



---

# รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

---

โครงการ “วัดโรคไร้รัฐกับแรงงานไร้พรมแดน : มิติสังคมวัฒนธรรมของโรคในบริบทการพัฒนา  
ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศไทย”

โดย

ดร.นพ. วิรุฬ ลิ้มสวาท

ดร. ประชาธิป กะทา

นางสาวจุฑามาศ ปิยะวงษ์

## รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ “วัดโรคไร้รัฐกับแรงงานไร้พรมแดน : มิติสังคมวัฒนธรรมของโรคในบริบท  
การพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศไทย”

โดย

ดร.นพ. วิรุฬ ลิ้มสวาท

ดร. ประชาธิป กะทา

นางสาวจุฑามาศ ปิยะวงษ์

สนับสนุนโดย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)  
(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกสว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

## สารบัญ

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| บทสรุปสำหรับผู้บริหาร .....                                  | 1  |
| บทคัดย่อ .....                                               | 8  |
| บทที่ 1 บทนำ .....                                           | 10 |
| 1.1 ความเป็นมา .....                                         | 10 |
| 1.2 วัตถุประสงค์ในการวิจัย .....                             | 12 |
| 1.3 กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย .....                 | 13 |
| 1.3.1 แนวคิดความเป็นธรรมในระบบสุขภาพโลก .....                | 13 |
| 1.3.2 แนวคิดคนพลัดถิ่นและการเคลื่อนย้าย .....                | 14 |
| 1.3.3 แนวคิดการวิเคราะห์แบบชีวสังคม .....                    | 14 |
| 1.4 ระเบียบวิธีวิจัย .....                                   | 15 |
| 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ .....                                    | 15 |
| 1.5.1 วัณโรค (tuberculosis, TB) .....                        | 15 |
| 1.5.2 แรงงานข้ามชาติ (migrant workers) .....                 | 15 |
| 1.5.3 แรงงานต่างด้าวชายแดน .....                             | 16 |
| 1.5.4 แรงงานไร้รัฐ/ แรงงานไร้พรมแดน .....                    | 16 |
| 1.5.5 การพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน .....                   | 16 |
| 1.5.6 ความมั่นคงทางสุขภาพ (Health Security) .....            | 16 |
| 1.6 ขอบเขตการวิจัย .....                                     | 16 |
| 1.6.1 ขอบเขตด้านช่วงเวลา .....                               | 16 |
| 1.6.2 ขอบเขตด้านพื้นที่ .....                                | 17 |
| 1.6.3 ขอบเขตด้านกลุ่มประชากร .....                           | 17 |
| 1.6.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา .....                                | 17 |
| บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ..... | 18 |
| 2.1 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....                   | 18 |
| 2.1.1 วัณโรค .....                                           | 18 |
| 2.1.1.1 การจำแนกประเภทและการดำเนินโรค .....                  | 18 |
| 2.1.2 สถานการณ์วัณโรค .....                                  | 20 |
| 2.1.2.1 สถานการณ์วัณโรคของโลก .....                          | 20 |

|                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.1.2.2 สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย                                                 |           |
| 2.1.3 ยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรค .....                                               | 20        |
| 2.1.4 วัณโรคกับความมั่นคงทางสุขภาพ .....                                            | 22        |
| 2.1.4.1 ความมั่นคงทางสุขภาพในภูมิภาคอาเซียน .....                                   | 23        |
| 2.1.5 สถานการณ์สุขภาพอาเซียน .....                                                  | 23        |
| 2.1.6 การพัฒนาสุขภาพประชากรต่างด้าวและสาธารณสุขชายแดน .....                         | 25        |
| 2.1.7 แรงงานต่างด้าว/แรงงานข้ามชาติ .....                                           | 26        |
| 2.1.7.1 ความหมายของแรงงานต่างด้าว/แรงงานข้ามชาติ .....                              | 26        |
| 2.1.7.2 ประเภทของแรงงานต่างด้าวตามกฎหมายด้านแรงงาน .....                            | 27        |
| 2.1.7.3 การเข้ามาของแรงงานต่างด้าว/แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย .....                  | 28        |
| 2.1.7.4 แรงงาน MOU .....                                                            | 29        |
| 2.1.8 แรงงานข้ามชาติในประเทศไทยกับวัณโรค .....                                      | 29        |
| 2.1.8.1 สถิติวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ .....                                           | 29        |
| 2.1.8.2 มาตรการการคัดกรองวัณโรคในแรงงานต่างด้าว .....                               | 30        |
| 2.1.9 มิติความไม่เป็นธรรมกับวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ .....                            | 30        |
| 2.1.9.1 กลุ่มที่ถูกกดขี่สูง .....                                                   | 30        |
| 2.1.9.2 กลุ่มที่ถูกกดขี่ต่ำ .....                                                   | 31        |
| 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง .....                                               | 32        |
| 2.2.1 แนวคิด “ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพโลก” (global health equity) .....             | 32        |
| 2.2.2 แนวคิด “คนพลัดถิ่น” (diaspora) .....                                          | 34        |
| 2.2.3 การเดินทางเคลื่อนย้ายและการอพยพย้ายถิ่น (Mobility and Migration studies) .... | 37        |
| 2.2.4 การวิเคราะห์แบบชีวสังคม (biosocial analysis) .....                            | 39        |
| 2.2.5 มิติทางสังคมของยา .....                                                       | 40        |
| <b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b> .....                                             | <b>43</b> |
| 3.1 วิธีวิทยา .....                                                                 | 43        |
| 3.2 การทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ .....                                           | 44        |
| 3.3 พื้นที่และกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล .....                                    | 44        |
| 3.3.1 พื้นที่ในการเก็บข้อมูล .....                                                  | 44        |
| 3.3.2 กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล .....                                            | 44        |
| 3.3.2.1 พื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก .....                                         | 44        |

|                                                                             |            |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.3.2.2 พื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร .....                            | 45         |
| 3.4 การจัดประชุมส่วนกลาง .....                                              | 46         |
| 3.5 การอภิปรายกลุ่ม .....                                                   | 47         |
| 3.6 การลงพื้นที่ภาคสนาม .....                                               | 48         |
| <b>บทที่ 4 ผลการศึกษา .....</b>                                             | <b>50</b>  |
| 4.1 เครือข่ายการดูแลและควบคุมโรค .....                                      | 50         |
| 4.1.1 เครือข่ายการดูแลและควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน .....                     | 50         |
| 4.1.1.1 บริบททั่วไปของพื้นที่ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก .....                  | 50         |
| 4.1.1.2 เรื่องราวจากผู้คนในเครือข่ายการดูแลในพื้นที่ชายแดน .....            | 52         |
| 4.1.2 เครือข่ายการดูแลและควบคุมโรคในพื้นที่ด้านในของประเทศ .....            | 69         |
| 4.1.2.1 บริบททั่วไปของพื้นที่ จังหวัดสมุทรสาคร .....                        | 69         |
| 4.1.2.2 เรื่องราวจากผู้คนในเครือข่ายการดูแลในพื้นที่ด้านในของประเทศ .....   | 71         |
| 4.1.3 ประมวลปัญหาที่พบในสองพื้นที่ .....                                    | 77         |
| 4.1.3.1 พื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก .....                                 | 77         |
| 4.1.3.2 พื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร .....                                       | 83         |
| 4.2 เรื่องราวความเจ็บป่วย .....                                             | 88         |
| 4.2.1 เรื่องราวความเจ็บป่วยกับการเคลื่อนย้ายและเครือข่ายการดูแล .....       | 88         |
| <b>บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ .....</b>                   | <b>109</b> |
| 5.1 สรุปผล .....                                                            | 109        |
| 5.1.1 สรุปผลภาพรวม .....                                                    | 109        |
| 5.1.1.1 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสถานะบุคคลและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง .....      | 109        |
| 5.1.1.2 วิถีชีวิตแรงงานข้ามชาติที่เป็นอุปสรรคการดูแลและควบคุมโรค .....      | 110        |
| 5.1.1.3 การเคลื่อนย้ายและการประสานงานข้ามพรมแดน .....                       | 111        |
| 5.1.2 สรุปปัญหาจากการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ .....                        | 113        |
| 5.1.2.1 ปัญหาการยืนยันตัวตนและการคัดกรองแรงงานต่างชาติ .....                | 113        |
| 5.1.2.2 ปัญหาการติดตามและดูแลแรงงานต่างชาติ .....                           | 115        |
| 5.1.2.3 ปัญหาการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ .....  | 115        |
| 5.1.2.4 ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักรู้ของผู้ประกอบการ ..... | 115        |
| แรงงานต่างชาติ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่าง ๆ                                 |            |

|                                                                                    |            |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.1.2.5 ปัญหาด้านกฎหมาย และปัญหาการกำหนดบทบาทการทำงานของเจ้าหน้าที่ ..             | 116        |
| แต่ละหน่วยงาน                                                                      |            |
| <b>5.2 การอภิปรายผลการศึกษา .....</b>                                              | <b>117</b> |
| 5.2.1 การอภิปรายผลการศึกษาด้วยแนวคิดทฤษฎี .....                                    | 117        |
| 5.2.1.1 การวิเคราะห์ด้วยแนวคิดความเป็นธรรมในระบบสุขภาพโลก .....                    | 117        |
| (global health equity)                                                             |            |
| 5.2.1.2 แนวคิดการวิเคราะห์แบบชีวสังคม (biosocial analysis) .....                   | 119        |
| 5.2.1.3 การวิเคราะห์ด้วยแนวคิดคนพลัดถิ่น (diaspora) และการเดินทางเคลื่อนย้าย ..... | 120        |
| และการอพยพย้ายถิ่น (Mobility and Migration studies)                                |            |
| 5.2.1.4 ยาในฐานะผู้กระทำการ .....                                                  | 122        |
| 5.2.1.5 ข่ายใยการดูแล (Web of care) .....                                          | 122        |
| 5.2.2 การอภิปรายประเด็นเฉพาะของวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ .....                        | 124        |
| 5.2.2.1 การเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติ .....                                      | 124        |
| 5.2.2.2 ข่ายใยการดูแลกับวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ .....                               | 127        |
| <b>5.3 ข้อเสนอแนะ .....</b>                                                        | <b>130</b> |
| 5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย .....                                                   | 130        |
| 5.3.2 ข้อเสนอแนะต่อแนวทางปฏิบัติงาน .....                                          | 131        |
| 5.3.3 ข้อเสนอการวิจัยและการพัฒนาทางวิชาการ .....                                   | 132        |
| <b>บรรณานุกรม .....</b>                                                            | <b>133</b> |
| <b>ภาคผนวก .....</b>                                                               | <b>141</b> |

## สารบัญภาพ

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework) .....                      | 13 |
| ภาพที่ 4.1 แผนที่แสดงลักษณะทางกายภาพพื้นที่อำเภอแม่สวด จังหวัดตาก.....          | 51 |
| และจุดเชื่อมต่อชายแดนระหว่างไทยและเมียนมาร์                                     |    |
| ภาพที่ 4.2 แผนที่แสดงพื้นที่การศึกษาโรงพยาบาลเครือข่ายการดูแลด้านสาธารณสุข..... | 51 |
| อำเภอแม่สวด จังหวัดตาก                                                          |    |
| ภาพที่ 4.3 แผนที่แสดงลักษณะทางกายภาพและเส้นทางคมนาคม จังหวัดสมุทรสาคร.....      | 70 |
| ภาพที่ 4.4 แผนที่แสดงพื้นที่การศึกษาโรงพยาบาลเครือข่ายการดูแลด้านสาธารณสุข..... | 70 |
| อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร                                                     |    |

## สารบัญตาราง

|              |                                                             |     |
|--------------|-------------------------------------------------------------|-----|
| ตารางที่ 3.1 | สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ..... | 45  |
| ตารางที่ 3.2 | สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร .....       | 46  |
| ตารางที่ 3.3 | สรุปจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมส่วนกลาง .....                    | 47  |
| ตารางที่ 3.4 | สรุปจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมย่อยในพื้นที่ .....               | 48  |
| ตารางที่ 4.1 | ช่วงเวลาบริบทชีวิตของกรณีศึกษา เอ .....                     | 92  |
| ตารางที่ 4.2 | ประสบการณ์การทำงานในประเทศไทยของกรณีศึกษา เอ .....          | 95  |
| ตารางที่ 4.3 | เครือข่ายการดูแลของกรณีศึกษา เอ .....                       | 95  |
| ตารางที่ 4.4 | ช่วงเวลาบริบทชีวิตของกรณีศึกษา ซินซิน .....                 | 100 |
| ตารางที่ 4.5 | ประสบการณ์การทำงานในประเทศไทยของกรณีศึกษา ซินซิน .....      | 102 |
| ตารางที่ 4.6 | เครือข่ายการดูแลของกรณีศึกษา ซินซิน .....                   | 102 |
| ตารางที่ 4.7 | ช่วงเวลาบริบทชีวิตของกรณีศึกษา อ่องข่าน .....               | 105 |
| ตารางที่ 4.8 | ประสบการณ์การทำงานในประเทศไทยของกรณีศึกษา อ่องข่าน .....    | 107 |
| ตารางที่ 4.9 | เครือข่ายการดูแลของกรณีศึกษา อ่องข่าน .....                 | 108 |



## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

### 1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

แม้จะผ่านไปแล้วมากกว่า 20 ปีหลังจากที่องค์การอนามัยโลกประกาศให้การระบาดของวัณโรคเป็นภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพระดับโลก (global health emergency) ในปี พ.ศ. 2536 (ค.ศ. 1993) การระบาดของวัณโรค โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของปัญหาวัณโรคดื้อยา ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและของประเทศไทย โดยสำหรับการระบาดของวัณโรคในประเทศไทยนั้นยังคงเป็นปัญหายืดเยื้อแม้ระบบสาธารณสุขไทยจะพัฒนาจนอยู่ในระดับแนวหน้าของโลก โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 (ค.ศ. 1998) ไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงที่สุดในโลก ในปี พ.ศ. 2560 รัฐบาลไทยได้ประกาศนโยบายที่เอาจริงเอาจังกับการลดปัญหาวัณโรคในประเทศ โดยประกาศใช้ “แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564” โดยตั้งเป้าหมายการลดอุบัติการณ์ของวัณโรคให้เหลือไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคนภายในปี พ.ศ. 2578 (ค.ศ. 2035) โดยจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี ในแผนฉบับแรก (พ.ศ. 2560-2564) กำหนดเป้าหมายที่จะลดอุบัติการณ์วัณโรคในประเทศไทยจาก 171 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2557 ให้เหลือ 88 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2564

แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ได้ชี้ว่าสถานการณ์ที่สร้างความยากลำบากในการควบคุมวัณโรคในประเทศไทยคือการเพิ่มขึ้นของการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามพรมแดน ได้รับบุคลากรประมาณจำนวนแรงงานข้ามชาติ ในประเทศไทยว่า มีประมาณ 4.5 ล้านคน ที่ส่วนใหญ่มาจากประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคอาเซียน โดยเฉพาะเมียนมา กัมพูชา และลาว โดยมีเพียงประมาณ 1.2 ล้านคนเท่านั้นที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงแรงงาน โดยชี้ว่าเกิดจากความท้าทายสำคัญคือ การมีเสรีภาพในการย้ายที่อยู่อาศัย และการประกอบอาชีพของประชาชนในภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) ภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) จึงเป็นการระบุว่า นโยบายต่างประเทศในด้านเศรษฐกิจเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อนโยบายด้านสาธารณสุขในการควบคุมวัณโรคของประเทศไทย โดยปัจจัยที่สำคัญคือการทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของผู้คนและเชื้อโรคว่ามี “เสรีภาพ” มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะจากประเทศเมียนมาและกัมพูชาที่เป็นประเทศเพื่อนบ้านที่มีอัตราป่วยวัณโรคสูงกว่าไทย

ทั้งนี้แม้ในการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน จะมีการส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนย้าย “แรงงานฝีมือ” ข้ามชาติอย่างเสรี แต่สิ่งที่เกิดขึ้นร่วมกันคือการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย ที่เมื่อประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรและสังคมของประเทศ ทำให้ไทยมีความต้องการ “แรงงานไร้ฝีมือ” เพิ่มขึ้น ทั้งนี้การพัฒนาความเป็น “ประชาคมเศรษฐกิจ” นั้น อาจกล่าวได้ว่าเกิดขึ้นจากการพัฒนาความสัมพันธ์ในทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศในภูมิภาคทั้งที่มีมาก่อนวันที่ 31 ธันวาคม 2558 โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดต่อกัน ที่มีการเคลื่อนย้ายของผู้คน

แรงงาน มีการค้าข้ามพรมแดนระหว่างกันมาอย่างยาวนาน โดยมีจุดเปลี่ยนที่สำคัญคือการเริ่มดำเนินการทำข้อตกลง (MOU) แบบทวิภาคีกับประเทศเพื่อนบ้านเพื่อจัดระบบการย้ายถิ่นของแรงงานตั้งแต่จัดหางานจนถึงเดินทางกลับ นับแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา

ข้อมูลจากการศึกษาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องทำให้เห็นว่าปัญหาวัณโรคในผู้อพยพและแรงงานข้ามชาติเป็นปัญหาที่มีมิติที่ซับซ้อน ทั้งด้านระบาดวิทยา ด้านสิทธิมนุษยชน และจริยธรรม อาทิ ปัญหาสถานะทางกฎหมายเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม หรือแม้จะเข้าถึงบริการแล้วผู้อพยพและแรงงานข้ามชาติก็ยังประสบปัญหาในการรักษา ในกรณีวัณโรคทั่วไปที่ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน หรือในกรณีวัณโรคดื้อยาหลายขนานใช้ระยะเวลานานเกือบ 2 ปี นอกจากนี้ จากการทบทวนผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552-2558 กรมควบคุมโรค พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยมีผลการรักษาสำเร็จต่ำกว่าคนไทยมาก โดยมีอัตราการขาดยาสูงกว่าคนไทยถึง 2-3 เท่า สภาพการทำงานและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี รวมถึงการถูกกดขี่เอารัดเอาเปรียบ เช่น การทำงานอย่างหนักและพักอาศัยในที่แออัด เป็นเหตุให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจาย และยากที่จะควบคุม ในพื้นที่ชายแดนพบว่าแรงงานข้ามชาติที่เป็นวัณโรคมีการเดินทางข้ามพรมแดนไปมา ทำให้มีความยากลำบากต่อการควบคุมโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยอุปสรรคที่สำคัญคือการไม่สามารถประสานงานเชื่อมโยงระบบสุขภาพของประเทศสองฝั่งของพรมแดน ดังนั้น การควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย จึงจำเป็นต้องเข้าใจความซับซ้อนของปัญหาและค้นหาโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลและควบคุมวัณโรคที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ “แบบแผนการเคลื่อนย้าย” รวมถึงค้นหาโอกาสจากการเกิดขึ้นของ “ประชาคมอาเซียน” ที่อาจเป็นไปได้ในการสร้างความร่วมมือในการดูแลและควบคุมวัณโรคระหว่างประเทศในภูมิภาค

โครงการวิจัยนี้ต้องการทำความเข้าใจมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของปัญหาวัณโรคในแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ในบริบทการพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โดยเลือกศึกษาที่เน้นเฉพาะแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา เนื่องจากมีสัดส่วนมากที่สุดในประชากรแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ด้วยความซับซ้อนของปรากฏการณ์การเคลื่อนย้ายของประชากรระหว่างประเทศไทยและเมียนมา และระยะเวลาที่จำกัดของการศึกษา โครงการวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายในการใช้มุมมองในด้านมานุษยวิทยา โดยเฉพาะมานุษยวิทยาการแพทย์ มาใช้เพื่อค้นหาความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ทั้งในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์และการดำเนินการเพื่อควบคุมวัณโรคในประเทศไทย ที่อาจกล่าวได้ว่าปัญหาวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงช่องว่างที่สำคัญของการเสริมความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศไทยและของภูมิภาคอาเซียน

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาบริบทและปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในประเทศไทย ที่ส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (transmission) และความเจ็บป่วย (illness) ที่เกิดจากวัณโรค

- 2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาต่อการเข้าถึง (access) บริการสุขภาพที่เหมาะสมโดยเฉพาะการได้รับการตรวจคัดกรอง ป้องกัน และการรักษาวัณโรคที่มีคุณภาพ
- 2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ในการได้รับการดูแลรักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง (adherence) จนครบระยะเวลาและหายจากโรค
- 2.4 เพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลและควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในประเทศไทยและโอกาสสร้างความร่วมมือในการดูแลควบคุมวัณโรคระหว่างประเทศไทยและเมียนมา

### 3. กรอบแนวคิดในการศึกษา

โครงการวิจัยพัฒนากกรอบแนวคิดเพื่อศึกษาวิจัย องค์ประกอบ 3 ประการของการดูแลและควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ (1) การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพ (access) ที่เชื่อมโยงกับ (2) การได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (adherence) และ (3) การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (transmission) โดยกรอบแนวคิดการวิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีหลัก 3 แนวคิด ได้แก่

1) แนวคิด “ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพโลก” (global health equity) เป็นแนวคิดที่มองปัญหาสุขภาพด้วยกระบวนทัศน์สุขภาพโลก (global health) ที่ไม่ได้ยึดติดกับเส้นแบ่งพรมแดนประเทศ โครงการนี้มองปัญหาวัณโรคในแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยในฐานะปรากฏการณ์ความไม่เป็นธรรมทางสังคม

2) แนวคิด “คนพลัดถิ่น” (diaspora) ทำความเข้าใจแรงงานเมียนมาในฐานะประชากรที่มีลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมเฉพาะตน มีการปรับตัวเข้ากับบริบทชีวิตในประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศปลายทาง และอาศัยแนวคิดในการศึกษาการเคลื่อนย้าย (mobility studies) เพื่อเข้าใจกระบวนการย้ายถิ่นของแรงงานชาวเมียนมาที่ไม่ได้ยึดติดกับพรมแดนระหว่างประเทศ

3) การวิเคราะห์แบบชีวสังคม (biosocial analysis) แนวคิดนี้ช่วยขยายขอบเขตการทำความเข้าใจปัญหาวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติให้ครอบคลุมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีววิทยากับปัจจัยทางสังคมของกลุ่มแรงงาน

### 4. ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณนาในทางมานุษยวิทยา และใช้วิธีการศึกษาแบบชาติพันธุ์วรรณนาหลายพื้นที่ (Multi-sited ethnography) เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่และความเชื่อมโยงระหว่างกัน จึงได้เลือกทำการศึกษาในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่เป็นจุดผ่านแดนหลักของแรงงานข้ามชาติจากเมียนมา และจังหวัดสมุทรสาครซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแรงงานข้ามชาติอยู่เป็นจำนวนมาก โดยได้กำหนด “พื้นที่” (sites) การศึกษาจำนวน 4 พื้นที่ ได้แก่

- 1) โรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด โดยเน้นที่คลินิกวัณโรคและเครือข่ายบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ
- 2) จุดผ่านแดนสะพานข้ามแม่น้ำเมย อำเภอแม่สอด โดยเน้นที่ด่านข้ามพรมแดนทั้งด้านการควบคุมโรค การตรวจคนเข้าเมืองและการอนุญาตทำงาน
- 3) สถานประกอบการและที่พักแรงงาน ในอำเภอแม่สอด โดยเน้นที่บริบททางสังคม สวัสดิการและความเป็นอยู่ของแรงงาน
- 4) โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยเน้นที่คลินิกวัณโรค เครือข่ายบริการสุขภาพและองค์ประกอบอื่น ๆ ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ

## 5. ขอบเขตการวิจัย

### 5.1 ขอบเขตด้านเวลา

ในส่วนของข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ ใช้ข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2561-2562 ซึ่งเป็นปีก่อนที่จะเริ่มต้นโครงการวิจัย ที่หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้มีการสรุปข้อมูลที่สมบูรณ์ไว้แล้ว ยังได้นำข้อมูลและข้อสังเกตบางส่วนจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เกิดขึ้นในพื้นที่วิจัยในช่วงท้ายของการทำวิจัยมาร่วมวิเคราะห์ เพื่อช่วยให้เข้าใจประเด็นเรื่อง “ความมั่นคงทางสุขภาพ” (health security) ได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

### 5.2 ขอบเขตด้านประชากรและพื้นที่

โครงการนี้ให้ความสนใจเป็นพิเศษกับแรงงานข้ามชาติที่มีลักษณะเป็นกลุ่มเปราะบาง (vulnerable population) ที่จะได้รับผลกระทบจากปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าคนกลุ่มอื่น ๆ

พื้นที่การศึกษา คือ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติอยู่จำนวนมาก มีสถานประกอบการที่หลากหลายและมีมิติทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และโครงสร้างประชากรที่ซับซ้อน ทั้งสองพื้นที่นี้มีประวัติศาสตร์ที่ยาวนานของการเคลื่อนย้ายของประชากรทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ

### 5.3 ขอบเขตด้านเนื้อหา

โครงการวิจัยนี้ ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้วิธีวิทยาชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) เก็บข้อมูลจากบุคคลหลายกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมและดูแลวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ โดยกำหนดขอบเขตให้เป็นการศึกษาเบื้องต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลและองค์ความรู้พื้นฐานเพื่อการทำความเข้าใจและการแก้ไขปัญหาปัญหาวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมและการพัฒนาต่อยอดต่อไป

## 6. ข้อค้นพบสำคัญ

องค์ประกอบ 3 ส่วนของการดูแลและควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพ (access) การได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (adherence) และ การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (transmission) เป็นสิ่งที่สัมพันธ์กัน โดยมีเหตุปัจจัยหลักที่มีผลต่อองค์ประกอบเหล่านี้ นอกจากสถานะทางกฎหมายและการมีหลักประกันสุขภาพ แล้วคือวิถีชีวิตแรงงานที่มีแรงผลักดันทางเศรษฐกิจเป็นหลัก และมีการเคลื่อนย้ายอยู่เสมอ โดยมีส่วนเสริมคือระบบสวัสดิการแรงงานโดยเฉพาะสวัสดิการที่นายจ้างเป็นผู้จัดให้ นอกจากนี้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับทุกมิติของชีวิตของแรงงาน ต่างสามารถมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดระบบการดูแลและควบคุมวัณโรคอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง หากต้องการความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและควรได้รับการสนับสนุนและการดูแลให้ความปลอดภัยจากวัณโรคด้วย

การวิเคราะห์ด้วยมุมมองทางสังคมวัฒนธรรมยังชี้ให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติเป็นส่วนหนึ่งของ “โครงสร้างประชากร” ที่รัฐควรมองให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเป็นประชากรทางเศรษฐกิจ (economic citizenship) เนื่องจากเศรษฐกิจของประเทศ ต้องพึ่งพิงขับเคลื่อนด้วยแรงงานข้ามชาตินับล้านคน อีกทั้งการเคลื่อนย้ายที่เกิดขึ้นอย่างซับซ้อนของแรงงานนั้นทำให้ในทางเศรษฐกิจ สังคม และระบาดวิทยา พื้นที่ประเทศไทยและเมียนมาไม่สามารถแบ่งแยกได้ด้วยเส้นพรมแดน

นอกจากนี้มุมมองจากทฤษฎีทางสังคมยังได้ชี้ให้เห็นบทบาทของยา ในฐานะผู้กระทำการ ที่ยาวัณโรคที่แรงงานได้รับโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจากระบบบริการสุขภาพนั้น ไม่ได้เป็นเพียงวัตถุเพื่อการรักษาเยียวยา แต่เป็นสิ่งที่เหมือน “โครงสร้างพื้นฐาน” ในการสร้างความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงแรงงานข้ามชาติที่ป่วยเป็นวัณโรคเข้ากับระบบการดูแลรักษา และพบว่าการดูแลวัณโรคที่ต้องใช้ความต่อเนื่องยาวนานในการรักษา จำเป็นต้องให้การดูแลความต้องการเฉพาะในด้านอื่น ๆ ของแต่ละคนจึงทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการดูแลและควบคุมวัณโรค จำเป็นต้องทำงานเชื่อมประสานกันในลักษณะที่เป็นข่ายใยการดูแล (web of care) จึงจะสามารถทำให้นั่นใจได้ว่าแรงงานข้ามชาติที่เป็นวัณโรค จะให้ความร่วมมือกับการรักษาและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหาย ลดการแพร่กระจาย และเพิ่มการเข้าถึงการรักษาของคนอื่น ๆ ที่อาจหลบซ่อนหรือขาดโอกาสการเข้าถึงระบบการดูแล

ปัญหาวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ไม่ได้เป็นเพียงปัญหาส่วนบุคคลของการขาดความรู้ ความเข้าใจหรือการให้ความสำคัญกับปากท้องมากกว่าสุขภาพ แต่เป็นผลที่เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคม ที่รวมถึงปัญหาเชิงโครงสร้าง ที่รวมถึง ระบบการขึ้นทะเบียนแรงงาน ระบบหลักประกันสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ การแก้ปัญหาวัณโรค โดยเฉพาะวัณโรคดื้อยาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจึงไม่สามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยนโยบายของประเทศใดประเทศหนึ่ง หากต้องการความร่วมมือในลักษณะข่ายใยการดูแลที่ข้ามพรมแดนระหว่างประเทศ โดยที่การพัฒนาความสัมพันธ์ในทางเศรษฐกิจจะระหว่างประเทศในภูมิภาคอาเซียนสามารถใช้เป็นจุดตั้งต้นในการพัฒนาความร่วมมือด้านการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ โดยอาจขยายให้ครอบคลุมการดูแลและควบคุมวัณโรค ซึ่งเป็นโรคระบบข้ามพรมแดนที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของแรงงานข้ามชาติที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยและของภูมิภาคอาเซียน

## 6 ข้อเสนอแนะ

### 6.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

(1) ควรให้ความสำคัญกับปัญหาวัณโรคในแรงงานข้ามชาติในฐานะปัญหาความมั่นคงทางสุขภาพที่เชื่อมโยงกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เนื่องจากแรงงานข้ามชาติถือได้ว่าเป็นประชากรทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างมั่นคงและยั่งยืน

(2) ควรพัฒนาระบบและนโยบายที่ให้ความมั่นใจได้ว่ายารักษาวัณโรค จะเป็นสิ่งที่แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยไม่มีข้อจำกัดด้านสถานะบุคคล เพื่อเป็นที่ยึดโยงแรงงานข้ามชาติเข้ากับเครือข่ายการดูแลของระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งรักษาหาย

(3) ควรใช้มุมมองแบบสุขภาพโลกในการพัฒนาระบบและนโยบายในการดูแลและควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ ด้วยการมองข้ามพรมแดนของชาติไปสู่การมองเห็นการเคลื่อนย้ายข้ามพื้นที่ของคนและเชื้อวัณโรค โดยควรพิจารณาพื้นที่ประเทศไทยและเมียนมาเป็นพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ที่ในทางระบาดวิทยาไม่สามารถแยกออกจากกันได้ จึงอาจพิจารณาเป็นเขตพื้นที่การระบาด (epidemic zone) ที่จำเป็นต้องมีการสร้างความร่วมมือกันเป็นพิเศษในการควบคุมวัณโรค เช่น การขยายขอบเขตของ MOU ในด้านแรงงานไปสู่การเป็น MOU ในการสาธารณสุข รวมถึงการผลักดันให้การเป็นเขตพื้นที่การระบาดนี้ให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ เพื่อให้การสนับสนุนทรัพยากรจากองค์กรระดับโลก เช่น งบประมาณค่ายาจากกองทุนโลก (Global Fund) สามารถเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แรงงานชาวเมียนมาสามารถเข้าถึงยารักษาโรคราคาแพงได้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่ติดข้อจำกัดในเรื่องประเทศที่อยู่อาศัยในขณะนั้น

(4) ควรมีการสร้างความร่วมมือในการดูแลและควบคุมวัณโรคร่วมกันระหว่างประเทศ เพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่เชื่อมโยงกัน โดยการพัฒนากระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านวัณโรคระดับบุคคล และระบบการส่งต่อ ทั้งในระดับทวิภาคีและระดับภูมิภาค โดยกลุ่มเป้าหมายอาจเป็นประเทศในอาเซียนที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงสุด ควบคู่ไปกับการพัฒนาความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจและสังคมในการส่งต่อแรงงานให้แก่นัก

(5) ควรส่งเสริมความเป็น “พหุสังคม” โดยการสร้างทัศนคติที่เหมาะสมของสังคมไทยต่อแรงงานข้ามชาติทั้งที่เข้าเมืองและทำงานโดยถูกกฎหมายและที่มีปัญหาสถานะบุคคล ว่าเป็นกลุ่มประชากรที่เป็นส่วนสำคัญในสังคมไทย โดยเฉพาะในการที่ช่วยสนับสนุนให้เศรษฐกิจและสังคม การดำเนินไปของสังคมไทย

(6) ควรมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมการดูแลเรื่องวัณโรคและการดูแลสุขภาพพื้นฐานอื่น ๆ ที่มักมาคู่กัน เช่น HIV เบาหวาน โรคหัวใจและอื่น ๆ ซึ่งการให้การดูแลโรคอื่น ๆ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาวัณโรคได้อย่างต่อเนื่อง

### 6.2 ข้อเสนอแนะต่อแนวทางปฏิบัติงาน

(1) การดูแลและควบคุมวัณโรค ต้องเน้นความปลอดภัยของทุกคนที่เกี่ยวข้อง ต้องมีมาตรการการให้ความรู้ การดูแลสุขภาพ เช่น มีการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ มีอุปกรณ์การป้องกัน ทั้งอุปกรณ์การป้องกัน

ในสถานที่ทำงาน เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงออกไป หรือการระบายอากาศ การใช้ UV และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ที่เหมาะสม เพื่อไม่ให้ประมาทและไม่ให้ตื่นกลัว จนเกิดการตีตรา

(2) การให้ “ยาวิธโรค” ควรเป็นสิ่งที่เป็นหลักที่สร้างความสัมพันธ์กับระบบการดูแลรักษา จึงเป็นสิ่งที่ควรให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายและไม่คำนึงถึงการมีสิทธิหรือประกันสุขภาพ เพื่อสร้างความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยไว้

(3) ควรจัดระบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) ตามแนวทางที่ WHO แนะนำคือ การที่ใส่ใจและละเอียดอ่อนต่อความต้องการของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละคน ตามบริบททางสุขภาพและทางสังคม จึงควรมีการจัดการแบบมีผู้จัดการเฉพาะราย (case management) ที่มีการสร้าง “ข่ายในการดูแล” ที่ประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทุกฝ่ายเข้าด้วยกัน เพื่อยึดโยงระหว่าง คลินิก วัณโรค และผู้ป่วย โดยเชื่อมผ่านบุคคลต่าง ๆ โดยมี “ยาวิธโรค” เป็นโยงใยหลัก ที่จะต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการรักษา 6 เดือน ถึง 2 ปี

(4) การตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวควรมีการทำอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากอาจมีการเกิดโรคขึ้นภายหลัง จากการตรวจสุขภาพเพื่อขึ้นทะเบียนในครั้งแรกแล้ว ทั้งจากการติดเชื้อใหม่และการเกิดวัณโรคระยะลุกลามหลังจากที่เป็นวัณโรคระยะแฝงในการตรวจสุขภาพครั้งก่อน

(5) การทำงานเรื่องวัณโรคในแรงงานข้ามชาติต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน ไม่เพียงแต่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเท่านั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องบูรณาการงานร่วมกันเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย รวมถึงการสร้างความร่วมมือกับภาคอุตสาหกรรม เช่น โรงงาน นายจ้าง และนายหน้า ในการให้ความสำคัญกับการรักษาดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาและชาติอื่นๆ ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม

### 6.3 ข้อเสนอการวิจัยและการพัฒนาทางวิชาการ

(1) ควรมีการศึกษาในแรงงานต่างด้าวกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่อื่นๆ เช่น การศึกษาแรงงานในภาคเกษตรกรรมในพื้นที่รอบนอกของแม่สอด แรงงานประมงในพื้นที่สมุทรสาคร เป็นต้น หากมองในภาพรวมระดับประเทศ มีจำนวนน้อยกว่าแรงงานในส่วนที่มาทำงานด้านการบริการ และการก่อสร้าง ที่ “นายจ้าง” “สถานที่ทำงาน” และ “ที่พักแรงงาน” มีความแตกต่างออกไปจากแรงงานในภาคอุตสาหกรรมจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

(2) ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนารูปแบบการสร้างระบบการดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่ป่วยด้วยวัณโรคที่มีลักษณะข้ามพรมแดนรัฐชาติและเป็นการทำงานร่วมกันในระหว่างประเทศระดับภูมิภาค โดยการศึกษาและพัฒนาพร้อมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

(3) ควรมีการศึกษาและพัฒนาระบบการระบุตัวบุคคลและบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและคนย้ายถิ่น เพื่อให้มีข้อมูลที่ต่อเนื่องของการตรวจสุขภาพ ทั้งในประเทศไทยและระหว่างประเทศ

(4) ควรมีการพัฒนาพื้นที่การทำงานวิชาการในเรื่องวัฒนธรรมกับประชากรย้ายถิ่น เพื่อให้เกิดการศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่องในลักษณะที่เป็นการทำงานวิชาการควบคู่ไปกับการทำงานพัฒนา โดยอาจมีกองวัฒนธรรมกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ประสานงานหลัก เชื่อมโยงกับเครือข่ายสถาบันวิชาการระดับต่าง ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับทั้งด้านสุขภาพ แรงงาน และความสัมพันธ์และการทำงานระหว่างประเทศในระดับภูมิภาค



## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจและค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคในแรงงานข้ามชาติที่เป็นความท้าทายสำคัญของการควบคุมโรคในประเทศไทย โดยเฉพาะในบริบทของการพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่ทำให้มีการเคลื่อนย้ายของผู้คนและเชื้อโรคอย่างเสรีมากขึ้น โดยมุ่งเน้นการศึกษาแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา โดยการศึกษาใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยวิธีชาติพันธุ์วรรณาสหพื้นที่ (multi-sited ethnography) ในพื้นที่ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่เป็นจุดผ่านแดนหลัก และจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นปลายทางหนึ่งของการข้ามพรมแดน โดยมีการวิเคราะห์และอภิปรายด้วยแนวคิดทางสังคม 3 แนวคิด คือ ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพโลก (global health equity) แนวคิดคนพลัดถิ่นและการเคลื่อนย้าย (diaspora and mobility) และแนวคิดการวิเคราะห์แบบชีวสังคม (biosocial analysis)

ข้อค้นพบที่สำคัญ คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ (access) การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (adherence) และ การแพร่กระจายเชื้อ (transmission) เป็นองค์ประกอบของการดูแลและควบคุมโรคในแรงงานข้ามชาติที่อาจแยกขาดจากกัน โดยมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสถานะทางกฎหมายและการมีหลักประกันสุขภาพแล้ว คือวิถีชีวิตแรงงานที่มีแรงผลักดันทางเศรษฐกิจเป็นหลักและมีการเคลื่อนย้ายอยู่เสมอ รวมถึงระบบสวัสดิการแรงงานโดยเฉพาะสวัสดิการที่นายจ้างเป็นผู้จัดให้

มุมมองจากแนวคิดทางสังคมชี้ให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติเป็นส่วนหนึ่งของประชากรของชาติ ที่รัฐควรดูแลให้ครอบคลุม โดยเฉพาะในฐานะประชากรทางเศรษฐกิจ (economic citizens) ที่ประเทศต้องพึ่งพิง และชี้ให้เห็นว่าการเคลื่อนย้ายที่เกิดขึ้นอย่างซับซ้อนของแรงงานทำให้พื้นที่ประเทศไทยและเมียนมาไม่สามารถแบ่งแยกได้ด้วยเส้นพรมแดนทั้งในทางเศรษฐกิจ สังคม และระบาดวิทยา อีกทั้งยังพบว่า ยารักษาโรค ที่แรงงานได้รับโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ได้เป็นเพียงวัตถุเพื่อการรักษา แต่ทำหน้าที่เป็น “โครงสร้างพื้นฐาน” ของความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงแรงงานข้ามชาติที่ป่วยเป็นโรคเข้ากับระบบการดูแล ซึ่งในการรักษาโรคที่ต้องใช้ความต่อเนื่องยาวนาน จำเป็นต้องดูแลความต้องการเฉพาะในด้านอื่น ๆ ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการดูแลและควบคุมโรค จำเป็นต้องทำงานเชื่อมประสานกันในลักษณะ ข่ายใยการดูแล (web of care) ที่ยึดโยงสนับสนุนให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหาย ลดการแพร่กระจาย และเพิ่มการเข้าถึงการรักษาของคนอื่น ๆ

โดยสรุป ปัญหาโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ไม่ได้เป็นเพียงปัญหาส่วนบุคคล แต่เป็นผลที่เกิดจากความไม่เป็นธรรมและบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เชื่อมโยงข้ามพรมแดน การแก้ปัญหาจึงต้องการความร่วมมือในลักษณะ “ข่ายใยการดูแล” ที่ข้ามพรมแดน โดยที่การพัฒนาความสัมพันธ์ในทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศไทยและเมียนมา และประเทศอื่นในภูมิภาคอาเซียนสามารถใช้เป็นจุดตั้งต้นในการพัฒนาความร่วมมือด้านการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของแต่ละประเทศและของภูมิภาคอาเซียน

## Abstract

This study aims to understand and find ways to encounter the problem of tuberculosis (TB) in migrants, which is a significant challenge of the effort to control the epidemic in Thailand. Especially in the context of the development of the ASEAN Economic Community, AEC enhances the free flow of people and microbe across the borders. The study focus inquiry on the migrants from Myanmar. This study is a qualitative inquiry using the "multi-sited ethnography" method that uses three social theories: global health equity, diaspora and mobility, and biosocial analysis. The main sites are Mae Sot, Tak Province, the main border crossing point, and Samutsakhon Province, a final migration destination.

