพยาบาลจึงถูกคาดหวังจากสังคมเป็นอย่างสูงเกี่ยวกับพฤติกรรมจริยธรรม เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ญาติพี่น้อง และเพื่อน บุคคลเหล่านั้นนอกจากจะต้องได้รับการบำบัดรักษาอาการของโรคแล้วยังต้องการความอบอุ่นทางจิตใจ ต้องการเพื่อน ต้องการที่ปรึกษา ต้องการความช่วยเหลือ และต้องการความเข้าใจจากแพทย์จากพยาบาล (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม และสมใจ ศิระกมล, 2558)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม ได้แก่ 1) ปัจจัยทางสังคม ได้รับการคาดหวังจากสังคมสูงว่าจะต้องเป็นผู้ที่มีการแสดงออกที่เหมาะสม มีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจมนุษย์ในยามเจ็บป่วย 2) ปัจจัยทางด้านผู้รับบริการคาดหวังว่าจะได้รับการที่มีมนุษยสัมพันธ์ และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีเมตตากรุณา สนใจ เอาใจใส่ ความเอื้ออาทรและความสุภาพอ่อนโยนซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาพยาบาลจากผู้รับบริการ 3) ปัจจัยทางด้านพยาบาล ต้องมีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ การปฏิบัติต่อหลักการและจรรยาบรรณของวิชาชีพ ให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ โดยคำนึงถึงสภาพจิตใจและความต้องการของผู้รับบริการ 4) ปัจจัยทางด้านหน่วยงานหรือองค์กร จำนวนบุคลากร ความกระตือรือร้น ระบบที่เป็นธรรม ความก้าวหน้าและผลตอบแทนที่พึงได้รับตามสมควรแก่หน้าที่ยอมทำให้บุคลากรมีกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ 5) ปัจจัยทางด้านทัศนคติของบุคลากรทางด้านสุขภาพอนามัยด้านอื่น ๆ การได้รับการยอมรับ การให้เกียรติและความร่วมมือจากบุคลากรด้านอื่น ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ (สิวลี ศิริไล, 2555) วัฒนธรรมองค์กร มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ทุกคนในองค์กรเกิดความเชื่อมั่น จะมุ่งมั่นทุ่มเท และตั้งใจปฏิบัติงานให้บังเกิดผล โดยเฉพาะวัฒนธรรมแบบสร้างสรรค์ ตามแนวคิดของ Cooke and Lafferty (1989) คือ มุ่งเน้นการประสบความสำเร็จ ความเป็นตัวเอง บุคคลและการกระตุ้นไม่ตรีสัมพันธ์ ที่จะทำให้บุคลากรในองค์กรมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ช่วยเหลือ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการทำงาน

ร่วมกันอย่างมีความสุข เกิดความพึงพอใจในงานและ งานที่สามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึง ค่านิยม ความเชื่อ รวมทั้งพฤติกรรมในการทำงานและการดำเนินชีวิตของคนที่ได้รับการปลูกฝังหล่อหลอม และยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมาอย่างต่อเนื่องตลอดจนกลายเป็นเอกลักษณ์ของคนในองค์กร ได้แก่ รักกันดุจพี่น้อง ซื่อสัตย์ ถูกต้อง เชื่อถือได้ รับผิดชอบ มีประสิทธิภาพ ตรงต่อเวลา คิดสร้างสรรค์ ให้เกียรติ เอาใจเขามาใส่ใจเรา คำนึงถึงประโยชน์ของผู้อื่นและส่วนรวมเป็นที่ตั้ง และมุ่งมั่นพัฒนาสู่ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน วัฒนธรรมองค์กรที่เข้มแข็ง สามารถหล่อหลอมทุกคนในองค์กรให้มุ่งมั่น ตั้งใจและทุ่มเท ในการสร้างผลการทำงานที่ดี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้รับผู้ให้บริการที่มีความต้องการทางการพยาบาลสูงเนื่องจากมีความเจ็บป่วยรุนแรง ประกอบกับมีความซับซ้อนในการรักษาพยาบาล พยาบาลวิชาชีพจึงต้องให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด บุคคลทั่วไปในสังคม และผู้รับบริการพยาบาลจะมีความคาดหวังสูงในการที่จะได้รับบริการที่ดี พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล มีมนุษยสัมพันธ์ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีความเมตตา กรุณา ดูแลเอาใจใส่ มีความเอื้ออาทรและมีความสุภาพอ่อนโยน การที่โรงพยาบาลส่งเสริมให้มีการรับรู้วัฒนธรรมในองค์กรจะมีส่วนช่วยให้พยาบาลเป็นหนึ่งเดียวกัน และวัฒนธรรมองค์กรยิ่งมีความเข้มแข็ง บุคลากรในองค์กรจะเกิดความผูกพันกับองค์กร และทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นสมาชิกขององค์กรที่มีวัฒนธรรมที่เหมาะสมและยั่งยืน และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการประพฤติปฏิบัติ หรือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้จริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพและวัฒนธรรมองค์กรพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกับการรับรู้จริยธรรมวิชาชีพพยาบาลและวัฒนธรรมองค์กรพยาบาล โดยวิธีการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลแล้วนำไปดำเนินการพัฒนาและส่งเสริมการรักษาจริยธรรมวิชาชีพพยาบาลและวัฒนธรรมองค์กรพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้จริยธรรมวิชาชีพพยาบาลและวัฒนธรรมองค์กรพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกับการรับรู้จริยธรรมวิชาชีพพยาบาลและวัฒนธรรมองค์กรพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย (Statement of hypothesis)

1. อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา กลุ่มงานการพยาบาลที่สังกัด มีความสัมพันธ์กับการรับรู้จริยธรรม

2. อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา กลุ่มงานการพยาบาลที่สังกัด มีความสัมพันธ์กับการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร

นิยามศัพท์ (Definitions)

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป สาขาทางการพยาบาล ได้รับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่สภาการพยาบาลรับรอง มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี

การรับรู้จริยธรรมวิชาชีพพยาบาล หมายถึง ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษารายการแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

การรับรู้วัฒนธรรมองค์กรพยาบาล หมายถึง ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับค่านิยม ความเชื่อ รวมทั้งพฤติกรรมในการทำงานและการดำเนินชีวิต ของ คนในองค์กร ที่ได้รับการปลูกฝัง หล่อหลอม และยึดถือปฏิบัติ สืบทอดกันมาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนกลายเป็นเอกลักษณ์ของคนในองค์กร ได้แก่ รักกันดุจพี่น้อง (Seniority) ซื่อสัตย์ ถูกต้อง เชื่อถือได้ (Integrity) รับผิดชอบ มีประสิทธิภาพ ตรงต่อเวลา (Responsibility) คิดสร้างสรรค์ (Innovation) ให้เกียรติ เอาใจเขามาใส่ใจเรา (Respect) คำนึง ถึงประโยชน์ของผู้อื่นและส่วนรวมเป็นที่ตั้ง (Altruism) มุ่งมั่นพัฒนาสู่ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน (Journey to excellence and sustainability)

วิธีดำเนินการวิจัย (Method)

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รักษาผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงและมีความซับซ้อนในการรักษาพยาบาล และดูแลผู้รับบริการอย่างครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในกลุ่มงานการพยาบาลที่สังกัด 11 งานการพยาบาล ได้แก่ งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ งานการพยาบาลจักษุ-โสตฯ งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลปฐมภูมิ งานการพยาบาลผ่าตัด งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ งานการพยาบาลระบบหัวใจและ

ตลอดเลือด งานการพยาบาลรังสีวิทยา งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และงานการพยาบาลอายุรศาสตร์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตั้งแต่วันที่ 13 สิงหาคม 2562 ถึง 27 สิงหาคม 2562 ใช้แบบสอบถามจำนวน 276 ชุด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 249 ชุด คิดเป็นร้อยละ 90.21

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research instrument)

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยผ่านฝ่ายการพยาบาล โดยกำหนดเวลารับแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์ หลังแจกแบบสอบถาม แล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองจาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบ และผ่านการทดลองกับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจำนวน 30 ท่าน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของการรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 เท่ากับ 0.919 และการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.971 แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด 5 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา กลุ่มงานการพยาบาลที่สังกัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 พัฒนาแบบสอบถามโดยผู้วิจัย โดยใช้หลักเกณฑ์ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 จำนวนทั้งหมด 28 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร พัฒนาแบบสอบถามโดยผู้วิจัยโดยใช้หลักเกณฑ์วัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลแห่งนี้ จำนวนทั้งหมด 21 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

1. ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บหลังจากได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เอกสารรับรองเลขที่ Si403/2019 หลังจากนั้นติดต่องานวิจัยสารสนเทศงานวิจัยและสารสนเทศการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลของ

โรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อจัดทำหนังสือรับรองการเข้าเก็บข้อมูล เรียนคณบดี ผู้อำนวยการ ฝ่ายการพยาบาลฯ หัวหน้างานการพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยติดต่อ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลฯ หัวหน้างานการพยาบาล แล้วนำแบบสอบถาม จำนวน 276 ชุด ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยชุดเอกสารแต่ละชุดจะประกอบด้วย เอกสารชี้แจงโครงการ เอกสารแสดงความยินยอม แบบสอบถาม (แบบสอบถามประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2550 แบบประเมินการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร) ไปในแต่ละหอผู้ป่วยโดยฝ่ายการพยาบาล

3. ผู้วิจัยติดตามรับแบบสอบถามคืนที่ฝ่ายการพยาบาล

4. เก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2550 และการรับรู้วัฒนธรรมองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ และสถิติ Chi-square test (χ^2 - test) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา งานการพยาบาลที่สังกัด กับการรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 และการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร

ผลการวิจัย (Result)

จากการศึกษา พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 30 ปี อายุเฉลี่ย 33.27 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส โสด ระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานการพยาบาลอายุรศาสตร์

1. ศึกษาระดับการรับรู้จริยธรรมวิชาชีพพยาบาลและวัฒนธรรมองค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

1.1 การรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2550 เมื่อใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ แบ่งระดับการรับรู้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2550 มีคะแนนเท่ากับ 133.6546 (SD= 8.96730) จากคะแนนเต็ม 140 คะแนน การรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2550 รายข้อ พบว่า การรับรู้ระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก

ได้แก่ พยาบาลไม่ควรเปิดเผยความลับของผู้ป่วย (ร้อยละ 93.6), พยาบาลไม่ควรออกไปรับรอง อันเป็นที่จโดยเจตนาหรือให้ความเห็นโดยไม่สุจริตในเรื่องใดๆอันเกี่ยวกับวิชาชีพของตน (ร้อยละ 90) และพยาบาลไม่ควรหลอกลวงผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ให้หลงเข้าใจผิดเพื่อประโยชน์ของตนเอง (ร้อยละ 87.1)

1.2 การรับรู้วัฒนธรรมองค์กรเมื่อใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ แบ่งระดับการรับรู้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร มีคะแนนเท่ากับ 99.7108 (SD=8.53295) จากคะแนนเต็ม 105 คะแนน การรับรู้วัฒนธรรมองค์กร รายชื่อ พบว่า การรับรู้ระดับมากที่สุดใน 3 อันดับแรก ได้แก่ เห็นคุณค่าของคนอย่างเท่าเทียมกัน (ร้อยละ 83.9), เมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติงานพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบ (ร้อยละ 82.7) และ ปฏิบัติงานอย่างเปิดเผยและตรวจสอบได้ (ร้อยละ 82.3)

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกับการรับรู้จริยธรรมวิชาชีพพยาบาลและวัฒนธรรมองค์กรพยาบาล

2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา งานการพยาบาลที่สังกัด กับการรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ งานการพยาบาลที่สังกัด ส่วน อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 1

2.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา งานการพยาบาลที่สังกัด กับการรับรู้วัฒนธรรมองค์กรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยกับการรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550

(n= 249 คน (%))				
ปัจจัย	< Mean	≥Mean	χ^2	p-value
อายุ				
20-29	45(18.07)	88(35.34)	0.591	0.898
30-39	20(8.03)	31(12.45)		
40-49	12(4.82)	25(10.04)		
50-60	10(4.02)	18(7.23)		
สถานภาพสมรส				
โสด	68(27.31)	19(47.79)	0.670	0.413
สมรส/คู่/หม้าย/หย่า/แยก	19(7.63)	43(17.27)		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน				
1-5	33(13.25)	67(26.91)	2.569	0.632
6-10	24(9.64)	35(14.06)		
11-15	8(3.21)	12(4.82)		
16-20	6(2.41)	19(7.63)		
>20	16(6.42)	29(11.65)		
ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรี	76(30.52)	136(54.62)	0.519	0.471
ปริญญาโท	11(4.42)	26(10.44)		
งานการพยาบาลที่สังกัด				
ผู้ป่วยใน	71(28.51)	127(51.00)	6.265	<0.05
ผู้ป่วยนอก	11(4.42)	11(4.42)		
พิเศษ	5(2.01)	24(9.64)		
(Mean= 133.6546)				

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยกับการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร (Mean= 99.7108)

(n= 249 คน (%))				
ปัจจัย	< Mean	≥Mean	χ^2	p-value
อายุ				
20-29	43(17.27)	90(36.14)	4.296	0.231
30-39	17(6.83)	34(13.66)		
40-49	6(2.41)	31(12.45)		
50-60	7(2.81)	21(8.43)		
สถานภาพสมรส				
โสด	57(22.89)	134(52.21)	0.491	0.483
สมรส/คู่/หม้าย/หย่า/แยก	16(6.43)	16(18.47)		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน				
1-5	34(13.65)	66(26.50)	7.658	0.105
6-10	20(8.03)	39(15.66)		
11-15	6(2.41)	14(5.63)		
16-20	2(0.80)	23(9.34)		
>20	11(4.42)	34(13.65)		
ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรี	65(26.10)	147(59.04)	1.242	0.265
ปริญญาโท	8(3.21)	29(11.65)		
งานการพยาบาลที่สังกัด				
ผู้ป่วยใน	61(24.50)	137(55.02)	1.298	0.522
ผู้ป่วยนอก	6(2.41)	16(6.42)		
พิเศษ	6(2.41)	23(9.24)		

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

การรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2550 อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาพบว่า การรับรู้ระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือพยาบาลไม่ควรเปิดเผยความลับของผู้ป่วย (ร้อยละ 93.6), พยาบาลไม่ควรออกใบรับรองอันเป็นเท็จโดยเจตนาหรือให้ความเห็นโดยไม่สุจริตในเรื่องใดๆอันเกี่ยวกับวิชาชีพของตน (ร้อยละ 90) และพยาบาลไม่ควรหลอกลวงผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการให้หลงเข้าใจผิดเพื่อประโยชน์ของตนเอง (ร้อยละ 87.1) สามด้านนี้มีความเด่นชัด เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามหลักจริยธรรม ได้แก่ ไม่ทำในสิ่งที่ไม่ดีและมีอันตราย การบอกความจริง รักษาความลับ และซื่อสัตย์ เป็นหลักสำคัญในการประพฤติปฏิบัติพฤติกรรมจรรยาบรรณที่ถูกต้องสอดคล้องกับผลวิจัยของ พาณิกภัค โปธิ์เงิน (2555) การปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 อยู่ในระดับดีมาก มีความรู้เกี่ยวกับข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 อยู่ในระดับสูง ส่วนผลการศึกษการรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2550 รายชื่ออยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ข้อการแสดงตัวตนได้คะแนนน้อยที่สุดเนื่องจากพยาบาลปกปิดคุณงามความดีโดยไม่ได้มุ่งหวังให้ผู้อื่นรับรู้หรือหวังผลตอบแทน

การรับรู้วัฒนธรรมองค์กรอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาพบว่า การรับรู้ระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือเห็นคุณค่าของคนอย่างเท่าเทียมกัน (ร้อยละ 83.9) , เมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติงานพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบ (ร้อยละ 82.7) และปฏิบัติงานอย่างเปิดเผยและตรวจสอบได้ (ร้อยละ 82.3) สามด้านนี้มีความเด่นชัด เนื่องจากค่านิยมที่ชัดเจนช่วยในการตัดสินใจได้อย่างดี ค่านิยมในวิชาชีพพยาบาลถูกกำหนดหรือเกิดขึ้นตามลักษณะของวิชาชีพ เช่น ความซื่อสัตย์ ความยุติธรรม มีเมตตากรุณา (ชัชวาล วงศ์สารี และอุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์, 2557) สอดคล้องกับผลวิจัยของ อรวรรณ เกียรติกุลพงศ์ (2559) วัฒนธรรมองค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับสูงและอยู่ในระดับสูงทุกมิติ โดยมีมติมุ่งไม่ตรีสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงองค์กรของพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับค่านิยม และพฤติกรรม การแสดงออก เน้นความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรให้มีส่วนร่วมในการทำงาน เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลให้บุคลากรในองค์กรประสบความสำเร็จในการทำงาน วัฒนธรรมองค์กรเป็นกลุ่มของคุณลักษณะสำคัญเป็นค่านิยมขององค์กรทำให้เกิดความเข้าใจและปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกัน เช่นการส่งเสริมความร่วมมือ การให้ความสำคัญกับคนหรืองาน และการ

ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับสุเกียง สุดสวาท (2555) การปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ต้องทำงานแบบบูรณาการ สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี มีการประสานงานกัน และการมีส่วนร่วมทำให้เกิดการสื่อสารและเสริมสร้างบรรยากาศการสนับสนุนซึ่งกันและกัน และอริษา ท้าวแดนคำ (2552) สัมพันธ์ภาพที่ดีและมีความจริงใจต่อเพื่อนร่วมงาน ทำให้เห็นว่าการยอมรับ เข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกัน เป็นเพื่อนร่วมงาน ร่วมทีม มีการแบ่งปันและในการทำงาน ส่วนผลการศึกษาศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมองค์กรรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ข้อการปฏิบัติงานด้วยความเป็นพี่น้อง กัลยาณมิตรได้คะแนนน้อยที่สุดเนื่องจาก ในปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลง 1) ความรู้สึกสงสารและเห็นใจ 2) สมรรถนะในการทำงาน ความสามารถของบุคคลที่เกิดจากความรู้ การตัดสินใจ ทักษะ ประสบการณ์ และแรงจูงใจ 3) ความเชื่อใจ 4) คุณธรรมในใจ ความเห็นใจผู้อื่น 5) ความพึงพอใจและความผูกพัน (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม และสมใจ ศิริระกมล, 2558)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กับการรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ งานการพยาบาลที่สังกัด ($p < 0.05$) ส่วน อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ($p > 0.05$) ไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ดุจดาว พูลดีม (2559) อายุและระยะเวลาปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรม ไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ วราภรณ์ ทิพย์สุมานันท์ (2559) คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติราชการ กลุ่มงานการบริการผู้ป่วยที่สังกัด ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ไม่สอดคล้องกับ ชลธิรา ปะนาไส (2560) ศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พบว่า เพศ อายุ และแผนกปฏิบัติงานของพยาบาลที่แตกต่างกัน มีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยเพศหญิงมีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพมากกว่าเพศชาย และประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกันมีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะคณะกรรมการสภาการพยาบาลได้ออก

ข้อบังคับไว้ในราชกิจจานุเบกษา และกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนพึงปฏิบัติ เพื่อให้พยาบาลได้ตระหนักถึงบทบาทของตนเอง ปฏิบัติงานได้เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพและธำรงไว้ซึ่งสิทธิอันชอบธรรมในการประกอบวิชาชีพของตน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กับการรับรู้วัฒนธรรมองค์กรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร ($p>0.05$) ไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ประภาศรี คำสอาด (2551) ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันคือ ประเภทของบุคลากรมีผลต่อการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร ในองค์กรเกิดจากการรวมกลุ่มของคน วัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรที่สำคัญอย่างหนึ่ง องค์กรส่วนใหญ่มีวัฒนธรรมองค์กรที่มีความเข้มแข็งปานกลางจนถึงวัฒนธรรมที่มีความเข้มแข็งมาก ขึ้นอยู่กับปัจจัยประกอบต่าง ๆ เช่น อายุองค์กร ขนาดองค์กร ความเด่นชัดของวัฒนธรรม องค์กรที่มีวัฒนธรรมเข้มแข็งจะส่งผลดีต่อพฤติกรรมและการทำงานของคนในองค์กร ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน ลดข้อขัดแย้งระหว่างกันและช่วยนำไปสู่ความสำเร็จของเป้าหมายองค์กรได้ (กุลรัศมี พรหมไธสง, 2555)

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย (Recommendation)

1. การรับรู้วัฒนธรรมองค์กรอยู่ในระดับดีมากทุกข้อ แต่ในข้อปฏิบัติงานด้วยความเป็นพี่น้อง เป็นกัลยาณมิตรมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ควรส่งเสริมกิจกรรมการปลูกฝังความเอื้ออาทร และจริยธรรมวิชาชีพพยาบาล
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เช่น การอบรมจริยธรรม ทศนคติ มาตรการทางกฎหมาย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายวิชาชีพ
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน
4. ควรมีการศึกษาวิจัย ในมุมมองของผู้รับบริการ ซึ่งจะรับรู้พฤติกรรมการรักษาจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ
5. บางกลุ่มงานการพยาบาลที่สังกัดมีแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกรวมอยู่ด้วยกัน ดังนั้นควรแบ่งแยกอย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง (References)

- กุลรัตน์ พรหมไธสง. (2555). วัฒนธรรมองค์กรที่มีผลต่อบรรยากาศองค์การตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลศิริราช.วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 10(1), 55-62.
- ชัชวาล วงศ์สารี และ อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์. (2557). กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- ชลธิรา ปะนาโส. (2560). การรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 3(2), 167-179.
- ดุจดาว พูลดีม. (2559). พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 2(1), 1-13.
- ประกาศรี คำสอาด. (2551). วัฒนธรรมองค์กรของสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมมหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(รัฐศาสตร์), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์).
- พานิชัก โพธิ์เงิน. (2555). การปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2550 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลราชวิถี. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- วรภรณ์ ทิพย์สุมนันท์. (2559). การปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2550 ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล).
- สิวลี ศิริไล. (2555). จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุเกียง สุดสวาท. (2555). วัฒนธรรมองค์การและความผูกพันต่อองค์การที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในพื้นที่สังกัดสำนักงานสรรพสามิตภาคที่ 7. (ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทั่วไป, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี).
- อริษา ท้าวแดนคำ. (2552). วัฒนธรรมองค์การและคุณภาพการทำงาน:กรณีศึกษาพนักงานเทศบาลตำบลป่าแดด อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. (ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม และสมใจ ศิระกมล. (2558). พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- อรวรรณ เกียรติกุลพงศ์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การอย่างสร้างสรรค์ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลตำรวจ, 8(2), 129-137.
- Cooke, R. and J. Lafferty. (1989). Organizational Culture Inventory. Plymouth: Human Synergistic.

The Quality perception and satisfaction of personnel towards annual health check-up service by a Medical Center and University Hospital in Northern region

Chinnakorn Yuenyao¹ Ketsiree Kaewdang² Charinrat Nonsri³ Nittaya Sanomcham⁴
Pomthippawan Tayja⁵ Mintra berkban⁶ Rungboonsri Klinklom⁷
Narong Chaitiang^{8*} Arathai Kadkhaow⁹

Abstract

The objective of this study was to examine the level of quality perception and satisfaction towards annual health check-up service by Medical Center and University Hospital of personnel in University of the North. Samples size was 250. The instrument used in this study was a questionnaire, analyzed by using percentage, mean, chi-square and Fisher's Exact Test.

The results showed that most of the personnel were female, (58.8%), age between 31-40 years old, Behavior before getting a health check-up is at a high level (40.0%), Perceived of health check-up is at a high level (27.8%) and Satisfaction of health check-up service is at a high level (55.7%). Correlation analysis, the results showed that sex and behavior before getting a health check-up have correlation with the satisfaction of health check-up service were significantly at 0.001 level. Staff of faculty, income and perceived of health check-up have correlation with the satisfaction of health check-up service were significantly at 0.05 level. Age, Status, Education level and Times of getting a health check-up have not correlation with the satisfaction of health check-up service.

The factors associated with the satisfaction of health check-up service were sex, faculty personnel, income, behavior before getting a health check-up, perceived of health check-up, Therefore provider of health check-up should be considered the quality service for serve the needs of the health check-up service system.

Keywords : Perception, Satisfaction, Provider of health check-up

¹⁻⁷ Bachelor of Science Program in Public Health, School of Medicine, University of Phayao.

⁸⁻⁹ School of Medicine, University of Phayao.

*corresponding author : kongkangku69@gmail.com

การรับรู้คุณภาพและความพึงพอใจของบุคลากรต่อ การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี โดยศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

ชินกร ยืนยาว¹ เกตนัสรี แก้วแดง² ชรินทร์น นนท์ศรี³ นิตยา สมนฉ้า⁴

ภรณ์ทิพวรรณ เต๋จา⁵ มินตรา เปิกบาน⁶ รุ่งบุญศรี กลิ่นกล่อม⁷ ณรงค์ ใจเที่ยง⁸ อรทัย เกตุขาว⁹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพและความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีโดยศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ของบุคลากรในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกซ์แซค

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 147 คน ร้อยละ 58.8 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 120 คน พฤติกรรมก่อนการรับบริการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับมากร้อยละ 40.0 การรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับมากร้อยละ 27.8 และความพึงพอใจการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับมากร้อยละ 55.7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศ และพฤติกรรมก่อนการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 บุคลากรประจำคณะ รายได้และการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการบริการไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ได้แก่ เพศ บุคลากรประจำคณะ รายได้ พฤติกรรมก่อนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ และการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ ดังนั้น ผู้รับผิดชอบด้านการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ควรคำนึงถึงประสิทธิภาพของการบริการเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ระบบบริการตรวจสุขภาพ

คำสำคัญ : การรับรู้, ความพึงพอใจ, การให้บริการตรวจสุขภาพ

¹⁻⁷ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

⁸⁻⁹ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* ผู้ส่งบทความวิจัย : kongkangku69@gmail.com

บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันการตรวจสุขภาพประจำปีมีความสำคัญในฐานะการป้องกัน บุคคลที่ทำงานกับภาครัฐหรือภาคเอกชนล้วนจำเป็นอย่างยิ่งที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งเป็นไปตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสุขภาพของลูกจ้าง และส่งผลการตรวจแก่พนักงานตรวจแรงงาน พ.ศ. 2547 ได้กล่าวไว้ว่า ให้นายจ้างจัดให้มีการตรวจสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโดยแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ หรือที่ผ่านการอบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ หรือที่มีคุณสมบัติตามที่อธิบดีประกาศกำหนด โดยตรวจสุขภาพลูกจ้างครั้งแรกให้เสร็จสิ้นภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน และตรวจสุขภาพลูกจ้าง ครั้งต่อไปอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง ดังนั้นการตรวจสุขภาพจึงจำเป็นต่อสังคมในปัจจุบัน (อุไรวรรณ เทียนทอง, 2547) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีที่เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็วส่งผลต่อบริการสุขภาพ การบริการสุขภาพที่เปรียบเสมือนฐานรากที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศ เป็นการบริการที่ให้การดูแลสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพดีโดยมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือเจ็บป่วย การให้บริการสุขภาพจากสถานพยาบาล โดยการดูแลและการช่วยเหลือบุคคลเมื่อเจ็บป่วย ตลอดจนให้การฟื้นฟู การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้มารับบริการ ทั้งนี้เพื่อลดการเกิดของโรคที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพของผู้มารับบริการ การดูแลสุขภาพโดยการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นการรับบริการตรวจสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป หรือ บุคลากร เพื่อดูสภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย ค้นหาความผิดปกติก่อนที่จะลุกลาม ลดความรุนแรง เรื้อรังจนแสดงอาการ ภาวะแทรกซ้อน และส่งสัญญาณเตือนร่างกายให้ได้ดูแลรักษา และได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึงที่ ช่วยลดปัญหาที่จะนำไปสู่การสูญเสีย ทั้งทางด้านสุขอนามัย และทางด้านเศรษฐกิจ ดังนั้น การตรวจร่างกายเริ่มจากการศึกษาวิเคราะห์ และแยกแยะปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคของแต่ละคนในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นลักษณะการดำเนินชีวิต เช่น พฤติกรรมการบริโภค ความเครียดจากการทำงาน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ นอนไม่หลับ ฯลฯ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคคล้ายกันในครอบครัว การตรวจสุขภาพประจำปีนั้นทำให้ผู้รับบริการได้เข้าใจถึงภาพรวมสุขภาพ ผลตรวจที่ได้ และคำแนะนำที่เหมาะสมถ้าพบความผิดปกติ และการดูแลสุขภาพอย่างไรให้สุขภาพดีกว่าเดิม (อัครพันธ์ สุรวีลาศ, 2560)

ปัจจัยการรับรู้การบริการที่มีคุณภาพของประชาชนจะพิจารณาจากความเป็นรูปธรรมของบริการเป็นสำคัญ โดยแต่ละหน่วยงานได้มีการกำหนดมาตรฐานคุณภาพการบริการของตนไว้

เช่น การบริการมีความรวดเร็ว ความทันสมัยของอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ความพร้อมทางด้านกายภาพและบุคลากร การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล เป็นต้น การรับรู้คุณภาพบริการโดยเฉพาะการตรวจสุขภาพประจำปีจะขึ้นอยู่กับความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการของตนเอง อาจแตกต่างกันไปขึ้นกับพื้นฐานและภูมิหลังของแต่ละบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา โดยระดับการศึกษาเป็นสำคัญที่ช่วยพัฒนาสติปัญญา การคิด การอ่าน ความรู้ ความเข้าใจ ส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ข้อมูลจากสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล และมีความเข้าใจกับสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม คุณลักษณะส่วนบุคคลเหล่านี้ทำให้เกิดความคาดหวังคุณภาพบริการที่แตกต่างกันได้ โรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนได้ตระหนักถึงความสำคัญต่อการให้บริการตรวจสุขภาพของประชาชนทุกระดับพร้อมสร้างกลยุทธ์เพื่อให้ผู้มารับบริการได้มีความรู้สึกพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพ ความพยายามดำเนินนโยบายตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ครอบคลุมคนไทยทุกคน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐหลายระบบเป้าหมายหลักของระบบประกันสุขภาพคือการคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพตามความจำเป็น (รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ และคณะ, 2562; วานิช สุขสถาน, 2561) การนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพมาให้บริการในการตรวจ เช่น เครื่องตรวจมะเร็งเต้านมแบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เครื่องอัลตราซาวด์ เครื่องทดสอบสมรรถภาพหัวใจขณะออกกำลังกาย ผลตรวจจากห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานเพื่อผลการวินิจฉัยที่ถูกต้องและแม่นยำ พร้อมด้วยโปรแกรมการตรวจตามความประสงค์ของผู้รับบริการ ทั้งนี้ทั้งนั้นก็เพื่อให้เกิดคุณภาพและความพึงพอใจต่อผู้รับบริการให้มากที่สุด (ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558)

การตรวจสุขภาพประจำปีนั้น เพื่อดูแลสุขภาพสมบูรณ์ของร่างกาย ค้นหาความผิดปกติก่อนที่จะลุกลาม เรื้อรังจนแสดงอาการ จนแสดงอาการและส่งสัญญาณเตือนเจ้าของร่างกายให้ดูแลรักษา และการได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะช่วยลดปัญหา ที่จะนำไปสู่การสูญเสีย ทั้งทางด้านสุขอนามัย และทางด้านเศรษฐกิจ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการรับรู้คุณภาพ และความพึงพอใจต่อการให้บริการของศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาล เพื่อการบริหารจัดการประสิทธิภาพในการตรวจสุขภาพ ให้มีความปลอดภัยในการใช้บริการและมีทิศทางในการพัฒนาระบบการรับบริการ ให้ตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรที่มาใช้บริการ ผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ ตลอดจน

พัฒนาบุคลากรที่ให้บริการด้านการตรวจสุขภาพ และใช้ในการวางแผนพัฒนาการดำเนินงานของระบบการให้บริการในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพ และความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี โดยศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ของบุคลากรในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพ และความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี โดยศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ของบุคลากรมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

วิธีดำเนินการศึกษา (Method)

รูปแบบในการศึกษาการรับรู้คุณภาพและความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ ภาคตัดขวาง (Cross sectional analysis study) ของบุคลากรที่มีต่อศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) และการคำนวณจากจำนวนประชากรที่เป็นบุคลากรในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งหาได้จากสูตรของแดเนียล (Daniel WW,2010) ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมก่อนการรับบริการตรวจสุขภาพประจำปี การรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งแบ่งเกณฑ์คะแนนของความพึงพอใจของบุคลากร โดยการใช้การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ เป็น 3 ระดับ โดยมีความตรงของเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ .548 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของความพึงพอใจต่อบุคลากรที่มีต่อระบบการให้บริการของศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เท่ากับ .903

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statics) โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square test)

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการของเอกสารรับรอง โครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย ขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

ผลการศึกษา (Results)

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 147 คน ร้อยละ 58.8 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 120 คน ร้อยละ 48.0 รองลงมาอยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี จำนวน 82 คน ร้อยละ 32.8 มีสถานภาพโสด จำนวน 158 คน ร้อยละ 63.2 รองลงมา มีสถานภาพสมรส จำนวน 91 คน ร้อยละ 36.4 จบการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 123 คน ร้อยละ 49.2 รองลงมาจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 107 คน ร้อยละ 42.8 บุคลากรประจำคณะส่วนใหญ่อยู่สายวิทยาศาสตร์ จำนวน 162 คน ร้อยละ 64.8 รองลงมาสายสังคมศาสตร์ จำนวน 88 คน ร้อยละ 35.2 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 20,001-30,000 บาท จำนวน 84 คน ร้อยละ 33.6 รองลงมา มีรายได้อยู่ในระหว่าง 30,001-40,000 บาท จำนวน 77 คน ร้อยละ 30.8 และส่วนใหญ่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพเป็นครั้งแรก จำนวน 149 คน ร้อยละ 59.6 รองลงมาคือเข้ารับบริการตรวจสุขภาพมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 101 คน ร้อยละ 40.4

ผลการศึกษา พบว่า ระดับพฤติกรรมก่อนการรับบริการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร มีระดับพฤติกรรมก่อนการรับบริการตรวจสุขภาพประจำปีโดยรวม ดังนี้ การปฏิบัติตัวบ่อยครั้ง จำนวน 134 คน ร้อยละ 53.6 รองลงมา มีการปฏิบัติตัวบางครั้ง จำนวน 91 คน ร้อยละ 36.4 (ตารางที่ 1)

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร มีการรับรู้ภาพรวม ดังนี้ บุคลากรมีการรับรู้มาก จำนวน 172 คน ร้อยละ 68.8 รองลงมา มีการรับรู้ปานกลาง จำนวน 60 คน ร้อยละ 24.0 การรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพของบุคลากรประจำปี ด้านการเข้าระบบบริการสุขภาพได้ตลอดเวลา โดยบุคลากรมีการรับรู้มาก จำนวน 163 คน ร้อย

ละ 65.2 รองลงมา มีการรับรู้ปานกลาง จำนวน 76 คน ร้อยละ 30.4 การรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพของบุคลากรด้านการรับรู้ถึงความปลอดภัยในการตรวจสุขภาพประจำปี โดยบุคลากรมีการรับรู้มาก จำนวน 197 คน ร้อยละ 78.8 รองลงมา มีการรับรู้ปานกลาง จำนวน 45 คน ร้อยละ 18 การรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพของบุคลากรด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ในการตรวจสุขภาพประจำปี โดยบุคลากรมีการรับรู้มาก จำนวน 175 คน ร้อยละ 70.0 รองลงมา มีการรับรู้ปานกลาง จำนวน 63 คน ร้อยละ 25.2 (ตารางที่ 1)

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อระบบการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี โดยบุคลากรมีความพึงพอใจระดับมาก จำนวน 146 คน ร้อยละ 58.4 รองลงมา มีความพึงพอใจระดับปานกลาง จำนวน 95 จำนวน ร้อยละ 38.0 (ตารางที่ 2)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศ และพฤติกรรมก่อนการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 บุคลากรประจำคณะ รายได้และการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.039$, $p=0.016$, $p=0.007$) ส่วน อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละกลุ่มของบุคลากรในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของภาคเหนือ

พฤติกรรม	จำนวน (n = 250)	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมก่อนการรับบริการตรวจสุขภาพประจำปี		
ภาพรวม		
มีการปฏิบัติตัวบ่อยครั้ง (65.36-75.00)	134	53.6
มีการปฏิบัติตัวบางครั้ง (55.68-65.35)	91	36.4
ไม่เคยมีการปฏิบัติตัว (46.00-55.67)	25	10.0
Min=46 Max=75 Mean=65.4 S.D.=6.9		
การรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี		
การรับรู้ภาพรวม		
มีการรับรู้มาก (41.36-45.00)	172	68.8
มีการรับรู้ปานกลาง (37.68-41.35)	60	24.0
มีการรับรู้น้อย (34.00-37.67)	18	7.2

พฤติกรรม	จำนวน (n= 250)	ร้อยละ
Min= 34, Max= 45, Mean= 42.2, S.D.=2.6		
การเข้าระบบบริการสุขภาพได้ตลอดเวลา		
มีการรับรู้มาก (13.36-15.00)	163	65.2
มีการรับรู้ปานกลาง (11.68-13.35)	76	30.4
มีการรับรู้น้อย (10.00-11.67)	11	4.4
Min= 10, Max= 15, Mean= 13.9, S.D.=1.1		
การรับรู้ถึงความปลอดภัยในการตรวจสุขภาพประจำปี		
มีการรับรู้มาก (13.36-15.00)	197	78.8
มีการรับรู้ปานกลาง (11.68-13.35)	45	18.0
มีการรับรู้น้อย (10.00-11.67)	8	3.2
Min= 10, Max= 15, Mean= 14.2, S.D.= 1.1		
การรับรู้การรับรู้ถึงประโยชน์ในการตรวจสุขภาพประจำปี		
มีการรับรู้มาก (13.36-15.00)	175	70.0
มีการรับรู้ปานกลาง (11.68-13.35)	63	25.2
มีการรับรู้น้อย (10.00-11.67)	12	4.8
Min= 10, Max= 15, Mean= 14.0, S.D.= 1.3		

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความพึงพอใจภาพรวมของบุคลากรที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรฯ

ระดับความพึงพอใจภาพรวมของบุคลากรที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี	จำนวน (n= 250)	ร้อยละ
มาก (62.36-75.00)	146	58.4
ปานกลาง (49.68-62.35)	95	38.0
น้อย (37.00-49.67)	9	3.6
Min= 37, Max= 75, Mean = 64.4, S.D.= 8.3		

ตารางที่ 3 จำแนกการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี	Mean	S.D.	แปลผล
การเข้าระบบบริการตรวจสอบสุขภาพได้ตลอดเวลา			
1.ผู้ให้บริการมีความกระตือรือร้นในการให้บริการ	2.568	.4963	สูง
2.การเข้าตรวจบริการสุขภาพประจำปี มีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก	2.840	.3673	สูง
3.การตรวจบริการสุขภาพประจำปีเข้าถึงง่ายกว่าในอดีต	2.884	.3209	สูง
4.มีการจัดระบบบริการตรวจสอบสุขภาพเป็นสัดส่วนอย่างชัดเจน	2.892	.3110	สูง
5.มีการให้ข้อมูลการตรวจสอบสุขภาพประจำปีว่ามีการตรวจระบบใดบ้าง	2.716	.4778	สูง
การรับรู้ถึงความปลอดภัยในการตรวจสอบสุขภาพประจำปี			
1.มีความปลอดภัยในการใช้บริการตรวจสอบสุขภาพ	2.884	.3209	สูง
2.มีระบบการยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ	2.900	.3006	สูง
3.การตรวจสอบสุขภาพประจำปีมีความน่าเชื่อถือ	2.852	.3558	สูง
4.ข้อมูลไม่สูญหายไปจากระบบการรับบริการ	2.800	.4008	สูง
5.มีการปกป้องความลับของข้อมูลของผู้มารับบริการ	2.828	.3781	สูง
การรับรู้ถึงประโยชน์ในการตรวจสอบสุขภาพประจำปี			
1.สามารถรับรู้ถึงสมรรถภาพในการทำงานของผู้มาตรวจรับบริการประจำปี	2.768	.4230	สูง
2.สามารถรับรู้ถึงโรคร้ายที่เกิดต่อผู้มารับบริการ	2.712	.4625	สูง
3.ช่วยเพิ่มความสะดวกในการค้นหาประวัติของผู้มารับบริการ	2.892	.3110	สูง
4.มีความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของประวัติสุขภาพ	2.868	.3392	สูง
5.สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันให้หลีกเลี่ยงความเสี่ยง	2.820	.4053	สูง

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆกับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพ จำนวน 250 คน

ปัจจัย	ระดับความพึงพอใจ			χ^2	df	P-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล						
เพศ						
ชาย	8(7.7)	39(37.9)	56(54.4)	8.937	2	0.001**
หญิง	1(0.7)	56(38.1)	90(61.2)			
อายุ (ปี)						
≤ 30	5(6.1)	34(41.5)	43(52.4)	6.275	6	0.343
31-40	4(3.4)	46(38.3)	70(58.3)			
41-50	0(0.0)	15(32.6)	31(67.4)			
≥ 51	0(0.0)	0(0.0)	2(100.0)			
สถานภาพ						
โสด	4(2.5)	66(41.8)	88(55.7)	5.646		0.252
สมรส	5(5.5)	29(31.9)	57(62.6)			
หม้าย/หย่า/แยก	0(0.00)	0(0.00)	1(100.0)			
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่า ป.ตรี	0(0.0)	1(50.0)	1(50.0)	10.385		0.089
ปริญญาตรี	5(4.7)	51(47.6)	51(47.7)			
ปริญญาโท	4(3.3)	38(30.9)	81(65.8)			
ปริญญาเอก	0(0.0)	5(27.7)	13(72.3)			
บุคลากรประจำคณะ						
สายวิทย์ฯ	3(1.9)	57(35.1)	102(63.0)	6.507	2	0.039*
สายสังคมฯ	6(6.8)	38(43.2)	44(50.0)			
รายได้ต่อเดือน (บาท)						
10,001-20,000	5(7.4)	34(50.0)	29(42.6)	17.126	4	0.016*
20,001-30,000	1(1.2)	33(39.3)	50(59.5)			

ปัจจัย	ระดับความพึงพอใจ			χ^2	df	P-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
30,001-40,000	3(3.9)	19(24.7)	55(71.4)			
40,001-50,000	0(0.0)	8(50.0)	8(50.0)			
มากกว่า 50,001	0(0.0)	1(20.0)	4(80.0)			
จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ						
ครั้งแรก	6(4.0)	51(34.3)	92(61.7)	2.274	2	0.338
มากกว่า 1 ครั้ง	3(3.0)	44(43.5)	54(53.5)			
พฤติกรรมก่อนการรับบริการตรวจสุขภาพประจำปี						
ไม่เคยมีการปฏิบัติ	1(4.0)	14(56.0)	10(40.0)	26.445	2	0.001**
ตัว						
มีการปฏิบัติ	5(5.5)	48(52.7)	38(41.8)			
ตัวบางครั้ง						
มีการปฏิบัติตัว	3(2.3)	33(24.6)	98(73.1)			
บ่อยครั้ง						
การรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี						
มีการรับรู้	2(11.1)	11(61.1)	5(27.8)	13.061	2	0.007*
น้อย						
มีการรับรู้	4(6.7)	18(30.0)	38(63.3)			
ปานกลาง						
มีการรับรู้	3(1.7)	66(38.4)	103(59.9)			
มาก						

หมายเหตุ : *p-value \leq 0.05, **p-value \leq 0.001

อภิปรายผล (Discussion)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 250 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.8 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 48.0 จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 49.2 บุคลากรประจำคณะส่วนใหญ่อยู่สายวิทยาศาสตร์ ร้อยละ 64.8 เข้ารับบริการตรวจสุขภาพเป็นครั้งแรก ร้อยละ 59.6 มีพฤติกรรมก่อนการรับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่ปฏิบัติตัวบ่อยครั้งร้อยละ 53.6 มีการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรโดยมีการรับรู้มาก ร้อยละ 68.8 ความพึงพอใจ

ของบุคลากรที่มีต่อระบบการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีโดยบุคลากรมีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 58.4

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ บุคลากรประจำคณะ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพ เพศสอดคล้องกับการศึกษาของนิพนธ์ ฐานะพันธ์ (2560) ที่ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการของภาครัฐ : กรณีศึกษาการให้บริการของโรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของบุคลากรต่อการให้บริการตรวจสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก่อนการรับบริการตรวจสุขภาพกับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ นิพนธ์ ฐานะพันธ์ (2560) ที่ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการของภาครัฐ: กรณีศึกษาการให้บริการของโรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า พฤติกรรมก่อนการรับบริการตรวจสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงประโยชน์ในการตรวจสุขภาพกับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.007$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ปุณณภา พวงทับทิม (2560) การศึกษาเรื่องคุณภาพบริการและความพึงพอใจผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาล AAA อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อการให้บริการตรวจสุขภาพ

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ได้แก่ เพศ บุคลากรประจำคณะ รายได้ พฤติกรรมก่อนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ และการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ ดังนั้น ผู้รับผิดชอบด้านการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ควรคำนึงถึงประสิทธิภาพของการบริการเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ระบบบริการตรวจสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการศึกษาการรับรู้คุณภาพและความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี โดยศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ของบุคลากรของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของบุคลากรประกอบด้วย 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านการเข้าระบบบริการตรวจสุขภาพได้ตลอดเวลาที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากรเน้นในเรื่องความกระตือรือร้นในการให้บริการของแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาล

2. ด้านการรับรู้ถึงความปลอดภัยในการตรวจสุขภาพมีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากร เน้นในเรื่องการรักษาข้อมูลให้คงอยู่ในระบบการรับบริการ เช่น การรักษาข้อมูลของผู้รับบริการจะถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบและไม่นำไปเผยแพร่ต่อสังคม

3. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ในการตรวจสุขภาพมีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากร โดยหากตรวจพบโรคร้ายของผู้มารับบริการจะแจ้งผลการตรวจพร้อมให้ข้อมูลและขอแนะนำเกี่ยวกับโรคเพื่อเป็นแนวทางในการรักษาครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

- นิพนธ์ ฐานะพันธุ์. (2560). ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการของภาครัฐ :กรณีศึกษาการให้บริการของโรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 7(1), 201-214.
- ปุลณยา พวงทับทิม. (2560). คุณภาพบริการและความพึงพอใจผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาล AAA อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการธุรกิจโลก วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี. เข้าถึงจาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/57710245.pdf.
- รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และชนเสฏฐ์ กุลจิรมากันต์. (2562). กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 5(2), 221-235.
- วานิช สุขสถาน. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 4(3), 431-441.
- ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558).

ศูนย์ตรวจสุขภาพ (Checkup Center). {เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2562}. เข้าถึงจาก:
https://med.mahidol.ac.th/sdmc/th/service/wellness_center.

อุไรวรรณ เทียนทอง. (2547). กฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสุขภาพของลูกจ้าง และ
ส่งผลการตรวจแก่พนักงานตรวจแรงงาน พ.ศ. 2547. {เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2562}. เข้าถึงจาก
<http://www.mol.go.th/sites/default/files/laws/th/00151640.pdf>.

อัครพันธ์ สุริวิลาศ. 2560. ทำไมต้องตรวจสุขภาพประจำปี. {เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2562}
เข้าถึงจาก: https://www.bangkokhospital.com/th/disease-treatment/the-importance-of-annual-health-check-ups?fbclid=IwAR0sTHJ7XZsTQHNUqgfi1CykWfER7TicB9I_y39tYNCI8mTsTbhps1-tqVI.

Daniel WW. (2010) . Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 5thed.
New York: John Wiley & Sons.

Knowledge, attitude, and traffic law enforcement among students of Sciences and Technology in Maharakham University

Wilawun Chada^{*#} Songkramchai Leethongdissakul^{**}

Wipa Chuppawa^{*} Nuttapon Changngan^{***}

Abstract

This research was a descriptive study. The objective determined the relation of knowledge, attitude and law enforcement toward traffic law. Data collected in students of Sciences and Technology Branch in Maharakham University in 370 cases by questionnaire survey. Data analysis used the descriptive statistics and the Spearman Rank Difference Method.

Result found mostly female 53.73%, age range 20-22 years, stay in external dormitory 71.9%, riding motorbike 62.7%, has motorbike insurance 86.8% and has a driver's license 74.6%. The samples have knowledge in the middle level, the attitude at a high level and law enforcement at the middle level. The relation of the knowledge, attitude and enforcement toward traffic law found 1) Knowledge related attitude on traffic law in low level 2) Knowledge related law enforcement toward traffic law, the opposite direction and 3) Attitude related law enforcement toward traffic law, the opposite direction.

The suggestion should be publicized and provided knowledge about traffic laws, traffic law enforcement process, and should have a campaign about compliance with traffic laws. Including raising awareness for students to be aware of knowledge and create discipline in traffic and driving

Keywords : Knowledge/ Attitude/ Law Enforcement/ Traffic law

* Instructor., Faculty of Public Health, Maharakham University

** Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Maharakham University

*** Bachelor of Public Health, Faculty of Public Health, Maharakham University

Corresponding author: Wilawun Chada email: wilawun.chada@gmail.com

ความรู้ ทักษะ และการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร ของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิลาวัลย์ ชาดา[#] สงครามชัย ลีทองดีศกุล^{**} วิพา ชูปวา^{*} ณัฐพงศ์ ช่างงาน^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีกลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 370 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ การหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference Method)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.3 มีอายุ 20 - 22 ปี มีรายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครองระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท พักอาศัยที่หอพักนอคมหาวิทยาลัย ร้อยละ 71.9 ส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 62.7 มีประกันภัย พ.ร.บ. ร้อยละ 86.8 และมีใบอนุญาตขับขี่ ร้อยละ 74.6 การศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยการจราจร อยู่ในระดับปานกลาง มีระดับทัศนคติที่มีผลต่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร ระดับดี และมีพฤติกรรมการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร ระดับปานกลาง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรพบว่า 1) ระดับความรู้เกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรมีความสัมพันธ์กันน้อยกับทัศนคติต่อกฎหมายว่าด้วยการจราจร 2) ระดับความรู้เกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยการจราจรมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร และ 3) ระดับทัศนคติต่อกฎหมายว่าด้วยการจราจรมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายจราจร กระบวนการบังคับใช้กฎหมายจราจร และควรมีการรณรงค์เกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมายจราจร การปฏิบัติตนของผู้บังคับใช้กฎหมายและผู้ใช้งานพาหนะ และปลูกจิตสำนึกให้นิสิตตระหนักถึงความรู้และสร้างวินัยการจราจรและการขับขี่

คำสำคัญ : ความรู้/ ทักษะ/ การบังคับใช้กฎหมาย/ กฎหมายว่าด้วยการจราจร

^{*}อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

^{**}รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

^{***}นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Corresponding author: วิลาวัลย์ ชาดา email: wilawun.chada@gmail.com

บทนำ (Introduction)

องค์การอนามัยโลกรายงานสถานการณ์โลก ด้านความปลอดภัยทางถนน จากการสำรวจ 180 ประเทศทั่วโลกพบว่า ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อุบัติเหตุทางถนนที่เกิดขึ้นคิดเป็นอัตรา 17.3 ต่อประชากรแสนคน โดยประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการตายเป็นอันดับหนึ่งในภูมิภาคนี้และจากรายงาน ประเมินการว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของโลก อัตราตาย 36.2 รายต่อแสนประชากร และประเทศไทยยังเป็นอันดับ 1 ของเอเชียและอาเซียน ที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุด (องค์การอนามัยโลก, 2558)

ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 โดยกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยพบว่า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติเหตุทางท้องถนน จำนวน 13,782 ครั้ง แยกเป็นสาเหตุจากบุคคล 7,338 ครั้ง สาเหตุจากสิ่งแวล้อม 3,928 ครั้ง สาเหตุจากอุปกรณ์ใช้ขับขี่ 2,516 ครั้ง และในจังหวัดมหาสารคามมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นทั้งหมด 588 ครั้ง แยกเป็นสาเหตุจากบุคคล 265 ครั้ง สาเหตุจากสิ่งแวล้อม 176 ครั้ง สาเหตุจากอุปกรณ์ใช้ขับขี่ 147 ครั้ง (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, 2558)

จังหวัดมหาสารคามเป็นจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีความสะดวกในการเดินทางเป็นเส้นทางเชื่อมโยงเพื่อเดินทางไปยังจังหวัดอื่น ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์เป็นหลักในการเดินทาง ร้อยละ 57.4 และจากรายงานการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเหตุอื่น ทั้งหมดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ.2556 อุบัติเหตุจากการจราจรและขนส่งเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 และพบว่าถนนที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นมากที่สุดคือทางหลวง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้รวบรวมสถิติอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อแสนประชากร จากสถานบริการสาธารณสุข ปี 2557-2560 ได้แก่ 22.66, 18.61 18.96 และ 23.61 ตามลำดับ และมีการบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน (ตำรวจ สาธารณสุข และบริษัทกลางฯ) จากปี 2557-2560 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อแสนประชากร ดังนี้ 31.08, 24.53 28.34 และ 28.43 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขมหาสารคาม, 2560)

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่และมีนิสิตจำนวนมาก การเดินทางของนิสิตส่วนใหญ่จะใช้ยานพาหนะของตนเองเพราะสะดวกรวดเร็ว จึงเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง จากรายงานการปฏิบัติงานรพยบาลมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีพ.ศ. 2560 พบว่า การใช้รถพยาบาลจากการเกิดอุบัติเหตุการจราจรของนิสิต กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ร้อย

ละ 0.43 กลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ร้อยละ 0.51 และกลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ร้อยละ 0.50 (มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2560)

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะคิด และการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิธีการดำเนินการวิจัย (Method)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาความรู้ และทัศนคติต่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประชากรที่ศึกษานี้ คือ นิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2561 ประกอบไปด้วยคณะวิทยาศาสตร์ คณะเทคโนโลยี คณะวิศวกรรมศาสตร์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์-ผังเมือง-นฤมิตศิลป์ คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ และคณะวิทยาการสารสนเทศ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนจากประชากร ทั้งหมด จำนวน 9,788 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งได้ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาจากแบบสอบถามของกิจชัยยะ สุรารักษ์ (2558) และ กาญจนกรอง สุอังคะ และคณะ (2559) ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากร ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร ส่วนที่ 3 ทักษะคิดต่อกฎหมายว่าด้วยการจราจร และส่วนที่ 4 การบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยการนำไปเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) มีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item- Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.94-1.00 และทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ทดสอบค่า ความเชื่อมั่นโดยใช้ Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.72 และความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.78-0.93 ช่วงเวลาที่ศึกษา ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2562 ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ PH 120/2561

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร ของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีการทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นการกระจายแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference Method) วิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงปริมาณ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย (Results)

ข้อมูลลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 57.3 มีอายุ 20 - 22 ปี ส่วนใหญ่มีรายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครองระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท พักอาศัยที่หอพักนวมวิทยาลัย จำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 71.9 ส่วนใหญ่ขับขีรถจักรยานยนต์ จำนวน 232 คน คิดเป็นร้อยละ 62.7 มีประกันภัย พ.ร.บ. จำนวน 321 คน คิดเป็นร้อยละ 86.8 และมีใบอนุญาตขับขี่ จำนวน 276 คน คิดเป็นร้อยละ 74.6

การศึกษาความรู้ ทักษะ และการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร

ผลการศึกษาระดับความรู้ที่มีผลต่อกฎหมายว่าด้วยการจราจร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 50.8 ข้อคำถามที่มีคนตอบถูกมากที่สุด อันดับแรกคือ พ.ร.บ. คู่ครองผู้ประสบภัยจากรถ ให้ความคุ้มครองผู้ที่ประสบอุบัติเหตุจากรถทุกคน แต่รถคันที่เกิดอุบัติเหตุขึ้น จะต้องมีการประกันภัย พ.ร.บ. ตอบถูก ร้อยละ 95.1 และข้อคำถามที่มีคนตอบถูกน้อยที่สุด คือ บริษัทประกันภัยจะจ่ายค่าสินไหมทดแทน โดยจ่ายเป็นค่าเสียหายเบื้องต้น ภายใน 3 วัน ตอบถูกร้อยละ 22.4

มีระดับทัศนคติที่มีผลต่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ระดับดี จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 52.7 ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติดีที่สุดคือ ท่านคิดว่าการให้สัญญาณไฟเขียว ก่อนถึงทางเลี้ยว สามารถลดอุบัติเหตุได้ (Mean = 4.36, SD = 0.65) และข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติน้อยที่สุด คือ ท่านคิดว่าแม้ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร ก็ไม่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาการจราจรติดขัดได้ (Mean = 2.89, SD = 1.05)

ระดับการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 52.2 สูงที่สุดคือ เคยพบเห็นว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุมและลงโทษผู้ขับขี่ ที่ทำผิดในลักษณะเดียวกันทุกราย แม้จะประกอบอาชีพต่างกัน (Mean = 2.93, SD = 1.36) และน้อยที่สุด คือ เมื่อท่านฝ่าฝืนสัญญาณไฟจราจร ท่านจะถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุมทันที (Mean = 2.04, SD = 1.20)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร

ความรู้เกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรมีความสัมพันธ์กันน้อยในทิศทางเดียวกันกับทศนคติต่อกฎหมายว่าด้วยการจราจร อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายจราจรอยู่ในระดับปานกลาง จะส่งผลให้มีทศนคติต่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรอยู่ในระดับปานกลาง ด้วยระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.324^{**}$, $p\text{-value} = 0.011$)

ระดับความรู้เกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยการจราจรมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง แต่ส่งผลต่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรอยู่ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.132$, $p\text{-value} = 0.011$)

ส่วนระดับทศนคติต่อกฎหมายว่าด้วยการจราจรมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร อธิบายได้ว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีทศนคติอยู่ในระดับปานกลาง จะส่งผลให้มีการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรอยู่ในระดับน้อย นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.134^{**}$, $p\text{-value} = 0.01$) ดังตารางที่ 1

ตาราง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร

ตัวแปร		ความรู้	ทศนคติ	การบังคับใช้กฎหมาย
ความรู้เกี่ยวกับ	r	1.00	0.324**	-0.132
กฎหมายว่าด้วย	p-value		0.000	0.011
การจราจร	N	370	370	370
ทศนคติต่อกฎหมาย	r	0.324**	1.00	-0.134**
ว่าด้วยการจราจร	p-value	0.000	-	0.010
	N	370	370	370

ตัวแปร		ความรู้	ทัศนคติ	การบังคับใช้กฎหมาย
การบังคับใช้กฎหมาย	r	-0.132*	-0.134**	1.000
ว่าด้วยการจราจร	p-value	0.011	0.010	-
	N	370	370	370

*หมายเหตุ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05

สรุปและอภิปรายผล (Conclusion and Discussion)

การศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติและการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยการจราจร อยู่ในระดับปานกลาง มีระดับทัศนคติที่มีผลต่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร ระดับดี และมีพฤติกรรมการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร ระดับปานกลาง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรพบว่า 1) ระดับความรู้เกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรมีความสัมพันธ์กันน้อยกับทัศนคติต่อกฎหมายว่าด้วยการจราจร 2) ระดับความรู้เกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยการจราจรมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร และ 3) ระดับทัศนคติต่อกฎหมายว่าด้วยการจราจรมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยการจราจรอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.8 ซึ่งสอดคล้องกับพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถจักรยานยนต์ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่า มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.5 ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มไม่ครอบคลุมนิสิตทั้งหมดในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงอาจจะส่งผลต่อระดับของความรู้ หรืออาจเกิดจากการเรียนการสอนของแต่ละสถาบันการศึกษา ส่วนระดับทัศนคติต่อกฎหมายว่าด้วยการจราจร การวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติระดับดี คิดเป็นร้อยละ 52.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิ ทับทิมใส และมูทิตา ลิขพรหม (2556) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ของ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี พบว่า นักศึกษามีทัศนคติในการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ระดับสูง และผลการศึกษานี้พบว่า ส่วนใหญ่มีการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรอยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.2 สอดคล้อง

กับงานของปวีณา คำพุกะ และคณะ (2554) พบว่า ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์มีพฤติกรรมการฝ่าฝืนกฎจราจรอยู่ในระดับน้อย แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยไพโรจน์ โพธิ์พันธ์ (2557) พบว่า ระดับการบังคับใช้กฎหมายจราจรภายในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีตำรวจภูธรหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และงานของณัฐวัฒน์ สิริพรุฒ (2559) การบังคับใช้กฎหมายจราจรในเขตเทศบาลตำบลพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจร พบว่า ทั้งระดับความรู้ ทักษะและการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรของนิสิตมีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับแนวคิดของ ประภาเทพย์ สุวรรณ (2534) ให้ข้อคิดว่า ความรู้อย่างเดียวไม่ได้เป็นข้อยืนยันว่าคุณคนจะปฏิบัติตามสิ่งที่ตนรู้เสมอไป ทักษะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้ที่ผู้เรียนได้รับต่อการกระทำหรือการปฏิบัติ โดยความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย (Recommendation)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจราจรของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายจราจร กระบวนการบังคับใช้กฎหมายจราจร นอกจากนี้ควรมีการณรงค์เกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมายจราจร การปฏิบัติตนของผู้บังคับใช้กฎหมายและผู้ใช้งานพาหนะ และปลูกจิตสำนึกให้ตระหนักถึงความรู้และสร้างวินัยการจราจรในการขับขี่

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะผู้บริหาร คณาจารย์ บุคลากร และนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่อนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

- กาญจนกรรณ สุอังคะ. (2559). รายงานการวิจัยการศึกษาพฤติกรรมการขับขี่ของวัยรุ่นที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์. นครราชสีมา : คลังปัญญา. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- กิจชัยยะ สุรารักษ์. (2558). ทศนคติของประชาชนต่อการบังคับใช้กฎหมายจราจรของเจ้าหน้าที่ตำรวจจราจรสถานีตำรวจนครบาลประเวศ. สารนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารงานยุติธรรม. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณัฐวัฒน์ สิริพรวุฒิ. (2559). การบังคับใช้กฎหมายจราจรในเขตเทศบาลตำบลพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยนอร์กรุงเทพ, 5(2), 96-102.
- ปวีณา คำพุกกะ, อุไรรัตน์ ยามรัมย์ และสุชาดา ชมชื่น. (2559). พฤติกรรมการฝ่าฝืนกฎจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 1(2), 59-75.
- พงษ์สิทธิ์ บุณรัชชา (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย สำนักวิชาแพทยศาสตร์. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- ไพโรจน์ โพธิ์พันธ์. (2557) ศึกษาการบังคับใช้กฎหมายจราจร. วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ วิทยาลัยสงฆ์นครสวรรค์, 2(1), 1-10.
- มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. (2560). สถิติการให้บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน ประจำปีงบประมาณ 2560. มหาสารคาม : กองกิจการนิสิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุพรรณิ ทับทิมใส และมุกิตา สีมรม. (2556). การศึกษาความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วิทยาศาสตร์สุขภาพ). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.
- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2558). สถิติคดีอุบัติเหตุการจราจรทางบกภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.royalthaipolice.go.th/>. (สืบค้นเมื่อ 27 สิงหาคม 2561)
- สำนักงานสาธารณสุขมหาสารคาม. (2560). รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://mkho.moph.go.th/mko/frontend/web/>. (สืบค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2561).
- องค์การอนามัยโลก. (2558) รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน. [ออนไลน์]. เข้าถึง https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/GSR_RS2015_Summary_Thai.pdf. (สืบค้นเมื่อ 19 กันยายน 2561).

Factors related to alcohol drinking behavior of university students

Narong Chaitiang^{1*} Kamin Suttikulabud¹ Pennipat Nabheerong¹ Ratibhorn Hompoonsup¹
Manissara Katekaew¹ Natthinee Nantatong¹ Wongwat Temiyaputra¹
Siriarrayapa Chachvarat¹ Pomthip Wattanasiri¹ Nalinee Aoybamroong¹

Abstract

The research aims to study factors related to alcohol drinking behavior of university students. A sample size of 221 students were included. Data analysis include percentage, mean, standard deviation, and Chi-square.

The results showed that majority of the sample was female with 75.6%, 60.6% of the sample was at 21 years old, 24.4% were in 4th year, 46.2% had GPA between 2.51-3.00, 65.6% lived alone, 34.8% were engaged in leisure activities by watching movies, 64.7% had monthly income between 5,000-10,000 baht, 3.6% had chronic diseases. The samples were knowledgeable and perceived results of drinking alcohol at high level (78.3%), 82.8% had moderate level of attitudes, 44.3% had low level of drinking behaviors, 43.0% had a high level of access to retail stores and opportunity to drink, 51.1% had a high level of drinking behavior of family members and friends, and 93.2% had a high level of alcohol drinking behavior prevention policy perception. Correlation analysis indicated that education level, residence/accommodation, leisure activities, income, knowledge, attitudes, access to alcohol sales and drinking opportunities, drinking behaviors of family members and friends had a statistical significant with alcohol drinking behavior of university students at the level of 0.05. This study suggests that education institutions and health organizations should focus on promoting activities, adjusting attitudes, and incorporating into alcohol drinking prevention policies, providing knowledge on alcohol control laws, and encouraging students to have good personal values by staying away from alcohol.