The main finding is that the critical elements of tuberculosis care and control, access, adherence, and transmission, are interconnected and are influenced by many factors: legal status, health insurance, the migrants, live that are affected by economic necessity, and the tendency to go on the move, and also by the welfare given by the employers.

The insight from social theories emphasizes that the migrant workers are a part of the nation's citizens that the state should provide adequate care. Moreover, they are "economic citizens" who are essential for the continuity of the country's economics. Also, the complex mobility of the migrants makes the geographical space between Thailand and Myanmar inseparable by social, economic, and epidemiological. Moreover, anti-TB drugs that are given without charge to the migrants are the material for the curative purpose and the cultural object that creates "infrastructure" for affection and relation that bound the patient to the care system. The lengthy regimen of TB treatment also necessitates comprehensive care that incorporates other specific needs of the patient. Therefore, it requires the participation of all actors that come together in the form of a "web of care." This web connects and supports the patient to complete the treatment, decrease transmission, and enhance access to care for other migrants.

In summary, the problem of TB in migrant workers is not a personal problem but the effects of inequity and the complex sociocultural relations across the national boundary. Therefore, tackling this problem requires collaboration in a "web of care" across the borders. The development of the economic relationship between Thai and Myanmar, and other ASEAN countries, can be the beginning point for the collaboration on the health of the migrant

workers who are the key elements of the economic property of each country and the region as a whole.

**Keywords:** Tuberculosis, Migrant Workers, ASEAN Economic Community, Global Health

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมา

แม้จะผ่านไปแล้วมากกว่า 20 ปีหลังจากที่องค์การอนามัยโลกประกาศให้การระบาดของวัณโรคเป็นภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพระดับโลก (global health emergency) ในปี พ.ศ. 2536 (ค.ศ. 1993) (WHO, 1994) การระบาดของวัณโรค โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของปัญหาวัณโรคดื้อยา ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก และของประเทศไทยจากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ทั่วโลกมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 10 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคถึง 1.5 ล้านคน โดยมีผู้ที่ป่วยด้วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (multidrug resistant tuberculosis หรือ MDR-TB) เพิ่มขึ้นประมาณ 5 แสนคน โดยในจำนวนนี้คาดว่าจะเป็นผู้ที่ป่วยด้วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (extensively drug resistant tuberculosis หรือ XDR-TB) ถึงร้อยละ 6.2 โดยในขณะที่ความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในปีเดียวกันนั้น มีถึงร้อยละ 85 แต่ความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ยังมีเพียงร้อยละ 56 เท่านั้น (WHO, 2019)

สำหรับการระบาดของวัณโรคในประเทศไทยนั้นยังคงเป็นปัญหายืดเยื้อแม้ระบบสาธารณสุขไทยจะพัฒนาจนอยู่ในระดับแนวหน้าของโลก โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 (ค.ศ. 1998) ไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงที่สุดในโลก หรือ “ประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง” (high burden countries) 22 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สูงที่สุด ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) การเพิ่มประเด็นการพิจารณารายชื่อประเทศกลุ่มนี้ โดยเพิ่มเกณฑ์ในปัญหาวัณโรคร่วมกับโรคเอดส์ และปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ประเทศไทยก็ยังถูกจัดอยู่ในกลุ่ม 14 ประเทศ ที่พบปัญหาวัณโรคสูงที่สุดทั้ง 3 ด้าน<sup>1</sup> (WHO, 2015) หลังจากที่ยุทธศาสตร์การอนามัยโลก ได้เพิ่มความเข้มข้นของมาตรการควบคุมวัณโรคโดยยกระดับจากยุทธศาสตร์ “หยุดยั้ง” การระบาดของวัณโรค (Stop TB Strategy) เป็นยุทธศาสตร์ “ยุติ” การระบาดของวัณโรค (End TB Strategy) นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 (ค.ศ. 2016) เป็นต้นไป รัฐบาลไทยได้ประกาศนโยบายที่เอาจริงเอาจังกับการลดปัญหาวัณโรคในประเทศ โดยประกาศใช้ “แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564” ที่ยึดเป้าหมายปลายทางระยะยาวขององค์การอนามัยโลก คือการลดอุบัติการณ์ของวัณโรคให้เหลือไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคนภายในปี พ.ศ. 2578 (ค.ศ. 2035) โดยจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี ในแผนฉบับแรก (พ.ศ. 2560-2564) กำหนดเป้าหมายที่จะลดอุบัติการณ์วัณโรคในประเทศไทยจาก 171 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2557 ให้เหลือ 88 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2564 (กรมควบคุมโรค, 2560)

แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ได้ชี้ว่าสถานการณ์ที่สร้างความยากลำบากในการควบคุมวัณโรคในประเทศไทยคือการเพิ่มขึ้นของการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามพรมแดน ร่วมไปกับการเปลี่ยนโครงสร้างประชากรไปสู่สังคม

---

<sup>1</sup> ในการทบทวนการจัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (HBCs) สำหรับปี พ.ศ. 2564-2568 (ค.ศ. 2021-2025) ประเทศไทยไม่ได้อยู่ในกลุ่มนี้แล้ว เนื่องจากปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานลดลง แต่ยังคงอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีปัญหาวัณโรคทั่วไปและวัณโรคร่วมกับโรคเอดส์ในระดับสูง (WHO, 2021)

สูงอายุ (กรมควบคุมโรค, 2560, น. III) โดยได้รับการคาดประมาณจำนวนแรงงานข้ามชาติ<sup>2</sup> ในประเทศไทยว่ามีประมาณ 4.5 ล้านคน ที่ส่วนใหญ่มาจากประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคอาเซียน โดยเฉพาะเมียนมา กัมพูชา และลาว โดยมีเพียงประมาณ 1.2 ล้านคนเท่านั้นที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงแรงงาน (กรมควบคุมโรค 2560, น. 11) จึงมีประชากรกลุ่มนี้จำนวนมากที่มีปัญหาสถานะทางกฎหมายและจึงอยู่นอกระบบการติดตามควบคุมโรคของรัฐไทย แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้จึงได้ระบุถึงความยากลำบากในการควบคุมโรคในประเทศไทย ที่เป็นผลจากปัญหาโรคในแรงงานข้ามชาติโดยชี้ว่าเกิดจากความท้าทายสำคัญคือ

อุปสรรคในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพโรคของประชากรแรงงานข้ามชาติ ซึ่งรวมถึงความท้าทายของการมีเสรีภาพในการย้ายที่อยู่อาศัย และการประกอบอาชีพของประชาชนในภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) ภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ทำให้มีแนวโน้มที่จะมีการเพิ่มจำนวนประชากรข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งมีอัตราป่วยโรคสูงกว่าประเทศไทย (กรมควบคุมโรค 2560, น. III-IV)

จึงเป็นการระบุว่า นโยบายต่างประเทศในด้านเศรษฐกิจเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อนโยบายด้านสาธารณสุขในการควบคุมโรคของประเทศไทย โดยปัจจัยที่สำคัญคือการทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของผู้คนและเชื้อโรคอย่างมี “เสรีภาพ” มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะจากประเทศเมียนมาและกัมพูชาที่เป็นประเทศเพื่อนบ้านที่มีอัตราป่วยโรคสูงกว่าไทย

ทั้งนี้แม้ในการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน จะมีการส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนย้าย “แรงงานฝีมือ” ข้ามชาติอย่างเสรี (ASEAN, 2015) แต่สิ่งที่เกิดขึ้นร่วมกันคือการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย ที่เมื่อประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรและสังคมของประเทศ ทำให้ไทยมีความต้องการ “แรงงานไร้ฝีมือ” เพิ่มมากขึ้น เพื่อทำงานประเภท “3 D” คือ งานสกปรก (Dirty Job) งานอันตราย (Dangerous Job) และงานยาก (Difficult Job) ที่แรงงานไทยไม่ทำ (กรมการจัดหางาน, 2561) ทั้งนี้การพัฒนาความเป็น “ประชาคมเศรษฐกิจ” นั้น อาจกล่าวได้ว่าเกิดขึ้นจากการพัฒนาความสัมพันธ์ในทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศในภูมิภาคทั้งที่มีมาก่อนวันที่ 31 ธันวาคม 2558 โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดต่อกัน ที่มีการเคลื่อนย้ายของผู้คน แรงงาน มีการค้าข้ามพรมแดนระหว่างกันมาอย่างยาวนาน โดยมีจุดเปลี่ยนที่สำคัญคือการเริ่มดำเนินการทำข้อตกลง (MOU) แบบทวิภาคีกับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อจัดระบบการย้ายถิ่นของแรงงานตั้งแต่จัดหางานจนถึงเดินทางกลับ นับแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา<sup>3</sup>

ข้อมูลจากการศึกษาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องทำให้เห็นว่าปัญหาโรคในผู้อพยพและแรงงานข้ามชาติเป็นปัญหาที่มีมิติที่ซับซ้อน ทั้งด้านระบาดวิทยา ด้านสิทธิมนุษยชน และจริยธรรม (Wild et al. 2017) อาทิ

---

<sup>2</sup> ในเอกสารแผนใช้คำว่า “แรงงาน” อย่างไรก็ตามประชากรกลุ่มนี้มีทั้งผู้ที่เป็นแรงงานและไม่ใช่งาน เช่น ผู้ติดตาม อีกทั้งการไม่มีสถานะทางกฎหมายโดยเฉพาะกฎหมายแรงงาน จึงไม่จัดอยู่ในประชากรที่จะได้รับการดูแลจากกระทรวงแรงงาน

<sup>3</sup> ประเทศไทยเริ่มดำเนินการจัดทำบันทึกความเข้าใจ (MOU) ในรูปแบบทวิภาคีกับประเทศเพื่อนบ้าน 3 ประเทศ ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2545-2546 แต่การดำเนินการใช้ระยะเวลายาวนาน การดำเนินการจัดส่งแรงงานข้ามชาติผ่าน MOU จากประเทศกัมพูชาและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จึงเพิ่งเริ่มต้นขึ้นในปี พ.ศ. 2549 และจากเมียนมาเริ่มต้นขึ้นได้ในปี พ.ศ. 2552 (คณะทำงานเฉพาะเรื่องแห่งสหประชาชาติว่าด้วยการย้ายถิ่นของประเทศไทย, 2562, น.1)

ปัญหาสถานะทางกฎหมายเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม (ขวัญชีวัน, 2551) หรือแม้จะเข้าถึงบริการแล้วผู้อพยพและแรงงานข้ามชาติก็ยังประสบปัญหาในการรักษา ในกรณีวัณโรคทั่วไปที่ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน หรือในกรณีวัณโรคดื้อยาหลายขนานใช้ระยะเวลานานเกือบ 2 ปี นอกจากนี้ จากการทบทวนผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552-2558 กรมควบคุมโรค พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยมีผลการรักษาสำเร็จต่ำกว่าคนไทยมาก โดยมีอัตราการขาดยาสูงกว่าคนไทยถึง 2-3 เท่า (กรมควบคุมโรค, 2559) สภาพการทำงานและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี รวมถึงการถูกกีดกันเอารัดเอาเปรียบ เช่น การทำงานอย่างหนักและพักอาศัยในที่แออัด เป็นเหตุให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจาย และยากที่จะควบคุม (นิกร, 2554) ในพื้นที่ชายแดนพบว่าแรงงานข้ามชาติที่เป็นวัณโรคมีการเดินทางข้ามพรมแดนไปมา ทำให้มีความยากลำบากต่อการควบคุมโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Tschirhart et al. 2016) โดยอุปสรรคที่สำคัญคือการไม่สามารถประสานงานเชื่อมโยงระบบสุขภาพของประเทศสองฝั่งของพรมแดน (Kaji et al. 2015) ดังนั้น การควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย จึงจำเป็นต้องเข้าใจความซับซ้อนของปัญหาและค้นหาโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลและควบคุมวัณโรคที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ “แบบแผนการเคลื่อนย้าย” (นวพรรณ, 2560) รวมถึงค้นหาโอกาสจากการเกิดขึ้นของ “ประชาคมอาเซียน” ที่อาจเป็นไปได้ในการสร้างความร่วมมือในการดูแลและควบคุมวัณโรคระหว่างประเทศในภูมิภาค

โครงการวิจัยนี้ต้องการทำความเข้าใจมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของปัญหาวัณโรคในแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ในบริบทการพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โดยเลือกศึกษาที่เน้นเฉพาะแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา เนื่องจากมีสัดส่วนมากที่สุดในประชากรแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย อย่างไรก็ตามด้วยความซับซ้อนของปรากฏการณ์การเคลื่อนย้ายของประชากรระหว่างประเทศไทยและเมียนมา และระยะเวลาที่จำกัดของการศึกษา โครงการวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายในการใช้มุมมองในด้านมานุษยวิทยา โดยเฉพาะมานุษยวิทยาการแพทย์ มาใช้เพื่อค้นหาความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ทั้งในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์และการดำเนินการเพื่อควบคุมวัณโรคในประเทศไทย ที่อาจกล่าวได้ว่าปัญหาวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงช่องว่างที่สำคัญของการสร้างเสริมความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศไทยและของภูมิภาคอาเซียน

## 1.2 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและค้นหาแนวทางในการพัฒนาการดูแลและควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา ดังนี้

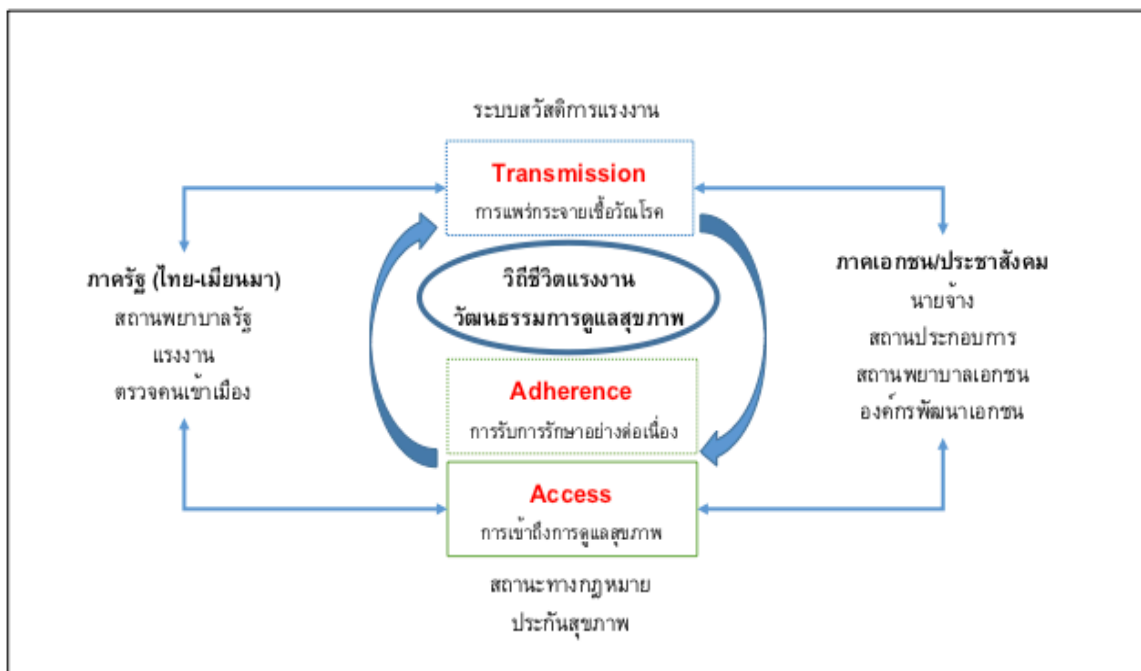
- 1.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในประเทศไทย ที่ส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (transmission) และความเจ็บป่วย (illness) ที่เกิดจากวัณโรค
- 1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาต่อการเข้าถึง (access) บริการ สุขภาพที่เหมาะสมโดยเฉพาะการได้รับการตรวจคัดกรอง ป้องกัน และการรักษาวัณโรคที่มีคุณภาพ
- 1.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ในการได้รับการดูแลรักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง (adherence) จนครบระยะเวลาและหายจากโรค

1.2.4 เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลและควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในประเทศไทยและโอกาสสร้างความร่วมมือในการดูแลควบคุมวัณโรคระหว่างประเทศไทยและเมียนมา

### 1.3 กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework) ในโครงการนี้ต้องการทำความเข้าใจองค์ประกอบ 3 ส่วนของปัญหาการดูแลและควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ (1) การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพ (access) ที่เชื่อมโยงกับ (2) การได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (adherence) และ (3) การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (transmission) โดยเหตุปัจจัยหลักที่มีผลต่อองค์ประกอบเหล่านี้ คือ วิถีชีวิตแรงงานและวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ ในส่วนที่เหตุปัจจัยเฉพาะที่มีผลต่อ (1) และ (2) คือ “สถานะทางกฎหมายของแรงงาน” และ “ประกันสุขภาพ” และ ที่มีผลต่อ (3) คือ “ระบบสวัสดิการแรงงาน” โดยองค์ประกอบเหล่านี้มีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีส่วนร่วมในระบบการดูแลและควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ ประกอบด้วย ภาครัฐทั้งของประเทศไทยและเมียนมา ได้แก่ สถานพยาบาลของรัฐ หน่วยงานด้านแรงงาน หน่วยงานด้านการตรวจคนเข้าเมือง และภาคเอกชนและประชาสังคม ได้แก่ นายจ้าง สถานประกอบการ สถานพยาบาลเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)



โดยมีแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา มีดังนี้

#### 1.3.1 แนวคิดความเป็นธรรมในระบบสุขภาพโลก (global health equity)

เป็นแนวคิดที่มองปัญหาสุขภาพด้วยกระบวนทัศน์สุขภาพโลก (global health) ที่มองปัญหาสุขภาพและระบบความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบสุขภาพที่ไม่ได้ยึดติดกับเส้นแบ่งพรมแดนประเทศตามมุมมองระบบสุขภาพนานาชาติ (international health system) โดยให้ความสำคัญกับการกระจายบริการสุขภาพ

อย่างทั่วถึง (global health delivery) และปัญหาความเป็นธรรมทางสุขภาพ (health equity) ในขอบเขตของทั้งระหว่างประเทศที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่างกันและระหว่างประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในประเทศเดียวกัน ซึ่งในโครงการนี้ มองปัญหาวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ อาทิ ปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพหรือปัญหาอัตราการขาดยาของคนต่างด้าวที่สูงกว่าคนไทย ในฐานะปรากฏการณ์ความไม่เป็นธรรม **จึงช่วยขยายขอบเขตการทำความเข้าใจปัญหา จากการมุ่งเน้นที่พฤติกรรมส่วนบุคคลไปสู่การวิเคราะห์ปัญหาเชิงโครงสร้างของสังคม**

### 1.3.2 แนวคิดคนพลัดถิ่นและการเคลื่อนย้าย (diaspora and mobility)

แนวคิด “คนพลัดถิ่น” (diaspora) ให้ความสำคัญกับประชากรย้ายถิ่นในฐานะที่มีวิถีชีวิตและลักษณะเฉพาะทางสังคมวัฒนธรรมดั้งเดิมของตนเอง และมีการปรับตัวให้เข้ากับบริบทชีวิตในสังคมที่อาศัยและใช้ชีวิตอยู่ในปัจจุบัน แต่ก็ยังมีความยึดโยงกับประเทศต้นทางหรือ “ถิ่นฐาน” เดิม อย่างไรก็ตามเนื่องจากบริบทของโลกโลกาภิวัตน์ที่มีการเคลื่อนย้ายอย่างกว้างขวางตามการขยายตัวของระบบตลาด และปัญหาทางการเมืองและสังคมที่ยาวนานของเมียนมาที่ทำให้แรงงานจำนวนมากที่เป็นคนรุ่นใหม่ อาจไม่ได้มีความยึดโยงกับ “ประเทศต้นทาง” มากนัก จึงจำเป็นต้องนำแนวคิดการศึกษาการเคลื่อนย้าย (mobility studies) เข้ามาร่วมด้วย โดยเฉพาะ **ในบริบทที่การข้ามพรมแดนระหว่างประเทศไทยและเมียนมามีความซับซ้อน โดยที่ “พรมแดน” (borders) นี้ไม่ได้จำกัดเพียงพรมแดนทางภูมิศาสตร์เท่านั้น แต่ยังต้องการทำความเข้าใจ “พรมแดน” ในลักษณะอื่น ๆ ที่แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาต้องเผชิญและต้อง “ข้าม” อีกด้วย**

การศึกษานี้ มุ่งเน้นการทำความเข้าใจลักษณะสำคัญของปรากฏการณ์ คือ การไหลเวียน (mobility) ของเชื้อโรคและผู้คน จึงให้นิยามปัญหาว่า “วัณโรคไร้รัฐ” (Stateless tuberculosis) ที่หมายถึงทั้งตัวเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้ยึดโยงกับรัฐใดรัฐหนึ่ง หากเชื้อวัณโรคสามารถแพร่กระจายข้ามรัฐชาติและเชื้อชาติของผู้คน และ “แรงงานไร้พรมแดน” (Borderless labor migration) ที่หมายถึงการเคลื่อนย้ายของแรงงานข้าม “พรมแดน” ต่าง ๆ ทั้ง พรมแดนประเทศ พรมแดนทางสังคม เช่น สถานะทางกฎหมายทั้งกฎหมายตรวจคนเข้าเมืองและกฎหมายแรงงาน และพรมแดนทางชีววิทยาของการติดเชื้อวัณโรคและการป่วยเป็นวัณโรค

### 1.3.3 แนวคิดการวิเคราะห์แบบชีวสังคม (biosocial analysis)

การวิเคราะห์แบบชีวสังคมเป็นแนวคิดในการวิเคราะห์ที่เชื่อมโยงปัจจัยทางชีววิทยาเข้ากับการวิเคราะห์ทางสังคม โดยใช้กรอบแนวคิดที่ว่า การทำความเข้าใจมิติทางชีววิทยา (biology) ของปัญหาสุขภาพนั้นให้ชัดเจนมากขึ้น ก็จะช่วยให้เห็นประเด็นในการตั้งปัญหาและทำการวิเคราะห์สังคมได้ดีขึ้น ในลักษณะที่เรียกว่า “ชีวสังคมปฏิสัมพันธ์” (bio-social interaction) (Farmer et al. 2013) ซึ่งแนวคิดการวิเคราะห์แบบชีวสังคมนี้ ช่วยขยายขอบเขตการทำความเข้าใจปัญหาวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติให้ครอบคลุมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีววิทยาและทางสังคมของกลุ่มแรงงาน เช่น ความแตกต่างและระยะเวลาที่ห่างกันมากระหว่างการติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรค ที่ทำให้มีความยากลำบากกว่าผู้ป่วยได้รับเชื้อวัณโรคจากที่ใด และการเปลี่ยนแปลงจากการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection) ไปเป็นการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค (active TB disease) ที่เป็น



ผลส่วนหนึ่งจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ลดลง ซึ่งเป็นสิ่งที่มีเหตุปัจจัยที่ซับซ้อนรวมถึงผลกระทบจากบริบทชีวิตความเป็นอยู่ที่เชื่อมโยงกับสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

นอกจากนี้ในระหว่างการดำเนินการวิจัย คณะวิจัยได้พบว่านโยบายด้านวัณโรคของประเทศไทยที่จัดให้ประชากรทุกกลุ่มรวมถึงแรงงานข้ามชาติสามารถได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลและควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ จึงได้เพิ่มการวิเคราะห์บทบาทของยาเพื่อทำความเข้าใจบทบาทของยาวัณโรค (anti-TB drugs) ทั้งบทบาททางชีววิทยาและบทบาททางสังคมที่มีความเชื่อมโยงกัน โดยการใช้นวัตกรรมจากทฤษฎีเครือข่ายผู้กระทำการ (Actor-Network Theory) ที่ชี้ให้เห็นว่าการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคม จำเป็นต้องให้ความสนใจกับผู้กระทำการ (actors) ทั้งหมดในเครือข่ายความสัมพันธ์ ที่ไม่ได้มีเพียงมนุษย์เท่านั้น ดังนั้นจึงต้องมอง “ยา” ในฐานะผู้กระทำการ (actors) ด้วย **โดยเฉพาะในฐานะที่เป็นสิ่งที่ทำให้เกิด “โครงสร้าง” ความเชื่อมโยงผู้คนและสิ่งต่าง ๆ เข้าด้วยกันเป็นเครือข่ายการดูแลและควบคุมวัณโรคในประชากรแรงงานข้ามชาติ**

#### 1.4 ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณาในทางมานุษยวิทยา ทั้งนี้ เนื่องจากโครงการต้องการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของปัญหาวัณโรคในแรงงานข้ามชาติทั้งในพื้นที่ชายแดนและพื้นที่ชั้นในของประเทศ จึงใช้วิธีการศึกษาแบบ “ชาติพันธุ์วรรณาหลากหลายพื้นที่” (multi-sited ethnography) เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่และความเชื่อมโยงระหว่างกัน จึงได้เลือกทำการศึกษาในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่เป็นจุดผ่านแดนหลักของแรงงานข้ามชาติจากเมียนมา และจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแรงงานข้ามชาติอยู่เป็นจำนวนมาก โดยได้กำหนด “พื้นที่” (sites) การศึกษาจำนวน 4 พื้นที่ ได้แก่

1.4.1 โรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด โดยเน้นที่คลินิกวัณโรคและเครือข่ายบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ

1.4.2 จุดผ่านแดนสะพานข้ามแม่น้ำเมย อำเภอแม่สอด โดยเน้นที่ด่านข้ามพรมแดนทั้งด้านการควบคุมโรค การตรวจคนเข้าเมืองและการอนุญาตทำงาน

1.4.3 สถานประกอบการและที่พักแรงงาน ในอำเภอแม่สอด โดยเน้นที่บริบททางสังคม สวัสดิการและความเป็นอยู่ของแรงงาน

1.4.4 โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยเน้นที่คลินิกวัณโรค เครือข่ายบริการสุขภาพและองค์ประกอบอื่น ๆ ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ

#### 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 วัณโรค (tuberculosis, TB) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* โดยครอบคลุมทั้งการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection) ที่ไม่มีอาการและไม่แพร่เชื้อ และการป่วยเป็นวัณโรค (active TB disease) ทั้งวัณโรคทั่วไปที่รักษาได้ด้วยยาพื้นฐานใช้ระยะเวลา 6 เดือน และวัณโรคดื้อยา (drug-resistant TB, DR-TB) โดยเฉพาะวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-

TB) ที่อาจต้องใช้ระยะเวลารักษานานถึง 2 ปีด้วยยาที่มีราคาแพงและวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) ที่ต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนานกว่า 2 ปี

1.5.2 **แรงงานข้ามชาติ (migrant workers)** ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง คนต่างด้าวที่เป็นประชากรเคลื่อนย้ายที่เข้ามาประกอบอาชีพในประเทศไทย ครอบคลุมทุกกลุ่มโดยไม่ได้จำกัดสถานะทางกฎหมายทั้งกฎหมายการเข้าเมืองและกฎหมายแรงงาน

1.5.3 **แรงงานต่างด้าวชายแดน** ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง คนต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ ลาว และ กัมพูชา ที่ซึ่งมีภูมิลำเนาเป็นประชากรของประเทศที่มีชายแดนติดกับประเทศไทย และ/หรือแรงงานต่างด้าวที่เคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในพื้นที่ชายแดนระหว่างประเทศต้นทางและประเทศปลายทาง

1.5.4 **แรงงานไร้รัฐ/แรงงานไร้พรมแดน** ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การไหลเข้ามาของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยที่ซึ่งเป็นผลจากปรากฏการณ์โลกาภิวัตน์ของภาคแรงงานที่ทำให้คนต่างด้าวเข้ามาในฐานะ “แรงงาน” ที่เป็นทรัพยากรสำคัญต่อเศรษฐกิจ

1.5.5 **การพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (Development of ASEAN Economic Community)** ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงการพัฒนาความร่วมมือทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศในภูมิภาคอาเซียน โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายของแรงงานระหว่างประเทศ จึงครอบคลุมตั้งแต่ช่วงเวลาก่อนการเริ่มต้นของ “ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน” (ASEAN Economic Community, AEC) ในวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ที่เป็นการประกาศความร่วมมืออย่างเป็นทางการของ 10 ประเทศในภูมิภาค โดยเริ่มตั้งแต่การพัฒนาความร่วมมืออย่างเป็นทางการในระดับทวิภาคีระหว่างไทยกับประเทศเพื่อนบ้านในจัดทำข้อตกลง (MOU) ที่เริ่มต้นตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2545 และครอบคลุมการปรับเปลี่ยนนโยบาย กฎระเบียบ และแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติจนถึงปัจจุบัน

1.5.6 **ความมั่นคงทางสุขภาพ (Health Security)** ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง สภาวะความพร้อมของระบบสุขภาพของประเทศในการรับมือกับภัยคุกคามด้านสุขภาพและภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ที่รวมถึงการระบาดของโรคติดต่อ (pandemic) ทั้งโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ซึ่งความพร้อมนี้ประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ ดังตัวอย่างที่กำหนดในดัชนีความมั่นคงด้านสุขภาพโลก (global health security index)<sup>4</sup> ที่รวมถึงการมีระบบบริการสุขภาพที่แข็งแกร่งมีทรัพยากรเพียงพอและกระจายอย่างทั่วถึง

## 1.6 ขอบเขตการวิจัย

### 1.6.1 ขอบเขตด้านช่วงเวลา

งานวิจัยนี้มีเป้าหมายในการทำความเข้าใจปัญหาวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ ในช่วงเวลาที่สัมพันธ์กับการพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ที่มีการจัดตั้งอย่างเป็นทางการ ในวันที่ 31 ธันวาคม 2558 โดยให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์วัณโรคแห่งชาติ และแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลก และบริบทของนโยบายการทำงานด้านการควบคุมวัณโรคในระดับโลก คือ ยุทธศาสตร์การยุติปัญหาวัณโรค (End TB Strategy) ที่เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2559

<sup>4</sup> <https://www.ghsindex.org/about/>

ในส่วน of ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ เนื่องจากข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงเลือกใช้ข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2561-2562 ซึ่งเป็นปีก่อนที่จะเริ่มต้นโครงการวิจัย ที่หน่วยงานต่าง ๆ ได้มีการสรุปข้อมูลที่สมบูรณ์ไว้แล้ว

### 1.6.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

ด้วยการออกแบบการศึกษาที่ต้องการใช้วิธีวิทยาในการติดตาม (following method) เพื่อให้เห็นการเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาตั้งแต่จุดผ่านแดนจนถึงพื้นที่ปลายทางที่แรงงานปักหลักทำงาน พื้นที่การศึกษา (sites) ของงานวิจัยชิ้นนี้ ในทางภูมิศาสตร์และการปกครองจึงเลือก 2 พื้นที่ คือ (1) อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งเป็นที่ตั้งของด่านข้ามพรมแดนอย่างเป็นทางการระหว่างประเทศไทยและประเทศเมียนมา และ (2) จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติรวมกันอยู่เป็นจำนวนมาก เป็นการเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง ด้วยเหตุที่การทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาวิจัยในมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของวัณโรคในแรงงานข้ามชาติในพื้นที่นี้อยู่บ้างแล้ว โดยเฉพาะงานของนิกร ฮะเจริญ (2554)

### 1.6.3 ขอบเขตด้านกลุ่มประชากร

แม้กลุ่มเป้าหมายของการจัดการปัญหาคือแรงงานข้ามชาติ ซึ่งในโครงการวิจัยนี้เน้นที่แรงงานข้ามชาติจากเมียนมา แต่เนื่องจากสิ่งที่ต้องการทำความเข้าใจคือ “ระบบการดูแลและควบคุมวัณโรค” ประชากรกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัย จึงครอบคลุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งได้กำหนดไว้ในกรอบแนวคิดการวิจัย

### 1.6.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา

เนื่องด้วยงานวิจัยมีเป้าหมายเฉพาะในการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ โดยทำความเข้าใจมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของปัญหา โดยใช้ระยะเวลาการศึกษาวิจัยรวม 12 เดือน ซึ่งสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้วิธีวิทยาชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) ในทางมานุษยวิทยา นับได้ว่าเป็นระยะเวลาที่สั้นมาก แม้จะได้อาศัยการทำงานพื้นฐานของหัวหน้าโครงการวิจัยทั้งด้านการเก็บข้อมูลและการสร้างความสัมพันธ์และความคุ้นเคยกับผู้คนและพื้นที่ชายแดนไทยเมียนมา (Wirun, 2018) ก็ยังคงมีข้อจำกัดในการประมวลผลข้อมูลในพื้นที่อำเภอแม่สอด ในขณะที่พื้นที่จังหวัดสมุทรสาครเป็นพื้นที่ที่ใหม่ของทีมนักวิจัย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้แม้ทีมนักวิจัยจะได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมและเก็บข้อมูลในพื้นที่ แต่เนื่องจากวัตถุประสงค์และเป้าหมายเป็นเรื่องของการทำความเข้าใจปัญหาวัณโรค ข้อมูลในมิติทางประวัติศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรมของพื้นที่ จึงเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น ที่เห็นว่ามีสำคัญต่อการอธิบายปรากฏการณ์ปัญหาที่ศึกษา

ดังนั้นโครงการวิจัยนี้มีเป้าหมายที่จะเป็นการวิจัยพื้นฐานเพื่อนำไปสู่โครงการวิจัยและพัฒนาในขั้นต่อไปที่จะนำข้อค้นพบและข้อเสนอแนะที่ได้จากโครงการนี้ ไปพัฒนาตัวแบบระบบการดูแลและควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในพื้นที่น่านร่อง แล้วขยายไปสู่การสร้างความร่วมมือในการควบคุมและดูแลวัณโรค

ระหว่างประเทศไทยและเมียนมา โดยมีเป้าหมายปลายทางคือการขยายไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลและควบคุมโรคในแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่มในระดับภูมิภาคของอาเซียนต่อไป ซึ่งการมีระบบการควบคุมโรคในแรงงานข้ามชาติในระดับภูมิภาคนี้ อาจกล่าวได้ว่า เป็นหนทางหนึ่งที่จะสามารถทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายการยุติโรคในประเทศไทย ในบริบทการพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ที่มีการเคลื่อนย้ายของผู้คนและผู้ป่วยโรคข้ามพรมแดนอย่างเสรี

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### 2.1.1 วัณโรค

ตามกรอบแนวคิดการวิเคราะห์แบบชีวสังคม (biosocial analysis) ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคในทางชีวการแพทย์ (biomedicine) มีความจำเป็นต่อการวิเคราะห์ในทางสังคม ทั้งนี้ข้อมูลพื้นฐานของวัณโรค ทำให้เข้าใจความหมาย และสาเหตุของวัณโรคมายิ่งขึ้น รวมไปถึงเน้นย้ำให้เห็นถึงปัญหาต่าง ๆ อาทิ ปัญหาการเจ็บป่วยจากวัณโรค ปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรค และปัญหาการรักษา ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อดูแล ป้องกันและควบคุมปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงในระดับต่าง ๆ ทุกระดับจึงมีความสำคัญอย่างมากในการรักษาและทำความเข้าใจในส่วนนี้จึงสรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับวัณโรค โดยได้ประมวลและเรียบเรียงจากเอกสารของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

##### 2.1.1.1 การจำแนกประเภทและการดำเนินโรค

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากการติดเชื้อจากแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* เป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มักเกิดที่ปอด ซึ่งทำให้สามารถแพร่เชื้อได้ง่าย วัณโรคเป็นโรคติดต่อจากคนสู่คนผ่านอากาศ (airborne transmission) โดยเมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอด หลอดลม หรือกล่องเสียง ไอ จาม พูดดังๆ ตะโกน หัวเราะหรือร้องเพลง ทำให้เกิดละอองฝอย ฝูกระจายออกมา ละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่จะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไป ละอองฝอยที่มีขนาดเล็ก 1 - 5 ไมโครเมตร จะลอยและกระจายอยู่ในอากาศ ซึ่งผู้อื่นที่สูดหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อโรคเข้าไปในปอดขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรค แต่อนุภาคขนาดเล็ก ๆ จะเข้าไปสู่ถุงลมในปอด (กรมควบคุมโรค, 2561, น. 5)<sup>1</sup>

การติดเชื้อวัณโรคเกิดขึ้นเมื่อสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปถึงถุงลมในปอด เชื้อมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานโดยล้อมเชื้อไว้ กรณีที่ไม่สามารถควบคุมเชื้อได้อย่างสมบูรณ์ทำให้มีรอยโรคในเนื้อปอด ส่วนมากมักจะเป็นแห่งเดียว แต่อาจพบหลายแห่งได้ถ้าเชื้อวัณโรคแบ่งตัวในเนื้อปอดมากขึ้นอาจลุกลามไปตามหลอดน้ำเหลือง ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอด ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น เชื้อจะสามารถเข้าสู่ระบบน้ำเหลือง เข้ากระแสเลือดและกระจายสู่อวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอง กระดูก ไต ปอด เป็นต้น

ซึ่งการติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรคในผู้สัมผัส พบว่า ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ประมาณร้อยละ 70 จะไม่ติดเชื้อวัณโรค มีเพียงประมาณร้อยละ 30 ที่ติดเชื้อวัณโรค “ระยะแฝง” โดยทั่วไปหลังติดเชื้อวัณโรค เชื้อจะไม่ลุกลามจนทำให้ป่วยเป็นโรค แม้เชื้อบางตัวยังคงมีชีวิตแต่สงบอยู่ในอวัยวะต่าง ๆ คนส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 จะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เลยตลอดชีวิต จึงไม่ป่วยเป็นวัณโรค และไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้ มี

---

<sup>1</sup> กรมควบคุมโรค. (2561). แนวทางปฏิบัติป้องกันควบคุม วัณโรคด้วยยาหลายขนาดชนิดรุนแรงมาก ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค.

เพียงประมาณร้อยละ 10 ของวัณโรคระยะแฝงเท่านั้นที่จะป่วยเป็นวัณโรค โดยครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 5 จะป่วยเป็นวัณโรคภายใน 2 ปี ที่เหลืออีกร้อยละ 5 จะป่วยเป็นวัณโรคหลังจาก 2 ปีที่ติดเชื้อ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติสัมผัสวัณโรคมานาน โดยธรรมชาติของวัณโรคผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 50-65 จะเสียชีวิตภายใน 5 ปี (กรมควบคุมโรค, 2561, น. 6)

**การติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection : LTBI)** คือ ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการป่วยเป็นวัณโรค ไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น จึงไม่จัดว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรค

**ผู้ป่วยวัณโรค (TB disease)** ผู้ป่วยวัณโรค คือ ผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคและภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถจัดการทำลายเชื้อได้ หรือเป็นผลหลังจากการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงมาแล้วหลายปี ผู้ป่วยวัณโรคจะมีอาการแสดงของวัณโรค เช่น ไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ เจ็บหน้าอก ไอมีเลือดหรือเสมหะปน น้ำหนักลด ไข้ เหงื่อออก ผิดปกติตอนกลางคืน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร เป็นต้น โดยผู้ป่วยจะสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ผ่านระบบทางเดินหายใจจากการพูด คough หรือจาม การตรวจยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคใช้การเก็บของเหลวในร่างกายหรือเนื้อเยื่อในตำแหน่งที่เป็นโรคส่งตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ

**วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant tuberculosis, MDR-TB)** หมายถึง วัณโรคที่ดื้อยาอย่างน้อย 2 ขนาน คือ isoniazid และ rifampicin ร่วมกัน<sup>2</sup> ในปี พ.ศ. 2561 กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อใช้เป็นมาตรการทางกฎหมายสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก

การรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน มีความยุ่งยากและค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาวัณโรคที่ยังไวต่อยา (DS-TB) หลายเท่า และมีผลสำเร็จของการรักษาน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบทั้งในเรื่องของผลสำเร็จของการรักษา และค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น พบว่า 1) การรักษา DS-TB ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ค่ายารวม 4 ชนิด ประมาณ 2,000 – 4,000 บาท รักษาสำเร็จได้เกือบทุกราย 2) การรักษา MDR-TB ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 20 เดือน โดยจะต้องฉีดยาทุกวันอย่างน้อย 6 เดือน ค่ายารวม 5 ชนิด ประมาณ 2 แสนบาท รักษาสำเร็จได้ประมาณร้อยละ 75 และ 3) ส่วนการรักษา XDR-TB ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 20 เดือน โดยจะต้องฉีดยาทุกวันอย่างน้อย 8 เดือน ค่ายารวม 5 ชนิด ประมาณ 1.2 ล้านบาท รักษาสำเร็จได้เพียงประมาณร้อยละ 50

สาเหตุที่ทำให้เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา เกิดได้ 2 วิธี คือ 1) ติดเชื้อวัณโรคดื้อยา 2) ได้รับการรักษาวัณโรคที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่ครบถ้วน หรือไม่ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดการคัดเลือกสายพันธุ์เชื้อดื้อยา การพบวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน สะท้อนถึงการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในชุมชน แสดงว่า ในชุมชนมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ไม่ได้รับการรักษา หรือ ได้รับการรักษาที่ไม่ดีพอ ส่วนการพบวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษามาก่อน สะท้อนถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดื้อยา 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วย (ความไม่ยอมรับการรักษาของผู้ป่วย หรือการตอบสนองการรักษาของผู้ป่วย) 2) ด้านคุณภาพของผู้ให้การรักษา (การรักษาที่ไม่เหมาะสม) หรือมาตรฐานของระบบบริหารจัดการยา (คุณภาพยาและระบบบริหารจัดการยาไม่ดี) 3)

<sup>2</sup> แนวทางปฏิบัติป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. น.

ด้านการรักษาวัณโรคที่ไม่เหมาะสม หรือไม่ได้มาตรฐานหลาย ๆ ครั้ง ทำให้เกิดการคัดเลือกสายพันธุ์วัณโรคดื้อยา เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนอาจถึงกับดื้อยาทุกขนานได้

## 2.1.2 สถานการณ์วัณโรค

### 2.1.2.1 สถานการณ์วัณโรคของโลก

จากรายงานวัณโรคของโลกปี พ.ศ. 2560 (global tuberculosis report 2017) โดยองค์การอนามัยโลก คาดว่าประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ) ของโลก สูงถึง 10.4 ล้านคน (140 คนต่อแสนประชากร) มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.67 ล้านคน สำหรับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคในโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี 1.03 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด โดยเสียชีวิตปีละ 0.4 ล้านคน และสำหรับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา PR/MDR-TB คาดว่าจะมี 6 แสนคน โดยพบได้ ร้อยละ 4.1 ของผู้ป่วยใหม่ และร้อยละ 19 ของผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน ในจำนวนนี้เป็น MDR-TB 4.9 แสนคน (แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. น. 15)

### 2.1.2.2 สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย

องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 119,000 ราย ผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย และผู้ป่วยดื้อยา PR/MDR-TB 4,700 ราย สำนักวัณโรครายงานผลดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ) 70,114 ราย ผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 6,794 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวี วัณโรคดื้อยาหลายขนาน 995 ราย และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 13 ราย โดยมีผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ ร้อยละ 82.9

ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2558 พบว่า ผู้ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 3,207 ราย จังหวัดที่ขึ้นทะเบียนสูงสุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรสาคร ตาก เชียงใหม่ และเชียงราย อัตราความสำเร็จการรักษาในกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 70.8 เนื่องจากไม่มารับยาตามนัดซึ่งมีถึงร้อยละ 11.2

## 2.1.3 ยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรค

ในปี พ.ศ. 2558 องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (sustainable development goals : SDGs) ที่จะบรรลุในอีก 15 ปี (พ.ศ. 2573) โดยหนึ่งในเป้าหมายนั้น คือ การยุติการแพร่ระบาดของวัณโรค เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายดังกล่าว องค์การอนามัยโลกได้ปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ การควบคุมวัณโรค โดยได้เพิ่มความเข้มข้นของมาตรการควบคุมวัณโรคโดยยกระดับจากยุทธศาสตร์ “หยุดยั้ง” การ

ระบาดวัณโรค (Stop TB Strategy) เป็นยุทธศาสตร์ “ยุติ” การระบาดของวัณโรค (End TB Strategy) นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 (ค.ศ. 2016) เป็นต้นไป

สำหรับในประเทศไทยแม้ในระยะเวลาที่ผ่านมาจะมีการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคอย่างต่อเนื่อง แต่จากผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 - พ.ศ. 2560 ยังไม่บรรลุเกณฑ์เป้าหมาย มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 70,114 ราย และในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 75,063 ราย โดยมีผลสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 82.9 และ 77.8 ตามลำดับ จำเป็นต้องเร่งรัดการดำเนินงานต่อไปให้ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 90 รวมทั้งพัฒนาการป้องกัน รักษา ระบบส่งต่อ และการติดตามผลการรักษา ระบบส่งต่อ และการติดตามผลการรักษา เพื่อลดอัตราการขาดยา และการเสียชีวิต (น.357)

กระทรวงสาธารณสุขจัดทำ **แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564** เพื่อให้สอดคล้องกับการแก้ไขสภาพปัญหาของประเทศไทยและแผนยุติวัณโรคขององค์การอนามัยโลก (The End TB Strategy) มีวัตถุประสงค์ที่จะยุติการระบาดของโรค ลดการป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยรายใหม่ และสร้างความมั่นใจว่าจะไม่มีครอบครัวใดได้รับความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจจากการป่วยด้วยวัณโรค โดยกำหนดยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ที่เน้นการป้องกันดูแลรักษาที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมบทบาทประชาสังคมในการทำงานร่วมกับรัฐ และการมีนโยบายที่เข้มแข็ง มีสาระโดยสรุปดังนี้

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยงทุกคนทั้งประชาชนไทยและต่างด้าวได้รับการตรวจวินิจฉัยและนำสู่การรักษาอย่างรวดเร็ว ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงการสนับสนุนหน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วย โดยการรักษาอย่างสม่ำเสมอด้วยยาที่มีคุณภาพ สำหรับผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับเอดส์ต้องผสมผสานการวางแผนการรักษาและมียาป้องกันวัณโรคสำหรับกลุ่มนี้ เพื่อใช้ร่วมกับยาอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงพัฒนาการบริหารจัดการวัณโรคดียิ่งขึ้นให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

**ยุทธศาสตร์ที่ 3** พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแล รักษาและควบคุมโรค โดยการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อการติดตามการให้บริการและการบริหารนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ยุทธศาสตร์ที่ 4** สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน เป็นการสร้างการสนับสนุนทางนโยบาย (Political Commitment) ในการระดมทรัพยากรสำหรับการดำเนินงาน โดยกำหนดเชิงโครงสร้างให้มีคณะกรรมการระดับชาติ สร้างกองทุนพิเศษเพื่อดำเนินงานร่วมกับโรคเอดส์และมาลาเรียภายหลังที่การสนับสนุนของทุนโลกหมดลง

**ยุทธศาสตร์ที่ 5** ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมโรค เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานทั้งในระดับชาติและในพื้นที่ โดยคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นคือ คาดว่าการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ดังกล่าวจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคลงได้ โดยกลุ่มผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา และผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จะได้รับการวินิจฉัยและการรักษาเพิ่มขึ้น



#### 2.1.4 วัฒนธรรมกับความมั่นคงทางสุขภาพ

การให้ความสำคัญกับ “ความมั่นคงทางสุขภาพ” (health security) เริ่มมีความชัดเจนขึ้นภายหลังการสิ้นสุดของสงครามเย็นในต้นทศวรรษที่ 1990 โดยที่สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Program : UNDP) ได้จัดทำรายงาน Human Development Report 1994 ในหัวข้อเรื่อง New Dimensions of Human Security ซึ่งเป็นการนำเสนอแนวคิดเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ (human security) ที่ต้องครอบคลุมความมั่นคง 7 ด้าน โดยมีความมั่นคงทางสุขภาพ เป็นหนึ่งในเจ็ดด้านนั้น โดยให้ความสำคัญกับโรคติดต่อ ซึ่งเป็นภัยคุกคามสุขภาพที่สำคัญของประเทศกำลังพัฒนา (UNDP1994) ในขณะที่ธนาคารโลกได้จัดทำรายงานประจำปี World Development Report 1993 ในหัวข้อ Investing in Health ชี้ให้เห็นความสำคัญในการลงทุนด้านสุขภาพต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ (World Bank, 1993) ซึ่งในปีเดียวกันนั้นเอง องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้ปัญหาการระบาดของวัณโรค เป็นภาวะฉุกเฉินของโลก (Global Health Emergency) โดยชี้ให้เห็นปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นใหม่ในขณะนั้น คือปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multi-Drug Resistant Tuberculosis; MDR-TB) โดยเฉพาะในเหตุการณ์การระบาดของวัณโรคในมหานครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1992 ที่เชื้อวัณโรคที่ดื้อยานี้ทำให้ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 80 เสียชีวิต (WHO, 1994) ซึ่งในเวลาต่อมาองค์การอนามัยโลกได้รายงานผลการติดตามปัญหาวัณโรคดื้อยา และชี้ให้เห็นว่าเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานไม่ได้เกิดเพียงจากการกินยาไม่ครบเท่านั้น แต่สามารถแพร่ระบาดจากคนสู่คนได้ (WHO, 1997) ปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานจึงเป็นภัยคุกคามต่อ “ความมั่นคงทางสุขภาพ” ที่เกิดขึ้นในที่ต่าง ๆ ทั่วโลกมานานกว่าสามทศวรรษ

อย่างไรก็ตามในระยะแรก เนื่องจากการรักษาวัณโรคดื้อยามีค่าใช้จ่ายสูง องค์การอนามัยโลกจึงยังคงให้ความสำคัญกับการควบคุมวัณโรคทั่วไป โดยในปี ค.ศ.1998 ได้มีการกำหนดรายชื่อประเทศที่มีปัญหาอุบัติการณ์ของวัณโรคสูงสุดในโลก ที่เรียกว่า High Burden Countries: HBC โดยมีจำนวน 22 ประเทศขึ้น แต่ต่อมาในปี 2006 ที่องค์การอนามัยโลกเห็นว่าปัญหาวัณโรคดื้อยาเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญจึงได้เพิ่มเติมเป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์หยุดยั้งวัณโรคในระหว่างปี ค.ศ. 2006-2015 (Stop TB Strategy 2006-2015) และเมื่อมีการทบทวนการจัดทำรายชื่อประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงสุด เพื่อการทำงานควบคุมวัณโรคในยุคหลังปี ค.ศ. 2015 จึงได้มีการเพิ่มเติมปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการจัดทำรายชื่อดังกล่าว ซึ่งในภูมิภาคอาเซียนประเทศไทย เมียนมา เวียดนามและอินโดนีเซีย ถูกจัดอยู่ในประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงสุดทั้งในกลุ่ม 22 ประเทศนับแต่ปี ค.ศ. 1998 และเมื่อมีการเพิ่มเติมนายชื่อเป็น 30 ประเทศในปี ค.ศ. 2015 ฟิลิปปินส์ จึงถูกรวมเข้ามาด้วยในกลุ่มประเทศที่มีปัญหาวัณโรคดื้อยา<sup>3</sup> (WHO, 2015) ดังนั้นปัญหาวัณโรคดื้อยาจึงเป็นภัยคุกคามที่สำคัญของประชาชนในภูมิภาคอาเซียน โดยเฉพาะภายหลังการพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี ค.ศ. 2015 ที่ทำให้มีการเดินทางติดต่อ และการเคลื่อนย้ายของประชาชนในภูมิภาคมากยิ่งขึ้น จึงเป็นปัญหาที่กระทบต่อ “ความมั่นคงทางสุขภาพ” ของประเทศไทย

<sup>3</sup> รายชื่อนี้มีกัมพูชาอยู่ด้วย แต่อยู่ในกลุ่มที่มีอุบัติการณ์สูงเท่านั้น ในขณะที่ฟิลิปปินส์และเวียดนามมีทั้งอุบัติการณ์และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ส่วนไทย เมียนมา และอินโดนีเซีย จัดอยู่ใน 14 ประเทศที่มีทั้งอุบัติการณ์สูง วัณโรคดื้อยาหลายขนาน และวัณโรคร่วมกับโรคเอดส์

#### 2.1.4.1 ความมั่นคงทางสุขภาพในภูมิภาคอาเซียน

สิ่งที่เกิดขึ้นในภูมิภาคอาเซียนที่เริ่มต้นร่วมกันอย่างเข้มข้นมากขึ้นในยุคสงครามเย็นที่มีภัยคุกคามของคอมมิวนิสต์เป็นแรงผลักดัน ทำให้การรวมกันในระยะแรก เน้นที่ความมั่นคงทางการเมือง และภายหลังสงครามเย็นจึงเน้นที่การพัฒนาทางเศรษฐกิจมากขึ้นแต่ประเด็นเรื่องสุขภาพเป็นสิ่งที่ได้รับความสำคัญน้อย โดยจัดอยู่ในส่วนย่อยของเสาหลักที่สามของการพัฒนาประชาคมอาเซียนในด้านสังคมและวัฒนธรรมเท่านั้น อย่างไรก็ตามปัญหาการระบาดของโรคอุบัติใหม่อย่าง SARS และ MERS ได้ทำให้แนวคิด สุขภาพโลก (global health) มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีบทบาทนำในเรื่องนี้และได้กำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพโลกขึ้น และได้มีการประเมินผลกระทบและโอกาสที่จะเกิดจากการพัฒนาประชาคมอาเซียนไว้ในรายงานสาธารณสุขไทย

ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าปัญหาโรคโดยเฉพาโรคติดต่อเป็นภัยคุกคามที่สำคัญต่อความมั่นคงทางสุขภาพ (health security) ของประเทศไทย โดยตามทีรัฐบาลได้ประกาศแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลก (global health strategy) และต่อมาในปี พ.ศ. 2561 มีการประกาศให้ โรคติดต่ออันตราย (XDR-TB) เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ที่จำเป็นต้องมีการควบคุมอย่างเข้มงวด โดยที่การติดต่อยาเกิดจากการขาดยาและกลุ่มประชากรที่มีการขาดยามากคือกลุ่มประชากรที่ “ไม่ใช่คนไทย” คือกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

#### 2.1.5 สถานการณ์สุขภาพอาเซียน

การรวมกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 10 ประเทศ เป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Community) โดยสมบูรณ์ในวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ถือเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่กระตุ้นให้กลุ่มประเทศเหล่านี้ขยายความร่วมมือกันอย่างรอบด้านและมีพลวัต เพื่อให้เท่าทันและตอบสนองต่อพัฒนาการและความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ (globalization) และการเข้าสู่ระบบภูมิภาคนิยม (regionalism) เพื่อให้ภูมิภาคมีความเข้มแข็ง และมีอำนาจในการต่อรองหรือเจรจากับภูมิภาคอื่น

ความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในความร่วมมือในด้านต่าง ๆ ของอาเซียน โดยในมิติสังคมด้านสุขภาพการบริหารจัดการและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทางการแพทย์ รวมทั้งคุณภาพมาตรฐานของระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศส่งผลให้ประเทศต่าง ๆ ในอาเซียนมีสถานะทางสุขภาพแตกต่างกันออกไป เมื่อพิจารณาตามระดับของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสาธารณสุขพบว่า ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีระดับของคุณภาพมาตรฐานบริการอยู่ในระดับสูงเท่าเทียมมาเลเซีย ซึ่งเป็นประเทศที่มีนโยบายการพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางด้านบริการสุขภาพ (Medical Hub) ในระดับนานาชาติเช่นเดียวกับประเทศไทย (ความพร้อมด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในประชาคมอาเซียน, น.329-330)

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในแง่ของการแข่งขันในเชิงภูมิศาสตร์ อาจกล่าวได้เป็น 2 นัย คือ ในด้านพรมแดนที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน กล่าวคือ ประเทศมาเลเซียมีข้อได้เปรียบตรงที่ไม่มีพรมแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีระดับการพัฒนาที่ด้อยกว่าและต้องพึ่งพาการช่วยเหลือด้านสุขภาพอย่างเช่นที่ประเทศไทยประสบอยู่ แต่หากพิจารณาในด้านการเป็นศูนย์กลางของภูมิภาคจะเห็นได้ว่าประเทศไทยตั้งอยู่ในตำแหน่งที่เป็น

จุดเชื่อมโยงเส้นทางคมนาคม มีชัยภูมิที่เหมาะสมกับการติดต่อประสานงานด้านการค้าและการลงทุนโดยไม่มีข้อจำกัดด้านสังคมและวัฒนธรรม

ความแตกต่างของสภาวะสุขภาพของประชาชนและระบบสาธารณสุขของประเทศสมาชิกอาเซียนดังที่ได้กล่าวมาแล้วส่งผลกระทบต่อประเทศไทยซึ่งมีภูมิศาสตร์ที่ตั้งอยู่ตรงกลางบนภาคพื้นดินของภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการพัฒนาเส้นทางคมนาคมทางบกทั้งระบบถนนและระบบราง (น.331) จะอำนวยความสะดวกต่อการเดินทางเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งการเดินทางมาอาศัยอยู่บริเวณชายแดนที่กระจายอยู่โดยรอบแนวพรมแดนของประเทศไทย การเคลื่อนย้ายเข้ามาเป็นแรงงานรายวันบริเวณด้านการค้าชายแดน การเข้ามาเป็นแรงงานที่ไม่ต้องการทักษะสูงในโรงงานและภาคอุตสาหกรรมต่าง ๆ ทั้งภาคการเกษตร การประมง ภาคบริการ การผลิต ก่อสร้าง เป็นต้น รวมทั้งการเดินทางข้ามผ่านแดนไปยังประเทศเพื่อนบ้านทั้งที่ถูกต้องตามกฎหมายและไม่ถูกต้องตามกฎหมาย (น. 330) ซึ่งการเคลื่อนย้ายของประชาชนทั้งแรงงานที่กฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย ได้ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการสุขภาพในประเทศไทย และทำให้ปัญหาในการควบคุมและป้องกันโรค

ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับระบบสาธารณสุขของประเทศไทยอีกประการหนึ่ง คือ การเคลื่อนย้ายเข้ามาของประชากรจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีคุณภาพระบบบริการสาธารณสุขที่ด้อยกว่าประเทศไทย ได้ก่อให้เกิดผลกระทบเกี่ยวกับการควบคุมโรคระบาดต่าง ๆ ระบบสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค โรคติดต่อข้ามแดนโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำในประเทศไทย ตัวอย่างที่ปรากฏ เช่น อุบัติการณ์โรคคอตีบและอหิวาตกโรค ในบริเวณชายแดนติดต่อประเทศกัมพูชาและเมียนมาร์ ณ จังหวัด จันทบุรีและจังหวัดตาก เป็นต้น (น. 332)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับระบบสาธารณสุขของประเทศไทย แต่การเกิดขึ้นของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนก็ทำให้เกิดกลไกการทำงานด้านสุขภาพร่วมกันในระดับภูมิภาค กล่าวคือ กลไกการทำงานในเรื่องสุขภาพของอาเซียนขับเคลื่อนในรูปแบบของคณะทำงาน (Sectoral Body) ด้านสาธารณสุขและสุขภาพภายใต้เสาหลักด้านสังคมและวัฒนธรรม (ASEAN Social and Cultural Community : ASCC) เรียกว่า Senior Office Meeting on Health Development : SOMHD) ซึ่งเป็นการประชุมผู้แทนประเทศสมาชิกหมุนเวียนกันเป็นประธานคณะทำงาน (SOMHD chair) เพื่อจัดการประเด็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ต้องใช้กลไกในระดับภูมิภาคในการขับเคลื่อนหรือสนับสนุน เช่น การควบคุมโรคระบาดข้ามพรมแดน การควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมโรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนั้น SOMHD ยังมีหน้าที่ในการพัฒนากฎเกณฑ์หรือนโยบายสาธารณสุขในระดับภูมิภาคร่วมกันเพื่อตอบสนองต่อปัญหาด้านสุขภาพของภูมิภาค เช่น ระบบประกันสุขภาพ ระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มคนเคลื่อนย้าย ระบบบริการสุขภาพชายแดนซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากกลุ่มประเทศอาเซียนมีแนวโน้มเศรษฐกิจที่ดีขึ้น ทำให้ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอาเซียนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วใน 2 ลักษณะ คือ ความต้องการโอกาสที่เพิ่มขึ้นในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพที่ดีขึ้น (น.333)

นอกจากนั้น SOMHD ยังได้ให้ความสำคัญต่อการปรับปรุงแนวทางและกลไกของการทำงาน SOMHD ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยในการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียน (ASEAN Health Minister Meeting, AHMM) ครั้งที่ 12 ณ กรุงฮานอย ประเทศเวียดนาม ระหว่างวันที่ 15 - 19 กันยายน พ.ศ. 2557 โดย SOMHD

ได้นำเสนอประเด็นความร่วมมือ (Health Priority) ตามกรอบ ASEAN Health Development Agenda Post-2015 ดังกล่าวที่ผ่านการพิจารณาแล้วต่อ AHMM ครั้งที่ 12 ได้เห็นชอบใน 20 ประเด็นการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่แบ่งเป็น 4 กลุ่ม (Cluster) กำหนดระยะเวลาดำเนินการ ช่วงระหว่าง ค.ศ. 2016 - 2020 (พ.ศ. 2559 - 2563) (น.334)

#### 2.1.6 การพัฒนาสุขภาพประชากรต่างด้าวและสาธารณสุขชายแดน

การพัฒนาสุขภาพประชากรต่างด้าวและสาธารณสุขชายแดน เป็นหนึ่งในการดำเนินการเชิงรับและเชิงรุกตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขอาเซียนเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขและบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ และการแก้ไขปัญหาภาวะการดูแลรักษาของหน่วยบริการไทยในประเทศ นอกจากนี้ผู้รับบริการบางส่วนมีขีดความสามารถจำกัดในการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง เช่น แรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย ชนกลุ่มน้อยตามแนวชายแดน ประชาชนที่หลบหนีจากการสู้รบในประเทศของตน กลุ่มคนไร้รัฐ เป็นต้น กลุ่มคนเหล่านี้มีฐานะยากจนและจำเป็นต้องเข้ามาพึ่งพาการรักษายาบาลในประเทศไทยโดยไม่มีหลักประกันสุขภาพสุขภาพ ก่อให้เกิดภาระแก่หน่วยบริการในพื้นที่ที่ต้องให้ความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรม และเกิดเป็นภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการที่เรียกเก็บไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ภายใต้ปรัชญาของความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน คนไทยและประชาชนอาเซียน ควรจะได้รับหลักประกันสุขภาพตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ได้รับการคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการ มีความปลอดภัยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีสุขภาวะ ดังนั้นแม้การให้ความช่วยเหลือดังกล่าวจะก่อให้เกิดภาระในระบบบริการสุขภาพตามแนวชายแดนของประเทศไทย แต่กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องบริหารจัดการให้เหมาะสมโดยคงไว้ซึ่งเจตนารมณ์ทางการรวมเป็นประชาคมหนึ่งเดียวของอาเซียน จึงได้มีการเตรียมการพัฒนาเมืองบริการสุขภาพสุขภาพตามลักษณะของการจัดเขตบริการสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มพึ่งพาที่มีความสามารถจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเอง หรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ได้แก่

- 1) การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข
- 2) ยุทธศาสตร์สุขภาพชายแดน (Border Health)
- 3) ยุทธศาสตร์สุขภาพแรงงานต่างด้าว (Migrants Health)
- 4) การส่งเสริมศักยภาพของหน่วยบริการในพื้นที่ชายแดนของประเทศเพื่อบ้านโดยการพัฒนาศักยภาพความรู้ โครงสร้างอาคารและอุปกรณ์การแพทย์พยาบาล ตลอดจนยาและเวชภัณฑ์ในการบริการประชาชนที่อยู่อาศัยอยู่ตามแนวชายแดน ได้แก่
  - a. Twin Hospital ของประเทศไทยและสหภาพเมียนมาร์ ได้แก่ โรงพยาบาลแม่สาย-ท่าซี้เหล็ก โรงพยาบาลระนอง-เกาะสอง โรงพยาบาลแม่สอด-เมียวดี
  - b. Sister Hospital ของประเทศไทยและราชอาณาจักรกัมพูชา ได้แก่ จังหวัดบันเตียเมียนเจยกับจังหวัดสระแก้ว จังหวัดเกาะกงกับจังหวัดตาก จังหวัดอุดรรัมย์กับจังหวัดสุรินทร์

- c. Health Post คือหน่วยบริการสุขภาพขนาดเล็กที่สร้างในพื้นที่ชนบทห่างไกลในประเทศเพื่อนบ้านและติดชายแดนของประเทศไทย ที่ประชาชนตามแนวชายแดนในประเทศเพื่อนบ้านไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศตนเองได้ เป็นหน่วยบริการที่บุคลากรไทยสามารถเข้าไปให้การช่วยเหลือทางวิชาการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการในลักษณะของการเป็นพี่เลี้ยงได้ เช่น Health Post ในประเทศเมียนมาร์ที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่อำเภออุ้มผาง อำเภอพบพระ อำเภอแม่ระมาด อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก รวมทั้งที่อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย (น. 342 – 343)

## 2.1.7 แรงงานต่างด้าว/แรงงานข้ามชาติ

### 2.1.7.1 ความหมายของแรงงานต่างด้าว/แรงงานข้ามชาติ

การให้ความหมายของคนต่างด้าว คนเข้าเมือง คนข้ามชาติ และแรงงานข้ามชาติ ได้รับการบัญญัติไว้ในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ (ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ และคณะ, 2561)

- 1) ความหมายของคนต่างด้าวตามพระราชบัญญัติการทะเบียนคนต่างด้าว พ.ศ. 2493 ตามมาตรา 4 ได้นิยามคำว่า “คนต่างด้าว” หมายถึง คนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติ
- 2) ความหมายของคนต่างด้าวตามกฎหมายพิเศษหมายถึงคนต่างด้าวที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย ภายใต้กฎหมายส่งเสริมการลงทุนหรือโดยกฎหมายอื่น ๆ
- 3) ความหมายของคนต่างด้าวตามพระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวตามมาตรา 4 ได้นิยามคำว่า “คนต่างด้าว” หมายถึง (1) บุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย (2) นิติบุคคลซึ่งไม่ได้จดทะเบียนในประเทศไทย (3) นิติบุคคลซึ่งจดทะเบียนในประเทศไทย
- 4) ความหมายของคนต่างด้าวตามพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวตามมาตรา 5 ได้นิยามคำว่า “คนต่างด้าว” หมายถึง บุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย
- 5) ความหมายของคนต่างด้าวตามพระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2560 คนต่างด้าว หมายถึง บุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทย
- 6) ความหมายของคนเข้าเมือง (Immigrant) ในทางปฏิบัติของสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองให้ถือว่า “คนเข้าเมือง” หมายถึง คนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักร หรือหมายถึงคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้เข้าเมืองตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522
- 7) ความหมายของแรงงานข้ามชาติตามอนุสัญญาแรงงานข้ามชาติ ค.ศ. 1975 มาตรา 11 ได้ให้นิยามคำว่า “แรงงานข้ามชาติ” หมายถึง บุคคลที่ย้ายถิ่นที่อยู่โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะได้รับการจ้างงาน แต่ไม่รวมถึงบุคคลที่ย้ายถิ่นที่อยู่อันเนื่องจากเหตุผลส่วนตัว และกำหนดอาชีพยกเว้น เช่น แรงงานที่มีถิ่นที่อยู่ในประเทศของตน แต่ข้ามแดนไปทำงานในต่างประเทศเป็นประจำ นักท่องเที่ยว ลูกเรือแต่ไม่รวมผู้ลี้ภัย เป็นต้น สรุปได้ว่าความหมายทั่วไป คือ คนที่ไม่มีเชื้อชาติ

และสัญชาติตามประเทศปลายทาง แต่เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อทำงานจะเรียกว่า แรงงานข้ามชาติ