Keywords: alcohol drinking behavior, university students

¹ Lecturer at Medical Faculty, Phayao Province

*Corresponding author: konakangku69@gmail.com

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ กลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย

ณรงค์ ใจเที่ยง^{1*} คามิน สุทธิกุลบุตร¹ เพ็ญนิภา นีรงค์¹ รติภรณ์ หอมพูลทรัพย์¹
มินิสรา เกตุแก้ว¹ ณิชฐินี นันทาทอง¹ วงศ์วัฒน์ เตมียบุตร¹
สิริอารยะภา ชัชรรัตน์¹ พรทิพย์ วัฒนศิริ¹ นลินี อ้อยบำรุง¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 221 คน โดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 75.6 อายุ 21 ปี ร้อยละ 60.6 อยู่ในระดับชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 24.4 มีผลการเรียนเฉลี่ยระหว่าง 2.51-3.00 ร้อยละ 46.2 พักอาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 65.6 ทำกิจกรรมยามว่างโดยการดูหนัง ร้อยละ 34.8 มีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 64.7 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 3.6 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้ผลกระทบ ในระดับสูง ร้อยละ 78.3 มีทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 82.8 มีพฤติกรรมการดื่มของตนเอง ต่ำร้อยละ 44.3 มีการเข้าถึงแหล่งจำหน่าย พร้อมโอกาสในการดื่ม มีพฤติกรรมการดื่มของบุคคลในครอบครัวและเพื่อน และมีการรับรู้นโยบายในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง ร้อยละ 43.0, 51.1 และ 93.2 ตามลำดับ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การศึกษา การพักอาศัย กิจกรรมยามว่าง รายได้ ความรู้ ทัศนคติ มีการเข้าถึงแหล่งจำหน่าย พร้อมโอกาสในการดื่ม พฤติกรรมการดื่มของบุคคลในครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษานี้เสนอแนะให้ สถานศึกษา และหน่วยงานด้านสุขภาพควรเน้นการส่งเสริมการจัดกิจกรรม ปรับทัศนคติ สอดแทรกนโยบายในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้ความรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเชิญชวนให้นักศึกษามีค่านิยมที่ดีห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, นักศึกษามหาวิทยาลัย

¹ อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author: konakangku69@gmail.com

บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกจากเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เช่น โรคพิษสุราเรื้อรังประสาทเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคจิต ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนทั่วโลกเสียชีวิตในแต่ละปีกว่า 2.5 ล้านคน อีกทั้งยังก่อให้เกิดความสูญเสียภายในครอบครัวและสังคมเช่น ความรุนแรงในครอบครัว การเรียนล้มเหลว อุบัติเหตุ และการมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกัน แม้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะก่อให้เกิดความสูญเสีย แต่ประชากรทั่วโลกยังคงบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากถึง 2,000 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรโลก โดยเฉพาะชาวไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำถึงเกือบ 17 ล้านคน (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2556) ซึ่งหากเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ ที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชีย พบว่าอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยเพิ่มขึ้นมากกว่าประเทศอื่น ๆ คือ เลื่อนจากอันดับสาม ในปี 2556 เป็นอันดับหนึ่งในปัจจุบัน (World Health Organization, 2014) พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 คือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ครอบครัว อุบัติเหตุ อาชญากรรม และสังคม สมควรกำหนดมาตรการต่างๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อช่วยลดปัญหา และผลกระทบทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนช่วยป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย ที่น่าเป็นห่วง คือ มีคนอีกจำนวนมากยังคงโพสต์ภาพคู่กับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แบบทำหาย ซึ่งสุ่มเสี่ยงต่อการถูกดำเนินคดีตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มาตรา 43 ซึ่งมีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2551) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมและสุขภาพจากการจัดอันดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยพบว่าข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกปี 2557 ระบุว่าประเทศไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเป็นอันดับที่ 78 ของโลกเฉลี่ย 7.1 ลิตรต่อคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มผู้หญิงโดยสาเหตุที่หันมาดื่มเพราะต้องการผ่อนคลายจากการทำงานการเรียนเทห์ ต้องการได้รับการยอมรับจากเพื่อนฝูง ประกอบกับหาซื้อง่ายใกล้บ้านใกล้สถานศึกษาแต่ที่น่ากังวลคือบางคนรู้สึกรู้สึกว่าดื่มเพราะมาจากการส่งเสริมการขายหรือเห็นโฆษณาผ่านสังคมออนไลน์ อย่างไรก็ตามจากปัญหาเหล่านี้หากไม่ดำเนินการควบคุมมากขึ้นอีก 5 ปีประเทศไทยมีแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อันดับที่ 56 (วชิระ พุกเจริญ, 2559)

เยาวชนไทยกว่าร้อยละ 90 เห็นโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางโทรทัศน์ สื่อที่พบเห็นโฆษณารองลงมา ได้แก่ ป้ายกลางแจ้ง อินเทอร์เน็ต สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุและสื่อเคลื่อนที่ โดย

เฉลี่ยพบเห็นโฆษณาประมาณ 3 ครั้งต่อวันในแต่ละสื่อ แต่ที่สำคัญคือการพบเห็นโฆษณาทำให้เพิ่มความอยากลองดื่มในกลุ่มเยาวชน 4-8 เท่า เมื่อปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในประเทศอุตสาหกรรมอิมตัวอุตสาหกรรมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ขยายตัวไปสู่ตลาดใหม่ในประเทศที่กำลังพัฒนาและเศรษฐกิจกำลังขยายตัว เช่น เอเชีย เมื่อกำไรจากผลประกอบการเพิ่มขึ้น 7-12% ต่อปีในช่วงต้นของทศวรรษ 2000s อุตสาหกรรมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระดับโลกมีงบประมาณที่จะขยายตัวไปยังตลาดใหม่ด้วยประสบการณ์ทางการตลาดและโอกาสที่ประเทศที่กำลังพัฒนายังไม่มีกฎหมายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือมีกฎหมายแต่ยังไม่สามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระดับโลกใช้ในการขยายเข้าสู่ตลาดใหม่พบว่าการออกแบบผลิตภัณฑ์/สูตรส่วนผสม และการโฆษณา/การตลาด เป็นสองปัจจัยสำคัญในการเพิ่มผลกำไร (นิทัศน์ ศิริโชครัตน์, 2554) การเพิ่มจำนวนขึ้นของผู้ดื่มรายใหม่ที่สำคัญคือวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มเยาวชนของชาติถึงปีละ 2.6 ล้านคน นำมาซึ่งปัญหาต่างๆ ทั้งทางด้านสาธารณสุขเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศสาเหตุส่วนหนึ่งมีผลมาจากการโฆษณานอกจากนี้อิทธิพลจากครอบครัวซึ่งเป็นฐานย่อยที่สุดของสังคมหน่วยแรกโดยครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับปัจจุบันนักเรียนนิสิตนักศึกษาเรียนและพักอาศัยท่ามกลางร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เมื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง พบว่าประสบการณ์จูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน คือ การได้รับการสนับสนุนหรือยินยอมให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และในชุมชน การได้รับสื่อโฆษณาความชุกของแหล่งร้านค้า และความสะดวกในการหาซื้อผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน คือเกิดการบาดเจ็บการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจากอุบัติเหตุที่สำคัญยังชักนำให้เยาวชนสูบบุหรี่และใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วยจะเห็นว่า พฤติกรรมการดื่มของนักศึกษาส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ทำให้เข้าถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้น เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และการเรียน (วิชานีย์ โจมาลัย, 2560) ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย ตามบริบทของสิ่งแวดล้อม และสังคม เนื่องจากมีความชุกของนักดื่มในประชากรที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปเป็นจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 และยังพบว่ามีนักดื่มที่อยู่ในวัยรุ่นเป็นจำนวนมาก

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย

วิธีดำเนินการศึกษา (Methods)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนและวิธีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือกลุ่มประชากรนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง หลักสูตรทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 480 คน คำนวณขนาดและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มแบบเจาะจง โดยการเลือกกลุ่มที่ผู้วิจัยใช้เหตุผลในการเลือกเพื่อความเหมาะสมในการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างถึงใน สุทนต์ ศรีไสย์, 2551, หน้า 132-133) ได้จำนวน 221 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายและโอกาสในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัวและเพื่อน ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อหาความสอดคล้องของข้อคำถาม วัตถุประสงค์หรือนิยาม (IOC: item objective congruence index) ค่าที่ได้ไม่ต่ำกว่า 0.719
2. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยที่ค่าความเชื่อมั่นนโยบายในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย เท่ากับ 0.920

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในการอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statistics) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test)

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยก่อนการดำเนินการวิจัย คณะผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่าง/อาสาสมัครลงนามเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย เพื่อป้องกันและพิทักษ์ไว้ซึ่งสิทธิของอาสาสมัครที่เข้าร่วม เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2561

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 75.6 อายุเฉลี่ย 21 ปี ร้อยละ 60.6 อยู่ในระดับชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 24.4 มีผลการเรียนเฉลี่ยระหว่าง 2.51-3.00 ร้อยละ 46.2 พักอาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 65.6 ทำกิจกรรมยามว่างโดยการดูหนัง ร้อยละ 34.8 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 64.7 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 3.6 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้ผลกระทบ ในระดับสูง ร้อยละ 78.3 มีทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 82.8 มีพฤติกรรมการดื่มเอง ต่ำร้อยละ 44.3 มีการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายพร้อมโอกาสในการดื่มระดับสูง ร้อยละ 43.0 มีพฤติกรรมการดื่มของบุคคลในครอบครัวและเพื่อนในระดับสูง ร้อยละ 51.1 และมีนโยบายในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์สูง ร้อยละ 93.2

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้ผลกระทบ ในระดับสูง ร้อยละ 78.3 มีทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 82.8 มีพฤติกรรมการดื่มของตนเอง ต่ำร้อยละ 44.3 มีการเข้าถึงแหล่งจำหน่าย พร้อมโอกาสในการดื่มระดับสูง ร้อยละ 43.0 มีพฤติกรรมการดื่มของบุคคลในครอบครัวและเพื่อนในระดับสูง ร้อยละ 51.1 และมีการรับรู้นโยบายในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์สูง ร้อยละ 93.2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การศึกษา การพักอาศัย กิจกรรมยามว่าง รายได้ ความรู้ ทัศนคติ การเข้าถึงแหล่งจำหน่าย พร้อมโอกาสในการดื่ม พฤติกรรมการดื่มของบุคคลในครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			χ^2	P-value
	สูง (%)	ปานกลาง (%)	ต่ำ (%)		
เพศ				.310	0.857
ชาย	13(5.9)	17(7.7)	24(10.9)		
หญิง	35(15.8)	58(26.2)	74(33.5)		
อายุ(ปี)				37.641	.001*
17-19	17(7.7)	25(11.3)	35(15.8)		
20-22	30(13.6)	47(21.3)	6(2.7)		
23-25	1(0.5)	3(1.4)	24(10.9)		
ระดับการศึกษา				37.641	0.001*
ชั้นปีที่ 1	16(7.2)	23(10.4)	29(13.1)		
ชั้นปีที่ 2	4(1.8)	9(4.1)	8(3.6)		
ชั้นปีที่ 3	21(9.5)	23(10.4)	37(16.7)		
ชั้นปีที่ 4	7(3.2)	20(9.0)	0(0.0)		
การพักอาศัย				33.943	0.001*
ครอบครัว	9(3.4)	7(2.6)	10(3.8)		
ลำพังคนเดียว	40(27.6)	35(24.1)	70(48.3)		
เพื่อน	2(0.9)	34(68.0)	16(32.0)		
กิจกรรมยามว่าง				12.526	0.014*
อ่านหนังสือ	13(5.9)	9(4.1)	18(8.1)		
เล่นกีฬา	15(6.8)	13(5.9)	15(6.8)		
ดูหนัง, ฟังเพลง, เล่นคอมพิวเตอร์	20(9.0)	53(24.0)	65(29.4)		
รายได้ต่อเดือน(บาท)				10.964	0.027*
น้อยกว่า 5,000	19(8.6)	17(7.7)	1(0.5)		
5,001-10,000	34(15.4)	46(20.8)	63(28.5)		
10,001-15,000	13(5.9)	12(5.4)	16(7.2)		

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			χ^2	P-value
	สูง (%)	ปานกลาง (%)	ต่ำ (%)		
ความรู้เกี่ยวกับการดื่ม				11.754	0.004*
ระดับสูง	47(21.3)	66(29.9)	208(94.1)		
ระดับปานกลาง	1(0.5)	9(4.1)	1(0.5)		
ระดับต่ำ	0(0.0)	0(0.0)	2(0.9)		
ทัศนคติเกี่ยวกับการดื่ม				12.927	0.009*
ระดับสูง	0(0.0)	3(1.4)	15(6.8)		
ระดับปานกลาง	43(19.5)	66(29.9)	74(33.5)		
ระดับต่ำ	5(2.3)	6(2.7)	9(4.1)		
การเข้าถึงแหล่งจำหน่าย พร้อมโอกาสในการดื่ม				23.457	0.001*
ระดับสูง	23(10.4)	33(14.9)	39(17.6)		
ระดับปานกลาง	22(10.0)	22(10.0)	18(8.1)		
ระดับต่ำ	3(1.4)	20(9.0)	41(18.6)		
พฤติกรรมกรรมการดื่มของบุคคลใน ครอบครัวและเพื่อน				52.235	0.001*
ระดับสูง	40(18.1)	45(20.4)	28(12.7)		
ระดับปานกลาง	8(3.6)	28(12.7)	47(21.3)		
ระดับต่ำ	0(0.0)	2(0.9)	23(10.4)		

หมายเหตุ * หมายถึง P -value ≤ 0.05

อภิปรายผล (Discussion)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 221 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.6 อายุเฉลี่ย 21 ปี ร้อยละ 60.6 อยู่ในระดับชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 24.4 มีผลการเรียนเฉลี่ยระหว่าง 2.51-3.00 ร้อยละ 46.2 พักอาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 65.6 ทำกิจกรรมยามว่างโดยการดูหนัง ร้อยละ 34.8 มีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 64.7 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 3.6 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้ผลกระทบ ในระดับสูง ร้อยละ 78.3 มีทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 82.8 มีพฤติกรรมกรรมการดื่มของตนเอง ต่ำร้อยละ 44.3 มีการ

เข้าถึงแหล่งจำหน่าย พร้อมโอกาสในการดื่มระดับสูง ร้อยละ 43.0 มีพฤติกรรมการดื่มของบุคคลในครอบครัวและเพื่อนในระดับสูง ร้อยละ 51.1 และมีนโยบายในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์สูง ร้อยละ 93.2

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย เนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จะต้องพักภายในหอพักของมหาวิทยาลัยและมีเวลาเข้าออกห้องอาจจะทำให้มีความแตกต่างกับระดับการศึกษาชั้นปีอื่นๆ ที่พักภายนอกมหาวิทยาลัย ซึ่งสอดคล้องกับ ของณวิสาร จุลเพชรและบุญนิภา เกี้ยวมาน (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช พบว่า ชั้นปีการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช สอดคล้องกับ กัญต์กนิษฐ์ ผลแจ้ง (2555) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับชั้นปีมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร และสอดคล้องกับ ประนอมกาญจนวณิช (2548) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ วิทยาเขตสุพรรณบุรี พบว่า ระดับการศึกษาสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษาได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพักอาศัย มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยเนื่องจากการพักอาศัยส่วนใหญ่ของนักศึกษาเป็นการพักอยู่คนเดียวจะมีโอกาสในการออกไปสังสรรค์กับเพื่อนที่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายกว่าการพักอาศัยอยู่กับบิดามารดาหรือญาติพี่น้อง ซึ่งสอดคล้องกับ ณวิสาร จุลเพชร และ บุญนิภา เกี้ยวมาน (2560) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช พบว่า สถานที่พักอาศัยของนักศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช และสอดคล้องกับ มนัสนันท์ ผลานินสงค์และสุพัฒนา คำสอน (2557) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร

กิจกรรมยามว่าง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย เนื่องจากการที่นักศึกษามีกิจกรรมยามว่างที่แตกต่างกันอาจหมายถึงกระบวนการตัดสินใจที่แตกต่างกันในการแสดงออกของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับ มนัสนันท์ ผลานิสงค์และสุพัฒนา คำสอน (2557) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า กิจกรรมยามว่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร และสอดคล้องกับ พินทุรุ วิรุฬห์ตั้งตระกูล (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจในการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร พบว่า การใช้เวลาวางมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษา เนื่องจากการได้รับรายได้ต่อเดือนของนักศึกษาจะแตกต่างกันสำหรับนักศึกษาที่มีรายได้ต่อเดือนสูงก็จะมีโอกาสในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่านักศึกษาที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ ญิวสิรา จุลเพชร และ บุญนิภา เกี้ยวมาน (2560) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช พบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช และสอดคล้องกับ ประไพรัตน์ คาวินวิทย์ (2554) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษา เนื่องจากระดับความรู้ของนักศึกษาแต่ระดับการศึกษาแต่ละชั้นปีจะมีความรู้ที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งสอดคล้องกับ มนัสนันท์ ผลานิสงค์ และสุพัฒนา คำสอน (2557) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร และสอดคล้องกับ ประพนอม กาญจนวนิชย์ (2548) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของ

นักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ วิทยาเขตสุพรรณบุรี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

ทัศนคติในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษาเนื่องจากระดับทัศนคติของนักศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันออกไป ซึ่งทำให้การแสดงออกต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันออกไป ซึ่งสอดคล้องกับ รัตติยา บัวสอน และ เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล (2555) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพฯ พบว่า ทัศนคติการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ สายพิน สุประเสริฐ (2554) ศึกษา ความสำคัญระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดื่มสุราของนักเรียนนายสิบทหารบก พบว่า ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความตั้งใจต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ จิตรา จันตบุตรและคณะ (2554) ศึกษา พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตมหาวิทยาลัยพะเยา พบว่า ทัศนคติหรือความเชื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ค่า P-value = 0.001

การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายและความพร้อมโอกาสในการดื่ม มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษา สอดคล้องกับ ประไพรัตน์ คาวินวิทย์ (2554) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่า โอกาสในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ ชลิกู สมรภูมิ (2554) ศึกษา ปัจจัยเชิงสาเหตุและแนวทางการป้องกันพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนวัยรุ่น พบว่า การเข้าถึงแหล่งซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับ เนริศา ชัยศุภมงคลลาภ (2552) ศึกษา รูปแบบการสื่อสารและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเหล้าปั่นของวัยรุ่น พบว่า ปัจจัยแวดล้อมประกอบด้วยการขายในราคาต่ำและหาซื้อได้ง่ายมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเหล้าปั่นของวัยรุ่น และสอดคล้องกับ บุญเสริม หุตะแพทย์และคณะ (2549) ศึกษา พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนไทย การสำรวจองค์ความรู้สถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า การเข้าถึงแหล่งซื้อขายสุรามีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในเชิงบวก

พฤติกรรมกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัวและเพื่อน พบว่ามีความสัมพันธ์กับการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษา สอดคล้องกับ รัตติยา บัวสอน และ เชษฐ รัชดาพรรณธัญกุล (2555) ศึกษา พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพฯ พบว่า แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ ชลิกู สมรภูมิ (2554) ศึกษา ปัจจัยเชิงสาเหตุและแนวทางป้องกันพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของนักเรียนวัยรุ่น พบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนที่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์มีอิทธิพลทางอ้อมมีอิทธิพลต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ และสอดคล้องกับ อัญชลี จงอร จันทาโก และคณะ (2553) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราและการ รับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุราของนักศึกษาเอกชนในเขตกรุงเทพฯ ตะวันตกและปริมณฑล พบว่า ลักษณะด้านบุคคล ด้านครอบครัว และด้านเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. จากการศึกษา นโยบายในการป้องกันพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย ผู้วิจัยศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลและได้ข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 การรับทราบนโยบายของนักศึกษาที่มีการรับรู้นโยบายในการป้องกันพฤติกรรมการตีแอลกอฮอล์ในระดับสูง ซึ่งมีส่วนในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันพฤติกรรมการตีแอลกอฮอล์อย่างแท้จริง

1.2 ส่งเสริมสนับสนุนให้สถาบันการศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สร้างกิจกรรมหรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันนักตีแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มวัยรุ่น นักศึกษาที่เข้ามาเรียนในสถาบันอุดมศึกษา

1.3 ให้การสนับสนุนและส่งเสริมการใช้กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการตีแอลกอฮอล์ ตามระเบียบ และ พรบ.อย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดความตระหนักและเห็นคุณค่า

1.4 จัดตั้งกลุ่ม ชมรม องค์กร วรรณคดีเชิญชวน สร้างกระแส เพื่อให้เกิดค่านิยมให้กับนักศึกษารุ่นใหม่ห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสร้างอัตลักษณ์ที่ยั่งยืนให้กับสถาบันการศึกษาปลอดแอลกอฮอล์

เอกสารอ้างอิง (References)

- กัณฑ์กนิษฐ ผลแจ้ง. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาในระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร. (การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีปทุม
- จิตรา จันตบุตรและคณะ. (2554). พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตมหาวิทยาลัยพะเยา. วิทยานิพนธ์. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา.จังหวัดพะเยา.
- ชลิกู สมรภูมิ. (2554). ปัจจัยเชิงสาเหตุและแนวทางป้องกันพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา.จังหวัดพะเยา.
- ณวิสาร จุลเพชร, บุญนิภา เกี้ยวมาน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561. มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. (389-397).
- เนริศา ชัยศุภมงคลลาภ. (2552). รูปแบบการสื่อสารและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเหล้าป่นของวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
- ประนอม กาญจนวนิชย์. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ วิทยาเขตสุพรรณบุรี. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์.(2554). การทบทวนองค์ความรู้การห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างสิ้นเชิง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์.41(3): 270-282.
- ประไพรัตน์ คาวินวิทย์ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต,บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พินทุอร วิรุฬห์ตั้งตระกูล. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่ศึกษาในมหาวิทยาลัย เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต,บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มนัสนันท์ ผลานินสงค์, สุพัฒนา คำสอน. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร. นครสวรรค์วิจัย ครั้งที่ 12: วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ.จังหวัดพิษณุโลก. (735-745).

- บุญเสริม หุตะแพทย์ และคณะ. (2549). พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนไทย การสำรวจองค์ความรู้สถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ:สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ.
- รัตติยา บัวสอน, เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล (2555) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ นักศึกษามหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพ. Ramathibodi Nursing Journal, 18 (2), 259-271. Retrieved from <https://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/8981>
- วชิระ พุกเจริญ.(2559). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเบียร์ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย.วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข.2 (2):161-172.
- วิชานีย์ ไจมาลัย, วิไลพร วงศ์คีณี,กษร เกตุชู, ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์ และชลลดา ไชยกุลวัฒนา.(2560). พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา.วารสารพยาบาลสาธารณสุข.31(2):109-126.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2556). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556.นนทบุรี : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
- สายพิน สาประเสริฐ (2554) ศึกษา ความสำคัญระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดื่มสุราของ นักเรียนนายสิบทหารบก.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.(2551).พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551. Retrieved from <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%A4108/%A4108-20-2551-a0001.pdf>
- สุทธนู ศรีไสย์. (2551). สถิติประยุกต์สำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. หน้า 132-133.
- อัญชลี จงอร จันทาโก และคณะ. (2553).พฤติกรรมการดื่มสุราและการ รับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุรา ของนักศึกษาเอกชนในเขตกรุงเทพตะวันตกและปริมณฑล.วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย. 6(2) :55-67.
- World Health Organization. (2014). Alcohol consumption in ASEAN. Geneva: WHO.

Restrictions on Morphine Administration: A Comparative Study on Thailand, Germany, The United Kingdom, and the United States

Chutiwat Praditpastra*

Abstract

Morphine, an opioid analgesic (a derivative from opium), is widely used medically. The World Health Organisation's Pain Relief Ladder has recommended morphine administration for moderate or severe pain. The aim of this research is to study the restrictions on medically administered morphine. The research is based on academic materials including books, articles, and journals, as well as legal and other related materials in Thai and other languages in order to conduct a comparative study on the laws governing morphine administration in Thailand, Germany, the United Kingdom, and the United States.

The study shows that morphine restriction measures, implemented independently by each health facility, are varied. This situation causes undue difficulty for patients in need of constant and continuous use of morphine, i.e. patients with chronic pain or terminal patients under palliative care to get access to morphine. Comparing with morphine restriction regimes in aforementioned countries, the study finds out that restriction on morphine, similar to Thailand's, is also implemented but there is exemption for patients in need of constant and continuous use of morphine, i.e. patients with chronic condition or terminal patients under palliative care.

According to the result, a health facility should implement morphine restriction regime in accordance with patient's clinical condition, in other words, in the case of a patient in need of constant and continuous use of morphine, i.e. a patients with chronic condition or a terminal patient under palliative care should receive exemption from restriction which would allow proper morphine administration, in accordance to the clinical condition.

Key words: Morphine Restriction Measure, Morphine Administration Control, Morphine Restriction.

*LL.D. candidate, Law Faculty, Thammasat University

การจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟิน ศึกษาเปรียบเทียบ ไทย เยอรมนี อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา

ชุติวัด ประดิษฐ์พิศตรา*

บทคัดย่อ

มอร์ฟินเป็นยาระงับอาการปวดที่ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในวงการแพทย์ องค์การอนามัยโลกได้ให้แนวทางในการเลือกใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดจากโรคมะเร็งแบบเป็นลำดับขั้นบันได โดยแนะนำให้ใช้มอร์ฟินสำหรับบรรเทาอาการปวดในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง วัตถุประสงค์ของบทความวิจัยฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาถึงการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินที่ใช้ในทางการแพทย์ โดยใช้วิธีการวิจัยเป็นการค้นคว้าจากเอกสารทางวิชาการ หนังสือ บทความ วารสาร รวมทั้งข้อมูลเอกสารทางกฎหมายที่ปรากฏอยู่ในรูปของสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ตลอดจนเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกฎหมายไทย และกฎหมายต่างประเทศ ได้แก่ เยอรมนี, อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา

ผลการวิจัย พบว่า สถานพยาบาลได้มีการวางมาตรการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินเป็นปริมาณที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละสถานพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจะต้องใช้มอร์ฟินเป็นประจำและอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) เข้าถึงมอร์ฟินได้ด้วยความสะดวกสบาย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินในต่างประเทศ พบว่า ในต่างประเทศก็ได้มีการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินเช่นเดียวกันกับประเทศไทย แต่ในต่างประเทศนั้นได้มีการบัญญัติกเว้นการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินไว้สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้มอร์ฟินเป็นประจำและอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะคือให้สถานพยาบาลควรวางมาตรการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินให้เป็นไปตามอาการทางคลินิกของผู้ป่วย กล่าวคือ ในกรณีของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้มอร์ฟินเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ควรยกเว้นการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟิน โดยให้สามารถส่งจ่ายมอร์ฟินได้ในปริมาณที่เป็นไปตามอาการทางคลินิกของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงมอร์ฟินได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: มาตรการควบคุมมอร์ฟิน, การจำกัดปริมาณมอร์ฟิน, การควบคุมมอร์ฟิน

* นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

1. บทนำ (Introduction)

ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดเป็นปัญหาที่นานาชาติของประเทศของโลกได้ให้ความสำคัญ จะเห็นได้จากการจัดทำอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษขึ้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม ค.ศ. 1961 ซึ่งประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีในอนุสัญญาดังกล่าวด้วย โดยประเทศต่างๆที่เข้าร่วมเป็นภาคีจะต้องวางมาตรการทางกฎหมายของตนให้เป็นไปในการควบคุมการแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยตระหนักว่า ยาเสพติดนั้นก่อให้เกิดผลเสียอย่างร้ายแรงต่อผู้เสพและต่อมนุษยชาติ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย แต่ก็ต้องพึงตระหนักด้วยว่า ยาเสพติดบางชนิดนั้นสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ได้ ตัวอย่างเช่น มอร์ฟีน เป็นต้น ซึ่งประเทศที่เป็นภาคีต้องวางบทบัญญัติทางกฎหมายของตนเพื่อให้เกิดหลักประกันได้ว่าจะมียาเสพติดที่ให้โทษที่เพียงพอสำหรับการใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ มอร์ฟีนเป็นยาที่มีความสำคัญในทางการแพทย์ เนื่องจากมอร์ฟีนเป็นยาระงับอาการปวดที่องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization) ได้ให้แนวทางในการเลือกใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดจากโรคมะเร็งแบบเป็นลำดับขั้นบันได หรือ WHO 's Pain Relief Ladder (World Health Organization Geneva, 1986, pp18-19) โดยแนะนำให้ใช้มอร์ฟีนสำหรับบรรเทาอาการปวดในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง นอกจากนี้มอร์ฟีนยังมีสรรพคุณในการบรรเทาอาการปวดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction), บรรเทาอาการหอบเหนื่อยจากหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute left ventricular failure) และจากภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema), ใช้เป็นยาที่ให้ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (Pre-anesthetic medication) (American Pharmacists Association, 2012, pp.1235-1237) และในปัจจุบันมอร์ฟีนได้ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในวงการแพทย์ ซึ่งจัดเป็นยาระงับอาการปวดในกลุ่มโอปิออยด์ หรือกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น โดยเป็นสารแอลคาลอยด์ที่สกัดได้จากยางของฝิ่นดิบ มีการออกฤทธิ์โดยมอร์ฟีนจับกับตัวรับชนิดมิว (μ) แคปปา (κ) และเดลตา (δ) ทำให้เกิดการระงับอาการปวดและเกิดอารมณ์เคลิ้มสุขได้ ในปัจจุบันสถานพยาบาลมีการสำรองมอร์ฟีนไว้คนละยี่ห้อ ไม่ว่าจะเป็นมอร์ฟีนที่อยู่ในรูปแบบของยาฉีดบรรจุในแอมพูล (Ampule), ยาฉีดบรรจุในกระบอกฉีดยา (Prefilled syringe), ยาฉีดบรรจุในไวแอล (Vial), ยาน้ำเชื่อม, ยาเม็ดปลดปล่อยตัวยาทันที, ยาเม็ดปลดปล่อยตัวยาแบบทยอยชนิดเม็ด และยาเม็ดปลดปล่อยตัวยาแบบทยอยชนิดแคปซูล เป็นต้น (คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาลศิริราช, 2560, น.138-140)

1.1 ความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้ประกาศให้มอร์ฟินเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติ ลงวันที่ 19 มีนาคม 2562 โดยกำหนดให้มอร์ฟินที่อยู่ในรูปแบบยาแคปซูล, ยาเม็ด, ยาแคปซูล สำหรับรับประทานที่ออกฤทธิ์นาน, ยาเม็ดสำหรับรับประทานที่ออกฤทธิ์นาน, ยาน้ำ และยาฉีด จัดเป็นยาระงับอาการปวดในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid analgesics) และกำหนดให้มอร์ฟินที่อยู่ในรูปแบบยาฉีดเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มยาระงับประสาทและยาระงับปวดในการทำหัตถการ (Sedative and analgesic peri-operative drug) โดยใช้เสริมยาระงับความรู้สึก และทำให้ผู้ป่วยสงบ คลายความกังวล ในก่อน, ระหว่าง และหลังการทำหัตถการ และยังกำหนดให้มอร์ฟินเป็นยาที่อยู่ในบัญชียา ค. กล่าวคือ เป็นยาที่ต้องถูกสั่งใช้โดยผู้ชำนาญหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาล และเป็นการสั่งใช้ยาในโรคเฉพาะทาง นอกจากนี้มอร์ฟินยังถูกจัดให้เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติด พ.ศ.2522 มาตรา 7(2) จึงมีความจำเป็นให้สถานพยาบาลต้องมีมาตรการกำกับการใช้และมีความพร้อมในการใช้ยา เริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการติดตามผลการรักษา เนื่องจากการใช้มอร์ฟินอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรืออาจเกิดการนำมอร์ฟินไปใช้ในทางที่ผิดได้ ซึ่งมาตรการที่สถานพยาบาลนิยมใช้ก็คือมาตรการจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟิน โดยสถานพยาบาลต่างๆมีการกำหนดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินออกเป็นปริมาณที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือ สถานพยาบาลบางแห่งจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินเป็นจำนวนเม็ด ตัวอย่างเช่น สั่งจ่ายมอร์ฟินได้ไม่เกิน 20 เม็ดหรือ 30 เม็ด เป็นต้น หรือสถานพยาบาลบางแห่งจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินเป็นจำนวนวัน ตัวอย่างเช่น สั่งจ่ายมอร์ฟินเป็นปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ไม่เกิน 1 อาทิตย์ , 2 อาทิตย์ หรือ 1 เดือน เป็นต้น ซึ่งการจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินดังกล่าวนั้นส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงยาของผู้ป่วย กล่าวคือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจะต้องใช้มอร์ฟินเป็นประจำและอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเรื้อรังหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เข้าถึงมอร์ฟินได้ด้วยความยากลำบาก ตัวอย่างเช่น ในกรณีผู้ป่วยบางรายมีอาการทางคลินิกที่จะต้องใช้มอร์ฟินเพื่อระงับอาการปวดและแพทย์ได้พิจารณาเห็นสมควรว่าจะสั่งจ่ายมอร์ฟินให้แก่ผู้ป่วยไปใช้ที่บ้านเป็นปริมาณที่ใช้ได้ 1 เดือนหรือกว่านั้น แต่ในสถานพยาบาลบางแห่งนั้นมีการวางมาตรการจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินไว้ที่ไม่เกิน 20 เม็ด หรือจำกัดไว้เป็นปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ไม่เกิน 2 อาทิตย์ เป็นต้น ก็จะทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางมาสถานพยาบาลบ่อยขึ้นเพื่อรับมอร์ฟิน

ทำให้เกิดความยากลำบากในการเข้าถึงมอร์ฟินของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงมาตรการในการจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินให้แก่ผู้ป่วย โดยศึกษาเปรียบเทียบกับกฎหมายการจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินของต่างประเทศ ได้แก่ เยอรมนี, อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา เพื่อหามาตรการที่เหมาะสมอันเป็นการประสานประโยชน์ระหว่างประโยชน์ของผู้ป่วยตามหลักสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าถึงมอร์ฟินเพื่อใช้ระงับอาการปวด กับประโยชน์ของรัฐในการป้องกันมิให้เกิดการแพร่ระบาดของยาเสพติด

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Purpose of study)

เพื่อศึกษาถึงการจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินที่ใช้ในทางการแพทย์ที่มีผลต่อการเข้าถึงมอร์ฟินของผู้ป่วย โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกฎหมายไทยและกฎหมายต่างประเทศ ได้แก่ เยอรมนี, อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา ตลอดจนเสนอแนะแนวทางในแก้ไขปัญหาการเข้าถึงมอร์ฟินของผู้ป่วย โดยเสนอแนะแนวทางการจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินที่ใช้ในทางการแพทย์ให้มีความเหมาะสม

2. วิธีการศึกษา (Method)

ในการวิจัยนี้เป็นการค้นคว้าจากเอกสารทางวิชาการ หนังสือ บทความ วารสาร รวมทั้งข้อมูลเอกสารทางกฎหมายที่ปรากฏอยู่ในรูปของสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ตลอดจนเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ

3. ผลการศึกษา (Results)

3.1 การจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินในประเทศไทย

ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 7(2) มอร์ฟินถูกจัดให้เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 2 หรือยาเสพติดให้โทษทั่วไป ซึ่งสามารถนำไปใช้ในทางที่ผิดได้ ทำให้สถานพยาบาลต่างๆที่มีมอร์ฟินสำรองไว้สำหรับการสั่งจ่าย วางมาตรการในการควบคุมการสั่งจ่ายมอร์ฟินเพื่อไม่ให้เกิดการนำมอร์ฟินที่ใช้ในทางการแพทย์ถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด โดยมีการกำหนดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินออกเป็นปริมาณที่แตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็นกรณีการจำกัดปริมาณมอร์ฟินเป็นจำนวนเม็ด และกรณีการจำกัดปริมาณมอร์ฟินเป็นปริมาณที่ใช้ได้ไม่เกินวันที่กำหนด กล่าวคือ ในกรณีการจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินเป็นจำนวนเม็ด คือ การที่สถานพยาบาลกำหนดปริมาณมอร์ฟินเป็นจำนวนเม็ดยาสูงสุดที่แพทย์จะสามารถสั่งจ่าย

ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้านได้ ตัวอย่างเช่น ส่งจ่ายมอร์ฟินได้ไม่เกิน 20 เม็ด หรือส่งจ่ายมอร์ฟินได้ไม่เกิน 30 เม็ด เป็นต้น ส่วนในกรณีของการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินเป็นจำนวนวัน คือการที่สถานพยาบาลกำหนดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินให้แก่ผู้ป่วยเป็นปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ไม่เกินวันที่กำหนดไว้ ตัวอย่างเช่น ส่งจ่ายมอร์ฟินเป็นปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ไม่เกิน 1 อาทิตย์ , 2 อาทิตย์ หรือ 1 เดือน เป็นต้น ซึ่งการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินดังกล่าวนี้ ทำให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจะต้องใช้มอร์ฟินเป็นประจำและอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เข้าถึงมอร์ฟินได้ด้วยความยากลำบาก ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีอาการทางคลินิกที่ต้องใช้มอร์ฟินเพื่อระงับอาการปวดอย่างต่อเนื่อง แต่การที่สถานพยาบาลบางแห่งจำกัดการส่งจ่ายมอร์ฟินโดยกำหนดให้ส่งจ่ายมอร์ฟินได้ไม่เกิน 20 เม็ด หรือส่งจ่ายได้ไม่เกิน 2 อาทิตย์ เป็นต้น ก็จะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเดินทางมาสถานพยาบาลบ่อยขึ้นเพื่อรับมอร์ฟิน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความยากลำบากในการเข้าถึงมอร์ฟิน ซึ่งผู้เขียนมีความเห็นว่าปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินนั้นควรจะส่งจ่ายได้เป็นปริมาณตามอาการทางคลินิกของผู้ป่วย

3.2 การจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินในต่างประเทศ

จากการศึกษาพบว่า การจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินนอกจากจะพบในประเทศไทยแล้ว ในต่างประเทศก็ได้มีการนำมาตรการดังกล่าวมาใช้ด้วย ตัวอย่างเช่น เยอรมนี, อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา แต่ในกรณีของต่างประเทศนั้น แม้ว่าจะมีการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินเพื่อป้องกันการนำมอร์ฟินไปใช้ในทางที่ผิดก็ตาม แต่ก็ได้มีการยกเว้นการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินในผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เป็นต้น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.2.1 ประเทศเยอรมนี

ประเทศเยอรมนีได้มีการออกกฎหมายที่มีชื่อว่า “กฎหมายว่าด้วยการส่งจ่ายยาเสพติด” หรือ “Ordinance on the Prescription, Dispensing and Proof of the Disposition of Narcotic Drugs” หรือ ที่เรียกเป็นภาษาเยอรมนีว่า “Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung” หรือมีชื่อย่อเป็นภาษาเยอรมนีว่า “BtMVV” เป็นกฎหมายที่วางมาตรการควบคุมเกี่ยวกับการส่งจ่ายยาเสพติดที่ใช้ในทางการแพทย์ เช่น การกำหนดปริมาณยาเสพติดสูงสุดที่แพทย์จะสามารถส่งจ่ายให้แก่ผู้ป่วยได้โดยมีหน่วยเป็นมิลลิกรัม หรือ

ปริมาณยาเสพติดที่แพทย์จะสามารถสั่งจ่ายให้แก่ผู้ป่วยได้เป็นปริมาณที่จะสามารถใช้ได้ไม่เกินวันที่กำหนด กฎหมายดังกล่าวได้วางมาตรการควบคุมการสั่งจ่ายมอร์ฟินโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การสั่งจ่ายมอร์ฟินให้แก่ผู้ป่วยในแต่ละราย แพทย์สามารถสั่งจ่ายได้ในปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน และ

2) กำหนดปริมาณสูงสุดในการสั่งจ่ายมอร์ฟินให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย ในแต่ละครั้ง โดยสามารถสั่งจ่ายมอร์ฟินให้แก่ผู้ป่วยในแต่ละรายได้ไม่เกิน 20,000 มิลลิกรัม

ทั้งนี้การจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินดังกล่าว ถูกยกเว้นในกรณีของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นระยะยาว กล่าวคือให้แพทย์สามารถสั่งจ่ายยาในจำนวนและปริมาณที่แตกต่างไปจากที่กฎหมายกำหนดไว้ได้ โดยทำเครื่องหมาย “A” ไว้ที่ใบสั่งยา

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่ากฎหมายการสั่งจ่ายยาเสพติดของประเทศเยอรมนี เป็นการบัญญัติกฎหมายที่ได้ผสมระหว่างหน้าที่ของรัฐในการควบคุมยาเสพติด และสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าถึงมอร์ฟินไว้ โดยมีการจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินไว้ให้แพทย์สามารถสั่งจ่ายได้ในปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน เพื่อเป็นการควบคุมมิให้เกิดการนำมอร์ฟินไปใช้ในทางที่ผิด แต่กฎหมายดังกล่าวก็ได้มีการบัญญัติยกเว้นการจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายยาเสพติดไว้ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาเป็นระยะยาว ให้แพทย์สามารถสั่งจ่ายมอร์ฟินในจำนวนและปริมาณที่แตกต่างออกไปได้ ซึ่งเป็นการรักษาไว้ซึ่งสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับยาระงับอาการปวด และเพื่อให้ผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่มีความจำเป็นต้องใช้มอร์ฟินอย่างต่อเนื่องเพื่อระงับอาการปวด ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตสงบ

3.2.2 ประเทศอังกฤษ

กฎหมายที่ควบคุมยาเสพติดในประเทศอังกฤษคือ กฎหมายว่าด้วยการใช้ยาในทางที่ผิด หรือ “Misuse of Drugs Act 1971” กฎหมายดังกล่าวแบ่งยาควบคุมออกเป็น 5 บัญชีรายชื่อ (Schedules) โดยจัดแบ่งตามความสามารถที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการแพทย์ และการก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคมหรือการนำไปใช้ในทางที่ผิด กฎหมายดังกล่าวไม่ได้ให้คำนิยามของคำว่ายาเสพติดไว้โดยตรง แต่จะใช้คำว่ายาควบคุม กล่าวคือ ยาควบคุมหมายความว่า สารหรือผลิตภัณฑ์ใดๆที่ระบุไว้ในส่วนที่ 1, 2 หรือ 3 ของบัญชีรายชื่อ

(Schedule) ที่ 2 ซึ่งเป็นยาควบคุมที่มีประโยชน์ในทางการแพทย์แต่สามารถเกิดการเสพติดได้ จึงถูกควบคุมอย่างเข้มงวดภายใต้ข้อกำหนดพิเศษเกี่ยวกับการสั่งจ่ายยา นอกจากนี้ยาในบัญชีที่ 2 นั้นสามารถแบ่งย่อยลงไปได้อีก 3 class คือ class A, class B และ class C ซึ่งมอร์ฟินถูกจัดให้เป็นยาควบคุม “Controlled drug class A”

ยาควบคุมในประเทศอังกฤษนั้นถูกควบคุมภายใต้แนวทางการปฏิบัติทางคลินิก หรือ “National Institute for Health and Care Excellence Guideline” หรือ “NICE clinical guideline” ซึ่งเป็นแนวทางที่ถูกจัดทำขึ้นโดยสถาบันแห่งชาติเพื่อความเป็นเลิศด้านสุขภาพและการแพทย์ของประเทศไทย หรือ National Institute for Health and Care Excellence เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ใช้เป็นแนวทางในการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย ซึ่งคณะกรรมการผู้กำหนดแนวทางการปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวได้พิจารณาเกี่ยวกับปริมาณสารควบคุมหรือมอร์ฟินที่จะสั่งจ่ายให้แก่ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการบำบัดรักษา โดยคณะกรรมการได้ประชุมกันว่า การพิจารณาปริมาณการสั่งจ่ายสารควบคุมต้องเป็นไปด้วยความรอบคอบโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยในการใช้สารควบคุม และการลดปริมาณสารควบคุมส่วนเกินหรือปริมาณสารควบคุมเหลือใช้ที่เก็บไว้ที่บ้านของผู้ป่วย โดยแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมสารควบคุมนั้นมีชื่อว่า “Controlled drugs: safe use and management” ซึ่งได้วางหลักในควบคุมการสั่งจ่ายสารควบคุมหรือมอร์ฟินไว้ กล่าวคือ การสั่งจ่ายสารควบคุมหรือมอร์ฟินให้แก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ในทางคลินิก ให้สั่งจ่ายได้ในปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน แต่ยกเว้นภายใต้สถานการณ์พิเศษอาจมีการสั่งจ่ายที่มากขึ้นกว่าปริมาณที่กำหนดไว้ได้ แต่ต้องบันทึกเหตุผลนั้นไว้ในเวชระเบียนหรือบันทึกการรักษาของผู้ป่วย

แม้ว่าแนวทางการปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวจะไม่ใช่อำนาจทางด้านกฎหมาย แต่ในทางปฏิบัตินั้นสารควบคุมในบัญชีรายชื่อ ที่ 2, 3 และ 4 จะถูกจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายไว้เท่าที่จำเป็นในปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน แต่คณะกรรมการผู้กำหนดแนวทางการปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวได้มีการวางแนวทางยกเว้นไว้ว่า อาจมีการสั่งจ่ายสารควบคุมหรือมอร์ฟินในปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้มากกว่า 30 วันได้หากมีสถานการณ์พิเศษที่มีความจำเป็น และในสถานการณ์ดังกล่าวนี้ผู้สั่งจ่ายสารควบคุมหรือมอร์ฟินต้องแน่ใจว่าจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย และต้องบันทึกเหตุผลดังกล่าวไว้ในเวชระเบียนหรือบันทึกการรักษาของผู้ป่วย หรืออาจกล่าวได้ว่ากรยกเว้นสำหรับสถานการณ์พิเศษดังกล่าวนี้เป็นสร้างความยืดหยุ่นให้กับมาตรการจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายสารควบคุมหรือมอร์ฟินให้มีความเหมาะสมกับความต้องการใช้มอร์ฟินที่มีความแตกต่างกันออกไปในผู้ป่วยแต่ละราย

3.2.3 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการออกกฎหมายจำกัดปริมาณการส่งจ่ายยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์เริ่มต้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 2016 ในมลรัฐแมสซาชูเซตส์ โดยได้มีการออกกฎหมายกำหนดให้แพทย์สามารถส่งจ่ายยาในกลุ่มโอปิออยด์ในปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้เป็นเวลาไม่เกิน 7 วัน ตามรายงานของ National Conference of State Legislatures พบว่าในช่วงปี ค.ศ. 2016-2017 มลรัฐต่างๆในสหรัฐอเมริกาเป็นจำนวนไม่ต่ำกว่า 30 มลรัฐ ได้มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการส่งจ่ายยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์เป็นจำนวนอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 130 ฉบับ และในปี ค.ศ. 2018 พบว่ามี 33 มลรัฐได้มีการออกกฎหมายจำกัดปริมาณการส่งจ่ายยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์ โดยกำหนดไว้ว่าแพทย์สามารถส่งจ่ายยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์ ได้เป็นปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ไม่เกิน 3 วัน, 5 วัน, 7 วัน, 14 วัน และ 30 วัน ซึ่งเป็นปริมาณที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละมลรัฐ นอกจากการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายเป็นปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ไม่เกินจำนวนวันที่กำหนดไว้ดังกล่าวแล้วในบางมลรัฐยังมีการกำหนดจำกัดปริมาณการส่งจ่ายเป็นมิลลิกรัมของมอร์ฟินต่อวันอีกด้วย แต่การจำกัดปริมาณการส่งจ่ายยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์นั้นกฎหมายบัญญัติให้นำมาใช้ในกรณีของผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเฉียบพลันเท่านั้น ไม่ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเรื้อรัง กล่าวคือในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเรื้อรังจะได้รับการยกเว้นการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟิน ซึ่งแพทย์สามารถส่งจ่ายได้ในปริมาณที่แตกต่างกันออกไปจากข้อกำหนดจำกัดปริมาณที่กำหนดไว้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเฉียบพลันได้ และนอกจากจะยกเว้นการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเรื้อรังแล้ว ยังยกเว้นสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง และอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยอีกด้วย ซึ่งกฎหมายของมลรัฐต่างๆในสหรัฐอเมริกาได้มีการระบุไว้ว่ามีข้อยกเว้นการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินในกรณีใดบ้าง และหากมีการยกเว้นการจำกัดปริมาณการส่งจ่าย แพทย์ต้องมีการระบุเหตุผลดังกล่าวไว้ในเวชระเบียนด้วย (National Conference of State Legislatures, 2019, pp1)

ในมลรัฐต่างๆของประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายยาในกลุ่มโอปิออยด์ไว้ โดยมีตัวอย่างดังต่อไปนี้

มลรัฐหลุยเซียนา โดยกรมอนามัยแห่งมลรัฐหลุยเซียนา (Louisiana Department of Health) ได้วางมาตรการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์

ไว้ โดยจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายยาออกเป็น ขนาดมอร์ฟีนต่อวัน, จำนวนเม็ดมอร์ฟีนต่อสัปดาห์ และระยะเวลาการรับมอร์ฟีน กล่าวคือ แพทย์สามารถสั่งจ่ายมอร์ฟีนเป็นขนาดยาต่อวันไม่เกิน 90 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเป็นจำนวนเม็ดต่อสัปดาห์คือไม่เกิน 28 เม็ดต่อสัปดาห์ และระยะเวลาในการรับยาเป็นเวลาไม่เกิน 30 วัน แต่ก็มีกรบัญญัติกเว้นการจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟีนไว้สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยให้แพทย์สามารถสั่งจ่ายมอร์ฟีนได้ในปริมาณที่แตกต่างไปจากข้อกำหนดจำกัดปริมาณได้ (Louisiana Department of Health, 2019, pp.1-3)

มลรัฐอริโซนาได้ออกกฎหมายที่มีชื่อว่า “SENATE BILL 1001” กฎหมายดังกล่าวได้กำหนดปริมาณการสั่งจ่ายยาในกลุ่มโอปิออยด์ไว้ว่า การสั่งจ่ายสารควบคุมในบัญชีรายชื่อที่ 2 ที่เป็นยาเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ให้แก่ผู้ป่วยในครั้งแรกนั้น ต้องถูกจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายโดยแพทย์สามารถสั่งจ่ายได้ในปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ไม่เกิน 5 วัน และในกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้องถูกจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายยาในปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ไม่เกิน 14 วัน แต่ก็มีข้อยกเว้นไว้สำหรับการสั่งจ่ายยาในกรณีของผู้ป่วยดังต่อไปนี้ เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม, ผู้ป่วยมีภาวะบาดเจ็บ, ผู้ป่วยได้รับการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย, ผู้ป่วยได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต, ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยได้รับการดูแลในสถานพักฟื้นที่มีพยาบาลวิชาชีพประจำการ, ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากการถูกไฟไหม้, การใช้ยาเพื่อการรักษาผู้ติดสารเสพติด และการใช้ในทารกที่จะหยุดยากกลุ่มโอปิออยด์เมื่อเวลาออกจากสถานพยาบาล เป็นต้น

มลรัฐฟลอริดาโดยคณะกรรมการด้านสุขภาพและการบริการมนุษย์ (Health and Human Services Committee) ได้ออกกฎหมายที่มีชื่อว่า “House Bill No. 21” มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 7 มกราคม ค.ศ. 2018 เป็นกฎหมายของมลรัฐที่วางหลักเกณฑ์เกี่ยวกับสารควบคุม หรือ “Controlled Substances” ซึ่งหมายรวมถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์ โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการที่มีอำนาจในการจัดทำแนวทางเกี่ยวกับการสั่งจ่ายสารควบคุมสำหรับอาการปวดแบบเฉียบพลัน (Acute Pain), จัดทำข้อกำหนดสำหรับเภสัชกรในการจ่ายยากกลุ่มโอปิออยด์ให้แก่ผู้ป่วย มีข้อกำหนดดังต่อไปนี้คือ ใบสั่งจ่ายยาในกลุ่มโอปิออยด์สำหรับการสั่งจ่ายเพื่อรักษาอาการปวดแบบเฉียบพลันนั้น จะสั่งจ่ายได้ในปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ไม่เกิน 3 วัน แต่อาจสั่งจ่ายในปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ไม่เกิน 7 วันได้หากว่าผู้ออกใบสั่งจ่ายสารควบคุมพิจารณาแล้วเห็นว่าการสั่งจ่ายสารควบคุมให้แก่ผู้ป่วยในปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้มากกว่า 3 วันมีความจำเป็นสำหรับการรักษาผู้ป่วยในสภาวะเช่นนั้น และต้องระบุว่า

เป็นกรณียกเว้นการสั่งจ่ายสารควบคุมสำหรับอาการปวดเฉียบพลันหรือระบุคำว่า “Acute Pain Exception” และต้องมีข้อมูลในเวชระเบียนที่เพียงพอว่าไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากการสั่งจ่ายสารควบคุมให้แก่ผู้ป่วยในปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้เกินกว่า 3 วัน. แต่การจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายสารควบคุมนั้นถูกจำกัดไว้สำหรับอาการปวดแบบเฉียบพลันเท่านั้นไม่รวมไปถึงอาการปวดประเภทอื่นๆ ซึ่งกฎหมายดังกล่าวได้ให้คำนิยามของคำว่า ปวดแบบเฉียบพลัน หรือ Acute pain กล่าวคือ อาการเจ็บปวดแบบเฉียบพลันหมายความถึงอาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นปกติธรรมดา สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ เกี่ยวกับทางสรีรวิทยา และมีการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นในช่วงระยะเวลาที่จำกัด ไม่ว่าจะเป็นการกระตุ้นทางเคมี ความร้อน หรือการกระตุ้นเชิงกล ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด การได้รับบาดเจ็บหรือการเจ็บปวดแบบเฉียบพลัน ซึ่งไม่รวมไปถึงความเจ็บปวดจากโรคมะเร็ง, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และผู้ป่วยที่บาดเจ็บอย่างสาหัสโดยมีคะแนน “Injury Severity Score” ตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป. ดังนั้นหากไม่ใช้การปวดแบบเฉียบพลันตามคำนิยามดังกล่าวก็ไม่สามารถนำการจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายยาในกลุ่มโอปิออยด์มาใช้บังคับได้

จะเห็นได้ว่าในหลายๆมลรัฐของสหรัฐมีการควบคุมการสั่งจ่ายยาในกลุ่มโอปิออยด์ หรือมอร์ฟิน โดยจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายเป็นปริมาณที่ผู้ป่วยจะสามารถใช้ได้ไม่เกินเวลาที่ได้กำหนดไว้ในแต่ละมลรัฐ และในบางรัฐก็มีการจำกัดปริมาณยาเป็นมิลลิกรัมต่อวันอีกด้วย แต่ก็ได้มีการเปิดช่องไว้สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีความจำเป็นต้องใช้มอร์ฟิน แพทย์สามารถสั่งจ่ายมอร์ฟินเป็นปริมาณที่แตกต่างออกไปจากข้อจำกัดปริมาณที่กำหนดไว้ได้ ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับประเทศไทยแล้วพบว่า ในประเทศไทยได้มีการจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินออกเป็นปริมาณที่แตกต่างกันออกไปตามแต่ละสถานพยาบาล แต่ก็มิได้มีการยกเว้นไว้สำหรับการใช้มอร์ฟินในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องใช้มอร์ฟินอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงมอร์ฟินได้ด้วยความสะดวกสบาย ดังนั้นผู้เขียนจึงเห็นว่าในการจำกัดปริมาณการสั่งจ่ายมอร์ฟินนั้นควรจะต้องมีการยกเว้นไว้ในกรณีของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้มอร์ฟินเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง โดยให้สามารถสั่งจ่ายมอร์ฟินเป็นปริมาณที่แตกต่างออกไปจากข้อจำกัดปริมาณได้

4. สรุปและขอเสนอแนะ (Conclusion and Recommendation)

ผู้เขียนเห็นว่าการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินควรใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเฉียบพลัน หรือ “Acute pain” แต่ในกรณีของผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ควรส่งจ่ายมอร์ฟินให้แก่ผู้ป่วยได้ในปริมาณที่เป็นไปตามอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นสำคัญ มิใช่ว่าสถานพยาบาลบางแห่งสามารถกำหนดให้จำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินได้ในปริมาณไม่เกิน 20 เม็ด หรือส่งจ่ายมอร์ฟินได้ไม่เกิน 30 เม็ด หรือส่งจ่ายมอร์ฟินเป็นปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ไม่เกิน 1 อาทิตย์ , 2 อาทิตย์ หรือ 1 เดือน เป็นต้น ซึ่งการกำหนดจำกัดปริมาณดังกล่าว นั้นเป็นการกำหนดปริมาณที่ไม่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยในแต่ละรายที่มีความแตกต่างกันออกไป กล่าวคือ ผู้ป่วยแต่ละรายมีอาการทางคลินิกที่แตกต่างกัน และมีจำเป็นต้องการใช้มอร์ฟินในปริมาณที่แตกต่างกัน การกำหนดปริมาณการส่งจ่ายที่เป็นปริมาณเดียวกัน ไม่อาจนำไปใช้กับผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการทางคลินิกที่แตกต่างกันได้ ดังนั้นการจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาการเข้าถึงมอร์ฟินของผู้ป่วย กล่าวคือในกรณีของผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีความจำเป็นต้องใช้มอร์ฟินเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง การจำกัดปริมาณการส่งจ่ายมอร์ฟินที่ไม่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงมอร์ฟินได้ด้วย ความยากลำบาก โดยต้องเดินทางมาสถานพยาบาลบ่อยขึ้นเพื่อรับมอร์ฟิน ผู้เขียนเห็นว่าในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีความจำเป็นต้องใช้มอร์ฟิน ควรสามารถส่งจ่ายมอร์ฟินได้ในปริมาณที่เป็นไปตามอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

เอกสารอ้างอิง (References)

- คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาลศิริราช. (2560). High Alert Drug คู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลศิริราช.
- “พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522,” ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 96 ตอนที่ 63 (22 เมษายน 2522), หน้า 40-49.
- “ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2562,” ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136 ตอนที่พิเศษที่ 95 ง (17 เมษายน 2522), หน้า 8. และรายการยาในบัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2562 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2562.

- American Pharmacists Association. (2012). Drug Information Handbook: with international trade name index. 21st. Ohio : Lexi-Comp.
- Louisiana Department of Health. (2019). Louisiana Medicaid Opioid Prescription Policy. Retrieved December 2, 2019. from www.louisianahealthconnect.com/content/dam/centene/louisiana-health-connect/pdfs/medicaid-provider/HPA17-7.pdf.
- “Misuse of Drugs Act 1971,” Retrieved June 2, 2019. from <https://www.health-ni.gov.uk/articles/misuse-drugs-legislations>.
- “Ordinance on the Prescription, Dispensing and Proof of the Disposition of Narcotic Drugs,” Retrieved December 3, 2019. from www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/Narcotic_Drugs_Prescription_Ordinance_190210.pdf
- National Conference of State Legislatures. (2019). Prescribing Policies: States Confront Opioid Overdose Epidemic. Retrieved December 1, 2019. from www.ncsl.org/research/health/prescribing-policies-states-confront-opioid-overdose-epidemic.aspx.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). Controlled drugs: safe use and management (NICE guideline NG46).
- New York State Assembly. (2019). SENATE BILL 8139. Retrieved June 2, 2019. from https://nyassembly.gov/leg/?default_fld=&leg_video=&bn=S08139&term=2015&Summary=Y&Text=Y.
- State of Arizona Senate. (2019). SENATE BILL 1001. Retrieved June 2, 2019. from <https://apps.azleg.gov/BillStatus/GetDocumentPdf/456564>.
- World Health Organization Geneva (1986). Cancer pain relief. Switzerland : The World Health Organization.

The government mechanism regulations involving farmers protection in the contract farming regime of livestock in Thailand

Chumphon Nakarin* Lawan Thanadsillapakul**

Abstract

The objectives of the paper aim to study the problem of unfairness, and investigate a legal measures by using state protocol for protect livestock farmers under contract farming regime; By analyze comparing domestic information with international laws ; To seek solutions that can solve unfairness in doing contract farming regime of farmer in Thailand. This paper is conducted on qualitative research by comparing the collected primary data from related informants with domestic international laws.

As a result, Although the contract farming regime is the Food production process that is controlled as food safety concerning for costumer to have good health and seems to be price insurance for farmers, and unfair problems remained between partners of the contract. To cope with these issues, the government had passed legislation on the Contract Farming Promotion and Development Act in 2560, which declares that entrepreneurs in the regime must register, prepare a prospectus and a draft agreement, and reveal all-important internal information from companies to farmers. So, they can carefully consider documents before signing of the contract. Making a contract must be completed following the law and regulations. Nonetheless, if agricultural business operators do not follow the mentioned processes, They are settled. In essence, compromising should be done before referring the dispute to arbitration or the court. The another alternative method is possibly done through a political aspect of Contract farming Committee and National agriculture parliament offering contract farming development plan. Upon the comparative analysis used legal measures in Thailand are partially similar to international laws. However, the act typically protects only the individual farmers and the government officer does not have authorities to enforce the law. That is why unfair problems have been found even though the act has been manipulated. Therefore, the act should be edited the definition of individual Farmers to become corporate and assign local officers in the department of livestock, Fishery and agriculture as competent officers who can control as well as locally manipulate law enforcement

Keywords: Contract farming, Farmer protection, State protocol

* Master of Law (Public Law), School of Law, Sukhothai Thammathirat Open University,
Corresponding Author Email: chumphonnak@gmail.com

**Associate professor, School of Law, Sukhothai Thammathirat Open University

กลไกทางกฎหมายของรัฐกับการคุ้มครองเกษตรกร ในระบอบเกษตรพันธสัญญาภาคปศุสัตว์ของประเทศไทย

ชุมพล นาครินทร์* ลาวณิชย์ ถนัดศิลป์กุล**

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาความไม่เป็นธรรมและกลไกทางกฎหมายในการคุ้มครองเกษตรกรผู้เลี้ยงปศุสัตว์ภายใต้ระบอบเกษตรพันธสัญญาโดยเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมในการทำเกษตรพันธสัญญาของประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลและศึกษาข้อมูลปฐมภูมิจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง บทบัญญัติของกฎหมาย บทความ หนังสือ วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ

ผลการศึกษาพบว่าระบอบการทำเกษตรพันธสัญญาเป็นการผลิตอาหารที่มีการควบคุมกำกับเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคให้มีสุขภาพที่ดี และเป็นระบบประกันรายได้สำหรับเกษตรกรแต่ข้อเท็จจริงมีปัญหาในอำนาจต่อรองของคู่สัญญา จึงเกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมเสมอมา ปัจจุบันได้มีพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ.2560 ได้กำหนดให้ผู้ประกอบธุรกิจเกษตรพันธสัญญา จัดแจ้งขึ้นทะเบียน จัดทำเอกสารชี้ชวน ร่างสัญญาและเปิดเผยให้เกษตรกรตรวจสอบก่อนทำสัญญา และการทำสัญญาต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติดังกล่าว หากฝ่าฝืนจะมีโทษเปรียบเทียบปรับตามกฎหมาย และต้องมีการไกล่เกลี่ยก่อนนำคดีขึ้นสู่อนุญาโตตุลาการหรือชั้นศาล นอกจากนี้ยังมีกลไกเชิงนโยบายของคณะกรรมการเกษตรพันธสัญญา และสภาเกษตรกรแห่งชาติ ในการเสนอแผนการพัฒนาเกษตรพันธสัญญาและปัญหาเกษตรกรต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อแก้ไขปัญหาเกษตรกรได้ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายที่ใช้ภายในประเทศบางส่วนคล้ายคลึงกับกฎหมายต่างประเทศ อย่างไรก็ตามพระราชบัญญัติดังกล่าวคุ้มครองเฉพาะเกษตรกรบุคคลธรรมดา และไม่มีพนักงานเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่ในการบังคับใช้กฎหมาย จึงยังมีปัญหาความไม่เป็นธรรมในระดับพื้นที่ ถึงแม้พระราชบัญญัติดังกล่าวจะมีผลบังคับใช้แล้ว ดังนั้น ควรแก้ไขนิยามเกษตรกรให้รวมถึงเกษตรกรที่เป็นนิติบุคคลด้วยและกำหนดให้เจ้าหน้าที่กรมปศุสัตว์ กรมประมง และกรมวิชาการเกษตร เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย เพื่อควบคุมกำกับดูแลและบังคับใช้กฎหมายในระดับพื้นที่

คำสำคัญ เกษตรพันธสัญญา การคุ้มครองเกษตรกร กลไกของรัฐ

* หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต (กฎหมายมหาชน) สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และผู้ส่งบทความวิจัย Email : chumphonnak@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทนำ (Introduction)

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเลี้ยงปศุสัตว์เชิงเกษตรอุตสาหกรรมที่เรียกว่าระบบเกษตรพันธสัญญา (Contract Farming) ประเทศไทยได้กำหนดในกรอบนโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2558-2564) (จุดพล หวังสู่พัฒนา และ ชลธิ์ วัฒนเวทวิจิตร, 2550) ซึ่งโดยหลักการแล้วระบบเกษตรพันธสัญญา มีความหมายเชิงบวกว่า เป็นการสร้างหลักประกันรายได้ให้กับเกษตรกร ทำให้มีรายได้ที่มั่นคงแน่นอนและเป็นอาชีพที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตามในอีกแง่มุมหนึ่งยังมีข้อเท็จจริงหลายกรณี พบว่าได้สร้างปัญหาแก่เกษตรกรจำนวนมากที่เป็นเพียงแรงงานรับจ้างในที่ดินของตนเอง ยังพบว่าปศุสัญญาสำเร็จรูปที่ไม่เป็นธรรม โดยบริษัทธุรกิจเป็นผู้กำหนดเงื่อนไขของสัญญาทั้งหมด (ทศพล ทรรศนกุลพันธ์, 2556) ปัญหาล่าสุดที่เกิดความไม่เป็นธรรมและไร้การคุ้มครองจากกลไกทางกฎหมายของรัฐในเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่เนื้อภายใต้ระบบเกษตรพันธสัญญาซึ่งผู้ศึกษาได้ร่วมแก้ไขปัญหามาในกรณีการค้างจ่ายเงินค่าตอบแทนการเลี้ยงไก่เนื้อให้กับเกษตรกรของบริษัทธุรกิจแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรังมาตั้งแต่ปลายปี 2555 และเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2556 เกษตรกรผู้เลี้ยงไก่เนื้อ จำนวน 497 ราย ครอบคลุมพื้นที่ใน 14 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ ขอนแก่น นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ เพชรบูรณ์ ลพบุรี พิจิตร นครสวรรค์ ชัยนาท ได้เรียกร้องให้บริษัทธุรกิจดังกล่าวจ่ายหนี้เงินค่าตอบแทนการเลี้ยงไก่เนื้อที่มียอดหนี้รวมประมาณ 358 ล้านบาท (ข้อมูลจากกระบวนการกลุ่มจากเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่เนื้อ เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2558) และบริษัทธุรกิจดังกล่าวก็ไม่ดำเนินการแก้ไขปัญหามาแต่อย่างใด สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดคือ การเกรงกลัวบริษัทธุรกิจเกษตรพันธสัญญาของเกษตรกรในการไม่ให้เลี้ยงไก่เนื้อในรุ่นต่อไป หากดำเนินการฟ้องร้องคดีต่อศาลยุติธรรม ดังนั้นเกษตรกรจึงเลือกที่จะไม่ดำเนินคดีทางกฎหมายด้วยตนเองแต่เลือกการเรียกร้องผ่านกลไกหน่วยงานรัฐเป็นหลักโดยคาดหวังว่า อำนาจทางปกครองของหน่วยงานของรัฐจะช่วยคุ้มครองเกษตรกรได้ (ข้อมูลจากกระบวนการกลุ่มจากเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่เนื้อ เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2558)

เมื่อเปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายและการคุ้มครองเกษตรพันธสัญญากฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่ภาคเอกชนของประเทศไทยได้นำระบบเกษตรพันธสัญญามาใช้ในประเทศไทยเป็นครั้งแรกและพัฒนาจนถึงปัจจุบัน ว่ามีกลไกของรัฐในการควบคุมกำกับ ดูแล รวมทั้งแก้ไขปัญหากฎหมายการทำเกษตรพันธสัญญาอย่างไร นอกจากนี้ปัญหาความไม่เป็นธรรมส่วนใหญ่เริ่มก่อขึ้นจากสาระสำคัญของสัญญาที่ไม่เป็นธรรมจึงจำเป็นต้องศึกษาคู่่มือทางกฎหมายในการทำเกษตรพันธสัญญาของสถาบันระหว่างประเทศเพื่อการจัดทำกฎหมายเอกชน

ให้เป็นเอกภาพ (UNIDROIT) เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงกฎหมายของประเทศไทย ในส่วนกระบวนการทำสัญญาและสาระสำคัญของสัญญาซึ่งกำหนดสิทธิและหน้าที่ของคู่สัญญาให้มีสภาพบังคับที่เป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย (The UNIDROIT/FAO/IFAD,2012) จึงเป็นที่มาในการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัญหาและค้นหาแนวทางการในความคุ้มครองเกษตรกรโดยมาตรการทางกฎหมายและกลไกของรัฐตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ. 2560 และตามพระราชบัญญัติสภาเกษตรกรแห่งชาติ พ.ศ. 2535 โดยศึกษาเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ รวมทั้งพิจารณาสร้างกลไกของรัฐอื่น ๆ หรือสร้างระบบการตรวจสอบโดยภาคประชาชน เพื่อคุ้มครองเกษตรกรภายใต้ระบบเกษตรพันธสัญญาให้ได้รับความเป็นธรรมและมีความยั่งยืนในอาชีพการเลี้ยงปศุสัตว์ต่อไป

2. วิธีการวิจัย (Method)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยเป็นการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลจากหนังสือ วิทยานิพนธ์ บทความวิชาการ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งของไทยและต่างประเทศ คือ ประเทศสหรัฐอเมริกาและคู่มือทางกฎหมายในการทำเกษตรพันธสัญญาของสถาบันระหว่างประเทศเพื่อการจัดทำกฎหมายเอกชนให้เป็นเอกภาพ (UNIDROIT) และเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Source) จากการสัมภาษณ์ นายประพัฒน์ ปัญญาชาติรักษ์ ประธานสภาเกษตรกรแห่งชาติ และการใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม จากบุคคลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งเป็นเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่เนื้อจำนวน 89 ราย สุกร 12 ราย โคเนื้อ 30 ราย โคนม 26 ราย เป็ดเนื้อ 5 ราย ไก่ไข่ 5 ราย

3. วัตถุประสงค์ (Objectives)

3.1 เพื่อศึกษาแนวคิด หลักการ รูปแบบ ปัญหาความไม่เป็นธรรมและมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองเกษตรกรผู้เลี้ยงปศุสัตว์ระบบเกษตรพันธสัญญาของประเทศไทย

3.2 เพื่อวิเคราะห์กลไกทางกฎหมายของรัฐในการคุ้มครองเกษตรกรในระบบเกษตรพันธสัญญาภาคปศุสัตว์ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ. 2560 และตามพระราชบัญญัติสภาเกษตรกรแห่งชาติ พ.ศ. 2535

3.3 เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองเกษตรกรภายใต้ระบบเกษตรพันธสัญญาของต่างประเทศ

3.4 เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ไขมาตรการทางกฎหมายและการคุ้มครองเกษตรกร ภายใต้ระบอบเกษตรพันธสัญญาตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ. 2560 และพระราชบัญญัติสภาเกษตรกรแห่งชาติ พ.ศ. 2535

ผลการศึกษา (Results)

1. แนวคิดพื้นฐานระบอบเกษตรพันธสัญญา

1.1 .แนวคิด หลักการ รูปแบบ ปัญหาความไม่เป็นธรรมและมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองเกษตรกรระบอบเกษตรพันธสัญญาของประเทศไทย

ระบอบเกษตรพันธสัญญาเป็นการทำการเกษตรสมัยใหม่ที่ถูกนำมาใช้ในการผลิตทั้งด้านปศุสัตว์ การประมงและการเพาะปลูก เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคที่มีสูง และมีการขยายผลแพร่หลายในยุโรปตะวันตก และสหรัฐอเมริกา และจนถึงกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาในปัจจุบัน สำหรับประเทศไทยรัฐบาลได้มีการนำระบอบเกษตรพันธสัญญาใช้ในการผลิต การเกษตรเพื่อส่งเสริมให้ปลูกพืชไร่เพื่อการส่งออกในช่วง พ.ศ. 2510 และปรากฏชัดในนโยบายของรัฐ เมื่อบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (2530-2534) และมีการพัฒนาระบบการเกษตรพันธสัญญาจนมาถึงปัจจุบันเพราะระบอบเกษตรพันธสัญญาเป็นระบบการผลิตอาหารที่ปลอดภัยต่อผู้บริโภคและเป็นประโยชน์ต่อการสาธารณสุข เนื่องจากเป็นระบบผลิตสินค้าปศุสัตว์ เนื้อ นม ไข่ที่มีการควบคุมการผลิตตามสัญญากำหนดเพื่อให้มีความปลอดภัยต่อผู้บริโภคและมาตรฐานการส่งออกต่างประเทศ โดยมีการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาและวัคซีนโดยนายสัตวแพทย์ผู้ควบคุมฟาร์มเพื่อไม่ให้ใช้ยาที่ใช้สำหรับคนหรือยาและสารต้องห้ามใช้กับสัตว์สำหรับการบริโภคเช่นสารเร่งเนื้อแดง คลอแรมเฟนิคอล เป็นต้น และมีระยะหยุดยาตามหลักเภสัชศาสตร์พร้อมสุ่มเก็บตัวอย่างตามระยะการผลิต ปัจจุบันได้มีการพัฒนายกระดับฟาร์มปศุสัตว์ระบอบเกษตรพันธสัญญาเข้าสู่รูปแบบปศุสัตว์อินทรีย์ หรือฟาร์มปลอดการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดปัญหาเชื้อดื้อยาในคนซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีแก่ผู้บริโภคในการได้รับอาหารที่ปลอดภัยปราศจากอันตรายจากยาและสารเคมีรวมทั้งเชื้อโรคที่ติดต่อกับสัตว์สู่คนซึ่งเป็นลดปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุขอีกทางหนึ่ง

การให้คำจำกัดความของคำว่า “Contract Farming” ในประเทศไทยได้มีคำที่ใช้เรียกกัน ในภาษาไทยที่แตกต่างกันไปหลายคำ เช่น การเกษตรแบบมีสัญญาผูกพัน การเกษตรแบบมีพันธสัญญา เกษตรพันธสัญญา เกษตรครบวงจร ระบบการผลิตตามสัญญาข้อตกลงล่วงหน้า การเกษตรแบบมีสัญญาผูกพันกับบริษัทเอกชน เกษตรกรรมแบบมีพันธสัญญา บ่วงบาศ

พินิจเกษตรกร เป็นต้น นอกจากนี้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ. 2560 ได้อธิบายความหมายระบบเกษตรพันธสัญญา (มาตรา 4) หมายความว่า ระบบการผลิตผลิตผลหรือบริการทางการเกษตร ที่เกิดขึ้นจากสัญญาการผลิตผลิตผลหรือบริการทางการเกษตรประเภทเดียวกันระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจ ทางการเกษตรฝ่ายหนึ่งกับบุคคลธรรมดาซึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรมตั้งแต่สิบรายขึ้นไป หรือกับสหกรณ์การเกษตรหรือกลุ่มเกษตรกรตามกฎหมายว่าด้วยสหกรณ์ หรือกับวิสาหกิจชุมชนหรือเครือข่าย วิสาหกิจชุมชนตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนซึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรมอีกฝ่ายหนึ่ง ที่มีเงื่อนไขในการผลิตจำหน่าย หรือจ้างผลิตผลิตผลหรือบริการทางการเกษตรอย่างหนึ่งอย่างใด โดยเกษตรกร ตกลงที่จะผลิต จำหน่าย หรือรับจ้างผลิตผลิตผลทางการเกษตรตาม จำนวน คุณภาพ ราคา หรือระยะเวลาที่กำหนดไว้ และผู้ประกอบการธุรกิจทางการเกษตรตกลงที่จะซื้อผลิตผลดังกล่าวหรือ จ่ายค่าตอบแทนตามที่กำหนดไว้ตามสัญญา โดยผู้ประกอบการธุรกิจทางการเกษตรเข้าไปมีส่วนในกระบวนการผลิต เช่น เป็นผู้กำหนดวิธีการผลิต จัดหาพันธุ์ เมล็ดพันธุ์ ผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร หรือปัจจัยการผลิต ให้แก่เกษตรกร ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องกำหนดให้การทำสัญญาการผลิตผลิตผลหรือบริการทางการเกษตร ระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจทางการเกษตรกับบุคคลธรรมดาซึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรมไม่ถึงสิบรายแต่ไม่น้อยกว่าสองรายขึ้นไปประเภทใด ต้องนำระบบเกษตรพันธสัญญาตามพระราชบัญญัตินี้ไปใช้บังคับให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกา

รูปแบบและเนื้อหาสัญญาภายใต้ระบบเกษตรพันธสัญญาซึ่งแบ่งตามสิทธิในปัจจัยการผลิตและผลผลิตอาจแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ ได้แก่

(1) สัญญาแบบจ้างปลูกหรือเลี้ยง หรือสัญญาประกันรายได้ เป็นรูปแบบที่เกษตรกรจะต้องรับผิดชอบในการเตรียมความพร้อมในด้านปัจจัยพื้นฐานการผลิต เช่น สร้างหรือปรับปรุงโรงเรือนให้ได้มาตรฐานตามที่บริษัทรับรอง โดยฝ่ายบริษัทจะเป็นผู้กำหนดปริมาณการปลูกหรือเลี้ยงในแต่ละรุ่นและเป็นผู้จัดหาปัจจัยการผลิต พร้อมทั้งให้เจ้าหน้าที่ของบริษัทดังกล่าวเข้ามาตรวจสอบเป็นระยะ (ไพสิฐ พาณิชย์กุล,2558)

(2) สัญญาแบบประกันราคา มีลักษณะคล้ายกับสัญญาแบบจ้างปลูกหรือเลี้ยง เพียงแต่บริษัทไม่อนุญาตให้เกษตรกรเลือกปัจจัยการผลิตหรือนำผลผลิตไปขายให้ผู้รับซื้อรายอื่น บริษัทจะเข้ามารับซื้อผลผลิตและหักมูลค่าปัจจัยการผลิตที่เกษตรกรรับมาล่วงหน้าออกจากมูลค่ารับซื้อผลผลิต โดยราคาที่ได้รับซื้อจะเป็นราคาประกัน การทำสัญญาแบบประกันราคาเกษตรกรจะต้องวางเงินประกันเพื่อรับรองการชำระค่าปัจจัยการผลิต หากเกษตรกรขาดทุนจากการผลิต สัญญาแบบประกันราคาบริษัทจะควบคุมปัจจัยการผลิตบางส่วน และเกษตรกรขาย