- 8) ความหมายของแรงงานต่างด้าวตามสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน ได้นิยาม คำว่า “แรงงานต่างด้าว” หมายถึง คนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมายหรือผิดกฎหมายที่ได้รับใบอนุญาตทำงาน

จะเห็นได้ว่า ตามกฎหมายฉบับต่าง ๆ ต่างกำหนดความหมายและคำนิยามไปในทิศทางเดียวกันว่า คนต่างด้าว หรือแรงงานต่างด้าว คือ บุคคลธรรมดาที่ไม่มีสัญชาติไทย (ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ และคณะ, 2561)

#### 2.1.7.2 ประเภทของแรงงานต่างด้าวตามกฎหมายด้านแรงงาน

ประเภทของแรงงานต่างด้าวตามการจำแนกของ พระราชกำหนดการบริหารจัดการทำงานของคนต่างด้าวปี พ.ศ. 2560 มีดังนี้

##### 1. แรงงานข้ามชาติตามมาตรา 59 มี 4 ประเภท

- (1). คนต่างด้าวตลอดชีพ ได้แก่ คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรและทำงานตามประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 322
- (2). คนต่างด้าวมาตรา 59 ประเภททั่วไป ได้แก่ คนต่างด้าวที่มีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรหรือได้รับอนุญาตให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง โดยมีใช้ได้รับอนุญาตให้เข้ามาในฐานะนักท่องเที่ยว หรือผู้เดินทางผ่าน และไม่มีลักษณะต้องห้ามตามที่กำหนดในกฎกระทรวง 13 ธันวาคม พ.ศ. 2515
- (3). คนต่างด้าวมาตรา 59 ประเภทพิสูจน์สัญชาติ ได้แก่ คนต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชาที่หลบหนีเข้าเมืองได้รับการผ่อนผันให้ทำงานและอยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว ตามมติคณะรัฐมนตรีซึ่งได้ผ่านการพิสูจน์สัญชาติและปรับสถานะเข้าเมืองถูกกฎหมายเรียบร้อยแล้ว
- (4). คนต่างด้าวมาตรา 59 นำเข้าตาม MOU ได้แก่ คนต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชาที่เข้ามาทำงานตามความตกลงระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลประเทศต้นทาง

##### 2. แรงงานข้ามชาติตามมาตรา 62 คือ แรงงานข้ามชาติตามมาตรา 62 ประเภทส่งเสริมการลงทุน

ได้แก่ ต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุน (พระราชบัญญัติส่งเสริมการลงทุน พ.ศ. 2520) หรือกฎหมายอื่น ได้แก่ พระราชบัญญัตินิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย พ.ศ.2522 และตามพระราชบัญญัติปิโตรเลียม พ.ศ. 2514 เช่น นักลงทุน ช่างฝีมือ ผู้ชำนาญการ เป็นต้น

##### 3. แรงงานข้ามชาติตามมาตรา 63 คือ แรงงานข้ามชาติตามมาตรา 63 ประเภทชนกลุ่มน้อย

ได้แก่ คนต่างด้าวที่ไม่ได้รับสัญชาติไทยตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติและกระทรวงมหาดไทยได้ออกเอกสารเพื่อรอการพิสูจน์สถานะยื่นขอใบอนุญาตทำงาน

4. **แรงงานข้ามชาติตามมาตรา 64** คือ แรงงานข้ามชาติตามมาตรา 64 ได้แก่ คนต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชาที่เข้ามาทำงานบริเวณชายแดนในลักษณะไป-กลับ หรือตามฤดูกาลในพื้นที่ความตกลงว่าด้วยการสัญจรข้ามแดนระหว่างราชอาณาจักรไทยกับประเทศที่ติดกับราชอาณาจักรไทย (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2561; วารสารสถานการณ์ตลาดแรงงาน กรมการจัดหางาน, 2561)

#### 2.1.7.3 การเข้ามาของแรงงานต่างด้าว/แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา ประเทศไทยพัฒนาเศรษฐกิจและได้ก้าวเข้าสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมทำให้เกิดการหลั่งไหลของแรงงานต่างด้าวเข้าสู่ประเทศไทยมากขึ้น แรงงานไทยจำนวนไม่น้อยได้เดินทางไปทำงานในต่างประเทศ ทำให้ภายในประเทศเกิดภาวะการขาดแคลนแรงงาน เมื่อเป็นเช่นนี้ประเทศเพื่อนบ้าน อาทิ พม่า ลาว กัมพูชา ที่กำลังประสบปัญหาความยุ่งยากทางการเมืองและการชะงักทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะประเทศพม่าได้หลั่งไหลเข้าสู่ประเทศไทยเพื่อมาเป็นแรงงานทดแทนแรงงานไทยมากขึ้น ซึ่งในระยะเริ่มต้นการเข้ามาจะเป็นไปในลักษณะลักลอบเข้ามาแบบผิดกฎหมายหรืออาจจะเป็นการจ้างงานตามชายแดน จนกระทั่งปี พ.ศ. 2535 รัฐได้มีนโยบายการจ้างงานผู้ลักลอบให้สามารถทำงานชั่วคราวได้ ในพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า (สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและคณะ, 2546)

นับตั้งแต่ประเทศไทยได้เริ่มใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 1 (1 พ.ศ. 2504 - 2509) จนถึงปัจจุบันทำให้เกิดการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วส่งผลให้ภาคผลิตของประเทศไทย โดยเฉพาะอุตสาหกรรมที่ใช้แรงงานมีความต้องการแรงงานเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้จำนวนประชากรเกิดน้อยลง จำนวนวัยแรงงานจึงลดลงไปด้วย ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนแรงงานไร้ฝีมือในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้เอง ผู้ประกอบการจำนวนมากจึงต้องจ้างแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ เมียนมา กัมพูชา และ สปป.ลาวเข้ามาทดแทนแรงงานภายในประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบในด้านดีต่อระบบเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2557 โดยผลการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย พบว่า ระบบเศรษฐกิจได้รับประโยชน์จากการจ้างแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน คิดเป็นร้อยละ 0.16 ต่อสัดส่วนผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) หรือคิดเป็นมูลค่า 2,103,776 ล้านบาท แต่ผลกระทบทางลบ คือ ผลกระทบต่อสภาพสังคม วัฒนธรรม และความมั่นคงของประเทศ ตลอดจนปัญหาด้านสุขภาพ (ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ และคณะ, 2561, น. 1)

ปัจจัยและความคาดหวังในการตัดสินใจของแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานในประเทศไทย รายงานการวิจัยเรื่อง “การย้ายถิ่นเข้ามาทำงานและการถูกหลอกลวงของแรงงานในประเทศไทย” โดยมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (2547) ได้ทำการศึกษาและสำรวจปัจจัยหลักที่ทำให้แรงงานต่างด้าวตัดสินใจเข้ามาทำงานในประเทศไทย โดยได้ข้อสรุปว่า ปัจจัยหลักมีทั้งหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ 1. ปัจจัยด้านความยากจนในครอบครัว 2. ปัจจัยด้านการว่างงานในประเทศพม่า 3. การขาดคุณสมบัติที่จะทำงานในประเทศพม่า 4. ความต้องการบริโภคสินค้าฟุ่มเฟือย 5. ความต้องการการเป็นที่ยอมรับจากคนในครอบครัว ญาติ และเพื่อนบ้าน และ 6. ความคาดหวังทางการศึกษา พร้อมกันนี้หลังจากที่ได้เข้ามาทำงานในประเทศไทย แรงงานต่างด้าวต่างก็มีความคาดหวัง

ในการเข้ามายังประเทศไทย โดยพบว่า ความคาดหวังหลัก คือ มีโอกาสได้งานและรายรับที่ดีมีสถานภาพทางสังคมที่ดีขึ้นกว่าการอยู่ที่บ้านเกิด เพื่อที่จะส่งเงินกลับไปให้ครอบครัวของตนเอง (มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย, 2547, น. 71)

#### 2.1.7.4 แรงงาน MOU

ในช่วงปี พ.ศ. 2545-2546 รัฐบาลมีแนวคิดปรับเปลี่ยนสถานะของแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองให้เป็นคนเข้าเมืองถูกต้องตามกฎหมาย โดยสืบเนื่องมาจากการประชุมและปฎิญญากรุงเทพว่าด้วยการเข้าเมืองผิดกฎหมายในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่วางเป้าหมายสูงสุดว่า ประเทศไทยจะไม่มีแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายที่ต้องผ่อนผันให้ทำงานอีกต่อไปจึงกำหนดให้มีการปรับสถานะแรงงานที่เข้าเมืองผิดกฎหมายให้เป็นแรงงานที่เข้าเมืองและทำงานอย่างถูกต้องกฎหมาย และรัฐบาลได้ลงนามในบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือในการจ้างแรงงาน (Memoranda of Understanding (MOU) on Cooperation in the Employment of Workers) กับเพื่อนบ้าน 3 ประเทศ ได้แก่ สปป.ลาว (ลงนามในปี พ.ศ. 2545) กัมพูชา และเมียนมา (ลงนามในปี พ.ศ. 2546)

การมี MOU ดังกล่าวนับว่าเป็นครั้งแรกที่จัดให้แรงงานข้ามชาติด้วยฝีมือจากประเทศเพื่อนบ้านมีช่องทางที่จะเข้ามาทำงานในประเทศไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่ง MOU เป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้านร่วมกันอภิปรายทวิภาคีในเรื่องที่มีแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายจำนวนมากได้ข้ามพรมแดนเข้ามาทำงานในประเทศไทย และพยายามร่วมมือกันดำเนินการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติของประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน เมียนมา สปป.ลาว และกัมพูชา ซึ่งการลงนามกับแต่ละประเทศเพื่อนบ้านนั้นมีสาระสำคัญต่างกันออกไป ดังนี้

การลงนาม MOU กับ สปป.ลาว มีสาระสำคัญเพื่อเปิดช่องทางความร่วมมือในการตรวจสอบรายชื่อและสัญชาติของแรงงานลาว และป้องกันการค้ามนุษย์ ในส่วนของ MOU กับประเทศกัมพูชานั้น มีวัตถุประสงค์เป็นระยะเวลา 5 ปี เพื่อคุ้มครองแรงงานกัมพูชา ทั้งในด้านสิทธิขั้นพื้นฐานตลอดจนความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สินของแรงงานกัมพูชา ในขณะที่ MOU กับประเทศเมียนมานั้นมีสาระสำคัญเพื่อสร้างช่องทางในการบริหารจัดการแรงงานเมียนมา รวมทั้งแลกเปลี่ยนแรงงานที่มีศักยภาพมากขึ้น

#### 2.1.8 แรงงานข้ามชาติในประเทศไทยกับวัณโรค

การทบทวนข้อมูลสถานการณ์วัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย โดย นพวรรณ เมษานัน (2560) ได้ชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญ ได้แก่

##### 2.1.8.1 สถิติวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ

พบว่าจากการสืบค้นข้อมูลจากวรรณกรรมอย่างเจาะจงในระยะ 10 ปีที่ผ่านมายังไม่พบงานวิจัยที่เน้นการศึกษาข้อมูลทางสถิติในผู้ติดเชื้อวัณโรคที่เป็นคนต่างด้าวในประเทศไทย ทำให้ตัวเลขทางสถิติที่รายงานจำนวนของผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยยังมีความแตกต่างกันมากกระหว่างรายงานขององค์การอนามัยโลก ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักวัณโรคกรมควบคุมโรค



กระทรวงสาธารณสุข สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากความแตกต่างของตัวเลขที่ประมาณการได้กับสถิติตัวเลขที่ได้จากการรายงาน

#### 2.1.8.2 มาตรการการคัดกรองวัณโรคในแรงงานต่างด้าว

พบว่าการใช้วิธีเอกซเรย์ปอดนั้นสอดคล้องกับแนวทางการตรวจคัดกรองของประเทศตะวันตกส่วนใหญ่แล้วประเทศต่าง ๆ ในเอเชีย แต่มีข้อแตกต่างที่ข้อกำหนดด้านระยะเวลาที่แรงงานต้องเข้ารับการตรวจคัดกรองทั้งนี้การเข้าตรวจคัดกรองของชาติตะวันตกมักจะมาก่อนการเดินทางเข้าประเทศนั้นประเทศต้นทางหรือที่จุดผ่านแดน ส่วนในประเทศไทยนั้นเป็นการให้แรงงานต่างด้าวเดินทางเข้ามาในประเทศไทยก่อนแล้วจึงคัดกรองจึงทำให้พบการสูญหายของข้อมูลแรงงาน

จากประเด็นดังกล่าว นพวรรณ เมธีชนัน เสนอว่า ควรมีการพัฒนากระบวนการเก็บข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงและทันสมัยเพื่อนำมาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนงานและการกำหนดนโยบายที่ดี โดยเพิ่มความร่วมมือด้านการวางแผนและเก็บสถิติคนต่างด้าวร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศ อีกทั้งควรมีการศึกษาแบบแผนการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้สามารถดำเนินการจัดการควบคุมวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2560, น. 621)

#### 2.1.9 มิติความไม่เป็นธรรมกับวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ

งานวิจัย โดย นิกร สะเจริญ (2554) ได้ชี้ให้เห็นประเด็นของ “ความไม่เป็นธรรมทางชาติพันธุ์ในระบบทุนนิยมกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยเป็นวัณโรคในแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า” โดยได้ทำการเก็บข้อมูลจากแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่าในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครที่ป่วยเป็นวัณโรค พบว่า การเดินทางเข้ามาในประเทศไทยของแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่านั้นจะผ่านทางด่านชายแดนอำเภอแม่สอดจังหวัดตาก และทางเกาะสองของพม่า เข้ามาจังหวัดระนองของประเทศไทย ส่วนใหญ่มีฐานะทางบ้านยากจน มีอาชีพทำนาและรับจ้าง ถูกเอาเปรียบขูดรีดจากผู้มีอำนาจจึงเป็นเหตุผลให้ตัดสินใจอพยพเข้ามาทำงานในประเทศไทย ซึ่งการอพยพย้ายถิ่นเข้ามาในประเทศไทยผ่านชายแดนลัดเลาะตามเส้นทางหลักหรือเส้นทางธรรมชาติของกระบวนการนำพาแรงงานเข้ามาทำงาน งานที่ทำส่วนใหญ่เป็นประเภทใช้แรงงาน เช่น ประมง ก่อสร้าง งานในโรงงานอุตสาหกรรมหนัก อุตสาหกรรมสิ่งทอและงานรับใช้ในบ้าน เป็นต้น (น. 178) โดย นิกร สะเจริญ ชี้ให้เห็นปัจจัยและปรากฏการณ์ความไม่เป็นธรรมที่แตกต่างกัน 2 กลุ่ม ได้แก่

##### 2.1.9.1 กลุ่มที่ถูกกดขี่สูง

แรงงานที่มีเงื่อนไขของสถานะทางกฎหมาย ทั้งที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานหรือบางคนขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวแล้วแต่ถูกนายจ้างยึดบัตรไว้ ทำให้พวกเขาไม่กล้าที่จะปฏิเสธหรือเรียกร้องสิทธิอื่นใด ต้องทำงานตามนายจ้างสั่งแบบไม่มีเงื่อนไข กรณีเช่นนี้แรงงานมีโอกาสดูถูกกดขี่ถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนสูงและไม่มีโอกาสเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม

ต่อมาคือ การเบียดเบียนค่าล่วงเวลาและค่าแรงในวันหยุด โดยจ่ายค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรมถือเป็นการเอารัดเอาเปรียบแรงงานและไม่ปฏิบัติตามกฎหมายแรงงาน นอกจากนี้ยังสร้างความแบ่งแยก

ระหว่างแรงงานคนไทยกับแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากนายจ้างจ่ายค่าแรงหรือค่าลงเวลาให้กับคนไทยมากกว่า การกดค่าแรงการทำให้แรงงานข้ามชาติมีสภาพเป็นแรงงานระดับล่างในตลาดแรงงาน การที่ได้จากค่าแรงนั้นไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและเงินออมสำหรับส่งกลับไปยังบ้านเกิด ทำให้แรงงานเหล่านี้ต้องทำงานหนักจนทำให้ร่างกายอ่อนแอและเกิดการเจ็บป่วยเป็นวัณโรคตามมาในที่สุด

นอกเหนือจากการขูดรีดกดขี่ค่าแรงแล้ว ทัศนคติและการแบ่งแยกกีดกันทางชาติพันธุ์ในสังคมและวิถีชีวิตของแรงงานข้ามชาติที่ป่วยเป็นวัณโรคก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ลักษณะงานแรงงานข้ามชาติเข้ามารับจ้างทำงานส่วนใหญ่จะเป็นงานที่หนักงานที่ค่อนข้าง สกปรกและอันตรายสูง เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้ง่าย ซึ่งแรงงานกลุ่มที่ถูกกดขี่สูงนี้จะเป็นแรงงานที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน นายจ้างจะจัดหาที่พักไว้ในโรงงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงงานห้องแถวจะมีสภาพที่สกปรก ขาดการดูแลรักษา ความสะอาด มีระบบสุขาภิบาลที่ไม่ถูกสุขลักษณะ แน่แน่นอนว่าเชื้อวัณโรคมาจะพบกับสภาพแวดล้อมแบบนี้ได้ดีซึ่งเท่ากับว่าแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ต้องกินอยู่นอนหลับตลอด 24 ชั่วโมง กับสภาพแวดล้อมที่ย่ำแย่ที่เต็มไปด้วยเชื้อโรค ดังนั้น ย่อมส่งผลต่อการป่วยเป็นวัณโรคได้ไม่ยาก

ปัจจัยต่อมา คือ การเลือกปฏิบัติและการไม่ได้รับความเป็นธรรมจากรัฐกล่าวคือสิทธิด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องได้รับแต่แรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่ามักประสบปัญหาในเรื่องของสถานภาพทางกฎหมาย ไม่มีโอกาสได้รับรู้และเข้าใจสิทธิของตนตามที่กฎหมายกำหนดไว้ ปัญหาด้านการสื่อสารการทำความเข้าใจระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐและนายจ้างทำให้การเข้าถึงและเข้าใจในสิทธิด้านสุขภาพของตัวแรงงานไม่ได้รับการคุ้มครองเท่าที่ควร แรงงานส่วนใหญ่ไม่เข้าใจสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวทำให้พวกเขาไม่กล้าที่จะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเนื่องจากกลัวเสียค่าใช้จ่ายมากไม่มั่นใจว่าบัตรประกันสุขภาพจะใช้สิทธิได้หรือไม่แน่นอน (น. 179-180)

#### 2.1.9.2 กลุ่มที่ถูกกดขี่ต่ำ

แรงงานที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องและมีบัตรประกันสุขภาพ ถึงแม้พวกเขาจะถูกกดขี่และถูกเอารัดเปรียบจากนายจ้างแต่พวกเขายังมีโอกาสในการเลือกงานที่ดีกว่า ได้ค่าจ้างที่สูงกว่าและไม่ต้องถูกควบคุมจากนายจ้างมากนัก อย่างไรก็ตาม แรงงานกลุ่มนี้ก็ยังคงถูกระบบทุนนิยมเข้ามาขูดรีดแรงงานผ่านกระบวนการแรงงาน สิ่งที่คุณเหมือนจะเป็นข้อได้เปรียบของแรงงานกลุ่มนี้ คือ สถานภาพของตัวแรงงานที่ได้รับการคุ้มครองจากรัฐและสามารถพูดไทยได้ทำให้เมื่อแรงงานเกิดการเจ็บป่วยจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่ามีโอกาสและทางเลือกในการเยียวยาที่ดีกว่า ด้วยเหตุนี้เราจะพบว่า กลุ่มที่ถูกกดขี่ต่ำไม่พบปัญหาการขาดยาและมีอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคร้อยละ 100 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ (น.184)

การศึกษาของนิกร ฮะเจริญ (2554) ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครนั้นสะท้อนให้เห็นภาพสภาพปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการป่วยเป็นวัณโรคได้เป็นอย่างดี การได้รับเชื้อวัณโรค คือปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคแต่ไม่ได้หมายความว่าคนที่ได้รับเชื้อวัณโรคแล้วจำเป็นต้องป่วยและแสดงอาการของวัณโรคทุกราย ยังมี

ปัจจัยอีกหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการป่วยเป็นโรคซึ่งในแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่าจะพบว่า สภาพะ  
เงื่อนไขของการทำงานที่อันตราย การพักผ่อนไม่เพียงพอ สภาพที่พักอาศัยและการกินอยู่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ  
รวมทั้งขาดโอกาสในการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับโรคและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมล้วนแต่  
เป็นปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลให้แรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่าเหล่านี้ป่วยเป็นโรคในที่สุด (น. 191-192)

อย่างไรก็ตาม แม้งานวิจัยของ นิกร ฮะเจริญ จะแสดงให้เห็นประเด็นความไม่เป็นธรรม ความเหลื่อม  
ล้ำ สิทธิมนุษยชน ได้อย่างเด่นชัด แต่ยังคงขาดการวิเคราะห์บริบทและปัจจัยที่สามารถนำมาใช้ในการหา  
แนวทางพัฒนาแนวทางในการจัดการปัญหาโรคในประชากรกลุ่มนี้ต่อไป โดยเฉพาะ แบบแผนของการ  
เคลื่อนย้าย ความสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพและเครือข่ายการดูแล

## 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง “โรคเอดส์กับแรงงานไร้พรมแดน: มิติทางสังคมวัฒนธรรมของโรค ในบริบท  
การพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศไทย” ได้มีการทบทวนแนวคิด  
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เห็นถึงบริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในการทำความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรม ของ  
การระบาดและการควบคุมโรคในแรงงานข้ามชาติ ในประเทศไทยภายใต้บริบทการพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจ  
อาเซียน โดยมีแนวคิดที่สำคัญ ได้แก่ 1) แนวคิด “ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพโลก” (global health equity)  
2) แนวคิด “คนพลัดถิ่น” (diaspora) 3) การเดินทางเคลื่อนย้ายและการอพยพย้ายถิ่น (Mobility and  
Migration studies) 4) การวิเคราะห์แบบชีวสังคม (biosocial analysis) 5) มิติทางสังคมของยา เพื่อทำความเข้าใจ  
แนวทางการแก้ปัญหาในระบบสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 2.2.1 แนวคิด “ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพโลก” (global health equity)

แนวคิดนี้มองปัญหาสุขภาพด้วยกระบวนทัศน์สุขภาพโลก (global health) ที่ไม่ได้ยึดติดกับเส้นแบ่ง  
พรมแดนประเทศ โดยให้ความสำคัญกับการกระจายบริการการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึงในระดับโลก (global  
health delivery) (Farmer et al. 2013) จึงให้ความสนใจกับปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ (health  
equity) ทั้งระหว่างประเทศที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่างกันและระหว่างประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในประเทศเดียวกัน

แนวคิดนี้เน้นย้ำว่า “ความไม่เท่าเทียมทางสังคม” ในบริบทสุขภาพโลกเป็นตัวก่อโรคที่สำคัญของโรค  
งานศึกษาของพอล ฟาร์เมอร์ (Paul Farmer) เปิดเผยให้เห็นว่าปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไม่ได้อยู่ที่ตัว  
ยารักษาโรค หากอยู่ที่ความไม่เท่าเทียมกันของโอกาสการได้รับยาต่อเนื่อง เพราะแม้มีผลการวิจัยยืนยันว่า หาก  
ผู้ป่วยได้รับยาครบสามารถรักษาโรคหายขาดได้ 95 เปอร์เซ็นต์ แต่โรคในอเมริกาก็ยังเล็ดลอดตามกลุ่มคนจน  
ต่างๆ เช่น ชุมชนคนผิวดำ คนยากจน คนไร้บ้าน แรงงานอพยพชาวเม็กซิกันที่หลบหนีเข้าเมือง ปัญหาของโรค  
ถูกละเลยมากกว่าสองทศวรรษ ทั้งที่ปัจจุบันมันยังคร่าชีวิตผู้คนจำนวนมาก ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าโรคถูกให้  
ความสำคัญลดลงจากประเทศที่ร่ำรวย ที่มองว่าโรคไม่ได้เป็นปัญหาสุขภาพของประเทศตนเองอีกต่อไป  
เพราะโรคมีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด ทำให้ทั่วโลกคิดว่าโรคไม่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญตามไปด้วย ทั้ง  
ที่ผู้คนในประเทศยากจน คนกลุ่มน้อยในสังคมยังตายจากโรคอยู่สูง การลงทุนวิจัยโรคก็น้อย บริษัทผลิตยา

ก็ไม่ใส่ใจผลิตยาใหม่ แผนงานโครงการพัฒนาสุขภาพนานาชาติก็ไม่ใส่ใจ วัณโรคจึงไม่เคยหนีหายไปไหน หากหลบซ่อนอยู่ในกลุ่มคนจน (Farmer, 1996)

แนวคิดนี้ขยายความเข้าใจว่าตัวกำหนดทางสังคมด้านต่างๆ เช่น ความไม่เท่าเทียมทางสังคม ปัญหาการเป็นคนกลุ่มน้อยในสังคม อคติทางชาติพันธุ์ และการเข้าถึงไม่ถึงบริการสุขภาพ เป็นต้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ชักนำให้ผู้คนบางกลุ่มในสังคมต้องตกอยู่ในสถานะอ่อนแอเปราะบางและเสี่ยงต่อการเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคร้ายไข้เจ็บมากกว่าคนกลุ่มอื่น และหากเกิดการเจ็บป่วยขึ้นตัวกำหนดทางสังคมด้านต่างๆ เหล่านี้ก็จะยิ่งเพิ่มขนาดความรุนแรงของโรครุนแรงขึ้น (Farmer et al. 1996; Schiller 1992; Parker 1991; Singer 1994; Desjarlais et al. 1997) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันตัวกำหนดทางสังคมที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บขับเคลื่อนอิทธิพลของมาก่อนผลกระทบต่อนโยบายสุขภาพในบริบทสุขภาพโลกข้ามพรมแดนรัฐชาติไม่ได้จำกัดบทบาทของมันอยู่แค่ภายในประเทศอีกต่อไป

บริบทโลกาภิวัตน์ในปัจจุบันที่เกิดการเคลื่อนย้ายทุน ความรู้ เทคโนโลยี และแรงงาน ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่ามีเพียงผู้พลัดถิ่นชนชั้นนำและมีฐานะทางสังคมสูงเท่านั้นที่ได้ประโยชน์จากบริบททางสังคมดังกล่าวนี้ พวกเขากลายเป็นพลเมืองโลก (Cosmopolitan) ที่เดินทางข้ามพรมแดนรัฐชาติอย่างอิสระเสรี เข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศอื่นในลักษณะการท่องเที่ยวทางสุขภาพ (Medical tourism) แต่สำหรับคนพลัดถิ่นและชนชั้นแรงงานอพยพยากจนกลับมีชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งที่พอล ฟาร์เมอร์ (Paul Farmer) นายแพทย์และนักมานุษยวิทยาการแพทย์เรียกว่า “ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง” (Structural violence) (Farmer, 1996) สถานการณ์และเงื่อนไขโลกาภิวัตน์ปัจจุบันทำหน้าที่ผลิตซ้ำความไม่เท่าเทียมทางสังคม (Global inequality) ให้กับคนกลุ่มนี้ พวกเขากลายเป็นแรงงานราคาถูกและมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ต่ำภายใต้กระแสการเคลื่อนย้ายทุนมหาศาลจากบริษัทข้ามชาติประเทศโลกที่หนึ่งมาสู่ประเทศโลกสาม เข้าไม่ถึงสิทธิด้านการรักษาพยาบาลและถูกเลือกปฏิบัติเมื่อเข้ารับบริการสุขภาพ เนื่องจากอคติทางเชื้อชาติและสภาพตายตัวทางชาติพันธุ์ของคนกลุ่มนี้ในสำนึกของผู้คนประเทศปลายทาง (Weissbrodt, 2008)

งานวิจัยทางมานุษยวิทยาการแพทย์จำนวนมากยืนยันให้เห็นอย่างชัดเจนว่าภายใต้บริบทโลกาภิวัตน์ในปัจจุบันเราไม่สามารถจะแก้ไขปัญหสุขภาพโดยให้ความสำคัญเฉพาะการพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายในประเทศใดประเทศหนึ่งได้อีกต่อไป เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดขึ้นของปัญหาสุขภาพปัจจุบันสัมพันธ์อย่างซับซ้อนในลักษณะข้ามพรมแดนรัฐชาติทางการ ทำให้การแก้ไขปัญหเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของหลายประเทศและไม่ใช่ว่าบทบาทของประเทศใดประเทศหนึ่งที่เกิดปัญหาสุขภาพขึ้นเท่านั้น (Farmer et al. 2013; Biehl and Petryna 2013) รวมทั้งแนวทางระบาดวิทยาเพื่อควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อจำเป็นต้องไปพ้นจากกรอบคิดเรื่องแหล่งโรคและพื้นที่ควบคุมป้องกันโรคที่อยู่ภายใต้พรมแดนรัฐชาติที่มีขอบเขตชัดเจนทางกายภาพ (Chuengsatiansup and Limsawart 2019)

ในทำนองเดียวกัน ยุทธศาสตร์เพื่อควบคุมวัณโรคและวัณโรคดื้อยาในกลุ่มแรงงานไร้พรมแดนของประเทศไทย ไม่สามารถจะบรรลุตามเป้าหมายได้เลยหากไม่ขยายเครือข่ายความร่วมมือในลักษณะข้ามพรมแดนรัฐชาติไปสู่ประเทศต้นทางของแรงงานกลุ่มนี้

สำหรับประเทศไทยมีความพยายามดำเนินมาตรการ “เขื่อนกันโรค” (Health dam) เป้าหมายหลักเพื่อควบคุมป้องกันการแพร่กระจายโรคติดต่อจากพื้นที่ชายแดนเข้าไปสู่พื้นที่ต่างๆ ของประเทศ มาตรการนี้ประสบอุปสรรคสำคัญ คือ แรงผลักดันของโลกาภิวัตน์ที่ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติขนาดใหญ่ซึ่งแรงงานกลุ่มนี้เป็นคนที่มีฐานะยากจนมีความคาดหวังที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการไปขายแรงงานข้ามชาติ ประกอบกับพรมแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้านมีด้านธรรมชาติอยู่หลายจุดที่เอื้ออำนวยให้แรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมายสามารถเดินทางจากชายแดนเข้าไปสู่พื้นที่ต่างๆ ของประเทศ โดยไม่จำเป็นต้องผ่านการตรวจคัดกรองสุขภาพ

อคติทางชาติพันธุ์ที่มีต่อแรงงานชาวมียนมาในฐานะคนกลุ่มน้อย สร้างให้เกิดสิ่งที่นักมานุษยวิทยาการแพทย์ พอล ฟาร์เมอร์ เรียกว่า “ภูมิศาสตร์ของการกล่าวโทษ” (Geography of blame) (Farmer, 1992) โดยมีทัศนคติตีตรากล่าวหาแรงงานอพยพชาวมียนมาเป็นแหล่งโรคที่นำเชื้อวัณโรคมาแพร่ระบาดในสังคมไทย ทำให้อุบัติการณ์ของวัณโรคในสังคมไทยกลับมาสูงและกลายมาเป็นปัญหาทางการแพทย์อีกครั้ง มุมมองในการจำแนกแยกแยะแรงงานข้ามชาติชาวมียนมาด้วยอคติทางชาติพันธุ์ข้างต้น ในฐานะ “คนอื่น” ที่นำเชื้อโรคร้ายมาสู่ “พวกเรา” หรือคนไทย ผลิตซ้ำทัศนคติกระแสหลักที่ว่าแรงงานชาวมียนมาเป็นแหล่งโรคที่นำเชื้อวัณโรคมาติดคนไทย พวกเขาไม่ได้ป่วยมาตั้งแต่ฝั่งประเทศเมียนมา แต่มาป่วยที่บ้านเรา วัณโรคจึงกลายเป็นเครื่องมือกล่าวโทษโยนความผิดให้กับแรงงานข้ามชาติชาวมียนมาอย่างปราศจากพรมแดนภูมิศาสตร์ขวางกั้น

### 2.2.2 แนวคิด “คนพลัดถิ่น” (diaspora)

ในปัจจุบันการศึกษาคนพลัดถิ่นในแวดวงวิชาการเติบโตอย่างรวดเร็ว จนพัฒนาเป็น “คนพลัดถิ่นศึกษา” (diaspora studies) แนวคิดคนพลัดถิ่นได้กลายมาเป็นแนวคิดสำคัญในการศึกษาของนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบายในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาเอง โดยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาผลกระทบของคนพลัดถิ่นที่มีต่อเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ-สังคม และการเมืองทั้งในประเทศที่อาศัย (hostlands) และในมาตุภูมิ (homelands) แนวคิดคนพลัดถิ่นท้าทายบรรทัดฐานพรมแดนรัฐชาติและแนวคิดคนพื้นเมือง และเป็นกรอบคิดที่ช่วยให้เราเข้าใจชุมชนวัฒนธรรมภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และการข้ามรัฐชาติยุคปัจจุบัน (Clifford, 1994)

คำว่า “Diaspora” ปรากฏครั้งแรกในคัมภีร์ไบเบิลภาษาฮีบรูที่แปลไปเป็นภาษากรีก (Septuagint) ในช่วงศตวรรษที่ 2-3 ก่อนคริสตกาล กล่าวถึงชาวยิวโบราณถูกเตือนว่าถ้าไม่เชื่อในบัญชาของพระเจ้า พวกเขาจะกลายเป็นคนพลัดถิ่นกระจัดกระจายไปอยู่ตามอาณาจักรต่างๆ เมื่อใดที่พวกเขาหันกลับมาทำตามบัญชาของพระเจ้า พระองค์จะรวบรวมพวกเขากลับคืนถิ่นกำเนิด ซึ่งเป็นการอธิบายแบบแผนของการเนรเทศและการกลับคืนต่อมาได้พัฒนาไปเป็นแนวคิดทางสังคมศาสตร์โดยพบคำว่า “Diaspora” ในสารานุกรมสังคมศาสตร์ ที่พิมพ์เมื่อปี ค.ศ. 1937 ที่อ้างถึงเฉพาะกรณีการขับไล่ชาวยิวออกจากดินแดนศักดิ์สิทธิ์ มีนัยยะของการถอนราก การกดขี่ และความเจ็บปวดในการปรับตัว เมื่อเข้าไปอยู่ดินแดนใหม่ เนื่องจากเจ้าของดินแดนไม่ไว้วางใจ คนพลัดถิ่นเหล่านี้ค่อยๆ ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่จนสามารถสร้างศูนย์กลางวัฒนธรรมของตนเองได้ และธำรงรักษาไว้อย่างต่อเนื่อง โดยปฏิเสธที่จะละทิ้งอัตลักษณ์ของตน ปลุกฝังความคิดที่มุ่งคืนสู่มาตุภูมิ เป็นเส้นแบ่งพวกเขาออกจากความเป็นเพียงคนเข้าเมือง

แนวคิดคนพลัดถิ่นตามความหมายข้างต้นถูกเรียกว่าเป็น “กระบวนทัศน์คนพลัดถิ่นแบบคลาสสิก” (classical diaspora paradigm) Safran ได้นำเสนอเกณฑ์พิจารณาอัตลักษณ์ร่วมของคนพลัดถิ่น 7 ประการที่เป็นเส้นแบ่งจากคนเข้าเมืองทั่วไป คือ 1) ถูกขับออกจากถิ่นกำเนิดไปอยู่ต่างแดน 2) ยังคงรักษาความทรงจำร่วมของถิ่นกำเนิด 3) ไม่ได้รับการยอมรับโดยสมบูรณ์จากประเทศอาศัย 4) ถือว่ามาตุภูมิคือบ้านที่แท้จริงที่ถูกหลาณผู้สืบทอดจะต้องกลับไป 5) มีความสัมพันธ์กับมาตุภูมิอย่างต่อเนื่อง 6) อยู่ในชุมชนที่ชัดเจน รักษาวัฒนธรรมของบรรพบุรุษ และสถาปนาศูนย์กลางวัฒนธรรมของตนเองขึ้นมา และ 7) มาตุภูมิมีความสำคัญต่อวิถีปฏิบัติเชิงสถาบันของพวกเขา (Safran, 2005: 36-37)

กระแสโลกาภิวัตน์ทำให้แนวคิดคนพลัดถิ่นถูกนำไปใช้อธิบายในมุมมองที่กว้างกว่าความหมายเดิมที่ยึดเอาตัวแบบคนพลัดถิ่นชาวยิวซึ่งถูกเนรเทศจาก ดินแดนอิสราเอลโบราณเมื่อกว่า 2,000 ปีมาแล้ว ปัจจุบันมีการนำแนวคิดนี้ไปใช้อธิบายปรากฏการณ์เคลื่อนย้ายประชากรในระดับนานาชาติ รวมถึงการอพยพของผู้คน จากประเทศยากจนไปสู่ประเทศพัฒนา การสื่อสารทางไกลและการปฏิวัติ การขนส่ง และการพัฒนาวัฒนธรรมที่ก้าวข้ามพรมแดนไปทั่วโลก โดยเรียกว่า “กระบวนทัศน์ คนพลัดถิ่นสมัยใหม่” (modern diaspora paradigm) ทำให้ขอบเขตการนิยามคนพลัดถิ่นในบริบทนี้ ขยายออกไปทับซ้อนแนวคิดอื่นๆ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ (ethnic minority) ผู้ลี้ภัย (refugee) และคนเข้าเมือง (immigrant) เป็นต้น (Tololian 1991: 4-5)

นักวิชาการหลายท่านถกเถียงกับเกณฑ์พิจารณาคนพลัดถิ่นของ Safran ว่าเป็นวาทกรรมที่ยึดติดกับแหล่งกำเนิด (fixed origins) แม้ว่าสำนึกของคนพลัดถิ่นคือปรารถนาจะกลับบ้าน/คืนถิ่น แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าคนพลัดถิ่นทั้งหมด มีอุดมการณ์ที่มั่นคงว่าจะกลับบ้าน/คืนถิ่น หรือวิพากษ์ว่าเป็นเกณฑ์ที่ค่อนข้างคับแคบ ยึดติดกับตัวแบบคนพลัดถิ่นชาวยิวมากเกินไป นอกจากนี้ยังมีข้อถกเถียงว่าควรทบทวนฐานคติที่เคยมองการพลัดถิ่นตามแบบแผนการอพยพหรือลี้ภัยที่ให้ความสำคัญกับการเคลื่อนย้ายผู้คนข้ามพรมแดน เนื่องจากการพลัดถิ่นลักษณะใหม่เกิดจากพรมแดนถูกย้ายข้ามผู้คนไป ดังเช่นกรณีการล่มสลายของสหภาพโซเวียตในอดีต ได้ทำให้ชาวรัสเซีย 25 ล้านคน กลายเป็นคนพลัดถิ่นอย่างไม่มีตั้งใจเพียงชั่วข้ามคืน จึงจำเป็นต้องศึกษากระบวนกรการก่อรูปของคนพลัดถิ่นในลักษณะใหม่และนิยามคนพลัดถิ่นเสียใหม่

แนวคิดคนพลัดถิ่นสัมพันธ์กับการประกอบสร้างหรือจินตนาการเกี่ยวกับ “บ้าน/ถิ่น” (home) การโยกย้ายเกิดจากภาวะที่ผู้พลัดถิ่นรู้สึกว่าตนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน แต่สำหรับผู้พลัดถิ่นแล้ว การหวนกลับไปยังมาตุภูมิเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ เพราะบ้านที่เคยอยู่อาศัยได้สูญหาย ถูกทำลาย หรือถูกครอบครองโดยผู้อื่น ดังนั้น การถวิลหาบ้านเกิดจึงเป็นที่มาของเรื่องเล่าเกี่ยวกับบ้านเกิดที่เหลือเพียงความทรงจำ “บ้าน” ในความหมายของคนพลัดถิ่นจึงเป็นเพียง “บ้านในจินตนาการ” เท่านั้น ประสบการณ์พลัดถิ่นได้ปรับเปลี่ยนความหมายของ “บ้าน” จากสถานที่อยู่อาศัย ให้กลายมาเป็นความทรงจำที่คนพลัดถิ่นสามารถพกพาไป เมื่ออพยพเข้าไปอยู่ชุมชนแห่งใหม่ในประเทศอาศัยถึงแม้ว่าคนพลัดถิ่น ไม่อาจหวนกลับไปยังมาตุภูมิ แต่พวกเขาสามารถ “กลับบ้าน” ผ่านทางจินตนาการหรือเรื่องเล่า “บ้าน” สถานที่ในความทรงจำหรือเรื่องเล่าของคนพลัดถิ่น ถูกแปรเปลี่ยนจากพื้นที่ทางกายภาพไปเป็นพื้นที่จินตนาการที่ทับซ้อนอยู่ และได้บรรจุความทรงจำเอาไว้

ดังนั้น “บ้าน” จึงเป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญต่อคนพลัดถิ่น โดยมี “จินตนาการ” เป็นเครื่องมือสำคัญในการรื้อฟื้นอดีต ทำให้ “บ้าน” เป็นสถานที่ยึดเหนี่ยวตัวบุคคลกับบรรพบุรุษและชุมชนทางวัฒนธรรมเข้าไว้ด้วยกัน

ถึงแม้ว่าบ้านหรือสถานที่จะถูกทำลายหรือสูญหายไปแล้วก็ตาม แต่เรื่องเล่าได้ทำหน้าที่แทนสถาบันทางสังคมอันเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนคนพลัดถิ่น ทำหน้าที่ปลูกฝังคุณธรรมและจริยธรรมให้กับสมาชิกในชุมชนคนพลัดถิ่นเหล่านี้ หรืออาจกล่าวได้ว่า “บ้าน” (home) ก็คือ “ราก” (root) ของคนพลัดถิ่นนั่นเอง ในขณะที่นักวิชาการบางท่านตั้งข้อถกเถียงว่าคนพลัดถิ่นมีอัตลักษณ์แบบลูกผสมและไร้ราก

Stuart Hall (1990) นักวิชาการทฤษฎีเชิงวิพากษ์ด้านวัฒนธรรมศึกษา แห่งสำนักเบอร์มิงแฮม (The Birmingham School of Cultural Studies) เห็นว่า ประสบการณ์ของคนพลัดถิ่นไม่สามารถนิยามถึงความเป็นแก่นสาร (essence) หรือ ความบริสุทธิ์ (purity) ได้ การมองว่าคนพลัดถิ่นมีอัตลักษณ์แบบลูกผสม (hybridity) และไร้ราก (rootless) เพราะว่ามีอัตลักษณ์เป็นสิ่งที่ถูกผลิตและผลิตซ้ำตัวมันเองขึ้นมาใหม่อย่างต่อเนื่อง มันจึงอยู่ในกระบวนการสร้างตลอดเวลาไม่เคยเสร็จสมบูรณ์ เป็นการสร้างภาพตัวแทน (representation) จากภายใน ไม่ใช่ภายนอก ทั้งใน “ภาวะ ที่เป็นอยู่” (being) และ “ภาวะที่กำลังจะเป็น” (becoming) เป็นเรื่องของทั้งอนาคตและอดีต ซึ่งไม่ได้มีเพียงหนึ่งเดียวและหยุดนิ่งตายตัว ประสบการณ์และเรื่องเล่าของคนพลัดถิ่นมีคุณค่าให้จดจำในฐานะเป็นวาทกรรมที่ยึดติดกับ “สถานที่” (placed) เท่านั้น (Hall, 1990: 235-237)

เราสามารถสรุป วิถีคิด “คนพลัดถิ่น” ในกระบวนทัศน์ที่ต่างกัน ดังนี้ 1) คนพลัดถิ่นแบบคลาสสิก มองแบบแผนการถูกเนรเทศและการกลับคืน มองว่ามนุษย์เป็นผู้ถูกกำหนด ไม่ได้มีเจตจำนงเสรีที่จะตัดสินใจเลือกได้ อย่างเป็นอิสระ ซึ่งมาจากความเชื่อพื้นฐานที่ว่ามนุษย์ทั้งมวลอยู่ในอาณาจักรและภายใต้การปกครองของพระเจ้า ดังนั้น การถูกเนรเทศหรือการกลับคืนจึงเป็นบัญชาของพระเจ้า มนุษย์ไม่สามารถกระทำการสิ่งใดได้ตามใจปรารถนา 2) คนพลัดถิ่นแบบสมัยใหม่ ให้ความสำคัญกับปรัชญา “เจตจำนงเสรี” (free will) เปรียบเสมือนการเข้าสู่ยุคสมัยใหม่ที่มนุษย์แสวงหาความรู้และเข้าใจสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง คนพลัดถิ่นตามกระบวนทัศน์นี้ จึงไม่จำเป็นต้องถูกบังคับหรือถูกกำหนดเท่านั้น แต่ไปรวมถึงความสมัครใจด้วย ดังนั้น แม้ว่าคนพลัดถิ่นที่ไม่ได้มุ่งมั่นจะกลับบ้าน แต่หากพวกเขายังคงรักษาสายสัมพันธ์กับมาตุภูมิที่ยึดโยงบ้านหรือรากเอาไว้ได้ พวกเขาก็ยังคงจัดว่าเป็นคนพลัดถิ่น 3) คนพลัดถิ่นแบบหลังสมัยใหม่หรือเชิงวิพากษ์ให้ความสำคัญกับ “เงื่อนไข” (conditions) มองคนพลัดถิ่นในมิติอัตลักษณ์ว่าถูกสร้างขึ้นใหม่หลายประการภายใต้เงื่อนไขของสังคมยุคโลกาภิวัตน์ ทั้งในมิติประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม การเมืองและวาทกรรม มองว่าอัตลักษณ์คนพลัดถิ่นเป็นเพียงเรื่องเล่าที่ไม่อาจสืบรากเหง้าได้

ในทางประวัติศาสตร์ การเดินทางอพยพของกลุ่มผู้คนสัมพันธ์กับการแพร่ระบาดของโรคภัยไข้เจ็บ โดยทั่วไปคนพลัดถิ่นซึ่งเป็นคนกลุ่มน้อยในสังคมมักจะถูกกีดกันและเลือกปฏิบัติจากผู้คนประเทศต้นทางเป็นทุนเดิม การที่พวกเขาเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรคซึ่งเป็นโรคที่สังคมรังเกียจยิ่งทำให้ผู้อพยพถูกรังเกียจเหยียดฉุนมากขึ้นและถูกทำให้กลายเป็นคนขายขอบในสังคม และถูกใช้เป็นข้ออ้างในการผลักดันหรือขับไล่ให้กลับประเทศต้นทาง เพื่อเป็นการกีดกันสิ่งสกปรกที่จะคุกคามสังคมประเทศปลายทาง (Harper and Raman, 2008)

คนพลัดถิ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่สังคมรังเกียจถูกใช้เป็นอุปมาอุปไมย (Metaphor) แทนสิ่งที่น่ากลัวและหวาดวิตกทางสังคม เช่น คำว่า “Asiatic menace” ซึ่งเป็นคำอุปมาอุปไมยที่ระบุคล้ายกับคนอพยพจากเอเชียเป็นไวรัสที่จู่โจมสู่คนท้องถิ่นในประเทศตะวันตก

การตีตรารังเกียจเดียวด้นที่ผู้อพยพสัมพันธ์กับทัศนคติที่คนประเทศปลายทางมีต่อผู้คนในแต่ละเชื้อชาติ เชื้อชาติบางเชื้อชาติถูกตีตราว่าเป็นแหล่งโรคผ่านทัศนคติต่อร่างกายของพวกเขาว่าสกปรก คนจน และชนชั้นแรงงาน เช่น คนพม่าที่ข้ามมารักษารัฐโรคที่ฝั่งไทยถูกมองเป็นแหล่งโรคและกลุ่มเสี่ยงในการแพร่กระจายโรค (Voravit, 2008) สำนึกภาพตายตัวของเชื้อชาติและทัศนคติการเหมารวมทางชาติพันธุ์จึงมีอิทธิพลต่อการจัดกลุ่มโรค โดยเฉพาะโรคที่เชื่อว่าเกิดเฉพาะเจาะจงในกลุ่มแรงงานอพยพ (Good, 1996: 129) เชื้อชาติของผู้คนจึงไม่ใช่สถานะที่เป็นธรรมชาติ มีความเป็นกลาง หากมันมักจะถูกหยิบยกขึ้นมาใช้เป็นข้ออ้างในทางการเมืองและการกล่าวโทษหาคนผิด ซึ่งคนที่ตกเป็นเหยื่อมักจะเป็นคนในบางเชื้อชาติที่เป็นคนกลุ่มน้อยในสังคม ความหวาดวิตกและความกลัวต่อร่างกายของผู้อพยพและคนพลัดถิ่นและการเดินทางเคลื่อนย้ายไม่อยู่กับที่ของคนกลุ่มนี้แสดงออกอย่างชัดเจนเมื่อเกิดโรคระบาดขึ้นที่ประเทศปลายทาง

Zygmunt Bauman ชี้ให้เห็นว่าผู้อพยพซึ่งเป็นคนแปลกหน้าเป็นสิ่งที่ไม่ลงรอยกับระบบวิธีคิด ศีลธรรม หรือสุนทรียะของคนในประเทศปลายทาง นำมาสู่ตำนานเรื่องเล่า (Myths) จำนวนมากที่นำเสนอผู้อพยพหรือคนพลัดถิ่นในฐานะความไม่บริสุทธิ์ อันตราย และความเจ็บป่วย นำมาสู่การเลือกปฏิบัติและการกีดกันทางสังคมต่อคนพลัดถิ่น (Bauman, 1989) ร่างกายของคนต่างถิ่น (Foreign bodies) ซึ่งถูกมองว่าเป็นแหล่งโรคกลายเป็นเรือนร่างทางการเมืองที่รัฐสมัยใหม่ในศตวรรษที่ 20 ต้องการควบคุมและกำจัดเพื่อความผาสุกโดยรวมของคนในสังคม (Rose, 2001: 2)

บทบาทของความรู้ทางการแพทย์และปฏิบัติการทางการแพทย์ มีส่วนสร้างการรับรู้ของคนในประเทศปลายทางที่มีต่อคนพลัดถิ่น ตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาตลอดศตวรรษที่ 20 นโยบายที่มีต่อผู้อพยพเข้าเมืองถูกกำหนดขึ้นโดยอาศัยความรู้ทางการแพทย์ในการจำแนกแยกแยะกลุ่มผู้อพยพและเพื่อกีดกันกลุ่มคนต่างชาติ ผู้อพยพมักถูกตีตราว่าเป็นสาเหตุหรือแหล่งโรคของโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ นานา การต่อต้านผู้อพยพหิบบัณฑิตภาษาทางการแพทย์ที่สื่อนัยยะถึงความหวาดระแวงที่คนอเมริกามีต่อคนเชื้อชาติอื่น (Markel and Stern, 2002: 757)

### 2.2.3 การเดินทางเคลื่อนย้ายและการอพยพย้ายถิ่น (Mobility and Migration studies)

การเคลื่อนย้ายประชากรข้ามพรมแดนรัฐชาติในปัจจุบันสะท้อนการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างพลเมืองของประเทศต้นทางกับศูนย์กลางอำนาจการบริหารปกครองของรัฐส่วนกลางประเทศต้นทาง ชนชั้นปกครองในอดีตพยายามควบคุมกำกับการเคลื่อนย้ายประชากรและสินค้า เพราะจะส่งผลต่อศูนย์กลางอำนาจในมือ แต่ตรงข้ามกับรัฐชาติสมัยใหม่ที่พยายามสนับสนุนให้เกิดการอพยพเดินทางของประชากรวัยแรงงานออกไปทำงานในประเทศอื่น แล้วส่งเงินรายได้กลับมาพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้คนในประเทศต้นทาง (Ludden 2003; Horstmann and Wadley 2006)

Nicholas van Hear (2010) ชี้ให้เห็นว่าแวดวงการศึกษาการอพยพย้ายถิ่น (Migration study) มีงานศึกษาที่สนใจ “กลไก” (mechanism) สนับสนุนกระบวนการอพยพย้ายถิ่นของผู้คนน้อยขึ้น ในทำนองเดียวกัน Thomas Faist (2013) เสนอว่าส่วนใหญ่ของงานศึกษาการอพยพย้ายถิ่นให้ความสนใจกับแนวคิด “การข้ามพรมแดนรัฐชาติ” (Transnationalism) ซึ่งมักจะศึกษาการแลกเปลี่ยนและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในบริเวณ



ชายแดน มากกว่าจะสนใจอิทธิพลเบื้องลึกที่เป็นกลไกผลักดันให้เกิดการเดินทางของผู้คนข้ามพรมแดนรัฐชาติไปมา โดยเฉพาะอิทธิพลของเครือข่ายผู้กระทำการทางสังคมที่หลากหลายที่เชื่อมโยงกันภายในกระบวนการอพยพย้ายถิ่น เช่น คน ลีนค้ำ ข้าวของ และความรู้

นอกจากนั้น Stephen Castles (2010) เสนอว่านักวิจัยที่สนใจศึกษาการอพยพย้ายถิ่นไม่ได้สนใจนักในประเด็นที่ว่าทำไมผู้อพยพย้ายถิ่นบางคนสามารถที่จะเดินทางอพยพแต่คนอื่นไม่สามารถกระทำเช่นนั้นได้ Stephen แนะนำให้ตรวจสอบปรากฏการณ์การอพยพเดินทางของผู้คนโดยค้นหาศักยภาพของปัจเจกบุคคลในการเคลื่อนย้ายและอพยพ (Sheller & Urry 2006; Cresswell 2010; Faist 2013; Glick Schiller & Salazar 2013) รายงานชาวเมียนมาที่เดินทางผ่านจุดผ่านแดนทั้งที่เป็นด่านตรวจคนเข้าเมืองทางการและด่านทางธรรมชาติ อยู่ภายใต้สิ่งที่เรียกว่า “การเมืองของรูปแบบการเคลื่อนย้าย” (politics of mobility forms) (Cresswell, 2010) ซึ่งสะท้อนปฏิสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมพรมแดนของระบอบอำนาจของผู้กระทำการภาครัฐกับยุทธวิธีรูปแบบต่างๆ ที่หลากหลายของผู้อพยพที่ตอบสนองต่ออำนาจที่ควบคุมอยู่บริเวณชายแดน

ในกรณี รายงานอพยพชาวเมียนมา เราอาจเรียกได้ว่าพวกเขาอยู่ใน “อุตสาหกรรมการอพยพย้ายถิ่น” (migration industry) ซึ่งอนุญาตให้การลักลอบเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายเป็นสิ่งที่กระทำได้และเติบโตจนกลายเป็นธุรกิจสำคัญ (Koser 2010: 188; Farrelly 2012: 134; Balcaite 2015) ผลลัพธ์ที่ตามมาของอุตสาหกรรมนี้ก็คือเกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานชาวเมียนมาจำนวนมากมาสู่ประเทศไทยตลอดระยะเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา (Van Schendel 2005: 40-41) งานวิจัยส่วนใหญ่มีข้อค้นพบทำนองเดียวกันว่าหลังจากที่แรงงานชาวเมียนมาเดินทางข้ามประเทศมาถึงอำเภอชายแดน เช่น แม่สอด พวกเขาต่างมีแผนการที่จะเดินทางเคลื่อนย้ายเข้าไปสู่เมืองชั้นในของประเทศไทย โดยเฉพาะกรุงเทพฯ และเมืองอุตสาหกรรม (Farrelly 2012; Lee 2011; Rangkla 2012; Balcaite 2015; Rungmanee 2015) งานศึกษาของ Soe Lin Aung (2014) เปิดเผยให้เห็นว่าเมื่อผู้อพยพแรงงานชาวเมียนมาทั้งที่ผิดกฎหมายและถูกกฎหมายเดินทางไปถึงพื้นที่ต่างๆ พวกเขาจะสร้าง “พื้นที่ของผู้อพยพย้ายถิ่น” (migrant space) ในพื้นที่ที่พวกเขาเคลื่อนย้ายไปเป็นแรงงาน เพื่อหลีกเลี่ยงจากอำนาจสอดส่องของรัฐ เช่น การเช่าหอพักอยู่รวมกัน การสร้างอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม เป็นต้น

การศึกษาการข้ามพรมแดนรัฐชาติ (transnationalism) มีมุมมองต่อการอพยพย้ายถิ่นว่าไม่ใช่แค่การข้ามพรมแดนจากประเทศหนึ่งไปสู่อีกประเทศหนึ่ง แต่โดยทั่วไปมันคือการข้ามขอบเขตของวิถีชีวิตเดิมของผู้อพยพย้ายถิ่นไปพร้อมกัน งานศึกษาการข้ามพรมแดนรัฐชาติจึงให้ความสนใจศึกษาวิถีชีวิตของผู้อพยพย้ายถิ่นที่ประเทศปลายทางและแสดงให้เห็นว่าวิถีชีวิตใหม่กลายมาเป็นความจริงในชีวิตประจำวันสำหรับผู้อพยพย้ายถิ่นอย่างไร และพวกเขามีกระบวนการเรียนรู้และอาศัยเครือข่ายทางสังคมเพื่อช่วยในการดำรงชีวิตใหม่ในฐานะคนกลุ่มน้อยอย่างไร (Baas, 2009: 7)

นอกจากนั้น แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีความพยายามทำให้แรงงานชาวเมียนมาถูกกฎหมายผ่านบันทึกข้อตกลงร่วมกันเรื่องแรงงานระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลเมียนมา แต่วัตถุประสงค์หลักเป็นไปเพื่อสร้างการเติบโตของภาคธุรกิจของไทย โดยเฉพาะการต้องการแรงงานราคาถูกมากกว่าเป้าหมายเพื่อการปกป้องคุ้มครองสวัสดิการทางสังคมของแรงงานชาวเมียนมา (Mon, 2010)

งานศึกษาการเดินทางเคลื่อนย้ายของแรงงานชาวเมียนมาสู่ประเทศไทยไม่ว่าจะเป็นคนเมียนมาชาติพันธุ์ใดก็ตาม พบว่ามีแบบแผนการอพยพย้ายถิ่นที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ วิธีการเดินทางอพยพย้ายถิ่นสัมพันธ์กับช่องทางและเครือข่ายที่หลากหลาย (Koser, 2010) ทำให้นโยบายของรัฐบาลไทยในการป้องกันและควบคุมธุรกิจค้ามนุษย์และแรงงานผิดกฎหมายล้มเหลว ยังไม่รวมถึงการออกมาตรการต่างๆ ที่ไม่เข้าใจธรรมชาติของการเดินทางอพยพย้ายถิ่นของแรงงานชาวเมียนมา (van Schendel 2005: 51; Ford, Lyons & van Schendel 2012)

#### 2.2.4 การวิเคราะห์แบบชีวสังคม (biosocial analysis)

หัวใจสำคัญของแนวคิดชีวสังคมคือ การเปิดเผยให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บกับปัญหาความยากจน กล่าวอีกนัยหนึ่งการวิเคราะห์แบบชีวสังคมตอกย้ำให้เราเห็นว่า ปัญหาสุขภาพแยกไม่ออกจากปัญหาทางสังคมด้านต่างๆ (Farmer et al. 2013) ตัวอย่างเช่น การวิเคราะห์ที่เชื่อมโยงองค์ความรู้ทางชีววิทยาเข้ากับการวิเคราะห์ปัจจัยทางสังคม เช่น การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาด้วยชีววิทยาระดับโมเลกุล (molecular epidemiological studies) วิเคราะห์สารพันธุกรรมของเชื้อวัณโรค พบว่าเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้อพยพไม่ได้มีบทบาทสำคัญต่อการกระจายของเชื้อวัณโรคในประเทศปลายทาง แต่สภาพการทำงานและคุณภาพชีวิตในประเทศปลายทางกลับเป็นเหตุที่ทำให้เชื้อระยะแฝงที่มีอยู่แล้วในตัวกำเริบขึ้นมาจนกลายเป็นวัณโรคระยะลุกลาม (Sandgren et al. 2014)

โดยทั่วไป การเป็นคนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์ ซึ่งเป็นคนชายขอบและคนด้อยอำนาจในสังคม เป็นตัวกำหนดทางสังคมสำคัญที่จะทำให้กลายเป็นกลุ่มเสี่ยงมีความอ่อนแอเปราะบางและไวต่อการรับโรคมามากกว่าคนกลุ่มอื่น แต่มีงานวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นเพิ่มเติมว่า เมื่อตัวกำหนดทางสังคมนี้รวมกับค่านิยมทางสังคมวัฒนธรรม คือ มิติเพศสภาพ โดยเฉพาะบทบาทความเป็นผู้หญิงแล้ว จะยิ่งทำให้ปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้ผู้หญิงที่เป็นคนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรงกว่าผู้ชายที่เป็นคนในกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกัน งานศึกษาคนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์ที่เป็นแรงงานอพยพผู้หญิงชาวกรีกที่ทำงานในโรงงาน ที่เมืองมอนทรีออล รัฐควิเบก ประเทศแคนาดา (Lock and Dunk, 1990) เผยให้เห็นว่า แรงงานอพยพผู้หญิงกลุ่มนี้ เจ็บป่วยด้วยอาการทางกายและจิต (Somatic symptoms) ที่ไม่สามารถระบุสาเหตุชัดเจน แรงงานหญิงกลุ่มนี้รับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีสาเหตุที่ผสมปนเปกันระหว่างสภาพทางกายและจิตใจ แต่ไม่สามารถพูดบอกเล่าลักษณะอาการและพยาธิสภาพของโรคออกมาได้ ทำได้เพียงเล่าผ่านการอุปมาอุปไมยว่า เหมือนมีน้ำเดือดและการระเบิดอยู่ใต้ผิวหนัง ทำให้เจ็บปวดทนทุกข์ อาการเจ็บป่วยนี้หากกำเริบรุนแรงมักจบลงที่การทะเลาะกับสามีและตบตีลูก แรงงานอพยพหญิงกลุ่มนี้บอกว่า สาเหตุหลักของอาการป่วยนี้มาจากความวิตกกังวลด้านต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ทั้งรายได้ที่ไม่เพียงพอในครอบครัว การต้องทำงานหนักในบ้านและนอกบ้าน การถูกขูดรีดแรงงานที่ไม่มั่นคง ความกลัวการถูกไล่ออก และกังวลกับปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวด้านต่างๆ แพทย์ที่รักษาผู้หญิงกลุ่มนี้วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล มักจะจ่ายยานอนหลับและยาช่วยระงับประสาทให้

การที่แรงงานข้ามชาติไม่มีอำนาจต่อรอง ปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ ทำให้ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อและการเกิดโรค (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556) ซึ่งแนวคิดการวิเคราะห์แบบชีว

สังคมนี้ ช่วยขยายขอบเขตการทำความเข้าใจปัญหาวัฒนธรรมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติให้ครอบคลุมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีววิทยากับปัจจัยทางสังคมของกลุ่มแรงงาน เช่น การถูกเลือกปฏิบัติในฐานะคนต่างด้าว โดยระบบกฎหมายหรือระบบสวัสดิการของรัฐหรือการถูกรังเกียจกีดกันจากสังคม

โครงการวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์แบบชีวสังคมเพื่อเปิดเผยให้เห็นว่าร่างกายที่เจ็บป่วยด้วยโรคของแรงงานไร้พรมแดนได้สร้างสภาวะข้อยกเว้นทางสังคมบางลักษณะให้เกิดขึ้น ซึ่งสภาวะดังกล่าวนี้เป็นส่วนหนึ่งที่รัฐสมัยใหม่ใช้เป็นเทคนิควิธีการทางการเมืองเพื่อบริหารปกครองประชากร และเป็นพื้นที่ของการบรรจบกันระหว่างศีลธรรม ความมั่นคงทางสังคมการเมือง และหลักการความเป็นสากลของมนุษย์ เช่น หลักการสิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียมทางสังคม โดยภายใต้สภาวะข้อยกเว้นนั้นได้สร้างให้แรงงานไร้พรมแดนกลายเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายที่รัฐต้องใส่ใจสอดส่อง และสร้างให้แรงงานไร้พรมแดนที่ป่วยด้วยโรคกลายเป็นเหยื่อผู้อ่อนแอซึ่งง่ายที่อำนาจในลักษณะต่างๆ จะเข้ามาจู่โจมบ่งการเหนือชีวิต (Fassin 2007; Ticktin 2011)

Didier Fassin (2007, 2009) เรียกการเมืองที่มีมิติที่กว้างกว่าการบริหารปกครองประชากรว่า “การเมืองของชีวิต” (the politics of life) เป็นการเมืองที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับประเด็นความหมายและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ภายใต้การเมืองของชีวิตเหตุผลเรื่องความมั่นคงทางเศรษฐกิจสังคม การเมือง และชีวภาพเป็นหลักการที่ถูกอ้างเพื่อการควบคุมและบ่งการชีวิต Fassin เน้นย้ำว่าการเมืองของชีวิตเปิดเผยให้เราเห็นว่าชีวิตไม่ใช่สภาวะทางชีววิทยาที่มีมาก่อนอยู่แล้ว หากชีวิตถูกสร้างผ่านวาทกรรม แผนงานโครงการพัฒนา และการตัดสินใจและปฏิบัติการของผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ ภายใต้มนทัศน์การเมืองของชีวิต Fassin กระตุ้นให้เราขยายกรอบคิดในการมองชีวิตว่าไม่ใช่แค่ปรากฏการณ์ทางชีววิทยาเท่านั้น หากชีวิตถูกประดิษฐ์ขึ้นผ่านเหตุผลของระบอบคุณค่าบางอย่าง เช่น คุณค่าทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ที่สำคัญรัฐสมัยใหม่นิยามและยึดกุมความหมายของหลักการคุณค่าเหล่านี้เพื่อเหตุผลทางการเมือง

ดังนั้น การเมืองของชีวิตยุคสมัยใหม่ (Biopolitics) ไม่ใช่อำนาจในลักษณะที่ขับเคลื่อนบ่งการอยู่เหนือชีวิต (power over life) แต่มีบทบาทสำคัญในการ “สร้างความชอบธรรมให้กับการมีชีวิต” (Biolegitimacy) และ “ความไม่เท่าเทียมแห่งการมีชีวิต” (bio-inequalities) โดยความไม่เท่าเทียมแห่งการมีชีวิต ไม่เพียงทำให้ชีวิตของผู้คนที่ไม่เท่าเทียมกันนั้นถูกทำให้กลายเป็นสิ่งที่ปกติ แต่มันถูกใช้เป็นแหล่งอ้างอิงในการตัดสินใจว่าชีวิตประชากรกลุ่มใดควรหรือไม่ควรมีชีวิตอีกด้วย

## 2.2.5 มิติทางสังคมของยา

การทบทวนในแนวคิดนี้เพื่อทำความเข้าใจแนวทางการแก้ปัญหา ซึ่งงานศึกษาทางสังคมศาสตร์ที่ศึกษาประเด็น “การใช้ยา” ของผู้คนในแต่ละสังคมวัฒนธรรม สนใจว่ายาสมเหตุสมผล (make sense) ในโลกของผู้ที่จ่ายยา (เจ้าหน้าที่) และในโลกของผู้ใช้ยา (ผู้ป่วย คนทั่วไป) ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และระบบสาธารณสุขที่แตกต่างกันในแต่ละสังคมอย่างไร นอกจากนั้น พฤติกรรมการใช้ยาดังกล่าวมันฉายภาพสะท้อนให้เห็นมิติที่กว้างขึ้นของอิทธิพลทางเศรษฐศาสตร์การเมืองและวัฒนธรรมสุขภาพท้องถิ่นอย่างไรบ้าง

โดยสรุปสถานะองค์ความรู้ทางสังคมศาสตร์ที่ศึกษาประเด็นเรื่องการใช้ยา ได้ 3 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

- 1) การใช้ยาของผู้คนขึ้นอยู่กับอิทธิพลของวัฒนธรรม การเมือง เศรษฐกิจ และความเชื่อของคนที่ใช้ยา กล่าวอีกนัย เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายยาและคนไข้หรือญาติที่ซื้อยามากินเอง ต่างมีคำอธิบายที่สมเหตุสมผลในโลกของพวกเขาอยู่เสมอในการเลือกตัดสินใจใช้ยา (Whyte et al. 2002)
- 2) นักสังคมศาสตร์ที่ศึกษาโรคติดเชื้อ เช่น โรคเอดส์ วัณโรค แสดงให้เห็นว่าตัวกำหนดทางสังคมด้านต่างๆ ความไม่เท่าเทียมทางสังคม และความรุนแรงเชิงโครงสร้าง ส่งผลต่อปัญหาการติดยาของโรคติดเชื้อ เพราะเป็นเงื่อนไขให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพและตัวยารักษาโรคติดเชื้อ หรือได้รับยารักษาไม่ต่อเนื่อง (Farmer 2004; Singer and Clair 2003; Singer et al. 2017)
- 3) นักสังคมศาสตร์ที่สนใจประเด็นวิกฤติของสุขภาพโลก (Global health crises) นำเสนอว่าการสร้างให้ประเด็นปัญหาสุขภาพกลายเป็นปัญหาสำคัญที่นานาชาติต้องร่วมมือกันจัดการแก้ปัญหา แฝงไว้ด้วยอุดมการณ์ทางการเมืองที่มาในนามการแพทย์เพื่อมนุษยธรรม การต่อสู้ช่วงชิงบทบาทนำในเวทีระดับโลกระหว่างองค์กรสุขภาพนานาชาติต่างๆ อิทธิพลของอุตสาหกรรมยาข้ามชาติ และความก้าวหน้าของความรู้วิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยยารักษาโรคกลายมาเป็นส่วนหนึ่งของการเมืองเรื่องสุขภาพในเวทีระดับโลก (Lakoff 2010; Redfield 2005; Neely and Nading 2017)

งานศึกษาทางสังคมศาสตร์ร่วมสมัยในประเด็นการใช้ยาของผู้คน หยิบยื่นความเข้าใจให้กับเราว่า “ยา” ประเภทต่างๆ มีชีวิตทางสังคมของมันเอง (Social life of medicine) ยาอาจจะถูกคิดค้นพัฒนาขึ้นในห้องแล็บในประเทศตะวันตก แต่พอมันเดินทางมาถึงท้องถิ่นต่างๆ คนที่สัมผัสกับยาแต่ละตัวก็จะใช้มันด้วยความหมายที่แตกต่างกันไป ดังนั้น ยาจึงมีนัยยะของการเป็น Material thing และ Social thing ไปพร้อมๆ กัน (Van der Geest and Whyte 1989; Whyte 1992) ผู้คนบ่อยครั้งจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยของพวกเขา โดยดูจากลักษณะของยาที่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจ่ายให้ เช่น ขนาด สี ปริมาณยา และประเมนประสิทธิภาพของยาจากฤทธิ์ทางเคมีที่กระทำต่อร่างกายหลังการใช้ยา เช่น รับรู้ว่ายาลดจะมีฤทธิ์แรงกว่ายาเกินเนื่องจากหลังการฉีดยาจะรู้สึกร้อนวูบวาบตามร่างกาย (Nichter, 2001, p. 85)

มีงานศึกษานำเสนอให้เห็นว่ายากลายมาเป็นโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ในวิถีชีวิตของผู้คนหลายกลุ่ม ทำให้ชีวิตของพวกเขาแทบจะดำเนินต่อไปไม่ได้เลยถ้าหากไม่ได้กินยาบางตัว เช่น กลุ่มแรงงานที่ต้องใช้ยารักษาอาการปวดเมื่อยจากงานหนัก และยาปฏิชีวนะเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่ขับเคลื่อนอุตสาหกรรมการผลิตอาหาร เช่น ฟาร์มเลี้ยงไก่ เลี้ยงหมู ไก่สาม ฯลฯ (Chandler, Hutchinson and Hutshison 2016)

ตลอดจนยากลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพและการดูแลเอาใจใส่ (Care) งานศึกษาหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นสิ่งแสดงออกซึ่งการดูแลเอาใจใส่ตนเอง ยามที่ผู้คนเจ็บป่วยหรือรู้สึกอ่อนแอประการบาง และเป็นการแสดงออกถึงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลสุขภาพ เช่น การจ่ายยาปฏิชีวนะให้ผู้ป่วยในกรณีที่แพทย์มีเวลาตรวจรักษาน้อย หรือแม่ที่ไม่มีเวลาดูแลลูกที่มีอาการป่วยเพราะต้องออกไปทำงานหาเงินจะรีบซื้อยาปฏิชีวนะรักษาลูกให้หาย ตลอดจนเป็นความจำเป็นทางมนุษยธรรมทางการแพทย์ที่ประเทศพัฒนาต้องส่งยาปฏิชีวนะราคาถูกไปให้กับประเทศด้อยพัฒนาที่กำลังประสบปัญหาโรคระบาด

ยาปฏิชีวนะหลายตัวที่ถูกผลิตขึ้นในฐานะยาฆ่าเชื้อโรค ยังถูกใช้ในฐานะเป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพตนเองและป้องกันโรค งานศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะของหญิงสาวที่ทำงานให้บริการทางเพศที่ประเทศฟิลิปปินส์ พบว่าหญิงสาวกลุ่มนี้จะใช้ยาปฏิชีวนะก่อนและหลังมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้า การใช้ยาปฏิชีวนะของหญิงสาวกลุ่มนี้มีเป้าหมายเพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองให้แข็งแรง โดยเฉพาะเป็นทางออกของหญิงสาวที่ทำงานค้าบริการทางเพศที่เวลาไปรับบริการสุขภาพมักจะถูกตีตราและรังเกียจจากระบบบริการสุขภาพ (Nichter, 2001) งานศึกษาของมาร์ค นิชเทอร์ แสดงให้เราเห็นว่าการใช้ยาปฏิชีวนะของหญิงสาวกลุ่มตัวอย่างแยกไม่ออกจากบริบทชีวิตของพวกเธอที่อ่อนแอเปราะบาง การถูกตีตรา และวิธีคิดในการลดอันตราย