ผลผลิตให้กับบริษัทการเกษตรในราคา ปริมาณ และคุณภาพตามที่กำหนดไว้ในสัญญา (ศจินทร์ ประชาสันต์,2555)

(3) สัญญาแบบประกันตลาด เป็นกรณีที่เกษตรกรขายวัตถุดิบให้กับผู้ซื้อเพื่อแปรรูปภายใต้คุณภาพและเวลาที่กำหนดไว้ในสัญญา โดยเกษตรกรมีอำนาจในการตัดสินใจด้านการผลิตได้อย่างเต็มที่ เมื่อได้ผลผลิตตามที่ต้องการของบริษัทแล้ว บริษัทจะเข้ามารับผิดชอบตลาดหรือรับซื้อผลผลิตในราคาตามท้องตลาดทั่วไป (ไพสิฐ พาณิชย์กุล,2558)

1.2 สภาพปัญหาความไม่ธรรมในการทำเกษตรพันธสัญญาของเกษตรกรผู้เลี้ยงปศุสัตว์ของประเทศไทย

ในทางทฤษฎีระบอบเกษตรพันธสัญญาเป็นระบบการผลิตการเกษตรที่ประกันความมั่นคงในเรื่องรายได้แต่ในทางปฏิบัติมีปัญหาหลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรมและจากข้อมูลกระบวนการกลุ่ม วันที่19 กุมภาพันธ์ 2559 พบว่า มี 7 ประการ ได้แก่

(1) ปัญหาความแตกต่างในอำนาจต่อรองและการเกรงกลัวบริษัทธุรกิจเกษตรพันธสัญญาของเกษตรกร โดยสภาพปัจจุบันบริษัทธุรกิจเกษตรพันธสัญญามีอำนาจต่อรองที่เหนือกว่าเกษตรกร (ทศพล ทรรศนกุลพันธ์, 2556) และจากข้อเท็จจริงดังกล่าวก่อให้เกิดการเกรงกลัวบริษัทธุรกิจเกษตรพันธสัญญาในการที่จะไม่ได้รับการส่งเสริมในการเลี้ยงปศุสัตว์ในฟาร์มที่เกษตรกรได้ลงทุนก่อตั้งฟาร์มขึ้นเนื่องจากมีภาระหนี้สินต่อสถาบันการเงินเป็นประจำทุกเดือน จนไม่อาจที่จะได้แย้งสิทธิตามสัญญา

(2) ปัญหาเรื่องราคาและคุณภาพปัจจัยการผลิต ทั้งพันธุ์สัตว์ อาหาร ยา เมล็ดพันธุ์ ปุ๋ย บริษัทจะเป็นผู้จัดหาให้เกษตรกรทั้งหมด และราคาปัจจัยการผลิตยังแพงกว่าท้องตลาด อีกทั้งเกษตรกรยังไม่สามารถตรวจสอบคุณภาพของปัจจัยการผลิตได้ด้วยตนเอง

(3) ปัญหาเรื่องเงินทุน การทำเกษตรพันธสัญญาโดยเฉพาะการเลี้ยงสัตว์ต้องใช้เงินทุนจำนวนมากในการสร้างสาธารณูปโภคพื้นฐาน เกษตรกรจึงจำเป็นต้องหาแหล่งทุนที่กู้ยืมเงินทั้งในและนอกระบบ โดยเริ่มต้นเมื่อเข้าร่วมโครงการฯบริษัทจะเป็นผู้รับรองเกษตรกรในการกู้เงินกันธนาคาร แต่เมื่อเกษตรกรเกิดหนี้สินจากการทำเกษตรพันธสัญญา บริษัทจะไม่ร่วมรับผิดชอบในภาระหนี้สินที่เกิดขึ้น

(4) ปัญหาเรื่องการรับภาระความเสี่ยงในการผลิตจากการทำเกษตรพันธสัญญา เช่น น้ำท่วม โรคระบาด ไฟไหม้ เป็นต้น บริษัทจะให้เกษตรกรต้องรับภาระความเสี่ยงแต่เพียงฝ่ายเดียว

(5) ปัญหาเรื่องผลตอบแทนในการทำการเกษตรพันธสัญญา เกษตรกรจะต้องใช้แรงงานอย่างเข้มข้นในการผลิต แต่ผลตอบแทนของเกษตรกร เมื่อหักค่าใช้จ่ายสาธารณูปโภค ค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า เกษตรกรแทบจะไม่มีรายได้เพียงพอต่อการชำระหนี้สินสถาบันการเงินหรือหนี้นอกระบบต่างหรือไม่เพียงพอในการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน

(6) ปัญหาเรื่องผลกระทบจากการทำเกษตรพันธสัญญาต่อสิ่งแวดล้อมและต้นทุนทางสังคม เนื่องจากการเลี้ยงปศุสัตว์หรือการเพาะปลูกในระบบเกษตรพันธสัญญาได้มีใช้สารเคมีและทรัพยากรธรรมชาติอย่างเข้มข้น ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศโดยรวมที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้(เขมชาติ ตนบุญ, 2558)

(7) ปัญหาเรื่องข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรมต่อเกษตรกร เนื่องจากการที่บริษัทเป็นผู้กำหนดเงื่อนไขสัญญาแต่ฝ่ายเดียว ทำให้เกิดข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรมแก่เกษตรกร (วิทยากร สุวรรณเรื่องศรีและคณะ, 2556)

2. วิเคราะห์กลไกทางกฎหมายของรัฐในการคุ้มครองเกษตรกรในระบบเกษตรพันธสัญญาภาคปศุสัตว์ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ. 2560 และตามพระราชบัญญัติสภาเกษตรกรแห่งชาติ พ.ศ. 2535

กลไกการคุ้มครองเกษตรกรภายใต้ระบบเกษตรพันธสัญญาของประเทศไทยมี 2 กลไกหลัก คือ กลไกในการควบคุมกำกับในเชิงนโยบายและกลไกในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และหน่วยงานของรัฐ ดังนี้

2.1. กลไกในการควบคุมกำกับในเชิงนโยบาย ได้แก่ คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญาและสภาเกษตรกรแห่งชาติ

คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 (มาตรา 3)เนื่องจากเป็นคณะกรรมการหรือบุคคลซึ่งมีกฎหมายให้อำนาจในการออกกฎ คำสั่งหรือมติใดๆ ที่มีผลกระทบต่อบุคคลและเป็นเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 (มาตรา 5) เนื่องจากเป็นบุคคลซึ่งใช้อำนาจหรือได้รับมอบให้ใช้อำนาจทางปกครองของรัฐในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งตามกฎหมาย และมีหน้าที่ควบคุมกำกับในเชิงนโยบายตามมาตรา 10 (1)(8) แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ. 2560 ในการเสนอแผนการพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญาต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติและเสนอความเห็นต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาสั่งการในกรณีที่หน่วยงานของรัฐไม่ดำเนินการตามอนุมาตรา (2) คือกำหนดแนวทางหรือมาตรการเพื่อให้หน่วยงานของรัฐที่

เกี่ยวข้องดำเนินการให้เป็นไปตามแผนพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญาที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติหรืออนุมาตรา(6) คือ ติดตาม ประสานงาน หรือเร่งรัดการดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐ ในการดำเนินการตามแผนการพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา จึงมีหน้าที่ใกล้เคียงกับสภาเกษตรกรแห่งชาติในการดำเนินงานเชิงนโยบายในการเสนอแผนแม่บท นโยบายและแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาการทำเกษตรกรรม ตามพระราชบัญญัติสภาเกษตรกรแห่งชาติ พ.ศ. 2535 (มาตรา 11) ซึ่งถือเสมือนเป็นสภาที่ปรึกษารัฐบาล นอกจากนี้ยังมีหน้าที่กำหนดแนวทางหรือมาตรการ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องดำเนินการให้เป็นไปตามแผนพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญาที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติ (มาตรา 10) เป็นต้น แต่จะเห็นสัดส่วนของคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาเกษตรพันธสัญญาโดยส่วนใหญ่จะเป็นส่วนราชการต่างๆ เป็นกรรมการ 15 ตำแหน่ง และมีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนไม่เกิน 9 คน โดยรัฐมนตรีแต่งตั้งจากเกษตรกร จำนวน 3 คน ผู้ประกอบธุรกิจทางการเกษตร จำนวน 3 คน และผู้ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านบริหารธุรกิจ เทคโนโลยีทางการเกษตร หรือเศรษฐศาสตร์ จำนวนไม่เกิน 3 คน (มาตรา 6) แต่มีสัดส่วนที่เป็นตัวแทนเกษตรกรเพียง 3 คน จึงอาจจะก่อให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงานเนื่องจากคณะกรรมการดังกล่าวมีบริบททางความคิดที่แตกต่างกันอย่างมาก การที่ผู้แทนเกษตรกรซึ่งเป็นองค์คณะอาจจะสามารถเสนอแผนการพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญาตามความต้องการ หรือประเด็นปัญหาความเป็นธรรม เนื่องจากในปัจจุบันกลุ่มธุรกิจเกษตรพันธสัญญามีอิทธิพลต่อข้าราชการประจำรวมถึงรัฐบาลส่งผลให้แผนพัฒนาเกษตรพันธสัญญาของประเทศเป็นไปในทางที่เป็นประโยชน์แก่กลุ่มธุรกิจเกษตรพัฒนาสัญญามากกว่าที่เกษตรกรได้รับการคุ้มครองอย่างจริงจัง

ส่วนสภาเกษตรกรแห่งชาติ เป็นองค์กรที่เกิดขึ้นตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่ผ่านมา ที่กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการคุ้มครองและรักษาประโยชน์ของเกษตรกรในการผลิต การแปรรูปและการตลาด ส่งเสริมให้เกษตรกรได้รับผลตอบแทนสูงสุด รวมทั้งส่งเสริมการรวมกลุ่มของเกษตรกรในรูปของสภาเกษตรกรเพื่อวางแผนเกษตรกรรมและรักษาผลประโยชน์ร่วมกันของเกษตรกร (ชิดชนก สมประเสริฐ, 2558) และทำหน้าที่เป็นตัวแทนของเกษตรกรในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีหน้าที่เสริมสร้างความร่วมมือและประสานงานกับภาครัฐและเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ และองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อพัฒนาเกษตรกรรมพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่เกษตรกรและองค์กรเกษตรกรรวมทั้งให้ความเห็นต่อนโยบาย กฎหมาย หรือข้อตกลงที่เกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อเกษตรกร (มาตรา 12) และคณะรัฐมนตรีมีหน้าที่ในการรายงานผลการพิจารณาหรือการดำเนินการแจ้งให้

สภาเกษตรกรแห่งชาติทราบภายในเวลาที่กำหนดด้วย (มาตรา 12) จึงเป็นกลไกของรัฐหนึ่งที เกษตรกรสามารถเข้าถึงได้และมีความเป็นอิสระในการเสนอความต้องการต่อรัฐบาลให้ ดำเนินการในเชิงนโยบายในภาคเกษตรกรอื่น ๆ รวมทั้งระบอบเกษตรกรพันธสัญญาด้วยซึ่งปัจจุบันมี สภาเกษตรกร 2 ระดับ คือสภาเกษตรกรแห่งชาติ และสภาเกษตรกรจังหวัด (มาตรา 11) เพื่อทำ หน้าที่เป็นตัวแทนของเกษตรกรทุกจังหวัดของประเทศไทย แต่จากการผลงานที่ผ่านมา สภา เกษตรกรแห่งชาติยังไม่มีบทบาทหรือผลงานเชิงประจักษ์อย่างเป็นรูปธรรมและยังมีปัญหา ภายในองค์กร (คณะกรรมการการเกษตรและสหกรณ์, 2558) และมีสภาพเป็นสภาเกษตรกร นักการเมือง เกษตรกรโดยอาชีพไม่ได้สนใจเข้าไปมีบทบาทในการทำงานอย่างแท้จริงเนื่องจา กการเป็นสมาชิกสภาเกษตรกรต้องผ่านเลือกตั้งส่งผลให้มีสมาชิกสภาเกษตรกรเฉพาะกลุ่มไม่ สอดคล้องกับบริการการทำการเกษตรกรรมของประเทศไทยในปัจจุบัน (ชิตชนก สมประเสริฐ ,2558)

2.2. กลไกของรัฐในส่วนเจ้าหน้าที่ของรัฐในการควบคุมกำกับโดยตรง ประกอบด้วย คณะกรรมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทและคณะกรรมการเปรียบเทียบปรับ

2.2.1 คณะกรรมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนา ระบบเกษตรกรพันธสัญญา พ.ศ.2560 แบ่งออกเป็น 2 องค์คณะ คือ คณะกรรมการไกล่เกลี่ยข้อ พิพาทกรุงเทพมหานคร (มาตรา 10) และคณะกรรมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทประจำจังหวัด (มาตรา 31) และมีเงื่อนไขในการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทให้แล้วเสร็จ ภายในยี่สิบวันนับแต่วันที่ ประธานกรรมการฯได้รับคำร้อง และอาจขยายระยะเวลาในการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทได้อีก ไม่เกิน สิบวันนับแต่วันที่ครบกำหนด ในกรณีมีเหตุจำเป็นไม่อาจพิจารณาให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลา ดังกล่าว โดยให้มีหนังสือแจ้งให้คู่สัญญาทราบก่อนครบกำหนดเวลาดังกล่าว (มาตรา 34) นอกจากนี้ในระหว่างกระบวนการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท ห้ามมิให้คู่สัญญาดำเนินการชะลอ ระงับ หรือยุติการปฏิบัติหน้าที่ตามสัญญาจนเป็นเหตุให้อีกฝ่ายหนึ่งได้รับความเสียหายหรือในกรณีที่ สัญญาสิ้นสุดลงระหว่างกระบวนการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท ห้ามมิให้คู่สัญญา กระทำการใด ๆ ที่ เป็น การเสียหายแก่คู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่งทั้งทางตรงและทางอ้อมและห้ามทำข้อตกลงเพิ่มเติมหรือ แก้ไขสัญญาเพื่อให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้รับความเสี่ยงภัย รับผิดชอบ หรือมีหน้าที่เพิ่มเติม โดยไม่มี ค่าตอบแทนอย่างเป็นธรรม หากมีการทำข้อตกลงหรือแก้ไขสัญญาตามข้อนี้ ให้ถือว่าข้อตกลงนั้น ไม่มีผลใช้บังคับตามสัญญาที่มีการทำข้อตกลงเพิ่มเติมหรือแก้ไขสัญญา (มาตรา 36) จาก มาตรการกฎหมายข้อนี้ จะเห็นเป็นการคุ้มครองเกษตรกรภายใต้ระบอบเกษตรกรพันธสัญญาไม่ให้ เกิดความเสียหายเกิดขึ้นในระหว่างการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทรวมทั้งเป็นข้อยกเว้นด้วยกฎหมาย

เฉพาะในการทำข้อตกลงเพิ่มเติมหรือแก้ไขสัญญาที่ครบตามองค์ประกอบด้วยกฎหมายให้ไม่มีผลใช้บังคับตามกฎหมาย นอกจากนี้กรณีมีการใกล้เคียงข้อพิพาทเป็นข้อยุติให้คู่สัญญาทำสัญญาประนีประนอมยอมความและให้ข้อตกลงตามสัญญาประนีประนอมยอมความมีผลผูกพันคู่สัญญาทั้งสองฝ่าย (มาตรา 37 วรรคหนึ่ง) แต่มีข้อสงสัยการใช้ดุลพินิจของคณะกรรมการดังกล่าวอาจมีความแตกต่างในแต่ละพื้นที่ประกอบกับความไม่เป็นธรรมของการทำเกษตรพันธสัญญาในบางเรื่องมีความซับซ้อนทางเทคนิคเนื่องจากสินค้าเกษตรเป็นสิ่งมีชีวิตซึ่งมีปัจจัยจากธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมมาเกี่ยวข้องการไต่สวนหาผู้รับผิดชอบอาจไม่ได้คำตอบที่ชัดเจน และการที่คณะกรรมการดังกล่าวอาจจะไม่เข้าใจบริบทการทำเกษตรพันธสัญญาอย่างจริงก็อาจจะส่งผลให้การใกล้เคียงข้อพิพาทไม่เป็นข้อยุติ หรืออาจมีความล่าช้าหรือไม่ได้รับความเป็นธรรมด้วยระบบการบังคับบัญชาของระบบราชการ รวมถึงระบบอุปถัมภ์ของภาคเอกชนต่อข้าราชการหรือการคอร์รัปชันได้

2.2.2 คณะกรรมการเปรียบเทียบ เป็นกลไกเจ้าหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมายกับผู้ที่กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ.2560 โดยการเปรียบเทียบปรับ ซึ่งมีคณะกรรมการประกอบด้วย ผู้แทนอัยการสูงสุดสูงสุด เป็นประธานกรรมการ ผู้แทนสำนักงานตำรวจแห่งชาติเป็นกรรมการ และผู้แทนกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยให้มีอำนาจทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและในส่วนภูมิภาค เพื่อดำเนินการเปรียบเทียบกรณีที่มีผู้ฝ่าฝืนกฎหมายและเมื่อผู้ต้องหาได้ชำระเงินค่าปรับตามจำนวนที่เปรียบเทียบภายในสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปรียบเทียบแล้ว ให้ถือว่าคดีเลิกต่อกันตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (มาตรา 42)

2.3. กลไกของรัฐในส่วนหน่วยงานทางปกครอง ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ซึ่งมีหน้าที่ในการจัดแจ้งการประกอบธุรกิจทางการเกษตร เพื่อควบคุมกำกับผู้ประกอบการธุรกิจทางการเกษตร ทำหน้าที่จัดเก็บเอกสารสำหรับการขึ้นและร่างสัญญาเพื่อจัดเก็บเอกสารไว้สำหรับให้เกษตรกรตรวจสอบ(มาตรา 20)และเป็นกลไกของรัฐในการควบคุมข้อกำหนดสาระสำคัญแห่งสัญญาให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ.2560 ส่วนกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม มีบทบาทในกรณีที่มีเกษตรกรได้รับความเสียหายจากการปฏิบัติตามสัญญาในระบบเกษตรพันธสัญญาหลายคนและเกษตรกรร้องขอให้มีการดำเนินคดีแบบกลุ่ม (Class Action) โดยให้คณะกรรมการใกล้เคียงข้อพิพาทมีหนังสือแจ้งกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพดำเนินการประสานงาน เพื่อให้มีการดำเนินคดีแบบกลุ่ม(Class Action)ต่อไปได้ (มาตรา 37 วรรคสอง)จึงเป็นอีกกลไกของรัฐหนึ่งที่

ช่วยคุ้มครองเกษตรกรภายใต้ระบอบเกษตรพันธสัญญาให้ได้รับความเป็นธรรมในกรณีมีเกษตรกรเสียเป็นจำนวนมาก

2.4. กลไกกฎหมายอนุญาโตตุลาการ ในกรณีที่มีการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทไม่ได้ข้อยุติไม่ตัดสิทธิในการข้อพิพาทไปสู่การพิจารณาของอนุญาโตตุลาการในการยุติข้อพิพาท (มาตรา 29 และมาตรา 37 วรรคสอง)หรือกรณีคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญาประนีประนอมยอมความให้คู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่ง ยื่นคำร้องต่อพนักงานอัยการเพื่อให้พนักงานอัยการยื่นคำร้องต่อศาลที่มีเขตอำนาจ ออกคำสั่งบังคับตามสัญญาประนีประนอมยอมความดังกล่าวโดยให้นำกฎหมายว่าด้วยอนุญาโตตุลาการ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

2.5. กลไกอำนาจศาลยุติธรรม ในกรณีการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทไม่ได้ข้อยุติจำเป็นต้องอาศัยกลไกศาลยุติธรรมทั้งในส่วนเกษตรกรและผู้ประกอบธุรกิจทางเกษตร ซึ่งกระบวนการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทนี้เป็นส่วนหนึ่งของเงื่อนไขการฟ้องต่อศาลยุติธรรมซึ่งผู้ฟ้องจะต้องดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทโดยคณะกรรมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท จึงจะมีสิทธินำคดีขึ้นสู่ชั้นศาลยุติธรรม (มาตรา 29)

2.6. กลไกอำนาจศาลปกครอง ในกรณีเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือหน่วยงานทางปกครองปฏิบัติหน้าที่โดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย หรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่หรือปฏิบัติหน้าที่ล่าช้าเกินควรหรือผลจากการปฏิบัติที่เป็นละเมิดต่อตัวเกษตรกรภายใต้ระบอบเกษตรพันธสัญญาหรือผู้ประกอบการธุรกิจเกษตรพันธสัญญา (มาตรา 9 แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542) ผู้ได้รับความเดือดร้อนหรือเสียหายหรืออาจจะเดือดร้อนหรือเสียหายโดยมีอาจหลีกเลี่ยงได้เนื่องจากการกระทำหรืองดเว้นการกระทำของหน่วยงานทางปกครองหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือกรณีอื่นใดที่อยู่ในเขตอำนาจศาลปกครองตามมาตรา 9 และการแก้ไขหรือบรรเทาความเดือดร้อนหรือความเสียหายหรือยุติข้อโต้แย้งต้องมีคำสั่งตามมาตรา 72 ไม่ว่าผู้นั้นจะเป็นเกษตรกรหรือผู้ประกอบการธุรกิจเกษตรพันธสัญญามีสิทธินำคดีฟ้องต่อศาลปกครอง (มาตรา 42) ได้

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองเกษตรกรภายใต้ระบอบเกษตรพันธสัญญาของต่างประเทศ

3.1. วิเคราะห์กลไกทางกฎหมายประเทศสหรัฐอเมริกา ระบอบเกษตรพันธสัญญาของประเทศสหรัฐอเมริกาถูกนำมาใช้ในประเทศไทยเนื่องจากภาคเอกชนของประเทศไทยได้มีการ

ร่วมทุนกับเอกชนประเทศสหรัฐอเมริกาในการเลี้ยงไก่เนื้อจึงได้นำระบอบเกษตรพันธสัญญามาใช้ในการทำเกษตรพันธสัญญาในประเทศไทยเป็นครั้งแรกและพัฒนาจนถึงปัจจุบัน

กฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ใช้คุ้มครองผู้ผลิตภายใต้ข้อตกลงเกษตรพันธสัญญา ได้แก่ กฎหมายสหพันธรัฐ Packers and Stockyards Act ซึ่งออกโดยรัฐบาลกลาง (Federal State) (Packers and Stockyards Act, 1921) และมีกฎหมายระดับมลรัฐ (Producer Protection Act 2000 (PPA)) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนา ระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ. 2560 พบว่า มีความคล้ายคลึงกับกฎหมายประเทศสหรัฐอเมริกา ในส่วนกลไกของรัฐดังต่อไปนี้

(1) การมีหน่วยงานกลางในการกำกับดูแลการทำกรเกษตรระบอบเกษตรพันธสัญญา พบว่าประเทศสหรัฐอเมริกา (Packers and Stockyards Act, 1921) มีหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับดูแลการทำกรเกษตรพันธสัญญาโดยตรงคือองค์กร Grain Inspection, Packers and Stockyards Administration (GIPSA) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมกำกับดูแลการทำกรเกษตรพันธสัญญา (ศรีภูพาน สุพรรณไชยมาตย์ 2552) เช่นเดียวกับประเทศไทย ที่มีสำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ซึ่งเป็นหน่วยงานทางปกครองตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 (มาตรา 3) หรือหน่วยงานของรัฐตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 (มาตรา 5) ซึ่งมีหน้าที่จัดทำทะเบียนผู้ประกอบการธุรกิจทางการเกษตรและรับผิดชอบรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลและสภาพปัญหาเกี่ยวกับการทำเกษตรกรรมในระบบเกษตรพันธสัญญาเสนอต่อคณะกรรมการเกษตรพันธสัญญา รวมถึงจัดให้มีการศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญาที่เป็นธรรม รวมทั้งพิจารณาปัญหาเกี่ยวกับระบบเกษตรพันธสัญญา และนำเสนอคณะกรรมการเกษตรพันธสัญญา เพื่อพิจารณาดำเนินการให้คำแนะนำหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง (มาตรา 14 และ 10(7)) ซึ่งมีหน้าที่ในการปฏิบัติงานควบคุมกำกับดูแลในรายละเอียดมากกว่าองค์กร GIPSA ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากคุณภาพของเกษตรกรที่มีพื้นฐานความรู้แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง

(2) การยุติข้อพิพาทของประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทยมีการใช้ระบบการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทคล้ายคลึงกัน กล่าวคือกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกา (Packers and Stockyards Act, 1921) ใช้องค์กร GIPSA เป็นผู้ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทแต่กฎหมายระดับมลรัฐ (Producer Protection Act 2000) กำหนดให้สัญญาจะต้องมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการระงับข้อพิพาทโดยคนกลางซึ่งจะต้องระบุชื่อหน่วยงานที่เข้ามาระงับข้อพิพาท ส่วนพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนา ระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ. 2560 ของประเทศไทยใช้ คณะกรรมการไกล่

เกลี้ยข้อพิพาทกรุงเทพมหานคร (มาตรา 30) และคณะกรรมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทประจำจังหวัด (มาตรา 31) นั้นๆ ดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท หากกรณีไม่ได้ข้อยุติในการไกล่เกลี่ยจึงนำข้อพิพาทเข้ากระบวนการยุติธรรมทางเลือกคือนำข้อพิพาทไกล่เกลี่ยในชั้นอนุญาโตตุลาการหรือดำเนินคดีในชั้นศาลต่อไป ซึ่งมีหลักการและแนวทางทางการดำเนินงานที่เฉกเช่นเดียวกับกฎหมายประเทศสหรัฐอเมริกา (Packers and Stockyards Act 1921) ส่วนคู่มือทางกฎหมายในการทำเกษตรพันธสัญญา UNIDROIT FAO IFAD Legal Guide on CONTRACT FARMING ได้วางหลักการในการระงับข้อพิพาทของการเกษตรพันธสัญญา โดยให้ปรึกษาหารือโดยตรงระหว่างกัน หากไม่สามารถแก้ข้อพิพาทนั้นได้ คู่สัญญาทุกฝ่ายจะอาศัยวิธีการไกล่เกลี่ยโดยอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลที่สามและผูกพันตนเองด้วยความสมัครใจ แต่ถ้าการไกล่เกลี่ยไม่สามารถแก้ไขข้อพิพาทได้ คู่สัญญาอาจเลือกที่จะยื่นข้อพิพาทต่ออนุญาโตตุลาการหรือยื่นฟ้องต่อศาลให้พิจารณาคดี (Rome, “UNIDROIT FAO IFAD 2016) ซึ่งได้วางหลักการเช่นเดียวกับกฎหมายประเทศไทย

(3) การบังคับใช้กฎหมายและการลงโทษกรณีมีการฝ่าฝืนกฎหมาย ในกฎหมายประเทศสหรัฐอเมริกา (Producer Protection Act .2000) ใช้สำนักงานอัยการสูงสุดแห่งรัฐ เป็นหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย โดยลงโทษทางแพ่งและทางอาญา ถ้าคู่สัญญากระทำการที่ไม่เป็นธรรมเท่านั้น ส่วนพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ. 2560 ของประเทศไทยมีความแตกต่างในรายละเอียดการบังคับใช้กฎหมายและมีกระบวนการทางเลือกด้านยุติธรรมเพื่อแก้ไขปัญหาข้อพิพาทดังนี้

1) การเปรียบเทียบปรับกับผู้ฝ่าฝืนกฎหมาย โดยคณะกรรมการเปรียบเทียบปรับ ประกอบด้วย ผู้แทนสำนักงานอัยการสูงสุดเป็นประธานกรรมการ ผู้แทนสำนักงานตำรวจแห่งชาติเป็นกรรมการ และผู้แทนกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นกรรมการและเลขานุการ (มาตรา 42) มีหน้าที่ลงโทษเปรียบเทียบปรับตาม พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ. 2560 และหากผู้ต้องหาได้ชำระเงินค่าปรับตามจำนวนเปรียบเทียบปรับภายในสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปรียบเทียบแล้ว ให้ถือว่าคดีเลิกกันตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

2) การนำข้อพิพาทหรือยุติข้อพิพาทผ่านอนุญาโตตุลาการหรือใช้อำนาจศาลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับข้อพิพาท จะกระทำได้ในกรณีไม่สามารถหาข้อยุติได้ในการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทโดยคณะกรรมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทกรุงเทพฯหรือประจำจังหวัด

3.2 .วิเคราะห์คู่มือทางกฎหมายในการทำเกษตรพันธสัญญาของสถาบันระหว่างประเทศเพื่อการจัดทำกฎหมายเอกชนให้เป็นเอกภาพ (UNIDROIT) ครอบคลุมเกษตรพันธสัญญามีนิติกรรมสัญญาเป็นเครื่องมือในการกำหนดสิทธิและหน้าที่ตามสัญญา ปัญหาความไม่เป็นธรรมส่วนใหญ่เริ่มก่อขึ้นจากการไม่ปฏิบัติตามสัญญาหรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสัญญาที่ไม่เป็นธรรมจึงจำเป็นต้องศึกษาคู่มือทางกฎหมายในการทำเกษตรพันธสัญญาของสถาบันระหว่างประเทศเพื่อการจัดทำกฎหมายเอกชนให้เป็นเอกภาพ (UNIDROIT) เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการทำสัญญาและสาระสำคัญแห่งสัญญาของประเทศไทย ให้มีสภาพบังคับที่เป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย (The UNIDROIT/FAO/IFAD(2๐16))สาระสำคัญแห่งสัญญา ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ. 2560 ของประเทศไทยมีรายละเอียดคล้ายคลึงกับ UNIDROIT FAO IFAD Legal Guide on CONTRACT FARMING ทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสิทธิและหน้าที่ของคู่สัญญา การกำหนดให้เกษตรพันธสัญญาต้องทำในรูปแบบลายลักษณ์อักษรเพื่อให้สร้างความชัดเจน ความสมบูรณ์ และมีการบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพ การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับรูปแบบของเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะต้องอ่านเข้าใจได้ง่าย การกำหนดให้มีการออกกฎระเบียบโดยเฉพาะขึ้น กำหนดแบบของสัญญาการผลิตทาง การกำหนดการบอกเลิกสัญญาหรือการเป็นโมฆะของสัญญา

4 แนวทางการแก้ไขมาตรการทางกฎหมายและการคุ้มครองเกษตรกรภายใต้ระบบเกษตรพันธสัญญาตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ. 2560 และพระราชบัญญัติสภาเกษตรกรแห่งชาติ พ.ศ. 2535

เกษตรพันธสัญญาเกิดจากความตกลงระหว่างเกษตรกรและบริษัทธุรกิจเกษตรพันธสัญญา โดยมีนิติกรรมสัญญาเป็นเครื่องมือในการกำหนดสิทธิและหน้าที่ต่อกันซึ่งตามหลักนิติกรรมสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ซึ่งให้อิสระในความเท่าเทียมและเสมอภาคในการสร้างนิติสัมพันธ์ผูกพันกันตามสัญญาแต่ด้วยความแตกต่างของอำนาจต่อรองคู่สัญญาตามระบบเกษตรพันธสัญญาส่งผลให้หลักการตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์จึงไม่สามารถใช้ได้ในกรณีนี้ จึงจำเป็นต้องมีกลไกทางกฎหมายของรัฐเข้ามาเป็นคนกลางในการควบคุม กำกับดูแลซึ่งปัจจุบันมีบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ. 2560 ได้กำหนดบทบาทอำนาจหน้าที่ให้กับเจ้าหน้าที่ของรัฐและหน่วยงานทางปกครองซึ่งเป็นกลไกของรัฐเข้ามากำกับดูแลระบบเกษตรพันธสัญญา เพื่อคุ้มครองเกษตรกรโดยตรงในการกำหนดให้ผู้ประกอบการธุรกิจเกษตรพันธสัญญา จัดแจ้งขึ้นทะเบียน จัดทำเอกสารชี้ชวน ร่างสัญญา

และเปิดเผยให้เกษตรกรตรวจสอบก่อนทำสัญญา และการทำสัญญาต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติดังกล่าวหากฝ่าฝืนจะมีโทษเปรียบเทียบปรับตามกฎหมาย และต้องมีกระบวนการทางเลือกในการไกล่เกลี่ยก่อนนำคดีขึ้นสู่อนุญาโตตุลาการหรือชั้นศาล

นอกจากนี้ยังมีกลไกของรัฐเชิงนโยบายซึ่งจุดแข็งซึ่งไม่มีในกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกาได้แก่คณะกรรมการเกษตรพันธสัญญา ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรพันธสัญญา พ.ศ.2560 และสภาเกษตรกรแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติสภาเกษตรกรแห่งชาติ พ.ศ.2535 ที่มีทั้งสภาเกษตรกรแห่งชาติและสภาเกษตรกรจังหวัดเป็นองค์กรผู้แทนเกษตรกรเข้ามาเสนอแผนการพัฒนาเกษตรกรรมต่อรัฐบาล รวมถึงแก้ไขปัญหาของเกษตรกรต่างๆได้ จึงเห็นได้ว่ามาตรการทางกฎหมายดังกล่าวมีการควบคุมครอบคลุมกระบวนการทำสัญญา รวมทั้งแก้ไขปัญหาอำนาจต่อรองที่ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมด้วยกลไกนโยบายรัฐได้ อย่างไรก็ตามมาตรการทางกฎหมายดังกล่าวยังมีข้อบกพร่องที่ต้องปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกษตรกรได้รับการคุ้มครองอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นซึ่งมีรายละเอียดในข้อเสนอแนะของบทความนี้

บทสรุป (Conclusion)

1. สรุปการวิจัย

ระบอบเกษตรพันธสัญญาเป็นระบบประกันรายได้ที่เป็นการทำการเกษตรรูปแบบใหม่ซึ่งนำเทคโนโลยีมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพของการผลิตสินค้าเกษตรเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคที่มีความต้องการอาหารเพิ่มขึ้นและเป็นระบบการผลิตอาหารที่ปลอดภัยต่อผู้บริโภคและเป็นประโยชน์ต่อสาธารณสุข โดยมีสาระสำคัญกำหนดในสัญญาในการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาและวัคซีนโดยนายสัตวแพทย์ผู้ควบคุมฟาร์มเพื่อไม่ให้ใช้ยาที่ใช้สำหรับคนหรือยาและสารต้องห้ามที่ใช้กับสัตว์สำหรับการบริโภคเช่นสารเร่งเนื้อแดง คลอแรมเฟนิคอล เป็นต้น รวมถึงระบอบการผลิตรองรับเพื่อลดยาหรือสารเคมีตกค้างในเนื้อ นม ไข่ที่อาจก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาในคนได้ จึงอาจกล่าวได้ว่าระบอบเกษตรพันธสัญญาเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีแก่ผู้บริโภคในการได้รับอาหารที่ปลอดภัยปราศจากอันตรายจากยาและสารเคมีรวมทั้งเชื้อโรคที่ติดต่อกับสัตว์สู่คนซึ่งเป็นลดปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุขได้อีกทางหนึ่ง

สาเหตุของปัญหาหลักของการทำเกษตรภายใต้ระบอบเกษตรพันธสัญญา คือความไม่เสมอภาคหรือความเท่าเทียมของคู่สัญญาของเกษตรกรกับบริษัทธุรกิจเกษตรพันธสัญญาซึ่งมี

บริบทความแตกต่างที่ชัดเจนทั้งในเรื่องเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี รวมทั้งมีอิทธิพลต่อพรรคการเมืองรวมถึงรัฐบาลเพื่อกำหนดทิศทางหรือนโยบายการทำการเกษตรพันธสัญญาไปในทิศทางที่ตนต้องการ รวมทั้งมีอำนาจที่เหนือกว่าคู่สัญญาฝ่ายที่เป็นเกษตรกรที่ไม่สามารถที่จะโต้แย้งเปลี่ยนแปลงหรือสงวนสิทธิ์ในข้อสัญญาที่ฝ่ายบริษัทกำหนดไว้ล่วงหน้าได้แล้ว

เมื่อวิเคราะห์กลไกทางกฎหมายของรัฐในการคุ้มครองเกษตรกรในระบอบเกษตรพันธสัญญาของประเทศไทยกับกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกา Packers and Stockyards Act 1921 ซึ่งเป็นกฎหมายกลางและกฎหมายระดับมลรัฐ Producer Protection Act 2000(PPA)จะเห็นว่าประเทศไทยได้หลักกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกามาใช้ในส่วนวิธีสัญญาที่ดีทั้งในรูปแบบองค์กรกลไกของรัฐและการบังคับใช้กฎหมายและกระบวนการทางเลือกยุติธรรม เพื่อยุติข้อพิพาทโดยเร็วและมีความยุติธรรมและได้นำคู่มือองค์กรกฎหมายเอกชนระหว่างประเทศ UNIDROIT FAO IFAD Legal Guide on CONTRACT FARMING มาปรับใช้ในส่วนสารบัญญัติ โดยบูรณาการเข้ากับประมวลกฎหมายแพ่งว่าด้วยการซื้อขาย การจ้างทำของ และการจ้างแรงงาน ลงในเนื้อหาว่าสัญญาเกษตรพันธสัญญา เพื่อกำหนดเป็นรูปแบบสัญญาเกษตรพันธสัญญาซึ่งลักษณะเฉพาะในเรื่องสิทธิและหน้าที่ของเกษตรกรภายใต้ระบบเกษตรพันธสัญญากับผู้ประกอบการธุรกิจการเกษตรซึ่งได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายในการควบคุมขบวนการการทำสัญญาทั้งก่อนทำสัญญา สำคัญที่ต้องกำหนดในสัญญา การควบคุมกำกับหลังสัญญา แต่ประเทศไทยมีมิติรายละเอียดในการควบคุมกำกับดูแลมากกว่าประเทศสหรัฐอเมริกาและคู่มือองค์กรกฎหมายเอกชนระหว่างประเทศ ในเรื่องกลไกทางกฎหมายในการควบคุมกำกับดูแลเชิงนโยบาย ทั้งในส่วนคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาเกษตรพันธสัญญาและองค์กรตัวแทนเกษตรกร(สภาเกษตรกร)ซึ่งเป็นกลไกทางกฎหมายของรัฐที่ต้องการถ่วงดุลอำนาจต่อรองกับภาคธุรกิจที่มีความเข้มแข็งและผูกขาดระบบการตลาดสินค้าการเกษตรประกอบศักยภาพของเกษตรกรของประเทศไทยยังต้องอาศัยการสนับสนุนของรัฐในการดำเนินอาชีพเกษตรกรให้ยั่งยืนซึ่งแตกต่างจากเกษตรกรของประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีศักยภาพสูงกว่าเกษตรกรไทย

2. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะต่อมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองเกษตรกรพันธสัญญา ดังนี้

1.การกำหนดบทนิยามศัพท์ ควรให้คำนิยามหรือความหมายของคำต่าง ๆ ที่นำมาใช้ใน ระบบเกษตรพันธสัญญา.มีความสอดคล้องครอบคลุมกับการทำเกษตรพันธสัญญาในปัจจุบัน เนื่องจากการทำฟาร์มปศุสัตว์มีการใช้เทคโนโลยี เครื่องจักรและเครื่องมือต่างๆมาใช้ในการเลี้ยง

ปศุสัตว์ และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) ได้เข้ามาช่วยส่งเสริมการลงทุนสินค้าเชื้ออัตรากอเบียร์อัตรากอเบียร์รวมทั้งได้รับสิทธิพิเศษในการลดภาษีนำเข้าเครื่องจักรจากต่างประเทศ แต่การจะเข้าร่วมโครงการดังกล่าวจะต้องเป็นนิติบุคคล การที่มาตรา 4 ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาาระบบเกษตรพันธะสัญญา พ.ศ. 2560 ได้ให้ความหมายนิยาม เกษตรกร หรือระบบเกษตรพันธะสัญญา หมายความว่า บุคคลธรรมดา เท่านั้น จึงส่งผลให้เกษตรกรที่เป็นนิติบุคคลไม่ได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัตินี้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนะแก้ไขมาตรา 4 ดังนี้

จากเดิมเกษตรกร หมายความว่า เกษตรกร หมายความว่า บุคคลธรรมดา ซึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรม... แก้ไขเป็นเกษตรกร หมายความว่า บุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลซึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรมตั้งแต่สิบรายขึ้นไป และให้หมายความรวมถึง สหกรณ์การเกษตรหรือกลุ่มเกษตรกรตามกฎหมายว่าด้วยสหกรณ์ และวิสาหกิจชุมชนหรือเครือข่ายวิสาหกิจชุมชนตามกฎหมายว่าด้วยวิสาหกิจชุมชน ซึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร

จากเดิมระบบเกษตรพันธะสัญญา หมายความว่า ระบบการผลิตผลิตผลหรือบริการทางการเกษตร ที่เกิดขึ้นจากสัญญาการผลิตผลิตผลหรือบริการทางการเกษตรประเภทเดียวกันระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจ ทางการเกษตรฝ่ายหนึ่งกับบุคคลธรรมดา ที่มีเงื่อนไข..... แก้ไขเป็นระบบเกษตรพันธะสัญญา” หมายความว่า ระบบการผลิตผลิตผลหรือบริการทางการเกษตร ที่เกิดขึ้นจากสัญญาการผลิตผลิตผลหรือบริการทางการเกษตรประเภทเดียวกันระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจ ทางการเกษตรฝ่ายหนึ่งกับเกษตรกร ที่มีเงื่อนไขในการผลิต จำหน่าย หรือจ้างผลิตผลิตผลหรือบริการทางการเกษตรอย่างหนึ่งอย่างใด โดยเกษตรกรคู่สัญญา ตกลงที่จะผลิต จำหน่าย หรือรับจ้างผลิตผลิตผลทางการเกษตรตามจำนวน คุณภาพ ราคา หรือ ระยะเวลาที่กำหนดไว้ และผู้ประกอบการธุรกิจทางการเกษตรตกลงที่จะซื้อผลิตผลดังกล่าวหรือ จ่ายค่าตอบแทนตามที่กำหนดไว้ตามสัญญา โดยผู้ประกอบการธุรกิจทางการเกษตรเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิต เช่น เป็นผู้กำหนดวิธีการผลิต จัดหาพันธุ์ เมล็ดพันธุ์ ผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร หรือปัจจัยการผลิตให้แก่เกษตรกร

2. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาาระบบเกษตรพันธะสัญญา พ.ศ. 2560 มิได้กำหนดให้มีให้มีพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบ ควบคุม กำกับดูแล และบังคับใช้กฎหมายในระดับพื้นที่ รวมทั้งรวมทั้งร่วมเป็นอนุกรรมการใกล้เคียงข้อพิพาทในระดับพื้นที่ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญการและเข้าใจ ระบบการผลิตผลิตผลทางการเกษตรตามสาขาการผลิต เช่น กรมปศุสัตว์ กรมประมง และกรมวิชาการเกษตร จะก่อประโยชน์ในการคุ้มครอง

เกษตรกรยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนะให้จัดให้มีพนักงานเจ้าหน้าที่ในพระราชบัญญัติดังกล่าว ดังนี้

พนักงานเจ้าหน้าที่เกษตรพันธสัญญา หมายความว่า ข้าราชการกรมปศุสัตว์ กรมประมง และกรมวิชาการเกษตรที่รัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ และเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ตามประมวลกฎหมายอาญาด้วย

ข้อเสนอแนะต่อสภาเกษตรกร ดังนี้

พิจารณาปรับเปลี่ยนระบบการเลือกตั้งสมาชิกสภาเกษตรกรให้พิจารณาที่นั่งในสภาตามสัดส่วนแต่ละสาขาอาชีพเกษตรกรรมเพื่อให้มีสมาชิกสภาเกษตรกรที่มีความหลากหลายและให้หน่วยงานด้านการเกษตรเป็นที่ปรึกษาและหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานของสภาเกษตรกรและต้องติดตามตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนแม่บทของสภาเกษตรกรแห่งชาติ การรับฟังความคิดเห็นของเกษตรกรและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในขั้นตอนและกระบวนการดำเนินการของสภาเกษตรกรแห่งชาติและสภาเกษตรกรจังหวัดเพื่อแก้ไขปัญหาของเกษตรกรอย่างเป็นระบบซึ่งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมนี้จะเป็นการสร้างความรู้ให้กับเกษตรกรในลักษณะสื่อสารสองทางทั้งในส่วนภูมิภาคปัญหาชาวบ้านและนวัตกรรมและเทคโนโลยีแบบใหม่เพื่อเป็นองค์ความรู้และสร้างฐานอำนาจต่อรองโดยธรรมชาติในระบบเกษตรพันธสัญญาโดยมีสภาเกษตรกรแห่งชาติสนับสนุนการดำเนินงานจัดการผูกขาดของนายทุนหรือกลุ่มพ่อค้าคนกลางโดยการจัดทำแผนพัฒนาร่วมกันกับหน่วยงานในระดับจังหวัดเพื่อแก้ไขปัญหาเกษตรกรอย่างยั่งยืนได้

เอกสารอ้างอิง (References)

ข้อมูลจากกระบวนการกลุ่มจากเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่เนื้อ เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2558 ณ ห้องประชุม

สำนักงาน

ปศุสัตว์จังหวัดชัยภูมิ

ข้อมูลจากกระบวนการกลุ่มจากเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่เนื้อ เป็ดเนื้อ ไก่ไข่ สุกร โคเนื้อ ไก่ชน เมื่อวันที่ 19

กุมภาพันธ์ 2559 ณ ห้องประชุมสำนักงานปศุสัตว์จังหวัดชัยภูมิ

เขมชาติ ตนบุญ (2558) คนเลี้ยงไก่ในระบบเกษตรพันธสัญญา, วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตร์

มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะกรรมการวิชาการเกษตรและสหกรณ์ สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (2558) รายงานการพิจารณาศึกษา

เรื่อง ประโยชน์และปัญหาของสภาเกษตรกรแห่งชาติ สำนักกรรมการวิชาการ 1

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการ สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

จตุพล หวังสู่วัฒนาและชลธิ วัฒนเวชวิจิตร(2550) แนวทางกฎหมายในการคุ้มครองเกษตรกรในระบบ
เกษตรพันธสัญญา กรุงเทพฯ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

ชิตชนก สมประเสริฐ (2558), บทบาททางการเมืองของสภาเกษตรกรไทย คุชชินพนธ์ปรัชญาคุชชี
บัณฑิต (การเมือง) มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ทศพล ทรรศนกุลพันธ์, (2556) ปวงบาศพิฆาตเกษตรกร : สภาพปัญหาและการคุ้มครองสิทธิเกษตรกร
ในระบบเกษตรพันธสัญญา, คณะทำงานเครือข่ายเพื่อความเป็นธรรมของระบบเกษตรพันธ
สัญญา,

ไพสิฐ พาณิชกุล(2558) ,เอกสารประกอบการประชุมเพื่อการร่างชุดกฎหมายเพื่อสร้างความเป็น
ธรรมในระบบธุรกิจอุตสาหกรรมเกษตรและอาหาร หน้า 2

วิทยากร สุวรรณเรืองศรี วิสูตร ตูยานนท์ และกัลยาณศิริ(2556)ปัญหากฎหมายในการทำเกษตร
แบบพันธสัญญา(Contract Farming)ในประเทศไทย :การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับ
บัณฑิตศึกษามสธ ครั้งที่ 3

ศจินทร์ ประชาสันต์ (2555) สรุข้อเท็จจริงเรื่องเกษตรพันธสัญญา เครือข่ายเกษตรพันธสัญญา.ศูนย์
คุ้มครองสิทธิเกษตรกรโครงการพัฒนาเครือข่ายเกษตรพันธสัญญาเพื่อความเป็นธรรมด้านการ
ผลิตและรายได้ เครือข่ายทางเลือก กรุงเทพฯ,สืบค้นวันที่ วันที่ 30 มกราคม 2558

<http://www.food-resources.org/story/220>

ศรีภูพาน สุพรรณไชยมาตย์(2552) สัญญาที่ไม่เป็นธรรมในคอนแทรกซ์ฟาร์มมิง: ศึกษากรณีการเลี้ยงไก่
เนื้อ,วิทยานิพนธ์นิติศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Packers and Stockyards Act, (1921).” United States Department of Agriculture Grain Inspection,
Packers and Stockyards Administration Packers and Stockyards Programs. 2๐๐4.

<http://www.gipsa.usda.gov/GIPSA/documents/GIPSA_Documents/pands_act.pdf>

Producer Protection Act (2000) “Model Producer Protection Act สืบค้น <[http://www.flaginc.org /
model-producer-protection_act.pdf](http://www.flaginc.org/model-producer-protection_act.pdf)>

Rome,(2016) “UNIDROIT FAO IFAD Legal Guide on CONTRACT FARMING,” Retrieved on June 30,

The UNIDROIT/FAO/IFAD (2016)Legal Guide on Contract Farming, Retrieved on May 28, from

<http://www.unidroit.org/work-in-progress-studies>

Sexual Harassment on the Internet : A Comparative Study of Legal Measures in Thailand, England and the Republic of Korea¹

Jompon Pitaksantayothin*

Abstract

This research aimed to examine the forms of sexual harassment on the Internet. Furthermore, it analysed and compared the current legal measures (criminal law) in Thailand, England and the Republic of Korea which could be applicable to different forms of sexual harassment on the Internet. This study adopted documentary research as its main research method. The scope of this research was limited to sexual harassment on the Internet occurring between adult men and adult women in a general context. As regards the analysis of the relevant laws, this research focused particularly on the elements of the relevant criminal offences, excluding the criminal penalties imposed by those offences. According to the findings, Thailand, England and the Republic of Korea already had laws which – to a great extent – could be applied to almost all forms of sexual harassment on the Internet. The criminal provisions in England and the Republic of Korea were designed specifically to be enforced against sexual harassment occurring on the Internet. In comparison, Thailand relied on certain general provisions in its Criminal Code to combat sexual harassment on the Internet. However, based on the findings, this research suggested that Thailand should have specific provisions to deal with each particular form of sexual harassment on the Internet.

Keywords : Sexual Harassment on the Internet, Legal Measures, Thailand, England, the Republic of Korea

¹ The research article is based on the full research report “Sexual Harassment on the Internet : A Comparative Study of Legal Measures in Thailand, England and the Republic of Korea”. The research project is supported by Mahidol University.

* Full-time Lecturer of Department of Society and Health, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University Email : jompon.pit@mahidol.ac.th

การคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ต : ศึกษาเปรียบเทียบมาตรการ ทางกฎหมายในประเทศไทย อังกฤษ และสาธารณรัฐเกาหลี²

จอมพล พิทักษ์สันตโยธิน*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษารูปแบบของการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ต และทำการวิเคราะห์และเปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมาย (กฎหมายอาญา) ที่มีอยู่ ณ ปัจจุบัน ในประเทศไทย ประเทศอังกฤษ และสาธารณรัฐเกาหลีซึ่งอาจนำมาใช้บังคับกับการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตรูปแบบต่างๆได้ โดยการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเอกสารและมีขอบเขตของมุ่งไปที่ การการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตที่เกิดขึ้นในระหว่างเพศชายกับเพศหญิงผู้ใหญ่ในบริบททั่วไป นอกจากนี้ในส่วนของวิเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องนั้นการวิจัยนี้จะเจาะจงไปที่ องค์ประกอบของฐานความผิดเป็นหลักจึงไม่รวมการวิเคราะห์อัตราโทษที่ฐานความผิดนั้นๆ กำหนดไว้ ผลการวิจัยพบว่าทั้งสามประเทศต่างมีกฎหมายที่สามารถนำมาปรับใช้กับการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตในรูปแบบต่างๆได้มากพอสมควร อย่างไรก็ตามประเทศอังกฤษและสาธารณรัฐเกาหลีมีกฎหมายที่บัญญัติอย่างเฉพาะเจาะจงเพื่อใช้บังคับกับการคุกคามทางเพศที่เกิดขึ้นบนอินเทอร์เน็ต ในขณะที่ประเทศไทยต้องอาศัยบทบัญญัติบางมาตราในประมวลกฎหมายอาญาที่มีลักษณะทั่วไปในการปรับใช้กับการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ต อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยที่ได้ การวิจัยนี้เสนอว่าประเทศไทยควรมีบทบัญญัติกฎหมายเฉพาะเพื่อใช้บังคับกับการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตในแต่ละประเภท

คำสำคัญ : การคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ต, มาตรการทางกฎหมาย, ประเทศไทย, ประเทศอังกฤษ
สาธารณรัฐเกาหลี

² บทความวิจัยนี้มาจากรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง ‘การคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ต : ศึกษาเปรียบเทียบ มาตรการทางกฎหมายในประเทศไทย อังกฤษ และสาธารณรัฐเกาหลี’ ซึ่งเป็นโครงการได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย จากมหาวิทยาลัยมหิดล

* อาจารย์ประจำ ภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Email : jompon.pit@mahidol.ac.th

บทนำ (Introduction)

การคุกคามทางเพศในพื้นที่กายภาพ (sexual harassment in the physical space) เป็นปัญหาสังคมต่อผู้คนจำนวนมากทั่วโลก (Barak, 2005: 77) เนื่องจากคุกคามทางเพศส่งผลกระทบทั้งทางด้านจิตใจและร่างกายของผู้ตกเป็นเหยื่อ เช่น เกิดความวิตกกังวล เกิดสภาวะกดดัน เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย กระทบการนอนหลับ เกิดความเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร และอาจถึงขั้นต้องพึ่งพาแอลกอฮอล์เพื่อบรรเทาความทุกข์นี้ (Boland, 2005: 44-48) การมาถึงของเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตได้เปิดพื้นที่ใหม่ให้การคุกคามทางเพศที่แต่เดิมอยู่เฉพาะในพื้นที่กายภาพให้สามารถเกิดขึ้นได้บนพื้นที่ไซเบอร์ (cyberspace)² การคุกคามลักษณะนี้เรียกว่า “การคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ต” (sexual harassment on the Internet, cyber sexual harassment หรือ online sexual harassment)

จากรายงานของ Pew Research Center (2017: 7) ที่ทำการสำรวจผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นผู้ใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกา³ พบว่าร้อยละ 53 ของผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นผู้หญิงอายุระหว่าง 18-29 ปี เคยได้รับภาพโป๊เปลือยจากผู้อื่นโดยที่ตนไม่ได้ร้องขอ ในทวีปยุโรป European Agency for Fundamental Right หรือ FRA (2014: 95) ทำการสำรวจผู้หญิงในประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป⁴ พบว่ามีผู้หญิงจำนวนถึงร้อยละ 11 ได้รับข้อความที่มีลักษณะไม่เหมาะสมที่เป็นการเชิญชวนหรือรู่กล้าในทางเพศผ่านทางอีเมล สำหรับในประเทศไทยแม้จะไม่มีผลการสำรวจไว้

² พื้นที่ไซเบอร์ (cyberspace) เป็นพื้นที่เสมือน (virtual space) ที่เกิดขึ้นจากการเชื่อมต่อและส่งผ่านข้อมูลต่างๆผ่านอินเทอร์เน็ต ซึ่งพื้นที่ไซเบอร์นี้เป็นพื้นที่สำหรับผู้ใช้อินเทอร์เน็ตทำกิจกรรมต่างๆทางสังคม เช่น การปฏิสัมพันธ์ พูดคุย สื่อสาร การเล่นเกม การเผยแพร่และอภิปรายความคิดเห็น ฯลฯ ดังนั้นกล่าวได้ว่าอินเทอร์เน็ตหมายถึงระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ส่วนพื้นที่ไซเบอร์เป็นพื้นที่เสมือนอันเกิดจากอินเทอร์เน็ตที่ผู้คนสามารถเข้ามามีปฏิสัมพันธ์หรือกิจกรรมทางสังคม

³ การสำรวจดำเนินการในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิงอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามกลับมาจำนวน 4,248 คน การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 9 ถึง 23 มกราคม 2560 (2017) ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (random sampling) และใช้แบบสอบถามออนไลน์เป็นเครื่องมือ

⁴ การสำรวจดำเนินการในประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป 28 ประเทศ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้หญิงอายุระหว่าง 18 ถึง 74 ปี โดยมีผู้ถูกสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 24,000 ราย การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างปลายมีนาคม ถึง ปลายสิงหาคม 2555 (2012) ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (random sampling) และเครื่องมือที่ใช้คือการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างตัวต่อตัว (face-to-face structured interviews) และตอบแบบสอบถามหลังการสัมภาษณ์

อย่างเป็นทางการ แต่ก็มีรายงานข่าวเกี่ยวกับการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตหลายกรณี⁵ ตัวอย่างเช่น กรณีของนักแสดงหญิง ไดอาน่า จงจินตนา (ไทยรัฐออนไลน์, 2559) ซึ่งได้รับความคุ้มครองจากผู้คุกคามที่เป็นชายผ่านทางกล่องข้อความสื่อสังคมออนไลน์ที่เธอใช้งาน โดยผู้คุกคามเสนอเงินจำนวนมากเพื่อขอมีความสัมพันธ์ฉันท์ชู้สาวกับเธอ และกรณีของนักแสดงหญิง อภิญญา เครือคงคา หรือ ไอซ์ ที่ผู้คุกคามได้ส่งภาพถ่ายซึ่งมีรูปของตัวเองแต่ละอะประอะเปื้อนไปด้วยเมือกเหนียวพร้อมแฮชแท็กถ้อยคำลามกมาที่บัญชีสื่อสังคมออนไลน์ของเธอเป็นประจำ (เดลินิวส์, 2561)

ด้วยเหตุที่การคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตเป็นภัยคุกคามรูปแบบใหม่ การศึกษาว่า ณ ปัจจุบันในประเทศต่างๆมีมาตรการทางกฎหมายอาญาอะไรที่สามารถนำมาใช้บังคับกับการคุกคามทางเพศในรูปแบบต่างๆจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและน่าสนใจ การวิจัยนี้ได้เลือกที่จะศึกษาเปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายในประเทศนี้ของประเทศไทย ประเทศอังกฤษ⁶ และสาธารณรัฐเกาหลี โดยมีงวิเคราะห์มาตรการทางกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องเจาะจงไปที่องค์ประกอบของการกระทำผิดในแต่ละฐานความผิดเป็นสำคัญ (ไม่รวมการวิเคราะห์อัตราโทษ) ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะให้ประเทศไทยมีบทบัญญัติกฎหมายที่สามารถใช้บังคับกับการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตในแต่ละรูปแบบเป็นการเฉพาะ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตว่ามีลักษณะอย่างไร
2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์และเปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายต่อการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ประเทศอังกฤษ และสาธารณรัฐเกาหลี ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยเพื่อให้มีบทบัญญัติกฎหมายอย่างเฉพาะเจาะจงใช้บังคับกับการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตในแต่ละประเภท

⁵ ในการเลือกตัวอย่างรายงานข่าวซึ่งเกี่ยวกับการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ผู้วิจัยใช้การค้นหาจาก Google ในหมวด “ข่าวสาร” โดยใช้คำสำคัญในการค้นหา เช่น “ขอมืออะไรกัน ขอมือเช็กส์ โข้วอวัยวะเพศ” และ “อินเทอร์เน็ต” และเลือกรายงานข่าวเกี่ยวข้องในช่วงระหว่างปี 2559 ถึง 2562

⁶ ประเทศสหราชอาณาจักร (United Kingdom) ประกอบด้วย 4 ประเทศ อันได้แก่ ประเทศอังกฤษ ประเทศเวลส์ ประเทศสกอตแลนด์ และประเทศไอร์แลนด์เหนือ ในด้านกฎหมายนั้นกฎหมายของประเทศอังกฤษจะมีผลใช้บังคับในประเทศอังกฤษและประเทศเวลส์ ส่วนประเทศสกอตแลนด์ และประเทศไอร์แลนด์เหนือจะมีกฎหมายของตนเอง การวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะกฎหมายของประเทศอังกฤษเท่านั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้การวิจัยทางเอกสาร (documentary research) เป็นหลัก ซึ่งเอกสารที่นำมาใช้ศึกษาวิเคราะห์และเปรียบเทียบ คือ เอกสารชั้นปฐมภูมิ ได้แก่ตัวบทกฎหมาย เช่น ประมวลกฎหมายอาญา และพระราชบัญญัติและรัฐธรรมนูญต่างๆที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย ประเทศอังกฤษและสาธารณรัฐเกาหลี ส่วนเอกสารทุติยภูมิ ได้แก่หนังสือ บทความทางวิชาการ ข้อมูลสถิติ และรายงานข่าวต่างๆ

การทบทวนวรรณกรรม (Literature Review)

รูปแบบของการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ต จากการศึกษาของ Powell และ Henry (2017: 160-175) พบว่าการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตมีอยู่ 4 ประเภทหลักๆ อันได้แก่

1) การส่งข้อความชักชวนทางเพศทางอินเทอร์เน็ต (Sexual Solicitation on the Internet) เป็นการคุกคามทางเพศโดยการส่งข้อความไปยังผู้อื่น (เหยื่อ) โดยที่ผู้นั้นไม่ได้มีการร้องขอมาก่อน โดยปกติข้อความดังกล่าวจะมีเนื้อหาชักชวนให้คุยเชิงชู้สาว เพื่อนำไปสู่ความสัมพันธ์ใกล้ชิด (intimate relationship) หรือความสัมพันธ์ทางเพศ

2) การคุกคามทางเพศโดยการส่งภาพผ่านอินเทอร์เน็ต (Image-Based Harassment on the Internet) เป็นการส่งรูปภาพโป๊เปลือย (pornographic or nude images) ภาพลามก (obscene images) ไปยังผู้อื่น (เหยื่อ) โดยที่ผู้นั้นไม่ได้มีการร้องขอมาก่อน ภาพดังกล่าวอาจเป็นภาพนิ่งหรือภาพเคลื่อนไหวก็ได้และในบางครั้งอาจเป็นภาพถ่ายอวัยวะเพศ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งองคชาติ) ของผู้คุกคามเองก็ได้

3) ประทุษวาจาเหยียดเพศบนอินเทอร์เน็ต (Gender-Based Hate Speech on the Internet) โดยปกติแล้วการคุกคามประเภทนี้มาในรูปแบบของข้อความที่สร้างความขุ่นเคืองใจให้แก่ผู้รับสาร (offensive messages) โดยข้อความเหล่านั้นเป็นการแสดงความเกลียดชัง ลดคุณค่าและทำลายศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของเหยื่อโดยอิงกับเพศสภาพ (gender) หรือ รสนิยมทางเพศ (sexual orientation)⁷ ในกรณีประทุษวาจาเหยียดเพศต่อผู้หญิงอาจเชื่อมโยงกับบรรทัดฐานทางเพศของสังคม เช่น ผู้หญิงชายตัว หรือสำสอนทางเพศ หรืออาจใช้คำที่ลดคุณค่า

⁷ ประทุษวาจาเหยียดเพศ สามารถเกิดขึ้นได้กับเพศอื่นๆ เช่น เพศชาย หรือ เพศทางเลือก ด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ขอบเขตของการวิจัยนี้มุ่งไปที่เหยื่อซึ่งเป็นผู้หญิงเท่านั้น

ของผู้หญิงเป็นเพียงแค่อวัยวะเพศ เช่น คำข่มขู่ที่ใช้เรียกอวัยวะเพศหญิง (Mantilla, 2015: 17) เป็นต้น

4) การข่มขู่ว่าจะข่มขืนผ่านทางอินเทอร์เน็ต (Online Rape Threats) เป็นการที่ผู้คุกคามข่มขู่ว่าจะข่มขืนเหยื่อในโลกกายภาพ โดยจะส่งข้อความข่มขู่ดังกล่าวผ่านทางช่องทางสื่อสารบนอินเทอร์เน็ต ซึ่งการข่มขู่ว่าจะข่มขืนอาจทำให้เหยื่อเกิดความหวาดวิตกกังวลต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยของตนเองได้ อย่างไรก็ตามการข่มขู่ว่าจะข่มขืนนั้นเป็นการกระทำที่แยกออกต่างหากจากการข่มขืนโดยที่อาจไม่จำเป็นต้องมีการข่มขืนจริงๆเกิดขึ้นตามมาภายหลังก็ได้

ผลการวิจัย (Results)

ในส่วนของผลการวิจัยเป็นการสรุปสาระสำคัญของการวิเคราะห์มาตรการทางกฎหมายที่ประเทศไทย ประเทศอังกฤษ และสาธารณรัฐเกาหลี ทั้งนี้การคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตทั้ง 4 ประเภทถูกใช้เป็นการรอบในการวิเคราะห์เพื่อให้เห็นว่าบทบัญญัติตามกฎหมายอาญาใดในแต่ละประเทศสามารถที่จะนำมาปรับใช้บังคับกับแต่ละรูปแบบของการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตได้บ้าง

1. มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องการส่งข้อความข่มขืนทางเพศทางอินเทอร์เน็ต

ประเทศไทย แม้พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2560 จะเป็นมาตรการทางกฎหมายหลักที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับคอมพิวเตอร์และที่เกิดขึ้นบนอินเทอร์เน็ตโดยเฉพาะ แต่กฎหมายฉบับนี้ก็ไม่ได้มีมาตราใดที่จะสามารถนำมาปรับใช้กับการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตรวมถึงการส่งข้อความข่มขืนทางเพศทางอินเทอร์เน็ตได้อย่างตรงประเด็น อย่างไรก็ตามกฎหมายที่อาจนำมาปรับใช้ในกรณีนี้ได้คือ มาตรา 397 แห่งประมวลกฎหมายอาญา มาตรานี้มีขอบเขตกว้างซึ่งครอบคลุมทั้งการการคุกคามที่เกิดขึ้นในพื้นที่กายภาพและบนอินเทอร์เน็ต วรรคแรกของมาตรา 397 นี้ได้บัญญัติให้การกระทำใดๆต่อผู้อื่นเป็นการข่มเหง รังแก หรือคุกคาม หรือกระทำให้ได้รับความอับอายหรือเดือดร้อนเป็นความผิดทางอาญาจะต้องรับโทษปรับ และในวรรคที่สองบัญญัติว่าหากการกระทำนั้นส่อไปในทางที่จะล่วงเกินทางเพศผู้กระทำจะได้รับโทษเป็นจำคุกหรือปรับในจำนวนที่สูงขึ้น เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของการส่งข้อความข่มขืนทางเพศทางอินเทอร์เน็ตแล้วอาจถือได้ว่าเป็นการคุกคาม หรือเป็นการกระทำที่ทำให้ผู้ได้รับข้อความดังกล่าวเดือดร้อนรำคาญจากการได้รับข้อความที่ตนไม่ได้ร้องขอตามวรรคแรก และยิ่งไปกว่านั้นการกระทำดังกล่าวอาจมองได้ว่าเป็นการล่วงเกินทางเพศตามวรรคสองอีกด้วยเนื่องจากข้อความข่มขืนเชิงขู่สาวมีลักษณะก้าวล่วง

ทางเพศกับผู้ตกเป็นเหยื่อ (สหรัฐ กิติ ศุภการ, 2560: 684) ดังนั้นมาตรา 397 นี้จึงสามารถนำมาปรับใช้ดำเนินคดีอาญากับผู้ส่งข้อความชกชวนทางเพศทางอินเทอร์เน็ตได้อย่างตรงประเด็นมากกว่า

ประเทศอังกฤษ มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับซึ่งสามารถนำมาปรับใช้กับการส่งข้อความชกชวนทางเพศผ่านอินเทอร์เน็ตได้ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับลักษณะและพฤติการณ์ของการส่งข้อความดังกล่าว กฎหมายฉบับแรก คือ The Protection of Harassment Act 1997 โดยมาตรา 1 บัญญัติให้ผู้ใดที่มีการกระทำในลักษณะเป็นชุดการกระทำ (pursue of a course of conduct) ที่ถือเป็นการคุกคาม (harassment) บุคคลอื่น โดยที่ผู้กระทำได้รู้หรือควรได้รู้ว่าชุดการกระทำของตนนั้นเป็นการคุกคามผู้อื่นเป็นผู้มีความผิดอาญา ทั้งนี้มาตรา 7(3)(a) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่าชุดการกระทำ (a course of conduct) ว่าหมายถึงการกระทำตั้งแต่สองครั้งขึ้นไป การส่งข้อความอาจถือได้ว่าเป็นการกระทำที่ถือเป็นการคุกคามตามมาตรา นี้ อย่างไรก็ตามการที่จะเป็นการกระทำที่ถือเป็นการคุกคามตามมาตรานี้จะต้องมีการส่งข้อความไปยังเหยื่ออย่างน้อยสองครั้งขึ้นไปเพื่อให้เป็นลักษณะของ “ชุดการกระทำ” ดังนั้นการส่งข้อความเพียงครั้งเดียวอาจไม่เข้าฐานความผิดตาม The Protection of Harassment Act 1997

ถึงกระนั้นก็ตามประเทศอังกฤษยังมีกฎหมายอีกฉบับ คือ The Malicious Communication Act 1988 ซึ่งมาตรา 1(1) บัญญัติให้การส่งข้อความไปหาผู้อื่นผ่านทางสื่อประเภทต่างๆโดยข้อความนั้นมีลักษณะไม่เหมาะสม (indecent) หรือ มีลักษณะสร้างความขุ่นเคืองใจอย่างมหันต์ (grossly offensive) ซึ่งมีเจตนาให้ให้ผู้รับข้อความเกิดความทุกข์ร้อนใจ (distress) หรือความกังวลใจ (anxiety) เป็นความผิดอาญา นอกจากนี้มาตรา 1(2A)(b) ระบุชัดเจนว่า “สื่อ” ในที่นี้รวมถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์ด้วย และประการสำคัญภายใต้ The Malicious Communication Act 1988 ผู้ที่ส่งข้อความเพียงครั้งเดียวก็ถือว่าการทำความผิดแล้วไม่จำเป็นต้องมีการส่งข้อความสองครั้งขึ้นไปเหมือนอย่างในกรณี The Protection of Harassment Act 1997 การส่งข้อความชกชวนทางเพศผ่านอินเทอร์เน็ตถือได้ว่าเป็นการส่งข้อความที่มีลักษณะไม่เหมาะสม หรือที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกขุ่นเคืองใจอย่างมากในทางเพศและการกระทำความดังกล่าวอาจเป็นเหตุให้เหยื่อเกิดความทุกข์ร้อนหรือกังวลใจ และการส่งข้อความผ่านทางอินเทอร์เน็ตถือเป็นการส่งข้อความผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จึงอาจกล่าวได้ว่ามาตรา 1(1) แห่ง The Malicious Communication Act 1988 สามารถปรับใช้กับกรณีการส่งข้อความชกชวนทางเพศผ่านอินเทอร์เน็ตได้อย่างตรงตัวและสอดคล้องที่สุด

นอกจากนี้ประเทศอังกฤษยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องอีกหนึ่งฉบับ คือ The Communication Act 2003 โดยมาตรา 127 บัญญัติให้การส่งข้อความที่มีลักษณะสร้างความขุ่นเคืองใจอย่างมหันต์ (grossly offensive) หรือไม่เหมาะสม (indecent) ผ่านทางเครือข่ายสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์สาธารณะ (public electronic communications network) ซึ่งรวมถึงอินเทอร์เน็ตด้วย โดยประสงค์จะทำให้ผู้รับเกิดความรำคาญ (annoyance) ความไม่สะดวก (inconvenience) หรือความกังวลใจโดยไม่จำเป็น (needless anxiety) เป็นความผิดอาญา การส่งข้อความชักชวนทางเพศถือได้ว่าเป็นการส่งข้อความที่สร้างความขุ่นเคืองใจอย่างมหันต์หรือไม่เหมาะสมในทางเพศให้แก่ผู้รับ และการส่งข้อความดังกล่าวผ่านอินเทอร์เน็ตเป็นการส่งข้อความผ่านระบบเครือข่ายสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์สาธารณะ ดังนั้นมาตรา 127 ของ The Communication Act 2003 จึงนำมาปรับใช้กับการส่งข้อความชักชวนทางเพศผ่านอินเทอร์เน็ตได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามกฎหมายฉบับนี้ก็มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถบังคับใช้กับกรณีการส่งข้อความผ่านเครือข่ายสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ได้มีลักษณะเป็นสาธารณะ เช่น Intranet ได้