ดังนั้น ปัญหาการใช้ยาหรือการไม่รับยารักษาต่อเนื่องจนทำให้เกิดปัญหาจุลชีพดื้อยา จึงมีความซับซ้อนมากกว่าจะลดทอนลงเหลือเป็นเรื่องของพฤติกรรมส่วนบุคคล การขาดความรู้ความเข้าใจ และการขาดความตระหนักในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Willis and Chandler, 2018)

## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

#### 3.1 วิธีวิทยา

งานวิจัยนี้ใช้การศึกษาชาติพันธุ์วรรณนาหลากหลายพื้นที่ (Multi-sited ethnography) เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการเก็บข้อมูลที่ต้องการเก็บข้อมูลจากหลากหลายแหล่งสถานที่และกลุ่มผู้คน ไม่ได้จำกัดอยู่แค่ตามติดชีวิตของแรงงานเมียนมาที่เจ็บป่วยด้วยวัณโรคที่มารักษาที่โรงพยาบาลเท่านั้น งานวิจัยชิ้นนี้เก็บข้อมูลที่คลินิกวัณโรค, ศูนย์สุขภาพชุมชน, ด่านตรวจคนเข้าเมือง, บ้านพักคนงานชาวเมียนมาที่บริษัทเอกชนจัดหาให้ที่อำเภอแม่สอดและบ้านเช่าของแรงงานเมียนมาที่จังหวัดสมุทรสาคร, บริษัทจัดหางาน, TB village ที่ตั้งอยู่ฝั่งประเทศเมียนมา เป็นต้น

วิธีการศึกษาชาติพันธุ์วรรณนาหลากหลายสนาม เริ่มต้นพัฒนาในแวดวงวิชาการที่สนใจศึกษาพรมแดน กระแสการข้ามพรมแดนรัฐชาติ การเดินทางเคลื่อนย้าย และการศึกษาการอพยพย้ายถิ่น (Marcus, 1995) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยชิ้นนี้ผสมผสานวิธีการศึกษาทางมานุษยวิทยาดั้งเดิมร่วมด้วย โดยเฉพาะการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ในขณะที่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพคลินิกวัณโรคทำการตรวจรักษาผู้ป่วยชาวเมียนมาที่ป่วยด้วยวัณโรคและออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย, ขณะที่เจ้าหน้าที่กรมควบคุมโรคทำงานตรวจคัดกรองคนต่างชาติที่เดินทางผ่านด่านตรวจคนเข้าเมือง และขณะที่เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชนออกคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เป็นต้น

Donna and Wilson (2010: 12-13) แนะนำว่าการทำวิจัยภาคสนามในพื้นที่บริเวณพรมแดนและกลุ่มคนอพยพย้ายถิ่นเป็นสิ่งท้าทายในการเก็บข้อมูล มันมีประเด็นที่นักวิจัยต้องตระหนักอยู่อย่างน้อย 2 ประเด็น คือ ภาษา การสื่อสาร และความปลอดภัยของนักวิจัยเมื่อต้องเข้าไปในชุมชนแรงงานอพยพ ดังนั้น การเก็บข้อมูลภาคสนามทั้งพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร จะมีล่ามแปลภาษาลงพื้นที่เก็บข้อมูลกับนักวิจัยด้วย ในทำนองเดียวกัน บุศรินทร์ เลิศขวลิตสกุล (2559) เสนอแนะต่อกระบวนการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการชาติพันธุ์วรรณนาหลากหลายพื้นที่ว่า นักวิจัยต้องอาศัยทักษะการต่อรองความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ซับซ้อน มีการปรับตัวต่อวัฒนธรรมหรือกฎเกณฑ์ในพื้นที่บางประการ เรียนรู้การจัดวางตำแหน่งแห่งที่ โดยเฉพาะการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของนักวิจัยกับกลุ่มเป้าหมาย

งานวิจัยจึงเลือกวิธีการติดตามแรงงานข้ามชาติที่ป่วยด้วยวัณโรคที่รักษาต่อเนื่องที่คลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลเป็นจุดเริ่มต้น การเข้าถึงแหล่งผู้ให้ข้อมูลคือแรงงานข้ามชาติที่มิวิจัยจะเน้นให้ความสำคัญกับจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รวมถึงความปลอดภัยของแรงงานข้ามชาติให้มากที่สุด

สำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและหน่วยงานพัฒนาองค์กรเอกชนทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ สทนทนากลุ่ม และสังเกตการณ์การทำงาน เพื่อช่วยให้เห็นบริบทการทำงานและมองปรากฏการณ์เชิงลึกที่มีความซับซ้อน เช่น สถานการณ์วัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ นโยบายการแก้ไขปัญหาวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่กำลังดำเนินการ และปัญหาอุปสรรคของการดำเนินมาตรการต่างๆ เป็นต้น

### 3.2 การทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง โดยได้ดำเนินการทั้งการรวบรวมและทบทวนเอกสาร ทั้งเอกสารวิชาการ เอกสารราชการ ข้อมูลและเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง โดยการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์มีการปรับเปลี่ยนและเพิ่มเติมตามข้อค้นพบและประเด็นใหม่ ๆ ที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณนาจะทำความเข้าใจกันไปอย่างต่อเนื่อง

อีกทั้งพบว่าประเด็นของวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ มิติสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และสถานการณ์และนโยบายของแรงงานข้ามชาติในปัจจุบัน เป็นประเด็นที่หลายหน่วยงานให้ความสำคัญและมีการดำเนินการต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น องค์ความรู้และสถานการณ์จึงมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นจากเดิมที่กำหนดให้ดำเนินการ “ทบทวน” เพียง 6 เดือน คณะผู้วิจัยจึงได้เพิ่มระยะเวลาออกไปอีกประมาณ 4 เดือน (จนถึง 31 ธันวาคม 2562) เพื่อให้ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ เป็นข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ทางวิชาการให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

### 3.3 พื้นที่และกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล

#### 3.3.1 พื้นที่ในการเก็บข้อมูล

งานวิจัยชิ้นนี้เลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเก็บข้อมูลใน 2 จังหวัด คือ อำเภอมะสอ จังหวัดตาก ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนเป็นจุดเริ่มต้นของเส้นทางการเดินทางของแรงงานข้ามชาติ และจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นปลายทางหนึ่ง ที่แรงงานต่างชาตินิยมมาเดินทางมาค้าแรงงาน ประกอบด้วย 4 พื้นที่ คือ 1) คลินิกวัณโรค 2) ด้านตรวจคนเข้าเมือง 3) สถานประกอบการ และ 4) ที่พักแรงงาน

นอกจากเก็บข้อมูลที่ฝั่งไทย ทีมผู้วิจัยได้ข้ามพรมแดนไปเก็บข้อมูลและสังเกตการณ์หลายสถานที่ทางฝั่งประเทศเมียนมา เช่น ร้านขายยาท้องถิ่น, โรงพยาบาลประจำเมืองเมียวดี, TB village และสำนักงานองค์กรพัฒนาเอกชนที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ประเทศเมียนมา การเดินทางข้ามประเทศเพื่อเก็บข้อมูลภาคสนามที่ประเทศเมียนมาได้รับการอำนวยความสะดวกในการช่วยประสานงานจากเจ้าหน้าที่กรมควบคุมโรคที่ทำงานอยู่ที่ด่านตรวจคนเข้าเมืองอำเภอมะสอ จังหวัดตาก

#### 3.3.2 กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล

##### 3.3.2.1 พื้นที่อำเภอมะสอ จังหวัดตาก

##### 1) โรงพยาบาลแม่สอ จังหวัดตาก

เป็นโรงพยาบาลที่ทำงานเชื่อมเครือข่ายการดูแลแรงงานข้ามชาติที่ป่วยด้วยวัณโรค คือ แม่ตาวคลินิก องค์กรพัฒนาเอกชนในประเทศและระหว่างประเทศ หน่วยวิจัย SMRU ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล การเก็บข้อมูลเริ่มต้นจากการให้เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลแม่สอคัดเลือกผู้ป่วยที่ยินยอมให้ศึกษาตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากนั้นทีมผู้วิจัยจะขออนุญาตนัดสัมภาษณ์และตามไปเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน

## 2) ด้านตรวจคนเข้าเมือง

นอกจากเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และสังเกตการทำงานที่ด่านตรวจคนเข้าเมือง ซึ่งเป็นจุดที่ทำหน้าที่คัดกรองวัณโรค งานวิจัยเก็บข้อมูลที่บริษัทนายหน้าจัดหางานที่ตั้งอยู่ภายในบริเวณใกล้ด่านตรวจคนเข้าเมือง โดยกระบวนการศึกษาเน้นการสังเกตการณ์และสัมภาษณ์เชิงลึก

## 3) สถานประกอบการและที่พักแรงงาน

เน้นศึกษาปฏิสัมพันธ์ของนายจ้างกับแรงงานข้ามชาติ สังเกตการณ์สภาพการทำงาน สภาพความเป็นอยู่ของแรงงานข้ามชาติ รวมถึงสังเกตสภาพแวดล้อมและความเสี่ยงที่ส่งผลต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

## 4) องค์กรพัฒนาเอกชนในประเทศและระหว่างประเทศ

เน้นการเก็บข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา วิธีการทำงานและมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาวัณโรคในพื้นที่

### ตารางที่ 3.1 สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

| กลุ่มตัวอย่าง                                         | จำนวน (คน) |
|-------------------------------------------------------|------------|
| โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก                            |            |
| 1) ผู้ติดเชื้อวัณโรค                                  | 3          |
| 2) แพทย์และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพโรงพยาบาลแม่สอด       | 3          |
| 3) อาสาสมัครสาธารณสุขต่างประเทศ (อสต.)                | 2          |
| ด้านตรวจคนเข้าเมือง                                   |            |
| 4) เจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคอำเภอแม่สอด                | 2          |
| 5) เจ้าหน้าที่บริษัทจัดหางานบริเวณด่านตรวจคนเข้าเมือง | 1          |
| สถานประกอบการและที่พักแรงงาน                          |            |
| 6) นายจ้าง                                            | 1          |
| เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนในประเทศและระหว่างประเทศ   |            |
| 7) เจ้าหน้าที่มูลนิธิ World Vision                    | 1          |
| รวมทั้งสิ้น                                           | 13         |

### 3.3.2.2 พื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร

จังหวัดสมุทรสาครเป็นจังหวัดที่แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาเดินทางมาพักอาศัยเพื่อทำงาน หรือกล่าวได้ว่าเป็นพื้นที่ปลายทางของแรงงานชาวเมียนมา ทำให้พื้นที่มีอุบัติการณ์ปัญหาวัณโรคในอัตราที่สูง โดยนักวิจัยได้เก็บข้อมูลและสังเกตการณ์หลายหลากสถานที่ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร ดังนี้



### 1) คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลจังหวัดสมุทรสาคร

งานวิจัยเริ่มต้นตามรอยผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลจังหวัดสมุทรสาคร จากนั้นให้เจ้าหน้าที่คลินิกคัดเลือกผู้ป่วยที่ยินยอมให้เก็บข้อมูลเพื่อติดตามลงไปเยี่ยมบ้านและทำการสัมภาษณ์ที่บ้านเข้าคนงาน

### 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

เก็บข้อมูลในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

### 3) เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน

เก็บข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา วิธีการทำงานและมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาวัณโรคในพื้นที่

ตารางที่ 3.2 สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร

| กลุ่มตัวอย่าง                           | จำนวน (คน) |
|-----------------------------------------|------------|
| โรงพยาบาลจังหวัดสมุทรสาคร               |            |
| 1) ผู้ติดเชื้อวัณโรค                    | 6          |
| 2) เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพโรงพยาบาลแม่สอด | 3          |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร       |            |
| 4) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค | 2          |
| องค์กรพัฒนาเอกชน                        |            |
| 7) เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน          | 7          |
| รวมทั้งสิ้น                             | 18         |

## 3.4 การจัดประชุมส่วนกลาง

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดประชุมอภิปรายกลุ่ม โดยใช้ชื่อว่า “การประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อร่วมให้ความเห็นและข้อเสนอแนะต่อการวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาและองค์ความรู้ การกำหนดเป้าหมายและแนวทางการวิจัย” จัดขึ้นเมื่อวันพฤหัสบดีที่ 4 เมษายน 2562 เวลา 08.30-14.00 น. ณ ห้องประชุมกัลยาณมิตร ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งอยู่ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี การประชุมส่วนกลาง เป็นการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญเพื่อร่วมให้ความคิดเห็นและข้อมูลเพิ่มเติมกับการวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาและองค์ความรู้ การกำหนดเป้าหมายและแนวทางการวิจัย ระยะเวลา 1 วัน ประกอบด้วยดังนี้

ตารางที่ 3.3 สรุปจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมส่วนกลาง

| หน่วยงาน                                                                                                                                                  | จำนวน |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>ด้านวินโรค</b><br>หน่วยงาน: สำนักวินโรค, ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวินโรค, สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ | 4     |
| <b>ด้านแรงงาน</b><br>หน่วยงาน: กองสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน และสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)                                                  | 2     |
| <b>ด้าน AEC</b><br>หน่วยงาน: ศูนย์วิจัยประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และกองสังคมและวัฒนธรรม กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ                                      | 2     |
| <b>ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน</b><br>หน่วยงาน: แม่ตาวคลินิก, มูลนิธิสุวรรณนิมิต และมูลนิธิรักไทย                                                              | 3     |
| <b>ตัวแทนพื้นที่วิจัย</b><br>พื้นที่อำเภอแม่สอด โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก<br>พื้นที่สมุทรสาคร โรงพยาบาลสมุทรสาคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร       | 4     |
| <b>รวมทั้งสิ้น</b>                                                                                                                                        | 15    |

### 3.5 การอภิปรายกลุ่ม

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดประชุมกลุ่มย่อยในพื้นที่ โดยใช้ชื่อว่า “การประชุมอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) ระดับพื้นที่ ครั้งที่ 1” โดยมีการจัด 2 ครั้งได้แก่ (1) พื้นที่จังหวัดตาก (อำเภอแม่สอด) วันจันทร์ที่ 17 มิถุนายน 2562 เวลา 13.00 – 16.00 น. ณ ห้องประชุมรัตนมณี ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก มีผู้เข้าร่วม 14 คน (2) พื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร วันพุธที่ 3 กรกฎาคม 2562 เวลา 13.00 – 16.00 น. ณ ห้องประชุม 301 ชั้น 3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร มีผู้เข้าร่วม 8 คน โดยมี ดร.นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท หัวหน้าโครงการ เป็นผู้ดำเนินการอภิปราย

ทั้งนี้ นอกจากการทำความเข้าใจกระบวนการวิจัย เพื่อให้ได้รับการตกลงและความร่วมมือในระดับพื้นที่แล้ว ยังมีการอภิปรายกลุ่มในหัวข้อ “สถานการณ์และประสบการณ์การดำเนินงาน เพื่อความปลอดภัยของแรงงานข้ามชาติ และผู้เกี่ยวข้องจากการระบาดของวินโรค” เนื่องจากคณะผู้วิจัยเลือกที่จะจัดวางตำแหน่ง (positioning) ของโครงการวิจัยนี้ให้เป็นการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยของทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมทุกคนเห็นเป้าหมายและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับทั้งแรงงานข้ามชาติ ประชาชนและตนเอง

การอภิปรายกลุ่ม 2 พื้นที่ 2 ครั้งต่อจังหวัด โดยมีประเด็นการประชุมและอภิปรายกลุ่ม ดังนี้  
 ครั้งที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหาของพื้นที่และวางแผนการวิจัยร่วมกัน  
 ครั้งที่ 2 เพื่อเพิ่มเติมข้อมูลในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วนและร่วมให้ความเห็นในการพัฒนาแนวทางและ  
 ข้อเสนอแนะนโยบายในการพัฒนาระบบ

ตารางที่ 3.4 สรุปจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมย่อยในพื้นที่

| หน่วยงาน                                                                                                                           | จำนวน     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>พื้นที่ อำเภอมะสอ จังหวัดตาก</b>                                                                                                |           |
| 1. เจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์และสาธารณสุข: โรงพยาบาลแม่สอ                                                                             | 6         |
| 2. องค์กรพัฒนาเอกชน: แม่ตาวคลินิก และมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย                                                                  | 3         |
| 3. ตัวแทนกลุ่มแรงงาน: บริษัทเอกเพชร แมเนจเม้นท์ จำกัด                                                                              | 2         |
| 4. หน่วยงานด้านแรงงาน: สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดตาก                                                                | 1         |
| 5. เจ้าหน้าที่ด้านตรวจคนเข้าเมือง                                                                                                  | 2         |
| <b>รวมทั้งสิ้น</b>                                                                                                                 | <b>14</b> |
| <b>พื้นที่ จังหวัดสมุทรสาคร</b>                                                                                                    |           |
| 1. เจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์และสาธารณสุข: โรงพยาบาลสมุทรสาคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร และโรงพยาบาลวิชัยเวชอินเตอร์เนชั่นแนล | 6         |
| 2. องค์กรพัฒนาเอกชน: มูลนิธิรักษ์ไทย                                                                                               | 1         |
| 3. หน่วยงานด้านแรงงาน: กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานสมุทรสาคร                                                                      | 1         |
| <b>รวมทั้งสิ้น</b>                                                                                                                 | <b>8</b>  |

### 3.6 การลงพื้นที่ภาคสนาม

ทีมผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนรายละเอียดการดำเนินการลงพื้นที่ภาคสนาม โดยเพิ่มขั้นตอน “การลงพื้นที่สำรวจเบื้องต้น” (scoping visit) เพื่อทำความเข้าใจกับพื้นที่ทั้งด้านกายภาพและบรรยากาศด้านอื่น ๆ ด้วยประสบการณ์ตรงของทีมผู้วิจัยในการไปใช้ชีวิตและพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น และทำความเข้าใจเพื่อเริ่มต้นสร้างความคุ้นเคย (rapport) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) รวมถึงทำให้สามารถออกแบบการทำวิจัยภาคสนาม รวมถึงการเลือกจัดวางตำแหน่งแห่งที่ (positioning) ของนักวิจัยและกลวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยจึงมีกิจกรรม “การลงพื้นที่สำรวจเบื้องต้น” นี้ 2 ครั้ง คือ (1) พื้นที่อำเภอมะสอ จังหวัดตาก ในระหว่างวันที่ 21-24 พฤษภาคม 2562 และ (2) พื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ในระหว่างวันที่ 27-28 พฤษภาคม 2562

การลงพื้นที่ภาคสนามอย่างต่อเนื่องครั้งแรกเริ่มหลังจากการจัดประชุมย่อยในแต่ละพื้นที่ โดยปรับเปลี่ยนแนวทางการลงพื้นที่จากการอยู่ในพื้นที่ครั้งละ 15 วัน สลับกันไปมาระหว่างอำเภอมะสอ จังหวัด

ตาก กับจังหวัดสมุทรสาคร เป็นการลงพื้นที่เพื่อติดตามสถานการณ์และกิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ และความพร้อมของเจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่จะเป็นผู้พาทีมวิจัยเข้าไปในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะพื้นที่ชุมชนและสถานประกอบการที่แรงงานอาศัยอยู่ ทั้งนี้ การวางแผนการลงพื้นที่ได้ยึดกรอบระยะเวลารวมที่ออกแบบไว้ คือ ลงพื้นที่ 60 วัน สำหรับพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และลงพื้นที่ 30 วัน สำหรับพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “วัณโรคไร้รัฐกับแรงงานไร้พรมแดน : มิติสังคมวัฒนธรรมของวัณโรคในบริบทการพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศไทย” นำเสนอผลการศึกษา โดยแบ่งการนำเสนอจากสองมุมมอง คือ จากมุมมองของบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลและควบคุมวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และจากมุมมองของตัวแรงงานที่วัณโรคกลายเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ชีวิต จึงแบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วน ได้แก่

4.1 เครือข่ายการดูแลและควบคุมโรค แบ่งเป็นสองพื้นที่คือพื้นที่ที่อยู่ติดกับชายแดน และพื้นที่ด้านในของประเทศ

4.2 เรื่องราวความเจ็บป่วย (illness narrative) ของแรงงานข้ามชาติที่ป่วยด้วยวัณโรค ซึ่งได้เลือกผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 3 คน มาทำการศึกษาวิเคราะห์

#### 4.1 เครือข่ายการดูแลและควบคุมโรค

##### 4.1.1 เครือข่ายการดูแลและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ชายแดน

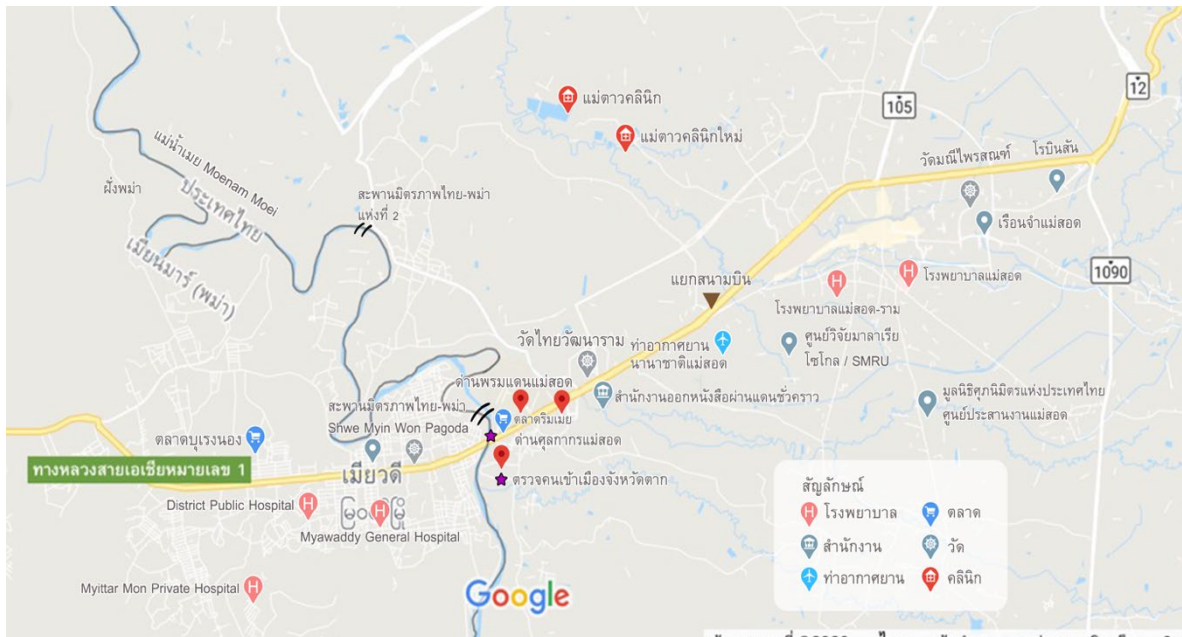
##### 4.1.1.1 บริบททั่วไปของพื้นที่ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

อำเภอแม่สอดเป็นเมืองการค้าชายแดน ที่มีการข้ามพรมแดนกันอย่างเสรีมาแต่อดีต ปัจจุบันมีด่านถาวรที่มีมูลค่าการค้าชายแดนระหว่างไทยและเมียนมาสูงสุด โดยมีมูลค่าหนึ่งแสนล้านบาทต่อปี โดยบริบทของการค้าอำเภอแม่สอด พบว่า จากเดิมนั้นเป็นการค้าระหว่างเมืองของรัฐกระเหรี่ยง รัฐมอญ และประเทศไทย โดยวิธีส่งสินค้านั้นมีหลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นทางรถ หรือ การใช้แรงงานคนแบกสินค้าข้ามภูเขา เส้นทางบริบทการค้าระหว่างไทยและเมียนมาเป็นไปในรูปแบบดังกล่าวมาเรื่อย ๆ จนเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2550 รัฐบาลเมียนมาได้ปรับปรุงเส้นทางถนนเพิ่มเติม ทำให้การเดินทางและการขนส่งสินค้าระหว่างประเทศสะดวกมากขึ้นมาก

อำเภอแม่สอดได้รับการประกาศให้เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 จากข้อมูลสถิติของด่านศุลกากรแม่สอด จากการเปิดใช้ถนนเส้นใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 พบว่า มูลค่าการค้าชายแดนสูงขึ้นกว่าปี พ.ศ. 2557 ถึง 31 เปอร์เซ็นต์ จึงทำให้หลังจากมีนโยบายเขตเศรษฐกิจพิเศษ หลายฝ่ายต่างมีความคาดหวังว่าเศรษฐกิจจะดีขึ้น จึงมุ่งไปที่เรื่องราวทางเศรษฐกิจมากกว่าสังคม ส่วนใหญ่ให้ความสนใจกับการลงทุน มีนักลงทุนเข้ามาลงทุนในพื้นที่อำเภอแม่สอดเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาถนนหลักจากบริเวณวงเวียนเทศบาลแม่สอดตรงไปถึงริมแม่น้ำเมย ที่เป็นเส้นทางเดิม และมีการสร้างถนนอีกสายหนึ่งตรงไปที่สะพานมิตรภาพไทย-เมียนมาแห่งที่สอง

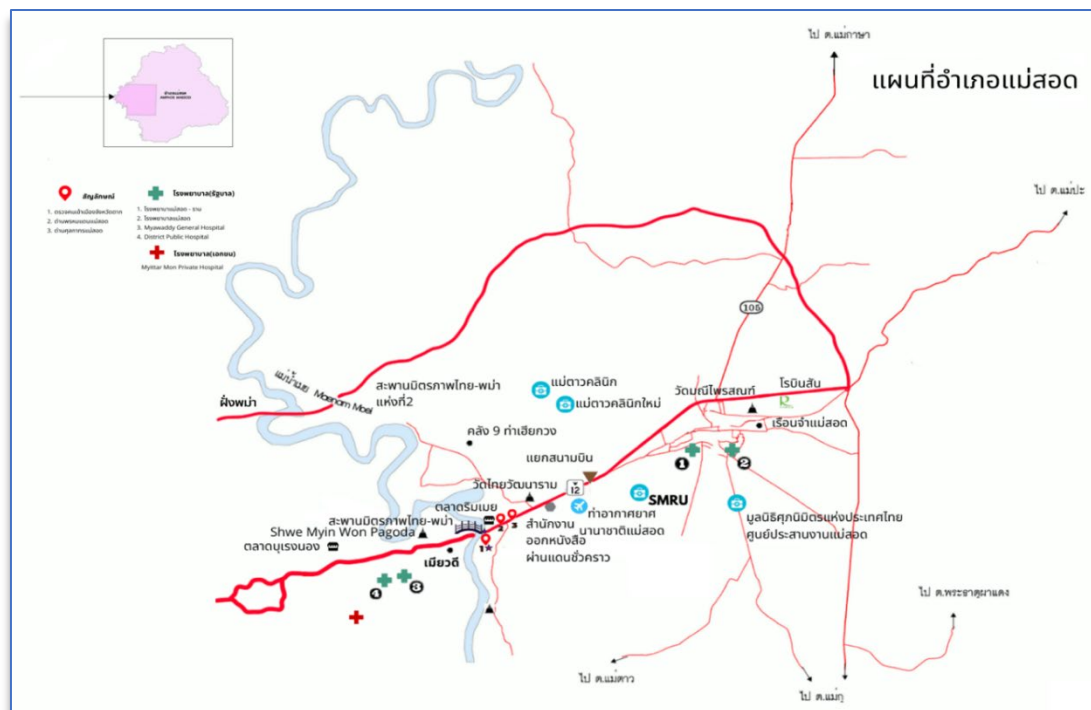
อย่างไรก็ตาม สะพานแห่งเดิม ยังคงเป็นเส้นทางหลักในการข้ามพรมแดน ของการขนส่งสินค้าและของผู้คน ทั้งนักท่องเที่ยว โดยเฉพาะคนจากฝั่งเมียนมาที่เข้ามาฝั่งประเทศไทยเพื่อซื้อสินค้าและบริการ ซึ่งรวมถึงบริการทางการแพทย์ และสะพานแห่งนี้เป็นจุดผ่านแดนหลักของแรงงานข้ามชาติจากฝั่งเมียนมา ที่เดินทางเข้ามาเพื่อทำงานในพื้นที่ประเทศไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมายคนเข้าเมืองและกฎหมายแรงงาน ทั้งในพื้นที่อำเภอแม่สอดและพื้นที่อื่น ๆ ทั่วประเทศ ที่รวมถึงพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลด้วย

ภาพที่ 4.1 แผนที่แสดงลักษณะทางกายภาพพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และจุดเชื่อมต่อชายแดนระหว่างไทยและเมียนมา



ที่มาภาพ: ปรับปรุงเพิ่มเติมจาก google map

ภาพที่ 4.2 แผนที่แสดงพื้นที่การศึกษา โรงพยาบาล เครือข่ายการดูแลสุขภาพด้านสาธารณสุข อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก



ที่มาภาพ: ทีมวิจัย

#### 4.1.1.2 เรื่องราวจากผู้คนในเครือข่ายการดูแลในพื้นที่ชายแดน

รายงานผลการศึกษาในส่วนนี้จะนำเสนอข้อมูลเรื่องราวชีวิต ความคิดและประสบการณ์จากการทำงานของผู้คน อาทิ แพทย์คลินิกวัณโรค เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เป็นคนต่างด้าว เจ้าหน้าที่กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน และเจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคติดต่อ ที่ทำงานอยู่ในเครือข่ายการดูแลและควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เพื่อให้เห็นสภาพปัญหาที่ซับซ้อนของวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในบริบทของพื้นที่ ซึ่งเป็นจุดผ่านแดนหลักที่เป็นทางการ และเป็นจุดแบ่งพรมแดนทางภูมิศาสตร์และการปกครองระหว่างประเทศไทยและเมียนมา

##### ผู้ดูแลคนที่ 1 แพทย์คลินิกวัณโรค

“สู้ก้านไว้กับเราดีกว่า มันยังชั่วรกว่า ถูกไหม?” คำพูดที่แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนและพัฒนาสุขภาพแรงงานต่างชาติ เพื่อความปลอดภัยของทุกคนที่เข้ามาและอาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ หากมองว่าการแพทย์ควรให้การรักษากับทุกคนบนผืนแผ่นดินนี้

แพทย์หญิงประจำโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก คุณหมอเจ้าของคำพูดข้างต้น ทำงานในพื้นที่แม่สอดมา 15 ปี เธอเล่าว่าเป็นแพทย์ฝึกหัด (Intern) ที่อำเภอแม่สอด 1 ปี จากนั้นได้ไปทำงานอยู่ที่อำเภออุ้มผาง 2 ปี ทำให้เธอค่อนข้างคุ้นเคยกับพื้นที่ชายแดนที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติและวัฒนธรรมเป็นอย่างมาก ด้วยเหตุนี้เอง ทุกคนที่ได้ทำงานในพื้นที่ชายแดนจึงถูกปลูกฝังให้รักษาคณชีพโดยไม่ยึดติดว่า เขาคือใคร? แต่ให้มองว่าเขาเป็นมนุษย์คนหนึ่งที่มาให้เราทำการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนไข้ที่ป่วยเป็นโรคติดต่อ เราจำเป็นต้องป้องกันเพื่อไม่ให้เชื้อโรคนั้นข้ามแดนเข้ามาในประเทศไทย สิ่งเหล่านี้ทำให้เธอตัดสินใจไปเรียนต่อในด้านอายุรแพทย์โรคติดต่อ เพื่อที่จะมาทำความเข้าใจ ดูแลรักษาพื้นที่ที่มีความยากจน และเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้ยาก

เธอเล่าว่าการทำงานสาธารณสุขชายแดนไม่ใช่เรื่องง่ายเลย เพราะต้องทำความเข้าใจกับกลุ่มคนหลายกลุ่ม โดยเฉพาะแรงงานต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย นอกจากนั้น คนต่างด้าวมีหลายกลุ่ม แต่คนต่างด้าวที่ไม่ได้เป็นแรงงานมักจะเป็นกลุ่มที่ไม่มีใครให้ความสนใจ ซึ่งการถูกละเลยนี้เอง ส่งผลให้พวกเขามีปัญหาหลายอย่างตามมารวมทั้งปัญหาด้านสาธารณสุข เธออธิบายเกี่ยวกับประเภทกลุ่มของคนต่างชาติให้เราฟังโดยที่เราเองสัมผัสได้ว่าเธอมีประสบการณ์ในการทำงานสาธารณสุขชายแดนเป็นอย่างมาก

กลุ่มที่ 1 กลุ่มแรงงานขึ้นทะเบียนต่างชาติกับกระทรวงมหาดไทยอย่างถูกกฎหมาย คือ กลุ่มแรงงานที่จะได้รับประกันสุขภาพทันที เธอมองว่าแรงงานกลุ่มนี้เสียเงินให้ประเทศไทยแล้ว พวกเราก็จะต้องดูแลพวกเขาอย่างดีที่สุด

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ข้ามไปมาชั่วคราว หรือเรียกว่า Cross border คือ กลุ่มแรงงานที่มีทั้งเข้าไปเย็นกลับและรายสัปดาห์ โดยในกลุ่มนี้ก็มีทั้งแรงงานที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย ซึ่งกลุ่มที่ถูกกฎหมายจะเป็นการข้ามแดนแบบมีใบอนุญาตจากด่านระหว่างประเทศ ในขณะที่ผิดกฎหมายจะเข้ามาทางด่านธรรมชาติ

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผิดกฎหมายที่หลบหนีเข้าเมือง ซึ่งในพื้นที่แม่สอดส่วนใหญ่เป็นแรงงานภาคเกษตรที่แฝงตัวอยู่ตามไร่นาของผู้มีอิทธิพล โดยทางโรงพยาบาลเองก็ได้มีการให้แรงงานภาคเกษตรเหล่านี้ไปแจ้งกับทางผู้ใหญ่บ้าน เพราะหากไม่ไปแจ้งจะถือว่า เป็นกลุ่มแรงงานผิดกฎหมายทันที

กลุ่มที่ 4 คือ กลุ่มต่างชาติที่อยู่ในพื้นที่ประเทศไทยเกิน 10 ปี รอการพิสูจน์สัญชาติ คนกลุ่มนี้ห้ามเดินทางออกนอกจังหวัด ถ้าจะเดินทางออกต้องมีใบขออนุญาตจากกระทรวงมหาดไทย แต่ถ้าพวกเขามีเงินเขาก็จะสามารถไปตรวจ DNA และได้รับการขึ้นสัญชาติเร็วขึ้น

กลุ่มที่ 5 กลุ่มนี้ค่อนข้างซับซ้อนแต่ขอเรียกทั้งหมดว่ากลุ่ม Migrant โดยแบ่งเป็น documented migrant และ non documented migrant ซึ่งในมุมมองของแพทย์แล้ว Non documented migrant คือกลุ่มเดียวกับ refugee แต่กฎหมายของประเทศไทยไม่มีคำว่า refugee เลยต้องเรียกว่า Non documented migrant

กลุ่มที่ 6 คือ กลุ่มแรงงาน MOU หรือ Memorandum of Understanding โดยแพทย์เล่าว่าเป็นกลุ่มที่มีปัญหาค่อนข้างมากที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากเงื่อนไขของ MOU ถึงแม้จะขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมาย แต่ด้วยระบบของ MOU แล้ว แรงงานจะได้ตรวจสุขภาพปลายทาง ทำให้ยากต่อการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค อีกทั้งไม่มั่นใจว่าการตรวจปลายทางจะเป็นการตรวจที่โรงพยาบาลรัฐในพื้นที่หรือหน่วยงานเอกชนทำ ซึ่งเรอมองว่าประเทศไทยควรจะใช้แนวทางเดียวกับประเทศอื่น ๆ ที่แรงงานต้องตรวจจากประเทศของเขา ไม่ใช่การเข้ามาแล้วค่อยตรวจเหมือนที่กำลังทำอยู่