เมื่อพิจารณากฎหมายทั้ง 3 ฉบับของประเทศไทยจากกล่าวได้ว่า The Protection of Harassment Act 1997 สามารถปรับใช้ได้กับการกระทำที่เป็นการคุกคามในทุกรูปแบบไม่จำกัดเฉพาะการส่งข้อความ และใช้ได้กับการคุกคามทั้งในพื้นที่กายภาพและบนพื้นที่ไซเบอร์ อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของกฎหมายฉบับนี้คือ ต้องมีชุดการกระทำ (a course of conduct) ซึ่งต้องเป็นการกระทำตั้งแต่สองครั้งขึ้นไป ในขณะที่ The Malicious Communication Act 1988 ไม่จำเป็นต้องเป็นชุดการกระทำ การส่งข้อความเพียงครั้งเดียวสามารถที่จะถูกดำเนินคดีอาญาได้ แต่กฎหมายฉบับนี้จะใช้กับการส่งข้อความผ่านทางสื่อเท่านั้น จะไม่สามารถใช้กับการคุกคามลักษณะอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อ เช่น การสะกดรอย หรือ การถูกเนื้อต้องตัว (ซึ่งจะอยู่ภายใต้บังคับของ The Protection from Harassment Act 1997 แทน) และจะต้องเป็นที่พอใจแก่ศาลว่าเหยื่อผู้ได้รับข้อความจะต้องมีความทุกข์ร้อนหรือความกังวลใจอันเป็นผลมาจากการได้รับข้อความ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ The Communication Act 2003 นั้น แค่ผู้ส่งการส่งข้อความมีความประสงค์จะก่อให้เกิดความรำคาญ หรือ ความไม่สะดวกแก่ผู้รับข้อความก็ถือเป็นการกระทำความผิดแล้ว ไม่จำเป็นต้องถึงขั้นเกิดความทุกข์ร้อนหรือความกังวลใจซึ่งถือได้ว่าเป็นผลกระทบและความเสียหายทางจิตใจในขั้นที่ร้ายแรงกว่าความรำคาญหรือความไม่สะดวก อย่างไรก็ตาม The Communication Act 2003 มีข้อจำกัดที่สามารถใช้ได้กับการส่งข้อความทางเครือข่ายสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์สาธารณะ เช่น Internet เท่านั้น ไม่สามารถบังคับใช้กับส่ง

ข้อความทางเครือข่ายสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ส่วนตัว เช่น Intranet ได้ ซึ่ง The Malicious Communication Act 1988 จะไม่ติดเงื่อนไขนี้

สาธารณรัฐเกาหลี มีกฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับอาชญากรรมทางเพศ คือ Act on Special Cases Concerning the Punishment, ETC. of Sexual Crimes ซึ่งได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมและมีผลบังคับใช้ในปี 2018 กฎหมายฉบับนี้มีการบัญญัติเกี่ยวกับการสื่อสารเนื้อหาทางเพศที่เป็นการคุกคามผ่านทางสื่อไว้เป็นการเฉพาะ โดยในมาตรา 13 กำหนดให้การที่ผู้ใดส่งข้อความไปหาผู้อื่นทางคอมพิวเตอร์หรือการสื่อสารรูปแบบอื่นโดยข้อความนั้นเป็นเหตุให้ผู้รับเกิดความรู้สึกอายทางเพศ (a sense of sexual shame) หรือ ความรังเกียจ (aversion) ซึ่งการส่งข้อความดังกล่าวผู้ส่งมีเจตนาที่จะกระตุ้นเร้าอารมณ์ (arouse) หรือทำให้เกิดความพึงพอใจทางเพศ (satisfy sexual urge) ของตนเอง ถือเป็นความผิดอาญา เมื่อพิจารณาจากเนื้อหาของมาตรา 13 นี้กล่าวได้ว่ามาตรานี้สามารถไปบังคับใช้กับการส่งข้อความชักชวนทางเพศผ่านอินเทอร์เน็ตได้อย่างตรงไปตรงมาและเข้ากับกรณีอย่างชัดเจน กล่าวคือ การส่งข้อความชักชวนทางเพศไปยังผู้รับนั้นเป็นการส่งข้อความที่ทำให้ผู้รับเกิดความรู้สึกอายทางเพศ หรือความรู้สึกรังเกียจในเนื้อความที่มีลักษณะเป็นการรุกรานล่วงละเมิดทางเพศ นอกจากนี้มาตรา 13 ยังระบุไว้อย่างชัดเจนว่าเป็นการส่งข้อความนั้นส่งผ่านโดยคอมพิวเตอร์ซึ่งหมายรวมถึงระบบอินเทอร์เน็ตด้วย และประการที่สำคัญคือเจตนาของผู้ส่ง (ผู้กระทำความผิด) ซึ่งในกรณีปกติการส่งข้อความชักชวนทางเพศนั้น ผู้ส่งมักทำไปเพื่อกระตุ้นอารมณ์หรือตอบสนองความพึงพอใจทางเพศของตนเอง ดังนั้นหากการส่งข้อความดังกล่าวเป็นตามองค์ประกอบที่บัญญัติไว้ดังกล่าวก็จะถือเป็นความผิดตามมาตรา 13 นี้

2. มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุกคามทางเพศโดยการส่งภาพผ่านอินเทอร์เน็ต

ประเทศไทย แม้มาตรา 14(4) แห่งพระราชบัญญัติว่าด้วยกรกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.2550 และ พ.ศ. 2560 จะบัญญัติห้ามการนำเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งข้อมูลลามก แต่เนื่องจากมาตรานี้มีองค์ประกอบว่าข้อมูลลามกดังกล่าวต้องเข้าถึงได้โดยประชาชนทั่วไป ซึ่งปกติการคุกคามทางเพศในรูปแบบการส่งภาพผ่านอินเทอร์เน็ตผู้ส่งมักส่งถึง อีเมลหรือช่องทางสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ของเหยื่อโดยตรง ซึ่งคนทั่วไปไม่สามารถเข้าถึงได้ มาตรา 14 จึงใช้กับกรณีนี้ได้⁸ อย่างไรก็ตามการคุกคามทางเพศโดยการส่งภาพลามกทางอินเทอร์เน็ตนี้มี

⁸ โปรดดูคำพิพากษาศาลฎีกา 1188/2561

ลักษณะเหมือนกับการคุกคามโดยการส่งข้อความชักชวนทางเพศในประการที่ว่า การส่งภาพลามกดังกล่าวเป็นการคุกคาม หรือกระทำให้ความอับอายหรือเดือดร้อน และการกระทำนั้น ส่อไปในทางที่จะล่วงเกินทางเพศซึ่งเป็นความผิดตามมาตรา 397 วรรคหนึ่งและวรรคสองแห่งประมวลกฎหมายอาญา ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าในกรณีประเทศไทย มาตรา 397 ยังคงเป็นมาตรการทางกฎหมายที่สามารถนำมาดำเนินคดีอาญากับผู้คุกคามทางเพศโดยการส่งภาพลามกได้อย่าง สอดคล้องมากที่สุด

ประเทศอังกฤษ มาตรการทางกฎหมายที่อาจนำไปใช้บังคับกับคุกคามทางเพศโดยการส่งภาพลามกทางอินเทอร์เน็ตยังคงเป็นกฎหมายชุดเดียวกันกับที่สามารถนำไปใช้กับกรณีการส่งข้อความชักชวนทางเพศทางอินเทอร์เน็ต ในทำนองเดียวกันหากการส่งภาพลามกไปยังเหยื่อนั้น เกิดขึ้น 2 ครั้งขึ้นไปเท่ากับเป็นการคุกคามที่มีลักษณะเป็นชุดการกระทำ (a course of conduct) จึงอยู่ภายใต้ขอบเขตของมาตรา 1 แห่ง The Protection from Harassment Act นอกจากนี้ภาพลามกอาจถือได้ว่าเป็นภาพที่ไม่เหมาะสมหรือทำให้เกิดความขุ่นเคืองใจอย่างมาก ซึ่งอาจทำให้ผู้รับเกิดความทุกข์ร้อนใจ ดังนั้นการส่งภาพลามกดังกล่าวก็อาจอยู่ภายใต้บังคับของ มาตรา 1(1) แห่ง The Malicious Communications Act 1988 ได้เช่นกัน และท้ายสุดมาตรา 127 แห่ง The Communications Act 2003 ก็สามารถนำมาปรับใช้ในกรณีได้ เพราะมาตรานี้บัญญัติให้การส่งภาพลามก (obscene) ผ่านเครือข่ายการสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์สาธารณะที่ทำให้ผู้ได้รับเกิดความรำคาญ ความไม่สะดวก หรือความกังวลโดยไม่จำเป็นเป็นความผิดอาญา

สาธารณรัฐเกาหลี มาตรา 13 แห่ง Act on Special Cases Concerning the Punishment, ETC. of Sexual Crimes มีขอบเขตที่ครอบคลุมถึงกรณีการคุกคามทางเพศที่เป็น การส่งภาพลามกผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ด้วย ทั้งนี้จากกล่าวได้ว่าตัวภาพลามกนั้นสามารถทำให้ผู้รับเกิดความรู้อับอายทางเพศหรือความรังเกียจได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้รับไม่ได้ ร้องขอภาพดังกล่าวมาก่อน และการส่งภาพลามกอาจถือได้ว่าเป็นการกระตุ่นเร้าหรือทำให้เกิด ความพึงพอใจทางเพศแก่ผู้คุกคามที่ส่งภาพ ดังนั้นมาตรา 13 นี้จึงสามารถนำมาบังคับกับการ คุกคามทางเพศโดยการส่งภาพผ่านอินเทอร์เน็ตได้อย่างตรงไปตรงมาในลักษณะเดียวกับที่ใช้ บังคับกับการส่งข้อความชักชวนทางเพศทางอินเทอร์เน็ตที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

3. ประทศวาจาเหยียดเพศบนอินเทอร์เน็ต

ประเทศไทยและสาธารณรัฐเกาหลี จากการศึกษากฎหมายต่างๆทั้งในประเทศไทย และสาธารณรัฐเกาหลีพบว่าทั้งสองประเทศยังไม่มีกฎหมายใดที่เป็นการเฉพาะเจาะจงในประเด็น

ที่เกี่ยวกับประทุษวาจาเหยียดเพศโดยทั่วไปและบนพื้นที่ไซเบอร์ในเวลาอันสั้น ดังนั้นอาจต้องนำกฎหมายเท่าที่มีอยู่ในการปรับใช้กับประทุษวาจาเหยียดเพศเท่าที่พอจะเป็นไปได้แม้จะไม่ตรงประเด็นนัก โดยในกรณีของประเทศไทยอาจใช้มาตรา 397 วรรคหนึ่งแห่งประมวลกฎหมายอาญาในฐานะที่ข้อความต่างๆที่มีลักษณะเหยียดเพศเป็นข้อความข่มเหงหรือคุกคาม หรือมาตรา 392 แห่งประมวลกฎหมายอาญาในเรื่องความผิดฐานทำให้ผู้อื่นเกิดความกลัว (โดยรายละเอียดของมาตรานี้จะกล่าวต่อไปด้านล่าง) ส่วนในสาธารณรัฐเกาหลีอาจต้องนำเอามาตรา 44-7:3 แห่ง The Act on Promotion of Information and Communications Network Utilization and Information Protection, ETC. ซึ่งเป็นเรื่องของการส่งข้อความก่อให้เกิดความกลัวหากข้อความประทุษวาจาเหยียดเพศก่อให้เกิดความกลัว (โดยรายละเอียดของมาตรานี้จะกล่าวต่อไปด้านล่าง)

ประเทศอังกฤษ มีกฎหมายเกี่ยวกับประทุษวาจาโดยเฉพาะ คือ The Public Order Act 1986 ทั้งนี้ Part 3A ของกฎหมายฉบับนี้ได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมโดยมาตรา 74 แห่ง The Criminal Justice and Immigration Act 2008 ทำให้ขอบเขตของ The Public Order Act 1986 ครอบคลุมถึงประทุษวาจาสร้างความเกลียดชังที่อยู่บนพื้นฐานการเหยียดรสนิยมทางเพศ (hatred on the grounds of sexual orientation) ไม่ว่าจะต่อบุคคลที่เป็นเพศเดียวกันหรือต่างเพศ โดยมาตรา 29B(1) ได้บัญญัติให้การใช้ถ้อยคำหรือแสดงพฤติกรรมที่เป็นการข่มขู่ หรือการแสดงความขื่นเคียดใดๆที่เป็นการข่มขู่เป็นความผิดอาญาหากผู้กระทำมีเจตนาที่จะปลุกปั่น (stir up) ให้เกิดความเกลียดชังบนพื้นฐานของรสนิยมทางเพศ และมาตรา 29B(2) บัญญัติว่าความผิดตาม มาตรา 29B(1) สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในสถานที่สาธารณะ (public place) และในสถานที่ส่วนตัว (private place) หากมีบุคคลอื่นมาเห็นหรือได้ยินคำพูด พฤติกรรม หรือข้อความเหล่านั้น บทบัญญัตินี้รวมถึงพื้นที่ไซเบอร์ที่บุคคลจำนวนมากสามารถเห็น ได้ยิน คำพูด พฤติกรรม หรือข้อความดังกล่าวด้วย ดังนั้น เว็บไซต์ พื้นที่บนสื่อสังคมออนไลน์ หรือ ห้องสนทนา ที่มีการแสดงเนื้อหาข่มขู่ในลักษณะปลุกปั่นให้เกิดความเกลียดชังต่อกลุ่มที่มีรสนิยมทางเพศต่างๆ (Galop, n.d.) เช่น เลสเบี้ยน (ความสัมพันธ์แบบหญิงรักหญิงไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบที่ทั้งคู่แสดงออกว่าเป็นผู้หญิง หรือ ฝ่ายหนึ่งแสดงออกเป็นลักษณะผู้ชายและอีกฝ่ายแสดงออกเป็นผู้หญิง หรือ “ทอมก๊อบดี้”) จึงถือเป็นความผิดตามมาตรานี้

อย่างไรก็ตามหากพิจารณาเนื้อหาของบทบัญญัตินี้จะเห็นได้ว่ากฎหมายมุ่งคุ้มครองบุคคลจากฐานรสนิยมทางเพศ (sexual orientation) ไม่ใช่จากฐานเพศสภาพ (gender) ดังนั้น คำพูด พฤติกรรม หรือข้อความที่ปลุกปั่นให้เกิดความเกลียดชังต่อผู้หญิงเนื่องจากเพศสภาพจึง

อาจไม่อยู่ในขอบเขตของกฎหมายประหุษาจານี้ ดังที่ Smith (2019: 36) ตั้งข้อสังเกตไว้อย่าง น่าสนใจว่าในประเทศอังกฤษและเวลส์ประเด็นเรื่องเพศสภาพจะรวมอยู่ในกรอบของ อาชญากรรมความเกลียดชัง (hate crime) หรือไม่นั้นยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่

4. การข่มขู่ว่าจะข่มขืนผ่านทางอินเทอร์เน็ต

ประเทศไทย อย่างที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าการข่มขู่ว่าจะข่มขืนนั้นเป็นการกระทำที่ แยกต่างหากจากการข่มขืน กล่าวได้ว่าการข่มขู่ว่าจะข่มขืนไม่จำเป็นต้องจะมีการ ข่มขืนจริงๆเกิดขึ้นตามมา นอกจากนี้ การข่มขู่ว่าจะข่มขืนในหลายกรณีเป็นการข่มขู่เพื่อให้เกิด ความกลัวโดยที่ผู้ข่มขู่ไม่ได้มีเจตนาต้องการให้ผู้ถูกข่มขู่ต้องกระทำการใดๆ⁹ ดังนั้นตัวบท กฎหมายที่เกี่ยวข้องคือ มาตรา 392 แห่งประมวลกฎหมายอาญา โดยมาตรานี้เป็นมาตราทั่วไปที่ ใช้บังคับกับกรณีข่มขู่ทุกประเภท (ตราบเท่าที่ไม่มีประเด็นเรื่องเจตนาให้ผู้ถูกข่มขู่กระทำการ ใดๆ) และรวมถึงการข่มขู่ว่าจะข่มขืนผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วย โดยมาตรานี้บัญญัติให้การกระทำ ที่ทำให้ผู้อื่นเกิดความกลัว หรือความตกใจเป็นความผิดอาญา ทั้งนี้การข่มขู่ว่าจะข่มขืนเป็นการ ทำให้ผู้ตกเป็นเหยื่อเกิดความกลัว หรือความตกใจดังนั้นมาตรา 392 จึงสามารถนำไปบังคับใช้กับ กรณีการข่มขู่ว่าจะข่มขืนผ่านทางอินเทอร์เน็ตได้

ประเทศอังกฤษ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการข่มขู่ว่าจะข่มขืนผ่านทางอินเทอร์เน็ตมี ด้วยกัน 2 มาตรา ดังนี้ มาตรา 4 แห่ง The Protection of Harassment Act 1997 ซึ่งบัญญัติ ไว้ว่าชุดการกระทำอันทำให้บุคคลอื่นเกิดความกลัว (fear) ว่าความรุนแรงจะเกิดขึ้นกับตนอย่าง น้อย 2 ครั้งขึ้นไปเป็นความผิดอาญา ทั้งนี้ผู้ที่กระทำจะต้องรู้หรือควรได้ว่าชุดการกระทำของตน จะทำให้ผู้อื่นเกิดความกลัวในแต่ละครั้งของการกระทำ การข่มขู่ว่าจะข่มขืนผ่านทาง อินเทอร์เน็ตเป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดความกลัวว่าความรุนแรง (ทางเพศ) จะเกิดขึ้นกับตน หากการข่มขู่ดังกล่าวมีลักษณะเป็นชุดการกระทำ (อย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป) และในแต่ละครั้งทำ ให้ผู้ตกเป็นเหยื่อเกิดความกลัว การข่มขู่ดังกล่าวจึงอยู่ภายใต้บังคับของมาตรานี้ นอกจากนี้ มาตรา 1(a)(ii) แห่ง The Malicious Communications Act 1988 บัญญัติให้การส่งข้อความ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่มีลักษณะเป็นการข่มขู่ (threat) เป็นความผิดอาญา ซึ่งข้อความข่มขู่

⁹ ถ้าเป็นการกระทำที่เป็นการข่มขืนจริงๆจะเป็นความผิดเกี่ยวกับเพศที่อยู่ภายใต้มาตรา 276 ถึง 281 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

¹⁰ ถ้าเป็นกรณีที่ผู้ข่มขู่ต้องการให้ผู้ถูกข่มขู่กระทำการใดๆจะเป็นความผิดต่อเสรีภาพซึ่งอยู่ภายใต้มาตรา 309 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

จะเข้มข้นมีเนื้อความในลักษณะที่เป็นการข่มขู่ และการส่งการข่มขู่ดังกล่าวผ่านอินเทอร์เน็ตก็เป็นการส่งข้อความผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ดังนั้นมาตรานี้จึงปรับใช้กับกรณีการข่มขู่ว่าจะข่มขืนผ่านอินเทอร์เน็ตได้อย่างสอดคล้องและตรงประเด็น

สาธารณรัฐเกาหลี กฎหมายที่เกี่ยวข้อง คือ The Act on Promotion of Information and Communications Network Utilization and Information Protection, ETC. ซึ่งได้รับแก้ไขเพิ่มเติมในปี 2018 และมีผลบังคับใช้ในปี 2019 โดยมาตรา 44-7:3 ของกฎหมายฉบับนี้ได้บัญญัติห้ามไม่ให้มีการส่งซ้ำๆซึ่งข้อมูลที่มีเนื้อหาก่อให้เกิดความกลัว (fear) หรือ ความหวาดหวั่น (apprehension) ในรูปแบบข้อความ เสียง ภาพนิ่ง หรือภาพเคลื่อนไหว ผ่านเครือข่ายการสื่อสาร ข้อความข่มขู่ว่าจะข่มขืนถือเป็นข้อมูลที่มีเนื้อหาทำให้ผู้รับสารเกิดความกลัวหรือความหวาดหวั่น และการส่งผ่านอินเทอร์เน็ตถือได้ว่าเป็นการส่งข้อมูลผ่านทางเครือข่ายการสื่อสาร ดังนั้นมาตรานี้จึงสามารถนำมาใช้กับกรณีการส่งข้อความข่มขู่ว่าจะข่มขืนผ่านทางอินเทอร์เน็ตได้อย่างตรงตัว ส่วนในกรณีการส่งข้อความข่มขู่ว่าจะข่มขืนเกิดขึ้นครั้งเดียวอาจนำเอามาตรา 283 แห่งประมวลกฎหมายอาญาสาธารณรัฐเกาหลีมาปรับใช้ได้ โดยมาตรานี้เป็นตัวบทกฎหมายในความผิดฐานข่มขู่ (intimidation) ทั่วไปซึ่งกำหนดโทษอาญาในกรณีที่ผู้ใดกระทำการข่มขู่ผู้อื่นไม่ว่าด้วยเรื่องอะไรหรือวิธีการใดทั้งนี้รวมถึงการข่มขู่ว่าจะข่มขืนผ่านอินเทอร์เน็ตด้วย

การอภิปรายผล (Discussion)

จากผลการศึกษามาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ประเทศอังกฤษ และสาธารณรัฐเกาหลีพบว่าทั้งสามประเทศมีกฎหมายที่สามารถจะนำมาปรับใช้เพื่อลงโทษทางอาญากับผู้คุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตได้มากพอสมควร กล่าวคือ

1. ในกรณีของการส่งข้อความชักชวนทางเพศ หรือ การส่งภาพโป๊เปลือยผ่านอินเทอร์เน็ตนั้น ประเทศอังกฤษและสาธารณรัฐเกาหลีมีกฎหมายอาญาเฉพาะเจาะจงและชัดเจนกับการคุกคามทางเพศสองลักษณะนี้ที่เกิดขึ้นบนอินเทอร์เน็ต ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเฉพาะเช่นนั้น แต่ยังสามารถที่จะนำเอาบทบัญญัติกฎหมายในเรื่องการคุกคามทั่วไปที่อยู่ในประมวลกฎหมายอาญาซึ่งมีขอบเขตกว้างมาตีความเพื่อบังคับใช้ได้

2. ทางด้านประทุษร้ายาเหยียดเพศนั้น ทั้งประเทศไทยและสาธารณรัฐเกาหลียังไม่มีกฎหมายเฉพาะเจาะจง เหมือนอย่างประเทศอังกฤษ อย่างไรก็ตามกฎหมายในเรื่องนี้ของ

ประเทศอังกฤษก็ยังคงเป็นที่ถกเถียงเนื่องจากเมื่อพิจารณาไปในรายละเอียดแล้วจะพบว่ากฎหมายนี้จะมุ่งไปลงโทษกับประทุษวาจาต่อบุคคลหรือกลุ่มคนบนพื้นฐานรสนิยมทางเพศ เช่น LGBT มากกว่าที่จะมุ่งไปที่ประทุษวาจาบนพื้นฐานของเพศสภาพจึงอาจกล่าวได้ว่าแม้ประเทศอังกฤษจะมีกฎหมายประทุษวาจาแต่ก็ยังไม่ตรงประเด็นกับกรณีประทุษวาจาเหยียดเพศที่เป็นเพศสภาพเท่าใดนัก

3. ในส่วนของการข่มขู่ว่าจะข่มขืนทั้งประเทศอังกฤษและสาธารณรัฐเกาหลีมีกฎหมายอาญาเฉพาะเจาะจงกับการข่มขู่ที่เกิดขึ้นผ่านทางอินเทอร์เน็ตเช่นกัน อย่างไรก็ตามมีข้อน่าสังเกตว่าในสาธารณรัฐเกาหลีกฎหมายเฉพาะเจาะจงจะใช้บังคับก็ต่อเมื่อการข่มขู่ว่าจะข่มขืนทางอินเทอร์เน็ตเกิดขึ้นซ้ำๆ หากเกิดขึ้นครั้งเดียวก็ต้องใช้บทบัญญัติเรื่องการข่มขู่ทั่วไปที่อยู่ในประมวลกฎหมายอาญาของสาธารณรัฐเกาหลีแทน สำหรับประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายในเรื่องนี้โดยเฉพาะเจาะจงจึงอาจนำบทบัญญัติทั่วไปเรื่องการกระทำให้เกิดความตกใจกลัวที่อยู่ในประมวลกฎหมายอาญาของไทยใช้บังคับแก่กรณี

อย่างไรก็ตาม จากการอภิปรายข้างต้นในกรณีของประเทศไทย มีข้อถกเถียงที่สำคัญคือแม้มาตราต่างๆ ที่มีอยู่แล้วในประมวลกฎหมายอาญาของไทยจะสามารถนำมามีความคุ้มครองคุ้มครองการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตได้พอสมควร อาจเป็นการดีกว่าหากประเทศไทยจะมีบทบัญญัติกฎหมายเฉพาะเจาะจงเพื่อใช้บังคับกับการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตเหมือนอย่างในประเทศอังกฤษ และสาธารณรัฐเกาหลี ด้วยเหตุผลดังนี้ ประการแรก ประชาชนและผู้บังคับใช้กฎหมายสามารถรู้ได้อย่างชัดเจนว่าการกระทำหนึ่งถือเป็นการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตและมีบทบัญญัติกฎหมายเฉพาะที่สามารถนำมาใช้บังคับและนำไปดำเนินคดีกับผู้คุกคามได้โดยตรง ไม่จำเป็นต้องรอหรืออาศัยให้ศาลมีการตีความกฎหมายเดิมที่มีอยู่เพื่อให้ครอบคลุมไปถึงเสียก่อน ทั้งนี้ศาลเป็นผู้มีอำนาจในการตีความตัวบทกฎหมายอย่างเป็นทางการและการตีความดังกล่าวของศาลมีผลต่อขอบเขตการบังคับใช้ของบทบัญญัตินั้นๆ ถ้าการกระทำหนึ่งได้ถูกศาลตีความมาก่อนแล้วว่าอยู่ภายใต้บทบัญญัติมาตราใดย่อมไม่เป็นปัญหา อย่างไรก็ตามในกรณีที่การกระทำหนึ่งยังไม่เคยถูกศาลตีความว่าอยู่ภายใต้มาตราใดมาก่อน เช่นนี้อาจทำให้เกิดกรณีผู้ตกเป็นเหยื่ออาจไม่กล้าที่จะแจ้งความดำเนินคดี หรือ ตำรวจและอัยการอาจไม่รับดำเนินคดี เพราะไม่แน่ใจว่าการกระทำนั้นถือว่าเป็นการคุกคามที่อยู่ภายใต้ขอบเขตของมาตราใด ในประมวลกฎหมายอาญาหรือไม่ ประการที่สอง มาตราต่างๆ ที่อยู่ในประมวลกฎหมายอาญาถูกบัญญัติก่อนหน้ายุคที่อินเทอร์เน็ตจะมาถึงเป็นเวลานานมาก ซึ่งแน่นอนว่าผู้ร่างและบัญญัติมาตราต่างๆ ในสมัยนั้นไม่สามารถมองเห็นหรือแม้กระทั่งคาดการณ์ได้ล่วงหน้าถึงความร้ายแรง

และรูปแบบของภัยอันตรายที่มาพร้อมกับเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตในสมัยนี้ได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เจตนาารมย์ในการบัญญัติมาตราต่างๆในประมวลกฎหมายอาญาของไทยแต่เดิมนั้นอาจไม่ สอดคล้องกับบริบทการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตในสมัยปัจจุบัน จึงอาจเป็นการดีกว่าหาก ประเทศไทยจะมีกฎหมายเฉพาะซึ่งถูกร่างและบัญญัติขึ้นโดยคำนึงถึงบริบทความรุนแรงและ รูปแบบของการคุกคามทางเพศที่เกิดขึ้นบนอินเทอร์เน็ตในทุกวันนี้ และประการสุดท้าย ประเทศ อังกฤษและสาธารณรัฐเกาหลีได้แสดงให้เห็นแล้วว่า การบัญญัติกฎหมายเพื่อใช้บังคับกับรูปแบบ ต่างๆของการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตอย่างเฉพาะเจาะจงนั้นสามารถทำได้ ซึ่งประเทศไทยเองก็สามารถทำได้เช่นกัน ทั้งนี้ประเทศไทยอาจนำบทบัญญัติกฎหมายของประเทศอังกฤษ และสาธารณรัฐเกาหลีได้เป็นต้นแบบในการร่างกฎหมายโดยเฉพาะเจาะจงของตน และอาจ เพิ่มเติมบทบัญญัติเฉพาะดังกล่าวในพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับ คอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2560 อันเป็นกฎหมายที่ใช้บังคับกับความผิดที่เกิดขึ้นบน อินเทอร์เน็ตโดยเฉพาะ (ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปในส่วนข้อเสนอแนะ)

สรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and Recommendation)

การคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตในรูปแบบต่างๆถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้น หลายประเทศทั่วโลก ซึ่งการคุกคามดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจและร่างกายของผู้ตก เป็นเหยื่อ ในหลายประเทศมาตรการทางกฎหมายอาญาถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือหลักในการป้องปรามไม่ให้เกิดการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตที่เป็นภัยคุกคามต่อประชาชนทั่วไปเกิดขึ้นโดย กำหนดโทษและลงโทษทางอาญาต่อผู้คุกคามทางเพศในโลกไซเบอร์เหล่านี้ จากการศึกษา มาตรการทางกฎหมายในประเทศไทย ประเทศอังกฤษ และสาธารณรัฐเกาหลีพบว่า ณ ปัจจุบัน ประเทศทั้งสามมีมาตรการทางกฎหมายที่เป็นบทบัญญัติกฎหมายอาญาที่สามารถนำมาปรับใช้ กับการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตทั้ง 4 ประเภทได้มากพอสมควร โดยประเทศไทยนั้นแม้จะ ไม่มีกฎหมายเฉพาะในเรื่องนี้แต่ก็ยังมีบางมาตราที่อยู่ในประมวลกฎหมายอาญาที่สามารถนำมา ปรับใช้กับกรณีการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตได้เช่นกัน ในขณะที่ประเทศอังกฤษมี มาตรการทางกฎหมายที่เฉพาะเจาะจงในการที่นำมาใช้บังคับกับการคุกคามทางเพศบน อินเทอร์เน็ตในแต่ละรูปแบบได้ ส่วนสาธารณรัฐเกาหลีเองก็มีมาตรการทางกฎหมายโดยเฉพาะที่ ใช้บังคับการกรณีการคุกคามที่เกิดขึ้นบนอินเทอร์เน็ตรูปแบบต่างๆได้ใกล้เคียงกับประเทศ อังกฤษ อย่างไรก็ตามมีประเด็นที่น่าสนใจคือการคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตที่เป็นการ

ประทุษวาจาเหยียดรสนิยมทางเพศนั้น คงจะมีแต่ประเทศอังกฤษเท่านั้นที่มีกฎหมายเฉพาะ ส่วนประเทศไทยและสาธารณรัฐเกาหลียังขาดกฎหมายเฉพาะเจาะจงในเรื่องนี้ ณ ปัจจุบันนี้

ในส่วนขอเสนอแนะ จากที่ได้อภิปรายไว้ข้างต้นในกรณีของประเทศไทยแม้จะสามารถตีความมาตราต่างๆในประมวลกฎหมายอาญาเพื่อให้ครอบคลุมคุกคามทางเพศบนอินเทอร์เน็ตประเภทต่างได้ อย่างไรก็ตามการที่ประเทศไทยจะมีกฎหมายเฉพาะเจาะจงอย่างไรในประเทศไทยและสาธารณรัฐเกาหลีอาจเป็นเรื่องที่ดีกว่า ทั้งนี้ประเทศไทยสามารถที่เพิ่มมาตราต่างๆ ในพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2560 โดยให้มีมาตราที่กำหนดให้ การส่งข้อความชกชวนทางเพศ หรือ การส่งภาพโป๊เปลือยผ่านอินเทอร์เน็ตอันทำให้ผู้รับเกิดความรำคาญ ความทุกข์ร้อนใจ ความกังวลใจ ความรู้สึกรังเกียจ หรืออับอายทางเพศ เพื่อสนองอารมณ์หรือความต้องการทางเพศของตนหรือผู้อื่นเป็นความผิดทางอาญา และควรให้มีมาตราที่บัญญัติให้การส่งข้อความหรือภาพที่ลักษณะประทุษวาจาเหยียดเพศ ปลุกปั่นให้เกิดความเกลียดชังต่อเพศสภาพ หรือ รสนิยมทางเพศเป็นความผิดทางอาญา และสุดท้ายควรให้มีมาตราที่กำหนดโทษทางอาญาให้กับการส่งข้อความหรือภาพเพื่อข่มขู่ว่าจะข่มขืน และการข่มขู่ว่าประทุษร้ายทางเพศรูปแบบอื่นๆ เป็นเหตุให้ผู้รับข้อความหรือรูปภาพตกใจ เกิดความหวาดกลัว และไม่ปลอดภัยในสวัสดิภาพความเป็นอยู่อันปกติสุขของตน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยมหิดลผู้ให้ทุนในการวิจัยครั้งนี้ รองศาสตราจารย์ ดร. โธมัส กวาดามูซ ซึ่งกรุณาเป็นผู้ดูแลโครงการวิจัยนี้ และ คิมมินซู ภรรยาของผู้วิจัยซึ่งช่วยค้นคว้าข้อมูลและแปลกฎหมายของสาธารณรัฐเกาหลี

เอกสารอ้างอิง (References)

- Barak, A. (2005). Sexual Harassment on the Internet. *Social Science Computer Review*, 23 (1), 77-92
- Boland, M.L. (2005). **Sexual Harassment in the Workplace**. Naperville : Sphinx Publishing
- FRA. (2014). **Violence against Woman: an EU-Wide Survey - Main Result 2014.**
Retrieved July 5, 2018 from <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
- Galop. (n.d.). **What is Online Anti-LGBT+ Hate Speech and Hate Crime**. Retrieved January 25, 2019, <https://www.galop.org.uk/what-is-online-anti-lgbt-hate-speech-and-hate-crime/>
- Mantilla, K. (2015). **Gendertrolling : How Misogyny Went Viral**. Santa Barbara : Praeger Press
- Pew Research Center. (2017). **Online Harassment 2017**. Retrieved March 27, 2018 from http://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/14/2017/07/10151519/PI_2017.07.11_Online-Harassment_FINAL.pdf
- Powell, A., and Henry, N. (2017). **Sexual Violence in a Digital Age**. London : Palgrave Macmillan
- Smith, J. (2019). **Feminist Women's Experiences of Online Gendered Hate**. Thesis submitted for the Degree of Doctor of Philosophy. University of Surrey. United Kingdom
- เดลินิวส์. (2561). 'ไอซ์'ผวาโรคจิตส่งรูปอนาจารป่วน ไม่หยุดพร้อมดำเนินคดี. เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 20 มิถุนายน 2561 จาก <https://www.dailynews.co.th/entertainment/626826>
- ไทยรัฐออนไลน์. (2559). 'ไต้' ไดอาน่า แจ้ง ปอท. เอาผิดเสี่ยเสนอเลี้ยงดู ไม่หยุดแถมลามไปคนรอบข้าง. เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 20 มิถุนายน 2561 จาก <https://www.thairath.co.th/content/622716>
- สหรัฐ กิติ ศุภการ. (2560). **กฎหมายอาญา : หลักและคำพิพากษา**. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง

Consent of Vulnerable Persons: A Study of Participation in Research Involving Human Subject

Nichakan Sonsakda *

Abstract

The purpose of this article is to study the criteria for vulnerable persons consenting to human research. This study emphasizes comparative study of the concepts and theory of Thai and international laws, for research ethics with vulnerable subjects. The objective of this article is to analyze the concept of vulnerable subjects' protection, and the rights of vulnerable groups, and relevant legal measures, which related to the consent of vulnerable persons to participate in human research, in order to propose an amendment of the provisions of laws relating to human research in Thailand.

The results of the study show that the provisions of law relating to human research in Thailand are inadequate for vulnerable subjects' protection, to participate in human research. Since human research is done on human subjects, the inadequate criteria may cause the researcher to be held liable for any damages of the research's subjects. In addition, vulnerable persons who are impaired in their ability to make decisions, or can make decisions but are not independent, so they are easily persuaded, deceived, forced, and threatened, to give consent to participate in research. Therefore, the inadequate legal measures will lead to failure in protecting vulnerable subjects' rights and freedom of decision-making. This study suggests that a better legal measures for conducting research among vulnerable persons should be established, There should be a legal advisor who can give consent on behalf of vulnerable persons, and there should be clear exceptions in the law for the consent requirement.

Keyword: Vulnerable person, Human Research, Consent in Criminal Law

* This article is one of the part of thesis, "Consent of Vulnerable Persons: A Study of Participation in Research Involving Human Subject", Master of Laws, Criminal Law, Faculty of Law, Thammasat University, Nichakan.son@gmail.com

ความยินยอมของบุคคลประบาง: ศึกษากรณีการเข้าร่วมวิจัยในมนุษย์

นิชกานต์ ศรีศักดิ์[†]

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหลักเกณฑ์ในการให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวของบุคคลประบางในการเข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดและที่มาของกฎหมายที่ใช้ในการควบคุมการทำวิจัยในมนุษย์ซึ่งเป็นบุคคลประบางทั้งตามกฎหมายประเทศไทยและกฎหมายต่างประเทศ เพื่อที่จะวิเคราะห์แนวคิดในการคุ้มครองบุคคลประบางผู้เข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์และหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องในการให้ความยินยอมของบุคคลประบางในเข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์เพื่อนำเสนอแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ของประเทศไทยให้เกิดความครอบคลุมและสามารถกำกับดูแลการทำวิจัยในมนุษย์ซึ่งเป็นบุคคลประบางได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลจากการศึกษาพบว่าบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ในประเทศไทยนั้นไม่เพียงพอต่อการคุ้มครองบุคคลประบาง เนื่องจากการวิจัยในมนุษย์นั้นเป็นการกระทำต่อร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนั้นหลักเกณฑ์ที่ไม่เพียงพอดังกล่าวจึงอาจทำให้ผู้ทำวิจัยในมนุษย์มีความรับผิดชอบทางอาญาว່าด้วยชีวิตหรือร่างกายของผู้เข้าร่วมในการวิจัยได้ นอกจากนี้บุคคลประบางซึ่งเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องในด้านความสามารถในการตัดสินใจหรือสามารถตัดสินใจได้แต่การตัดสินใจนั้นไม่ได้เป็นไปโดยอิสระจึงเป็นบุคคลที่ถูกชักจูงโน้มน้าว หลอกลวง บังคับข่มขู่ให้แสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยง่าย ดังนั้นการที่หลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ของประเทศไทยไม่ได้มีบทบัญญัติให้ครอบคลุมถึงการทำวิจัยในบุคคลประบางไว้จึงอาจทำให้ไม่สามารถคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพในการตัดสินใจของบุคคลประบางให้เป็นไปโดยอิสระได้ งานวิจัยนี้จึงมีข้อเสนอว่าควรมีการบัญญัติหลักเกณฑ์เรื่อง ความสามารถในการให้ความยินยอมของบุคคลประบาง บุคคลที่มีอำนาจในการให้ความยินยอมแทนบุคคลประบาง รวมถึงข้อยกเว้นในการขอความยินยอมดังกล่าวไว้อย่างชัดเจนในกฎหมาย

คำสำคัญ: บุคคลประบาง, การวิจัยในมนุษย์, ความยินยอมในกฎหมายอาญา

[†] บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความยินยอมของบุคคลประบาง: ศึกษากรณีการเข้าร่วมวิจัยในมนุษย์”

หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขากฎหมายอาญา คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ผู้ส่งบทความวิจัย Nichakan.son@gmail.com

1. บทนำ (Introduction)

1.1 ความสำคัญของปัญหา

การทำวิจัยในมนุษย์นั้นเป็นหนึ่งในกระบวนการที่ทำให้วิทยาการทางการแพทย์เกิดความก้าวหน้า ทั้งในเรื่องการรักษาโรค รวมถึงการป้องกันโรคต่างๆ โดยการวิจัยในมนุษย์นั้นมีที่มายาวนานและปรากฏเป็นหลักฐานอยู่ในคัมภีร์ไบเบิล สืบเนื่องต่อมาจนกระทั่งถึงสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 ซึ่งนักวิทยาศาสตร์เยอรมันได้มีการนำบุคคลที่ถูกกวาดต้อนเข้าสู่ค่ายกักกันของนาซีเยอรมัน เช่น เซลยศึก ขาวยิว มาทำการวิจัยทางการแพทย์ เช่น การทดลองหายารักษาอาการบาดเจ็บของทหาร การทดลองโรคมาลาเรีย การทดลองเพื่อรักษาบาดแผลจากแก๊สมัสตาร์ด เป็นต้น ต่อมาเมื่อสงครามดังกล่าวจบลงจึงได้มีการพัฒนากฎนูเรมเบิร์ก (Nuremberg Code) ขึ้น โดยมีสาระสำคัญอยู่ที่การวิจัยในมนุษย์นั้นจะต้องมีพื้นฐานมาจากความสมัครใจหรือความยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นสำคัญ

นอกจากนี้การวิจัยในมนุษย์นั้นมิวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ต่างๆ มาเพื่อพัฒนาทางการแพทย์ แต่มีได้เป็นไปเพื่อประโยชน์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะมีสุขภาพที่ดีขึ้นจากการวิจัยหรือไม่ใช่สาระสำคัญ จึงแตกต่างจากการรักษาที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นความยินยอมในการวิจัยในมนุษย์จึงเป็นเรื่องสำคัญและควรจะได้รับ ความคุ้มครองแตกต่างจากการรักษาพยาบาลทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการในการคุ้มครองผู้เข้าร่วมการวิจัยในบุคคลเปราะบางซึ่งหมายถึงบุคคลที่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอม เช่น เด็ก คนไร้ความสามารถ หรือสามารถตัดสินใจให้ความยินยอมได้แต่อาจไม่มีอิสระในการตัดสินใจ เช่น นักโทษในเรือนจำ ทหาร ผู้ใต้บังคับบัญชาต่างๆ ฯลฯ ทำให้ง่ายต่อการถูกชักจูง โน้มน้าว หลอกลวง ใช้อิทธิพลครอบงำ หรือข่มขู่กดดันให้เข้าร่วมในการวิจัยในมนุษย์ โดยไม่อาจปฏิเสธได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องบัญญัติกฎหมายขึ้นในทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองบุคคลเปราะบางเหล่านี้เป็นกรณีเฉพาะแตกต่างไปจากกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นบุคคลธรรมดา

จึงเป็นเรื่องที่จะต้องพิจารณาว่าควรจะต้องมีกฎหมายหรือมาตรการใดๆ มาเป็นเครื่องมือในการคุ้มครองการแสวงหาให้ความยินยอมของบุคคลเปราะบางเหล่านั้นหรือไม่ ประกอบกับการทำวิจัยในมนุษย์นั้นเป็นการกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายที่หากมีการกระทำไปโดยฝ่าฝืนความยินยอมผู้ทำวิจัยจึงอาจมีความรับผิดชอบทางอาญาได้ โดยในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่ได้มีการกำหนดทั้งหลักเกณฑ์ในการคุ้มครองการทำวิจัยในบุคคลเปราะบางไว้แต่อย่างใด และมีเพียงร่างพระราชบัญญัติการวิจัยในมนุษย์ซึ่งยังไม่มีประกาศใช้เป็นกฎหมาย ดังนั้นจึงได้

ทำการศึกษาดังกฎหมายต่างๆ ของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์รวมถึงกฎหมายของต่างประเทศเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดหลักเกณฑ์ในการทำวิจัยเพื่อที่จะสามารถให้ความคุ้มครองบุคคลเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวคิดและที่มาของกฎหมายและมาตรการควบคุมการทำวิจัยในมนุษย์
2. เพื่อศึกษาหลักเกณฑ์ในการให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวของบุคคลเปราะบางในการทำวิจัยในมนุษย์ ทั้งตามกฎหมายประเทศไทยและต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศฟินแลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศสิงคโปร์

1.3 วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในประเด็นหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับความยินยอมในการทำวิจัยในบุคคลเปราะบางโดยใช้วิธีการศึกษาแบบการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยค้นคว้าจากหนังสือ บทความวิชาการ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ ข่าวสารต่างๆ ทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ รวมถึงศึกษากฎหมายและการดำเนินคดีของต่างประเทศ เพื่อนำข้อมูลที่ศึกษามาตอบปัญหาของการวิจัย

2. ผลการศึกษา (Results)

ปัจจุบันแม้ความหมายของคำว่า “บุคคลเปราะบาง” จะยังไม่มีกำหนดนิยามตามกฎหมายไว้โดยเฉพาะ แต่ก็เป็นที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในด้านสาธารณสุข ทั้งนี้บุคคลเปราะบางในบริบทของการวิจัยในมนุษย์นั้นมีความหมายในลักษณะถึงบุคคลที่ขาดความสามารถหรือขาดอิสระในการตัดสินใจให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์ ทำให้ไม่มีความสามารถในการปกป้องผลประโยชน์ของตนเองได้เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น ความเจ็บป่วย อารมณ์ทางจิต การยังไม่บรรลุนิติภาวะของเด็กจึงต้องพึ่งพาผู้อื่นและไม่สามารถเอ่ยความต้องการของตนเองได้ การตกอยู่ภายใต้การบังคับบัญชา การตกอยู่ภายใต้การควบคุมของสถาบันต่างๆ เป็นต้น

เนื่องจากการทำวิจัยในมนุษย์ได้มีทั้งกรณีการวิจัยที่เป็นการทดลองรักษา (Clinical Trial) อันเป็นการศึกษาเพื่อรักษาโรคหรือป้องกันโรคในผู้ป่วย โดยการใช้วิธีการรักษาใหม่ในกรณีที่ไม่มียุทธวิธีรักษามาตรฐานอยู่ก่อนหรือมีวิธีรักษามาตรฐานอยู่แล้วแต่ใช้วิธีใหม่ที่เบี่ยงเบนจากมาตรฐาน และการวิจัยที่ไม่เกี่ยวกับคลินิก (Non-Therapeutic Research) โดยอาจมีการวิจัยใน

ผู้ป่วยจริงหรือผู้ที่มีสุขภาพดีก็ได้ เพื่อการค้นคว้าความรู้ใหม่ๆ ทางวิชาการแพทย์มากกว่าการบำบัดรักษา

ทั้งนี้หลักการพื้นฐานของความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์นั้น มีที่มาหลักการ 3 ประการ ได้แก่ หลักเคารพต่อบุคคล คือการเคารพการตัดสินใจของบุคคลและยอมรับว่าบุคคลนั้นมีสิทธิและมีความสามารถในการเลือกหรือตัดสินใจกระทำการด้วยตนเองโดยเป็นไปตามคุณค่าหรือความเชื่อส่วนตัว ประการต่อมาคือหลักประโยชน์ต่อบุคคล โดยในการทำวิจัยในมนุษย์นั้นจะต้องมุ่งก่อให้เกิดประโยชน์เป็นผลดีมากกว่าผลเสีย ต้องทำให้ความเสี่ยงจากอันตรายในการวิจัยเกิดน้อยที่สุด และหลักประการสุดท้ายได้แก่หลักความยุติธรรม โดยในการวิจัยในมนุษย์นั้นจะต้องมีความเท่าเทียมกันในการเลือกผู้เข้าร่วม และไม่ควรจะเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยสาเหตุที่ง่ายต่อการโน้มน้าวชักจูงเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือเพราะสภาพทางเศรษฐกิจหรือสถานะทางสังคมของพวกเขา หรือตัดกลุ่มบุคคลใดบุคคลหนึ่งออกไปเพียงเพราะเห็นว่าเป็นวิธีในการคุ้มครองบุคคลนั้นให้ปลอดภัยจากความเสี่ยงในการวิจัยเนื่องจากจะทำให้บุคคลดังกล่าวไม่อาจเข้าถึงข้อมูลในการวิจัยที่เป็นประโยชน์ได้ ดังนั้นหากพิจารณาตามหลักการพื้นฐานเหล่านี้ที่สามารถส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้ความยินยอมและยังสิ่งที่ต้องตัดสินใจนั้นมีความสำคัญมากเท่าใดความสามารถในการตัดสินใจก็ยิ่งจะต้องมากขึ้นตามไปด้วย การคุ้มครองบุคคลเพราะบางในการเข้าร่วมในการวิจัยจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ประกอบกับเหตุผลที่ว่าความยินยอมในการรักษาพยาบาลที่มุ่งเน้นไปที่ประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญนั้นมีความแตกต่างไปจากความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ของผู้วิจัยในการได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ๆ จึงไม่อาจนำความยินยอมในการรักษามาใช้กับการเข้าร่วมการวิจัยได้ ดังนั้นการกระทำต่อร่างกายมนุษย์ในการวิจัยนั้นไม่อาจนำความยินยอมมาเป็นเหตุยกเว้นความผิดได้เหมือนกับการรักษาพยาบาล

ด้วยเหตุที่กล่าวมาเบื้องต้น ผู้เขียนจึงได้ทำการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ของต่างประเทศที่มีการบัญญัติหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยของบุคคลประการบางไว้ ได้แก่ เรื่องความสามารถในการให้ความยินยอม บุคคลผู้ให้ความยินยอมแทน และการยกเว้นการขอความยินยอม ดังนี้

2.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ของประเทศเยอรมัน

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ในประเทศเยอรมันนั้นมีอยู่ 2 ฉบับได้แก่ Pharmaceutical Act (Arzneimittelgesetz: “AMG”) และ Medical Devices Act

(Medizinproduktegesetz : “MPG”) ซึ่งเป็นบทบัญญัติเกี่ยวกับการวิจัยยาและการวิจัยในเครื่องมือการแพทย์แต่สามารถนำไปใช้กับการวิจัยในมนุษย์ในลักษณะอื่นๆ ได้เช่นกัน เช่น การทดสอบการใช้ยีนบำบัดสำหรับเซลล์ร่างกาย (Somatic Gene Therapy) เป็นต้น โดยตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ทั้งสองฉบับนี้ได้มีการกำหนดประเภทของบุคคลประเภทบางที่ให้ความคุ้มครองต่างกัน โดยใน AMG มีการบัญญัติถึงการทำวิจัยในเด็กหรือผู้เยาว์ ผู้ป่วยโรคที่จำต้องเข้ายาที่วิจัยรักษา ผู้ป่วยในสถานการณฉุกเฉิน บุคคลไร้ความสามารถ ส่วน MPG นั้นบัญญัติถึงกรณีการทำวิจัยในเด็กหรือผู้เยาว์ หญิงตั้งครรภ์ และผู้ป่วยโรคที่ต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่วิจัยในการรักษา ทั้งนี้ในเรื่องของหลักเกณฑ์ในการให้ความยินยอมของบุคคลประเภทบางของกฎหมายทั้งสองฉบับนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยจะได้กล่าวถึงไปพร้อมกัน ดังนี้

ในเรื่องของความสามารถในการให้ความยินยอมของบุคคลประเภทบางนั้น ในการวิจัยทั้งในเด็กและบุคคลไร้ความสามารถบัญญัติให้ผู้วิจัยต้องดำเนินการแจ้งข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยแก่บุคคลประเภทบางดังกล่าว โดยจะต้องพิจารณาถึงอายุและวุฒิภาวะด้วย หากผู้จะเข้าร่วมวิจัยแสดงเจตนาว่าไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยก็ต้องเคารพเจตนาดังกล่าว และหากผู้จะเข้าร่วมวิจัยมีความสามารถที่จะทำความเข้าใจข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และตัดสินใจอย่างสมเหตุสมผลได้ ก็จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้จะเข้าร่วมวิจัยด้วย ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าบทบัญญัติดังกล่าวพิจารณาที่ความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมบุคคลประเภทบางเป็นสำคัญมากกว่าการพิจารณาอายุหรือสถานะทางกฎหมาย

บุคคลประเภทบางอีกประเภทที่ถูกบัญญัติไว้ใน AMG และมีหลักเกณฑ์ในเรื่องความยินยอมแตกต่างไปจากบุคคลประเภทบางประเภทอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยในสถานการณฉุกเฉิน ซึ่งเป็นบุคคลที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจเพราะอยู่ในอาการเจ็บป่วยต่างๆ เช่น ภาวะติดเชื้ออาการโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น หากเป็นกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน ทำให้ไม่อาจรอขอความยินยอมจากผู้ป่วยได้ ก็สามารถดำเนินการวิจัยที่เป็นการรักษาได้ทันที ทั้งนี้จะต้องมีการขอความยินยอมจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยอีกครั้งโดยเร็วที่สุด

2.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ของประเทศฟินแลนด์

กฎหมายของประเทศฟินแลนด์นั้นเป็นไปตาม Medical Research Act โดยได้มีการบัญญัติคุ้มครองบุคคลประเภทบางไว้ได้แก่ เด็กหรือผู้เยาว์ บุคคลที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ หญิงตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร และนักโทษ โดยกฎหมายดังกล่าวได้บัญญัติถึงเรื่อง

ความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมของผู้เยาว์ไว้เช่นกัน โดยกำหนดว่าผู้เยาว์ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อพิจารณาประกอบกับวุฒิภาวะ และประเภทของการเจ็บป่วยและการวิจัย แล้วพบว่าหากผู้เยาว์สามารถเข้าใจถึงความสำคัญของกระบวนการวิจัยได้ ผู้เยาว์นั้นก็สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตนเองโดยผ่านการรับรู้ของบิดามารดา ส่วนผู้เยาว์ซึ่งอายุต่ำกว่า 15 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากบิดาหรือมารดา แต่ทั้งนี้ตัวผู้เยาว์เองก็จะต้องให้ความยินยอมด้วยเช่นกัน ทั้งนี้จะต้องมีการแจ้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยให้ผู้เยาว์ทราบตามขีดจำกัดความสามารถในการตัดสินใจของผู้เยาว์ และหากผู้เยาว์คัดค้านในการเข้าร่วมการวิจัยก็ไม่อาจมีการดำเนินการวิจัยได้

2.3 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา

สำหรับกฎหมายของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกานั้นจำเป็นต้องพิจารณากฎหมายภายในรัฐได้แก่ Protection of Human Subject in Medical Experimentation Act ประกอบกับระเบียบปฏิบัติที่ใช้บังคับทั้งประเทศคือ 45CFR46 โดยเมื่อพิจารณาบทบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยดังกล่าวแล้วพบว่าไม่ได้มีการบัญญัติว่าเด็กสามารถให้ความยินยอมในการเข้าร่วมในการวิจัยได้เหมือนประเทศอื่นๆ แต่บัญญัติในลักษณะของการทำวิจัยในเด็กซึ่งมีอายุตั้งแต่ 7 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เด็กจะต้องยินยอมหรือยอมรับ (Assent)ว่าจะเข้าร่วมในการวิจัยนั้น ซึ่งอาจทำได้ยากก็ได้ ทั้งนี้การยินยอมหรือยอมรับดังกล่าวนี้มีความเคร่งครัดน้อยกว่าความยินยอมซึ่งกฎหมายบัญญัติว่าจะต้องทำเป็นหนังสือเท่านั้น

นอกจากนี้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยของมลรัฐแคลิฟอร์เนียดังกล่าวยังได้บัญญัติถึงกรณีบุคคลที่สามารถให้ความยินยอมแทนบุคคลเปราะบางได้ ได้แก่กรณีของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา บุคคลที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจ และผู้ป่วยโรคร้ายแรง เช่น ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ผู้พิการทางสมอง เป็นต้น โดยกำหนดบุคคลที่สามารถให้ความยินยอมแทนบุคคลเปราะบางประเภทนี้ไว้ในกฎหมาย เช่น ผู้เป็นตัวแทนตามการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า ผู้ปกครอง คู่สมรส คู่สมรสซึ่งอยู่กินกัน บุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้ว เป็นต้น อีกทั้งยังบัญญัติถึงในการตัดสินใจให้ความยินยอมแทนนั้นจะต้องใช้ดุลพินิจในการพิจารณาตัดสินใจ หรือจะต้องตัดสินใจเพื่อประโยชน์สูงสุดของบุคคลเปราะบางเป็นสำคัญ

2.4 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ของประเทศสิงคโปร์

กฎหมายการทำวิจัยในมนุษย์ของประเทศสิงคโปร์ปรากฏอยู่ใน Human Biomedical Research Act บัญญัติถึงการคุ้มครองบุคคลเปราะบางไว้ 2 ประเภท ได้แก่ เด็กหรือผู้เยาว์ และบุคคลผู้ไร้ความสามารถ

ในการทำวิจัยในเด็กหรือผู้เยาว์ตามกฎหมายเกี่ยวกับการวิจัยในประเทศสิงคโปร์นั้นได้มีการหลักเกณฑ์ในการให้ความยินยอมของผู้เยาว์โดยพิจารณาจากความสามารถของผู้เยาว์เป็นหลัก โดยแบ่งออกเป็น 4 กรณี ได้แก่ กรณีผู้เยาว์มีความเข้าใจและสติปัญญาเพียงพอที่จะเข้าใจสิ่งที่นำเสนอในการวิจัยทางชีวการแพทย์ จะต้องได้รับยินยอมจากทั้งผู้เยาว์และบิดามารดาซึ่งเป็นผู้ใหญ่อย่างน้อย 1 คนหรือผู้ปกครองของผู้เยาว์ หรือหากคณะกรรมการจริยธรรมได้มีการยกเว้นการขอความยินยอมจากบิดามารดา หรือผู้ปกครองของผู้เยาว์ ผู้เยาว์ก็สามารถให้ความยินยอมเพียงผู้เดียวได้ แต่หากเป็นกรณีผู้เยาว์ไม่มีความสามารถในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยทางชีวการแพทย์และมีเหตุผลอันควรเชื่อได้ว่า การวิจัยนั้นไม่สามารถให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพได้หากไม่ได้มีการวิจัยในผู้เยาว์ การขอความยินยอมนั้นจะต้องได้รับจากบิดามารดาอย่างน้อย 1 คน หรือผู้ปกครองของผู้เยาว์ ดังนั้นกฎหมายเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้ของประเทศสิงคโปร์จึงพิจารณาความสามารถในการให้ความยินยอมโดยคำนึงถึงความสามารถในการทำความเข้าใจของผู้เยาว์เป็นหลัก ไม่ใช่พิจารณาแต่เพียงอายุเท่านั้น

นอกจากนี้กฎหมายของประเทศสิงคโปร์นี้ยังกำหนดให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสามารถยกเว้นการขอความยินยอมจากบิดามารดาของผู้เยาว์ในการเข้าร่วมการวิจัยได้ แม้จะไม่ใช่เหตุจำเป็นเร่งด่วนแก่ชีวิต โดยสามารถยกเว้นการขอความยินยอมได้ในกรณีที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองของผู้เยาว์นั้นไม่อยู่ในฐานะที่จะปกป้องผลประโยชน์ของผู้เยาว์ได้ เช่น ผู้เยาว์ถูกทอดทิ้งหรือถูกทารุณกรรม หรือแผนการวิจัยนั้นมีความละเอียดอ่อน เช่น การทำวิจัยในผู้เยาว์เกี่ยวกับเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป จากกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยใน 4 ประเทศที่ได้ทำการศึกษามาแล้วแล้วแต่มีการกำหนดประเภทของบุคคลเปราะบางไว้อย่างชัดเจนในกฎหมายว่ามีการบัญญัติคุ้มครองบุคคลเปราะบางประเภทใดบ้าง โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยของบุคคลเปราะบาง สำหรับในเรื่องความสามารถของการให้ความยินยอมของบุคคลเปราะบางนั้นเป็นเรื่องที่ถูกบัญญัติไว้ในทุกประเทศว่าหากบุคคลเปราะบางนั้นสามารถที่จะเข้าใจสาระสำคัญของการวิจัยก็อาจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ ส่วนประเด็นเรื่องผู้ให้ความยินยอมแทนบุคคลเปราะบางนั้น กฎหมายของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการบัญญัติไว้อย่างชัดเจนว่าบุคคลใดบ้างที่จะมีอำนาจให้ความยินยอมแทนบุคคลเปราะบาง

สำหรับประเด็นในเรื่องการยกเว้นในการขอความยินยอมนั้นพบว่าได้มีการบัญญัติไว้ 2 ลักษณะแตกต่างกัน คือกรณีที่มีเหตุฉุกเฉินแก่ชีวิต กฎหมายในประเทศเยอรมันก็ได้ยกเว้นให้ไม่ต้องขอความยินยอมจากบุคคลเปราะบางนั้นก็ได้ และกรณีที่ไม่ใช่เหตุฉุกเฉิน แต่มีความจำเป็นบางอย่างเกี่ยวกับกาวิจัย ประเทศสิงคโปร์ก็ได้มีการบัญญัติยกเว้นไว้เช่นกัน แต่ทั้งนี้การยกเว้นดังกล่าวจะต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเป็นสำคัญ

3. อภิปรายผล (Discussion)

จากการศึกษากฎหมายต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศเยอรมัน ประเทศฟินแลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกา มลรัฐแคลิฟอร์เนีย และประเทศสิงคโปร์ เปรียบเทียบกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

3.1 ปัญหาของความสามารถในการให้ความยินยอมของบุคคลเปราะบาง

จากการศึกษาพบว่าตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ.2550 บัญญัติไว้แต่เพียงว่าในการทำวิจัยนั้นต้องมีการแจ้งให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้า และต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้รับบริการก่อนจึงจะดำเนินการได้ โดยไม่ปรากฏหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการให้ความยินยอมของผู้เข้าร่วมในการวิจัยไว้แต่อย่างใด

ส่วนพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 นั้นได้มีการบัญญัติถึงการทำวิจัยในบุคคลผู้มีความผิดปกติทางจิตซึ่งเป็นบุคคลเปราะบางประเภทหนึ่ง โดยเมื่อพิจารณามาตรา 20 ประกอบ มาตรา 21 พบว่าสามารถแบ่งได้เป็น 2 กรณี ได้แก่ กรณีที่เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์และเป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจให้ความยินยอมได้จะต้องให้ความยินยอมเป็นหนังสือ กับกรณีที่บุคคลอายุไม่ถึง 18 ปี หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอม จะต้องได้รับความยินยอมให้เข้าร่วมในการวิจัยจากคู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลด้วย แสดงให้เห็นว่าเพียงบุคคลเปราะบาง ซึ่งเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตที่อายุตั้งแต่ 18 ปีเท่านั้นที่มีความสามารถในการให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์

อย่างไรก็ตาม แม้จะเป็นบุคคลเปราะบางแต่ในบางกรณีก็อาจมีความสามารถในการตัดสินใจหากบุคคลดังกล่าวนั้นมีความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญอัน

เกี่ยวข้องกับการทำวิจัย เช่น เด็กที่รู้ความแล้ว สามารถทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยได้ ก็สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยประกอบกับความยินยอมของผู้ปกครองได้เช่นกัน เนื่องจากการให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่ใช่การแสดงเจตนาในการเข้าทำนิติกรรม ดังนั้นการจะพิจารณาว่าบุคคลใดสามารถให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยได้ควรจะต้องพิจารณาถึงสภาพหรือสถานการณ์ของบุคคลดังกล่าว ในการทำความเข้าใจวิเคราะห์เหตุผล ซึ่งนำหน้าระหว่างผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกับความเสี่ยงจากการวิจัยนั้นเป็นสิ่งสำคัญ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศในประเด็นของความสามารถในการให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยของบุคคลเปราะบาง จะเห็นได้ว่าทุกประเทศที่ได้ทำการศึกษามาได้มีการบัญญัติให้บุคคลทุกคนที่อยู่ในสภาพหรือสถานการณ์ที่สามารถเข้าใจหรือวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวิจัยในมนุษย์ได้ก็ควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยนั้นด้วย ไม่ว่าจะเป็นอย่างน้อยการยอมรับ (Assent) หรือเป็นการให้ความยินยอม (Consent) ประกอบกับความยินยอมของผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทน และเมื่อบุคคลเปราะบางแสดงเจตนาใดๆ ไปแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้ให้ความยินยอมแทนของบุคคลเปราะบางนั้นก็จำเป็นจะต้องเคารพการตัดสินใจดังกล่าว ดังนั้นการที่บทบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยในมนุษย์ของประเทศไทยไม่ได้มีการบัญญัติถึงความสามารถในการให้ความยินยอมดังกล่าวจึงไม่สอดคล้องกับหลักเคารพต่อบุคคลอันเป็นหลักการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความยินยอมในการวิจัยในมนุษย์

3.2 ปัญหาของผู้ให้ความยินยอมแทน

เมื่อเกิดกรณีที่บุคคลตกอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่ไม่อาจให้ความยินยอม หรือตกอยู่ในสถานะที่ไม่อาจรู้หรือเข้าใจสาระสำคัญในการวิจัยได้ บุคคลดังกล่าวนี้จึงนับได้ว่าเป็นบุคคลเปราะบางประเภทหนึ่ง เช่น เด็กไม่รู้เรื่องเสีย ผู้ป่วยหมดสติ บุคคลวิกลจริต เป็นต้น

กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์มีเพียงพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 20 ประกอบมาตรา 21 วรรคสามเท่านั้นที่กำหนดบุคคลที่สามารถให้ความยินยอมแทนในการเข้าร่วมการวิจัยไว้ ซึ่งมีเพียงกรณีที่ผู้จะเข้าร่วมการวิจัยนั้นเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งมีอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ หรือเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจ โดยกำหนดว่าในการจะใช้บุคคลเหล่านี้ในการวิจัยนั้น คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแล แล้วแต่กรณีจะต้องเป็นผู้ให้

ความยินยอมแทน ดังนั้นพระราชบัญญัติดังกล่าวนี้จึงไม่ครอบคลุมถึงสถานการณ์อื่นๆ ที่อาจทำให้ผู้จะเข้าร่วมในการวิจัยไม่อาจให้ความยินยอมได้ เช่น ผู้ป่วยหมดสติ ผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน เป็นต้น เมื่อเปรียบเทียบกับกรกระทำทางเวชปฏิบัติที่มีการขอความยินยอมจากบุคคลอื่นที่ใกล้ชิดก่อนทำการรักษา แต่เนื่องจากลักษณะของการวิจัยนั้นมีความแตกต่างจากการรักษา ดังนั้นการวิจัยในมนุษย์จึงไม่อาจมีการให้ความยินยอมแทนกันได้ เช่นเดียวกับกรณีของบุคคลเปราะบางประเภทอื่นๆ ที่ไม่ได้ตกอยู่ในสถานการณ์ฉุกเฉินดังกล่าว เช่น ผู้ป่วยหมดสติ ผู้ป่วยชราอนตติเตียง ซึ่งโดยหลักแล้วในการทำวิจัยในบุคคลเหล่านี้จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย แต่ไม่อาจทำได้เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้สติหรือไม่รู้สำนึก หรืออาจรู้แต่ไม่เพียงพอที่จะรับทราบข้อมูลและให้ความยินยอมได้ ดังนั้นจึงไม่สามารถนำพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาใช้บังคับได้ เนื่องจากบุคคลเปราะบางเหล่านี้ไม่ใช่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตตามความหมายพระราชบัญญัติดังกล่าว และหากมีการให้ความยินยอมแทนเท่ากับว่าผู้วิจัยไม่ได้มีการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยจริงๆ เนื่องจากผู้ให้ความยินยอมนั้นต้องรู้ว่าจะได้รับผลร้ายนั้นและยอมรับผลร้ายนั้นด้วยความเต็มใจ ส่งผลให้การวิจัยนั้นเป็นการกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของบุคคลอื่นโดยปราศจากความยินยอม จึงอาจทำให้ผู้ทำวิจัยมีความรับผิดชอบทางอาญาได้

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในบุคคลเปราะบางของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าได้มีการกำหนดตัวบุคคลที่สามารถให้ความยินยอมแทนบุคคลอื่นในสถานการณ์ต่างๆ ไว้อย่างชัดเจนในกฎหมาย สำหรับประเทศไทยนั้นปัญหาของผู้ให้ความยินยอมแทนบุคคลเปราะบางในการเข้าร่วมการวิจัยนั้นเห็นว่าการที่ขอความยินยอมจากบุคคลอื่นโดยที่ไม่มีกฎหมายให้อำนาจบุคคลนั้นในการให้ความยินยอมหรือตัดสินใจแทนบุคคลอื่นได้ย่อมไม่สามารถนำมาเป็นข้อยกเว้นเพื่อไม่ให้กระทำไปโดยมีความรับผิดชอบทางอาญาได้ ดังนั้นจึงควรจะต้องมีการบัญญัติให้มีผู้ที่สามารถให้ความยินยอมแทนบุคคลเปราะบางได้ไว้ในกฎหมาย โดยพิจารณาจากลำดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดทางครอบครัวของบุคคลดังกล่าวเป็นหลัก เนื่องจากเป็นผู้ที่รู้จักผู้ป่วยดีที่สุดและง่ายต่อการตัดสินใจแทนโดยพิจารณาจากหลักประโยชน์สูงสุดของบุคคลดังกล่าวเป็นสำคัญ

3.3 ปัญหาของข้อยกเว้นในการได้รับความยินยอม

นอกจากบทบัญญัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ในประเทศไทยจะไม่ได้มีการบัญญัติถึงผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนบุคคลเปราะบางไว้แล้ว ก็ยังไม่ได้มีบัญญัติ

ถึงข้อยกเว้นในการขอความยินยอมไว้เช่นกัน โดยเมื่อพิจารณาตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 8 จะพบว่ากรณีที่ผู้รับบริการสาธารณสุขไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้และไม่อาจแจ้งให้บุคคลที่เป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ รับทราบข้อมูลแทนได้ ก็อาจยกเว้นไม่ต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องให้ผู้รับบริการทราบก็ได้ แต่กรณีตามมาตรา 8 นั้นก็จำกัดเพียงเฉพาะกรณีของการรักษาพยาบาลเท่านั้น ส่วนบทบัญญัติตามมาตรา 9 ซึ่งบัญญัติถึงการวิจัยในมนุษย์นั้นกลับไม่ปรากฏข้อยกเว้นในการได้รับความยินยอมอื่นซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ และแม้จะเป็นกรณีการวิจัยที่เป็นการรักษา แต่ก็อาจเกิดกรณีมีเหตุจำเป็นไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เช่น ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยด้วยเหตุที่แพทย์ยังไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ทำให้แพทย์จำเป็นต้องทำการวิจัยที่เป็นการรักษา ซึ่งอาจมีบางกรณีที่การวิจัยดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเลย รวมไปถึงการวิจัยที่ไม่ใช่การรักษาซึ่งไม่อาจนำความยินยอมที่พึงสันนิษฐานได้ในทางเวชปฏิบัติมาปรับใช้กับการวิจัยในลักษณะดังกล่าวได้

กรณีปัญหาเรื่องการยกเว้นในการขอความยินยอม เมื่อพิจารณาตามกฎหมายต่างประเทศจะพบว่าการยกเว้นในการขอความยินยอมนั้นอาจเกิดได้ทั้งกรณีฉุกเฉินที่อาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตผู้จะเข้าร่วมการวิจัยตามที่ปรากฏในกฎหมายประเทศเยอรมัน และกรณีที่ไม่ใช่เหตุฉุกเฉินได้แก่ การยกเว้นการขอความยินยอมจากบิดามารดากรณีการทำวิจัยในเด็กเกี่ยวกับโรคบางอย่างที่เด็กไม่สะดวกใจที่จะให้บิดามารดาทราบดังที่บัญญัติไว้ในกฎหมายประเทศสิงคโปร์ ผู้เขียนเห็นว่าหากเป็นกรณีที่เป็นสถานการณ์จำเป็นเร่งด่วนและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้เข้าร่วมวิจัยจึงได้ทำการวิจัยที่เป็นการรักษาอันถือได้ว่าเป็นการกระทำในทางเวชปฏิบัติของแพทย์ แพทย์ก็ไม่ได้มีความรับผิดชอบในทางอาญา แต่หากเป็นการวิจัยที่ไม่ใช่การรักษาอันได้กระทำลงในผู้ป่วยซึ่งตกอยู่ในสถานการณ์ฉุกเฉิน การทำวิจัยก็ย่อมไม่ได้เป็นไปเพื่อประโยชน์ของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นสำคัญ ดังนั้นเมื่อเป็นการกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยปราศจากความยินยอมแล้วการกระทำดังกล่าวย่อมเป็นความผิดอาญาต่อชีวิตร่างกายได้

ส่วนกรณีการวิจัยที่ไม่ใช่การรักษาซึ่งกระทำลงในบุคคลที่มีสุขภาพดี แต่เป็นบุคคลเปราะบางซึ่งมีปัญหาในเรื่องความสามารถในการให้ความยินยอมซึ่งจะต้องขอความยินยอมจากบิดามารดา ผู้ปกครอง ผู้อนุบาล หรือตัวแทนตามกฎหมายอื่นๆ แต่ไม่ได้มีการขอความยินยอมจากผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนดังกล่าว แม้วตัวผู้เข้าร่วมในการวิจัยเองจะได้ยอมรับ (Assent) ในการเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าวอย่างในกรณีการวิจัยที่มีความละเอียดอ่อนเช่นเดียวกับที่บัญญัติในกฎหมายของประเทศสิงคโปร์ ก็ไม่อาจยกขึ้นกล่าวอ้างเพื่อให้ผู้กระทำพ้นจากความรับผิดชอบ

อาญาไปได้ ดังนั้นกฎหมายจึงควรมีการกำหนดข้อยกเว้นในการขอความยินยอมในกรณีที่มีความจำเป็นไม่อาจขอความยินยอมจากผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนไว้อย่างแน่ชัด หรือควรจะต้องมีมาตรการอื่นที่มากำกับดูแลอย่างเหมาะสม เช่น การขอยกเว้นในการได้รับความยินยอมจากผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนดังกล่าวต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เป็นต้น

4. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

4.1 บทสรุป

การวิจัยในมนุษย์นับว่ามีความสำคัญต่อวงการวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการรักษาโรค การป้องกันโรคต่างๆ องค์กรสากลต่างๆ จึงได้มีการวางแนวปฏิบัติเกี่ยวกับจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีของบุคคลเปราะบางที่ต้องมีมาตรการในการคุ้มครองเป็นพิเศษต่างจากคนทั่วไป และหลายประเทศทั่วโลกก็ได้มีการบัญญัติกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยในมนุษย์รวมถึงเงื่อนไขต่างๆ ในการทำวิจัยในบุคคลเปราะบางด้วย

อย่างไรก็ตามเมื่อได้ทำการศึกษาตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ในประเทศไทยอันได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 เมื่อเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศตามที่ได้ศึกษามาทราบว่าพระราชบัญญัติทั้งสองฉบับนี้ยังมีหลักเกณฑ์ในการคุ้มครองความยินยอมของบุคคลเปราะบางในการเข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์ไม่เพียงพอ เพราะมีบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตเท่านั้นที่เป็นบุคคลเปราะบางประเภทเดียวที่ได้รับการบัญญัติไว้เป็นพิเศษในกฎหมายดังกล่าว

อนึ่งจากการที่ได้ทำการศึกษากฎหมายในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในบุคคลเปราะบาง โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับความยินยอมของบุคคลเปราะบางในการเข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์นั้นได้มีการบัญญัติไว้อย่างชัดเจนทำให้เกิดความเป็นระบบและเป็นมาตรฐานเดียวกันในทุกสถาบัน จึงสามารถคุ้มครองบุคคลเปราะบางในการเข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากความยินยอมนั้นเป็นส่วนสำคัญของการเข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำวิจัยในบุคคลเปราะบางซึ่งเป็นบุคคลที่ขาดความสามารถในการ

ตัดสินใจหรืออาจตัดสินใจได้แต่ไม่เป็นไปโดยอิสระ เช่น เด็กหรือผู้เยาว์ บุคคลไร้ความสามารถ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว นักโทษ เป็นต้น การทำวิจัยในบุคคลเหล่านี้จึงต้องมีมาตรการทางกฎหมายเป็นพิเศษเพื่อคุ้มครองการแสดงเจตนายินยอมดังกล่าวนั้น โดยสมควรจะต้องถูกบัญญัติอย่างชัดเจนเป็นกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติเพราะประเด็นเหล่านี้มีความเกี่ยวพันถึงเรื่องความยินยอมและอาจนำมาซึ่งความรับผิดชอบของผู้วิจัยได้ อีกทั้งมาตรการทางกฎหมายที่นำมาใช้ในการคุ้มครองบุคคลประเภทบางในการเข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์จึงควรจะต้องพิจารณาหลักพื้นฐานของความยินยอมในการทำวิจัยในมนุษย์ทั้ง 3 ประการ ได้แก่ หลักเคารพในบุคคล หลักประโยชน์ต่อบุคคล และหลักความยุติธรรม เป็นสำคัญ โดยสามารถยกตัวอย่างตามประเด็นปัญหาได้ดังนี้

1) กรณีความสามารถในการให้ความยินยอมของบุคคลประเภทบาง กฎหมายจะต้องมีการบัญญัติถึงการได้รับความยินยอมหรือยอมรับในบุคคลประเภทบางไว้อย่างชัดเจน เช่น ในกรณีการวิจัยในบุคคลที่มีอายุ 7 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปนั้นจะต้องมีการตกลงว่าจะเข้าร่วมในการวิจัย

2) กรณีผู้ให้ความยินยอมแทนบุคคลประเภทบาง กฎหมายนั้นจะต้องบัญญัติชัดเจนถึงบุคคลที่สามารถให้ความยินยอมแทนบุคคลประเภทบางไว้ หรือบุคคลที่สามารถให้ความยินยอมแทนเมื่อปรากฏสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลดังกล่าวกลายเป็นผู้ไร้ความสามารถหรือไม่สามารถให้ความยินยอมได้ เช่น การได้รับความยินยอมจากบุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้นั้น แล้วแต่กรณี

3) กรณีข้อยกเว้นในการขอความยินยอม นอกเหนือไปจากกรณีบุคคลที่สามารถให้ความยินยอมแทนแล้ว กฎหมายจะต้องบัญญัติถึงเหตุหรือสถานการณ์ที่ไม่อาจขอความยินยอมได้ทั้งจากตัวบุคคลผู้จะเข้าร่วมในการวิจัย และบุคคลที่อาจให้ความยินยอมแทนด้วย เช่น กรณีที่เกิดเหตุจำเป็นแก่ชีวิตแต่ไม่สามารถติดต่อญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยที่จะต้องเข้ารับการวิจัยนั้นได้เลย โดยอาจยกเว้นการขอความยินยอมและสามารถทำการวิจัยไปได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอม แต่ทั้งนี้หากภายหลังปรากฏว่าผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่สถานะที่จะรับทราบข้อมูลและให้ความยินยอมได้แล้ว ให้ขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยด้วย หรือในกรณีที่มีสถานการณ์บางอย่างที่ไม่มีจำเป็นเร่งด่วนแก่ชีวิต แต่การวิจัยนั้นเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและอาจกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัย เช่น กรณีการวิจัยในเด็กเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก็อาจมีการบัญญัติให้คณะกรรมการจริยธรรมมีอำนาจยกเว้นการขอความยินยอมจากผู้ที่สามารถให้ความยินยอมแทนบุคคลประเภทบางได้

เอกสารอ้างอิง (References)

- จิตติ ดิงศรัทีย. (2515). คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค1 ตอน2. กรุงเทพมหานคร: แสงทองการพิมพ์.
- วิฑูรย์ ตรีสุนทรรัตน์. (2561). กฎหมายการแพทย์ ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวแล้ว (Informed Consent). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติธรรม.
- วิฑูรย์ อังประพันธ์. (2548). การวิจัยทางการแพทย์. ใน การสัมมนาเรื่องปัญหากฎหมายและชีวจริยศาสตร์ในการวิจัยทางการแพทย์. จัดโดย ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ โดยความร่วมมือระหว่างคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร.
- จิตติ ดิงศรัทีย. (2520). ความยินยอมไม่ทำให้เป็นความผิด. วารสารกฎหมาย. ปีที่3. ฉบับที่2.
- สัญญา สุขพนิชนันท์. (2551). เหตุการณ์ที่นำไปสู่หลักการของจริยธรรมการวิจัยในคน. เวชบัณฑิตศิริราช. ฉบับที่ 2. ปีที่ 1.
- อำนาจ บุบผามาศ. (2555). ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวในการวิจัยในมนุษย์. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Andrew Hocking. (2002). The Law of Consent to medical treatment. London: Sweet and Maxwell.
- Appelbaum, et al. (1987). Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice. New York: Oxford University Press.
- Bruce D. Sales and Susan Folkman. (2005). Ethics in Research with Human Participants. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- CIOMS. (2016). International Ethical Guidelines for health-related Research Involving Humans. 4th edition. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences.
- D. Solter, et al. (2003). Embryo Research in Pluralistic Europe. New York: Springer-Verlag.
- Henk Ten Have. (2016). Vulnerability: Challenging Bioethics. New York: Routledge.
- Phil Bielby. (2008). Competence and vulnerability in biomedical research. Berlin: Springer.
- Ruth R. Faden and Tom L. Beauchamp. (1986). A History and Theory of Informed Consent. New York: Oxford University Press.
- Tom L. Beauchamp and James F. Childress. (2009). Principle of Biomedical Ethic. 6th Edition New York: Oxford University Press.
- Bereket Damtew. (2018). Justice in Research: History, Principle and Application (A Literature Review). in Conference Ethics in Conducting Health Systems Research. At Haramaya University. School of Graduate Studies.

Ada C. Rogers, (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, Vol26. Issue1.

Dearbhail Bracken-Roche, et al. (2017). The Concept of ‘Vulnerability’ in Research Ethics: an In-Depth Analysis of Policies and Guidelines. *Health Research Policy and Systems*. Vol15. Issue 8.

Erwin Deutsch. (1999). The Protection of the Person in Medical Research in Germany. *Medicine and Law*. Vol.18. Issue 1.

The impact of service quality and patient satisfaction on electronic word-of-mouth in cosmetic surgery patients in Thailand

Supakorn Komthong* Suthee Usathaporn**
Chardsumon Prutipinyo** Nithat Sirichotiratana**

Abstract

A growing number of cosmetic surgery providers have created a fierce competition in the industry and growing concern in advertisement ethic. Word-of-mouth has been proven to be one of the most effective and more sustainable means to attract new customers. This qualitative study aims to determine the direct and indirect predictors of an electronic version of WOM (eWOM) through service quality and patient satisfaction. The samples were 385 cosmetic surgery patients in Thailand who answered an online questionnaire. A total of 14 outliers were excluded. Direct predictors of eWOM include two service quality dimensions – reliability and physician concern – and patient satisfaction. Indirect predictors of eWOM include responsiveness, reliability, tangible, and staff concern. Physician technical skills and interpersonal skill were the top two dimensions which affect the intensity of eWOM. Reliability was the only dimension which directly affects both patient satisfaction and eWOM.

A recommendation for cosmetic surgery providers is to focus on word-of-mouth as a primary method of marketing by continuously improving the quality of outcome and the quality of the relationship between patients and physicians. Further recommendation for the policymaker is to engage with stakeholders as well as health care providers to overhaul its policy on media advertisement and marketing. In order for Thailand to be a leader in medical tourism, it needs a good advertising and marketing strategy at a country level, but at the same time, without losing the quality and the trust of the patients which would help generate word-of-mouth. Further study is recommended on extrinsic factors that contribute to WOM, such as economic incentives and social benefits.

Keywords: word-of-mouth; patient satisfaction; cosmetic surgery

* Student in M.Sc. (Public Health) Major in Hospital Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand;
e-mail: supakorn.k@naravee.com

** Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Introduction

The demand for cosmetic surgery has been increasing both globally and also in Thailand (Alharethy, 2017; Burke, 2010; Kasikorn Research Center, 2017; KPMG Phoomchai Audit, 2018). With the surge of internet users in Thailand (Hootsuite, 2018; NECTEC), cosmetic surgery clinics and hospitals are shifting their marketing effort toward the online platform. Digital health search has seen the same trend. Patients have changed their behaviour in seeking health information. They go online to find disease information, information on specific symptoms, health insurance, and diet. They also look for health care providers and search for physicians' information (Fox and Fallows, 2003; Tonsaker, Bartlett, & Trpkov, 2014). Cosmetic surgery patients also go online to seek procedures information, compare results from different providers and physicians, and all information that can help them make a decision (Montemurro, Porcnik, Hedén, & Otte, 2015; Wong and Gupta, 2011). With open access to information, cosmetic surgery providers are not only competing within their local market but also competing with international competitors. Increasing supplies lead to more choices for patients. High competition means that patients have more choices and are becoming price-sensitive (Atiyeh, Rubeiz, & Hayek, 2008). In response, many physicians and providers ramp up their effort in their advertisement, raising many ethical challenges. Studies have found many providers in cosmetic surgery make use of false claims, fake information, and downplay the side-effect and post-recovery (Atiyeh et al., 2008; Dorfman, Vaca, Mahmood, Fine, & Schierle, 2017; Liao, Taghinejadi, & Creighton, 2012; Nassab, Navsaria, Myers, & Frame, 2011; Wong, Camp, Camp, & Gupta, 2010). Knowing that information from providers' websites or social media sources may not be trusted, patients choose to seek peer reviews and referrals through online channels.

Referral and word-of-mouth are still the most effective way to do advertisement. One study has proven that health care marketing does perform well with an online advertisement, but advertisement alone will not sustain the growth in patients. The highest potential for growth with the highest return on investment was proven to be through word-of-mouth (Gould and Nazarian, 2017). Although patients understand that word-of-mouth, especially through an electronic platform, may not reflect the most accurate information and can be limited in information, it is the first source of information patients seek when deciding on cosmetic surgery procedures (Domanski and Cavale, 2012). Word-of-mouth has been a topic of study for many years. It has consistently been shown to be one of the most effective methods to convey buyers' decisions in almost all industries (Abubakar and Ilkan, 2016; Leslie Kane, 2017; Nowak and Washburn, 1998; Wheeler, Said, Prucz, Rodrich, & Mathes, 2011).

We, therefore, seek to understand the antecedents of electronic word-of-mouth (eWOM). In this study, we look at how service quality and patient satisfaction affect eWOM. We look at the direct effect of service quality and patient satisfaction on eWOM, as well as the indirect effect of service quality on eWOM through patient satisfaction.

Methodology

The data for this study were collected through an online survey distributed through Facebook groups focusing on cosmetic surgery. The questionnaire was designed to collect data from Thai cosmetic surgery patients and therefore were in the Thai language. The questionnaire was divided into four sections. The first section asked respondents to fill in demographic information, including gender, age, marital status, education level, income, and occupation.

The second section has two components measuring the perceived service quality and patient satisfaction. The questions were adapted from SERVQUAL and VSQ-9 (American Medical Group Association) to suit the culture and importance patients placed in cosmetic surgery services. There was a total of 15 questions measuring 4 dimensions of service quality: responsiveness, tangibles, physician concern, and staff (other than physicians) concern. One question asked respondents to score their overall satisfaction for the service they had received. All 16 items used a five-point Likert scale (1 = strongly disagree; 5 = strongly agree).

The final section of the questionnaire measured patients' intensity of generating eWOM. Five-point Likert scale (1 = strongly disagree; 5 = strongly agree) was also used to measure eWOM intensity.

The questionnaires were published between May 2018 to October 2018. A total of 385 respondents participated and completed the questionnaires. Out of 385 patients who have completed the survey, 14 patients were excluded due to the outlier values. The absolute value of z-scores above 3.00 was considered an outlier. The final sample consisted of 335 females (90.3 percent), 1 male (0.3 percent), and 35 transgenders (9.4 percent). The average age of the respondents was 30 years old, with almost half the age between 21 – 30 years old (49.9%) and 31 – 40 years old (38.5%).

Results

Multiple regression analysis to identify the influencing factors contributing to eWOM intensity in Thai cosmetic surgery patients showed

that the service quality and patient satisfaction have a significant effect on the patients' eWOM intensity ($F(6, 364) = 24.468, p < 0.001$)

Table 1). The result showed the influencing factors of eWOM intensity were reliability ($\beta = 0.22, p < 0.05$), physician concern ($\beta = 0.17, p < 0.05$), and patient satisfaction ($\beta = 0.25, p < 0.001$). The equation with factors directly affecting eWOM intensity is $eWOM = 0.22 \text{ Reliability} + 0.17 \text{ Physician Concern} + 0.25 \text{ Satisfaction}$.

Table 1. Multiple regression analysis predicting electronic word-of-mouth (eWOM) in cosmetic surgery patients in Thailand

Factors	<i>B</i>	<i>sr</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
(Constant)	1.40	0.23		6.21	0.000
Responsiveness	0.01	0.07	0.01	0.21	0.835
Reliability	0.23	0.09	0.22	2.49	0.013
Tangible	-0.04	0.10	-0.04	-0.44	0.657
Physician Concern	0.14	0.05	0.17	2.58	0.010
Staff Concern	0.02	0.08	0.02	0.24	0.813
Satisfaction	0.26	0.06	0.25	4.12	0.000
$R^2 =$	0.287, R^2 adjusted = 0.276			24.468*	

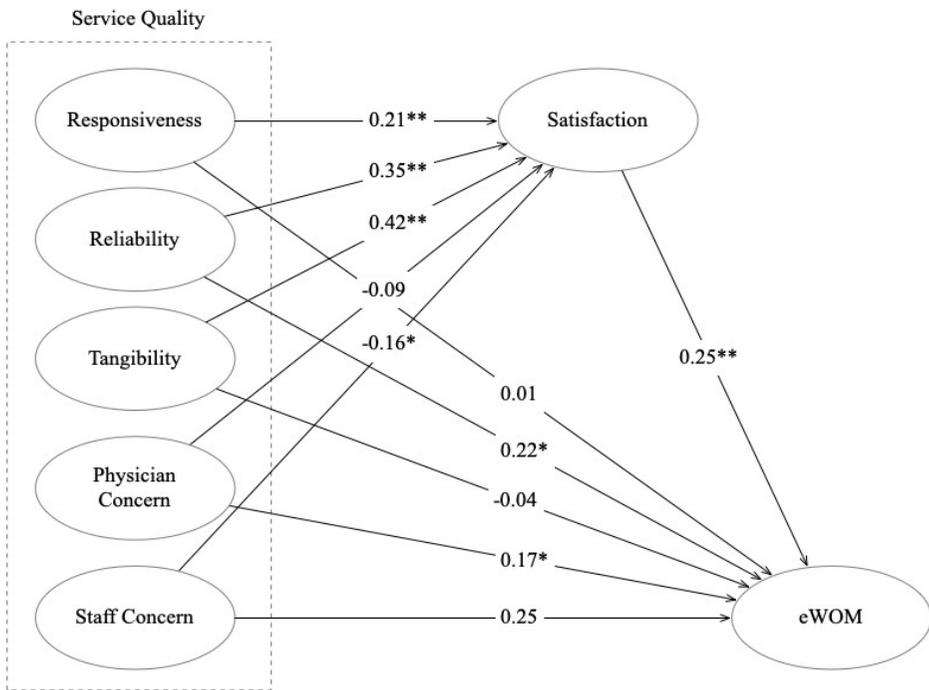
* $p < 0.001$

To assess the indirect effect of service quality through patient satisfaction on eWOM intensity in Thai cosmetic surgery patients, multiple regression was used to assess the effect of service quality on patient satisfaction. The result showed service quality has significant effect on patient satisfaction ($F(5, 365) = 67.239, p < 0.001$) (Table 2). The influencing factors of patient satisfaction were responsiveness ($\beta = 0.21, p < 0.001$), reliability ($\beta = 0.35, p < 0.001$), tangible ($\beta = 0.42, p < 0.001$), and staff concern ($\beta = -0.16, p < 0.05$). The patient satisfaction equation showing direct effect of service quality on patient satisfaction is $Satisfaction = 0.21 \text{ Responsiveness} + 0.35 \text{ Reliability} + 0.42 \text{ Tangible} - 0.16 \text{ Staff Concern}$. The final path diagram representing direct and indirect effect on eWOM intensity is shown in Figure 1. Factoring in the effect of service quality on patient satisfaction, the equation for eWOM intensity factoring both direct and indirect effect is $eWOM = 0.05 \text{ Responsiveness} + 0.31 \text{ Reliability} + 0.17 \text{ Physician Concern} + 0.11 \text{ Tangible} - 0.04 \text{ Staff Concern}$.

Table 2. Multiple regression analysis predicting patient satisfaction in cosmetic surgery patients in Thailand

Factors	<i>B</i>	<i>sr</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
(Constant)	0.50	0.19		2.71	0.007
Responsiveness	0.21	0.05	0.21	3.97	0.000
Reliability	0.36	0.07	0.35	4.83	0.000
Tangible	0.51	0.08	0.42	6.64	0.000
Physician Concern	-0.07	0.04	-0.09	-1.51	0.131
Staff Concern	-0.16	0.06	-0.16	-2.53	0.012

$R^2 = 0.479$, $R^2_{adjusted} = 0.472$, $F = 67.239^*$, $*p < 0.001$



* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

Figure 1. Multiple regression analysis predicting patient satisfaction and electronic word-of-mouth (eWOM) in cosmetic surgery patients in Thailand

Discussion

There have been many studies on the interrelationship between service quality, patient satisfaction, and patients’ willingness to recommend. The

results of previous studies have shown that patient satisfaction leads to recommendations (Haase, Lehnert-Batar, Schupp, Gerling, & Kladny, 2006; Klinkenberg et al., 2011; Zabava Ford, 2003). There have also been studies which explore the effect of service quality on patient satisfaction and patients' willingness to recommend which found that physicians' technical quality is a predictor of recommendation, while functional quality is a predictor of patient satisfaction (Cheng, Yang, & Chiang, 2003; Hall and Press, 1996). In our study, we found two dimensions of service quality (reliability and physician concern) and patient satisfaction to be direct predictors of eWOM. While indirectly, we found four dimensions of service quality (responsiveness, reliability, tangible, and staff concern) to be indirect predictors of eWOM through patient satisfaction.

In our study, we found two dimensions of service quality to have a direct effect on eWOM. Both dimensions were of physicians' concerns. The first dimension was reliability, which looks at surgery outcome and the process of how the service was delivered. The second dimension was physician concern, which looks at the physicians' interpersonal skills. Previous studies have also shown that these two dimensions were determinants of patients' willingness to recommend (Cheng et al., 2003; Fiala, 2012; Hall and Press, 1996). The studies found show variation of results. Hall and Press (1996) studied the effect of service quality on satisfaction and recommendation in ER settings. His study found that patients are more satisfied with physicians who communicate better, but the communication has to also justified or answer the questions patients have in order for them to recommend. Cheng et al. (2003), on the other hand, found that hospitals with physicians whom patients perceived to have a better technical competency were more likely to be recommended regardless of how satisfied they were. Although other dimensions of service quality were not directly influencing eWOM, they are indirectly affecting eWOM through patient satisfaction.

The result of our study has shown that patient satisfaction is also a predictor of eWOM. We found that responsiveness, reliability, tangible and staff concern were four dimensions of service quality that predict patient satisfaction, and therefore indirectly affecting eWOM. Reliability is the only variable that affects eWOM, both directly and indirectly. Physician concern was the only service quality which was not significant, contradicting to the result shown in a study done by Fiala (2012). Fiala found that, apart from recommendation, the physicians' interpersonal quality also affects patient satisfaction. His study shows that physicians' interpersonal quality is more important than technical quality since most patients use interpersonal quality also to assess a physicians' technical quality.

Tangible was found to have the highest weight of influence on patient satisfaction in our study. One study found that patients who were satisfied with the tangible aspect of service quality have higher their willingness to recommend (Haase et al., 2006). His study showed that three top factors contributing to the willingness to recommend include the general atmosphere, the success of rehabilitation, and medical care. The result from Haase et al. (2006) iterates that each cluster of care can have different precursor values of what contributes to satisfaction and word-of-mouth. A study by Klinkenberg et al. (2011) on inpatients' willingness to recommend in 11 categories of care unit also shows some differences among different categories. In his study, tangible was found to be more influencing to a willingness to recommend than other factors in the medical unit. While in most other units, nurses' interpersonal skill was the strongest predictor.

Responsiveness was found to be the third influencing factor in our study. Responsiveness includes wait-time, and responsiveness to inquiries and to support before and after surgery. In prior studies, wait-time was also found to be a predictor of satisfaction (Boudreaux, Ary, Mandry, & McCabe, 2000; Hall and Press, 1996). The study by Hall and Press (1996) also found wait-time to be a predictor of recommendation. In these two studies, the setting of the study was in the emergency department, while the setting of this study was in cosmetic surgery providers. There could be different patients' sentiment on wait-time in these two situations.

Staff concern was the variable with the lowest factor contributing to patient satisfaction in our study. Staff concern in this study includes how the staff clothes, how accessible are the staffs, and how helpful they are for both nurses and other supporting staff. Prior studies have also shown the quality of services provided by nurses and staff to be a predictor of patient satisfaction (Hall and Press, 1996; Klinkenberg et al., 2011). Some studies also showed this variable to be a predictor of a patients' willingness to recommend (Boudreaux et al., 2000; Haase et al., 2006). Although nurses and supporting staff may have the lowest factor in the equation, Hall and Press (1996) suggested that nurses may play the most important role in patient satisfaction. He suggested that nurses are the first group of people to see patients. They are the ones who interact with patients the most, and they act as intermediaries between physicians.

Recommendation

Growing competition in the cosmetic surgery industry has put many providers in a difficult position on the ethic of medical advertisement. The recommendation to cosmetic surgery providers based on the result found in this

study is for them to focus on patients' referrals and word-of-mouth by improving the surgery outcome, quality of time surgeons spent with patients, and patients' overall satisfaction.

Policymakers around the world are scrambling to keep up with the regulation of medical advertisements in cosmetic surgery. With the rapid growth in internet users and social media usage, information is very dynamic and has fast dispersion. In order for Thailand to be able to compete at a global stage as a medical tourism destination and still able to maintain the patient safety through consumption of valid and ethical medical information and advertisements, policymaker should work together with health care providers to overhaul the media and advertisement policy and guideline.

Further studies should be carried out to understand factors contributing to word-of-mouth, which were not covered in this study, such as economic incentives and social benefits of WOM. Incentive programs at a country level could help position Thailand as a medical tourism destination of the region if not in Asia.

References

- Abubakar, A. M., & Ilkan, M. (2016). Impact of online WOM on destination trust and intention to travel: A medical tourism perspective. *Journal of Destination Marketing & Management*, 5(3), pp. 192-201.
- Alharethy, S. E. (2017). Trends and demographic characteristics of Saudi cosmetic surgery patients. *Saudi Med J*, 38(7), pp. 738-741.
- American Medical Group Association. Visit-Specific Satisfaction Instrument (VSQ-9). Retrieved Date from https://www.rand.org/health/surveys_tools/vsq9.html.
- Atiyeh, B. S., Rubeiz, M. T., & Hayek, S. N. (2008). Aesthetic/Cosmetic Surgery and Ethical Challenges. *Aesthetic plastic surgery*, 32(6), p 829.
- Boudreaux, E. D., Ary, R. D., Mandry, C. V., & McCabe, B. (2000). Determinants of patient satisfaction in a large, municipal ED: The role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. *The American Journal of Emergency Medicine*, 18(4), pp. 394-400.
- Burke, J. (2010). Indian students flock to plastic surgery to get ahead. Retrieved Date from <https://www.theguardian.com/world/2010/jul/18/india-students-plastic-surgery>.
- Cheng, S.-H., Yang, M.-C., & Chiang, T.-L. (2003). Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *International journal for quality in health care*, 15(4), pp. 345-355.
- Domanski, M. C., & Cavale, N. (2012). Self-reported "worth it" rating of aesthetic surgery in social media. *Aesthetic plastic surgery*, 36(6), pp. 1292-1295.
- Dorfman, R. G., Vaca, E. E., Mahmood, E., Fine, N. A., & Schierle, C. F. (2017). Plastic Surgery-Related Hashtag Utilization on Instagram: Implications for Education and Marketing. *Aesthet Surg J*, 38(3), pp. 332-338.

- Fiala, T. G. (2012). What do patients want? Technical quality versus functional quality: a literature review for plastic surgeons. *Aesthet Surg J*, 32(6), pp. 751-759.
- Fox, S., & Fallows, D. (2003). Internet health resources. Retrieved Date from <https://www.pewresearch.org/internet/2003/07/16/internet-health-resources/>.
- Gould, D. J., & Nazarian, S. (2017). Social Media Return on Investment: How Much is it Worth to My Practice? *Aesthet Surg J*, 38(5), pp. 565-574.
- Haase, I., Lehnert-Batar, A., Schupp, W., Gerling, J., & Kladny, B. (2006). Factors contributing to patient satisfaction with medical rehabilitation in German hospitals. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29(4), pp. 289-294.
- Hall, M., & Press, I. (1996). Keys to patient satisfaction in the emergency department: Results of a multiple facility study. *Hospital & health services administration*, 41, pp. 515-532.
- Hootsuite. (2018). *Digital in 2018 in Southeast Asia Part 1 - North-West*. <https://www.slideshare.net/wearesocial/digital-in-2018-in-southeast-asia-part-1-northwest-86866386>
- Kasikorn Research Center. (2017). *5 Business Trends in 2017: Opportunities for SME*. <https://www.kasikornbank.com/th/business/sme/KSMEKnowledge/article/KSMEAnalysis/Documents/5BusinessTrendsOf2017.pdf>
- Klinkenberg, W. D., Boslaugh, S., Waterman, B. M., Otani, K., Inguanzo, J. M., Gnida, J. C., & Dunagan, W. C. (2011). Inpatients' willingness to recommend: A multilevel analysis. *Health Care Management Review*, 36(4), pp. 349-358.
- KPMG Phoomchai Audit. (2018). *Medical Tourism: Industry focus*. <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/th/pdf/2018/03/th-medical-tourism-industry-focus-secured.pdf>
- Leslie Kane, M. S. L. (2017). *Medscape Practice Management Report 2017: Strategies, Staff Issues, and Complaints*. Medscape. <https://www.medscape.com/slideshow/2017-practice-management-report-6009086>
- Liao, L.-M., Taghinejadi, N., & Creighton, S. M. (2012). An analysis of the content and clinical implications of online advertisements for female genital cosmetic surgery. *BMJ Open*, 2(6), p e001908.
- Montemurro, P., Porcnik, A., Hedén, P., & Otte, M. (2015). The influence of social media and easily accessible online information on the aesthetic plastic surgery practice: literature review and our own experience. *Aesthetic plastic surgery*, 39(2), pp. 270-277.
- Nassab, R., Navsaria, H., Myers, S., & Frame, J. (2011). Online marketing strategies of plastic surgeons and clinics: a comparative study of the United Kingdom and the United States. *Aesthet Surg J*, 31(5), pp. 566-571.
- NECTEC. Internet Users | Internet Statistic Report in Thailand. Retrieved Date from <http://webstats.nbt.go.th/netnbt/INTERNETUSERS.php>.

- Nowak, L. I., & Washburn, J. H. (1998). Patient sources of information and decision factors in selecting cosmetic surgeons. *Health Marketing Quarterly*, 15(4), pp. 45-54.
- Tonsaker, T., Bartlett, G., & Trpkov, C. (2014). Health information on the Internet: gold mine or minefield? *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 60(5), pp. 407-408.
- Wheeler, C. K., Said, H., Prucz, R., Rodrich, R. J., & Mathes, D. W. (2011). Social Media in Plastic Surgery Practices: Emerging Trends in North America. *Aesthet Surg J*, 31(4), pp. 435-441.
- Wong, W. W., Camp, M. C., Camp, J. S., & Gupta, S. C. (2010). The Quality of Internet Advertising in Aesthetic Surgery: An In-Depth Analysis. *Aesthet Surg J*, 30(5), pp. 735-743.
- Wong, W. W., & Gupta, S. C. (2011). Plastic Surgery Marketing in a Generation of "Tweeting". *Aesthet Surg J*, 31(8), pp. 972-976.
- Zabava Ford, W. S. (2003). Communication Practices of Professional Service Providers: Predicting Customer Satisfaction and Loyalty. *Journal of Applied Communication Research*, 31(3), pp. 189-211.

Thai Indigenous Medicine Law: Protection and Promotion of Indigenous Medicine Wisdom in Community

Kritsana Kotsook*

Abstract

Thai people health in community relies on Thai indigenous medicine. When people in community have sickness, Thai indigenous medicine, which relates to Thai traditions and beliefs, is considered to be self-reliant health care. The remaining Thai indigenous medicine in local communities throughout the country is considered as conservation of Thai traditional medical knowledge to continue existing in Thai society. According to Protection and Promotion of Traditional Thai Medicine Wisdom. Act, B.E. 2542, which is a law to protect and promote Thai traditional medical knowledge, the Department of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine is the main unit of the said mission. Main goals of the department are Protection and promotion of traditional Thai medicine wisdom for self-care and treatment of one's own family, community and nation. The main goals include knowledge apply to primary health care work and public health facilities and also promote research and development of herbal medicines for the national health system which will lead to a stable and sustainable health system. This Act specifies roles and duties in relation to the protection and promotion of traditional Thai medicine and herbal wisdom. Apart from that, administrative and academic responsibility of the Committee on Protection and Promotion of Traditional Thai Medicine Knowledge about Thai traditional medicine, Thai traditional medicine texts, and Thai herbs are included in those specific roles. Folk healer is certified to promote and support the use of Thai indigenous medicine wisdom. Praising good indigenous medicine expert or folk healer will empower and raise potential of the Thai indigenous medical personnel to be accepted and eventually leads to high efficiency and safety health care for people in the community.

Keywords: Thai indigenous medicine, Protection of wisdom, Promoting of wisdom, Protection and Promotion of Traditional Thai Medicine Wisdom. Act, B.E. 2542

*Public Health Specialist, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, E-mail: Kuntongkit@gmail.com

กฎหมายว่าด้วยการแพทย์พื้นบ้านไทย : การคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน

กฤษณะ คตสุข*

บทคัดย่อ

การแพทย์พื้นบ้านไทย เป็นที่พึ่งพาของประชาชนในชุมชนในการดูแลสุขภาพจากแพทย์พื้นบ้านในยามเจ็บป่วย ถือว่าเป็นการดูแลสุขภาพแบบพึ่งพาตนเองของคนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับวิถีประเพณี และความเชื่อของคนไทย ดังนั้นการที่แพทย์พื้นบ้านยังคงปรากฏในชุมชนท้องถิ่นทั่วประเทศ ถือว่าเป็นการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย หรือสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นให้คงอยู่คู่กับสังคมไทย พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 ซึ่งเป็นกฎหมายคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย ซึ่งมีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นหน่วยงานหลักในการปฏิบัติการกิจดังกล่าว โดยมีเป้าหมายหลักคือ การคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย ในการดูแลสุขภาพและบำบัดโรคของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และระดับชาติ การนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน และผสมผสานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ การส่งเสริมและการวิจัยพัฒนายาจากสมุนไพรเพื่อใช้ประโยชน์ในระบบสุขภาพแห่งชาติ อันจะนำไปสู่ระบบสุขภาพที่มั่นคงและยั่งยืน พระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดบทบาท อำนาจหน้าที่ การดำเนินการต่าง ๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร การรับผิดชอบในงานธุรการและวิชาการของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เกี่ยวกับการตำรับยาแผนไทย ตำราการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย การรับรองแพทย์พื้นบ้าน เป็นการส่งเสริมสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย โดยการยกย่องคุณค่าและคุณงามความดีของแพทย์พื้นบ้านที่ดี มีคุณธรรม และเป็นการเสริมพลังใจ และศักยภาพของบุคลากรด้านการแพทย์พื้นบ้านไทยให้เป็นที่ยอมรับ ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้รับบริการและคนในชุมชน

คำสำคัญ : การแพทย์พื้นบ้านไทย, การคุ้มครองภูมิปัญญา, การส่งเสริมภูมิปัญญา, พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, E-mail:

Kuntongkit@gmail.com

บทนำ

การแพทย์พื้นบ้านไทย (Indigenous Medicine หรือ Folk Medicine) “เป็นส่วนหนึ่งของภูมิปัญญาสุขภาพของท้องถิ่นที่ดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชนหรือชาติพันธุ์ โดยองค์ความรู้และวิถีปฏิบัติของการแพทย์พื้นบ้านจะสัมพันธ์กับวัฒนธรรมท้องถิ่น และมีอัตลักษณ์เฉพาะ นอกจากนี้องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน ยังเป็นภูมิปัญญาที่สืบทอดผ่านประสบการณ์ตรงและสะสมเรียนรู้จากการปฏิบัติ ภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมเฉพาะ” (เสาวณีย์ กุลสมบูรณ์, 2558) และมีความหมายในทางวิชาชีพว่า “เป็นการตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้ซึ่งสืบทอดกันมาในชุมชนท้องถิ่น ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย” (พรบ.วิชาชีพการแพทย์แผนไทย, 2556) นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการเช่น ดารณี อ่อนชมจันทร์ได้กล่าวไว้ว่า “การแพทย์พื้นบ้านไทยเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่เป็นองค์ความรู้ ความคิดและความชำนาญในการดูแลสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ที่ได้สั่งสม ถ่ายทอดและพัฒนาสืบทอดกันมาในท้องถิ่น และเป็นองค์ความรู้และเทคโนโลยี ที่มีแพทย์พื้นบ้านเป็นผู้ปฏิบัติการและทำงานเชื่อมโยงกับระบบนิเวศน์ เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมเฉพาะ ภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรมและระบบนิเวศน์ ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นการผสมผสานการเรียนรู้ขององค์ความรู้ที่หลากหลาย ไม่ยึดติดอยู่กับความรู้ชนิดใดชนิดหนึ่งอย่างเดียว เป็นความรู้ที่ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ (Situating Knowledge) การสะสมบทเรียน กระบวนการเรียนรู้ วิธีการในการดูแลสุขภาพเชื่อมโยงกับบริบทเฉพาะท้องถิ่น และถูกหล่อหลอมและพัฒนาเป็นวัฒนธรรมสุขภาพของแต่ละท้องถิ่นที่มีความเป็นอัตลักษณ์เฉพาะตัว (Identity)” (ดารณี อ่อนชมจันทร์, 2552) และจากประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขากการแพทย์แผนไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2547 ได้ให้ความหมายการแพทย์พื้นบ้านไทยว่า “เป็นการดูแลสุขภาพโดยใช้ความรู้ที่สืบทอดกันมาในชุมชนท้องถิ่น ซึ่งมีลักษณะที่สอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม และทรัพยากรของท้องถิ่นนั้น ๆ” ดังนั้นสรุปได้ว่า การแพทย์พื้นบ้านไทย จึงเป็นการสร้างและใช้ภูมิปัญญาด้านสุขภาพในหลายมิติ มีความหลากหลายตามท้องถิ่นและชาติพันธุ์ โดยมีแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน และรักษาโรคให้กับผู้ป่วยในท้องถิ่นนั้น ๆ ภัทรดร สามสูงเนินได้กล่าวถึงแพทย์พื้นบ้านว่า “เป็นบุคคลธรรมดาที่อยู่ในชุมชน อาจเป็นพระภิกษุ เกษตรกร และได้ปรับตัวและเปลี่ยนแปลงตัวเองไปตามยุคสมัย และยังคงเป็นที่พึ่งของคนในชุมชน นอกจากนั้นยังได้กล่าวถึงคุณลักษณะของแพทย์พื้นบ้านที่ดี ได้แก่ 1) เป็นคนดี มีคุณธรรม 2) สามารถดูแลรักษาโรครักษาไข้เจ็บของคนในชุมชนได้ 3) ไม่เอาเปรียบหรือ

หลอกลวง 4) ไม่ทำการรักษาในเชิงพาณิชย์และกำไรเกินควร 5) มีจิตใจดี อภัยช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ 6) มีความเคารพและกตัญญูต่อครูบาอาจารย์ผู้สั่งสอน 7) ดำเนินการรักษาผู้ป่วยที่บ้านของแพทย์พื้นบ้าน 8) ไม่เร่ขายยาไปตามสถานที่ต่าง ๆ 9) เป็นที่ยอมรับนับถือของคนในชุมชน (ภราดร สามสูงเนิน, 2556) และกองทุนคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทยได้ให้คำนิยามและบทบาทของแพทย์พื้นบ้านไว้ ดังนี้ แพทย์พื้นบ้านเป็นบุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามวัฒนธรรมของชุมชนที่สืบทอดกันมานานไม่น้อยกว่าสิบปี เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน และได้รับหนังสือรับรองตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรับรองแพทย์พื้นบ้าน พ.ศ. 2562 และเป็นบุคคลที่ใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยในการดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งจะเป็นการคุ้มครองและส่งเสริม ให้องค์ความรู้ภูมิปัญญาของแพทย์พื้นบ้านเหล่านั้นคงอยู่คู่ชุมชนต่อไปในอนาคต

สำหรับการแพทย์พื้นบ้านนั้นมีอยู่ในต่างประเทศ และเป็นที่น่าสนใจของประชาคมโลกว่าเป็นการแพทย์ดั้งเดิมซึ่งได้แปลความหมายจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ที่ได้ให้ความหมายไว้ว่า “เป็นองค์รวมของความรู้ ทักษะ และเวชปฏิบัติต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการป้องกัน การวินิจฉัย การบรรเทา และการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ”(WHO) ยกตัวอย่างเช่น ประเทศจีนมีการแพทย์แผนโบราณของจีน (Traditional Chinese medicine : TCM) ซึ่งเป็นการแพทย์แผนโบราณของชาวอื่น มีการวินิจฉัย การรักษาด้วยการฝังเข็ม การใช้ยาสมุนไพร การนวดทุยนา ชีกง และอาหารที่เป็นยา ในการดูแลสุขภาพของประชาชนชาวจีนมาอย่างยาวนานมากกว่า 5,000 ปี (<https://www.hfocus.org/content/2018/04/15746>) ประเทศอินเดียมีการแพทย์อายุรเวท เป็นการแพทย์แผนโบราณของอินเดียที่มีมานานกว่า 5,000 ปี ซึ่งมีความเชื่อที่ว่าสุขภาพจะได้รับอิทธิพลจากการใช้สมุนไพรแบบดั้งเดิม จะเน้นการใช้ยาและการรักษาจากพืช ซึ่งมีพื้นฐานมาจากศาสนาฮินดู ซึ่งเป็นแหล่งองค์ความรู้วิชาการ ศาสนา และปรัชญา โดยเชื่อว่าสุขภาพที่ดีคือการปราศจากความเจ็บป่วย และมีชีวิตอย่างสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณซึ่งเป็นความเชื่อด้านสุขภาพที่ชาวอินเดียโบราณยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมา สรุปได้ว่าในต่างประเทศ จะเน้นการรักษาโดยวิธีการใช้ยาสมุนไพรและการนวด การฝังเข็มในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งมีบางส่วนจะใช้เรื่องพิธีกรรมและความเชื่อในการดูแลสุขภาพในประเทศนั้น ๆ

สำหรับในประเทศไทย การแพทย์พื้นบ้านในแต่ละภาคนั้นจะมีองค์ความรู้ ภูมิปัญญา ในการดูแลรักษาคนในชุมชนแตกต่างกันไปตามบริบทและวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดารณี อ่อนชมจันทร์ ที่ได้กล่าวถึงการแพทย์พื้นบ้านในภูมิภาคต่าง ๆ เช่น การแพทย์พื้นบ้านอีสาน มีความเชื่อเรื่องกรรมตามหลักพุทธศาสนา ความเชื่อเรื่องผี และความเชื่อเรื่องเคราะห์กรรม ส่วนการแพทย์พื้นบ้านภาคกลางจะมีความเชื่อแนวคิดเกี่ยวกับผีและอำนาจเหนือธรรมชาติลดลง เนื่องจากอยู่ใกล้กับศูนย์กลางการพัฒนาของประเทศ แต่มีองค์ความรู้และตัวจากวัฒนธรรมอื่น นำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาโรค เช่นเดียวกันกับการแพทย์พื้นบ้านภาคใต้จะมีความเชื่อเรื่องเหนือธรรมชาติน้อยกว่าพื้นที่อื่น ๆ รวมทั้งวัฒนธรรมและการนับถือศาสนาอิสลาม” (ดารณี อ่อนชมจันทร์, 2546) ส่วนภาคเหนือนั้นยิ่งยง เทาประเสริฐ ได้ให้ความหมายว่า การแพทย์พื้นบ้านล้านนา โดยถือว่า “เป็นศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านที่เป็นระบบของตนเอง เชื่อมโยงสัมพันธ์กับวิถีชีวิต จิตวิญญาณ มิได้แปลกแยกออกจากธรรมชาติและสิ่งเหนือธรรมชาติ โดยแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการกินการอยู่ 2) พิธีกรรมบำบัด การวินิจฉัย ทำนายทายทัก 3) กายบำบัด เช่น การนวด 4) สมุนไพรบำบัด ซึ่งใช้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย และจิตใจของคนในท้องถิ่น” (ยิ่งยง เทาประเสริฐ, 2546) โดยสรุปแล้วจะเห็นว่า การแพทย์พื้นบ้านไทยในแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกันตามความเชื่อ ความศรัทธา บริบทและทรัพยากรในท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์ความรู้ภูมิปัญญาที่นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนท้องถิ่นนั้น ๆ

1. คำนิยาม

การแพทย์พื้นบ้านไทย หมายถึง การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้ซึ่งสืบทอดกันมาในชุมชนท้องถิ่น ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย (พรบ.วิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556)

กฎหมาย หมายถึง กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542

การคุ้มครองภูมิปัญญา หมายถึง การคุ้มครองสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย ตำรับยาหรือตำรายาการแพทย์แผนไทยของชาติ ตำรับยาหรือตำรายาการแพทย์แผนไทยทั่วไป และตำรับยาหรือตำรายาการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล รวมทั้งสมุนไพรและถิ่นกำเนิดสมุนไพร (พรบ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542)

การส่งเสริมภูมิปัญญา หมายถึง การส่งเสริมการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยและสมุนไพรไทย รวมถึงการสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย (พรบ. คุ่มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542)

2. กฎหมายว่าด้วยการแพทย์พื้นบ้านไทย

2.1 พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 เป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย ซึ่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยกองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย ได้ดำเนินการศึกษาและพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยและสมุนไพร การสร้างเสริมสุขภาพประชาชน การถ่ายทอดองค์ความรู้ด้วยศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านไทย การส่งเสริมและสนับสนุนการให้บริการของแพทย์พื้นบ้าน โดยได้ดำเนินการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย ดังนี้

ก. การคุ้มครองภูมิปัญญา เป็นการคุ้มครองสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย เกี่ยวกับตำรับยาแผนไทยและตำราการแพทย์แผนไทย ซึ่งมี 3 ประเภทคือ 1) ตำรับยาหรือตำรายาการแพทย์แผนไทยของชาติ 2) ตำรับยาหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป 3) ตำรับยาหรือตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล โดยมีคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 5 ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ กรรมการโดยตำแหน่ง จำนวน 10 ท่าน และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิอีกจำนวน 10 ท่าน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งโดยเลือกจากกลุ่มผู้ประกอบการโรคศิลปะ และกลุ่มผู้มีความรู้ ความสามารถหรือมีประสบการณ์ทางด้านการศึกษาแผนไทย การผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทยและการปลูกหรือแปรรูปสมุนไพร ซึ่งหลักเกณฑ์และวิธีการในการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเป็นไปตามกระทรวงว่าด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ พ.ศ. 2546 โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นผู้รับผิดชอบงานธุรการและงานวิชาการของคณะกรรมการดังกล่าว โดยมีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 6 ในการเป็นที่ปรึกษาทางด้านวิชาการและด้านบริหารจัดการ

การคุ้มครองสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยนั้น มี 2 วิธีด้วยกันคือ 1) การจดทะเบียน ตำรับยาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล จะได้รับความคุ้มครองเมื่อมีการนำมาจากทะเบียนตามพระราชบัญญัติ มาตรา 19 และ 20 โดยมีหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการขอจดทะเบียนสิทธินั้นให้เป็นไปตามกฎกระทรวง 2) โดยผลของกฎหมาย ตำรับยาหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ และตำรับยาหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป การ

คุ้มครองตำรับยาหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ กำหนดให้เป็นอำนาจของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการประกาศกำหนดให้เป็นของชาติ สำหรับการคุ้มครองตำรับยาหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป กำหนดให้เป็นอำนาจของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการประกาศกำหนด การคุ้มครองสมุนไพร ให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ประกาศกำหนด ประเภท ลักษณะ ชนิด และชื่อสมุนไพร ที่มีค่าต่อการศึกษาหรือวิจัย หรือมีความสำคัญทางเศรษฐกิจหรืออาจจะสูญพันธุ์ ให้เป็นสมุนไพรควบคุม รวมทั้งกำหนด หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขต่าง ๆ ตามกฎหมายกำหนด การจัดทำแผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพร และการกำหนดเขตพื้นที่คุ้มครองสมุนไพร

นอกจากนี้ เจ้าของหรือผู้ครอบครองที่ดินที่เป็นถิ่นกำเนิดของสมุนไพรหรือที่ดินที่จะใช้ปลูกสมุนไพร ยังสามารถขอรับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนได้ สำหรับผู้ที่ได้รับการจดทะเบียนสิทธิในตำรับยาหรือตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล มีสิทธิที่จะผลิตยาและสิทธิในการใช้ศึกษาวิจัย จำหน่าย ปรับปรุงหรือพัฒนาตำรับยาหรือภูมิปัญญาในตำราการแพทย์แผนไทยที่ได้จดทะเบียนไว้แต่เพียงผู้เดียว โดยไม่ครอบคลุมถึงการกระทำ ได้แก่ 1) การกระทำใด ๆ เพื่อประโยชน์ในการศึกษา ค้นคว้า ทดลอง หรือวิจัยตามระเบียบรัฐมนตรีกำหนด 2) การเตรียมยาเฉพาะรายตามใบสั่งแพทย์ โดยผู้ประกอบโรคศิลปะแผนไทย 3) การผลิตยาเพื่อเลี้ยงชีพแบบพื้นบ้าน หรือโดยสถานพยาบาลของรัฐ ส่วนราชการหรือหน่วยงานของรัฐ เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ หรือการใช้ตำราการแพทย์แผนไทยเพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด มาตรา 34 วรรค 2

ข. การส่งเสริมภูมิปัญญา เป็นการส่งเสริมการใช้ประโยชน์ และการสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยที่คงอยู่มาจนถึงทุกวันนี้ มีปัจจัยมาจากการที่บุคคลหรือปัจเจกชนได้สั่งสม เรียนรู้ และถ่ายทอดไปสู่ลูกหลานและบุคคลอื่น รุ่นต่อรุ่น และการที่ชุมชนมีการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร ดูแลรักษาดินกำเนิดสมุนไพร และการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์พื้นบ้านในชุมชน เกิดการประยุกต์ใช้และบูรณาการเป็นองค์ความรู้ ภูมิปัญญาของแพทย์พื้นบ้าน ต่อมาได้มีการร่วมกลุ่ม เป็นเครือข่าย สมาคม องค์กร และรัฐได้เข้ามาส่งเสริม และสนับสนุนอย่างจริงจัง โดยมีการคุ้มครองและส่งเสริมกลุ่มบุคคล ดังนี้ 1) ปัจเจกบุคคล ซึ่งเป็นบุคคลผู้คิดค้นปรับปรุงหรือพัฒนา หรือผู้ที่สืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ตำรับยาหรือตำราการแพทย์แผนไทย ที่ได้นำมาจดทะเบียนสิทธิ โดยให้ความสำคัญกับแพทย์พื้นบ้านในชุมชน ผู้ที่สืบทอดองค์ความรู้ภูมิปัญญา 2) กลุ่มบุคคลที่เป็นชุมชน ซึ่งมีการตั้งถิ่นฐานอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม

หมู่บ้าน ตำบล และรวมถึงการรวมกลุ่มของบุคคลที่อาศัยและตั้งถิ่นฐานตามภูมิภาค ระบบนิเวศน์หรือชนชาติที่กฎหมายยังไม่รับรอง ซึ่งกฎหมายฉบับนี้ ให้ความสำคัญกับชุมชน ที่มีการรวมตัวและมีการใช้องค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะตำรับยาหรือตำราการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ชุมชน 3) กลุ่มบุคคลที่เป็นองค์กร ที่เกิดจากการรวมกลุ่มของบุคคลตามกฎหมายเอกชนในรูปของนิติบุคคล หรือไม่มีฐานะเป็นนิติบุคคลแต่ได้มีการขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายนี้ โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ องค์กรเอกชนที่แสวงหาผลกำไร และองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญา โดยกฎหมายให้ความสำคัญในการส่งเสริมองค์การเอกชนได้มีบทบาทในการส่งเสริมและพัฒนาการคุ้มครองและอนุรักษ์ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยและสมุนไพรไทย

ตาราง 1 : หลักเกณฑ์การพิจารณาการรับรองเป็นแพทย์พื้นบ้าน

หลักเกณฑ์การพิจารณา	คำอธิบาย
1. ลักษณะ ประเภท หรือกรรมวิธีของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	ตามประกาศกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2. ความรู้ความสามารถ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามวัฒนธรรมของชุมชนที่สืบทอดกันมา	1. มีองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจวินิจฉัย รักษา พื้นฟู ตามหลักการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิม โดยมีการสืบทอดความรู้จากบรรพบุรุษหรือองค์ความรู้จากท้องถิ่น ตามวิถีวัฒนธรรมชุมชน หรือแบบอ้อยาคัย - รู้จักโรค - รู้จักยา - รู้วิธีการบำบัดรักษาโรค - รู้จักการดูแลสุขภาพและให้คำแนะนำ 2. มีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจวินิจฉัย รักษา พื้นฟู ตามหลักการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิม ไม่น้อยกว่า 10 ปี
3. การไม่เรียกร้องค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพ หรือประโยชน์อย่างอื่นที่ไม่สอดคล้องกับการสืบทอดวัฒนธรรมของชุมชน	1. ไม่เรียกร้องค่ารักษามากเกินไป 2. ไม่ดำเนินการเชิงธุรกิจ หรือเชิงพาณิชย์ 3. ไม่มีการโฆษณา โอ้อวด กล่าวอ้างเกินจริง
4. การเป็นที่รู้จักและยอมรับจากคนในชุมชน	1. คนในชุมชนรู้จักในบทบาทของแพทย์พื้นบ้าน 2. มีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้ (ครูภูมิปัญญา,

หลักเกณฑ์การพิจารณา	คำอธิบาย
	วิทยากร, งานพัฒนาด้านภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน 3. ให้การดูแล รักษาสุขภาพในชุมชน ณ ที่ตั้ง (ไม่เร่ขายยา) 4. ได้รับการยกย่องเชิดชูเกียรติจากชุมชนหรือองค์กร
5. คุณธรรม และจรรยาบรรณ	1. มีเมตตา ช่วยเหลือเกื้อกูล 2. มีการถ่ายทอดความรู้ด้วยความเมตตาให้แก่บุตร ลูกศิษย์ ผู้ป่วย ฯลฯ โดยไม่เรียกร้องค่าเล่าเรียน
6. องค์ประกอบอื่นที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตตามวัฒนธรรมของชุมชน	1. ไม่ได้ดำเนินการในรูปแบบสถานพยาบาล 2. มีทะเบียนการรักษา ประวัติการรักษา และผลการรักษาผู้ป่วยหรือการใช้ความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพประชาชน

ที่มา : กองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย

2.2 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองแพทย์พื้นบ้าน พ.ศ. 2562 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นการรับรองแพทย์พื้นบ้าน ภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 มาตรา 31 (7) โดยกำหนดให้หน่วยงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นผู้รับรอง ทั้งนี้ ตามบทเฉพาะกาลข้อ 47 ของระเบียบดังกล่าว ระบุให้แพทย์พื้นบ้านที่ได้รับการรับรอง ตามระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยการออกหนังสือรับรองแพทย์พื้นบ้าน พ.ศ. 2554 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ให้เป็นแพทย์พื้นบ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองแพทย์พื้นบ้าน พ.ศ. 2562 โดยผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อให้เป็นแพทย์พื้นบ้านต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุไม่น้อยกว่า 35 ปีบริบูรณ์ 2) มีภูมิลำเนาในพื้นที่ ที่ได้รับการเสนอชื่อเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี 3) มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพตามวัฒนธรรมชุมชน ไม่น้อยกว่า 10 ปี 4) ไม่เป็นคนวิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน 5) ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่คณะกรรมการแพทย์พื้นบ้านเห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติของแพทย์พื้นบ้าน 6) ไม่เป็นคนประพฤติเสื่อมเสีย ที่คณะกรรมการแพทย์พื้นบ้านเห็นว่าจะนำมา ซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ของแพทย์พื้นบ้าน สำหรับเกณฑ์การพิจารณาการรับรองนั้น มีทั้งหมด 6 ข้อ ตาม

2.3 พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นบทบาหน้าที่ของสำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในการส่งเสริมและสนับสนุนการรับรองของแพทย์พื้นบ้าน โดยมีการบันทึกข้อมูลแพทย์พื้นบ้านทั่วประเทศที่ขึ้นทะเบียนต่อสำนักนายทะเบียนกลาง กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และดำเนินการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัตินี้ ตามมาตรา 33 (1) (ค) สาขาการแพทย์แผนไทย

2.4 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ตามมาตรา 8(18) การสนับสนุนและประสานงานกับองค์กรส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามความพร้อม ความต้องการและเหมาะสมโดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลในพื้นที่ในรูปแบบกองทุนสุขภาพตำบล ในการขอสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานการแพทย์พื้นบ้านไทยในชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชน

2.5 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ หมวด 7 ว่าด้วยการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การสนับสนุนการแพทย์พื้นบ้านไทย ซึ่งระบุในข้อ 64 ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องดำเนินการพัฒนามาตรการทางด้านกฎหมายและมาตรการด้านอื่น ๆ เพื่อรับรองสถานภาพของแพทย์พื้นบ้านในชุมชน

2.6 ระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยการออกหนังสือรับรองแพทย์พื้นบ้าน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ในมาตรา 32 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการออกระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยการออกหนังสือรับรองแพทย์พื้นบ้านขึ้น เพื่อดำเนินการยกย่องเชิดชูเกียรติแพทย์พื้นบ้านที่ดี มีคุณธรรม และยังให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจนเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.7 พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย รวมทั้งการกำหนด ควบคุม กำกับ และดูแลมาตรฐาน จริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ให้เป็นไปตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ โดยมีสภา

การแพทย์แผนไทยเป็นผู้กำกับดูแลและควบคุมการประกอบวิชาชีพ รวมถึงการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งเป็นบทบาทที่แยกออกจากคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะและคณะกรรมการวิชาชีพสาขากการแพทย์แผนไทยและสาขากการแพทย์แผนไทยประยุกต์ พบว่า แพทย์พื้นบ้านที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 มาตรา 33 (1) (ค) ให้ถือว่า แพทย์พื้นบ้านผู้นั้นเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทยตามมาตรา 58 และถือว่าบุคคลผู้นั้นได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2556 นอกจากนั้น ในมาตรา 31 (7) ซึ่งยกเว้นให้แพทย์พื้นบ้าน สามารถใช้ความรู้ความสามารถ ในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านตามวัฒนธรรมของชุมชนที่สืบทอดกันมา เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี และต้องได้รับการรับรองจากหน่วยงานที่กำหนดตามพระราชบัญญัตินี้

บทสรุป

การแพทย์พื้นบ้านไทย เป็นระบบการแพทย์รูปแบบหนึ่งที่ยังคงอยู่ และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน มีความเฉพาะและแตกต่างหลากหลายตามลักษณะสังคม วัฒนธรรม และระบบนิเวศน์ของแต่ละท้องถิ่นชุมชน โดยมีแพทย์พื้นบ้านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ และรักษาโรคให้กับผู้ป่วยในท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งมีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ สำหรับการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยนั้นจะใช้อำนาจของกฎหมายหลักในการดำเนินการคือพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 นอกจากนั้นยังมีกฎหมายและระเบียบอื่นที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าว ได้แก่พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542, ระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยการออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555, พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556, ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. 2562 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562, พระราชบัญญัติ

สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ตามที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น

การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย เป็นการคุ้มครองสูตรตำรับยาแผนไทย และตำราการแพทย์แผนไทย โดยการประกาศเป็นตำรับยาหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ ที่ควรค่าแก่การอนุรักษ์ เก็บรักษาไว้ เพื่อให้ประชาชนในชาติได้นำไปใช้ประโยชน์หรือนำไปปรับปรุง พัฒนาต่อยอดเป็นภูมิปัญญาใหม่ และเพื่อเป็นการสืบทอดภูมิปัญญาของชาติไม่ให้สูญหาย การประกาศคุ้มครองตำรับยาหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป เพื่อให้มีการคุ้มครองการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาดั้งเดิม และการคุ้มครองตำรับยาและตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล เพื่อให้มีการสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยของบรรพบุรุษ โดยการจดทะเบียนขอรับความคุ้มครองสิทธิในภูมิปัญญาส่วนบุคคล ทั้งแบบบุคคลเดียว แบบหลายคนร่วมกัน และหลายคนไม่ร่วมกัน รวมทั้งการคุ้มครองสมุนไพร ได้แก่ พืช สัตว์ จุลชีพ และแร่ธาตุ ซึ่งเป็นทรัพยากรธรรมชาติที่สำคัญ และเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชุมชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่แพทย์พื้นบ้านนำมาใช้ประโยชน์ในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะอยู่ในรูปอาหาร ยา หรือสิ่งอื่น ๆ โดยให้รัฐมนตรีตามคำแนะนำของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย มีอำนาจประกาศในราชกิจจานุเบกษา กำหนดประเภท ลักษณะ ชนิด และชื่อของสมุนไพรที่มีคุณค่าในการศึกษาวิจัย มีความสำคัญทางเศรษฐกิจ หรือใกล้จะสูญพันธุ์ ให้เป็นสมุนไพรควบคุม และให้ความสำคัญในการคุ้มครองระบบนิเวศน์ที่เป็นถิ่นกำเนิดของสมุนไพรดังกล่าวด้วย

การส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย เป็นการส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยให้เกิดการใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยให้สิทธิแก่เจ้าของ และยังให้คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กำหนดมาตรการการเสริมสร้างความมั่นคงและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ในส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ ชุมชน และองค์กรเอกชน ที่ดำเนินงานในการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เพื่อให้มีการส่งเสริมการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาของผู้มีสิทธิ ได้แก่ สิทธิในการผลิตยา และสิทธิในการศึกษาวิจัย จำหน่าย ปรับปรุงหรือพัฒนาตำรับยาหรือภูมิปัญญาในตำราการแพทย์แผนไทยที่จดทะเบียนไว้ และมีการสนับสนุนให้เอกชนมีส่วนร่วมในการคุ้มครอง ส่งเสริม และพัฒนาสมุนไพร โดยกำหนดให้เจ้าของหรือผู้ครอบครองที่ดินที่เป็นถิ่นกำเนิดสมุนไพรหรือที่ดินที่จะใช้ปลูกสมุนไพร มีสิทธินำที่ดินนั้นไปขอขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือหรือขอรับการสนับสนุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดไว้

การรับรองแพทย์พื้นบ้าน เป็นการยกย่องคุณค่าและคุณงามความดีของแพทย์พื้นบ้านที่ดี มีคุณธรรม และเป็นที่ยอมรับนับถือของคนในชุมชน ซึ่งคู่ควรได้รับการยกย่องเชิดชูเกียรติ ด้วยการออกหนังสือรับรอง ซึ่งเป็นการส่งเสริมสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยของคนในชุมชน ผ่านการให้การดูแลรักษาของแพทย์พื้นบ้านซึ่งเป็นผู้ใช้องค์ความรู้ภูมิปัญญาดังกล่าว ในการดูแลสุขภาพของประชาชนตามวิถีวัฒนธรรมของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย. (2562). **คู่มือประกอบกรรับรองหมอพื้นบ้าน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. 2562**. กรุงเทพฯ: กองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ดารณี อ่อนชมจันทร์. (2546). **การแพทย์พื้นบ้านไทยภูมิปัญญาของแผ่นดิน**. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ดารณี อ่อนชมจันทร์ และเสาวณีย์ กุลสมบุรณ์. (2552). **การนวดพื้นบ้านไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: กองการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ภราดร สามสูงเนิน และวราภรณ์ ภูจินดา. (2556). **คู่มือประกอบระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. ย่างยง เทาประเสริฐ. (2546). **วิธีการดูแลรักษาสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา**. วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้าน สถาบันราชภัฏเชียงราย ชุดโครงการวิจัยองค์ความรู้หมอเมือง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.ภาค).
- ยงศักดิ์ ตันติปิฎก ธเนตร บัวแย้ม และรวงทิพย์ ตันติปิฎก. (2561). **ตำราพื้นฐานวิชาชีพการแพทย์แผนไทย เล่ม 2 จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมาย**. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานวิชาการเภสัชกรรมแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักกฎหมายและจริยธรรม กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: พุ่มทอง
- เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ กฤษณะ คตสุข และกมลทิพย์ สุวรรณเดช. (2558). **การจัดการความรู้การแพทย์พื้นบ้าน : บทเรียนหนึ่งทศวรรษการฟื้นฟูภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพชุมชน**. กรุงเทพฯ: กองการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

อายุรเวท. (2562). [ออนไลน์].

แหล่งที่มา :<https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%A7%E0%B8%97>.

[16 มกราคม 2563]

WHO. The WHO Traditional, Complementary and Integrative Medicine. (2000). [Online].

Available from:

<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/> [2020, January 15]

Traditional Chinese medicine.(2018). [Online]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2018/04/15746> [2020, January 15]

Migrant workers' right on health care in Bangkok healthcare services

Piyanan Ruankham*

Abstract

This article focus on migrant workers' right on health care and healthcare services in Bangkok. When epidemic diseases occur among migrants, it is difficult to control the situation due to their unknown address and miscommunication between them and healthcare professionals. These problems have effect on public health care, tourism and economic in Bangkok. Accessing health care, receiving health care promotion and diseases prevention and control are necessary standard for Thai and migrant workers in Bangkok. Therefore, educating migrant workers awareness on their health care right and understanding their health security and accessing health care setting near them. Guiding migrant workers about their right before coming to work, so that they have knowledge on health care and eliminate problems from limited knowledge on health care and unable access to health care services in Bangkok.