แพทย์ให้ข้อมูลต่ออีกว่าคลินิกวัณโรค (TB Clinic) ในโรงพยาบาลแม่สอด ถูกจัดตั้งมาก่อนหน้าที่เธอจะกลับมาทำงาน แต่การทำงานยังไม่เป็นระบบมากนัก เธอจึงเข้ามาช่วยจัดเก็บข้อมูลต่าง ๆ ให้ดีขึ้น การทำงานแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (active case finding) และการค้นหาผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการแบบตั้งรับในสถานบริการ (passive case finding) โดยผู้ป่วยจะมีเข้ามารักษาในโรงพยาบาลด้วยตนเอง สำหรับชาวต่างชาติในพื้นที่อำเภอแม่สอด หากเขารู้ว่ามี TB Clinic อยู่ที่ไหน เขาก็สามารถ walk-in เข้าไปรักษาแบบคนไทยได้เลย แต่หากไม่ทราบก็ติดต่อศูนย์ประสานงานมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (World Vision Foundation) ศูนย์ประสานงานเขตแม่สอดได้ ต่อมาคือการทำงานแบบ Active case finding เป็นการทำงานค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ตรวจพบผู้ป่วยนอกพื้นที่โรงพยาบาล ซึ่งในพื้นที่แม่สอดก็มีการทำงานในแนวนี้นานแล้ว โดยจะมีองค์กรพัฒนาเอกชนที่เข้าไปตั้งสำนักงานและประชาสัมพันธ์เสียงตามสายเพื่อให้คนไข้เข้ามารับการรักษา หรืออีกกรณีหนึ่ง คือ การไปค้นหาผู้ป่วยด้วยตนเองในชุมชน

จากแนวทางการทำงานทั้งสองแนวทาง ทำให้เราพบว่าการทำงานกับแรงงานชาติต่างชาตินี้จะต้องมีการร่วมมือจากหลายหน่วยงาน แพทย์ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าในพื้นที่แม่สอด ถ้าหากเป็นแนวการทำงานแบบ Passive case finding ส่วนใหญ่จะเป็นความรับผิดชอบของทางโรงพยาบาล แต่หากเป็นแนวทาง Active case finding จะเน้นไปที่บทบาทของหน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชน โดยพื้นที่แม่สอดมีหน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวกับชาวต่างชาติอยู่สององค์กรหลัก คือ World vision และ SMRU สำหรับ World vision จะเป็นหน่วยงานเชิงรุกที่เข้าไปค้นหาผู้ป่วยในชุมชน และดูแลค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนเอง ในขณะที่ SMRU เป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่มีความตั้งใจในการทำงานวัณโรคกับคนต่างชาติ และมีโมเดลการทำงานที่น่าสนใจ กล่าวคือ การจัดตั้งหมู่บ้านวัณโรค (TB village) มีมานานกว่า 30 ปี เธอเล่าว่าเมื่อก่อนหมู่บ้านวัณโรคเคยตั้งอยู่ที่ฝั่งไทย แต่เนื่องจากคนไทยในชุมชนที่อาศัยใกล้กับหมู่บ้านวัณโรค เกรงว่าจะได้รับเชื้อวัณโรค จึงทำให้ต้องย้ายหมู่บ้านวัณโรคนี้ไปที่ฝั่งเมียนมา สำหรับหมู่บ้านวัณโรคมีแพทย์เมียนมา 3 คน และแพทย์อาสาจาก



อเมริกา โดยมีคุณหมอมิเซลเป็นชาวฝรั่งเศสเป็นผู้ดูแลเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นการเขียนโครงการเพื่อขอทุนมาใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในส่วนของหมู่บ้านวัณโรคคุณหมอไม่ค่อยแน่ใจข้อมูลว่ามีผู้ป่วยเท่าไร แต่สามารถประมาณการได้ว่า มีพื้นที่รองรับผู้ป่วย admit ประมาณ 160 Unit โดยเฉลี่ยใน 1 ปี จะมีการดูแลผู้ป่วยประมาณเกือบ 400 คน สำหรับ Unit admit ผู้ป่วยจะอยู่ภายในห้องส่วนตัว กินยาทุกวัน โดยมีเจ้าหน้าที่กำกับการทานยาและฉีดยา มีอาหาร 3 มื้อ มีกิจกรรมให้ทำ ไม่ว่าจะเป็นปลูกพืช เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น

จากหน่วยงานทั้งหมดที่ได้กล่าวข้างต้นนี้ ขอเรียกว่าเป็นพันธมิตรในการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลแม่สอด เนื่องจากโรงพยาบาลไม่สามารถทำงานได้เพียงลำพัง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยพันธมิตรเหล่านี้มาช่วยดูแลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่ม Non documented migrant

ปัญหาในการทำงาน เมื่อแรงงานทราบว่าตนเองป่วยเป็นวัณโรค จะไม่สามารถขึ้นทะเบียนแรงงานอย่างถูกต้องตามกฎหมายต่อไปได้ อาจจะถูกผลักดันกลับประเทศ ซึ่งสำหรับแพทย์มองว่ามันเป็นการแก้ปัญหาที่ไม่ตรงจุด เพราะอาจส่งผลกระทบ หากเขาเปลี่ยนชื่อและลักลอบกลับเข้ามาในประเทศไทยอีกครั้ง เธอจึงมองว่าควรรักษาเขาให้หาย ในขณะที่เขาอยู่กับเรามากกว่า จากปัญหาข้างต้นนี้ เธอได้คิดแนวทางการทำงานและนำมาใช้ คือ หากตรวจพบว่าผู้ป่วยวัณโรคเจ้าหน้าที่จะต้องคุยกับผู้ป่วยให้เข้าใจว่า หยุดงาน 1 เดือนแรกก่อน แล้วกลับมาตรวจเสมหะซ้ำ หากเสมหะเป็นลบ จะเปลี่ยนให้สามารถเป็นแรงงานแบบเข้าไปเย็นกลับ แต่ไม่ให้ค้างคืนในพื้นที่แม่สอด รองจนกว่าเขาจะรักษาครบ หากครบแล้วจะขึ้นทะเบียน เพื่อให้เขามีสิทธิเป็นแรงงานต่างชาติอย่างถูกกฎหมายต่อไปได้ อีกหนึ่งปัญหาที่พบคือ การส่งตัวแรงงานกลับไปรักษาที่เมียนมา คุณหมอลงไปทำงานด้วยตนเอง เพราะรู้สึกว่ามีข้อเสนอดีที่เอาเปรียบฝั่งเรา กล่าวคือ เขาเสนอว่า ผู้ป่วยที่เขารับจะต้องเป็นคนใช้ที่ประเทศเขาออก ID card ให้ แต่สำหรับคุณหมอทราบดีว่า การขึ้นทะเบียน ID card ของประชาชนประเทศเขามีจำนวนไม่ถึง 50 เปอร์เซนต์ ทำให้เธอต้องไปเจรจาขอเปลี่ยนจากขอเสนอ ID card เป็น Non Thai ทั้งหมด ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อการเมืองระหว่างประเทศ แต่ก็ยังเป็นปัญหาที่จะต้องจัดการให้ทุกฝ่ายเข้าใจตรงกันและง่ายต่อการทำงาน เพื่อให้ได้ประโยชน์ร่วมกันทั้งสองฝั่ง

นอกเหนือจากปัญหาการทำงานแล้ว คุณหมอยังเล่าให้ฟังว่าเมียนมาเป็นประเทศที่ค่อนข้างสื่อสารด้วยลำบากและมีการจัดการที่ซับซ้อน กล่าวคือ ถึงแม้ว่าเมียนมาจะเป็นประชาธิปไตยแล้ว มีการเลือกตั้ง แต่เทคโนโลยีการสื่อสารประเทศเขาก็กังไม่เท่าที่ควร อีกทั้งแบ่งชนชั้นกันชัดเจน เช่น คนรวยก็บินไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพ ส่วนระดับชนชั้นกลางรักษาที่โรงพยาบาลตามชายแดน ที่แย่ที่สุดคือคนจนที่ไม่มีทางเลือกในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขมากนัก สำหรับเธอมองว่าประเทศเมียนมาจะต้องพัฒนาระบบการดูแลของตนเองเพื่อให้เกิดความสมดุล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งต่อคนไข้พบว่าการประสานงานเป็นเรื่องที่ยากเนื่องจากศูนย์รวมอำนาจจะอยู่ที่เมืองเนปิดอว์ ต้องใช้เวลาดำเนินการนานพอสมควร

เธอยกตัวอย่างกรณีปัญหาการทำงานวัณโรคดีอย่าให้ฟังว่า มีคนไข้ MDR ที่นัดมา Follow up แต่คนไข้บอกว่า 4 โมงเย็นจะต้องขึ้นเครื่องบินไปรับปริญญาหลานที่มหาวิทยาลัยรังสิต ทางเจ้าหน้าที่ต้องรีบแจ้งว่าไม่สามารถไปได้ เธอต้องรีบบอกให้ลูกน้องโทรไปที่สายการบินเพื่อให้ยกเลิกตัวของผู้ป่วยก่อน แต่ปัญหาคือกฎหมายไม่รองรับแพทย์ให้ทำเช่นนี้ หากผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระดับ MDR เนื่องจากกฎหมายรองรับเพียงผู้ป่วย XDR เท่านั้น เพราะฉะนั้นสิ่งที่แพทย์ทำได้คือ ขอร้องกับตัวผู้ป่วยเองว่า ให้อยู่รักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยอีก

รายเป็นนักโทษในเรือนจำเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของมูลนิธิ World vision ในแม่สอดมีเรือนจำแห่งเดียว อยู่ร่วมกันทั้งคนไทยและต่างชาติ และเธอเคยเสนอว่าเราควรมีรถเอกซเรย์ หรือตู้เอกซเรย์เพื่อทำการเอกซเรย์ก่อนที่นักโทษจะเข้าเรือนจำ และควรอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่เรือนจำเกี่ยวกับอาการของวัณโรค เพื่อให้เขาสามารถสังเกตอาการของนักโทษได้ หากทำเช่นนี้ได้ก็จะเป็นวิธีการหนึ่งที่เป็นด่านแรกในการคัดกรองโรคได้

อีกปัญหาหนึ่งเกิดจากความไวใจเกี่ยวกับสาธารณสุขประเทศไทย แพทย์หญิงเล่าให้เราฟังว่าผู้ป่วย passive case finding มีความเชื่อมั่นในการรักษาที่ไทยมากกว่าประเทศตนเอง จึงทำให้พยายามทุกวิถีทางเพื่อที่จะได้เข้ามาได้รับการรักษาตัวที่ไทย แม้จะเดินทางข้ามทะเลมาด้วยระยะทางที่ไกล มีผู้ป่วยรายหนึ่งที่อยู่ไกลกว่า 50 กิโลเมตร พยายามที่จะเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สอด สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าพวกเขาจะไม่มีเทคโนโลยีในการสื่อสารที่ดี แต่เขาก็พยายามสื่อสารบอกต่อกันให้ทราบถึงการเข้ามายังโรงพยาบาลแม่สอดได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคนทางฝั่งเมียนมาไม่ไวใจระบบสาธารณสุขของประเทศตนเอง

นอกจากนั้น ปัญหาวัณโรคในพื้นที่แม่สอดสัมพันธ์กับการเดินทางเคลื่อนย้ายของผู้คน การที่มีคนต่างชาติเข้ามาเพิ่มอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ สำหรับปัญหานี้ เอมมองว่าวิธีแก้คือให้ความรู้และการป้องกันโรคแก่ประชาชน รวมถึงการตระหนักในการตรวจสุขภาพประจำปี

แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพว่า ในแม่สอดมีกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับชาวต่างชาติอยู่ 2 กองทุนหลัก ได้แก่

1. Universal coverage เป็นกองทุนที่คล้ายกับโครงการบัตรทองของประเทศไทย โดยเงินในกองทุนนี้จะนำมาช่วยเหลือแรงงานต่างด้าวทั้งหมดที่อยู่ในประเทศไทย มีการแบ่งงบการรักษาออกเป็น 3 ส่วน คือ High course OPD, IPD และ prevention and promotion

2. Global fund เป็นกองทุนกลางระดับโลกที่ช่วยเหลือประเทศยากจน โดยผู้สนับสนุนหลักของกองทุนนี้คือ มูลนิธิบิลและเมลินดา เกตส์ และมูลนิธิโดนัล ทรัมป์ เป็นต้น ซึ่งการขอของบจาก Global fund องค์การพัฒนาภาคเอกชนจะต้องเขียนโครงการไปขอ ซึ่งคนที่รับผิดชอบเรื่องนี้คือ หมอมิเชล ที่ดูแล TB village ทางฝั่งประเทศเมียนมา ประเทศไทยเป็น 1 ใน 5 ประเทศที่อยู่ในแถบภูมิภาคที่แม่น้ำโขงไหลผ่าน หลังจากได้งบประมาณสนับสนุนเรื่องวัณโรคจากกองทุน Global fund แล้วทุกประเทศต้องนำเงินมาจัดสรรกัน

## ผู้ดูแลคนที่ 2 เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค

“อยู่กับงานวัณโรคตั้งแต่เรียนจบค่ะ เริ่มทำงานแรกก็ได้รับผิดชอบและคลุกคลีอยู่กับวัณโรคเลย ถึงแม้จะไม่ได้อยู่ในส่วนเชิงรุก แต่อยู่ในส่วนข้อมูลและประสานงาน รวมแล้วก็ 14 ปี”

บุษบาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวัย 35 ปี ทำงานที่คลินิกวัณโรค ให้ข้อสังเกตจากประสบการณ์ส่วนตัวว่า สภาพแวดล้อมของแม่สอดแต่ก่อนช่วงที่เธอเรียนมัธยมน้อยกว่าตอนนี้นี้ คนต่างชาติน้อยกว่านี้เยอะมาก แต่ตอนนี้เปลี่ยนแปลงไปหมดแล้ว มีชาวต่างชาติอพยพเข้ามามาก โรงงานมากขึ้น วิถีชีวิตหลายอย่างไม่เหมือนเดิม

บุษบาเป็นคนแม่สอดโดยกำเนิด มีพี่น้อง 2 คน เธอเป็นลูกสาวคนโต คนสุดท้องเป็นผู้ชาย ครอบครัวอยู่ที่แม่สอดกันทุกคน ครอบครัวเธอเรียกได้ว่าเป็นครอบครัวข้าราชการ เริ่มจากคุณพ่อรับราชการ

ทหาร ปัจจุบันอายุ 59 ปี เกษียณแล้ว น้องชายก็รับราชการทหารเช่นกัน ส่วนเธอเองทำงานที่โรงพยาบาลแม่สอด ในขณะที่แม่ทำไร่อ้อยที่บ้าน

บุษบาเริ่มเรียนประถมศึกษาที่โรงเรียนในชุมชน พอประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 เธอย้ายไปเรียนโรงเรียนในจังหวัดจนถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เหตุผลที่ย้ายโรงเรียน คือ พ่อแม่ของเธออยู่ในตัวเมือง ส่วนที่ชุมชนแม่ละเมาจะเป็นบ้านของแม่ที่มียายอยู่ วันหยุดเธอก็จะกลับมาหายายที่แม่ละเมาทุกครั้ง หลังจบการศึกษาระดับมัธยมเธอตัดสินใจเข้าเรียนคณะวิทยาศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ส่งเสริมสุขภาพเด็ก) ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก เธอต้องย้ายไปอยู่หอ 4 ปี เธอเล่าว่าที่เลือกเรียนสาขานี้เพราะชอบและคิดว่ามีโอกาสในการทำงานที่มั่นคง เรียนจบปริญญาตรี ปี พ.ศ. 2549 ได้เข้าไปทำงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข โครงการ TUC เลย เธอได้งานนี้เพราะมีพี่ที่เรียนด้วยกันเขาแนะนำมา เธอเลยลองไปสมัครดู จึงได้เข้ามาทำงานในสายงานนี้

ถ้านับเวลาการทำงานวันโรคของบุษบาจนถึงปัจจุบัน เธอทำงานมาแล้ว 14 ปี เพราะจังหวัดตากไม่เหมือนจังหวัดอื่น ไม่ค่อยเปลี่ยนงานผู้รับผิดชอบ ซึ่งสำหรับเธอเป็นข้อดีเพราะทำงานต่อเนื่องได้ง่ายกว่าการเปลี่ยนคนรับผิดชอบบ่อย

งานแรกที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับวันโรคโดยตรง เธอให้ข้อมูลว่า TUC เป็นโครงการที่ทำเรื่องวันโรคโดยตรง หน้าที่ของเธอไม่ได้อยู่ในส่วนของเชิงรุกมากนัก ตำแหน่งของเธอ คือ ผู้ประสานงาน เธอมีหน้าที่ประสานงาน ทำหนังสือเชิญประชุม คีย์ข้อมูลเกี่ยวกับวันโรค ทำได้ประมาณ 2 ปี ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากก็ส่งเธอให้มาช่วยงานที่แม่สอด มาเริ่มเรียนรู้ อบรมเกี่ยวกับการทำงานทั้งหมดอีกครั้ง เพื่อให้เข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับวันโรคมากขึ้น

ช่วงแรกที่ย้ายมาช่วยงานที่โรงพยาบาลแม่สอด เธอต้องไปช่วยงานที่คลินิกวันโรค (TB Clinic) สัปดาห์ละ 1 วัน เธอมีหน้าที่คอยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาแก่คนไข้ ส่วนวันหยุดที่สัปดาห์เป็นวันที่จะต้องเยี่ยมบ้านคนไข้ เธอได้ทำในส่วนของคนไทย เพราะในส่วนของคนต่างชาติมีคนรับผิดชอบอยู่แล้ว

ทำงานไปได้ซักระยะ โครงการ TUC ใกล้หมดสัญญา เธอต้องหางานอีกครั้ง เพราะเธอเป็นแค่ลูกจ้างโครงการ ในขณะนั้นทางโรงพยาบาลแม่สอดเองก็ยังไม่เปิดรับสมัคร เธอจึงต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็วในการย้ายไปทำงานที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก เป็นโครงการที่ได้งบประมาณสนับสนุนจากมูลนิธิ Global Fund ประมาณ 2 ปี พอจบโครงการ เธอตัดสินใจกลับมาแม่สอด วางงานอยู่ประมาณ 2 เดือน แต่ในช่วงที่ว่างงานเธอก็ได้ไปช่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึง ไปช่วยดูเรื่องข้อมูลวันโรค งานติดตาม เป็นต้น ช่วยงานตรงนี้ได้ประมาณ 2 เดือน ทางโรงพยาบาลแม่สอดโทรมาถามว่าจะกลับมาทำงานที่นี่ไหม เธอบอกว่าเธอขังใจอยู่นานมาก เพราะเหมือนต้องเริ่มใหม่ทุกอย่าง เธอคิดถึงความมั่นคงในหน้าที่การงาน เพราะหากทำในนามโครงการมันก็จะแค่ 2 ปีเหมือนที่ผ่านมา แต่โชคดีที่โรงพยาบาลแม่สอดเปิดรับสมัครตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ลูกจ้างชั่วคราวโรงพยาบาล) ทำตำแหน่งนี้ถึงปี พ.ศ. 2555 รับผิดชอบงานวันโรค เปลี่ยนตำแหน่งงานแต่หน้าที่รับผิดชอบยังคงเหมือนเดิม คือ ประจำคลินิกวันโรค (TB Clinic) ทุกวันอังคาร คีย์ข้อมูลวันโรคประสานงาน ฯลฯ

เธออยู่ในเกือบทุกช่วงการเปลี่ยนแปลงของงานวัณโรค หนึ่งในนั้น คือ การสร้างหมู่บ้านวัณโรค (TB Village) เธอได้ไปดูตอนที่กำลังจะสร้าง ไปดูพื้นที่และการแบ่งโซน ตอนนั้นเธอไปกับทีมโรงพยาบาลและหน่วย SMRU เรียกได้ว่าเธอมีส่วนร่วมในงานและกิจกรรมหลายอย่างเกี่ยวกับวัณโรคเลยทีเดียว

ในส่วนของวัณโรคในชาวต่างชาติ นั้น เพิ่งมาทำช่วงหลังที่เธอทำงานได้ 1 ปี แต่แค่ยังไม่มีการไปเยี่ยมบ้านชาวต่างชาติเท่านั้นเอง ซึ่งช่วงนั้นต่างชาติยังไม่เยอะเท่าปัจจุบัน การทำงานสำหรับเธอนั้นเป็นเรื่องยาก ในด้านการสื่อสาร ถ้าเทียบกับมูลนิธิองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานในพื้นที่ โรงพยาบาลจะทำงานได้ยากกว่ามูลนิธิ ด้วยเงื่อนไขทางภาษา ซึ่งเธอทำงานมาเป็นสิบปีเธอก็ยังไม่สามารถสื่อสารภาษาเมียนมาได้

บุษบาให้ข้อมูลว่าแรงงานต่างชาติเขาจะมีความกังวล และวิตกในเรื่องที่อาจจะป่วยวัณโรคค่อนข้างสูง หากตรวจพบว่าเป็นเขาจะเครียดมาก บางรายร้องไห้ก็มี เธอต้องพยายามพูดคุยเพื่อไม่ให้คนไข้เครียด อธิบายขั้นตอนการรักษาและการทานยาให้ต่อเนื่อง และเรื่องที่สำคัญ คือ เรื่องเงิน เพราะต่างชาติที่เข้ามาประเทศเราก็มารทำงานสร้างรายได้ส่งให้ครอบครัว แต่มีข้อดี คือ การที่เขาให้ความสำคัญเรื่องการทำงานจะช่วยให้เราทำงานได้ง่ายขึ้น เขาจะเชื่อคำแนะนำของเราในการทานยาต่อเนื่องและตรงเวลา เราจะบอกเขาว่าถ้าเขาทานยาครบต่อเนื่องและตรงเวลาจะหายเป็นปกติและกลับมาทำงานได้ เธอบอกกับเราว่า การทำงานกับคนไข้ไม่ว่าจะคนไทยหรือต่างชาติ สิ่งที่เราต้องให้ความสำคัญ คือ สภาพจิตใจ การให้คำแนะนำหรือคำพูดที่ไม่กระทบสภาพจิตใจคนไข้ แต่ก็มีกรณีที่ไม่สามารถควบคุมได้ คือ กรณีของแรงงานที่เข้าไปเียนกลับ เราไม่สามารถควบคุมหรือติดตามการทานยาของเขาได้

สำหรับบุษบาไม่กลัววัณโรคเลย เพราะเธอรู้วิธีการป้องกันตัวและจะบอกคนไข้เสมอว่าต้องป้องกันตัวเองไม่ให้แพร่เชื้อไปให้คนอื่น เธอไม่เคยป่วยหรือติดเชื้อเลยตลอดการทำงานสิบกว่าปีที่ผ่านมา

ในฐานะคนที่ทำงานด้านวัณโรคมานาน บุษบามีความเห็นว่าการปรับปรุงหรือควบคุมวัณโรคในแรงงานต่างชาติค่อนข้างยากมาก จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน ไม่เพียงแต่หน่วยงานเท่านั้น สำหรับเธอความร่วมมือที่สำคัญ คือ ตัวคนไข้หรือแรงงานเอง ต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นเรื่องที่พูดยากเพราะ “พวกเขาให้ความสำคัญเรื่องทางเศรษฐกิจมากกว่า”

### ผู้ดูแลคนที่ 3 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เป็นคนต่างด้าว

พี่เอ ปัจจุบันอายุ 33 ปี จบการศึกษาระดับอนุปริญญาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยชุมชนตาก มีพี่น้อง 3 คน ประกอบด้วย พี่สาว 1 คน น้องชาย 1 คน และตนเองเป็นลูกคนกลาง เรื่องราวชีวิตของพี่เอทำให้เราเข้าใจการต่อสู้เพื่อที่จะได้เป็นประชาชนของประเทศใดประเทศหนึ่ง พี่เอ สัญชาติเมียนมา เกิดที่ประเทศไทยและอยู่ที่ประเทศไทยตลอด 33 ปี ชีวิตของเธอต้องต่อสู้มาตลอดเพื่อให้ตนเองได้บัตรประชาชนคนไทย อย่างไรก็ตามถึงเธอจะต่อสู้จนได้บัตรที่ถูกต้องตามกฎหมายมา แต่เธอก็ไม่สามารถสอบเข้ารับราชการไทยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามกฎหมายได้

ย้อนกลับไปตั้งแต่รุ่นพ่อแม่ พี่เอเล่าว่าพ่อกับแม่ของเธอเป็นคนพลัดถิ่นสัญชาติเมียนมา อาศัยอยู่ฝั่งเมียนมาพื้นที่เจ็ดตงตรงข้ามกับอุ้มผางฝั่งไทย ย้ายเข้ามาฝั่งไทยเพราะครอบครัวถูกทหารยึดบ้านและที่ดินทำ

กิน ทุกคนที่อยู่ที่นี่ในตอนนั้นต่างพากันอพยพมาอยู่ที่ไทยเกือบทุกครัวเรือน ส่วนครอบครัวที่ไม่ได้อพยพมาฝั่งไทยจะอยู่ที่ฝั่งมูโ

พ่อและแม่ของเธอเลือกที่จะอพยพมาอยู่ที่แม่สอด ช่วงแรกที่เข้ามาอาศัยอยู่กับญาติที่หมู่บ้านวังผา จนมีรายได้ มีเงินเก็บ บวกกับสถานการณ์ช่วงนั้นไม่สู้ดีนัก ยังคงมีทหาร มีระเบิด พ่อและแม่เธอก็ย้ายเข้ามาอยู่ในชุมชนอิสลาม อำเภอแม่สอด ชุมชนที่เธออยู่กับครอบครัวนั้นเรียกได้ว่าเป็นชุมชนต่างชาติ ซึ่งจะแบ่งออกเป็นหลายชุมชน ครอบครัวของเธออยู่ในชุมชน Ansar ใกล้กันจะเป็นชุมชนมะดินะห์ มูฮาจิมีน และอัลซัว

ครอบครัวเธอประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด เมื่อน้องชายเธอประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้มเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2560 ต้องผ่าตัดสมอง ตอนนี้อย่างนอนติดเตียง เธอทั้งทำงานและต้องดูแลน้องชายเพราะพ่อและแม่อายุมากแล้ว ส่วนพี่สาวก็มีครอบครัวมีลูกแล้ว

ครั้งแรกที่เข้ามาอยู่ฝั่งไทย พ่อและแม่เธอไม่ได้มีบัตรแสดงตนอะไร อยู่มาหลายปีมีประกาศให้ไปยื่นเรื่องในการขอทำบัตร พ่อและแม่เธอก็ไปยื่นจึงได้บัตรสำหรับคนพลัดถิ่นมา พ่อไปยื่นตอนที่เธออายุได้ 2 ขวบ เป็นการยื่นเรื่องขอบัตรทั้งครอบครัว จนกระทั่งพี่เธออายุ 13 ปี เธอ พี่ และน้องไปยื่นขอสัญชาติ พี่เอบอกกับเราว่าเธอต้องมีความรู้ จึงตั้งใจเรียนทั้งในโรงเรียนและเรียนรู้เองที่บ้าน เพื่อให้เธอมีโอกาสที่ดีในการทำงาน เธอเข้าสู่ระบบการศึกษาไทยด้วยการเรียนอนุบาลและประถมศึกษาที่โรงเรียนอิสลามศึกษาในแม่สอด ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและปลายที่โรงเรียนสรรพวิทยาคม จนกระทั่งได้สัญชาติตอนเรียนจบมัธยมศึกษาปีที่ 6

พอจบมัธยมศึกษาปีที่ 6 เริ่มทำงานที่โรงพยาบาลเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2549 เข้าไปทำงานได้เพราะโรงพยาบาลต้องการล่าม ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่เธอได้ทำงานสาธารณสุข แต่เป็นเพียงพนักงานทั่วไป ตำแหน่งล่ามเท่านั้น งานแรกที่เธอรับผิดชอบ คือ ตำแหน่ง TB Worker มีหน้าที่เยี่ยมบ้านคนไข้ในพื้นที่แม่สอดเป็นส่วนหนึ่งของ GF โรงพยาบาลแม่สอด ซึ่งเธอรับเงินเดือนจากสาธารณสุขจังหวัดตาก เธอทำหน้าที่นี้อยู่ประมาณ 6 เดือน เปลี่ยนมาอยู่ประจำคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลแม่สอด ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยพยาบาลและเป็นล่าม ในช่วงแรกเธอเล่าให้ฟังว่า เธอไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องราวทางการแพทย์ หรือวัณโรคเลย เธอค่อยๆ จำในสิ่งที่พี่เจ้าหน้าที่ทำและสอนเธอ นอกจากการจดจำในขณะที่ทำงานแล้ว พี่เอได้ไปอบรมเกี่ยวกับวัณโรคบ้างเล็กน้อย

นอกจากทำงานประจำคลินิกวัณโรค พี่เอยังออกหน่วยในพื้นที่อีกด้วย เพราะเธอต้องไปช่วยทำหน้าที่แปลภาษา ช่วยแนะนำขั้นตอนในการตรวจสุขภาพและดูแลสุขภาพแก่ชาวบ้านชาวเมียนมาในชุมชน พี่เอเล่าต่อว่า ช่วงแรกที่เธอเข้ามาทำงานปี พ.ศ. 2549 เป็นช่วงโรคตาแดงระบาด เธอก็ไปออกหน่วยตามชุมชนและโรงงาน เข้าไปสอนวิธีการป้องกันและวิธีการปฏิบัติตัวให้แรงงาน รวมถึงดูแลสุขภาพibalสิ่งแวดล้อม

ปี พ.ศ. 2553 เกิดสถานการณ์ฮิวาตโรคระบาดในพื้นที่ ทุกหน่วยงานช่วยกันควบคุม ออกหน่วยทั่วแม่สอด เริ่มจากควบคุมในเขตไปจนถึงนอกเขตบ้างบางพื้นที่ที่ใกล้เคียง ใช้เวลาควบคุมสถานการณ์เกือบ 3 เดือน พี่เออยู่แต่ในชุมชน คัดกรองผู้ป่วย ชักประวัติคนไข้ รวมถึงญาติและคนใกล้ชิด ดูแลสภาพแวดล้อมในชุมชน ตอนนั้นเธอบอกว่าเหนื่อยและล้ามาก แต่ต้องช่วยกันเพื่อไม่ให้เชื้อแพร่กระจาย ช่วยเท่าที่ตัวเองมีความรู้ พี่เอเล่าต่อว่า เชื้อฮิวาตโรคมาจากฝั่งเมียนมา เพราะส่วนใหญ่จะเป็นคนไข้ที่ข้ามมาจากฝั่งเมียนมาเพื่อมารักษาที่ฝั่งไทย ในช่วงที่ควบคุมฮิวาตโรคทางคลินิกวัณโรคเองก็มองในเรื่องของวัณโรคควบคู่ไปด้วย จากการ

คัดกรองและซักประวัติคนไข้ เราก็จะทราบอาการของเขา หากพบว่าไอเรื้อรังก็จะแนะนำให้ตรวจวัณโรคไปด้วยเลย

พี่เอเล่าต่อว่าเธอมีความรู้มากขึ้นเกี่ยวกับเรื่องราวทางสาธารณสุข โดยเฉพาะวัณโรคเพราะถือเป็นงานแรกและต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันของเธอ เธอทำงานหน้าที่ดังกล่าวได้ประมาณ 4 ปี สัญญาโครงการ TUC ที่เธอเข้าโครงการใกล้หมด พี่ศักดิ์ซึ่งทำงานในโรงพยาบาลเห็นว่าพี่เอตั้งใจทำงาน เลยเอาเธอเข้าเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ตำแหน่ง ล่าม (ลูกจ้างชั่วคราว) โดยรับเงินเดือนผ่านโรงพยาบาล

ปี พ.ศ. 2555 พี่เอตัดสินใจเริ่มเรียนระดับอนุปริญญาด้านสาธารณสุขชุมชน จบการศึกษาในปี พ.ศ. 2558 โรงพยาบาลเปิดรับสมัครเจ้าพนักงานสาธารณสุขตำแหน่งล่าม ไม่สามารถเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือ พกส. ได้ เพราะมีปัญหาเรื่องวุฒิที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ถึงแม้เธอจะสอบ กพ. ผ่านแล้วก็ตาม

พี่เอบอกว่าเธอไม่มีปัญหาการสื่อสารด้วยภาษาไทย เพราะเธออยู่ที่ไทยตั้งแต่เกิด แต่ที่มีปัญหา คือ ภาษาเมียนมา แม่พ่อแม่สัญชาติเมียนมา แต่เธอพูดหรือเขียนไม่ได้เลย พี่เอเคยให้แม่และญาติช่วยสอน จำจากที่พ่อแม่คุยกันในชีวิตประจำวัน การอ่านและการเขียนจะจำเอา ส่วนการพิมพ์เธอโหลดแป้นพิมพ์เมียนมา และใช้การจดจำว่าตัวอักษรใดอยู่ตำแหน่งไหน คอมพิวเตอร์ก็เช่นกันเธอเรียนรู้ตอนที่เริ่มเข้าทำงานในโรงพยาบาล เธอบอกว่าเรื่องภาษาสำคัญมาก การที่จะอธิบายให้คนไข้เข้าใจเกี่ยวกับเชื้อโรคเป็นเรื่องยากมาก เพราะขนาดเธอเองที่ทำงานด้านนี้มาหลายปี ยังคิดว่ามีความรู้ทางการแพทย์ไม่เพียงพอเลย เธอจะใช้วิธียกตัวอย่างให้ชัดเจนกับคนไข้ เพราะถ้าพูดชื่อยาก เขาคงไม่เข้าใจ และหากคำศัพท์ไหนที่ไม่มั่นใจจะกลับไปถามแม่ ส่วนภาษาไทยถ้าคำไหนไม่เข้าใจจะแปลเป็นภาษาอังกฤษก่อน

เมื่อถามถึงปัญหาที่พบระหว่างการทำงาน พี่เอตอบแบบไม่รีรอว่า สำหรับคนไข้แล้วการเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขก็ยังมีปัญหา บางคนที่อยู่ในชุมชนส่วนใหญ่จะไม่มีประกันสุขภาพ พอป่วยเขาก็ไม่กล้ามารักษาที่โรงพยาบาลเพราะกลัวที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเยอะ ซึ่งเธอคิดว่ามีจำนวนมากที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการ ถึงแม้เราจะมีหน่วยงาน มูลนิธิให้การช่วยเหลือก็ตาม แต่เขาก็มีเงื่อนไขและข้อจำกัดในการรับคนไข้ มันก็ยังคงไม่ครอบคลุมจำนวนคนทั้งหมดในพื้นที่ ปัญหาต่อมาคือการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เท่าที่ทำงานมาพบว่าส่วนใหญ่คนไข้เมื่อรู้สึกว่ายากแล้วจะหยุดทานยาทำให้ขาดการรักษา ประเด็นสุดท้ายคือการแพร่กระจายส่วนนี้พี่เอพบปัญหาทั้งชาวไทยและต่างชาติ ถึงแม้เจ้าหน้าที่จะอธิบายหรือให้ความรู้มากแค่ไหน ตัวคนไข้เองถ้าเขาเชื่อว่าโรคที่เป็นอยู่ไม่แพร่กระจายเขาก็จะคิดว่าวิธีการป้องกันที่เราแนะนำไม่สำคัญ ยกตัวอย่างเช่น การใส่หน้ากากอนามัย คนไข้ส่วนมากรู้สึกอึดอัดหากต้องใส่ตลอดทั้งวัน เธอบอกว่าบางทีมันก็อาจจะเป็นวัฒนธรรมการใช้ชีวิตของแต่ละประเทศก็ได้ ชาวเมียนมาเองเขาชอบถ่มน้ำลาย ถ้ารู้สึกอยากถ่มเขาก็จะถ่มทันที การกินข้าวเช่นกันชาวเมียนมามักจะกินข้าวด้วยมือ ต้มน้ำแกวเดียวกัน เป็นต้น ทั้งหมดนี้มันทำให้แพร่กระจายเชื้อได้ ถึงแม้เราพยายามอธิบายให้เขาฟังแต่สุดท้ายเขาก็ยังคงปฏิบัติแบบเดิม อาจจะเป็นเพราะความเคยชินและวัฒนธรรมพื้นบ้านของเขา

**ผู้ดูแลคนที่ 4 เจ้าหน้าที่กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาล**

“มันไม่ได้ง่ายนะจะทำงานกับต่างชาติ เขาจะมาตรวจครั้งเดียวยามจำเป็น จะไม่ค่อยยอมขาดงาน” พลัดดา เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานดูแลกลุ่มแรงงานต่างชาติ กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด บอกทีมวิจัยซึ่งสะท้อนให้เห็นการทำงานควบคุมวินโรคในกลุ่มแรงงานต่างชาติในพื้นที่แม่สอด