Keywords: migrant workers/ health care right/ heal care service

* Public Health Technical Officer, practical level, Public Health Service Center 42 Meksuwan, Department of Health Bangkok, email: joy_piyanan@hotmail.com

สิทธิการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว ในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร

ปิยนันท์ เรือนคำ*

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายถึงสิทธิการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวและสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร เนื่องจากสถานการณ์และปัญหาการใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานครของแรงงานต่างด้าว ทั้งปัญหาการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างด้าวหรือการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวเมื่อเกิดการระบาดของโรคขึ้นในกลุ่มแรงงานต่างด้าว การเข้าถึงและการสื่อสารเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคดำเนินการได้ยากเนื่องจากแรงงานต่างด้าวบางกลุ่มมีที่อยู่อาศัยไม่ชัดเจน และไม่เข้าใจในสิ่งที่บุคลากรทางสาธารณสุขได้สื่อสารไป ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข การท่องเที่ยว และเศรษฐกิจของกรุงเทพมหานคร เพราะการเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานของประชากรและแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาในกรุงเทพมหานคร จึงควรมีมาตรการสร้างความตระหนัก และความเข้าใจในสิทธิประกันสุขภาพ สิทธิประกันสังคมของตนเอง และสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านของแรงงานต่างด้าวในเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้แรงงานต่างด้าวมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าทำงานและมีความรู้ในด้านสุขภาพ สามารถเลือกเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานครได้เพื่อลดปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการขาดความรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงสถานบริการทางด้านสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร

คำสำคัญ: แรงงานต่างด้าว/สิทธิการรักษาพยาบาล/สถานบริการสาธารณสุข

* นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 42 สาขาเมฆสุวรรณ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร email address: joy_piyanan@hotmail.com

บทนำ

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) กล่าวถึงสิทธิมนุษยชน ไว้ข้อหนึ่งว่า ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการดำรงชีวิตอยู่อย่างเพียงพอ สำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองและครอบครัวรวมถึงอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและการดูแลสุขภาพทางการแพทย์และบริการทางสังคมที่จำเป็นและมีสิทธิประกันการว่างงาน การเจ็บป่วยความพิการการเป็นหม้าย, วัยชราหรือปราศจากการดำรงชีวิตอื่น ๆ ในสถานการณ์นอกเหนือการควบคุมของตนเอง (United Nations, 1948)

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) ถือเป็นเอกสารสำคัญในการกำหนดกรอบมาตรฐานสำหรับการออกแบบระบบการให้ความคุ้มครองด้านสิทธิมนุษยชนในปัจจุบัน และแม้ตัวปฏิญญาสากลฯ จะเป็นรูปแบบของเอกสารทางกฎหมาย ที่มีได้มีผลผูกพันทางกฎหมายแต่ก็ถือเป็นจารีตประเพณีระหว่างประเทศที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่ามีสถานะเสมือนเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่รัฐต้องปฏิบัติโดยไม่มีข้อยกเว้น (กระทรวงยุติธรรม, 2562)

กลุ่มผู้ใช้แรงงานที่เป็นบุคคลต่างด้าวที่เข้ามาทำงานอย่างถูกและไม่ถูกกฎหมาย ยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ มีโรงพยาบาลหลายแห่งที่ไม่ต้องการขายบัตรประกันสุขภาพให้แรงงานต่างด้าว แม้ว่าแรงงานต่างด้าวนั้นจะเข้ามาทำงานอย่างถูกกฎหมาย เนื่องจากราคาของบัตรไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวที่ได้ซื้อบัตร ทั้งนี้ แนวทางการปฏิบัติต่อแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาเมืองอย่างผิดกฎหมายเป็นเรื่องละเอียดอ่อนในเชิงสิทธิมนุษยชน เนื่องจากในทางหนึ่งนั้น สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิที่มนุษย์ทุกคนพึงมีพึงได้มีมาแต่กำเนิด และย่อมไม่สามารถถูกกลืนไปได้ ไม่ว่าสถานะของบุคคลนั้นจะเป็นผู้เข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายหรือไม่ก็ตาม แต่ในอีกทางหนึ่งนั้น การให้สิทธิกับแรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมายเท่าเทียมกับแรงงานต่างด้าวที่ถูกกฎหมายหรือพลเมืองของประเทศทุกเรื่องนั้น ก็ย่อมไม่เป็นธรรมกับผู้ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ประสงค้จะกระทำการให้ถูกต้องตามกฎหมายอยู่แล้วหันกลับมากระทำผิดกฎหมาย (กระทรวงยุติธรรม, 2562)

การขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วและการแข่งขันทางธุรกิจของประเทศไทย ทำให้ต้องการแรงงานจำนวนมาก ทำให้แรงงานต่างด้าวอพยพเข้ามาอย่างต่อเนื่อง ในฐานะที่กรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงของประเทศไทย ซึ่งเป็นศูนย์รวมทั้งในด้านการบริหารและศูนย์รวมของภาคเศรษฐกิจ กรุงเทพมหานครจึงเป็นแหล่งดึงดูดแรงงานจำนวนมากให้โยกย้ายเข้ามาประกอบอาชีพรวมไปถึงแรงงานต่างด้าวด้วยเช่นกัน แรงงานต่างด้าวที่อพยพเข้ามานั้นจะอาศัยอยู่รวมกันเป็นกลุ่มและขยายตัวเป็นชุมชนขนาดใหญ่อยู่กันอย่างแออัดกลายเป็นชุมชนเสื่อมโทรมก่อให้เกิดปัญหาตามมามากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้าน

สาธารณสุข ทั้งปัญหาโรคติดต่อที่พบจากการตรวจสุขภาพของแรงงานต่างด้าว เช่น โรคโควิด โรค โรคซิฟิลิส โรคเท้าช้าง เป็นต้น และปัญหาสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนแรงงานต่างด้าว เช่น ปัญหาห้องน้ำที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ปัญหาน้ำดื่มไม่สะอาด เป็นต้น ทำให้ต้องมีการเฝ้าระวังแรงงานต่างด้าวที่มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อ และปัญหาสุขภาพด้วยการจัดระเบียบแรงงานต่างด้าวและตรวจสุขภาพโดยละเอียด

กรุงเทพมหานครได้รับมติคณะรัฐมนตรี ให้มีการจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา รวมถึงผู้ติดตามที่เป็นบุตรอายุไม่เกิน 18 ปีเมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2559 (กรมการจัดหางาน, 2559) ให้จัดตั้งศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) เพื่อทำประวัติและบัตรประจำตัวแรงงานต่างด้าว รวมทั้งตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครที่กำหนด หรือโรงพยาบาลอื่นที่กำหนด เพื่อป้องกันปัญหาโรคติดต่อที่อาจแพร่มากับแรงงานต่างด้าว ซึ่งการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวนั้นจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรของคนไทยในการควบคุมดูแลและป้องกันโรค ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์อุปกรณ์เวชภัณฑ์ ค่าใช้จ่าย และเวลาในการออกติดตามแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขของคนต่างด้าว

จากสถานการณ์การใช้บริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวจากโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร พบปัญหาการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีบัตรอนุญาตทำงานที่ต้องผ่านการตรวจสุขภาพ รวมถึงกลุ่มผู้ติดตามมีแนวโน้มที่จะไม่ทำบัตร เนื่องจากค่าใช้จ่าย ต่อปีที่สูงและโรงพยาบาลที่ดำเนินการตรวจสุขภาพ และประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีย่านน้อย ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครชั้นใน ขณะที่แรงงานต่างด้าวกระจายอยู่ทั่วกรุงเทพมหานคร ปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างด้าว แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่อยู่ในภาคส่วนการทำงานใช้แรงงาน ระดับล่างที่มีสภาพแวดล้อมการทำงานและการอยู่อาศัยที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ที่เห็นได้ชัดคือการเป็นโรคติดต่อที่พบน้อยลงหรือไม่มีแล้วในประเทศไทย พบแรงงานต่างด้าวที่เป็นโรคต้องห้ามไม่ให้ทำงาน และโรคที่ต้องติดตามรักษาบางโรค และการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวพบว่าแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายไม่มีใบอนุญาตทำงาน รวมถึงกลุ่มคนที่ไม่มีย่านทางทะเบียนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุข เนื่องจากเป็นเรื่องสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข และการที่ผู้ป่วยไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาล ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระโดยใช้เงินกองทุนสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล หรือบริหารจัดการร่วมกับ องค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งสาเหตุของปัญหาเกิดจากแรงงานต่างด้าวไม่ได้ขึ้นทะเบียนและเข้าระบบประกันสุขภาพ ทำให้ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพอาจนำโรคติดต่อต่างๆ มาแพร่กระจายได้และไม่มีสิทธิการรักษาขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคที่ตนเองเป็นอยู่ การดูแลสุขภาพ การรักษาความสะอาดและ

สุขลักษณะเป็นโรคติดต่อไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง บางรายพบแพทย์แล้วไม่กิน ยาตามแพทย์สั่งไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำเกิดแพร่ระบาดของโรคได้บุคลากรที่ให้บริการสาธารณสุข อุปกรณ์ทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ ห้องปฏิบัติการ และพื้นที่ ให้บริการมีจำนวนจำกัด และการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันระหว่างแรงงานต่างด้าวกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ทำให้แรงงานต่างด้าว ไม่เข้าใจคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและการป้องกันตนเองที่ถูกต้อง (สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร, 2559)

ในปีพ.ศ.2559 จากสถิติสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว (2559) พบแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานในประเทศไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 1,476,841 คน เข้ามาทำงานในกรุงเทพมหานคร 256,232 คนมีจำนวนผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวที่เข้ารับบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร 21,096 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2562 สถิติสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว (2562) ระบุว่า แรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานในประเทศไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 3,028,000 คนและเข้ามาทำงานในกรุงเทพมหานคร จำนวน 663,045 คน

สิทธิการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร

1) สถานบริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร

สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักอนามัย 144 แห่ง (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560) ได้แก่

ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ การให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคทั่วไป การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ การให้บริการด้านวางแผนครอบครัว การให้สุขศึกษาแก่ประชาชนและปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแรงงานต่างด้าวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ เนื่องจากศูนย์บริการสาธารณสุขไม่ได้อยู่ในโครงการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (ศูนย์ข้อมูลกรุงเทพมหานคร, 2563)

ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา 76 แห่ง ตั้งกระจายอยู่ทั่วกรุงเทพมหานคร มีภารกิจในการให้บริการที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกับบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการที่ช่วยให้สามารถรับบริการที่ใกล้บ้าน ให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ควบคุมและป้องกันโรค การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพโดยผู้มารับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ (สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2555)

ศูนย์บริการสาธารณสุข และศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา เป็นหน่วยงานที่ตั้งกระจายอยู่ทั่วพื้นที่กรุงเทพมหานคร สามารถเข้าถึงชุมชนและให้บริการในเชิงรุกเนื่องจากศูนย์บริการสาธารณสุขไม่ได้อยู่ในโครงการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ไม่ได้รับ

งบประมาณจากการขายบัตรประกันสุขภาพ การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แรงงานต่างด้าวสามารถมารับบริการวัคซีนป้องกันโรคที่อยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเชิงรุก ได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2563) ให้บริการในประชาชนไทยที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และที่มีสิทธิการรักษาภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เช่น สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม ข้าราชการ องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น และสิทธิอื่น ๆ แรงงานต่างด้าวไม่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนนี้ได้ จึงไม่ใช่อุปสรรคในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพทั่วไป แรงงานต่างด้าวสามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลตามสถานพยาบาลที่สิทธิในระบบประกันสุขภาพ หรือระบบประกันสังคม และจะได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ เมื่อมีการส่งต่อจากโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร 11 แห่ง ได้แก่ 1. โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ 2. โรงพยาบาลสิรินธร 3. โรงพยาบาลลาดกระบัง 4. โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี 5. โรงพยาบาลตากสิน 6. โรงพยาบาลกลาง 7. โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 8. โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชูตินโร อุทิศ 9. โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน 10. โรงพยาบาลคลองสามวา 11. โรงพยาบาลบางนา (สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร, 2562) และอยู่ในโครงการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ 1) โรงพยาบาลกลาง 2) วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล 3) โรงพยาบาลตากสิน 4) โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ทั้งหมดให้บริการบำบัดรักษาโรคผู้ป่วย การตรวจรักษาโรคทางช่องปากและทันตสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพอนามัย และป้องกันโรค ส่งเสริมสนับสนุนการค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์และสังคมและปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง (ศูนย์ข้อมูลกรุงเทพมหานคร, 2563)

2) สิทธิการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว

แรงงานต่างด้าว ต้องเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ ระบบประกันสังคมของกระทรวงแรงงาน หรือ ระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข การรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร, 2559)

ก) กลุ่มแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวเพื่อรอการส่งกลับ

จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลตามระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยแรงงานต่างด้าวต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพกับสถานพยาบาลที่ กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด จึงจะได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับ คนไทย การขอรับบริการตามโครงการประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวนั้น สามารถเลือกสถานพยาบาลที่ต้องการเข้ารับการักษาพยาบาล แรงงานต่างด้าวสามารถใช้สิทธิเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ ณ สถานพยาบาลที่แจ้งไว้ในครั้งแรก

สถานพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย

- 1) โรงพยาบาลราชวิถี
- 2) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
- 3) โรงพยาบาลเลิดสิน
- 4) โรงพยาบาลกลาง
- 5) วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
- 6) โรงพยาบาลตากสิน
- 7) โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
- 8) โรงพยาบาลบางกอก 9 อินเตอร์เนชั่นแนล

สิทธิประโยชน์และความครอบคลุมการประกันสุขภาพรวมถึงแรงงานต่างด้าว (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพทั่วไป

1) การตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษาการคลอดบุตรปกติ การฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์จนถึงสุดการรักษาดูดจนการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ

- 2) การบริการทันตกรรมทั่วไป ได้แก่ ขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน ผ่าฟันคุด
- 3) บริการอาหารและเตียงผู้ป่วยสามัญ
- 4) ยาและเวชภัณฑ์ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

การส่งเสริมสุขภาพ

- 1) การจัดให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว ในการดูแลสุขภาพบุคคล

- 2) การดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย
- 3) การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
- 4) การวางแผนครอบครัว (ให้คำปรึกษา/ดูยางอนามัย/ยาเม็ด/ยาฉีด/ยาฝัง/ทำหมัน)
- 5) การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- 6) การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัวผ่านสื่อต่างๆ
- 7) การให้คำปรึกษา สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
- 8) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก แนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ
- 9) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 10) การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค
- 11) ให้มีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ตามที่คณะกรรมการระดับจังหวัดหรืออำเภอเห็นสมควร
- 12) วัคซีนป้องกันโรคที่อยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข

การเฝ้าระวังโรค

- 1) การเฝ้าระวังโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่อพยพ หรือที่อยู่เป็นชุมชนเพื่อทำงานในพื้นที่
- 2) รายงานสถานการณ์โรคทางระบาดวิทยาตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด
- 3) กรณีมีผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ให้ดำเนินการตามแนวทางตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด และจัดให้มีการให้สอบสวนโรคในผู้ป่วยทุกรายกรณีพบว่ามีการระบาดของโรค
- 4) จัดให้มีการดำเนินป้องกันและแก้ไขปัญหาในพื้นที่เมื่อเกิดการระบาดของโรคที่ต้องเฝ้าระวัง

การป้องกันและควบคุมโรค

- 1) ให้แรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตามที่ตรวจพบว่ามีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างแต่ไม่ปรากฏอาการอันน่ารังเกียจของสังคม ให้ถือว่าผลการตรวจสุขภาพผ่าน แต่มีเงื่อนไขให้รับยา Diethylcabamazine ไปรับประทานครั้งละ 300 มิลลิกรัม (Single Dose) ทุก 6 เดือน

ครบ 2 ปี จนพบว่าผลการตรวจโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกันไม่พบเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างจึงหยุดยา

2) ให้แรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตามทุกราย Albendazole ตามข้อบ่งชี้การใช้ยาเพื่อควบคุมโรคพยาธิลำไส้

3) การให้ยาต้านไวรัสเฮดส์

4) จัดให้มีการตรวจสุขภาพกลุ่มเสี่ยงตามดุลพินิจของสถานพยาบาล คณะกรรมการบริหารระดับจังหวัด คณะกรรมการของสถานพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่ไม่คุ้มครอง (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

1) โรคจิตเวช

2) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

3) ผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ต้องได้รับชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นในอัตราที่กำหนดก่อน ส่วนเกินจึงจะได้รับความคุ้มครองจาก กองทุนนี้

4) ผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด

5) การรักษาภาวะมีบุตรยาก

6) การผสมเทียม

7) การผ่าตัดแปลงเพศ

8) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

9) การตรวจ วินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

10) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาทัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

11) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

12) การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกกรณี

13) การเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายอวัยวะ

14) อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมที่นอกเหนือชุดสิทธิประโยชน์

15) การทำฟันปลอม

16) โรคต้องห้ามมิให้อยู่ในราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง เมื่อตรวจพบภายหลังว่ามีระยะ/อาการ หรือลักษณะที่ต้องห้าม (ต้องผลัดคืนส่งกลับ)

17) ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องสิทธิประโยชน์ และความครอบคลุมบริการทางการแพทย์ ให้คณะอนุกรรมการสิทธิประโยชน์พิจารณา และเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อไป

โรคติดต่อที่ไม่อนุญาตให้ทำงาน และไม่ให้การประกันสุขภาพและต้องประสานเพื่อการส่งกลับประเทศต้นทาง ได้แก่ วัณโรคในระยะอันตราย โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคซิฟิลิสในระยะที่ 3 ติดสารเสพติดให้โทษ โรคพิษสุราเรื้อรังที่ปรากฏอาการชัดเจน หรือเป็นโรคอื่นๆโดยอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ หรือร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถประกอบการทำงานเลี้ยงชีพได้ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบโดยอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

ข) กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติแล้ว และกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่นำเข้าอย่างถูกกฎหมายตาม MOU

จะได้รับสิทธิด้านการรักษาพยาบาลตามระบบประกันสังคม โดยแรงงานต่างด้าวต้องขึ้นทะเบียนและจ่ายเงินสมทบ เข้าสู่ระบบประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

ยกเว้นสำหรับกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่พิสูจน์สัญชาติแล้ว และกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่นำเข้าตาม MOU ที่ทำงานในประเภทงานรับใช้ในบ้าน เกษตร ปศุสัตว์ประมง ค้าขายที่มีใช้ธุรกิจไม่ต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคม แต่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

สรุปและข้อเสนอแนะ

แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา แรงงานต่างด้าวเข้าถึงการรักษาพยาบาลมากขึ้น แต่มีจำนวนมากที่ยังขาดความรู้ในเรื่องของสิทธิการเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข และความรู้ในเรื่องสุขภาพ ซึ่งหากเจ็บป่วยเล็กน้อยสามารถเลือกรับบริการในสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านอย่างศูนย์บริการสาธารณสุขสาขาที่กระจายอยู่ทั่วกรุงเทพมหานครโดยผู้มารับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการและการสื่อสารที่ไม่เข้าใจระหว่างเจ้าหน้าที่และแรงงานต่างด้าว ขอเสนอให้มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเชิงรุก และมีมาตรการในเรื่องการสื่อสาร ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานอื่นๆทางสาธารณสุขเป็นไปได้ง่ายขึ้น อาจมีล่ามแปลภาษาประจำศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาล หรือให้ความรู้ด้านภาษาแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพื่อให้การสื่อสารระหว่างแรงงานต่างด้าวกับแพทย์หรือ

เจ้าหน้าที่เป็นไปอย่างรวดเร็วและเข้าใจกันทั้งสองฝ่าย มีการให้ความรู้กับแรงงานต่างด้าวในเชิงรุกเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล สถานพยาบาลใกล้บ้าน และสุขอนามัยพื้นฐาน ที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่ จัดทำแผ่นพับ ประชาสัมพันธ์การดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เชื้อโรคแพร่กระจายไปยังผู้อื่น และติดตามให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้แรงงานต่างด้าวเข้าใจ และเข้าถึงความรู้และบริการสาธารณสุขได้ดีขึ้น ทำให้การรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงยุติธรรม. (2562). แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2562 – 2566) [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 16 ม.ค. 2563. แหล่งข้อมูล:
http://www.rlpd.go.th/rlpdnew/images/rlpd_16/plan/plan4.pdf
- กรมการจัดหางาน. (2559). แจกมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2559 เรื่องการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว ปี 2559 [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 5 ม.ค. 2563. แหล่งข้อมูล:
<http://www.oic.go.th/FILEWEB /CABINFOCENTER3/DRAWER055 /GENERAL/DATA0000/00000651.PDF>
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). ยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง (พ.ศ.2561-2570) [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 5 ม.ค. 2563. แหล่งข้อมูล:
http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Strategic HealthServiceSystemforUrbanAreas.pdf
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2562 ประกาศ ณ วันที่ 24 พฤษภาคม 2562
- ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการประกาศ ณ วันที่ 30 กันยายน 2562 (ฉบับที่ 2)
- ศูนย์ข้อมูลกรุงเทพมหานคร. (2563). อานาจหน้าที่ [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 5 ม.ค. 2563. แหล่งข้อมูล:<http://203.155.220.230/m.info/>
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (2559). ข้อมูลประจำเดือน ธันวาคม 2559 สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตทำงานคงเหลือที่วราขานาจักร [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 6 ม.ค. 2563. แหล่งข้อมูล:https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/b579b43c5c135321afec8d83c4ed4aa4.pdf

สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (2562). สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือน ตุลาคม 2562 [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 6 ม.ค. 2563.

แหล่งข้อมูล:[https://www.doe.](https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/57eb135053d1d4815301012994bc5879.pdf)

[go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/57eb135053](https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/57eb135053d1d4815301012994bc5879.pdf)

[d1d4815301012994bc5879.pdf](https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/57eb135053d1d4815301012994bc5879.pdf)

สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (2562). โรงพยาบาลในสังกัด [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2563. แหล่งข้อมูล :<http://www.msdbangkok.go.th/projectmsd.html>

สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร. (2559). รายงานการศึกษาผลกระทบจากการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 5 ม.ค. 2563. แหล่งข้อมูล:

http://cpd.bangkok.go.th:90/web2/SAT/ST1_60.pdf

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2555).มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา สำนักอนามัย.

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพฯ [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2563. แหล่งข้อมูล:

[http://phn.bangkok.go.th/index.php?option=com_content&](http://phn.bangkok.go.th/index.php?option=com_content&view=category&id=39&Itemid=69)

[view=category&id= 39&Itemid=69](http://phn.bangkok.go.th/index.php?option=com_content&view=category&id=39&Itemid=69)

United Nations. (1948).Universal Declaration of Human Rights.[Online], [cited 2020 Jan 16]; available from <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

The women and girls' right of access menstrual hygiene products

Assist. Prof. Pedithep Youyuenyong*

Abstract

The right to access menstrual products guarantees that every woman and girl has the right of access to all adequate, acceptable, and affordable menstrual pads and menstrual hygiene materials (i.e. reusable pads, disposable pads, menstrual cups and tampons) related to the menstrual hygiene management (MHM) regarding the needs of menstruating girls and women and the purpose for tackling the lack of access to hygiene menstrual products due to financial constraints. This academic article seeks to consolidate in one place key women and girls' fundamental rights covering the opportunity to access hygiene sanitary products and understand the importance of good MHM to reduce the health risk of getting lack of access to safe and affordable sanitary products. It also examines the extent to which the legal aspects promote the objectives of the MHM and the focus on women and girls' rights in law and policy that the women and girls' right of access menstrual products can be interpreted within the legal frameworks that support freedom of free access to pads, tampons and other menstrual products as it applies to free pads and tampons provided by public bodies, or in a wider sense to encompass both Government's commitment to provide free pads and tampons to all women in domestic jurisdiction and circulation of free-of-charge pads and tampons at educational institutes (i.e. universities, academies, institutes, polytechnics and schools), where the menstruating women students' right of access to menstrual hygiene products like pads and tampons should be promoted by the State.

Keywords: Right of Access Menstrual Products, Rights of Women and Girls,
Menstrual Hygiene Management, Financial Hardship

* Faculty of Law, Chiang Mai University,
Corresponding author e-mail : pedithep.y@cmu.ac.th

สิทธิของสตรีและเด็กผู้หญิงในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปีติเทพ อยู่ยืนยง*

Abstract

สิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเป็นสิทธิที่ยืนยันหลักการที่ว่าสตรีและเด็กผู้หญิงทุกคนพึงมีสิทธิที่จะเข้าถึงผ้าอนามัยและผลิตภัณฑ์สุขอนามัยรอบเดือนอื่นๆ (เช่น ผ้าอนามัยใช้ซ้ำได้ ผ้าอนามัยใช้ครั้งเดียวทิ้ง ถ้วยอนามัย และผ้าอนามัยแบบสอด) ในปริมาณที่พอเพียงต่อการใช้งาน ในสนนราคาที่เหมาะสมและพอรับได้ อันเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพกับการจัดการสุขอนามัยประจำเดือนตามความต้องการของสตรีและเด็กผู้หญิงที่กำลังมีประจำเดือนและการส่งเสริมสิทธิดังกล่าวนี้เองมีเป้าหมายที่จะจัดการกับการเผชิญภาวะขาดแคลนผ้าอนามัยอันเนื่องมาจากความยากจนของสตรีและเด็กผู้หญิง บทความวิชาการฉบับนี้มุ่งที่จะรวบรวมสิทธิขั้นพื้นฐานของสตรีและเด็กผู้หญิงว่าด้วยเรื่องโอกาสเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนและทำความเข้าใจถึงความสำคัญของการจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่ดีเพื่อที่จะลดความเสี่ยงที่จะขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่ปลอดภัยในราคาที่พึงรับได้ บทความวิชาการฉบับนี้ยังมุ่งตรวจสอบหลักกฎหมายส่งเสริมการจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิของสตรีและเด็กผู้หญิงตามนโยบายและกฎหมายของรัฐที่ส่งเสริมสิทธิของสตรีและเด็กผู้หญิงในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนสามารถถูกตีความหมายในบทบัญญัติกฎหมายสนับสนุนเสรีภาพในการเข้าถึงผ้าอนามัย ผ้าอนามัยแบบสอดและผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนอื่นๆ ในทำนองที่เป็นการเข้าถึงดังกล่าวถือเป็นการเข้าถึงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานของรัฐหรือรัฐบาลเองต้องยอมรับผูกพันจัดหาผ้าอนามัยและผ้าอนามัยแบบสอดให้เปล่าแก่ประชาชน พร้อมกับหมั่นเวียนผลิตภัณฑ์ดังกล่าวในสถาบันการศึกษา (เช่น มหาวิทยาลัย สถาบันวิชาการ สถาบันการศึกษา วิทยาลัยอาชีวศึกษาโปลีเทคนิค และโรงเรียน) เพื่อที่ว่านักเรียนนักศึกษาจะสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนได้ในเวลาที่มีประจำเดือน

Keywords: สิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน, สิทธิของสตรีและเด็กผู้หญิง, การจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน, ความยากจน

* คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ติดต่อ e-mail : pedithep.y@cmu.ac.th

บทนำ

สิทธิด้านสุขภาพ (right to health) ได้แก่ อำนาจที่ได้รับจากกฎหมายรับรองหรือคุ้มครองแก่ปัจเจกบุคคลในอันที่จะกระทำการใดอย่างหนึ่งอย่างใดหรือไม่กระทำการใดอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมและมีชีวิตความเป็นอยู่ในสภาวะแวดล้อมด้านสาธารณสุขที่ดี ไม่ว่าจะเป็นการกระทำการใดหรือไม่กระทำการใดจะต้องมาเกี่ยวข้องกับทรัพย์สินที่มาเป็นปัจจัยส่งเสริมสนับสนุนสุขภาพอนามัยก็ดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับทรัพย์สินที่เป็นปัจจัยที่ทำลายลดทอนสุขภาพอนามัยก็ตาม อำนาจดังกล่าวอาจมีรัฐธรรมนูญลายลักษณ์อักษรหรือกฎหมายลายลักษณ์อักษรวางหลักเกณฑ์รับรองหรือคุ้มครองอำนาจแก่ปัจเจกบุคคล ในการกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดหรือไม่กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดเกี่ยวแก่สุขภาพอนามัยของตน ซึ่งการได้รับอำนาจของปัจเจกบุคคลเช่นว่านี้เอง ทำให้ปัจเจกชนมีสิทธิเรียกร้องให้บุคคลอื่น (United Nations Population Fund, 2019) ไม่ว่าจะเป็บุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคล) กระทำการหรือไม่กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดในทางที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยต่อตนเองด้วย ตลอดจนถึงเรียกร้องให้ภาครัฐหรือหน่วยงานของรัฐ รวมไปถึงการรับรองหรือคุ้มครองปัจเจกบุคคล ภายใต้กฎหมายลายลักษณ์อักษรที่วางหลักเกณฑ์เอาไว้ว่าปัจเจกบุคคลพึงอยู่อย่างปกติสุขโดยปราศจากการกีดกันหรือการเลือกปฏิบัติในลักษณะหนึ่งลักษณะใด (Tull, 2019) ในทำนองที่การกีดกันหรือการเลือกปฏิบัตินั้นไปส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยหรือความเป็นอยู่ที่ดีในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะการกีดกันหรือเลือกปฏิบัติจะกระทำต่อผู้มีความแตกต่างหลากหลาย เช่น อายุ เชื้อชาติ เพศ และความทุพพลภาพ เป็นต้น

การส่งเสริมและสนับสนุนสิทธิด้านสุขภาพนั้นอาจต้องอาศัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (health product) ที่ผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้นไม่เพียงเป็นวัตถุที่ถูกผลิตขึ้นมาเพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็นต่อบางสถานการณ์ (necessary in some situations) ในการดำรงชีวิตของมนุษย์เท่านั้น (Bringing Resources to Aid Women's Shelters, 2018) หากแต่ประชาชนทั่วไปยังอาจต้องชำระราคา (cost) แก่ผู้ขายหรือทำวิธีการบางอย่างให้ได้มาซึ่งผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยต่อร่างกายและไร้ผลกระทบในทางลบต่อสุขภาพต่อประชาชนในฐานะที่ประชาชนเป็นผู้ใช้ประโยชน์จากผลิตภัณฑ์สุขภาพ เหตุนี้เองอาจตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการสนับสนุนส่งเสริมการใช้ประโยชน์ผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพด้วยกัน 2 ประการ (Children and Young People's Commissioner Scotland, 2017) (1) ประการแรก ประชาชนทั่วไปพึงมีสิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย (right to safety) จากการใช้ประโยชน์จากผลิตภัณฑ์สุขภาพ อันถือเป็นสิทธิที่จะได้รับความสะอาดตามหลักสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่วางจำหน่ายในท้องตลาด และ (2) ประการที่สอง ประชาชนทั่วไปพึงมีสิทธิที่จะเข้าถึง (right to access) ผลิตภัณฑ์สุขภาพอันเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและตอบสนองต่อความต้องการทางธรรมชาติ (basic biological needs) (Plan International UK, 2018) ให้สามารถดำรงชีวิตที่ดีในสังคมได้อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ปราศจากการประจานจากประชาชนทั่วไปหรือการดูถูกดูแคลนศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จากบุคคลอื่น เมื่อได้รับ

ผลกระทบในกรณีไม่สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อใช้งานได้ในชีวิตประจำวันเพราะเหตุแห่งความยากจน เพียงเพราะปราศจากเงินประทังชีวิตหรือไม่มีรายได้เพียงพอที่จะใช้จ่ายในการผลิตภัณฑ์สุขภาพจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ในอีกแง่มุมหนึ่งประชาชนทั่วไปย่อมมีสิทธิตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างอิสระและมีเสรีภาพที่จะเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ แต่ในอีกแง่มุมหนึ่งนั้นหากประชาชนบางส่วนที่ประสบกับความยากจนแบบปัจเจกบุคคลหรือเผชิญกับความยากจนในครัวเรือนแล้ว ก็อาจไม่มีเสรีภาพหรือความสามารถในการเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต

จากที่กล่าวมานั้นสิทธิทั้งสองประการนี้ (สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยและสิทธิที่จะเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพขั้นพื้นฐาน) ต่างมีความสำคัญเท่าเทียมกันและมีการพัฒนาสิทธิทั้งสองประการควบคู่กันตลอดมาในประเด็นเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันของสตรีและเด็กผู้หญิงประเภทหนึ่ง นั่นก็คือผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (menstrual hygiene products) สิทธิทั้งสองประการได้ถูกนำเอามากล่าวอ้างอิงในประเด็นของผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน พร้อมกับก่อให้เกิดพัฒนาการการศึกษาสิทธิเฉพาะของสตรีและเด็กผู้หญิง นั่นก็คือ สิทธิดูแลตนเองช่วงที่มีประจำเดือนโดยปราศจากความอับอายหรือความอับยศอดสู (right to manage menstruation without shame or stigma) ในระหว่างช่วงเวลาที่ มีประจำเดือนตามธรรมชาติ (ActionAid UK, 2020)

อนึ่ง ผลิตภัณฑ์สุขภาพบางอย่างถือเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตสำหรับเพศกำเนิดหญิง (เพศสรีระหรือลักษณะทางเพศของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิดของเด็กผู้หญิงและสตรี) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (United Nations Children's Fund, 2019) ที่ถือเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับเพศกำเนิดหญิงและประชาชนที่มีประจำเดือนทุกคน เช่น ผ้าอนามัยใช้ซ้ำได้ (reusable pads) ผ้าอนามัยใช้ครั้งเดียวทิ้ง (disposable sanitary pads) ถ้วยอนามัย (menstrual cup) และผ้าอนามัยแบบสอด (tampons) (Hey Girls UK, 2019) แต่ทว่าสตรีที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ต่อเดือนค่อนข้างต่ำกับเด็กผู้หญิงที่มาจากรอบครัวยากจน ก็อาจไม่สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่กล่าวมานี้ได้โดยง่าย ความขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่เพียงพอต่อปริมาณและระยะห่างของรอบประจำเดือนของแต่ละบุคคล ล้วนแล้วแต่เป็นเครื่องสะท้อนถึงความยากจน (Poverty) กล่าวอีกนัยหนึ่งระดับรายได้ ส่วนตัวหรือรายได้ของครัวเรือนที่คิดเป็นราคาค่าเงินหรือเป็นตัวเงินในระดับต่ำนั้น ย่อมเห็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนสำหรับใช้ในชีวิตประจำวันช่วงระยะเวลาที่มีประจำเดือนตามธรรมชาติ ความยากจนในเชิงเศรษฐกิจ (financial constraints) (International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2019) โดยระดับรายได้ของปัจเจกบุคคลหรือฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวว่ามีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนถือเป็นความขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (Period Poverty) (PHS Group, 2019)

บทความวิชาการฉบับนี้มุ่งศึกษาทบทวนแนวความคิดว่าด้วยสิทธิที่กฎหมายรับรองให้แก่สตรีและเด็กผู้หญิงในอันที่จะกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดให้สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในช่วงเวลาที่มีประจำเดือน อันเป็นสิทธิที่กฎหมายบางประเทศรับรองหรือคุ้มครองให้แก่สตรีและเด็กผู้หญิงในอันที่จะเรียกร้องให้ภาครัฐหรือหน่วยงานของรัฐกระทำการบางประการให้เกิดให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในชีวิตประจำวันช่วงระยะเวลาที่มีประจำเดือนตามธรรมชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิเคราะห์การส่งเสริมให้สตรีและเด็กผู้หญิงได้รับการคุ้มครองตามสิทธิอันพึงมีพึงได้เพื่อให้สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในเวลาที่ต้องการใช้งาน พร้อมวิพากษ์การสนับสนุนให้ภาครัฐและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิง (เช่น มหาวิทยาลัยและสถาบันการศึกษา) ได้มีส่วนในการจัดหาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเพื่อให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (free access to feminine sanitary products) (Montano, 2018) ท้ายที่สุดบทความวิชาการฉบับนี้ยังวิเคราะห์สิทธิของสตรีและเด็กผู้หญิงในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในฐานะที่เป็นสิทธิที่รัฐหรือหน่วยงานของรัฐต้องให้การรับรองหรือคุ้มครองอย่างเสมอภาคกันตามกฎหมาย โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมหรือกีดกันไม่ให้นำเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนด้วยวิธีการต่างๆ

สิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน

สิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (right of access menstrual hygiene products) ได้แก่ สิทธิที่กฎหมายรับรองหรือคุ้มครองแก่สตรีและเด็กผู้หญิง (women and girls) เพื่อให้สตรีและเด็กผู้หญิงที่มีประจำเดือนหรือกำลังเข้าสู่การมีประจำเดือนครั้งแรกสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนชนิดและประเภทต่างๆ ได้พร้อมกับการสนับสนุนให้ของสิทธิเช่นนี้ดำรงอยู่ได้หรือไม่นั้นต้องมีกฎหมายสถาปนาอำนาจให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถเรียกร้องสิทธิดังกล่าวได้ (Uhrig, 2017) ในขณะเดียวกันก็ต้องมีกฎหมายกำหนดอำนาจอันชอบธรรมที่สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถที่จะเรียกร้องสิทธิดังกล่าวตามที่กฎหมายเฉพาะมารับรองหรือคุ้มครองเอาไว้ โดยกฎหมายเฉพาะก็ต้องกำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน เพื่อเป็นการประกันสิทธิของสตรีและเด็กผู้หญิงว่าจะสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในชีวิตประจำวันได้อย่างทั่วถึง เมื่อสิทธิดังกล่าวเป็นอำนาจชนิดหนึ่งตามกฎหมายซึ่งใช้คุ้มครองสตรีและเด็กผู้หญิงให้สามารถได้รับประโยชน์จากการพึงมีพึงได้ในผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนระหว่างช่วงที่มีประจำเดือนแล้ว สิทธิเช่นนี้นี้ย่อมเป็นสิทธิที่จะเรียกร้องให้รัฐหรือหน่วยงานของรัฐปฏิบัติการบางอย่าง (positive status) สำหรับเรียกร้องให้รัฐหรือหน่วยงานของรัฐจัดหาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนขั้นพื้นฐานให้กับประชาชนที่กำลังมีประจำเดือนหรือกำลังเข้าสู่การมีประจำเดือนครั้งแรก รวมทั้งกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดทำให้ประชาชนที่กำลังมีประจำเดือนหรือกำลังเข้าสู่การมีประจำเดือนครั้งแรก

สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนโดยง่ายและสะดวก ในขณะที่เดียวกันรัฐหรือหน่วยงานของรัฐพึงมีหน้าที่ (duties) ที่จะปฏิบัติการจัดให้ประชาชนที่กำลังมีประจำเดือนหรือกำลังเข้าสู่การมีประจำเดือนครั้งแรก สามารถเข้าถึงหรือได้ใช้ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน หากมีกฎหมายรับรองหรือคุ้มครองให้ เหตุนี้เองรัฐต้องมีความผูกพัน (State's commitment) เพื่อส่งเสริมสนับสนุนสิทธิของประชาชนสตรีและเด็กผู้หญิงที่มีประจำเดือนหรือกำลังเข้าสู่การมีประจำเดือนครั้งแรก ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ยินยอมพร้อมใจหรือกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อจัดให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถเปิดโอกาสให้เข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (accessible) อีกทั้งผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนต้องมีราคาที่สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงได้ (affordable)

อีกประการหนึ่ง สิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนจะได้รับการส่งเสริมสนับสนุนได้หรือไม่ นั่น ก็ต้องมีการขจัดอุปสรรคที่ไม่จำเป็น (unnecessary obstacles) (Nobel Peace Center, 2020) ผ่านการให้รัฐหรือหน่วยงานของรัฐปฏิบัติการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อสตรีและเด็กผู้หญิง ในอีกทางหนึ่งรัฐหรือหน่วยงานของรัฐอาจมีหน้าที่ผูกพันในทางกฎหมายที่จะงดเว้นกระทำการบางสิ่งบางอย่างที่จะทำให้สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนขั้นพื้นฐานได้อย่างสะดวกในราคาที่สมเหตุสมผล เหตุนี้เองกฎหมายที่ให้สิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแก่สตรีและเด็กผู้หญิงของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ ทั้งในหน่วยงานของรัฐส่วนกลางหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิง โดยกฎหมายส่งเสริมสนับสนุนสิทธิดังกล่าวพึงต้องให้หน่วยงานของรัฐหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องนั้น จัดเตรียมผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนให้เพียงพอต่อความต้องการในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ยังสถานที่ที่มีสตรีและเด็กผู้หญิง (locations) เดินทางผ่าน อาศัย ร่วมกิจกรรมหรือทำงานอยู่ ทั้งนี้กฎหมายอาจกำหนดมาตรการอื่นๆ ขึ้นมาขจัดอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ พร้อมกับอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ของสตรีและเด็กผู้หญิงที่กำลังมีประจำเดือนด้วย ตัวอย่างเช่น รัฐหรือหน่วยงานของรัฐพึงเลือกสถานที่ที่เหมาะสมที่สุดเพื่อให้สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงหรือใช้ประโยชน์จากผ้าอนามัยได้โดยง่าย ซึ่งอาจเป็นลักษณะของการจัดตั้งจุดแจกจ่ายผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่า (dispensing free sanitary products) (State Government of Victoria Australia, 2019) เช่น ร้านขายยา ศูนย์บริการชุมชน โรงพยาบาลและคลินิกสุขภาพ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าหากปราศจากกฎหมายกำหนดให้หน่วยงานของรัฐหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับสตรีและเด็กผู้หญิงจัดเตรียมผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนให้พอเพียงพอต่อการเข้าถึงใช้ประโยชน์และให้สะดวกต่อการเข้าถึงในสถานที่ต่างๆ แล้ว ก็คงไม่ได้ช่วยส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน ทั้งยังไม่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงเข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมผลักดันสิทธิดังกล่าวได้อีกด้วย ในส่วนที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงจะเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริม

สนับสนุนสิทธิดังกล่าวหรือไม่นั้น ต้องพิจารณาว่ามีกฎหมายส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดังกล่าวเข้ามาเป็นแนวร่วมประกอบกิจกรรมด้วยกัน รวมทั้งปฏิบัติตามบทบาทของตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน จึงเป็นหน้าที่ของกฎหมายที่จะกำหนดความผูกพันเฉพาะ (specific obligations) (Vora, 2017) ที่เน้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงประกอบพฤติกรรมบางอย่างหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง ในทำนองที่เป็นการแสดงออกของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิง แสดงพฤติกรรมถึงเพื่อทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กฎหมายส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนได้วางหลักเกณฑ์เอาไว้

อนึ่ง การใช้สิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนของสตรีและเด็กผู้หญิงนั้น ก็ต้องมีขั้นตอนกระบวนการส่งเสริมสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนด้วย เพราะกระบวนการสนับสนุนสิทธิเช่นนี้อาจสร้างวัฒนธรรมใหม่ท่ามกลางผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิง วัฒนธรรมใหม่เช่นนี้อาจเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่กฎหมายกำหนดเอาไว้ให้เกิดการแสดงออกในเชิงส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในรูปแบบกิจกรรมที่แตกต่างกันออกไป ตามที่กฎหมายจะกำหนดเอาไว้ โดยที่สตรีและเด็กผู้หญิงจะได้ประโยชน์จากการใช้งานหรือเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในช่วงเวลาที่มีประจำเดือน ในส่วนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงก็อาจต้องปรับพฤติกรรมกระทำการบางอย่าง (หรืองดเว้นกระทำการบางอย่าง) ตามที่กฎหมายกำหนด เมื่อมีการประพฤติปฏิบัติตามวัฒนธรรมใหม่ที่เกิดขึ้นก็ย่อมเป็นการปรับพฤติกรรมของตนเพื่อให้เกิดการอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (human dignity) (Simavi, 2018) ที่พึงสงวนหรือรักษาศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ตามธรรมชาติหรือเพศกำเนิดในระหว่างที่สตรีและเด็กผู้หญิงมีประจำเดือน (managing period with dignity)

การเคารพต่อศักดิ์ศรีของสตรีและเด็กผู้หญิง (dignity of girls and women) (Unite House, 2018) ที่มีประจำเดือนย่อมเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าในธรรมชาติและความเป็นเพศหญิงตามกำเนิด ที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดกับสตรีและเด็กผู้หญิงทุกคนเนื่องมาจากความเป็นสตรีและเด็กผู้หญิงตามธรรมชาติของตนเอง การเคารพนับถือในศักดิ์ศรีของสตรีและเด็กผู้หญิงที่มีประจำเดือนย่อมเป็นการสนับสนุนให้เกิดความเท่าเทียมระหว่างเพศ (gender equality) (American Civil Liberties Union, 2019) ของมนุษย์ท่ามกลางความแตกต่างระหว่างเพศกำเนิดตามธรรมชาติหรือเพศภาวะที่ไม่ตรงกับเพศกำเนิด โดยรัฐหรือหน่วยงานของรัฐต้องไม่เพียงอาศัยความแตกต่างในเพศกำเนิดตามธรรมชาติหรือเพศภาวะที่ไม่ตรงกับเพศกำเนิดมาใช้กีดกัน เลี่ยงปฏิบัติหรือลดทอนคุณค่าของความเป็นสตรีและเด็กผู้หญิงตามเพศกำเนิดตามธรรมชาติลง รัฐหรือหน่วยงานของรัฐก็ต้องพึงรับรองหรือคุ้มครองศักดิ์ศรีของสตรีและเด็กผู้หญิงที่มีประจำเดือนกับพึงต้องปฏิบัติการส่งเสริมศักดิ์ศรีความเป็นสตรีเพศและเด็กผู้หญิงที่มีประจำเดือน พร้อมกับ

ต้องระมัดระวังและป้องกันให้ไม่เกิดการล่วงละเมิดสิทธิของสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ สุขอนามัยประจำเดือนและศักดิ์ศรีของสตรีเพศกำเนิดที่ต้องมีประจำเดือนตามธรรมชาติ ความพยายามลดทอนศักดิ์ศรีของสตรีและเด็กผู้หญิงจากการที่รัฐหรือหน่วยงานของรัฐไม่ยอมจัดให้ เข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนได้อย่างทั่วถึงนั้น ก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้สตรีและ เด็กผู้หญิงบังเกิดความอับอายหรือถูกบุรุษและเด็กผู้ชายพูดจาในเชิงล้อเลียนสตรีและใช้วาจา คุกคามเด็กผู้หญิงว่าด้วยเรื่องการมีประจำเดือนตามธรรมชาติก็เป็นได้ โดยเฉพาะเมื่อสตรีและ เด็กผู้หญิงปราศจากผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนอันเป็นเครื่องป้องกันไม่ให้ประจำเดือน เลอะหรือซึมเปื้อนในช่วงที่มีประจำเดือน

ความขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน

การส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนของสตรีและ เด็กผู้หญิง โดยทั่วไปมักจะหมายถึงการมีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนพร้อมใช้อย่างเพียงพอ ในสถานที่ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสตรีและเด็กผู้หญิงทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยจะต้องมีการ จัดหาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนให้มีจำนวนที่เพียงพอและต้องคำนึงถึงความสะอาด ปลอดภัยขั้นพื้นฐานของผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่พร้อมแจกจ่ายให้สตรีและเด็กผู้หญิง ใช้โดยไม่คิดมูลค่าหรือจำหน่ายในราคาถูก พร้อมทั้งหาแหล่งเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัย ประจำเดือนที่เพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของสตรีและเด็กผู้หญิง ซึ่ง แนวทางที่จะนำไปสู่การส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนใน ทำนองนี้ นั้นอาจมีหลายองค์ประกอบทั้งด้านการมีประสิทธิภาพผลิตภัณฑ์สุขอนามัย ประจำเดือนให้มีคุณภาพและการควบคุมราคาสินค้าผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนให้ เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดภาวะซึ่งสตรีและเด็กผู้หญิงไม่อาจครอบครองผลิตภัณฑ์ สุขอนามัยประจำเดือนในยามที่ต้องการใช้งาน ด้วยการสนับสนุนให้เกิดความมั่นคงในการ เสาะหาสินค้าหรือให้บริการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนโดยไม่คิดมูลค่าที่เพียงพอเพียงแก่ ความจำเป็นพื้นฐานในเวลาที่มีประจำเดือน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีความเกี่ยวข้องและเป็น ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของความเป็นสตรีและเด็กผู้หญิง ทั้งนี้การที่จะ บรรลุเป้าหมายแห่งการส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพของสตรีและเด็กผู้หญิงอย่างยั่งยืนได้นั้น จำเป็นต้องมีกฎหมายสนับสนุนการเสริมสร้างความร่วมมือกันทั้งจากภาครัฐและเอกชนใน ประเทศ เหตุนี้เองรัฐบาลของหลายประเทศหรือองค์กรระหว่างประเทศจึงได้พยายามสร้าง มาตรการกำหนดวิธีการต่อสู้กับความขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนใน ชีวิตประจำวันของสตรีและเด็กผู้หญิงและระบบกลไกที่ทำให้แนวคิดการจัดความขาดแคลน ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์ ภายใต้ฐานแนวคิดที่ว่าด้วยความขาดแคลนผลิตภัณฑ์ สุขอนามัยประจำเดือน

ความขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนจะถูกขจัดไปได้หรือไม่นั้น จะต้องมี มาตรการหรือกลไกของรัฐมารับรองหรือคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัย

ประจำเดือน ที่ไม่ว่าจะเป็นสตรีหรือเด็กผู้หญิงทุกคนย่อมมีศักดิ์ศรีของความเป็นเพศหญิง สิทธิที่จะเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน เสรีภาพที่จะเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่เป็นมิตรต่อสุขภาพของตน และความเสมอภาคของระหว่างสตรีเพศและบุรุษเพศที่บุรุษเพศเองก็ต้องยอมรับความแตกต่างของกลไกทางธรรมชาติระหว่างสตรีเพศและบุรุษเพศ สิ่งเหล่านี้เอียงเอ่อมได้รับการรับรองหรือคุ้มครองตามกฎหมาย กฎหมายจึงเป็นเครื่องมือเพื่อให้ทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน พร้อมกับเป็นแนวทางส่งเสริมผลักดันให้รัฐกระทำการหรืองดเว้นกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อให้เกิดการจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (Menstrual Hygiene Management หรือ MHM) (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2014) นั้นหมายความว่า การปฏิบัติการทางกายภาพของรัฐหรือการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงดำเนินการอยู่ ต้องเป็นไปเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแนวทางที่รัฐที่ส่งเสริมให้สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนกำหนดไว้ พร้อมกับกำหนดแนวทางการจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในฐานะที่เป็นทรัพยากรจำเป็นต่อสตรีเพศอย่างมีประสิทธิภาพ

อนึ่ง ในการจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเพื่อส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนของสตรีและเด็กผู้หญิงนั้น รัฐหรือหน่วยงานของรัฐควรพิจารณาที่ไม่จำเป็นเพื่อไม่ให้ภาระดังกล่าวตกอยู่กับสตรีและเด็กผู้หญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อภาระดังกล่าวเป็นภาระทางการเงินที่ก่อให้เกิดรายจ่ายหรือค่าใช้จ่ายผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่ไม่จำเป็น ซึ่งในบางกรณีรัฐหรือสถาบันทางการเงินการคลังของรัฐ (ในบางประเทศ) ได้บวกภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนหรือเรียกว่าภาษีผ้าอนามัย (tampon tax) ภาษีเช่นนี้อาจทำให้สตรีและเด็กผู้หญิงต้องมีค่าใช้จ่ายผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่ไม่จำเป็นเพิ่มขึ้น โดยสตรีและเด็กผู้หญิงในฐานะผู้บริโภคก็ไม่มีทางเลือกในการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนมากนัก หากรัฐหรือสถาบันทางการเงินการคลังของรัฐต้องการสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนของสตรีและเด็กผู้หญิง ก็อาจต้องกำจัดการจัดเก็บภาษีผ้าอนามัย (elimination of tax on sanitary pads and tampons) ซึ่งจะช่วยเหลือส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนมีราคาที่เป็นมิตรต่อสตรีและเด็กผู้หญิงมากขึ้น ทำให้สินค้าผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนมีราคาลดลงในท้องตลาด

กฎหมายคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน

ดังที่กล่าวไปแล้วในข้างต้น สิทธิอันเป็นรากฐานของสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน ประกอบไปด้วยสิทธิที่หลากหลายที่มุ่งส่งเสริมศักดิ์ศรีความเป็นสตรีและเด็กผู้หญิงในฐานะสตรีเพศตามธรรมชาติ สิทธิอื่นๆ อันเป็นรากฐานให้สาธารณชนและปัจเจกบุคคลยอมรับนับถือว่าสตรีและเด็กผู้หญิงที่มีประจำเดือนตามสภาวะธรรมชาติมีศักดิ์ศรีในตัวเอง

และมีสิทธิที่กฎหมายต้องรับรองคุ้มครองให้ ได้แก่ สิทธิด้านสุขภาพ สิทธิในร่างกายและสิทธิในความเสมอภาค ซึ่งอาจมีคำถามตามมาว่ารัฐหรือหน่วยงานของรัฐจะมีหน้าที่และภารกิจเกี่ยวกับสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่สตรีและเด็กผู้หญิงพึงได้รับตามกฎหมายได้อย่างไร การจัดวางระบบและส่งเสริมให้หน่วยงานองค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับสิทธิดังกล่าว ตลอดจนส่งเสริมดำเนินการให้สตรีและเด็กผู้หญิงได้รับการคุ้มครองช่วยเหลือ ให้สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในเบื้องต้น เพื่อให้สตรีและเด็กผู้หญิงได้รับการคุ้มครองและดูแลจากรัฐอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

เฉพาะในบางประเทศ (ไม่ใช่หลายประเทศ) ได้ผ่านร่างกฎหมาย (Bill) หรือบัญญัติกฎหมายเป็นลายลักษณ์อักษร (Legislation) ขึ้นมาสำหรับรับรองศักดิ์ศรีและคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเอาไว้เป็นการเฉพาะ ไม่ว่าจะเป็กฎหมายระดับมลรัฐ (State-specific Legislation) ก็ดีหรือกฎหมายระดับชาติ (National Law) ก็ตาม (Eskitaşoğlu, 2019) ในขณะที่เดียวกันร่างกฎหมายหรือกฎหมายเหล่านี้ถูกจัดทำขึ้นภายใต้ฐานแนวคิดที่ว่ารัฐต้องดำเนินการอันเป็นหลักประกันว่าสตรีและเด็กผู้หญิงย่อมมีสิทธิได้รับผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนสำหรับใช้ในชีวิตประจำวันและเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนอย่างเสรี ซึ่งฐานแนวคิดนี้จะ สัมฤทธิ์ผลเพียงใดขึ้นอยู่กับกาหนดให้องค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงมีหน้าที่ตามที่กฎหมายบัญญัติเข้ามาส่งเสริมการมีส่วนร่วมสนับสนุนผ่านฝ่ายอนามัย (participatory organisations) การให้สิทธิรับผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิง (free menstrual products) ให้สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด (free access to period products) (Engender, 2019) ตัวอย่างของประเทศที่จัดทำร่างกฎหมายหรือบัญญัติกฎหมายลายลักษณ์อักษรขึ้นมาส่งเสริมสนับสนุนสิทธิดังกล่าว อาทิ

กฎหมายมลรัฐของสหรัฐอเมริกา

(ก) มาตรการจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิงในสถาบันการศึกษา ได้แก่ วิธีการจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิง โดยจัดสถานที่หรือจุดให้บริการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแก่สตรีและเด็กผู้หญิงที่มีประจำเดือน ทำให้สตรีและเด็กสามารถเข้าถึงและนำเอาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนไปใช้ประโยชน์เวลามีประจำเดือนได้อย่างสะดวก (Scottish Parliament, 2019) ซึ่งวิธีการดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานองค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงในการจัดหาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิง เพื่อเป็นการให้ในทำนองที่ช่วยเหลือสตรีและเด็กผู้หญิงที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ ตลอดจนสนับสนุนให้สตรีและเด็กผู้หญิงประหยัดค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน เพื่อให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถมีเงินไปใช้จ่ายในชีวิตประจำวันอย่างอื่นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการเช่นว่า

นี้มักถูกดำเนินโดยหน่วยงานองค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการศึกษาของรัฐ เช่น โรงเรียนมัธยมต้นของรัฐ (public middle school) และโรงเรียนมัธยมปลายของรัฐ (public high schools) เป็นต้น

ตัวอย่างของมลรัฐในสหรัฐอเมริกา (U.S. States) ที่มีการดำเนินมาตรการนี้เช่น

ในปี 2017 มลรัฐอิลลินอยส์ (Illinois) ได้มีการพิจารณาและนำเสนอร่างกฎหมายผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนหรือร่างกฎหมาย Feminine Hygiene Products Bill ซึ่งแบ่งร่างเป็น 2 ฉบับด้วยกัน ฉบับแรกร่างกฎหมาย Bill Status for HB3215 (Illinois General Assembly, 2017) กำหนดหลักการให้สถานศึกษาของรัฐดำเนินมาตรการจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิงในสถานศึกษา ซึ่งสถานศึกษาควรจัดให้สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงผ้าอนามัยในจุดที่สะดวกต่อการนำไปใช้ประโยชน์ และฉบับที่สองร่าง Bill Status for HB2656 (Illinois General Assembly, 2019) กำหนดหลักการให้หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ของรัฐดำเนินมาตรการจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิงที่เป็นคนไร้บ้าน ซึ่งหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ของรัฐควรจัดให้สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงผ้าอนามัยในจุดที่สะดวกต่อการนำไปใช้ประโยชน์

ในปี 2018 มลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California) ได้มีการพิจารณาและนำเสนอร่างกฎหมายผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนหรือร่างกฎหมาย Feminine Hygiene Products Bill (ร่างกฎหมาย Assembly Bill No. 10 CHAPTER 687) (California Legislative Information, 2017) ได้วางหลักเกณฑ์ห้าม (prohibit) สถานศึกษาของรัฐไม่ให้จัดเก็บค่า (charging) ใช้ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนภายในโรงเรียนและต้องจัดให้มีการดำเนินมาตรการจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่นักเรียนในสถานศึกษา ซึ่งหน่วยงานของท้องถิ่นและโรงเรียนของรัฐประจำแต่ละท้องถิ่นพึงปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ในร่างกฎหมายฉบับนี้และหลักการพื้นฐานของธรรมนูญมลรัฐแคลิฟอร์เนีย ในปีเดียวกัน (ปี 2018) มลรัฐแอริโซนา (Arizona) ได้พิจารณาทบทวนและนำเสนอต่อสาธารณชนว่าด้วยร่างกฎหมายผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนสำหรับผู้ต้องขังหญิงหรือร่างกฎหมาย Arizona Bill on Feminine Hygiene Products in Prison ร่างกฎหมายฉบับนี้ได้วางหลักเกณฑ์เอาไว้ว่าให้เรือนจำหรือทัณฑสถานของรัฐดำเนินมาตรการจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่นักโทษหญิงที่ถูกคุมขังในเรือนจำหรือทัณฑสถาน

ในปี 2019 มลรัฐนิวแฮมป์เชอร์ (New Hampshire) ได้พิจารณาและนำเสนอร่างกฎหมายการมีประจำเดือนหรือร่างกฎหมาย Menstruation Bill (ร่างกฎหมาย New Hampshire SB 142) (LegiScan, 2019) โดยร่างกฎหมายดังกล่าวได้วางหลักเกณฑ์เอาไว้ว่าโรงเรียนมัธยมต้นของรัฐและโรงเรียนมัธยมปลายของรัฐ ต้องจัดให้มีการดำเนินมาตรการจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่นักเรียนในบริเวณพื้นที่ห้องอาบน้ำหญิง (girl's bathrooms) และบริเวณพื้นที่ห้องน้ำชายหญิงร่วมกัน (gender-neutral bathrooms)

(ข) มาตรการยกเว้นการจัดเก็บภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน ได้แก่ วิธีการจัดให้มีการยกเว้นภาษี (เช่น ภาษีมูลค่าเพิ่มผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (value-added tax หรือ VAT) (Seely, 2020) และภาษีการขายผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (sales tax) (Hartman, 2017) เป็นต้น) เพื่อสนับสนุนและจูงใจให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนได้ โดยไม่จำเป็นต้องจ่ายเงินซื้อผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในราคาแพง (American Medical Women's Association, 2019) ภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนยิ่งลดลงไปได้มากแค่ไหน ก็ยิ่งหมายถึงราคาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนก็จะต่ำลงตามไปด้วย กล่าวอีกนัยหนึ่งการยกเลิกไม่จัดเก็บภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนย่อมทำให้ราคาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในท้องตลาดปรับลดลงและทำให้สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงในราคาที่พอรับได้หรือไม่แพงจนเกินไป ซึ่งในปัจจุบันมีเพียง 13 มลรัฐของสหรัฐอเมริกาที่ดำเนินมาตรการยกเว้นการจัดเก็บภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (exemption) ได้แก่ มลรัฐยูทาห์ (Utah) มลรัฐโอไฮโอ (Ohio) มลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California) มลรัฐคอนเนตทิคัต (Connecticut) มลรัฐฟลอริดา (Florida) มลรัฐอิลลินอยส์ (Illinois) มลรัฐแมรีแลนด์ (Maryland) มลรัฐแมสซาชูเซตส์ (Massachusetts) มลรัฐมินนิโซตา (Minnesota) มลรัฐนิวเจอร์ซีย์ (New Jersey) มลรัฐนิวยอร์ก (New York) มลรัฐเนวาดา (Nevada) มลรัฐเพนซิลเวเนีย (Pennsylvania) และมลรัฐโรดไอแลนด์ (Rhode Island)

กฎหมายสกอตแลนด์

อดีตที่ผ่านมาสกอตแลนด์เป็นอีกประเทศหนึ่งที่รณรงค์ต่อต้านความขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนมาเป็นเวลานาน พร้อมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับกิจการสตรีและเยาวชนได้ออกมาเรียกร้องให้รัฐบาลสกอตแลนด์ให้รัฐบาลหันมาสนใจเกี่ยวกับการจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเพื่อช่วยให้สตรีและเด็กผู้หญิงที่มีฐานะยากจนได้เข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนได้อย่างสะดวก จนมาถึงปัจจุบัน (กุมภาพันธ์ 2020) รัฐบาลสกอตแลนด์ได้หันมาตอบสนองข้อเรียกร้องของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับกิจการสตรีและเยาวชน โดยหันมาจัดทำโครงการการจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน พร้อมกับออกร่างบทบัญญัติเป็นลายลักษณ์อักษร ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนหรือ Period Products (Free Provision) (Scotland) Bill 2020 (Scottish Parliament, 2019) ร่างกฎหมายฉบับนี้บรรจุหลักการสำคัญที่ว่ารัฐพึงต้องยึดหลักเสมอภาคที่ว่าสตรีและเด็กผู้หญิงที่คนที่มีประจำเดือนย่อมมีสิทธิในการเข้าผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าอย่างเสมอภาคและรัฐเองต้องจัดหาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถเข้าถึงนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง อันเป็นไปภายใต้ฐานแนวคิดทางกฎหมายที่ว่ารัฐหรือท้องถิ่นต้องจัดให้มีจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิงที่ต้องการใช้ประโยชน์ (free period products for anyone who needs them) โดยเฉพาะอย่างยิ่งร่างกฎหมายฉบับนี้ส่งเสริมให้รัฐ

จัดตั้งโครงการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (period products scheme) ที่ต้องดำเนินการให้ โรงเรียนประถมและมัธยมศึกษา (primary and secondary schools) วิทยาลัย (colleges) และมหาวิทยาลัย (universities) ทุกแห่งในประเทศสกอตแลนด์ต้องจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิงในห้องสุขาหรือห้องน้ำของสถาบันการศึกษาทุกแห่ง อีกทั้งร่างกฎหมายฉบับนี้ยังได้บรรจุปรัชญาว่าด้วยการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่ว่าการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนต้องเป็นโดยง่ายอย่างสมเหตุสมผล (reasonably easily) กับการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนต้องเป็นไปโดยเป็นส่วนตัวอย่างสมเหตุสมผล (reasonable privacy) รวมทั้งสตรีและเด็กผู้หญิงย่อมมีเสรีภาพในการเลือกผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่สอดคล้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานและสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล

อย่างไรก็ตามประเทศสกอตแลนด์ยังไม่มีมาตรการยกเว้นการจัดเก็บภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน เพราะรัฐบาลบริติช (UK Government) ถือเอาว่าผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเป็นสินค้าฟุ่มเฟือย (luxury products) แม้รัฐบาลสกอตแลนด์เคยพยายามหยิบยกมาตรการยกเว้นการจัดเก็บภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนก็ตาม (Howcroft, 2020) แต่ก็ยังติดอุปสรรคที่ว่ากฎหมายสหภาพยุโรป (European Union Law) ที่ทั้งรัฐบาลบริติชและรัฐบาลสกอตแลนด์ต่างต้องยอมรับนับถือนั้นกำหนดให้ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเป็นสินค้าฟุ่มเฟือย (European Parliament, 2019) นั้นเท่ากับว่ารัฐบาลบริติชและรัฐบาลสกอตแลนด์ต้องยอมรับให้ผ้าอนามัยเป็นสินค้าฟุ่มเฟือยและต้องเก็บภาษีสินค้าฟุ่มเฟือยและเก็บภาษีในอัตราค่อนข้างสูง โดยแท้จริงแล้วผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนมีความจำเป็นสำหรับสตรีและเด็กผู้หญิงที่จำเป็นต้องใช้ในชีวิตประจำวัน จึงสมควรที่จะตัดสินใจให้ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเป็นสินค้าจำเป็นทั่วไปและไม่ควรจัดเก็บภาษี (หรือจัดเก็บภาษีได้ในอัตราต่ำ)

สรุปและวิจารณ์

สิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน (fundamental right) ของสตรีและเด็กผู้หญิงอย่างหนึ่ง หลายประเทศต่างยอมรับและรับรองให้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน พร้อมกับดำเนินโครงการและนโยบายที่สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการขาดการส่งเสริมสนับสนุนสิทธิดังกล่าวเป็นปัญหาขั้นพื้นฐานด้านสิทธิมนุษยชน (fundamental issue of human rights) ในทำนองเดียวกันการขาดสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนอันพึงเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานย่อมไปลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นสตรีและเด็กผู้หญิงในฐานะที่เป็นมนุษย์ผู้ซึ่งควรจะได้รับผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนขั้นพื้นฐานให้เพียงพอต่อความต้องการและการดำรงชีวิต การที่รัฐหรือท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการปกป้องคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน ย่อมหมายความว่ารัฐหรือท้องถิ่นต่างยอมรับและรับรองสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน พร้อมกับยอมรับให้สตรีและเด็กผู้หญิงมีเสรีภาพ

ในการเลือกใช้ประโยชน์ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่เหมาะสมกับเนื้อตัวร่างกายของตน และยอมรับให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถที่จะเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ขั้นพื้นฐานแบบให้เปล่าที่ไม่จำเป็นต้องจ่ายเงินเพื่อแลกกับการให้ได้มาซึ่งผลิตภัณฑ์ดังกล่าว อีกประการหนึ่งสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนยังได้มีการบัญญัติรับรองหรือคุ้มครองเอาไว้ตามกฎหมายในบางประเทศ (เช่น กฎหมายสหรัฐอเมริกาและกฎหมายสกอตแลนด์) ที่กฎหมายเหล่านี้กำหนดมาตรการทางกฎหมายที่สำคัญสำหรับสนับสนุนให้สตรีและเด็กผู้หญิงมีสิทธิดังกล่าวและใช้สิทธิดังกล่าวได้อย่างสะดวกและปลอดภัย ทำนองเดียวกันรัฐและท้องถิ่นต้องเปิดกว้างให้สตรีและเด็กผู้หญิงมีสิทธิดังกล่าวได้โดยรัฐและท้องถิ่นต้องไม่พึงกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดอันเป็นการสร้างอุปสรรคหรือจำกัดสิทธิดังกล่าว เพราะหากรัฐหรือท้องถิ่นไปจำกัดสิทธิดังกล่าวนั้นก็หมายความว่าอาจมีผลกระทบต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของสตรีและเด็กผู้หญิงทั่วไปอันเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของสาธารณชน กฎหมายในบางประเทศกำหนดมาตรการหลักสองมาตรการด้วยกัน ได้แก่ มาตรการจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิงในสถาบันการศึกษาและมาตรการยกเว้นการจัดเก็บภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน ซึ่งการดำเนินมาตรการทั้งสองนี้มักจะทำควบคู่กันไปและดำเนินการควบคู่อย่างสัมพันธ์กัน เพราะทั้งสองมาตรการเองต่างส่งเสริมให้สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนได้ง่ายและปราศจากค่าใช้จ่าย (หรือสร้างภาระด้านค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด) โดยการบัญญัติกฎหมายหรือจัดทำร่างกฎหมายควบคู่ไปกับดำเนินโครงการของรัฐหรือท้องถิ่นหลายมลรัฐในสหรัฐอเมริกา เพื่อจัดหาผ้าอนามัยอันเป็นปัจจัยพื้นฐานให้เพียงพอต่อความต้องการของสตรีและเด็กผู้หญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กผู้หญิงที่กำลังศึกษาในสถาบันการศึกษาของรัฐบาล (เช่น มลรัฐแคลิฟอร์เนีย) หรือผู้ต้องขังที่ถูกคุมขังในเรือนจำ (เช่น มลรัฐแอริโซนา) โดยที่สตรีและเด็กผู้หญิงกลุ่มนี้เองที่มีแนวโน้มจะมาจากครอบครัวขาดแคลนทุนทรัพย์ (มีความเป็นไปได้ที่จะมีภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือนค่อนข้างสูง) หรืออาจเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนอย่างยากลำบาก ในทางกลับกันการบัญญัติกฎหมายหรือจัดทำร่างกฎหมายควบคู่ไปกับดำเนินโครงการในบางประเทศ (เช่น ประเทศสกอตแลนด์) กลับดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเพื่อตอบสนองความต้องการของสตรีและเด็กผู้หญิงทุกคนในสังคม (every woman) มิใช่เพื่อตอบสนองความต้องการหรือความขาดแคลนเฉพาะกลุ่มเด็กผู้หญิงที่เป็นนักเรียนในสถาบันการศึกษาของรัฐหรือกลุ่มนักโทษหญิงในเรือนจำเพียงเท่านั้น

อย่างไรก็ดี หลายประเทศ (รวมทั้งประเทศไทย) ไม่มีการกำหนดมาตรการเฉพาะสนับสนุนส่งเสริมสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน แม้ว่าจะไม่มีการชุมนุมเรียกร้องสิทธิหรือเรียกร้องให้รัฐบาลสนับสนุนส่งเสริมสิทธิดังกล่าวอย่างเป็นทางการก็ตาม ตลอดจนขาดการสำรวจความเดือดร้อนอันเนื่องมาจากความขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน อีกทั้งการขาดการวางมาตรการที่เหมาะสมก็ย่อมทำให้ไม่อาจเกิดการจัดการ

ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเพื่อการส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมานี้ การวางมาตรการเพื่อใช้ส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนอาจกลายเป็นสิ่งจำเป็นในการปกป้องสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่เป็นของสตรีและเด็กผู้หญิงทุกคน ซึ่งการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการส่งเสริมสนับสนุนดังกล่าวควรดำเนินการควบคู่กับการณรงค์เสริมสร้างความรู้ให้ประชาชนทั่วไป (ทั้งเพศชายและเพศหญิง) ให้ตระหนักถึงการดำรงอยู่ของสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน

เอกสารอ้างอิง

- ActionAid UK. (2020). Period poverty. Available at <https://www.actionaid.org.uk/about-us/what-we-do/womens-economic-empowerment/period-poverty> Retrieved on March 24, 2020.
- American Civil Liberties Union. (2019). The Unequal Price of Periods: Menstrual Equity in the United States. Available at https://www.aclu.org/sites/default/files/field_document/111219-sj-periodequity.pdf Retrieved on March 24, 2020.
- American Medical Women's Association. (2019). Period Poverty. Available at <https://www.amwa-doc.org/period-poverty/> Retrieved on March 24, 2020.
- Bringing Resources to Aid Women's Shelters. (2018). Periods, Poverty, and the Need for Policy: A Report on Menstrual Inequality in the United States. Washington, DC: University of the District of Columbia.
- California Legislative Information. (2017). AB-10 Feminine hygiene products: public school restrooms (2017-2018). Available at https://leginfo.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201720180AB10 Retrieved on March 24, 2020.
- Children and Young People's Commissioner Scotland. (2017). Ending Period Poverty A proposal for a Bill to ensure free access to sanitary products, including in schools, colleges and universities: Consultation Response. Edinburgh, UK: Children and Young People's Commissioner Scotland.
- Engender. (2019). Engender submission of evidence to the Scottish Parliament Local Government and Communities Committee Call for Evidence on the Period Products (Free Provision) (Scotland) Bill. Available at <https://www.engender.org.uk/content/publications/Engender-submission-of->

- evidence-to-the-Local-Government-and-Communities-Committee-Call-for-Evidence-on-the-Period-Products-05-11-2019.pdf Retrieved on March 24, 2020.
- Eskitaçioğlu, I. (2019). Access to Menstrual Products is a Constitutional Right. Period: On Period Poverty and the (Un) Constitutionality of Tampon Tax. Available at <https://verfassungsblog.de/access-to-menstrual-products-is-a-constitutional-right-period/> Retrieved on March 24, 2020.
- European Parliament. (2019). P8_TA (2019)0014 Gender equality and taxation policies in the EU European Parliament resolution of 15 January 2019 on gender equality and taxation policies in the EU (2018/2095(INI)). Available at https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2019-0014_EN.pdf Retrieved on March 24, 2020.
- Hartman, V. (2017). End the Bloody Taxation: Seeing Red on the Unconstitutional Tax on Tampons. Northwestern University Law Review Vol. 112, No. 2: 313–353.
- Hey Girls UK. (2019). How to Distribute Period Products. East Lothian, UK: Hey Girls UK.
- Howcroft, E. (2020). Scottish parliament approves free sanitary products for all women. Available at <https://www.reuters.com/article/us-britain-scotland-sanitary/scottish-parliament-approves-free-sanitary-products-for-all-women-idUSKBN20J1NZ> Retrieved on March 24, 2020.
- Illinois General Assembly. (2017). Bill Status of HB3215. Available at <http://www.ilga.gov/legislation/BillStatus.asp?GA=100&DocTypeID=HB&DocNum=3215&GAID=14&SessionID=91&LegID=104882> Retrieved on March 21, 2020.
- Illinois General Assembly. (2019). Bill Status of HB3215. Available at <http://www.ilga.gov/legislation/BillStatus.asp?DocNum=2656&GAID=15&DocTypeID=HB&LegID=118825&SessionID=108&GA=101> Retrieved on March 21, 2020.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2019). Month After Month: Period Poverty. Available at <https://www.ifo.org/news/month-after-month-period-poverty-0016153> Retrieved on March 21, 2020.
- LegiScan. (2019). New Hampshire Senate Bill 142 (Prior Session Legislation). Available at <https://legiscan.com/NH/text/SB142/id/1860709> Retrieved on March 21, 2020.
- Montano, E. (2018). The Bring Your Own Tampon Policy: Why Menstrual Hygiene Products Should Be Provided for Free in Restrooms. University of Miami Law Review Vol. 73, No. 2: 370-411.
- Nobel Peace Center. (2020). When period poverty has become an accepted term – we've got a problem. Available at <https://www.nobelpeacecenter.org/en/news/when-period-poverty-has-become-an-accepted-term-we-got-a-problem> Retrieved on March 25, 2020.

- PHS Group. (2019). Lifting the lid on period poverty: Period poverty research. Caerphilly, UK: phs Group.
- Plan International UK. (2018). Break the Barriers: Girls' Experiences of Menstruation in the UK. London, UK: Plan International UK.
- Scottish Parliament. (2019). Period Products (Free Provision) (Scotland) Bill. Available at <https://www.parliament.scot/parliamentarybusiness/Bills/111383.aspx> Retrieved on March 24, 2020.
- Scottish Parliament. (2019). Proposed Sanitary Products (Free Provision) (Scotland) Bill - Monica Lennon MSP: Summary of Consultation Responses. Available at https://www.parliament.scot/S5MembersBills/Consultation_Summary_FINAL.pdf Retrieved on March 24, 2020.
- Seely, A. (2020). VAT on sanitary protection. London, UK: House of Commons Library.
- Simavi. (2018). Menstrual Health: Training Manual. Amsterdam, Netherlands: Simavi.
- State Government of Victoria Australia. (2019). Free sanitary pads and tampons in all public schools. Available at <https://www.education.vic.gov.au/about/programs/Pages/free-sanitary-pads.aspx> Retrieved on March 24, 2020.
- Tull, K. (2019). Period poverty impact on the economic empowerment of women. K4D Helpdesk Report 536. Brighton, UK: Institute of Development Studies.
- Uhrig, N. (2017). Equality and Human Rights Commission Response to the Ending Period Poverty Consultation by Monica Lennon MSP. Glasgow, UK: Equality and Human Rights Commission.
- Unite House. (2018). Unite demands Period Dignity. Available at <https://unitetheunion.org/campaigns/unite-demands-period-dignity/> Retrieved on March 23, 2020.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2014). Good policy and practice in health education. Booklet 9: Puberty education and menstrual hygiene management. Paris, France: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- United Nations Children's Fund. (2019). Guidance on Menstrual Health and Hygiene. New York, NY: United Nations Children's Fund.
- United Nations Population Fund. (2019). Menstruation and human rights - Frequently asked questions. Available at <https://www.unfpa.org/menstruationfaq#> Retrieved on March 24, 2020.
- Vora, S. (2017). Tackling Period Poverty Report. Devon, UK: No More Taboo.

The women and girls' right of access menstrual hygiene products

Assist. Prof. Pedithep Youyuenyong*

Abstract

The right to access menstrual products guarantees that every woman and girl has the right of access to all adequate, acceptable, and affordable menstrual pads and menstrual hygiene materials (i.e. reusable pads, disposable pads, menstrual cups and tampons) related to the menstrual hygiene management (MHM) regarding the needs of menstruating girls and women and the purpose for tackling the lack of access to hygiene menstrual products due to financial constraints. This academic article seeks to consolidate in one place key women and girls' fundamental rights covering the opportunity to access hygiene sanitary products and understand the importance of good MHM to reduce the health risk of getting lack of access to safe and affordable sanitary products. It also examines the extent to which the legal aspects promote the objectives of the MHM and the focus on women and girls' rights in law and policy that the women and girls' right of access menstrual products can be interpreted within the legal frameworks that support freedom of free access to pads, tampons and other menstrual products as it applies to free pads and tampons provided by public bodies, or in a wider sense to encompass both Government's commitment to provide free pads and tampons to all women in domestic jurisdiction and circulation of free-of-charge pads and tampons at educational institutes (i.e. universities, academies, institutes, polytechnics and schools), where the menstruating women students' right of access to menstrual hygiene products like pads and tampons should be promoted by the State.

Keywords: Right of Access Menstrual Products, Rights of Women and Girls, Menstrual Hygiene Management, Financial Hardship

* Faculty of Law, Chiang Mai University, Corresponding author e-mail :
pedithep.y@cmu.ac.th

สิทธิของสตรีและเด็กผู้หญิงในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปีดิเทพ อยู่ยืนยง*

Abstract

สิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเป็นสิทธิที่ยืนยันหลักการที่ว่าสตรีและเด็กผู้หญิงทุกคนพึงมีสิทธิที่จะเข้าถึงผ้าอนามัยและผลิตภัณฑ์สุขอนามัยรอบเดือนอื่นๆ (เช่น ผ้าอนามัยใช้ซ้ำได้ ผ้าอนามัยใช้ครั้งเดียวทิ้ง ถ้วยอนามัย และผ้าอนามัยแบบสอด) ในปริมาณที่พอเพียงต่อการใช้งาน ในสนนราคาที่เหมาะสมและพอรับได้ อันเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพกับการจัดการสุขอนามัยประจำเดือน ตามความต้องการของสตรีและเด็กผู้หญิงที่กำลังมีประจำเดือนและการส่งเสริมสิทธิดังกล่าวนี้เองมีเป้าหมายที่จะจัดการกับการเผชิญภาวะขาดแคลนผ้าอนามัยอันเนื่องมาจากความยากจนของสตรีและเด็กผู้หญิง บทความวิชาการฉบับนี้มุ่งที่จะรวบรวมสิทธิขั้นพื้นฐานของสตรีและเด็กผู้หญิงว่าด้วยเรื่องโอกาสเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนและทำความเข้าใจถึงความสำคัญของการจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่ดีเพื่อที่จะลดความเสี่ยงที่จะขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่ปลอดภัยในราคาที่ยอมรับได้ บทความวิชาการฉบับนี้ยังมุ่งตรวจสอบหลักกฎหมายส่งเสริมการจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิของสตรีและเด็กผู้หญิงตามนโยบายและกฎหมายของรัฐที่ส่งเสริมสิทธิของสตรีและเด็กผู้หญิงในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนสามารถถูกตีความหมายในบทบัญญัติกฎหมายสนับสนุนเสรีภาพในการเข้าพึ่งผ้าอนามัย ผ้าอนามัยแบบสอดและผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนอื่นๆ ในทำนองที่เป็นการเข้าถึงดังกล่าวถึงเป็นการเข้าถึงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานของรัฐหรือรัฐบาลเองต้องยอมรับผูกพันจัดหาผ้าอนามัยและผ้าอนามัยแบบสอดให้เปล่าแก่ประชาชน พร้อมกับหมิ่นเวียนผลิตภัณฑ์ดังกล่าวในสถาบันการศึกษา (เช่น มหาวิทยาลัย สถาบันวิชาการ สถาบันการศึกษา วิทยาลัยอาชีวศึกษาไปลีเทคนิคและโรงเรียน) เพื่อที่ว่านักเรียนนักศึกษาจะสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนได้ในเวลาที่มีประจำเดือน

Keywords: สิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน, สิทธิของสตรีและเด็กผู้หญิง, การจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน, ความยากจน

* คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ติดต่อ e-mail : pedithep.y@cmu.ac.th

บทนำ

สิทธิด้านสุขภาพ (right to health) ได้แก่ อำนาจที่ได้รับจากกฎหมายรับรองหรือคุ้มครองแก่ปัจเจกบุคคลในอันที่จะกระทำการใดอย่างหนึ่งอย่างใดหรือไม่กระทำการใดอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมและมีชีวิตความเป็นอยู่ในสภาวะแวดล้อมด้านสาธารณสุขที่ดี (ไม่ว่าจะเป็นการกระทำการใดหรือไม่กระทำการใดจะต้องมาเกี่ยวข้องกับทรัพย์สินที่มาเป็นปัจจัยส่งเสริมสนับสนุนสุขภาพอนามัยที่ดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับทรัพย์สินที่เป็นปัจจัยที่ทำลายลดทอนสุขภาพอนามัยก็ตาม อำนาจดังกล่าวอาจมีรัฐธรรมนูญที่เป็นนุญลายลักษณะอักษรหรือกฎหมายลายลักษณ์อักษรวางหลักเกณฑ์รับรองหรือคุ้มครองอำนาจแก่ปัจเจกบุคคลในการกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดหรือไม่กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตน ซึ่งการได้รับอำนาจของปัจเจกบุคคลเช่นว่านี้เอง ทำให้ปัจเจกชนมีสิทธิเรียกร้องให้บุคคลอื่น (United Nations Population Fund, 2019) ไม่ว่าจะเป็บุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคล) กระทำการหรือไม่กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดในทางที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยต่อตนเองด้วย ตลอดจนถึงเรียกร้องให้ภาครัฐหรือหน่วยงานของรัฐ รวมไปถึงการรับรองหรือคุ้มครองปัจเจกบุคคลภายใต้กฎหมายลายลักษณ์อักษรที่วางหลักเกณฑ์เอาไว้ว่าปัจเจกบุคคลพึงอยู่อย่างปกติสุขโดยปราศจากการกีดกันหรือการเลือกปฏิบัติในลักษณะหนึ่งลักษณะใด (Tull, 2019) ในทำนองที่การกีดกันหรือการเลือกปฏิบัตินั้นไปส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยหรือความเป็นอยู่ที่ดีในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะการกีดกันหรือเลือกปฏิบัติจะกระทำต่อผู้ความแตกต่างหลากหลาย เช่น อายุ เชื้อชาติ เพศ และความทุพพลภาพ เป็นต้น

การส่งเสริมและสนับสนุนสิทธิด้านสุขภาพนั้นอาจต้องอาศัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (health product) ที่ผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้นไม่เพียงเป็นวัตถุที่ถูกผลิตขึ้นมาเพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็นต่อบางสถานการณ์ (necessary in some situations) ในการดำรงชีวิตของมนุษย์เท่านั้น (Bringing Resources to Aid Women's Shelters, 2018) หากแต่ประชาชนทั่วไปยังอาจต้องชำระราคา (cost) แก่ผู้ขายหรือทำวิธีการบางอย่างให้ได้มาซึ่งผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยต่อร่างกายและไร้ผลกระทบในทางลบต่อสุขภาพต่อประชาชนในฐานะที่ประชาชนเป็นผู้ใช้ประโยชน์จากผลิตภัณฑ์สุขภาพ เหตุนี้เองอาจตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการสนับสนุนส่งเสริมการใช้ประโยชน์ผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพด้วยกัน 2 ประการ (Children and Young People's Commissioner Scotland, 2017) (1) ประการแรก ประชาชนทั่วไปพึงมีสิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย (right to safety) จากการใช้ประโยชน์จากผลิตภัณฑ์สุขภาพ อัน

ถือเป็นสิทธิที่จะได้รับความสะอาดตามหลักสุขอนามัยและความปลอดภัยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่วางจำหน่ายในท้องตลาด และ (2) ประการที่สอง ประชาชนทั่วไปพึงมีสิทธิที่จะเข้าถึง (right to access) ผลิตภัณฑ์สุขภาพอันเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและตอบสนองต่อความต้องการทางธรรมชาติ (basic biological needs) (Plan International UK, 2018) ให้สามารถดำรงชีวิตที่ดีในสังคมได้อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ปราศจากการประจานจากประชาชนทั่วไปหรือการดูถูกดูแคลนศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จากบุคคลอื่น เมื่อได้รับผลกระทบในกรณีไม่สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อใช้งานได้ในชีวิตประจำวันเพราะเหตุแห่งความยากจน เพียงเพราะปราศจากเงินประทังชีวิตหรือไม่มีรายได้เพียงพอที่จะใช้จ่ายในการผลิตภัณฑ์สุขภาพจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ในอีกแง่มุมหนึ่งประชาชนทั่วไปย่อมมีสิทธิตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างอิสระและมีเสรีภาพที่จะเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ แต่ในอีกแง่มุมหนึ่งนั้นหากประชาชนบางส่วนที่ประสบกับความยากจนแบบปัจเจกบุคคลหรือเผชิญกับความยากจนในครัวเรือนแล้ว ก็อาจไม่มีเสรีภาพหรือความสามารถในการเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต

จากที่กล่าวมานั้นสิทธิทั้งสองประการนี้ (สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยและสิทธิที่จะเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพขั้นพื้นฐาน) ต่างมีความสำคัญเท่าเทียมกันและมีการพัฒนาสิทธิทั้งสองประการควบคู่กันตลอดมาในประเด็นเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันของสตรีและเด็กผู้หญิงประเภทหนึ่ง นั่นก็คือผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (menstrual hygiene products) สิทธิทั้งสองประการได้ถูกนำเอามากล่าวอ้างอิงในประเด็นของผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน พร้อมกับก่อให้เกิดพัฒนาการการศึกษาสิทธิเฉพาะของสตรีและเด็กผู้หญิง นั่นก็คือ สิทธิดูแลตนเองช่วงที่มีประจำเดือนโดยปราศจากความอับอายหรือความอับอายสอดดู (right to manage menstruation without shame or stigma) ในระหว่างช่วงเวลาที่ มีประจำเดือนตามธรรมชาติ (ActionAid UK, 2020)

อนึ่ง ผลิตภัณฑ์สุขภาพบางอย่างถือเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตสำหรับเพศกำเนิดหญิง (เพศสรีระหรือลักษณะทางเพศของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิดของเด็กผู้หญิงและสตรี) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (United Nations Children's Fund, 2019) ที่ถือเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับเพศกำเนิดหญิงและประชาชนที่มีประจำเดือนทุกคน เช่น ผ้าอนามัยใช้ซ้ำได้ (reusable pads) ผ้าอนามัยใช้ครั้งเดียวทิ้ง (disposable sanitary pads) ถ้วยอนามัย (menstrual cup) และผ้าอนามัยแบบสอด (tampons) (Hey Girls UK, 2019) แต่

ทว่าสตรีที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ต่อเดือนค่อนข้างต่ำกับเด็กผู้หญิงที่มาจากครอบครัวยากจน ก็อาจไม่สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่กล่าวมานี้ได้โดยง่าย ความขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่เพียงพอต่อปริมาณและระยะห่างของรอบประจำเดือนของแต่ละบุคคล ล้วนแล้วแต่เป็นเครื่องสะท้อนถึงความยากจน (Poverty) กล่าวอีกนัยหนึ่งระดับรายได้ส่วนตัวหรือรายได้ของครัวเรือนที่คิดเป็นราคาค่าเงินหรือเป็นตัวเงินในระดับต่ำนั้น ย่อมเห็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนสำหรับใช้ในชีวิตรประจำวันช่วงระยะเวลาที่มีประจำเดือนตามธรรมชาติ ความยากจนในเชิงเศรษฐกิจ (financial constraints) (International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2019) โดยระดับรายได้ของปัจเจกบุคคลหรือฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวว่ามีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนถือเป็นความขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (Period Poverty) (phs Group, 2019)

บทความวิชาการฉบับนี้มุ่งศึกษาทบทวนแนวความคิดว่าด้วยสิทธิที่กฎหมายรับรองให้แก่สตรีและเด็กผู้หญิงในอันที่จะกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดให้สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในช่วงเวลาที่มีประจำเดือน อันเป็นสิทธิที่กฎหมายบางประเทศรับรองหรือคุ้มครองให้แก่สตรีและเด็กผู้หญิงในอันที่จะเรียกร้องให้ภาครัฐหรือหน่วยงานของรัฐกระทำการบางประการให้เกิดให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในชีวิตประจำวันช่วงระยะเวลาที่มีประจำเดือนตามธรรมชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิเคราะห์การส่งเสริมให้สตรีและเด็กผู้หญิงได้รับการคุ้มครองตามสิทธิอันพึงมีพึงได้ของสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในเวลาที่ต้องการใช้งาน พร้อมวิพากษ์การสนับสนุนให้ภาครัฐและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิง (เช่น มหาวิทยาลัยและสถาบันการศึกษา) ได้มีส่วนในการจัดหาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเพื่อให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (free access to feminine sanitary products) (Montano, 2018)ท้ายที่สุดบทความวิชาการฉบับนี้ยังวิเคราะห์สิทธิของสตรีและเด็กผู้หญิงในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในฐานะที่เป็นสิทธิที่รัฐหรือหน่วยงานของรัฐต้องให้การรับรองหรือคุ้มครองอย่างเสมอภาคกันตามกฎหมาย โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมหรือกีดกันไม่ให้เข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนด้วยวิธีการต่างๆ

สิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน

สิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (right of access menstrual hygiene products) ได้แก่ สิทธิที่กฎหมายรับรองหรือคุ้มครองแก่สตรีและเด็กผู้หญิง (women and girls) เพื่อให้สตรีและเด็กผู้หญิงที่มีประจำเดือนหรือกำลังเข้าสู่การมีประจำเดือนครั้งแรกสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนชนิดและประเภทต่างๆ ได้พร้อมกับการสนับสนุนให้ของสิทธิเช่นว่านี้ดำรงอยู่ได้หรือไม่นั้นต้องมีกฎหมายสถาปนาอำนาจให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถเรียกร้องสิทธิดังกล่าวได้ (Uhrig, 2017) ในขณะที่เดียวกันก็ต้องมีกฎหมายกำหนดอำนาจอันชอบธรรมที่สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถที่จะเรียกร้องสิทธิดังกล่าวก็ได้ที่มีกฎหมายเฉพาะมารับรองหรือคุ้มครองเอาไว้ โดยกฎหมายเฉพาะก็ต้องกำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนขั้นพื้นฐาน เพื่อเป็นการประกันสิทธิของสตรีและเด็กผู้หญิงว่าจะสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในชีวิตประจำวันได้อย่างทั่วถึง เมื่อสิทธิดังกล่าวเป็นอำนาจชนิดหนึ่งตามกฎหมายซึ่งใช้คุ้มครองสตรีและเด็กผู้หญิงให้สามารถได้รับประโยชน์จากการพึงมีพึงได้ในผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนระหว่างช่วงที่มีประจำเดือนแล้ว สิทธิเช่นว่านี้ย่อมเป็นสิทธิที่จะเรียกร้องให้รัฐหรือหน่วยงานของรัฐปฏิบัติภารกิจอย่าง (positive status) สำหรับเรียกร้องให้รัฐหรือหน่วยงานของรัฐจัดหาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนขั้นพื้นฐานให้กับประชาชนที่กำลังมีประจำเดือนหรือกำลังเข้าสู่การมีประจำเดือนครั้งแรก รวมทั้งกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดทำให้ประชาชนที่กำลังมีประจำเดือนหรือกำลังเข้าสู่การมีประจำเดือนครั้งแรกสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนโดยง่ายและสะดวก ในขณะที่เดียวกันรัฐหรือหน่วยงานของรัฐพึงมีหน้าที่ (duties) ที่จะปฏิบัติภารกิจจัดให้ประชาชนที่กำลังมีประจำเดือนหรือกำลังเข้าสู่การมีประจำเดือนครั้งแรก สามารถเข้าถึงหรือได้ใช้ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนหากมีกฎหมายรับรองหรือคุ้มครองให้_เหตุนี้เองรัฐต้องมีความผูกพัน (State's commitment) เพื่อส่งเสริมสนับสนุนสิทธิของประชาชนสตรีและเด็กผู้หญิงที่มีประจำเดือนหรือกำลังเข้าสู่การมีประจำเดือนครั้งแรก ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ยินยอมพร้อมใจหรือกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อจัดให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถเปิดโอกาสให้เข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (accessible) อีกทั้งผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนต้องมีราคาที่สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงได้ (affordable)

อีกประการหนึ่ง สิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนจะได้รับการส่งเสริมสนับสนุนได้หรือไม่นั้น ก็ต้องมีการขจัดอุปสรรคที่ไม่จำเป็น (unnecessary obstacles)

(Nobel Peace Center, 2020) ผ่านการให้รัฐหรือหน่วยงานของรัฐปฏิบัติกรอย่างหนึ่งอย่างใด ต่อสตรีและเด็กผู้หญิง ในอีกทางหนึ่งรัฐหรือหน่วยงานของรัฐอาจมีหน้าที่ผูกพันในทางกฎหมาย ที่จะจัดเว้นกระทำการบางสิ่งบางอย่างที่จะทำให้สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัย ประจำเดือนขั้นพื้นฐานได้อย่างสะดวกในราคาที่เหมาะสม ผลเหตุนี้เองกฎหมายที่ให้สิทธิในการ เข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแก่สตรีและเด็กผู้หญิงของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ ทั้งใน หน่วยงานของรัฐส่วนกลางหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิง โดยกฎหมาย ส่งเสริมสนับสนุนสิทธิดังกล่าวพึงต้องให้หน่วยงานของรัฐหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องนั้น จัดเตรียมผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนให้เพียงพอต่อความต้องการในการเข้าถึงและใช้ ประโยชน์ยังสถานที่ที่มีสตรีและเด็กผู้หญิง (locations) เดินทางผ่าน อาศัย ร่วมกิจกรรมหรือ ทำงานอยู่ ทั้งนี้กฎหมายอาจกำหนดมาตรการอื่นๆ ขึ้นมาจัดอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ พร้อมกับ อำนาจความสะดวกในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ของสตรีและเด็กผู้หญิงที่กำลังมีประจำเดือน ด้วย ตัวอย่างเช่น รัฐหรือหน่วยงานของรัฐพึงเลือกสถานที่ที่เหมาะสมที่สุดเพื่อให้สตรีและ เด็กผู้หญิงเข้าถึงหรือใช้ประโยชน์จากผ้าอนามัยได้โดยง่าย ซึ่งอาจเป็นลักษณะของการจัดตั้งจุด แจกจ่ายผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่า (dispensing free sanitary products) (State Government of Victoria Australia, 2019) เช่น ร้านขายยา ศูนย์บริการชุมชน โรงพยาบาลและคลินิกสุขภาพ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าหากปราศจากกฎหมายกำหนดให้หน่วยงานของรัฐหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับสตรีและเด็กผู้หญิงจัดเตรียมผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนให้พอเพียง ต่อการเข้าถึงใช้ประโยชน์และให้สะดวกต่อการเข้าถึงในสถานที่ต่างๆ แล้ว ก็คงไม่ได้ช่วยส่งเสริม สนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน ทั้งยังไม่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงเข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมผลักดันสิทธิดังกล่าวได้อีกด้วย ในส่วนที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงจะเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริม สนับสนุนสิทธิดังกล่าวหรือไม่นั้น ต้องพิจารณาว่ามีกฎหมายส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้มีส่วนได้ส่วน เสียดังกล่าวเข้ามาเป็นแนวร่วมประกอบกิจกรรมด้วยกัน รวมทั้งปฏิบัติงานตามบทบาทของ ตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัย ประจำเดือน จึงเป็นหน้าที่ของกฎหมายที่จะกำหนดความผูกพันเฉพาะ (specific obligations) (Vora, 2017) ที่เน้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงประกอบพฤติกรรม บางอย่างหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง ในทำนองที่เป็นการแสดงออกของผู้มีส่วนได้ส่วน เสียที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิง แสดงพฤติกรรมถึงเพื่อทำให้บรรลุ

วัตถุประสงค์ที่กฎหมายส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนได้วางหลักเกณฑ์เอาไว้

อนึ่ง การใช้สิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนของสตรีและเด็กผู้หญิงนั้น ก็ต้องมีขั้นตอนกระบวนการส่งเสริมสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนด้วย เพราะจะต้องการสนับสนุนสิทธิเช่นว่านี้อาจสร้างวัฒนธรรมใหม่ท่ามกลางผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิง วัฒนธรรมใหม่นี้อาจเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่กฎหมายกำหนดเอาไว้ให้แสดงออกมาส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในรูปแบบกิจกรรมที่แตกต่างกันออกไป ตามที่กฎหมายจะกำหนดเอาไว้ โดยที่สตรีและเด็กผู้หญิงจะได้ประโยชน์จากการใช้งานหรือเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในช่วงเวลาที่มีประจำเดือน ในส่วนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงก็อาจต้องปรับพฤติกรรมกระทำการบางอย่าง (หรือดเว้นกระทำการบางอย่าง) ตามที่กฎหมายกำหนด เมื่อมีการประพฤติปฏิบัติตามวัฒนธรรมใหม่ที่เกิดขึ้นก็ย่อมเป็นการปรับพฤติกรรมของตนเพื่อให้เกิดการธำรงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (human dignity) (Simavi, 2018) ที่พึงสงวนหรือรักษาศักดิ์ศรีของความเป็นลักษณะความเป็นหญิงตามธรรมชาติหรือเพศกำเนิดในระหว่างที่สตรีและเด็กผู้หญิงมีประจำเดือน (managing period with dignity)

การเคารพต่อศักดิ์ศรีของสตรีและเด็กผู้หญิง (dignity of girls and women) (Unite House, 2018) ที่มีประจำเดือนย่อมเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าในธรรมชาติและความเป็นเพศหญิงตามกำเนิด ที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดกับสตรีและเด็กผู้หญิงทุกคนเนื่องมาจากความเป็นสตรีและเด็กผู้หญิงตามธรรมชาติของตนเอง การเคารพนับถือในศักดิ์ศรีของสตรีและเด็กผู้หญิงที่มีประจำเดือนย่อมเป็นการสนับสนุนให้เกิดความเท่าเทียมระหว่างเพศ (gender equality) (American Civil Liberties Union, 2019) ของมนุษย์ท่ามกลางความแตกต่างระหว่างเพศกำเนิดตามธรรมชาติหรือเพศภาวะที่ไม่ตรงกับเพศกำเนิด โดยรัฐหรือหน่วยงานของรัฐต้องไม่พึงอาศัยความแตกต่างในเพศกำเนิดตามธรรมชาติหรือเพศภาวะที่ไม่ตรงกับเพศกำเนิดมาใช้กีดกัน เลือกปฏิบัติหรือลดทอนคุณค่าของความเป็นสตรีและเด็กผู้หญิงตามเพศกำเนิดตามธรรมชาติลง รัฐหรือหน่วยงานของรัฐก็ต้องพึงรับรองหรือคุ้มครองศักดิ์ศรีของสตรีและเด็กผู้หญิงที่มีประจำเดือนกับพึงต้องปฏิบัติการส่งเสริมศักดิ์ศรีความเป็นสตรีเพศของสตรีและเด็กผู้หญิงที่มีประจำเดือนพร้อมกับต้องระมัดระวังและป้องกันให้ไม่เกิดการล่วงละเมิดสิทธิของสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนและศักดิ์ศรีของสตรีเพศกำเนิดที่ต้องมีประจำเดือนตามธรรมชาติ ความ

พยายามลดทอนศักดิ์ศรีของสตรีและเด็กผู้หญิงจากการที่รัฐหรือหน่วยงานของรัฐไม่ยอมจัดให้เข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนได้อย่างทั่วถึงนั้น ก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้สตรีและเด็กผู้หญิงบังเกิดความอับอายหรือถูกบุกรุกและเด็กผู้ชายพูดจาในเชิงล้อเลียนสตรีและใช้วาจาคุกคามเด็กผู้หญิงว่าด้วยเรื่องการมีประจำเดือนตามธรรมชาติก็เป็นได้ โดยเฉพาะเมื่อสตรีและเด็กผู้หญิงปราศจากผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนอันเป็นเครื่องป้องกันไม่ให้ประจำเดือนไหลหรือซึมเปื้อนในช่วงที่มีประจำเดือน

ความขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน

การส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนของสตรีและเด็กผู้หญิง โดยทั่วไปมักจะหมายถึงการมีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนพร้อมใช้อย่างเพียงพอในสถานที่ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสตรีและเด็กผู้หญิงทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยจะต้องมีการจัดหาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนให้มีจำนวนที่เพียงพอและต้องคำนึงถึงความสะอาดปลอดภัยขั้นพื้นฐานของผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่พร้อมแจกจ่ายให้สตรีและเด็กผู้หญิงใช้โดยไม่คิดมูลค่าหรือจำหน่ายในราคาถูก พร้อมทั้งหาแหล่งเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่เพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของสตรีและเด็กผู้หญิง ซึ่งแนวทางที่จะนำไปสู่การส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในทำนองนี้ นั้นอาจมีหลายองค์ประกอบทั้งด้านการมีประสิทธิภาพผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนให้มีคุณภาพและการควบคุมราคาสินค้าผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนให้เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสภาพซึ่งสตรีและเด็กผู้หญิงที่ขาดการครอบครองผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในยามที่ต้องการใช้งาน ด้วยการสนับสนุนให้เกิดความมั่นคงในการเสาะหาสินค้าหรือให้บริการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนโดยไม่คิดมูลค่าที่ให้พอเพียงแก่ความจำเป็นพื้นฐานในเวลาที่มีประจำเดือน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีความเกี่ยวข้องและเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของความเป็นสตรีและเด็กผู้หญิง ทั้งนี้การที่จะบรรลุเป้าหมายแห่งการส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพของสตรีและเด็กผู้หญิงอย่างยั่งยืนได้นั้น จำเป็นต้องมีกฎหมายสนับสนุนการเสริมสร้างความร่วมมือกันทั้งจากภาครัฐและเอกชนในประเทศ เหตุนี้เองรัฐบาลของหลายประเทศหรือองค์กรระหว่างประเทศจึงได้พยายามสร้างมาตรการกำหนดวิธีการต่อสู้กับความขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในชีวิตประจำวันของสตรีและเด็กผู้หญิงและระบบกลไกที่ทำให้แนวคิดการจัดความขาดแคลน

ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวบรรจุวัตถุประสงค์ ภายใต้ฐานแนวคิดที่ว่าด้วยความขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน

ความขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนจะถูกจัดไปได้หรือไม่นั้น จะต้องมีมาตรการหรือกลไกของรัฐมารับรองหรือคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน ที่ไม่ว่าจะเป็นสตรีหรือเด็กผู้หญิงทุกคนย่อมมีศักดิ์ศรีของความเป็นเพศหญิง สิทธิที่จะเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน เสรีภาพที่จะเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่เป็นมิตรต่อสุขภาพของตน และความเสมอภาคของระหว่างสตรีเพศและบุรุษเพศที่บุรุษเพศเองก็ต้องยอมรับความแตกต่างของกลไกทางธรรมชาติระหว่างสตรีเพศและบุรุษเพศ สิ่งเหล่านี้เองย่อมได้รับการรับรองหรือคุ้มครองตามกฎหมาย กฎหมายจึงเป็นเครื่องมือเพื่อให้ทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน พร้อมกับเป็นแนวทางส่งเสริมผลักดันให้รัฐกระทำการหรืองดเว้นกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อให้เกิดการจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (Menstrual Hygiene Management หรือ MHM) (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2014) นั้นหมายความว่า การปฏิบัติการทางกายภาพของรัฐหรือการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงดำเนินการอยู่ ต้องเป็นไปเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแนวทางที่รัฐที่ส่งเสริมให้สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนกำหนดไว้ พร้อมกับกำหนดแนวทางการจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในฐานะที่เป็นทรัพยากรจำเป็นต่อสตรีเพศอย่างมีประสิทธิภาพ

อนึ่ง ในการจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเพื่อส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนของสตรีและเด็กผู้หญิงนั้น รัฐหรือหน่วยงานของรัฐควรจัดการที่ไม่จำเป็นเพื่อไม่ให้ภาระดังกล่าวตกอยู่กับสตรีและเด็กผู้หญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อภาระดังกล่าวเป็นภาระทางการเงินที่ก่อให้เกิดรายจ่ายหรือค่าใช้จ่ายผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่ไม่จำเป็น ซึ่งในบางกรณีรัฐหรือสถาบันทางการเงินการคลังของรัฐ (ในบางประเทศ) ได้บวกภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนหรือเรียกว่าภาษีผ้าอนามัย (tampon tax) ภาษีเช่นนี้อาจทำให้สตรีและเด็กผู้หญิงต้องมีค่าใช้จ่ายผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่ไม่จำเป็นเพิ่มขึ้น โดยสตรีและเด็กผู้หญิงในฐานะผู้บริโภคก็ไม่มีทางเลือกในการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนมากนัก หากรัฐหรือสถาบันทางการเงินการคลังของรัฐต้องการสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนของสตรีและเด็กผู้หญิง ก็อาจต้อง

กำจัดการจัดเก็บภาษีผ้าอนามัย (elimination of tax on sanitary pads and tampons) ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนมีราคาที่เป็นมิตรต่อสตรีและเด็กผู้หญิงมากขึ้น ทำให้สินค้าผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนมีราคาลดลงในท้องตลาด

กฎหมายคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน

ดังที่กล่าวไปแล้วในข้างต้น สิทธิอันเป็นรากฐานของสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน ประกอบไปด้วยสิทธิที่หลากหลายที่มุ่งส่งเสริมศักดิ์ศรีความเป็นสตรีและเด็กผู้หญิงในฐานะสตรีเพศตามธรรมชาติ สิทธิอื่นๆ อันเป็นรากฐานให้สาธารณชนและปัจเจกบุคคลยอมรับนับถือว่าสตรีและเด็กผู้หญิงที่มีประจำเดือนตามสภาวะธรรมชาติมีศักดิ์ศรีในตัวเอง และมีสิทธิที่กฎหมายต้องรับรองคุ้มครองให้ ได้แก่ สิทธิด้านสุขภาพ สิทธิในร่างกายและสิทธิในความเสมอภาค ซึ่งอาจมีคำถามตามมาว่ารัฐหรือหน่วยงานของรัฐจะมีหน้าที่และภารกิจเกี่ยวกับสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่สตรีและเด็กผู้หญิงพึงได้รับตามกฎหมายได้อย่างไร การจัดวางระบบและส่งเสริมให้หน่วยงานองค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับสิทธิดังกล่าว ตลอดจนส่งเสริมดำเนินกรให้สตรีและเด็กผู้หญิงได้รับการคุ้มครองช่วยเหลือ ให้สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในเบื้องต้น เพื่อให้สตรีและเด็กผู้หญิงได้รับการคุ้มครองและดูแลจากรัฐอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

เฉพาะในบางประเทศ (ไม่ใช่หลายประเทศ) ได้ผ่านร่างกฎหมาย (Bill) หรือบัญญัติกฎหมายเป็นลายลักษณ์อักษร (Legislation) ขึ้นมาสำหรับรับรองศักดิ์ศรีและคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเอาไว้เป็นการเฉพาะ ไม่ว่าจะเป็กฎหมายระดับมลรัฐ (State-specific Legislation) ก็ดีหรือกฎหมายระดับชาติ (National Law) ก็ตาม (Eskitaşoğlu, 2019) ในขณะที่เดียวกันร่างกฎหมายหรือกฎหมายเหล่านี้ถูกจัดทำขึ้นภายใต้ฐานแนวคิดที่ว่ารัฐต้องดำเนินการอันเป็นหลักประกันว่าสตรีและเด็กผู้หญิงย่อมมีสิทธิได้รับผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนสำหรับใช้ในชีวิตประจำวันและเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนอย่างเสรี ซึ่งฐานแนวคิดนี้จะ สัมฤทธิ์ผลเพียงใดขึ้นอยู่กับกรกำหนดให้องค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงมีหน้าที่ตามที่กฎหมายบัญญัติเข้ามาส่งเสริมการมีส่วนร่วมสนับสนุนผ้าอนามัย (participatory organisations) การให้สิทธิรับผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิง (free menstrual products) ให้สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด (free

access to period products) (Engender, 2019) ตัวอย่างของประเทศที่จัดทำร่างกฎหมาย หรือบัญญัติกฎหมายลายลักษณ์อักษรขึ้นมาส่งเสริมสนับสนุนสิทธิดังกล่าว อาทิ

กฎหมายมลรัฐของสหรัฐอเมริกา

(ก) มาตรการจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิงในสถาบันการศึกษา ได้แก่ วิธีการจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิง โดยจัดสถานที่หรือจุดให้บริการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแก่สตรีและเด็กผู้หญิงที่มีประจำเดือน ทำให้สตรีและเด็กสามารถเข้าถึงและนำเอาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนไปใช้ประโยชน์เวลามีประจำเดือนได้อย่างสะดวก (Scottish Parliament, 2019) ซึ่งวิธีการดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานองค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กผู้หญิงในการจัดหาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิง เพื่อเป็นการให้ในทำนองที่ช่วยเหลือสตรีและเด็กผู้หญิงที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ ตลอดจนสนับสนุนให้สตรีและเด็กผู้หญิงประหยัดค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน เพื่อให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถมีเงินไปใช้จ่ายในชีวิตประจำวันอย่างอื่นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการเช่นว่านี้มักถูกดำเนินโดยหน่วยงานองค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการศึกษาของรัฐ เช่น โรงเรียนมัธยมต้นของรัฐ (public middle school) และโรงเรียนมัธยมปลายของรัฐ (public high schools) เป็นต้น

ตัวอย่างของมลรัฐในสหรัฐอเมริกา (U.S. States) ที่มีการดำเนินมาตรการนี้เช่น

ในปี 2017 มลรัฐอิลลินอยส์ (Illinois) ได้มีการพิจารณาและนำเสนอร่างกฎหมาย ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนหรือร่างกฎหมาย Feminine Hygiene Products Bill ซึ่งแบ่งร่างเป็น 2 ฉบับด้วยกัน ฉบับแรกร่างกฎหมาย Bill Status for HB3215 (Illinois General Assembly, 2017) กำหนดหลักการให้สถานศึกษาของรัฐดำเนินมาตรการจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิงในสถานศึกษา ซึ่งสถานศึกษาควรจัดให้สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงผ้าอนามัยในจุดที่สะดวกต่อการนำไปใช้ประโยชน์ และฉบับที่สองร่าง Bill Status for HB2656 (Illinois General Assembly, 2019) กำหนดหลักการให้หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ของรัฐดำเนินมาตรการจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่

สตรีและเด็กผู้หญิงที่เป็นคนไร้บ้าน ซึ่งหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ของรัฐควรจัดให้สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงผ้าอนามัยในจุดที่สะดวกต่อการนำไปใช้ประโยชน์

ในปี 2018 มลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California) ได้มีการพิจารณาและนำเสนอร่างกฎหมายผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนหรือร่างกฎหมาย Feminine Hygiene Products Bill (ร่างกฎหมาย Assembly Bill No. 10 CHAPTER 687) (California Legislative Information, 2017) ได้วางหลักเกณฑ์ห้าม (prohibit) สถานศึกษาของรัฐไม่ให้จัดเก็บค่า (charging) ใช้ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนภายในโรงเรียนและต้องจัดให้มีการดำเนินการจัดการให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่นักเรียนในสถานศึกษา ซึ่งหน่วยงานของท้องถิ่นและโรงเรียนของรัฐประจำแต่ละท้องถิ่นพึงปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ในร่างกฎหมายฉบับนี้และหลักการพื้นฐานของธรรมนูญมลรัฐแคลิฟอร์เนีย ในปีเดียวกัน (ปี 2018) มลรัฐแอริโซนา (Arizona) ได้พิจารณาทบทวนและนำเสนอต่อสาธารณชนว่าด้วยร่างกฎหมายผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนสำหรับผู้ต้องขังหญิงหรือร่างกฎหมาย Arizona Bill on Feminine Hygiene Products in Prison ร่างกฎหมายฉบับนี้ได้วางหลักเกณฑ์เอาไว้ว่าให้เรือนจำหรือทัณฑสถานของรัฐดำเนินการจัดการให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่นักโทษหญิงที่ถูกคุมขังในเรือนจำหรือทัณฑสถาน

ในปี 2019 มลรัฐนิวแฮมป์เชอร์ (New Hampshire) ได้พิจารณาและนำเสนอร่างกฎหมายการมีประจำเดือนหรือร่างกฎหมาย Menstruation Bill (ร่างกฎหมาย New Hampshire SB 142) (LegiScan, 2019) โดยร่างกฎหมายดังกล่าวได้วางหลักเกณฑ์เอาไว้ว่าโรงเรียนมัธยมต้นของรัฐและโรงเรียนมัธยมปลายของรัฐ ต้องจัดให้มีการดำเนินการจัดการให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่นักเรียนในบริเวณพื้นที่ห้องอาบน้ำหญิง (girl's bathrooms) และบริเวณพื้นที่ห้องน้ำชายหญิงร่วมกัน (gender-neutral bathrooms)

(ข) มาตรการยกเว้นการจัดเก็บภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน ได้แก่ วิธีการจัดให้มีการยกเว้นภาษี (เช่น ภาษีมูลค่าเพิ่มผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (value-added tax หรือ VAT) (Seely, 2020) และภาษีการขายผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (sales tax) (Hartman, 2017) เป็นต้น) เพื่อสนับสนุนและจูงใจให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนได้ โดยไม่จำเป็นต้องจ่ายเงินซื้อผลิตภัณฑ์สุขอนามัย

ประจำเดือนในราคาแพง (American Medical Women's Association, 2019) ภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนยิ่งลดลงไปได้มากแค่ไหน ก็ยิ่งหมายถึงราคาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนก็จะต่ำลงตามไปด้วย กล่าวอีกนัยหนึ่งการยกเลิกไม่จัดเก็บภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนย่อมทำให้ราคาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนในท้องตลาดปรับลดลงและทำให้สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงในราคาที่พอรับได้หรือไม่แพงจนเกินไป ซึ่งในปัจจุบันมีเพียง 13 มลรัฐของสหรัฐอเมริกาที่ดำเนินมาตรการยกเว้นการจัดเก็บภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (exemption) ได้แก่ มลรัฐยูทาห์ (Utah) มลรัฐโอไฮโอ (Ohio) มลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California) มลรัฐคอนเนตทิคัต (Connecticut) มลรัฐฟลอริดา (Florida) มลรัฐอิลลินอยส์ (Illinois) มลรัฐแมริแลนด์ (Maryland) มลรัฐแมสซาชูเซตส์ (Massachusetts) มลรัฐมินนิโซตา (Minnesota) มลรัฐนิวเจอร์ซีย์ (New Jersey) มลรัฐนิวยอร์ก (New York) มลรัฐเนวาดา (Nevada) มลรัฐเพนซิลเวเนีย (Pennsylvania) และมลรัฐโรดไอแลนด์ (Rhode Island)

กฎหมายสกอตแลนด์

อดีตที่ผ่านมาสกอตแลนด์เป็นอีกประเทศหนึ่งที่รณรงค์ต่อต้านความขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนมาเป็นเวลานาน พร้อมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับกิจการสตรีและเยาวชนได้ออกมาเรียกร้องให้รัฐบาลสกอตแลนด์ให้รัฐบาลหันมาสนใจเกี่ยวกับการจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเพื่อช่วยให้สตรีและเด็กผู้หญิงที่มีฐานะยากจนได้เข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนได้อย่างสะดวก จนมาถึงปัจจุบัน (กุมภาพันธ์ 2020) รัฐบาลสกอตแลนด์ได้หันมาตอบสนองข้อเรียกร้องของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับกิจการสตรีและเยาวชน โดยหันมาจัดทำโครงการการจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน พร้อมกับออกร่างบทบัญญัติเป็นลายลักษณ์อักษร ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนหรือ Period Products (Free Provision) (Scotland) Bill 2020 (Scottish Parliament, 2019) ร่างกฎหมายฉบับนี้บรรจุหลักการสำคัญที่ว่ารัฐพึงต้องยึดหลักเสมอภาคที่ว่าสตรีและเด็กผู้หญิงที่คนที่มีประจำเดือนย่อมมีสิทธิในการเข้าผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าอย่างเสมอภาคและรัฐเองต้องจัดหาผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถเข้าถึงนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง อันเป็นไปภายใต้ฐานแนวคิดทางกฎหมายที่ว่ารัฐหรือท้องถิ่นต้องจัดให้มีผลิตภัณฑ์

สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิงที่ต้องการใช้ประโยชน์ (free period products for anyone who needs them) โดยเฉพาะอย่างยิ่งร่างกฎหมายฉบับนี้ส่งเสริมให้รัฐจัดตั้งโครงการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน (period products scheme) ที่ต้องดำเนินการให้ โรงเรียนประถมและมัธยมศึกษา (primary and secondary schools) วิทยาลัย (colleges) และมหาวิทยาลัย (universities) ทุกแห่งในประเทศสกอตแลนด์ต้องจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิงในห้องสุขาหรือห้องน้ำของสถาบันการศึกษาทุกแห่ง อีกทั้งร่างกฎหมายฉบับนี้ยังได้บรรจุปรัชญาว่าด้วยการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่ว่า การเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนต้องเป็นโดยง่ายอย่างสมเหตุสมผล (reasonably easily) กับการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนต้องเป็นไปโดยเป็นส่วนตัวอย่างสมเหตุสมผล (reasonable privacy) รวมทั้งสตรีและเด็กผู้หญิงย่อมมีเสรีภาพในการเลือกผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่สอดคล้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานและสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล

อย่างไรก็ตามประเทศสกอตแลนด์ยังไม่มีมาตรการยกเว้นการจัดเก็บภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน เพราะรัฐบาลบริติช (รัฐบาลสหราชอาณาจักร) ถือเอาว่าผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเป็นสินค้าฟุ่มเฟือย (luxury products) แม้รัฐบาลสกอตแลนด์เคยพยายามหยิบยกมาตรการยกเว้นการจัดเก็บภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนก็ตาม (Howcroft, 2020) แต่ก็ยังติดอุปสรรคที่ว่ากฎหมายสหภาพยุโรป (European Union Law) ที่ทั้งรัฐบาลบริติชและรัฐบาลสกอตแลนด์ต่างต้องยอมรับนับถือนั้นกำหนดให้ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเป็นสินค้าฟุ่มเฟือย (European Parliament, 2019) นั้นเท่ากับว่ารัฐบาลบริติชและรัฐบาลสกอตแลนด์ต้องยอมรับให้ผ้าอนามัยเป็นสินค้าฟุ่มเฟือยและต้องเก็บภาษีสินค้าฟุ่มเฟือยและเก็บภาษีในอัตราค่อนข้างสูง โดยแท้จริงแล้วผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนมีความจำเป็นสำหรับสตรีและเด็กผู้หญิงที่จำเป็นต้องใช้ในชีวิตรประจำวัน จึงสมควรที่จะตัดสินให้ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเป็นสินค้าจำเป็นทั่วไปและไม่ควรจัดเก็บภาษี (หรือจัดเก็บภาษีได้ในอัตราต่ำ)

สรุปและวิจารณ์

สิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน (fundamental right) ของสตรีและเด็กผู้หญิงอย่างหนึ่ง หลายประเทศต่างยอมรับและรับรองให้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน พร้อมกับดำเนินโครงการและนโยบายที่สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการขาดการส่งเสริมสนับสนุนสิทธิดังกล่าวเป็นปัญหาขั้นพื้นฐานด้านสิทธิมนุษยชน (fundamental issue of human rights) ในทำนองเดียวกันการขาดสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนอันพึงเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานย่อมไปลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นสตรีและเด็กผู้หญิงในฐานะที่เป็นมนุษย์ผู้ซึ่งควรจะได้รับผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนขั้นพื้นฐานให้เพียงพอต่อความต้องการและการดำรงชีวิต การที่รัฐหรือท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการปกป้องคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน ย่อมหมายความว่ารัฐหรือท้องถิ่นต่างยอมรับและรับรองสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน พร้อมกับยอมรับให้สตรีและเด็กผู้หญิงมีเสรีภาพในการเลือกใช้ประโยชน์ผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนที่เหมาะสมกับเนื้อตัวร่างกายของตน และยอมรับให้สตรีและเด็กผู้หญิงสามารถที่จะเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ขั้นพื้นฐานแบบให้เปล่าที่ไม่จำเป็นต้องจ่ายเงินเพื่อแลกกับการให้ได้มาซึ่งผลิตภัณฑ์ดังกล่าว อีกประการหนึ่งสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนยังได้มีการบัญญัติรับรองหรือคุ้มครองเอาไว้ตามกฎหมายในบางประเทศ (เช่น กฎหมายสหรัฐอเมริกาและกฎหมายสกอตแลนด์) ที่กฎหมายเหล่านี้กำหนดมาตรการทางกฎหมายที่สำคัญสำหรับสนับสนุนให้สตรีและเด็กผู้หญิงมีสิทธิดังกล่าวและใช้สิทธิดังกล่าวได้อย่างสะดวกและปลอดภัย ทำนองเดียวกันรัฐและท้องถิ่นต้องเปิดกว้างให้สตรีและเด็กผู้หญิงมีสิทธิดังกล่าวได้โดยรัฐและท้องถิ่นต้องไม่เพียงกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดอันเป็นการสร้างอุปสรรคหรือจำกัดสิทธิดังกล่าว เพราะหากรัฐหรือท้องถิ่นไปจำกัดสิทธิดังกล่าวนั้นหมายความว่าอาจมีผลกระทบต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของสตรีและเด็กผู้หญิงทั่วไปอันเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของสาธารณชน กฎหมายในบางประเทศกำหนดมาตรการหลักสองมาตรการด้วยกัน ได้แก่ มาตรการจัดให้มีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนแบบให้เปล่าแก่สตรีและเด็กผู้หญิงในสถาบันการศึกษาและมาตรการยกเว้นการจัดเก็บภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน ซึ่งการดำเนินมาตรการทั้งสองนี้มักจะทำควบคู่กันไปและดำเนินการควบคู่อย่างสัมพันธ์กัน เพราะทั้งสองมาตรการเองต่างส่งเสริมให้สตรีและเด็กผู้หญิงเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนได้โดยง่ายและปราศจากค่าใช้จ่าย (หรือสร้างภาระด้าน

ค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด) โดยการบัญญัติกฎหมายหรือจัดทำร่างกฎหมายควบคู่ไปกับดำเนินโครงการของรัฐหรือท้องถิ่นหลายมลรัฐในสหรัฐอเมริกา เพื่อจัดหาผ้าอนามัยอันเป็นปัจจัยพื้นฐานให้เพียงพอต่อความต้องการของสตรีและเด็กผู้หญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กผู้หญิงที่กำลังศึกษาในสถาบันการศึกษาของรัฐบาล (เช่น มลรัฐแคลิฟอร์เนีย) หรือผู้ต้องขังที่ถูกคุมขังในเรือนจำ (เช่น มลรัฐแอริโซนา) โดยที่สตรีและเด็กผู้หญิงกลุ่มนี้เองที่มีแนวโน้มจะมาจากครอบครัวขาดแคลนทุนทรัพย์ (มีความเป็นไปได้ที่จะมีภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือนค่อนข้างสูง) หรืออาจเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนอย่างยากลำบาก ในทางกลับกันการบัญญัติกฎหมายหรือจัดทำร่างกฎหมายควบคู่ไปกับดำเนินโครงการในบางประเทศ (เช่น ประเทศสกอตแลนด์) กลับดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเพื่อตอบสนองความต้องการของสตรีและเด็กผู้หญิงทุกคนในสังคม (every woman) มิใช่เพื่อเพื่อตอบสนองความต้องการหรือความขาดแคลนเฉพาะกลุ่มเด็กผู้หญิงที่เป็นนักเรียนในสถาบันการศึกษาของรัฐหรือกลุ่มนักโทษหญิงในเรือนจำเพียงเท่านั้น

อย่างไรก็ดี หลายประเทศ (รวมทั้งประเทศไทย) ไม่มีการกำหนดมาตรการเฉพาะสนับสนุนส่งเสริมสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน แม้ว่าจะไม่มีการชุมนุมเรียกร้องสิทธิหรือเรียกร้องให้รัฐบาลสนับสนุนส่งเสริมสิทธิดังกล่าวอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมก็ตาม ตลอดจนขาดการสำรวจความเดือดร้อนอันเนื่องมาจากความขาดแคลนผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน อีกทั้งการขาดการวางมาตรการที่เหมาะสมก็ย่อมทำให้ไม่อาจเกิดการจัดการผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนเพื่อการส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุผลดังกล่าวมานี้ การวางมาตรการเพื่อใช้ส่งเสริมสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือนอาจกลายเป็นสิ่งจำเป็นในการปกป้องสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่เป็นของสตรีและเด็กผู้หญิงทุกคน ซึ่งการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการส่งเสริมสนับสนุนดังกล่าวควรดำเนินการควบคู่กับการรณรงค์เสริมสร้างความรู้ให้ประชาชนทั่วไป (ทั้งเพศชายและเพศหญิง) ให้ตระหนักถึงการดำรงอยู่ของสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยประจำเดือน

เอกสารอ้างอิง

- ActionAid UK. (2020). Period poverty. Available at <https://www.actionaid.org.uk/about-us/what-we-do/womens-economic-empowerment/period-poverty> Retrieved on March 24, 2020.
- American Civil Liberties Union. (2019). The Unequal Price of Periods: Menstrual Equity in the United States. Available at https://www.aclu.org/sites/default/files/field_document/111219-sj-periodequity.pdf Retrieved on March 24, 2020.
- American Medical Women's Association. (2019). Period Poverty. Available at <https://www.amwa-doc.org/period-poverty/> Retrieved on March 24, 2020.
- Bringing Resources to Aid Women's Shelters. (2018). Periods, Poverty, and the Need for Policy: A Report on Menstrual Inequality in the United States. Washington, DC: University of the District of Columbia.
- California Legislative Information. (2017). AB-10 Feminine hygiene products: public school restrooms (2017-2018). Available at https://leginfo.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201720180AB10 Retrieved on March 24, 2020.
- Children and Young People's Commissioner Scotland. (2017). Ending Period Poverty A proposal for a Bill to ensure free access to sanitary products, including in schools, colleges and universities: Consultation Response. Edinburgh, UK: Children and Young People's Commissioner Scotland.
- Engender. (2019). Engender submission of evidence to the Scottish Parliament Local Government and Communities Committee Call for Evidence on the Period Products (Free Provision) (Scotland) Bill. Available at <https://www.engender.org.uk/content/publications/Engender-submission-of-evidence-to-the-Local-Government-and-Communities-Committee-Call-for-Evidence-on-the-Period-Products-05-11-2019.pdf> Retrieved on March 24, 2020.
- Eskitaşoğlu, I. (2019). Access to Menstrual Products is a Constitutional Right. Period: On Period Poverty and the (Un) Constitutionality of Tampon Tax. Available at <https://verfassungsblog.de/access-to-menstrual-products-is-a-constitutional-right-period/> Retrieved on March 24, 2020.
- European Parliament. (2019). P8_TA (2019)0014 Gender equality and taxation policies in the EU European Parliament resolution of 15 January 2019 on gender equality and taxation policies in the EU (2018/2095(INI)). Available at

https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2019-0014_EN.pdf

Retrieved on March 24, 2020.

Hartman, V. (2017). End the Bloody Taxation: Seeing Red on the Unconstitutional Tax on Tampons. *Northwestern University Law Review* Vol. 112, No. 2: 313–353.

Hey Girls UK. (2019). *How to Distribute Period Products*. East Lothian, UK: Hey Girls UK.

Howcroft, E. (2020). Scottish parliament approves free sanitary products for all women.

Available at <https://www.reuters.com/article/us-britain-scotland-sanitary/scottish-parliament-approves-free-sanitary-products-for-all-women-idUSKBN20J1NZ>

Retrieved on March 24, 2020.

Illinois General Assembly. (2017). Bill Status of HB3215. Available at

<http://www.ilga.gov/Legislation/BillStatus.asp?GA=100&DocTypeID=HB&DocNum=3215&GAID=14&SessionID=91&LegID=104882> Retrieved on March 21, 2020.

Illinois General Assembly. (2019). Bill Status of HB3215. Available at

<http://www.ilga.gov/Legislation/BillStatus.asp?DocNum=2656&GAID=15&DocTypeID=HB&LegID=118825&SessionID=108&GA=101> Retrieved on March 21, 2020.

International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2019). Month After Month: Period

Poverty. Available at <https://www.figo.org/news/month-after-month-period-poverty-0016153> Retrieved on March 21, 2020.

LegiScan. (2019). New Hampshire Senate Bill 142 (Prior Session Legislation). Available at

<https://legiscan.com/NH/text/SB142/id/1860709> Retrieved on March 21, 2020.

Montano, E. (2018). The Bring Your Own Tampon Policy: Why Menstrual Hygiene

Products Should Be Provided for Free in Restrooms. *University of Miami Law Review* Vol. 73, No. 2: 370-411.

Nobel Peace Center. (2020). When period poverty has become an accepted term – we've got a problem. Available at

<https://www.nobelpeacecenter.org/en/news/when-period-poverty-has-become-an-accepted-term-we-got-a-problem> Retrieved on March 25, 2020.

phs Group. (2019). *Lifting the lid on period poverty: Period poverty research*. Caerphilly, UK: phs Group.

Plan International UK. (2018). *Break the Barriers: Girls' Experiences of Menstruation in the UK*. London, UK: Plan International UK.

Scottish Parliament. (2019). Period Products (Free Provision) (Scotland) Bill. Available at

<https://www.parliament.scot/parliamentarybusiness/Bills/111383.aspx> Retrieved on March 24, 2020.

Scottish Parliament. (2019). Proposed Sanitary Products (Free Provision) (Scotland) Bill -

Monica Lennon MSP: Summary of Consultation Responses. Available at

https://www.parliament.scot/S5MembersBills/Consultation_Summary_FINAL.pdf

Retrieved on March 24, 2020.

Seely, A. (2020). VAT on sanitary protection. London, UK: House of Commons Library.

Simavi. (2018). Menstrual Health: Training Manual. Amsterdam, Netherlands: Simavi.

State Government of Victoria Australia. (2019). Free sanitary pads and tampons in all public schools. Available at

<https://www.education.vic.gov.au/about/programs/Pages/free-sanitary-pads.aspx>

Retrieved on March 24, 2020.

Tull, K. (2019). Period poverty impact on the economic empowerment of women. K4D Helpdesk Report 536. Brighton, UK: Institute of Development Studies.

Uhrig, N. (2017). Equality and Human Rights Commission Response to the Ending Period Poverty Consultation by Monica Lennon MSP. Glasgow, UK: Equality and Human Rights Commission.

Unite House. (2018). Unite demands Period Dignity. Available at

<https://uniteunion.org/campaigns/unite-demands-period-dignity/> Retrieved

on March 23, 2020.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2014). Good policy and practice in health education. Booklet 9: Puberty education and menstrual hygiene management. Paris, France: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

United Nations Children's Fund. (2019). Guidance on Menstrual Health and Hygiene. New York, NY: United Nations Children's Fund.

United Nations Population Fund. (2019). Menstruation and human rights - Frequently asked questions. Available at <https://www.unfpa.org/menstruationfaq#> Retrieved on March 24, 2020.

Vora, S. (2017). Tackling Period Poverty Report. Devon, UK: No More Taboo.

Considerate Analysis of the Dispute Resolution Act B.E. 2562

Assoc. Prof. Viman Kritpolviman* Asst. Prof. Dr. Chittasuphang Tontipiromya**

Asst. Prof. Dr. Pongsit Aroonratanakul* Asst. Prof. Thanadchapon Kungsung*

Abstract

Mediation is a type of alternative dispute settlement that requires a third party to help, facilitate, and guide the disputed parties without authority to make a decision. Mediation has been used as a tool to decrease number of cases filed in courts. Even though mediation has been recognized in Thailand for a long time, the first law regarding mediation was just enacted in 2019, namely, the Dispute Resolution Act B.E. 2562. However, there are considerable issues of the Act, such as an issue concerning organizations which can manage mediation sessions are limited to government agencies only. Although there are citizens' mediation centers under the Act, the centers will still be under the supervision of a state agency, and it is to be observed whether the citizens' mediation centers will be practical or not. The second issue is about the qualification of mediators which is different from one state agency to another. Moreover, there is an issue concerning the expansion of limitation which should be considered how it will significantly affect mediation under the Act and how the effect differs from the interruption of prescription. Nevertheless, setting aside the practical enforcement of the Dispute Resolution Act B.E. 2562, it is crucial for the government to systematize all of the laws and regulations concerning mediation in order to reduce confusion. Moreover, the government should provide the information and knowledge about mediation to the public and seriously support citizen participation.

Keywords: alternative dispute resolution, mediation, Dispute Resolution Act

B.E.2562

* School of Law, Sukhothai Thammathirat Open University

** School of Law, Sukhothai Thammathirat Open University,

Corresponding Authorl: chittasuphang.t@gmail.com

วิเคราะห์ประเด็นสำคัญภายใต้พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ.2562

รศ.วิมาน กฤตพลวิมาน* ผศ.ดร.จิตตศุภางค์ ตันติภิรมย์**
ผศ.ดร.พงษ์สิทธิ์ อรุณรัตน์กุล* ผศ.ธนัชพร กังสังข์*

บทคัดย่อ

การไกล่เกลี่ยเป็นการระงับข้อพิพาททางเลือกที่จะต้องมีบุคคลที่สาม คือ ผู้ไกล่เกลี่ย เพื่อช่วยเหลือ ดำเนินการ และเสนอแนะแนวทางให้กับคู่กรณี โดยผู้ไกล่เกลี่ยไม่มีอำนาจในการชี้ขาดข้อพิพาท ซึ่งการไกล่เกลี่ยเป็นหนึ่งในเครื่องมือในการลดปริมาณคดีชั้นศาลที่ได้รับความนิยมอย่างมากทั่วโลก แม้ว่าประเทศไทยจะรู้จักและระงับข้อพิพาทโดยการไกล่เกลี่ยมาเป็นเวลานานแล้ว แต่กฎหมายที่บัญญัติเกี่ยวกับการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทเพิ่งจะตราขึ้นใน พ.ศ. 2562 คือ พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 อย่างไรก็ตาม พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 ก็มีประเด็นให้พิจารณา เช่น ประเด็นเกี่ยวกับหน่วยงานซึ่งดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทที่จำกัดเพียงหน่วยงานของรัฐ แม้จะมีศูนย์ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทภาคประชาชนแต่ก็อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานของรัฐ จึงทำให้เป็นที่น่าติดตามว่าในทางปฏิบัตินั้น ศูนย์ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทภาคประชาชนจะดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ หรือประเด็นเกี่ยวกับการกำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ไกล่เกลี่ย ซึ่งกฎหมายลำดับรองที่ออกโดยหน่วยงานต่างๆ ของรัฐมีความแตกต่างกันในรายละเอียด รวมถึงประเด็นเกี่ยวกับการขยายอายุความ ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่าจะส่งผลต่างจากการที่อายุความสะดุดหยุดลงอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ ทั้งนี้ ไม่ว่าการบังคับใช้พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 จะเป็นอย่างไรในทางปฏิบัติ รัฐจำเป็นต้องจัดระบบกฎหมายและกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการไกล่เกลี่ยเพื่อลดความสับสน รวมถึงการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการไกล่เกลี่ยกับประชาชน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างจริงจัง

คำสำคัญ: การระงับข้อพิพาททางเลือก ไกล่เกลี่ย พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท

พ.ศ.2562

* สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และผู้ส่งบทความ e-mail: chittasuphang.t@gmail.com

บทนำ

การระงับข้อพิพาททางเลือก (Alternative Dispute Resolution) ได้รับความนิยมเป็นอย่างมากในปัจจุบันเนื่องด้วยหลากหลายสาเหตุ เช่น กระบวนการระงับข้อพิพาททางเลือกมีความยืดหยุ่น รวดเร็ว และส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์อันดีระหว่างคู่กรณีน้อยกว่าการระงับข้อพิพาททางหลัก โดยหนึ่งในกระบวนการระงับข้อพิพาททางเลือกที่ได้รับความนิยมมาก คือ การไกล่เกลี่ย (Mediation) ซึ่งบางครั้งเรียกว่า “การประนอมข้อพิพาท” หรือเรียกรวมๆ ว่า “การไกล่เกลี่ยประนอมข้อพิพาท” โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของข้อพิพาทที่เกิดขึ้นในชุมชนระหว่างสมาชิกในชุมชนด้วยกัน ซึ่งหากจะต้องมีการฟ้องร้องนำคดีขึ้นสู่ศาล ใช้เวลายืดเยื้อยาวนาน อาจทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคู่กรณีถูกทำลายลง และส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์อันดีของสมาชิกคนอื่นๆ ในชุมชนอย่างปฏิเสธไม่ได้ การไกล่เกลี่ยจึงกลายเป็นกระบวนการระงับข้อพิพาทที่ถูกนำมาใช้ในการระงับข้อพิพาทในชุมชน โดยรัฐได้ออกข้อบังคับกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการปฏิบัติงานประนีประนอมข้อพิพาทของคณะกรรมการหมู่บ้าน พ.ศ. 2530 กฎกระทรวงว่าด้วยการไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาททางแพ่ง พ.ศ. 2553 และกฎกระทรวงว่าด้วยการไกล่เกลี่ยความผิดที่มีโทษทางอาญา พ.ศ. 2553 มาบังคับใช้ ต่อมาในวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2558 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติหลักการร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทในชุมชน พ.ศ. ซึ่งมีสาระสำคัญในการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการระงับข้อพิพาททั้งทางแพ่งและทางอาญาที่เป็นความผิด ยอมความได้และความผิดลหุโทษ โดยคนในชุมชนเอง (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2558) และได้มีการตราพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 67 ก., 2562, หน้า 1) ในที่สุด

การไกล่เกลี่ยในประเทศไทย

การไกล่เกลี่ยประนอมข้อพิพาทเป็นที่รู้จักในประเทศไทยมานานแล้ว แต่เดิมที่ไม่เคยมีนิยามความหมายของคำว่า “ไกล่เกลี่ย” ในกฎหมายไทย ดังนั้น การจะทำความเข้าใจความหมายของการไกล่เกลี่ยจึงพิจารณาจากความหมายของคำว่า “ไกล่เกลี่ย” ที่ปรากฏอยู่ในพจนานุกรม และคำนิยามที่หน่วยงานหรือนักวิชาการได้กล่าวไว้ เช่น

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 คำว่า “ไกล่เกลี่ย” หมายถึง “พูดจาให้ตกลงกัน, พูดจาให้ปรองดองกัน, ทำให้เรียบร้อย, ทำให้เสมอกัน”

สำนักกระงับข้อพิพาท สำนักงานศาลยุติธรรม คำว่า “ไกล่เกลี่ยข้อพิพาท” หมายถึง วิธีการระงับข้อพิพาทโดยบุคคลที่สามที่เรียกว่า ผู้ไกล่เกลี่ย ในการทำหน้าที่ช่วยเหลือเสนอแนะแนวทาง และหาทางออกให้กับคู่พิพาทเพื่อตกลงประนีประนอมยอมความกัน (สำนักกระงับข้อพิพาท สำนักงานศาลยุติธรรม, หน้า 15)

กองสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานศาลยุติธรรม “การไกล่เกลี่ยข้อพิพาท” เป็นวิธีการระงับข้อพิพาทโดยบุคคลที่สามซึ่งเป็นกลางในการทำหน้าที่ช่วยเหลือเสนอแนะแนวทางและหาทางออกที่คู่พิพาทน่าจะยอมรับและพึงพอใจเสนอแก่คู่พิพาท หากตกลงเห็นชอบด้วยกับข้อเสนอก็จะนำไปสู่การตกลงทำสัญญาประนีประนอมยอมความ ซึ่งจะมีผลผูกพันให้คู่พิพาทต้องปฏิบัติตาม (กองสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานศาลยุติธรรม อ้างโดย กองการต่างประเทศ สำนักงานศาลยุติธรรม, หน้า 1)

โชติช่วง ทัพวงศ์ (อดีตผู้พิพากษาอาวุโสในศาลอุทธรณ์ภาค 7) ให้คำนิยามไว้ว่า “การไกล่เกลี่ย” หมายถึง กระบวนการแก้ปัญหาข้อพิพาทโดยมีบุคคลที่สามที่เป็นคนกลางเข้าช่วยเหลือแนะนำในการเจรจาต่อรองของคู่ความเพื่อระงับข้อพิพาท (สำนักกระงับข้อพิพาท สำนักงานศาลยุติธรรม, 2555, หน้า 105)

อย่างไรก็ดี เมื่อมีการตราพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 ขึ้นนับเป็นครั้งแรกที่กฎหมายไทยได้มีการนิยามความหมายของคำว่า “การไกล่เกลี่ยข้อพิพาท” หมายความว่า การดำเนินการเพื่อให้คู่กรณีมีโอกาสเจรจาตกลงกันระงับข้อพิพาททางแพ่งและทางอาญาโดยสันติวิธีและปราศจากการวินิจฉัยชี้ขาดข้อพิพาท ทั้งนี้ ไม่รวมถึงการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทที่ดำเนินการในชั้นศาลและในชั้นการบังคับคดี (มาตรา 3 พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562) ซึ่งจะเห็นได้ว่าคำนิยามที่ปรากฏในพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 นั้นมีความหมายที่แคบกว่านิยามความหมายที่เข้าใจกันโดยทั่วไปและครอบคลุมเฉพาะการไกล่เกลี่ยนอกศาลซึ่งเป็นประเภทหนึ่งของการไกล่เกลี่ยเท่านั้น

การไกล่เกลี่ยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลักๆ ได้แก่ การไกล่เกลี่ยนอกศาล และการไกล่เกลี่ยในศาล ซึ่งการไกล่เกลี่ยนอกศาลนั้น หมายถึง กระบวนการการไกล่เกลี่ยที่เกิดขึ้นก่อนที่คดีจะขึ้นสู่ศาล ในขณะที่การไกล่เกลี่ยในศาลนั้น หมายถึง การไกล่เกลี่ยข้อพิพาทที่อยู่ระหว่างกระบวนการพิจารณาตัดสินของศาล นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีการไกล่เกลี่ยเฉพาะเรื่อง

ตามกฎหมายหรือกฎเกณฑ์อื่นๆ อีก เช่น การไกล่เกลี่ยข้อพิพาทในคดีการกระทำความรุนแรงในครอบครัว ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 การไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางแพ่งตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยการไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาททางแพ่ง พ.ศ. 2553 การไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางอาญาตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยการไกล่เกลี่ยความผิดที่มีโทษทางอาญา พ.ศ. 2553 การไกล่เกลี่ยข้อพิพาทตามระเบียบสำนักงานอัยการสูงสุดว่าด้วยการไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาทคดีอาญาในชั้นพนักงานอัยการ พ.ศ. 2555 และการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทตามข้อบังคับกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการปฏิบัติงานประนีประนอมข้อพิพาทของคณะกรรมการหมู่บ้าน พ.ศ. 2530 เป็นต้น

พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562

ตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น หลักการในคราวแรกในการร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทในชุมชน พ.ศ. (กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ, 2558) นั้นมุ่งหมายให้มีกฎหมายรองรับการระงับข้อพิพาทโดยวิธีการไกล่เกลี่ยโดยคนในชุมชนเพื่อส่งเสริมความปรองดองสมานฉันท์ที่เกิดขึ้นในชุมชนและประเทศชาติ ซึ่งเป็นสิ่งที่มี การดำเนินการอยู่แต่เดิมและได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน ทั้งยังเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบยุติธรรมชุมชนของประเทศไทย และลดจำนวนคดีที่จะขึ้นสู่ศาลอีกด้วย ต่อมาในวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2561 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. เพื่อให้เป็นกฎหมายกลางที่ครอบคลุมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางแพ่งซึ่งมีทุนทรัพย์ไม่มากนักและข้อพิพาททางอาญาบางประเภทสำหรับหน่วยงานของรัฐหรือศูนย์ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทภาคประชาชน (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2561) และในท้ายที่สุดได้มีการตราพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 ขึ้น โดยกำหนดคุณสมบัติลักษณะต้องห้าม การขึ้นทะเบียน และจริยธรรมของผู้ไกล่เกลี่ย รวมถึงกระบวนการไกล่เกลี่ยทั้งทางแพ่งและทางอาญา รวมถึงการไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางอาญาในชั้นการสอบสวน (สำนักงานตำรวจแห่งชาติเคยเสนอร่างพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยคดีอาญาในชั้นการสอบสวนของเจ้าพนักงานตำรวจ พ.ศ. และได้ขอถอนร่างพระราชบัญญัติฯ (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2560))และการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทภาคประชาชน ทั้งยังกำหนดโทษทางอาญาสำหรับผู้ไกล่เกลี่ยที่รับสินบนและผู้ที่ดีสินบนผู้ไกล่เกลี่ยด้วย

พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 เป็นกฎหมายฉบับแรกในประเทศไทยที่บัญญัติเกี่ยวกับการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทไว้เป็นการเฉพาะ ซึ่งถือว่าเป็น

ปรากฏการณ์สำคัญของการไกล่เกลี่ยในประเทศไทย โดยมุ่งหมายที่จะลดปริมาณคดีที่จะขึ้นสู่ศาล ลดปัญหาความขัดแย้งในสังคม ลดงบประมาณแผ่นดิน และเสริมสร้างสังคมให้อยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข ทั้งนี้ มีประเด็นที่น่าสนใจหลายประเด็น อาทิ

1) หน่วยงานซึ่งดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท

พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 ให้นิยามของ “หน่วยงานซึ่งดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท” หมายความว่า หน่วยงานของรัฐซึ่งดำเนินการระงับข้อพิพาท โดยวิธีการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท (มาตรา 3 พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562) ด้วยเหตุนี้ หน่วยงานซึ่งดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทไม่ว่าจะเป็นการไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางแพ่ง การไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางอาญา และการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทภาคประชาชน ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้จึงจำกัดเพียงหน่วยงานของรัฐเท่านั้น ซึ่งค่อนข้างสะท้อนแนวคิดการรวมศูนย์อำนาจของรัฐ แม้ว่าในส่วนของหมวดที่ 5 การไกล่เกลี่ยข้อพิพาทภาคประชาชน มาตรา 68 วรรคหนึ่ง จะได้บัญญัติ “ให้กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวกันเป็นศูนย์ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทภาคประชาชน เพื่อดำเนินงานเกี่ยวกับการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทภาคประชาชน” ก็ยังเป็นไปในลักษณะที่กำกับดูแลโดยหน่วยงานของรัฐ

นอกจากนั้น “หน่วยงานของรัฐ” ตามนิยามความหมายในพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 หมายความว่า “ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค สำนักงานศาลยุติธรรม สำนักงานอัยการสูงสุด หรือหน่วยงานอื่นของรัฐตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมกำหนดในกฎกระทรวง” (มาตรา 3 พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562) ซึ่งบางหน่วยงานที่กล่าวมาข้างต้นมีการดำเนินการไกล่เกลี่ยอยู่ก่อนแล้ว ทั้งนี้ หากหน่วยงานของรัฐใดประสงค์จะดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ให้แจ้งกระทรวงยุติธรรมทราบด้วย (มาตรา 5 พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562) กรณีที่น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับประชาชนที่ต้องการระงับข้อพิพาทที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ข้อพิพาทเกี่ยวกับที่ดิน (ยกเว้นข้อพิพาทเกี่ยวกับที่ดินที่เกี่ยวข้องด้วยกรรมสิทธิ์) ข้อพิพาทเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญา ข้อพิพาทเกี่ยวกับเรื่องแรงงาน หรือข้อพิพาทเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เพราะหากหน่วยงานรัฐที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าวเป็นหน่วยงานซึ่งดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทแล้ว การอำนวยความสะดวกในการดำเนินการไกล่เกลี่ยโดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของเรื่องนั้นๆ เพื่อประกอบการเจรจา

จะสะดวกยิ่งขึ้น ในทางกลับกัน การที่กฎหมายเปิดกว้างให้หน่วยงานรัฐที่ประสงค์จะดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทตามพระราชบัญญัติฯ สามารถทำได้โดยแจ้งกระทรวงยุติธรรมทราบนั้น จะทำให้มีหน่วยงานซึ่งดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทเป็นจำนวนมากทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และอาจนำไปสู่คำถามที่ว่า การดำเนินการในลักษณะนี้จะสามารถลดงบประมาณแผ่นดินตามที่ปรากฏในหมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติฯ ได้จริงหรือไม่

ยิ่งไปกว่านั้น อาจเกิดความซ้ำซ้อนในเรื่องอำนาจหน้าที่ได้ เนื่องจากพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 กำหนดให้พระราชบัญญัติดังกล่าวไม่กระทบต่อการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทของหน่วยงานของรัฐที่ดำเนินการตามหน้าที่และอำนาจของตน (มาตรา 4 พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562) ดังตัวอย่างในกรณีของการไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางอาญา เดิมนายอำเภอหรือปลัดอำเภอซึ่งเป็นเจ้าพนักงานของรัฐสามารถดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทที่เป็นความผิดที่มีโทษทางอาญาที่เป็นความผิดอันยอมความได้และไม่ใช่ความผิดเกี่ยวกับเพศ (กฎกระทรวงว่าด้วยการไกล่เกลี่ยความผิดที่มีโทษทางอาญา พ.ศ. 2553) แต่เมื่อมีการตราพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 หน่วยงานของรัฐใดๆ ก็สามารถเป็นหน่วยงานซึ่งดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางอาญาตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ได้ นอกจากนี้ คณะกรรมการหมู่บ้านก็ยังสามารถดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางอาญาที่เป็นความผิดอันยอมความได้ (ข้อบังคับกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการปฏิบัติงานประนีประนอมข้อพิพาทของคณะกรรมการหมู่บ้าน พ.ศ. 2530) เช่นกัน กรณีนี้อาจก่อให้เกิดความสับสนทั้งในส่วนของอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายและกระบวนการที่แตกต่างกันได้

2) ผู้ไกล่เกลี่ย

การกำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ไกล่เกลี่ยก็มีความสำคัญ จะเห็นได้ว่าตั้งแต่กฎกระทรวงว่าด้วยการไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาททางแพ่ง พ.ศ. 2553 ร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทในชุมชน พ.ศ. จนกระทั่งพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 มีการกำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ไกล่เกลี่ยไว้ ดังนี้

ตารางเปรียบเทียบคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ใกล้เคียง

	กฎกระทรวงว่าด้วยการใกล้เคียงและประนอมข้อพิพาททางแพ่ง พ.ศ. 2553	ร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการใกล้เคียงข้อพิพาทในชุมชน พ.ศ.	พระราชบัญญัติการใกล้เคียงข้อพิพาท พ.ศ. 2562
คุณสมบัติ	มีอายุไม่ต่ำกว่าสามสิบห้าปีบริบูรณ์ในวันสมัคร (ข้อ 4 ก. (1))	ผ่านการอบรมการใกล้เคียงระดับข้อพิพาท (มาตรา 5(1)) เป็นผู้ใกล้เคียงตามกฎหมายอื่นซึ่งผ่านการอบรมการใกล้เคียงข้อพิพาท (มาตรา 5(6))	ผ่านการอบรมการใกล้เคียงข้อพิพาทตามหลักสูตรที่คณะกรรมการพัฒนาการบริหารงานยุติธรรมแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยการพัฒนาการบริหารงานยุติธรรมแห่งชาติรับรอง (มาตรา 10 ก. (1))
	มีภูมิลำเนาตามหลักฐานทะเบียนราษฎรในเขตอำเภอที่สมัคร (ข้อ 4 ก. (2))	ได้รับความไว้วางใจเชื่อถือในการทำหน้าที่ผู้ใกล้เคียง (มาตรา 5(2))	เป็นผู้มีประสบการณ์ในด้านต่างๆ อันจะเป็นประโยชน์แก่การใกล้เคียงข้อพิพาท (มาตรา 10 ก. (2))
	เป็นบุคคลที่มีความรู้หรือมีประสบการณ์เหมาะสมกับการทำหน้าที่ใกล้เคียงและประนอมข้อพิพาท (ข้อ 4 ก. (3))	ปราศจากอคติ ไม่เลือกปฏิบัติ เป็นกลาง และเป็นอิสระในการทำหน้าที่ผู้ใกล้เคียง (มาตรา 5(3))	
ลักษณะต้องห้าม	เป็นข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่อื่นของรัฐ (ข้อ 4 ข. (1))	เคยต้องคำพิพากษาให้จำคุกหรือถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาล เว้นแต่ในความผิดอันได้กระทำโดย	เคยรับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้

	กฎกระทรวงว่าด้วยการ ไกล่เกลี่ยและประนอม ข้อพิพาททางแพ่ง พ.ศ. 2553	ร่างพระราชบัญญัติ ส่งเสริมการไกล่เกลี่ยข้อ พิพาทในชุมชน พ.ศ.	พระราชบัญญัติการ ไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562
		ประมาทหรือความผิดลหุ โทษ (มาตรา 5(4))	กระทำโดยประมาทหรือ ความผิดลหุโทษ (มาตรา 10 ข. (1))
	เป็นบุคคลล้มละลาย คน เสมือนไร้ความสามารถ หรือคนวิกลจริต หรือจิต ฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ (ข้อ 4 ข. (2))	เป็นบุคคลที่ศาลมีคำสั่งให้ เป็นคนไร้ความสามารถ คนเสมือนไร้ความสามารถ วิกลจริต จิตฟั่นเฟือน เป็น บุคคลล้มละลาย หรือเป็น ผู้มีความประพฤติไม่ เหมาะสม (มาตรา 5(5))	เป็นคนไร้ความสามารถ คนเสมือนไร้ ความสามารถ หรือคน วิกลจริตหรือจิตฟั่น เฟือนไม่สมประกอบ (มาตรา 10 ข. (2))
	เป็นผู้เคยได้รับโทษจำคุก โดยคำพิพากษาถึงที่สุด ให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษ สำหรับความผิดที่ได้ กระทำโดยประมาทหรือ ความผิดลหุโทษ (ข้อ 4 ข. (3))		เคยถูกเพิกถอนการเป็น ผู้ไกล่เกลี่ยตาม พระราชบัญญัตินี้ และ ยังไม่พ้นห้าปีนับถึงวัน ยื่นคำขอรับหนังสือ รับรองการขึ้นทะเบียน เป็นผู้ไกล่เกลี่ย (มาตรา 10 ข. (3))
	เป็นผู้ดำรงตำแหน่งทาง การเมือง กรรมการหรือ ผู้ดำรงตำแหน่งอื่นซึ่ง รับผิดชอบการบริหาร พรรคการเมือง ที่ปรึกษา พรรคการเมือง หรือ		

	กฎกระทรวงว่าด้วยการ ไกล่เกลี่ยและประนอม ข้อพิพาททางแพ่ง พ.ศ. 2553	ร่างพระราชบัญญัติ ส่งเสริมการไกล่เกลี่ยข้อ พิพาทในชุมชน พ.ศ.	พระราชบัญญัติการ ไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562
	เจ้าหน้าที่ในพรรค การเมือง (ข้อ 4 ข. (4))		
	เป็นผู้เคยถูกถอดถอนให้ พ้นจากบัญชีรายชื่อ (ข้อ 4 ข. (5))		

จากข้อมูลในตารางข้างต้นจะเห็นว่าคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ไกล่เกลี่ย เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อาจจะมีที่แตกต่างกันในส่วนของการกำหนดอายุ การอบรมการไกล่เกลี่ย ข้อพิพาท อาชีพบางประเภท และการเป็นบุคคลล้มละลาย อย่างไรก็ตาม หน่วยงานของรัฐหลายๆ หน่วยงานได้ออกประกาศหรือระเบียบเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการขึ้นทะเบียนผู้ไกล่เกลี่ยเพิ่มเติมจากที่ปรากฏในพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 แตกต่างกันอย่างออกไป เช่น **ประกาศกระทรวงยุติธรรม เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนผู้ไกล่เกลี่ย พ.ศ. 2562** ที่กำหนดอายุของผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนผู้ไกล่เกลี่ยไว้ไม่ต่ำกว่า 30 ปี บริบูรณ์ มีประสบการณ์ด้านการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทตามที่กำหนด ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือระเบียบกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพว่าด้วยการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทของศูนย์ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทภาคประชาชน พ.ศ. 2562 ที่กำหนดอายุของผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนผู้ไกล่เกลี่ยไว้ไม่ต่ำกว่า 30 ปีบริบูรณ์ มีประสบการณ์ด้านการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทตามที่กำหนด ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย เช่นเดียวกับประกาศกระทรวงยุติธรรมฯ หรือระเบียบสำนักงานศาลยุติธรรมว่าด้วยการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทตามพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 ที่กำหนดอายุของผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนผู้ไกล่เกลี่ยไว้ไม่ต่ำกว่า 30 ปีบริบูรณ์ วุฒิ การศึกษาขั้นต่ำปริญญาตรี ไม่เป็นข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม และไม่เป็นผู้พิพากษาสมทบ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม คุณสมบัติสำคัญประการหนึ่งที่ปรากฏในพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 คือ ผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนผู้ไกล่เกลี่ยตามพระราชบัญญัตินี้ จะต้องผ่านการอบรมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทตามหลักสูตรที่คณะกรรมการพัฒนาการ

บริหารงานยุติธรรมแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยการพัฒนาการบริหารงานยุติธรรมแห่งชาติ
รับรองทั้งสิ้น นับเป็นแนวทางหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการไกล่เกลี่ยในประเทศไทยให้
เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3) การขยายอายุความ

พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 ได้กำหนดเกี่ยวกับการขยาย
อายุความออกไปอีก 60 วันในกรณีที่การไกล่เกลี่ยข้อพิพาทสิ้นสุดลงโดยไม่เป็นผล หาก
ปรากฏว่าอายุความครบกำหนดไปแล้วในระหว่างการไกล่เกลี่ยหรือจะครบกำหนดภายใน
60 วันนับแต่วันที่การไกล่เกลี่ยข้อพิพาทสิ้นสุดลง (มาตรา 6 วรรคหนึ่ง พระราชบัญญัติการ
ไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562) การขยายอายุความเช่นนี้น่าจะช่วยให้คู่กรณี
ดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทกันมากยิ่งขึ้น เนื่องจากบทบัญญัตินี้ลดความกังวลเกี่ยวกับเรื่อง
อายุความไปได้ สำหรับกรณีนี้ ผู้เขียนมีข้อสังเกตว่าเหตุใดพระราชบัญญัติฉบับนี้จึงกำหนดให้
มีการขยายอายุความในกรณีดังกล่าวแทนที่จะกำหนดให้อายุความสะดุดหยุดลงเช่นที่
ปรากฏในกฎกระทรวงว่าด้วยการไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาททางแพ่ง พ.ศ. 2553 (ข้อ
18 กฎกระทรวงว่าด้วยการไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาททางแพ่ง พ.ศ. 2553) ซึ่งอาจ
เป็นได้ว่าผู้ร่างพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 มุ่งหมายให้คู่กรณีเข้าสู่
กระบวนการไกล่เกลี่ยจึงกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับอายุความให้อึดต่อคู่กรณีหาก
จำเป็นต้องฟ้องร้องกันเมื่อการไกล่เกลี่ยไม่เป็นผล

อย่างไรก็ตาม ในกรณีของการไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางอาญาในชั้นการสอบสวน
พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 กำหนดให้อายุความสะดุดหยุดลงเมื่อ
พนักงานสอบสวนผู้มีอำนาจออกคำสั่งมีคำสั่งให้ไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางอาญามาตรา 44
และให้นับอายุความต่อเมื่อพนักงานสอบสวนผู้มีอำนาจออกคำสั่งมีคำสั่งให้ดำเนินคดีต่อไป
ตามมาตรา 61 (มาตรา 40 วรรคหนึ่ง พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562)

บทสรุป

พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 เป็นกฎหมายฉบับแรกของ
ประเทศไทยที่บัญญัติเกี่ยวกับการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทเป็นการเฉพาะ มีเป้าหมายเพื่อลด
ปริมาณคดีที่จะขึ้นสู่ศาล ลดปัญหาความขัดแย้ง สร้างความสมานฉันท์ในสังคม ลด

งบประมาณแผ่นดิน และเสริมสร้างสังคมให้อยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข โดยมีหน่วยงานของรัฐเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน หากรัฐต้องการให้การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติฉบับนี้มีผลสัมฤทธิ์เป็นรูปธรรม รัฐควรต้องจัดระเบียบกฎหมาย กฎเกณฑ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือทับซ้อนกันอย่างเป็นระบบ เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนและไม่ให้ทั้งเจ้าหน้าที่และประชาชนเกิดความสับสน รวมถึงเผยแพร่ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทและพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 แก่ประชาชนอย่างแพร่หลาย ยิ่งไปกว่านั้น รัฐในฐานะที่เล็งควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอย่างจริงจัง เพื่อให้ภาคประชาชนสามารถขับเคลื่อนศูนย์ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทภาคประชาชนด้วยตนเองได้ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

พระราชบัญญัติ/กฎกระทรวง//ระเบียบ/ข้อบังคับ

กฎกระทรวงว่าด้วยการไกล่เกลี่ยความผิดที่มีโทษทางอาญา พ.ศ. 2553

กฎกระทรวงว่าด้วยการไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาททางแพ่ง พ.ศ. 2553

ข้อบังคับกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการปฏิบัติงานประนีประนอมข้อพิพาทของคณะกรรมการ

หมู่บ้าน พ.ศ.2530

พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562

หนังสือ/ตำรา/วารสาร

กองการต่างประเทศ สำนักงานศาลยุติธรรม การไกล่เกลี่ยข้อพิพาท ฉบับไทย – อังกฤษ.

กรุงเทพมหานคร.

โชติช่วง ทัพวงศ์. “การไกล่เกลี่ยข้อพิพาทในศาล” ใน การจัดการความขัดแย้งกับการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท. สำนักกระบวนวิธีข้อพิพาท สำนักงานศาลยุติธรรม. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2555.

สำนักกรมอาชญากรรม 2 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. ความเป็นมาและประเด็นอภิปรายการพิจารณาพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 ของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ.

กรุงเทพมหานคร; 2562.

สำนักงานระงับข้อพิพาท สำนักงานศาลยุติธรรม. คู่มือการระงับข้อพิพาทสำหรับประชาชน.

กรุงเทพมหานคร.

เว็บไซต์

กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ. สืบค้นวันที่ 12 พฤษภาคม 2563 สืบค้นจาก

http://www.rlpd.go.th/rlpdnew/images/2560/SCN_0004.pdf.

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554. สืบค้นจาก

<http://www.royin.go.th/dictionary/>.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2558). สืบค้นวันที่ 14 พฤษภาคม 2563 สืบค้นจาก

http://www.cabinet.soc.go.th/soc/Program23.jsp?top_serl=99312045&key_word=%E4%A1%C5%E8%E0%A1%C5%D5%E8%C2&owner_dep=&meet_date_dd=27&meet_date_mm=01&meet_date_yyyy=2558&doc_id1=&doc_id2=&meet_date_dd2=&meet_date_mm2=&meet_date_yyyy2=.

สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2560). สืบค้นวันที่ 15 พฤษภาคม 2563 สืบค้นจาก

http://www.cabinet.soc.go.th/soc/Program23.jsp?top_serl=99323042&key_word=%E4%A1%C5%E8%E0%A1%C5%D5%E8%C2&owner_dep=&meet_date_dd=07&meet_date_mm=02&meet_date_yyyy=2560&doc_id1=&doc_id2=&meet_date_dd2=&meet_date_mm2=&meet_date_yyyy2=.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2561). สืบค้นวันที่ 15 พฤษภาคม 2563 สืบค้นจาก

http://www.cabinet.soc.go.th/soc/Program23.jsp?top_serl=99330136&key_word=%E4%A1%C5%E8%E0%A1%C5%D5%E8%C2&owner_dep=&meet_date_dd=&meet_date_mm=&meet_date_yyyy=&doc_id1=&doc_id2=&meet_date_dd2=&meet_date_mm2=&meet_date_yyyy2=.

Surveillance, prevention, and control measures of COVID-19 pandemic

Chardsumon Prutipinyo*

Abstract

In Thailand, as a strict monitoring and prevention measure of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), the Ministry of Public Health issued important guidelines as follow: 1. Prevention measure by providing face masks, providing sufficient alcohol gel or liquid type, screening for body temperature, which must not exceed 37.5 degrees Celsius; 2. Establishing physical distancing measure, by prohibiting training meetings, seminars, and other activities in which a big crowd of people gather in one place, but if necessary, using of an online system, or webinar instead, or arranging for seating to be 1 meter apart; 3. Closing of offices, in case if someone is diagnosed with coronavirus infection. Since Covid-19 is a highly contagious and life threatening disease, it is a situation affecting public order and safety, which requires strict and urgent measures to control and prevent spreading of the disease. Panic situation causes hoarding of goods by the people, therefore, the state of emergency has been declared in every area throughout the Kingdom of Thailand. The COVID-19 epidemic has created a new way of daily living (New Normal), resulting from situations where many people have to adjust their behaviors

Keywords: Surveillance prevention and control measures; Coronavirus Disease 2019;
COVID-19 pandemic

* Department of Public Health Administration, Mahidol University

E-mail: Chardsumon.pru@mahidol.ac.th

มาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การแพร่ระบาดของโควิด-19

ฉัตรสุมน พงศ์มิถิญา*

บทคัดย่อ

การปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 กระทรวงสาธารณสุขได้ให้แนวทางที่สำคัญคือ 1. การป้องกัน โดยจัดให้มีหน้ากากอนามัย จัดหาแอลกอฮอล์ชนิดเจลหรือชนิดน้ำให้เพียงพอ ตรวจวัดคัดกรองวัดอุณหภูมิของร่างกายซึ่งต้องมีอุณหภูมิไม่เกินกว่า 37.5 องศาเซลเซียส 2. การสร้างระยะห่างทางสังคมโดยที่งดการประชุมอบรมสัมมนา กิจกรรมอื่นที่มีการรวมกันของผู้คน และให้นำระบบออนไลน์มาใช้แทน การจัดเก้าอี้ให้มีระยะห่างกันอย่างน้อย 1 เมตรโดยกำหนดจุดที่นั่งให้ชัดเจน 3. การปิดสำนักงาน หากพบกรณีพบบุคลากรในสังกัดเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคที่ติดต่อได้ง่ายและเป็นอันตรายต่อชีวิต จึงเป็นสถานการณ์อันกระทบต่อความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยของประชาชนซึ่งต้องใช้มาตรการเข้มงวดและเร่งด่วนเพื่อควบคุมมิให้โรคแพร่ระบาดออกไปในวงกว้าง ประกอบกับมีการกักตุนสินค้า จึงมีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรไทย การระบาดของโควิด 19 ก่อให้เกิดชีวิตวิถีใหม่ เกิดจากสถานการณ์หลายคนต้องปรับเปลี่ยนชุดพฤติกรรม

คำสำคัญ: มาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; การแพร่ระบาดของโควิด-19

* ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: Chardsumon.pru@mahidol.ac.th

บทนำ

กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ. 2563 ตามคำแนะนำของคณะกรรมการด้านวิชาการได้ประกาศให้ยกเลิกจากการเป็นท้องถิ่นนอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) สาธารณรัฐเกาหลี (Republic of Korea) และสาธารณรัฐประชาชนจีน (People's Republic of China) รวมถึงเขตบริหารพิเศษมาเก๊า (Macao) และเขตบริหารพิเศษฮ่องกง (Hong Kong) เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ทุกรักที่ สาธารณรัฐเกาหลี (Republic of Korea) และสาธารณรัฐประชาชนจีน (People's Republic of China) รวมถึงเขตบริหารพิเศษมาเก๊า (Macao) และเขตบริหารพิเศษฮ่องกง (Hong Kong) ถือเป็นท้องถิ่นนอกราชอาณาจักรที่มีความพร้อมด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในการแก้ไขสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ที่อาจจะเข้ามาภายในราชอาณาจักรมีความเหมาะสม โดยที่การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศในปัจจุบันส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขต้องยกระดับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค covid-19 โดยประกาศให้เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 แล้วเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ในฐานะหน่วยงานกลางซึ่งมีภารกิจหลักในการยกระดับและประสิทธิภาพในการบริหารราชการและให้บริการของประชาชนของหน่วยงานภาครัฐเห็นว่า หากโรค COVID -19 ยังคงแพร่ระบาดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานหรือมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นแล้ว โดยอาจมีผลกระทบต่อการบริหารราชการและการให้บริการประชาชนของหน่วยงานภาครัฐได้ (สำนักงาน ก.พ.ร., 10 มีนาคม 2563) ดังนั้น เพื่อให้การบริหารราชการและการบริการประชาชนสามารถดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง บทความนี้จึงได้นำเสนอมาตรการของหน่วยงาน ภาครัฐในการบริหารราชการและให้บริการประชาชนในภาวะวิกฤติรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ

สาระสำคัญข้อเท็จจริงและข้อกฎหมาย

แม้ว่าปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ได้มีการประชาสัมพันธ์ขอความร่วมมือจากประชาชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยขอให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยง หรือสถานที่ชุมนุมทุกคนซึ่งรวมถึงสถานทำการของหน่วยงาน

ภาครัฐที่มีผู้ขอรับบริการเป็นจำนวนมาก แล้วก็ตาม แต่โดยที่การขอรับบริการภาครัฐในหลายกรณี เป็นกรณีที่กฎหมายกำหนดให้ประชาชนต้องติดต่อขอรับบริการ กับหน่วยงานของรัฐภายใต้กรอบ ระยะเวลาที่กำหนดไว้ในขณะที่การให้บริการ ภาครัฐในปัจจุบันโดยส่วนใหญ่ยังคงยึดรูปแบบใน ลักษณะที่ประชาชนต้องเดินทางมาขอรับบริการด้วยตนเองส่งผลให้ผู้ที่ต้องเดินทางมา ขอรับบริการมีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด 19 โดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) จึงได้ศึกษาและพิจารณาหาแนวทางแก้ไขและพบว่ามีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 24 เมษายน 2555 เรื่องการบริหารความพร้อมต่อ สภาวะวิกฤตได้มีการกำหนดให้หน่วยงานภาครัฐต้องจัดทำแผนบริหารความพร้อม ต่อสภาวะวิกฤตซึ่ง ครอบคลุมถึงกรณีที่เกิดภัยธรรมชาติหรือเหตุฉุกเฉินอื่นไว้แล้ว แบบแผนบริหารความพร้อมต่อสภาวะ วิกฤตดังกล่าวยังไม่เคยมีการทบทวนหรือปรับปรุงให้สอดคล้องกับสภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้ง ความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี (Digital disruption) และยังไม่ครอบคลุมถึงกรณีของการ แพร่ระบาดของโรคภัยร้ายแรง เช่น กรณีของโรคโควิด 19 จึงเห็นควรกำหนดมาตรการเตรียมความพร้อม ของหน่วยงานภาครัฐในการบริหารราชการและให้เกิดบริการประชาชนในสภาวะวิกฤติรองรับ สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังนี้

มาตรการเพื่อการปรับเปลี่ยนการให้บริการงานอนุมัติอนุญาตรับรองจดทะเบียนหรือจดทะเบียนตาม กฎหมาย (สำนักงาน ก.พ.ร., 10 มีนาคม 2563)

1. ให้หน่วยงานของรัฐที่สามารถให้บริการอนุมัติอนุญาตรับรองจดทะเบียนหรือรับจดทะเบียน ผ่าน ระบบ (e-Service) ได้แล้วในปัจจุบันเร่งประชาสัมพันธ์การให้บริการ e-Service ในทุกช่องทาง รวมถึงให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานซึ่งประจำ ณ จุดบริการ แนะนำประชาชนที่ใช้บริการโดยตรงให้ใช้ บริการผ่าน ในการติดต่อราชการครั้งต่อไป ทั้งนี้สำนักงาน ก.พ.ร. ได้ร่วมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ รายชื่องานบริการ e-Service ของภาครัฐผ่านช่องทางในความดูแลร่วมด้วย

2. มีส่วนของหน่วยงานของรัฐที่ยังไม่สามารถให้บริการอนุมัติ อนุญาตรับรองจดทะเบียนหรือ รับจดทะเบียนผ่านระบบ e-Service นั้น ให้หน่วยงานดังกล่าวกำหนดมาตรการชั่วคราวให้ใช้ช่องทาง การรับส่งเอกสารอื่นๆ แทน การให้ประชาชนเดินทางมาติดต่อด้วยตนเองเช่นการรับส่งเอกสารทาง ไปรษณีย์โทรสาร หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) โดยให้ถือว่าเอกสารหลักฐานที่รับ ส่งผ่าน ช่องทางดังกล่าวเป็นหลักฐานโดยชอบตามกฎหมายไปพลางก่อน และหากมีความจำเป็นต้องมีการ ยืนยันตัวตน และใช้เอกสารต้นฉบับแล้ว ให้เปิดช่องทางให้ประชาชนผู้ขอรับบริการสามารถยืนยัน

ตัวตนหรือเอกสารต้นฉบับแต่ละจุดให้บริการของหน่วยงานของรัฐหลังจากสถานการณ์กลับสู่ภาวะปกติได้

3. ให้สำนักงาน ก.พ.ร. ร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาดำเนินการทบทวนกฎหมาย ที่มีการกำหนดให้ต้องมีการต่ออายุใบอนุญาตสำหรับกิจการหรือการดำเนินการที่มีลักษณะต่อเนื่อง เสนอร่างพระราชกฤษฎีกาเพื่อให้ประชาชนสามารถชำระค่าธรรมเนียมต่ออายุใบอนุญาตแทนการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตด้วยตนเอง ตามนัยยะของมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558 โดยเร่งด่วนเพื่อลดภาระของประชาชนในการดำเนินการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตและลดความหนาแน่นของจำนวนผู้ขอรับบริการที่หน่วยงาน

4. ให้สำนักงาน ก.พ.ร. เร่งรัดการดำเนินงานของศูนย์รับคำขออนุญาตผ่านระบบการให้บริการภาครัฐแบบเบ็ดเสร็จทางอิเล็กทรอนิกส์ (Biz Portal) ให้สามารถให้บริการได้อย่างเต็มรูปแบบโดยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อรองรับการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ให้สมบูรณ์ ดังนี้

4.1 ให้สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) และกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทยเร่งรัดการพัฒนาระบบยืนยันตัวตนอิเล็กทรอนิกส์ (e-Authentication) โดยใช้ฐานข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก เพื่อให้หน่วยงานของรัฐสามารถใช้ยืนยันตัวตนผู้ขอรับบริการต่างๆ ของภาครัฐ และเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ ทั้งนี้ สามารถเปิดให้ภาคเอกชนผู้ให้บริการเกี่ยวกับระบบการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัลร่วม พัฒนา เพื่อทางเลือกร่วมด้วย

4.2 ให้สำนักงาน ก.พ.ร. และสำนักงาน พัฒนา รัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) เร่งรัดหน่วยงานของรัฐให้สามารถบริหารราชการและบริการประชาชนผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Service) ได้อย่างเต็มรูปแบบโดยเร่งรัดจัดทำแพลตฟอร์มดิจิทัลกลาง เพื่อให้ส่วนราชการใช้ในการบริการประชาชน และการติดต่อประสานงานระหว่างกันได้ รวมทั้งให้การรับส่งเอกสารระหว่างหน่วยงานของรัฐและประชาชน เป็นไปในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (e-Document) รวมถึงการออกใบอนุญาตอิเล็กทรอนิกส์ (e-License) ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อลดการเดินทางมาติดต่อราชการของประชาชนในสภาวะวิกฤตด้วย

4.3 ให้กรมบัญชีกลางกระทรวงการคลังกำหนดแนวทางการรับชำระเงินผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-Payment) เพื่อให้หน่วยงานของรัฐนำไปใช้รับค่าธรรมเนียมหรือเงินอื่นใดจาก

ประชาชนให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันและเพื่อให้บริการประชาชนผ่านระบบบริการอิเล็กทรอนิกส์ สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มรูปแบบ

5. ให้กรุงเทพมหานครในฐานะท้องถิ่นที่มีศักยภาพสูงดำเนินการยกระดับการบริการประชาชน ที่เป็นงานบริการจุดแจ้งเช่นการแจ้งตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรของสำนักงานเขตพื้นที่ทั้งหมดให้เป็นระบบ (e-Service) ได้อย่างสมบูรณ์ภายในปี พ.ศ. 2565 เพื่อเป็นหน่วยงานท้องถิ่นต้นแบบในการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน และเพื่อลดการเดินทางของประชาชนไปดำเนินการที่สำนักงานเขตพื้นที่ ทั้งนี้ ให้สำนักงาน ก.พ.ร. และสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) สนับสนุนการดำเนินงานของกรุงเทพมหานครด้วย

6 ให้สำนักงานตำรวจแห่งชาติพัฒนาการให้บริการประชาชน ที่ไม่ใช่งานแจ้งเหตุด่วนเหตุร้ายเช่นงานรับแจ้งบันทึกประจำวันเพื่อเป็นหลักฐาน หรือการรับแจ้งเบาะแสการกระทำความผิดให้สามารถดำเนินการผ่านระบบ e-service ได้

มาตรการเพิ่มเติมอื่นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการของหน่วยงานของรัฐและลดผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 (สำนักงาน ก.พ.ร., 10 มีนาคม 2563)

1. ให้กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มบริการทางเลือกสำหรับการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งไม่จำเป็นต้องให้แพทย์ตรวจเพิ่มเติมก่อนรับยาโดยให้ใช้บริการส่งทางไปรษณีย์หรือส่ง ผ่านบริษัทขนส่งสินค้าแทนการรับยาด้วยตนเองและให้ผู้ป่วยที่เลือกใช้บริการเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย ทั้งนี้เพื่อลดปริมาณความหนาแน่นของผู้รับบริการและลดความเสี่ยงติดเชื้อของประชาชนจากการเดินทางไปรับยาด้วยตนเอง และอาจพิจารณานำเทคโนโลยีหุ่นยนต์ (Robotics) ที่มีอยู่ในปัจจุบัน มาใช้ในการให้บริการทางการแพทย์เพื่อช่วยลดการสัมผัสระหว่างบุคลากรทางการแพทย์หรือควบคุม การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อด้วย

2. ให้กระทรวงสาธารณสุขเน้นรัดพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารหรืออุปกรณ์ มัลติมีเดีย เมื่อใช้ควบคู่กับนวัตกรรมทางการแพทย์และระบบโทรคมนาคมเฉพาะทาง รองรับระบบดูแลสุขภาพทางไกล เช่น การใช้ซอฟต์แวร์ที่มีเทคโนโลยี ปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาช่วยในการคัดกรองโรคระบบให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางไกล เพื่อให้ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3. ให้กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม เร่งรัดพัฒนาการจัดการเรียนการสอนผ่านช่องทางอื่นๆ นอกเหนือจากการเรียนที่สถานศึกษา เช่น การเรียนการสอนผ่านทางโทรทัศน์ (Education Channel) การศึกษาผ่านทางออนไลน์ ควบคู่ไปกับ

การส่งเสริมให้บุคลากรทางการศึกษาใช้เทคโนโลยีในการสอนทางไกลเพื่อรองรับกรณีที่มีความจำเป็นต้องมีการปิดสถานศึกษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

มาตรการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน

1) ให้กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มช่องทางการเข้าสู่ระบบการประเมินอาการ การดูแลตนเองเบื้องต้น Self-Screening Application ให้สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือ แนะนำการดูแลตนเองของประชาชนได้มากขึ้น รวมถึงการนำเทคโนโลยีหุ่นยนต์ (Robotics) มาใช้ในการให้บริการข้อมูลเบื้องต้น ณ ท่าอากาศยาน พื้นที่เสี่ยงหรือแหล่งชุมชน

2) ให้กระทรวงดิจิทัลเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม และสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงกิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ กสทช นำระบบ SMS มาใช้ในการแจ้งเตือนข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ให้แก่ผู้เดินทางเข้าประเทศ โดยเฉพาะผู้ที่เดินทางมาจากประเทศ กลุ่มเสี่ยง

ให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีปรับเปลี่ยนข้อความอัตโนมัติของสายด่วน 1111 ศูนย์บริการภาครัฐเพื่อประชาชน โดยกำหนดช่องทางลัดสำหรับเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็นลำดับแรกรวมทั้งเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคติดต่อในหน้าหลักของเว็บไซต์ <http://www.1111.go.th> เป็นอันดับแรกเช่นกัน เพื่อลดความกังวลของประชาชน

4. ในระยะต่อไปให้สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) เร่งรัดพัฒนาระบบ ศูนย์กลางการเข้าถึงข้อมูลและบริการภาครัฐสำหรับประชาชน (citizen portal) เพื่อใช้เป็นช่องทางหลักในการสื่อสารกับประชาชนโดยออกแบบให้สามารถปรับเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เป็นประเด็นที่ประชาชนให้ความสนใจได้

เพื่อให้มาตรการทั้งหมดข้างต้นมีการนำไปปฏิบัติและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้ดำเนินการ ดังนี้

1) ให้สำนักงาน ก.พ.ร. ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐทุกหน่วยดำเนินการทบทวนและปรับปรุงแผนการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (Business continuity plan) ตามมติ คณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2555 ให้เป็นปัจจุบัน โดยนำมาตรการที่กำหนดในข้อ 4.2.1-4.2.3 มาผนวกไว้ในแผนรวมทั้งปรับปรุงแผนให้สามารถรองรับกรณีเกิดโรคระบาดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานได้ ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนแผนการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤตนั้น ให้มุ่งเน้นการนำระบบบริการอิเล็กทรอนิกส์ (e-Service) รวมทั้งเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการบริหารงานและให้บริการประชาชนด้วย

2) ให้องค์กรของรัฐทุกแห่งจัดส่งแผนบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤตที่ปรับปรุงแล้วเสร็จให้สำนักงาน ก.พ.ร. ภายในเดือนมิถุนายน 2563 เพื่อรวบรวมเป็นข้อมูล ในการพัฒนาแนวทางการยกระดับประสิทธิภาพการบริการภาครัฐต่อไป

ด้วยว่า การควบคุมโรคติดต่อ นั้น มีกฎหมายที่สำคัญ ได้แก่ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งได้กำหนดให้มีคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เพื่อเตรียมความพร้อมและสามารถดำเนินการป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยทั่วไปอาศัยอำนาจตามมาตรา 20 มาตรา 21 และ มาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ประกอบ ข้อ 3 ข้อ 4 ของประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแต่งตั้งวาระการดำรงตำแหน่ง และการพ้นจากตำแหน่งของกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2559 โดยที่คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ได้แก่ 1) ดำเนินการตามนโยบายระบบและแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังป้องกันและการควบคุมโรคติดต่อที่คณะกรรมการกำหนด 2) จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังและโรคระบาดในเขตพื้นที่จังหวัด 3) รายงานสถานการณ์โรคติดต่อ หรือโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุ ที่อาจเป็นโรคระบาดซึ่งเกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัด อธิปไตย กรมควบคุมโรค 4) สนับสนุน ส่งเสริม ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัดแล้วรายงานต่อคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ 5) เรียกให้บุคคลใดมาให้ข้อเท็จจริง หรือแสดงความคิดเห็น มาเพื่อใช้ประกอบการพิจารณา และ 6) ดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อตามที่คณะกรรมการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย หรือตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

อย่างไรก็ตาม มาตรการเบื้องต้นเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 2019 (COVID-19) มีแนวทางปฏิบัติ กล่าวคือ (1) ผู้ที่มีอาการ ไข้ ไอ จาม น้ำมูก เจ็บคอ ต้องใส่หน้ากากอนามัย และทำความสะอาดมืออย่างสม่ำเสมอด้วยแอลกอฮอล์เจล หรือล้างมือด้วยน้ำและสบู่ โดยเฉพาะเมื่อไปบนเครื่องบิน สิ่งคัดหลั่ง (2) ผู้ที่ไม่มีอาการ แนะนำให้ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลบ่อย ๆ โดยเฉพาะก่อนสัมผัสบริเวณ ตา จมูก หรือใบหน้า และควรสวมใส่หน้ากากอนามัย เมื่อปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสหรือใกล้ชิดผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อ หรืออยู่ในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น

มาตรการและแนวทางการดำเนินการในกรณีมีเหตุจำเป็นเร่งด่วนเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับลงวันที่ 19 มีนาคม 2563)

ตามหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร 0505/ว 113 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2563 แจ้งว่า ในคราวการประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2563 คณะรัฐมนตรีพิจารณาแล้วลงมติเห็นชอบมาตรการเร่งด่วนในการป้องกันวิกฤตการณ์จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเสนอ และให้ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐทุกแห่งเร่งดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวในส่วนที่เกี่ยวข้องให้ถูกต้อง เป็นไปตามขั้นตอนของกฎหมายระเบียบ หลักเกณฑ์ และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมโดยด่วน รวมทั้งขอความร่วมมือจากภาคเอกชนให้ปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวอย่างเคร่งครัดต่อไป ประกอบกับมติที่ประชุมของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2563 เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2563 คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ได้อำนาจอำนาจตามความในมาตรา 14 (1) แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กำหนดแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคจากผู้เดินทางซึ่งมาจากท้องที่หรือเมืองท่านอกราชอาณาจักร กรณีโรคโควิด 19 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยข้อ 4 กำหนดว่าให้กรมควบคุมโรคในฐานะสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ สามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติ มาตรการ หลักเกณฑ์ วิธีการ หรือแนวทางการดำเนินการเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็นและความเหมาะสม เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับข้อ 5 กำหนดว่าในกรณีที่มีมาตรการ หลักเกณฑ์ วิธีการ หรือแนวทางที่คณะรัฐมนตรี นายกรัฐมนตรี หรือที่กระทรวงสาธารณสุขได้สั่งการหรือกำหนดในเรื่องใดไว้เป็นการเฉพาะให้ปฏิบัติตามหรือดำเนินการตามมาตรการ หลักเกณฑ์ วิธีการ หรือแนวทางนั้น กระทรวงสาธารณสุข 19 มีนาคม 2563)

ดังนั้น เพื่อให้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการได้อย่างทันท่วงที กรมควบคุมโรค ในฐานะสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ จึงเห็นควรกำหนดมาตรการและแนวทางการดำเนินการในกรณีมีเหตุจำเป็นเร่งด่วนเพื่อป้องกันการแพร่ของโรคโควิด 19 เพื่อให้ผู้ว่าราชการจังหวัดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร พิจารณาใช้อำนาจตามความในมาตรา 35 ประกอบกับมาตราอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และแจ้งให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อพิจารณาใช้อำนาจตามความในมาตรา 34 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ตามสมควรแก่กรณี โดยมีมาตรการและแนวทางการดำเนินการที่สำคัญ ดังนี้

1. กรณีสถานที่ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดการแพร่ของโรคโควิด 19 เนื่องจากอาจมีผู้ที่เป็นหรือผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคโควิด 19 ได้พำนักหรือพักอาศัย หรือเข้าไปทำกิจกรรม หรือมีภารกิจร่วมกัน ณ สถานที่ เช่น สนามมวย สนามม้า สนามกีฬา ฯลฯ สถานบันเทิง ผับ บาร์ สถานบริการอื่น และกรณีสถานที่ซึ่งมีความจำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชน เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่ม โรงแรม ศาสนสถาน หรือสถานที่ซึ่งใช้จัดกิจกรรมที่มีการรวมตัวกันของบุคคลจำนวนมาก เช่นสถานที่ซึ่งใช้จัดการประชุม อบรม สัมมนา สถานที่สอบ สถานที่ซึ่งจัดกิจกรรมตามประเพณีหรือกิจกรรมทางศาสนา ให้พิจารณาดำเนินการ ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร พิจารณาใช้อำนาจตามความในมาตรา 22 และมาตรา 28 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ประกอบกับกฎหมายหรือมาตรการของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ให้งดหรือเลื่อนการจัดกิจกรรมในสถานที่ดังกล่าวออกไปหรือกำหนดเงื่อนไขหรือมาตรการในการใช้สถานที่ดังกล่าวตามความจำเป็นและความเหมาะสม และตามสมควรแก่กรณี

2. กรณีเป็นสถานที่ซึ่งพบผู้ที่เป็นโรคโควิด 19 หรือสถานที่ซึ่งผู้ที่เป็นโรคโควิด 19 ได้พำนักหรือ พักอาศัย ทำกิจกรรม มีภารกิจ หรือเข้าไปในสถานที่นั้นภายในระยะเวลา 14 วันก่อนพบว่าบุคคลดังกล่าวเป็นโรคโควิด 19 ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร พิจารณาใช้อำนาจตามมาตรา 35 (1) แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 สั่งปิดสถานที่ดังกล่าวไว้เป็นการชั่วคราวเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน โดยให้แจ้งต่อเจ้าของ ผู้ครอบครอง หรือรับผิดชอบสถานที่ดังกล่าว

3. แนวทางปฏิบัติหรือแนวทางการป้องกันหรือควบคุมโรคซึ่งต้องแจ้งให้เจ้าของ ผู้ครอบครองผู้รับผิดชอบสถานที่ หรือผู้จัดกิจกรรมในสถานที่ ดำเนินการตามที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ ในกรณีที่กรมควบคุมโรคกำหนดมาตรการหรือแนวทางการป้องกันหรือควบคุมโรคเพิ่มเติม ให้แจ้งต่อเจ้าของ ผู้ครอบครอง ผู้รับผิดชอบสถานที่ หรือผู้จัดกิจกรรมดังกล่าวเพื่อดำเนินการตามที่กรมควบคุมโรคกำหนดเพิ่มเติมอย่างเคร่งครัดด้วยเช่นกัน

4. กรณีมีเหตุจำเป็นเร่งด่วน เพื่อป้องกันการแพร่ของโรคโควิด 19 ให้ผู้ว่าราชการจังหวัด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร พิจารณาใช้อำนาจตามความในมาตรา 35 (2) หรือ (3) แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อดำเนินการสั่งให้ผู้ที่เป็นหรือผู้ที่มีเหตุอันควร

สงสัยว่าเป็นโรคโควิด 19 หยุดประกอบอาชีพเป็นการชั่วคราว หรือ เข้าไปในสถานที่ชุมนุมชน โรงมหรสพ สถานศึกษา หรือสถานที่อื่นใด โดยให้คำสั่งมีผลใช้บังคับจนกว่าจะมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง หรือมีการยกเลิกคำสั่ง

5. เพื่อให้การป้องกันและควบคุมการแพร่ของโรคโควิด 19 รวมถึงการดำเนินการตามมาตรการและแนวทางการดำเนินการข้างต้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ให้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดหรือคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร พิจารณาใช้อำนาจตามมาตรา 22 และมาตรา 28 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ตามสมควรแก่กรณี เช่น เรียกให้บุคคลใด ๆ มาให้ข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็น หรือให้จัดส่งข้อมูลหรือเอกสารใด ๆ ที่จำเป็นหรือข้อคิดเห็นมาเพื่อใช้ประกอบการพิจารณา และในกรณีที่พบผู้ไม่ปฏิบัติตามหรือฝ่าฝืนกฎหมาย ให้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดหรือคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานครสนับสนุน ส่งเสริม และติดตามการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด

ตามหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร 0505/ว 113 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2563 แจ้งว่า ในคราวการประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2563 คณะรัฐมนตรีพิจารณาแล้วลงมติเห็นชอบมาตรการเร่งด่วนในการป้องกันวิกฤตการณ์จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเสนอ และให้ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐทุกแห่งเร่งดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวในส่วนที่เกี่ยวข้องให้ถูกต้อง เป็นไปตามขั้นตอนของกฎหมายระเบียบ หลักเกณฑ์ และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมโดยด่วน รวมทั้งขอความร่วมมือจากภาคเอกชนให้ปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวอย่างเคร่งครัดต่อไป ประกอบกับมติที่ประชุมของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติครั้งที่ 3/2563 เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2563 คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ได้อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 14 (1) แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กำหนดแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคจากผู้เดินทางซึ่งมาจากท้องที่หรือเมืองท่านอกราชอาณาจักร กรณีโรคโควิด 19 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยข้อ 4 กำหนดว่า ให้กรมควบคุมโรคในฐานะสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติ มาตรการ หลักเกณฑ์ วิธีการ หรือแนวทางการดำเนินการเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็นและความเหมาะสม เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับข้อ 5 กำหนดว่าในกรณีที่มีมาตรการ หลักเกณฑ์ วิธีการ หรือแนวทางที่คณะรัฐมนตรี นายกรัฐมนตรี หรือที่กระทรวงสาธารณสุขได้สั่งการหรือกำหนดในเรื่องใดไว้เป็นการเฉพาะ ให้ปฏิบัติตามหรือดำเนินการตามมาตรการ หลักเกณฑ์ วิธีการ หรือแนวทางนั้นเพื่อให้การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหาลุप्तสรรคที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นจากการดำเนินการ

ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ กรมควบคุมโรค ในฐานะสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ จึงเห็นควรกำหนดมาตรการและแนวทางการดำเนินการในกรณีการตรวจคัดกรอง แยกกัก กักกัน หรือ คุมไว้สังเกต เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคจากผู้เดินทางซึ่งมาจากท้องที่หรือเมืองท่า นอก ราชอาณาจักร กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2563 พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี และ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม ได้แถลงประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการใน สถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 หรือ พรก.ฉุกเฉิน เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัด ใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือ COVID -19 ซึ่งให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป

การปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค กระทรวงสาธารณสุข (23 มีนาคม 2563) ให้แนวทางดังนี้

1. การป้องกัน โดย 1) จัดให้มีหน้ากากอนามัยแก่บุคลากรในสังกัดเพื่อป้องกันการติด เชื้อระหว่างปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงาน บริเวณเคาน์เตอร์ที่ต้องให้บริการประชาชนให้สวม หน้ากากอนามัยตลอดเวลา เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน 2) จัดหาแอลกอฮอล์ชนิดเจล หรือ ชนิดน้ำให้เพียงพอทั้งบริเวณทางเข้าที่ทำการสำนักงานและเคาน์เตอร์บริการ ประชาชน 3) จัดหา เครื่องตรวจวัดอุณหภูมิของร่างกายและกำหนดจุดตรวจวัดคัดกรองวัดอุณหภูมิของร่างกาย เพื่อ ตรวจวัดบุคลากรในสังกัดและประชาชนทุกคนที่มารับบริการก่อนเข้าภายในที่ทำการสำนักงาน ใน กรณีที่พบผู้มีอุณหภูมิเกินกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ห้ามบุคคลผู้นั้นเข้าภายในที่ทำการสำนักงาน โดย แนะนำให้ไปพบแพทย์ทันที 4) เพิ่มความถี่ในการทำความสะอาด สถานที่ให้บริการประชาชน หมั่น เช็ดถูกระจกประตูบานพับประตูตู้รับรวบันได เครื่องกذبตรศิว ลิฟท์ (ถ้ามี) แก้วบริการประชาชน ห้องน้ำ และอื่น ๆ โดยให้ดำเนินการตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข 5) ดำเนินการทำความสะอาด ใหญ่ (Big cleaning) ในที่ทำการสำนักงานทุกสัปดาห์ราชการ และขอความร่วมมือประชาชนสวม หน้ากากอนามัย เมื่อมาติดต่อราชการเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. การสร้างระยะห่างทางสังคม โดยที่ 1) งดการประชุมอบรมสัมมนาหรือกิจกรรมอื่นที่ มีการรวมกันของผู้คนเป็นจำนวนมากและให้นำระบบออนไลน์มาใช้แทน กรณีที่หลีกเลี่ยงการจัด อบรม หรือการจัดเก้าอี้ของผู้อบรมหรือประชุมให้มีระยะห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร 2) จัดเก้าอี้บริการ ประชาชนให้มีระยะห่างกันอย่างน้อย 1 เมตรโดยกำหนดจุดที่นั่งให้ชัดเจน

3. การปิดสำนักงาน หากพบกรณีพบบุคลากรในสังกัดเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ให้ดำเนินการดังนี้ 1) หน่วยงานในส่วนกลางให้รายงานประธานคณะทำงาน บริหาร

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเร็วที่สุด เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง และหรือ 2) หน่วยงานในส่วนภูมิภาคให้ดำเนินการเสนอคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร

โดยที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นโรคที่ติดต่อได้ง่ายและเป็นอันตรายอย่างมากต่อชีวิตของผู้ได้รับเชื้อ ประกอบกับในขณะนี้ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคทั้งยังไม่มียารักษาโรคโดยตรง จึงมีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากทั่วโลกจนองค์การอนามัยโลกต้องประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระบาดใหญ่และขอให้ประเทศในกลุ่มอาเซียนบังคับใช้มาตรการที่เข้มงวดเด็ดขาดยิ่งขึ้น การระบาดของโรคดังกล่าว จึงเป็นสถานการณ์อันกระทบต่อความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยของประชาชนซึ่งต้องใช้มาตรการเข้มงวดและเร่งด่วนเพื่อควบคุมมิให้โรคแพร่ระบาดออกไปในวงกว้าง ประกอบกับมีการกักตุนสินค้าจำเป็นต่อการเฝ้าระวังและควบคุมติดตามการระบาด การป้องกัน และการรักษาโรค ตลอดจนการกักตุนเครื่องอุปโภคบริโภคและสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวันของประชาชน ซึ่งต้องป้องกันมิให้เกิดภาวะขาดแคลนอันจะเป็นการซ้ำเติมความเดือดร้อนของประชาชนกรณีจึงจำเป็นต้องใช้มาตรการเร่งด่วนเพื่อรักษาไว้ซึ่งความปลอดภัยของประชาชน และการดำรงชีวิตโดยปกติสุขของประชาชน (อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 5 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี) จึงให้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร สำหรับประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรงในเขตท้องที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ให้ยังคงมีผลบังคับใช้ต่อไปควบคู่กันตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 จนถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2563

ต่อมา รัฐบาลได้ขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน **คราวที่ 2** ออกไปจนถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 นั้น เพื่อที่จะได้ดำเนินบรรดามาตรการต่าง ๆ อันจำเป็นเพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด - 19 ทั้งการห้ามออกนอกเคหสถานภายในระยะเวลาที่กำหนด การจำกัดการเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร การห้ามเข้าพื้นที่เสี่ยง และการห้ามใช้อาคารหรือสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรค รวมทั้งการแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ผ่านศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด - 19 โดยหัวหน้าผู้รับผิดชอบและพนักงานเจ้าหน้าที่ในแต่ละฝ่ายได้ปฏิบัติงานตามหน้าที่และอำนาจที่ได้รับมอบหมายโดยเข้มงวด อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การระบาดของโรคดังกล่าวทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยยังไม่สิ้นสุด โดยปรากฏข้อมูลเป็นที่ประจักษ์ว่าหลายประเทศยังคงมีการระบาดและมีจำนวนผู้ติดเชื้อในระดับสูง และเมื่อได้ผ่อนคลายหรือยกเลิก

มาตรการควบคุมแล้วกลับพบการระบาดของโรคระลอกใหม่ในระดับรุนแรง ดังนั้น เพื่อให้การแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินดังกล่าวของรัฐบาลเป็นไปได้โดยมีเอกภาพ รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพเพื่อรักษาไว้ซึ่งความปลอดภัยในชีวิตของประชาชนเป็นสำคัญ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินต่อไปอีกคราวที่ 3 โดยในระหว่างนั้นรัฐบาลได้ติดตามและประเมินสถานการณ์อย่างใกล้ชิด เพื่อให้การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อดังกล่าวเป็นไปได้โดยมีประสิทธิภาพและกำหนดหรือผ่อนคลายมาตรการต่าง ๆ ตามความเหมาะสม โดยคำนึงถึงการดำรงชีวิตโดยปกติสุขของประชาชนไปพร้อมกัน

นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีตามมติเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 (อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 5 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548) จึงให้ขยายระยะเวลาการใช้บังคับประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรออกไปอีกคราวที่ 4 สำหรับประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรงในเขตท้องที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ให้ยังคงมีผลใช้บังคับต่อไปควบคู่กัน ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563 จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563

ตามที่ได้มีประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 และได้ขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินคราวที่ 5 ออกไปจนถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 นั้น และการผ่อนคลายมาตรการควบคุมการระบาดของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไปโดยไม่ผลิผลลามา เพื่อขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศฟื้นตัวขึ้นเป็นลำดับ ไม่หยุดชะงักจากการระบาดของโรคในระลอกใหม่ อันเนื่องมาจากการยุติมาตรการควบคุมโรคระบาดโดยไม่รอบคอบดังที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก

อย่างไรก็ตาม ในห้วงเวลาที่ผ่านมามีปรากฏว่า สถานการณ์การระบาดของโรคในประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะประเทศที่มีพรมแดนติดกับประเทศไทยมีความรุนแรงมากขึ้น และมีคนต่างด้าวจำนวนมากลักลอบเดินทางเข้ามาทำงานในราชอาณาจักรโดยมิได้รับอนุญาตผ่านช่องทางธรรมชาติ มิได้ผ่านช่องทางด่านตรวจคนเข้าเมือง เขตท่า สถานีหรือท้องที่ ซึ่งต้องผ่านการตรวจคัดกรองด้านสาธารณสุข ทำให้ความเสี่ยงในการติดเชื้อแบกกลุ่มก้อนโดยไม่ทราบแหล่งที่มาของโรคเพิ่มสูงขึ้นอันอาจทำให้เกิดการระบาดเป็นวงกว้างภายในประเทศได้ จึงยังมีความจำเป็นต้องควบคุมดูแลมิให้เกิดการระบาดในลักษณะดังกล่าวขึ้นในประเทศ อันจะส่งผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสาธารณสุขของประเทศ และต่อระบบเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศที่ยังอยู่ในภาวะเปราะบาง จึงมีความจำเป็นต้องขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรออกไปอีกคราวหนึ่ง เพื่อให้การแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินดังกล่าวเป็นไปได้โดยมีเอกภาพ มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว

ทันต่อสถานการณ์ โดยมุ่งรักษาไว้ซึ่งความปลอดภัยในด้านสุขภาพและชีวิตของประชาชนเป็นสำคัญ โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 5 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีตามมติเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2563 จึงให้ขยายระยะเวลาการใช้บังคับประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรออกไปอีกเป็นคราวที่ 6 สำหรับประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรงในเขตท้องที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ให้ยังคงมีผลใช้บังคับต่อไปควบคู่กันตั้งแต่วันที่ 1-31 ตุลาคม 2563

ด้วยว่าสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงมีความรุนแรง เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อทั่วโลกที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังปรากฏว่ามีการระบาดของโรคดังกล่าวอย่างรุนแรงจนควบคุมไม่ได้แล้วในหลายประเทศที่มีพรมแดนติดกับประเทศไทย แม้รัฐบาลจะได้ดำเนินการคัดกรองและตรวจโรคตามมาตรการทางสาธารณสุขอย่างเข้มงวดตามช่องทางเข้า และออกนอกราชอาณาจักรตามกฎหมายแล้วก็ตาม แต่ปรากฏว่า มีคนต่างด้าวจากประเทศที่มีการระบาดของโรคอย่างรุนแรงลักลอบเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรโดยผิดกฎหมายผ่านช่องทางธรรมชาติอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการตรวจพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อรายใหม่ในประเทศเป็นคนต่างด้าวจากประเทศที่มีการระบาดรุนแรงดังกล่าว ทำให้มีความเสี่ยงสูงมากที่อาจจะทำให้เกิดการระบาดแบบกลุ่มก้อน โดยไม่ทราบแหล่งที่มาของโรคและเป็นวงกว้างภายในประเทศได้ ประกอบกับข้อมูลทางสาธารณสุขพบว่า เชื้อโรคได้กลายพันธุ์เป็นหลายสายพันธุ์ ในขณะที่การผลิตวัคซีนและยาเพื่อการป้องกันและรักษาโรคยังไม่ประสบผลสำเร็จ

อย่างไรก็ตาม ระหว่างการใช้บังคับประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ได้มีการผ่อนคลายมาตรการบ้าง จากข้อกำหนดของนายกรัฐมนตรี หรือผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งเคยมีคำสั่งให้ปิดสถานที่ไว้เป็นการชั่วคราว สามารถเปิดดำเนินการหรือทำกิจกรรมบางอย่างเพิ่มเติมได้ตามความสมัครใจและความพร้อมในกิจกรรมด้านเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิต และกิจกรรมด้านการออกกำลังกายการดูแลสุขภาพหรือสันทนาการในวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2563 มีคำสั่งให้ 1) ผ่อนคลายการใช้อาคารสถานที่ของโรงเรียนหรือสถาบันการศึกษา 2) ผ่อนคลายให้การดำเนินการทำกิจกรรมบางอย่างได้โดยให้สถานที่หรือการดำเนินกิจกรรม¹ และการบังคับใช้นี้ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามอาจมีความผิด ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และอาจมีความผิด

¹ กำหนดในข้อ 3 (1) และ (2) และข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ฉบับที่ 10 ลงวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2563

ตามมาตรา 18 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีหรือปรับไม่เกิน 40,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ²

ชีวิตวิถีใหม่ และ ความมั่นคงทางสุขภาพ

ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) เป็นแนวทางที่เกิดจากสถานการณ์การระบาดโควิด 19 หลายคนต้องปรับเปลี่ยนชุดพฤติกรรม ทั้งการใส่หน้ากากเพื่อป้องกันโรค รวมถึงการปรับเปลี่ยนทางด้านธุรกิจต่าง ๆ ให้ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน สถานที่ให้บริการต้องมีการตรวจคัดกรองอุณหภูมิพนักงาน และผู้ใช้บริการทุกคน ต้องจัดให้มีบริการเจลแอลกอฮอล์ล้างมือบริเวณทางเข้า และตามจุดต่าง ๆ ตามความเหมาะสม จัดระบบเข้าคิวบริเวณทางเข้า ให้มีการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลโดยมีผู้ควบคุม ควบคุมจำนวนผู้เข้าใช้บริการให้เหมาะสมต่อพื้นที่ไม่ให้แออัด และมีการเว้นระยะห่างทางสังคม งดการเข้าใช้บริการเป็นกลุ่มเกิน 5 คนขึ้นไป เป็นต้น และสำหรับการจัดการสถานที่ แต่ละพื้นที่ต้องจัดให้มีระยะห่างระหว่างโต๊ะไม่น้อยกว่า 2 เมตร หรือทำฉากกั้นระหว่างโต๊ะ กำหนดจุดวางเก้าอี้สำหรับแต่ละโต๊ะ ห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร และห้ามไม่ให้มีการเคลื่อนย้ายเก้าอี้ จัดให้มีฉากกั้นระหว่างเวที หรือพื้นที่การแสดง และให้มีการเว้นระยะห่างทางสังคม และการจัดให้มีอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่มสำหรับแต่ละบุคคล โดยมีช้อนกลางและที่วางช้อนกลางส่วนตัว สำหรับผู้ใช้บริการแบบหมู่คณะ (โครงการศูนย์บริการข้อมูลภาครัฐเพื่อประชาชน 22 มิถุนายน 2563)

ในส่วนของการป้องกันอีกทางหนึ่งคือ การใช้วัคซีน ความจำเป็นประเทศไทยต้องพัฒนาขีดความสามารถในการผลิตวัคซีนได้เอง จึงมีการขับเคลื่อนจนเป็นพระราชบัญญัติความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2561 เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำคัญที่ไทยจะก้าวสู่ประเทศที่มีความมั่นคงด้านวัคซีนและภายใต้ พ.ร.บ. นี้ ได้บัญญัติมาตรา 18 สำหรับเป็นมาตรการที่ใช้ในยามฉุกเฉิน ดังนี้ “ในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉินหรือมีเหตุจำเป็น เพื่อประโยชน์สาธารณะเพื่อป้องกัน ควบคุม รักษา หรือลดความรุนแรงของโรค หรือเพื่อความมั่นคงของประเทศ ให้รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศกำหนดเรื่องหนึ่งเรื่องใด ดังต่อไปนี้ (1) การผลิตวัคซีนตามชนิดและปริมาณที่กำหนด (2)

² อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ประกอบกับข้อ 7 ของข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ.2563 และข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ฉบับที่ 10 ลงวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2563

สัดส่วนการส่งออกวัคซีนไปนอกราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวซึ่งต้องเหมาะสมกับสัดส่วนการใช้วัคซีนภายในประเทศ (3) การประกันหรือการควบคุมคุณภาพวัคซีน (4) การจัดหา การบริหารจัดการ การกระจาย การให้บริการวัคซีนหรือการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เหมาะสม (5) เรื่องอื่นที่เกี่ยวข้องกับเหตุฉุกเฉินหรือเหตุจำเป็น”

ดังนั้น เพื่อให้สามารถดำเนินงานตามมาตรา 18 ให้ประเทศมีผลิตภัณฑ์วัคซีนที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และมีปริมาณเพียงพอสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉินหรือเหตุจำเป็น การเร่งจัดหาวัคซีนโดยการจัดซื้อนำเข้า ผลิต หรือรับบริจาคจากต่างประเทศ การดำเนินการอนุมัติทะเบียนวัคซีนด้วยช่องทางพิเศษที่กระชับรวดเร็วขึ้น ควบคุมการบริหารจัดการวัคซีนในภาวะฉุกเฉินเป็นไปตามมาตรฐานสามารถให้บริการวัคซีนแก่ประชาชนได้อย่างรวดเร็ว ทั่วถึง และเป็นธรรม รวมถึงส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนาวัคซีน เพื่อให้ประเทศสามารถพึ่งพาตนเองได้ (ผาณิตา โกมลมาลย์ 2563 หน้า 8-9)

ท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 การรอคอย “วัคซีน” ในการป้องกันและควบคุมการระบาดเพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติโดยเร็ว นักวิจัยทั่วโลกต่างเร่งรัดการวิจัยพัฒนาเพื่อให้ได้มาซึ่งวัคซีนที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ความเคลื่อนไหวในระดับโลกในครั้งนี้นำแสดงสัญญาณสำคัญหลายประการให้เห็นว่าประเทศต่างๆ จำเป็นต้องมีความร่วมมือและสามัคคีกัน การดำเนินงานในเรื่องที่ยาก จึงจะสำเร็จได้ เช่น การพัฒนาวัคซีนหรือการควบคุมการระบาดแต่ละประเทศไม่สามารถทำได้โดยลำพัง ดังจะเห็นได้ว่าวัคซีนหลายชนิดที่มีความก้าวหน้า เป็นความร่วมมือระหว่างประเทศ และ ในครั้งนี้ มีความเคลื่อนไหวสำคัญในระดับโลกที่แสดงความร่วมมือโดยมุ่งมั่นในหลักการที่จะให้ประชาคมโลกมีโอกาสในการเข้าถึงวัคซีนอย่างเท่าเทียมกัน (ACT accelerator, GAVI Covax AMC, COVID 19 Technology Access Pool (C-TAP) อย่างไรก็ตาม แม้จะมีสัญญาณที่ดีที่ประเทศต่างๆ พยายามจะแสดงความร่วมมือกัน แต่ขณะเดียวกันก็ยังคงมีความเคลื่อนไหว ที่วัคซีนกลายเป็นเครื่องมือที่นำมาแข่งขันในการเมืองระหว่างประเทศ โดยการนำแนวคิดชาตินิยมเข้ามาเกี่ยวข้องกับการพัฒนาและจัดหาวัคซีนโควิดให้กับประชาชนในประเทศตน เช่น ความพยายามในการจองซื้อวัคซีนของอเมริกา ยุโรป เป็นต้น สำหรับประเทศไทย รัฐต้องดำเนินยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศอย่างมีกลยุทธ์ และมีแผนในการสร้างขีดความสามารถของประเทศเพื่อการพึ่งพาตนเองได้ด้วย ในการนี้ ประเทศไทยเลือกใช้ 3 ยุทธศาสตร์ คือ การรับถ่ายทอดเทคโนโลยีเพื่อผลิตวัคซีนเอง การวิจัยพัฒนาวัคซีนในประเทศ และการจองซื้อวัคซีนล่วงหน้าให้เพียงพอับประชากร 70 ล้านคน และ 3 ยุทธศาสตร์จะต้องดำเนินการไปคู่กันและประเทศไทยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างประเทศจึงจะดำเนินการให้สำเร็จได้ (อรรธยา ลีมวัฒนายิ่งยง 2563 หน้า 2)

สรุป พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประชาชนหลักๆ มีดังนี้ คือ 1) ห้ามมิให้บุคคลใดออกนอกเคหสถานภายในระยะเวลาที่กำหนด 2) ห้ามมิให้มีการชุมนุม หรือมั่วสุมกัน 3) ห้ามการเสนอข่าว การจำหน่าย หรือทำให้แพร่หลายซึ่งหนังสือ สิ่งพิมพ์ หรือสื่ออื่นใดที่มีเจตนาบิดเบือนข้อมูลข่าวสาร 4) ห้ามการใช้เส้นทางคมนาคม หรือยานพาหนะ หรือกำหนดเงื่อนไขการใช้เส้นทาง 5) ห้ามการใช้อาคาร หรือเข้าไป หรืออยู่ในสถานที่ใดๆ และ 6) ให้อพยพประชาชนออกจากพื้นที่ที่กำหนดเพื่อความปลอดภัย โดยผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ เจ้าของ หรือผู้จัดการสถานที่สถานประกอบการ หรือกิจกรรมในข้อ 1 และข้อ 2 จะต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคและการจัดระเบียบ ข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประกาศและคู่มือของกระทรวงสาธารณสุข หรือ หน่วยงานผู้รับผิดชอบ และคำแนะนำของผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นต้น

โดยที่การดำเนินมาตรการทางสาธารณสุขภายใต้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ประสบความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 จนเป็นที่ยอมรับทั่วโลก ในช่วงเปลี่ยนผ่านการลดการระบาดของ “โควิด-19” สถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงจนแพร่กระจายไปในประเทศต่างๆ ทั่วโลก จนกลายเป็นความสูญเสีย การป้องกันตนเองเพื่อให้มีชีวิตรอดด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตที่ผิดไปจากวิถีเดิมๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสิ่งใหม่เหล่านี้ได้กลายเป็นความปกติใหม่ (New Normal) ทั้งในด้านอาหาร การรักษาสุขอนามัย การศึกษา การสื่อสาร การทำธุรกิจ ฯลฯ

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (19 มีนาคม 2563) มาตรการตรวจคัดกรอง แยกกัก กักกัน หรือคุมไว้สังเกต เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค จากผู้เดินทางซึ่งมาจากท้องที่หรือเมืองท่านอกราชอาณาจักรกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

กระทรวงสาธารณสุข (23 มีนาคม 2563) แนวทางการควบคุมและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับที่ 3

โครงการศูนย์บริการข้อมูลภาครัฐเพื่อประชาชน (Government Contact Center) New Normal : ผับ บาร์ สถานบันเทิง 22 มิถุนายน 2020 <https://www.gcc.go.th/webgcc/?p=12532>

ราชกิจจานุเบกษา 15 พฤษภาคม 2563. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 หน้า 21 เล่ม 137 ตอนพิเศษ 114 ง

ราชกิจจานุเบกษา 29 ตุลาคม 2563 ประกาศ เรื่อง การให้ข้อกำหนด ประกาศ และคำสั่งที่นายกรัฐมนตรี กำหนดตามประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินยังคงมีผลใช้บังคับ. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 255 ง

พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548

พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ประกาศเรื่อง การขยายระยะเวลาการ ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร (คราวที่ 2)

พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ประกาศเรื่อง การขยายระยะเวลาการ ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร (คราวที่ 3)

พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ประกาศเรื่อง การขยายระยะเวลาการ ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร (คราวที่ 4)

พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ประกาศเรื่อง การขยายระยะเวลาการ ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร (คราวที่ 5)

พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ประกาศเรื่อง การขยายระยะเวลาการ ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร (คราวที่ 6)

ผาดิตา โกมลมาลย์ (2563) ความมั่นคงด้านวัคซีนในภาวะฉุกเฉินแควตวงวัคซีน. จดหมายข่าว ปีที่ 13 (3) หน้า 8-9

สำนักงาน ก.พ.ร. (10 มีนาคม 2563) มาตรการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานภาครัฐในการบริหารราชการ และให้บริการประชาชนในสภาวะวิกฤติรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หนังสือสำนักงาน ก.พ.ร. ถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.

อรรถยา ลีมวัฒนายิ่งยง (2563) COVID-19 จากวิกฤตสู่เอกภาพความร่วมมือด้านสุขภาพ: บทบรรณาธิการ, แควตวงวัคซีน. จดหมายข่าว ปีที่ 13 (3) หน้า 2

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

1. การเตรียมต้นฉบับสำหรับบทความวิจัย

ก. ส่วนแรก

ชื่อบทความ (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรกะทัดรัด ไม่ยาวเกินไป ถ้าบทความเป็นภาษาไทย ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน (Authors) ชื่อตำแหน่ง – ชื่อเต็ม – นามสกุลเต็ม ของผู้เขียนทุกคน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับผู้ส่งบทความ (Corresponding author) ให้ใส่ที่อยู่ พร้อมทั้งหมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร และ E-mail address เพื่อใช้ในการติดต่อได้ และให้ใส่เครื่องหมายดอกจันกำกับด้วยไว้บนนามสกุล เพื่อระบุที่อยู่ของผู้เขียน

บทคัดย่อ (Abstract) ควรสั้น ไม่เกิน 300 คำ ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ

คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นการกำหนดคำสำคัญที่สามารถไปใช้เป็นคำสืบค้นในระบบฐานข้อมูล

2. ส่วนเนื้อหา

บทนำ (Introduction) เพื่ออธิบายถึงความสำคัญของปัญหา และวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงการตรวจเอกสาร วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการ (Materials and Methods) / วิธีดำเนินการวิจัย (Research Method) อธิบายเครื่องมือและวิธีการดำเนินการวิจัยให้ชัดเจน

ผลการวิจัย (Results) เสนอผลการทดลอง วิจัย อย่างชัดเจน ตรงประเด็น ควรมีรูปภาพ และ/หรือ ตารางประกอบ การอธิบายผลในตารางและรูปภาพต้องไม่ซ้ำซ้อนกัน

การอภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายผลการวิจัย เพื่อให้ผู้อ่านมีความเห็นคล้ายตาม เพื่อเปรียบเทียบกับผลการวิจัยของผู้อื่น เพื่อเสนอแนวทางที่จะใช้ประโยชน์ ผลการวิจัย และการอภิปรายผล (Results and Discussion) อาจนำมาเขียนตอนเดียวกันได้

สรุป (Conclusion) และขอเสนอแนะ (Recommendation) เป็นการสรุปประเด็น และสาระสำคัญของการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) เพื่อแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย อาจมีหรือไม่มีก็ได้

เอกสารอ้างอิง (References) เป็นรายชื่อเอกสารที่ใช้เป็นหลักในการค้นคว้าวิจัยที่ได้รับการตรวจสอบเพื่อนำมาเตรียมรายงาน และมีการอ้างอิงถึงเฉพาะเอกสารที่ปรากฏในบทความเท่านั้น การอ้างอิงให้จัดเรียงตามลำดับตัวอักษร นำโดยกลุ่มเอกสารภาษาไทย เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ใช้มาตรฐานการอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association)

ส่วนการอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่องของบทความ (In-text Citations)

การอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่องใช้ ระบบนามปี (Name-year System) เท่านั้น โดยเริ่มจากชื่อผู้แต่งแล้วตามด้วยปีที่เผยแพร่เอกสารนั้น ถ้าเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้เพียงชื่อสกุลนำหน้า แล้วตามด้วยปีที่เผยแพร่เอกสารถ้าเป็นเอกสารภาษาไทยให้ใช้ชื่อต้นนำหน้า ตามด้วยนามสกุล และปีที่เผยแพร่เอกสาร ในกรณีที่ผู้แต่ง 2 คนให้ใส่ชื่อครบทุกคน และถ้ามากกว่า 2 คน ให้ใส่เฉพาะชื่อคนแรกแล้วตามด้วย “และคณะ” (ถ้าเป็นภาษาอังกฤษใช้ “et al.”)

2. การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

บรรณาธิการรับบทความทุกชนิดทางออนไลน์เท่านั้น โดยผู้สนใจเข้าไปลงทะเบียนที่ Submission กรอก Username และ password ตลอดจนรายละเอียดในเว็บ https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/about/submissions และอัปโหลดบทความเข้าระบบวารสาร Public Health Policy and Laws Journal