พลัดดาได้ให้ข้อมูลภาพรวมของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่แม่สอดว่า แรงงานข้ามชาติในพื้นที่นั้น หากแบ่งตามประเภทของอุตสาหกรรมการทำงาน จะมีอยู่ 3 กลุ่ม กลุ่มแรก เป็นกลุ่มแรงงานที่ทำงานอยู่ในโรงงานอุตสาหกรรม กลุ่มงานอาชีพเวชกรรมเป็นผู้ดูแล กลุ่มที่สอง เป็นแรงงานในภาคบริการทั่วไปภายในชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมทางสังคมเป็นผู้ดูแล และกลุ่มที่สาม กลุ่มนอกเขตเทศบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด เป็นผู้ดูแล ฉะนั้นขอบเขตหน้าที่ของกลุ่มงานอาชีพเวชกรรมก็จะมีเพียงแค่ดูแลกลุ่มแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมเท่านั้น ซึ่งปัจจุบันมีแรงงานกลุ่มนี้ในความรับผิดชอบ จำนวนทั้งสิ้น 25,000 คน ที่มีการขึ้นทะเบียน ในจำนวนนี้จะถูกแบ่งออกเป็นกลุ่มตามกฎหมายแรงงาน ซึ่งจะมีทั้งหมด 5 กลุ่ม ทางอาชีพเวชกรรมจะมีบทบาทหน้าที่ในการทำงานกับแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

แรงงานกลุ่มที่ 1 เป็นแรงงานตามมาตรา 64 หรือแรงงานแบบเข้าไปเย็นกลับ คำว่าเข้าไปเย็นกลับนี้เป็นเพียงแค่ชื่อเรียกเท่านั้น กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานกลุ่มนี้ อนุญาตให้ทำงานได้ครั้งละ 3 เดือน และสามารถพำนักอยู่ในไทยได้ไม่เกิน 28 วัน ต่อ 1 ครั้ง ฉะนั้น แรงงานกลุ่มนี้จะต้องทำการประทับตราออกนอกประเทศ แล้วกลับเข้ามาใหม่ทุกเดือน ซึ่งวิธีการที่แรงงานเลือกใช้ก็จะมีทั้งการจ้างนายหน้าหรือฝ่ายบุคคลโรงงานไปดำเนินการแทน โดยที่ตนเองยังอยู่ในประเทศไทย บางรายก็เลือกประทับตราเข้าออกด้วยตนเอง แต่เมื่อดำเนินการเสร็จก็จะรีบกลับเข้ามาดังเดิม ประกันสุขภาพที่แรงงานกลุ่มนี้ได้รับจะขึ้นอยู่กับนายจ้าง ว่านายจ้างจัดทำให้เป็นแบบราย 3 เดือน 6 เดือนหรือ 1 ปี โดยมีข้อกำหนดว่าแรงงานทุกคนจะต้องตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง ดังนั้นหากลูกจ้างคนใดได้ประกันระยะเวลากว่า 1 ปี แล้วต้องการต่อประกัน ก็จะนำข้อมูลของการตรวจสุขภาพในครั้งแรกมาตรวจสอบ

สำหรับกระบวนการการทำงานของอาชีพเวชกรรมกับแรงงานกลุ่มนี้ เริ่มจากในวันจันทร์ อังคาร และพุธ แรงงานเข้ารับการตรวจวินโรค จากนั้นในวันศุกร์จะนัดมารับผลการตรวจ หากผลการตรวจออกมาเป็นลบ (Negative) หรือไม่ติดเชื้อ ทางอาชีพเวชกรรมก็จะออกใบรับรองแพทย์ให้ เพื่อนำไปยื่นที่สำนักจัดหางานสำหรับขึ้นทะเบียนแรงงานต่อไป แต่หากว่าผลตรวจออกมาเป็นบวก (Positive) หรือติดเชื้อ ตามกฎหมายไม่สามารถขึ้นทะเบียนแรงงานได้ จึงอาจทำให้แรงงานเหล่านี้ถูกปล่อยแพและไม่ได้รับการรักษา ดังนั้น ทางหน่วยงานจึงได้มีการดำเนินการช่วยเหลือในการดูแลรักษาต่อ โดยจะให้กระป๋องเก็บเสมหะตรวจ AFB ไป 3 กระป๋อง โดยคนไข้จะต้องเก็บเสมหะของตนเองในกระป๋อง 3 เวลา คือกระป๋องที่ 1 เช้าวันเสาร์ กระป๋องที่ 2 เช้าวันอาทิตย์ และกระป๋องที่ 3 ช่วงสายของวันอาทิตย์ เมื่อเก็บเสมหะครบแล้วจะนำกระป๋องมาส่งที่โรงพยาบาลทันทีหรือนำมาให้นในวันจันทร์ก็ได้ จากนั้นทางอาชีพเวชกรรมจะทำการนัดมาฟังผลอีกครั้งในวันศุกร์ถัดไป หากแรงงานคนใดยังคงพบผลเป็นบวกหรือติดเชื้ออยู่ ก็จะถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่คลินิกวินโรค สำหรับแรงงานที่ได้ทำการรักษาจนหายขาดแล้ว ในทุกวันพุธทางคลินิกวินโรค จะมีการส่งเอกสารมาให้ทางอาชีพเวชกรรม จากนั้นก็จะดำเนินการออกหนังสือใบรับรองแพทย์ เพื่อให้แรงงานที่รักษาหายแล้วไปยื่นกับสำนักงานจัดหางานต่อไป จากกระบวนการ

ทั้งหมดที่ได้กล่าวมานี้ จะเห็นได้ว่าหน้าที่ของกลุ่มงานอาชีพเวชกรรมจะจบที่ขั้นตอนของออกใบรับรองแพทย์ให้แรงงานเท่านั้น

ปัญหาของกระบวนการทำงานกับแรงงานกลุ่มนี้ก็มีอยู่ไม่น้อย พี่ลัดดาได้เล่าให้ทีมวิจัยทราบถึงปัญหาที่พบก็คือ

1) แรงงานบางกลุ่มไม่มารับผลตรวจและไม่มารับใบรับรองตรวจเสมหะ ประมาณ 10 เปอร์เซ็นต์ ปัญหานี้เกิดจากการที่สำนักจัดหางานบางรายตรวจสอบเพียงใบเสร็จการตรวจของแรงงานเท่านั้น ไม่ได้ตรวจสอบใบรับรองแพทย์ด้วย จึงทำให้แรงงานบางกลุ่มไม่มารับผลตรวจ ซึ่งอาจส่งผลให้ในสถานที่ทำงานมีแรงงานผู้ป่วยวัณโรคหลงเข้าไปทำงานร่วมกับผู้อื่นด้วย

2) แรงงานบางกลุ่มไม่มาส่งกระป๋องตรวจเสมหะ ประมาณ 15 เปอร์เซ็นต์ ปัญหานี้เกิดจากแรงงานบางกลุ่มให้นายหน้ามาฟังผลตรวจวัณโรคแทน โดยที่นายหน้าไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร จึงทำให้กระป๋องอาจไม่ถึงมือแรงงานหรือนายจ้างได้

3) แรงงานบางกลุ่มส่งน้ำลายมาแทนในกระป๋องตรวจเสมหะ โดยบางรายอ้างว่าไม่มีเสมหะ บางรายไม่ยอมให้ผู้อื่นรู้ว่าตนเองป่วย และอีกส่วนหนึ่งมีการสื่อสารที่ผิดพลาดระหว่างนายหน้าที่มารับผลตรวจแทนกับตัวแรงงาน อาจจะเป็นในเรื่องภาษาหรือความไม่สนใจในการตรวจของนายหน้า

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทางกลุ่มงานอาชีพเวชกรรมก็ได้มีวิธีการแก้ไขปัญหา โดยปกติแรงงานจะต้องมาต่ออายุการทำงานทุก 3 เดือน ที่สำนักงานจัดหางานริมเมย ดังนั้น เมื่อพบว่าแรงงานบางกลุ่มหนีไปทำงานโดยที่ยังไม่ได้รับใบรับรองแพทย์ยืนยัน ก็จะบันทึกประวัติไว้ในระบบ จากนั้นจะส่งข้อมูลไปยังเจ้าหน้าที่ประกันที่อยู่ ณ สำนักงานจัดหางานริมเมย เมื่อแรงงานถึงจุดงานประกัน ระบบก็จะขึ้นผลว่า afb+ หมายความว่าผู้ป่วยนี้มีปัญหา ก็จะดำเนินการให้แรงงานเหล่านี้ทำการรักษาต่อไป

การป้องกันดูแลเพื่อลดโอกาสในการป่วยวัณโรคของแรงงานต่างชาติ ก็เป็นอีกหน้าที่หนึ่งที่สำคัญพี่ลัดดาเล่าว่าได้เลือกใช้วิธีการจัดตั้งอาสาสมัครต่างชาติในโรงงาน โดยจะมีการจัดอบรมให้ความรู้กับอาสาสมัครเหล่านี้ปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้ความรู้พื้นฐานในการป้องกันวัณโรค วิธีการดูแลสุขภาพ รวมถึงวิธีโน้มน้าวให้เพื่อนแรงงานสังเกตอาการของตนเอง เมื่อพบอาการป่วยก็แนะนำให้มาโรงพยาบาลทันที สื่อในการอบรมจัดทำขึ้นเป็นภาษาเมียนมาเพื่อให้เข้าใจได้ง่าย และมีล่ามมาอธิบายวิธีการเก็บเสมหะ และแจกโปสเตอร์ให้ไปติดที่โรงงาน ในการอบรมแต่ละครั้ง อาสาสมัครจะได้รับค่าตอบแทนครั้งละ 100 บาท และค่าพาหนะในการเดินทางต่างหาก ปัจจุบันวิธีการใช้อาสาสมัครนี้ยังไม่สามารถดำเนินการได้ครบทุกโรงงาน เนื่องจากงบประมาณที่จำกัด ฉะนั้นจึงทำในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ที่มีแรงงานจำนวนมากก่อน

แรงงานกลุ่มที่ 2 เป็นแรงงานกลุ่มบัตรสีชมพู กลุ่มนี้จะมีเลขประจำตัว 13 หลัก ที่กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้ออกให้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติแล้วจากทางการเมียนมา สามารถขึ้นทะเบียนเป็นแรงงานในประเทศไทยได้ ประกันสุขภาพของกลุ่มนี้เป็นรูปแบบ 2 ปี

กระบวนการการทำงานของกลุ่มงานอาชีพเวชกรรมกับแรงงานกลุ่มนี้ เริ่มจากการตรวจ ซึ่งการตรวจจะมี 2 รอบ รอบที่ 1 ตอนพิสูจน์สัญชาติ มีแรงงานจาก 66 จังหวัดทั่วประเทศเข้ามาตรวจที่แม่สอด เป็น one stop service พี่ลัดดาให้ข้อมูลว่าทางอาชีพเวชกรรมก็จะทำการตรวจให้เสร็จทุกขั้นตอนภายใน 1 วัน



โดยเริ่มตรวจตั้งแต่เวลา 11 โมง และผลตรวจจะออกให้ในตอนเช้า รอบที่ 2 รอบตามคำสั่งคณะรัฐมนตรี เมื่อครบ 2 ปีของอายุการทำงาน นายจ้างจะพาแรงงานมาตรวจ จากนั้นก็นำไปขึ้นทะเบียนแรงงานเพื่อรับเลข 13 หลักต่อไป เมื่อเสร็จในขั้นตอนการตรวจ ผลที่ตรวจพบก็จะแจ้งไปทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก จากนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากก็จะดำเนินการในขั้นตอนต่อไป ฉะนั้นหน้าที่ของอาชีวเวชกรรมก็จะจบที่แจ้งผลตรวจไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เท่านั้น

ปัญหาในการทำงานกับแรงงานกลุ่มนี้ มีอยู่ด้วยกัน 2 ประการ คือ 1) แรงงานมาตรวจสุขภาพประจำปีไม่ครบ ทางเรากำหนดให้แรงงานจะต้องตรวจสุขภาพทุกปี แต่แรงงานส่วนใหญ่มา 2 ปี 1 ครั้ง 2) แรงงานบางส่วนไม่อยู่รอรับผลตรวจเมื่อทำการตรวจเสร็จ ส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานที่ไม่ได้อยู่ในจังหวัดตาก เมื่อตรวจเสร็จแรงงานเหล่านี้จะแยกย้ายไปยังจังหวัดที่ตนทำงานทันทีโดยไม่รอรับผลตรวจ อย่างเช่น พี่ลัดดาเคยเจอปัญหาว่ามีแรงงานมาตรวจจำนวน 40,000 กว่าคน เมื่อผลตรวจออกเหลืออยู่เพียง 28,000 คน ซึ่งจำนวนแรงงานในจังหวัดอื่นหายไปมากถึงเกือบ 20,000 คน เลยทีเดียว

แรงงานกลุ่มที่ 3 กลุ่มแรงงาน MOU หรือ Memorandum of Understanding เป็นกลุ่มแรงงานตามข้อตกลงร่วมกันระหว่างกระทรวงแรงงานไทยกับกระทรวงแรงงานเมียนมา โดยมีข้อตกลงร่วมกันว่า นายจ้างสามารถค้นหาแรงงานที่ต้องการได้ โดยการทำรายชื่อแรงงานไว้ แล้วไปยื่นขอโควตาแรงงานกับกระทรวงแรงงานไทย เมื่อรายชื่อครบก็จะแจ้งกับทางการเมียนมาดำเนินการทำพาสปอร์ตนำเข้ามาที่ไทย เมื่อมาถึงที่ไทยก็ประทับตราวีซ่าที่ด่านตรวจคนเข้าเมืองต่อไป กลุ่มนี้จะเป็นแรงงานในหัวเมืองชั้นในเป็นส่วนใหญ่ ประกันสุขภาพของกลุ่มนี้ทางกระทรวงแรงงานได้กำหนดไว้ว่าจะต้องมีประกันสังคมหรือประกันสุขภาพเท่านั้น ในช่วงระหว่างรอสิทธิประกันสังคมจะต้องมีประกันโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่ที่แรงงานทำงานอยู่ก่อน

กระบวนการทำงานกับแรงงานกลุ่มนี้ของกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ในปัจจุบันได้ตรวจแรงงานกลุ่มนี้น้อยมากหรือแทบจะไม่มี เพราะกลุ่มนี้จะไปตรวจที่เอกชนแทน สาเหตุที่ไปตรวจกับสถานเอกชนเนื่องจากเหตุผลคือ 1) กฎหมายกำหนดให้แรงงานทุกคนที่เข้ามาจะต้องผ่านการอบรมเพื่อทราบเกี่ยวกับวัฒนธรรมกฎหมายไทย สิทธิต่าง ๆ ของแรงงานต่างชาติก่อนการทำงาน การอบรมนี้ถูกจัดขึ้นที่ศูนย์แรกรับซึ่งเป็นหน่วยงานของสำนักงานจัดหางาน โดยกฎหมายไม่ได้กำหนดว่าจะต้องตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเท่านั้น จึงเป็นช่องว่างให้บริษัทเอกชนในการจัดตั้งจุดตรวจที่ศูนย์แรกรับเลย หลังจากอบรมเสร็จสามารถตรวจได้เลย บางบริษัทไปตั้งจุดตรวจอยู่ที่ย่างกุ้ง เพื่อดักตั้งแต่จุดแรกเลยก็มี 2) บริษัทเอกชนเสนอโปรโมชั่นเพื่อดึงดูดแรงงาน หากตรวจแล้วผิดปกติคืนเงิน หรือหากนายหน้าคนใดพามาตรวจก็ได้ค่านายหน้าในการพามา

ปัญหาของแรงงานกลุ่มนี้ที่พบคือ มีนโยบายออกมาว่าแรงงานจะต้องตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพในโรงพยาบาลเดียวกัน ทำให้ไม่มีการคัดกรองคนเข้าไปอยู่ชั้นใน ฉะนั้นผู้ที่ป่วยด้วยวัณโรค เมื่อตรวจเสร็จก็จะทำการออกจากศูนย์แรกรับแล้วไปยังหัวเมืองชั้นในเลย อีกปัญหาหนึ่งก็คือ ในบางบริษัท หากพบว่ามีแรงงานคนใดปอดผิดปกติก็ไม่รับเข้าทำงานเลย ทำให้ถูกลอยแพ

แรงงานกลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มแรงงานที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยมีหลากหลายสัญชาติ ถือวีซ่าประเภท permanent พาสปอร์ต เป็นแรงงานที่เดินทางเข้ามาทางสนามบินสุวรรณภูมิ มีเลขประจำตัว 13 หลัก มีทั้งชาวจีน เกาหลี ยุโรปและเมียนมา แต่ละคนจะมีบัตร 5 ปี 10 ปี แตกต่างกันไป กลุ่มชาวเมียนมาบางคน

ทำเป็นบัตรทองเที่ยวก็มี จำนวนกลุ่มนี้ใน 1 ปี มียอดอยู่ประมาณ 1,000 - 2,000 คน แรงงานเมียนมาในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อยู่ในประเทศไทยมานาน แต่ยังไม่ได้สัญชาติไทย รอที่จะได้สัญชาติไทย แรงงานกลุ่มนี้ก็จะเข้ามามตรวจวัดโรคที่กลุ่มงานอาชีพเวชกรรมเช่นกัน

แรงงานกลุ่มที่ 5 เป็นกลุ่มแรงงาน ท 99 คือ กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่อยู่มาดั้งเดิมแต่ที่ไม่มีเลขอะไรเลย เป็นบุตรของคนที่มีเลขขึ้นต้นด้วยเลข 6 หรือ เลข 8 คล้ายกับคนไทยที่ตกสำรวจอย่างมั่ง กะเหรี่ยง เป็นต้น แรงงานกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้ทำงานสถานประกอบการขนาดใหญ่ในพื้นที่แม่สอด เช่น ท็อปฟอรั่ม ทีเค เนื่องจากเขาสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ หน้าที่อาชีพเวชกรรมในการตรวจกลุ่มนี้จะเป็นการตรวจแบบกลุ่ม 500 บาท หรือที่เขาเรียกว่า กลุ่มคนไทยพลัดถิ่นรอพิสูจน์สัญชาติ

พี่ลัดดาให้ข้อมูลว่าในช่วงปี พ.ศ. 2557- 2558 ได้ทำ GIS แผนที่ สํารวจการใช้สารเคมีอันตรายของแต่ละโรงงาน เพื่อหาค่าฟุ้งกระจายไปยังชุมชนมากน้อยแค่ไหน ซึ่งจากการสำรวจ GIS ในครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลในเรื่องของจำนวนโรงงาน และประเภทของอุตสาหกรรมที่ทำมากที่สุดด้วย กล่าวคือ โรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ในอำเภอแม่สอด มีทั้งหมด 274 โรงงาน โดยตัวเลขนี้ยังไม่นับรวมธุรกิจตามบ้านหรือห้องแถว และไม่นับอยู่ซ่อมรถแต่อย่างใด ในจำนวนนี้เป็นโรงงานตัดเย็บมากที่สุด มากกว่าร้อยโรงงาน รองลงมาคือ โรงงานถักเสื้อไหมพรมเพื่อการส่งออก และอันดับสุดท้าย คือ ไซโลหรือข้าวโพดประมาณเกือบ 20 แห่ง บริษัทที่มีชื่อเสียงและใหญ่มากที่สุดก็คือ ท็อปฟอรั่มและเครือสหพัฒน์

ช่วงที่ผ่านมาโรงพยาบาลแม่สอดประสบปัญหาทางงานอ่านฟิล์มเอกซเรย์ (X-ray) เนื่องจากในช่วงปีที่ผ่านมาแพทย์ทางรังสีได้ลาออกเป็นจำนวนมาก จึงทำให้ต้องจ้างแพทย์ต่างจังหวัด โดยทางห้องเอกซเรย์ (X-ray) จะทำการโหลดภาพฟิล์มไปให้แพทย์ต่างจังหวัดอ่าน ความเร็วการทำงานเป็นการอ่านวันต่อวัน อัตราการอ่านผิดน้อยอยู่ที่ 5 เปอร์เซ็นต์ ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนระบบใหม่เป็นระบบจัดซื้อจัดจ้าง โดยการจ้างแพทย์เอกซเรย์ในการอ่าน ทำให้การผิดพลาดในการอ่านเพิ่มขึ้นเป็น 15 เปอร์เซ็นต์ จนกระปองเพิ่มขึ้นจากจำนวนหลัก 1,000 บาท ไปเป็นหลัก 4,000 - 5,000 บาท

### **ผู้ดูแลคนที่ 5 เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน**

คุณไก่ เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนแห่งหนึ่งในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้ให้ข้อมูลการดำเนินงานของสำนักงานที่ตนทำงานอยู่ ว่ามีกลุ่มเป้าหมายหลักคือ ประชากรข้ามชาติ หรือที่เรารู้จักกันในนาม แรงงานข้ามชาติ คุณไก่อธิบายว่าเราควรเรียกประชากรกลุ่มนี้ว่า ประชากรข้ามชาติ เนื่องจากบางคนนั้นได้เข้ามาอยู่อาศัย ไม่ได้ทำการขายแรงงานทุกคน ฉะนั้นจึงควรเรียกพวกเขาโดยรวมว่า ประชากรข้ามชาติ ซึ่งเป้าหมายในการทำงานหลักเพื่อให้ประชากรข้ามชาติได้อยู่อย่างปลอดภัย ลดจำนวนโรคระบาดลง ประชากรข้ามชาติในอำเภอแม่สอดปัจจุบัน มีจำนวนมากถึงหลักแสนคน โดยส่วนใหญ่จะทำงานในโรงงานเครื่องนุ่งห่มมากที่สุด เป็นลำดับที่หนึ่ง รองลงมาคือกลุ่มการเกษตรและการก่อสร้าง ตามลำดับ ประชากรต่างชาตินี้จะมีทั้งประชากรที่เข้ามาโดยถูกต้องตามกฎหมาย มีเอกสารประจำตัวที่เป็นเอกสารรับรองบุคคล (Certificate of Identity: CI) อยู่ในเขตอำเภอแม่สอด ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการเปิดให้ใช้กฎหมายมาตรา 64 คือสามารถทำงานได้ใน 3 อำเภอในจังหวัดตาก คือ อำเภอแม่สอด แม่ระมาด และพบพระ ยกเว้นอำเภอท่า

สองยางและอัมผาง ซึ่งบุคคลที่มีการทำบัตรที่ถูกต้องทั้งสองกลุ่มนี้ก็จะได้รับสิทธิในการตรวจสุขภาพ รวมถึงมีสิทธิในการเอกซเรย์วินิจฉัยด้วย ส่วนประชากรอีกกลุ่มหนึ่งนั่นคือ บุคคลที่เข้ามาอาศัยในประเทศไทยอย่างผิดกฎหมาย กล่าวคือ ไม่มีบัตรหรือเอกสารประจำตัวที่ถูกต้อง และกลุ่มคนมุสลิมที่ไร้รัฐ (เป็นบุคคลเชื้อชาติเมียนมา แต่ประเทศเมียนมาไม่ให้การยอมรับ) ซึ่งบุคคลเหล่านี้ก็จะไม่ได้รับสิทธิในการประกันสุขภาพเหล่านี้ ถือว่าเป็นปัญหาหนึ่งของการดูแลสุขภาพของประชากรข้ามชาติ

สำหรับวิธีการดำเนินงานนั้น ทางองค์กรจะมีการดำเนินการค้นหาแบบเชิงรุก นั่นคือการทำแผนที่ชุมชนและสร้างแกนนำอาสาสมัครในชุมชน โดยการจัดตั้งอาสาสมัครต่างชาติชุมชน (อสต.) ขึ้นมา ซึ่งทีม อสต. นี้จะมีทั้งหมด 21 จุด จากจำนวน 5-6 ตำบลที่มีจำนวนประชากรต่างชาติอาศัยอยู่จำนวนมาก อสต. คัดเลือกจากผู้ที่มีจิตอาสา พร้อมทำงานเป็นตัวแทนชุมชนร่วมกับทางสำนักงาน ก่อนที่ทางสำนักงานจะให้ อสต. เริ่มงานได้นั้น ก็จะต้องมีการอบรมการทำงานเบื้องต้นก่อน เข้าอบรมสอนแบบตัวต่อตัว เพื่อให้พวกเขาทราบว่าต้องทำหน้าที่อะไรบ้าง โดยทางสำนักงานจะให้เขาเป็น health post สร้างทีมให้ทีมละ 5 คน เพื่อให้ได้ทำงานกันเป็นกลุ่ม วิธีการที่เขาทำคือ ให้ อสต. จัดวางสื่อบนพื้นที่เล็กๆ ในบ้านของพวกเขา มีการแจกถุงยางอนามัยให้คนในชุมชน คอยเฝ้าติดตามอาการถึงทุกคนในชุมชน ค้นหาผู้ป่วย เมื่อทราบว่าผู้ป่วยก็จะส่งต่อผู้ป่วยเหล่านี้ให้กับทางสำนักงาน world vision และทางสำนักงานก็จะทำการประสานงานในการส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่สอดต่อไป เรียกได้ว่าทางสำนักงานขององค์กรนั้น ทำหน้าที่เป็นตัวกลางประสานงานระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล

นอกจากนี้อาสาสมัครต่างชาติชุมชน (อสต.) นั้น มีการช่วยเหลือคนในชุมชนไม่ใช่เฉพาะวัณโรค แต่หากว่าผู้ใดเป็นโรคอื่นแต่ไม่มีค่ารถไปโรงพยาบาล ทาง อสต. จะมีการช่วยเหลือสำหรับผู้ที่มีขาดแคลน โรค HIV เช่นกัน หากผู้ใดสงสัยว่าตนเองเข้าข่ายของการเป็นโรคนี้ ทาง อสต. ก็จะช่วยประสานงานให้ มีการสร้างกลุ่มออมทรัพย์ ทำกิจกรรมกลุ่ม รวมถึงการฉาปนกิจแรงงานด้วย ซึ่งคุณโกได้กล่าวว่าวิธีนี้ถือเป็นวิธีหนึ่งที่ดี ที่สามารถช่วยทางสำนักงานทำงานได้มาก เพราะทำให้ชุมชนนั้นเกิดความช่วยเหลือดูแลกัน เป็นการขับเคลื่อนด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น เนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่ดูแลชุมชนของทางสำนักงานนั้นก็จำนวนไม่มากพอที่จะเข้าไปดูแลได้อย่างครบถ้วนทันเวลา แต่วิธีนี้ก็มีความจุดด้อยเช่นกัน นั่นก็คือ ในบางครั้ง อสต. ไม่สามารถที่จะเฝ้าระวังได้ตลอดเวลา เพราะพวกเขามีอาชีพที่ต้องดำรงชีพ ต้องใช้เวลาบางส่วนในการทำงานส่วนตัว ในบางรายมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนย้ายแต่ปัญหานี้จะพบไม่มากนัก เพราะก่อนที่จะมาทำงานเป็นอาสาสมัครนี้ ทางสำนักงานจะสอบถามก่อนเสมอว่ามีแผนที่จะย้ายไปที่ใดหรือไม่ ทางสำนักงานจะพยายามคัดเลือกคนที่ไม่มีแผนโยกย้ายมากกว่า

ปัญหาต่อมาเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง สำหรับผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการให้คนในชุมชนทราบว่าตนเองป่วย ดังนั้นเขาจะไม่แจ้งอาการป่วยผ่านระบบของชุมชน แต่จะมาแจ้งที่ สำนักงานองค์กรที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ หรือที่โรงพยาบาลแม่สอด ซึ่งทำให้การติดตามการทานยาเป็นเรื่องยากขึ้น เพราะโดยปกติทางชุมชนจะเป็นผู้ติดตามการทานยาของผู้ป่วยแต่ละราย อีกปัญหาใหญ่หนึ่ง ก็คือ ปัญหาการดูแลแรงงานภายในโรงงาน มีข้อจำกัดค่อนข้างเยอะ บางแห่งแรงงานมีการโยกย้ายบ่อยครั้ง ยากต่อการติดตาม ทำให้ยังไม่สามารถจัดตั้งศูนย์บริการในโรงงานได้ ทำได้เพียงอบรมคนที่ทำงานในโรงงานร่วมกับผู้ป่วยว่าควรดูแลตัวเองอย่างไร ทานยาตัวใด และมีการ

นัดเจอพวกเขาในวันหยุดเท่านั้น คุณไก่อเล่าว่ามีผู้ป่วยตัวอย่างของปัญหาหนึ่งที่เคยพบเจอของแรงงานในโรงงาน ในช่วงที่ทางโรงพยาบาลได้เข้าไปเอกซเรย์แรงงานภายใน คือ ปัญหาแรงงานไม่ยอมรับว่าตนเองนั้นป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยนี้ทางคุณไก่อได้พบเจอในช่วง 2 ปีที่แล้ว เมื่อการตรวจเสร็จสิ้น ได้พบว่ามีแรงงาน 5 คนเป็นผู้ป่วยวัณโรค แต่แรงงานไม่ให้การยอมรับว่าตนเองนั้นป่วย เลือกบอกกับทางนายจ้างว่าจะย้ายโรงงาน กลับไปรักษาตัวที่ประเทศเมียนมา ซึ่งทางนายจ้างก็ไม่สามารถห้ามได้ เนื่องจากมีเรื่องของสิทธิแรงงานต่างๆเข้ามาเกี่ยวข้อง แรงงานทั้ง 5 คนนี้ทำการขอใบส่งตัวกลับโดยสถานที่ที่พวกเขาเหล่านั้นเป็นคนละที่กัน ผู้ป่วยตัวอย่างนี้ทำให้ทางคุณหมอรู้สึกกังวลเป็นอย่างมากว่า ทางตัวของแรงงานจะไม่ได้กลับไปประเทศเมียนมาจริง แต่จะย้ายโรงงานทำงาน ทำให้เกิดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคต่อไปได้

ในส่วนของการทำงานร่วมกับสำนักงานอื่น ทางองค์กรได้มีการทำงานร่วมกันกับองค์กรเอกชน อิสระ (Non-Governmental Organization: NGO) แห่งหนึ่งที่ปฏิบัติงานตามแนวชายแดนไทย-เมียนมาในอำเภอแม่สอดซึ่งเป็นศูนย์ที่ดูแลวัณโรคในแม่สอดด้วยเช่นกัน โดยในผู้ต้องสงสัยว่าจะเข้าข่ายป่วยบางราย ก็จะถูกส่งไปตรวจหาเชื้อที่ศูนย์ขององค์กรดังกล่าว ผู้ป่วยรายใดมีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัยเป็น MDR-TB (multi-drug resistance tuberculosis) หรือผู้ป่วย TB HIV ในขั้นที่ไม่สามารถทำงานได้ ต้องได้รับยาต้านหรือมีคนดูแลก็จะประสานให้ รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะให้ทาง สำนักงานเราดูแล ติดตามการรักษาด้วย สำหรับในด้านของความแตกต่างในการทำงานนั้น การทำงานบางอย่างของสำนักงานเรามีความแตกต่างกับองค์กรดังกล่าว บางประการ คือ องค์กรอิสระแห่งนั้นจะการทำงานในที่เดียวของตนเอง ตั้งแต่ขั้นตอนการพบผู้ป่วยจนถึงการรักษาจนหาย แต่ทางสำนักงานเรานั้น จะทำงานร่วมกับทางโรงพยาบาลแม่สอด เมื่อพบผู้ป่วยก็จะติดต่อประสานให้ทางโรงพยาบาลดูแล

นอกจากนี้ ทางสำนักงานเรายังมีเครือข่ายข้างนอกที่ทำงานร่วมกันเป็นทีมเดียวกัน คือ 1. IOM ประเทศเมียนมา มีสำนักงานตั้งอยู่ที่เมืองเมียวดี หากมีผู้ป่วยผู้ป่วยกลับเมียวดี หรือพื้นที่อื่นก็จะมีการประสานงานให้หน่วยงาน LOM ติดตามผู้ป่วย 2. สำนักงานองค์กรเรา ผังเมียนมา หากพบว่าผู้ป่วยรายใดเข้าไปในพื้นที่ที่ทางสำนักงานฝั่งไทยไม่รู้จัก ทางฝั่งเมียนมาก็จะทำการติดตามค้นหา เนื่องจากคุณหมอทางฝั่งเมียนมามีลิสต์รายชื่อว่าโรงพยาบาลไหน หมอท่านใดรับผิดชอบวัณโรค ก็ทำการติดตามผู้ป่วยแล้วส่งเข้ารับรักษาในฝั่งเมียนมาต่อไป 3. Front line worker เป็นเจ้าหน้าที่ชาวเมียนมาของสำนักงาน ที่ทำงานอยู่ในฝั่งของประเทศไทย มีพาสปอร์ตการทำงานอย่างถูกต้อง เจ้าหน้าที่เหล่านี้จะมีเครือข่ายกับฝั่งเมียนมา เขาก็จะมีหน้าที่หลัก ๆ คือ อบรมให้ความรู้คนในชุมชน รวมถึงอบรมอาสาสมัครชาวเมียนมาเป็นภาษาเมียนมาเพื่อความเข้าใจที่ดีขึ้น

ปัญหาของการทำงานอีกด้านหนึ่งที่พบ คือ Lost follow up ผู้ที่ไม่ทำการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทางWorld vision ต้องมีแผนการดำเนินงานตามตัว โดยใช้วิธีให้ อสต. ในชุมชนประกบติดตัว โดยปกติแกนนำอาสาสมัครจะทราบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้อาศัยอยู่จุดใด ทำอาชีพอะไร ใครจะยอมรับการกักกันการทานยาของเขา เมื่อตามตัวจนพบก็จะส่งตัวกลับไปรักษา หากเจอที่แม่สอดก็รักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่สอด หากพบว่าอยู่ในเมียวดี ก็จะย้ายไปรักษาที่ IOM เมียวดี คุณไก่อได้เล่าผู้ป่วยตัวอย่างเกี่ยวกับปัญหานี้ให้ทราบ กล่าวคือ ในผู้ป่วยบางรายที่ทำการรักษาแล้วหายไป เนื่องจากไม่ต้องการให้ใครทราบว่าตนเองป่วย บางคนใช้นามแฝงเพื่อปกปิดตัวตน คุณไก่อเคยไปเยี่ยมอาการของผู้ป่วยติดเชื้อ HIV รายหนึ่ง ซึ่งเขาไม่ต้องการให้สามีของตนเองนั้นทราบว่าติดเชื้อ จึง

ให้ทางคุณไก่และเจ้าหน้าที่ไปจอตกลงในพื้นที่ห่างไกล เมื่อสามีเขากลับมา ทางเจ้าหน้าที่ต้องวิ่งออกกลับมาที่รถอย่างรวดเร็ว อีกผู้ป่วยหนึ่งที่คุณไก่ได้พบมาคือ ผู้ป่วย MDR ที่รักษาหายแล้ว ทางกระทรวงได้ทำการเข้าเยี่ยมแล้วอบรมคนในชุมชนในระแวกนั้นเกี่ยวกับเรื่องการป้องกัน ดูแลตนเอง รวมถึงให้เอกซเรย์ด้วย หลังจากที่ทางกระทรวงได้กลับไป ทางผู้ป่วยได้มาแจ้งว่าคนในชุมชนได้มาต่อว่าเขาว่าตัวเขานั้นเป็นสาเหตุที่คนในชุมชนต้องมาตรวจโรค ทำให้เขารู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมาก เราจึงพยายามแก้ปัญหาโดยการลดการตีตราให้น้อยลง เช่น หากต้องเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วย ก็จะเลี่ยงการใช้รถของทางราชการ เพื่อไม่ให้ดูเป็นจุดสนใจ จะเห็นได้ว่าทางสำนักงานจะไม่ได้ดูแลรักษาเพียงโรคเท่านั้นแต่จะต้องใส่ใจถึงความรู้สึกจิตใจของผู้ป่วยเหล่านั้นด้วย

### ผู้ดูแลคนที่ 6 เจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคติดต่อ

คุณสมคิด เจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคที่ด่านตรวจคนเข้าเมืองอำเภอแม่สอด เป็นคนพื้นเมืองจังหวัดตาก ชีวิตการทำงานของ คุณสมคิด เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 บรรลุอยู่ที่อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก โดยทำงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดตากมายาวนานทั้งหมด 5 ปีเศษ ระหว่างช่วง พ.ศ. 2538 - 2544 ตำแหน่งงานของคุณสมคิดคือเจ้าพนักงานควบคุมโรคระดับ 2 และเป็นผู้ช่วยหัวหน้าส่วนมาลาเรีย รับหน้าที่ควบคุมโรคมาลาเรีย โรคเท้าช้าง และเป็นฝ่ายสนับสนุนโรคไข้เลือดออก คุณสมคิดเล่าว่าในช่วงเวลาดังกล่าว (ประมาณปี พ.ศ. 2538) มีโรคมาลาเรียระบาดอยู่ค่อนข้างมาก โดยระบาดทั้งในอำเภออุ้มผาง พบพระ แม่ระมาด และชายแดนแม่สอด การควบคุมมีการทำแผนงานประจำปีในการเฝ้าระวังเรื่องมาตรการค้นหาผู้ป่วย การรักษา ติดตาม และการควบคุมพาหะนำโรค ความเข้มข้นในการควบคุมก็จะแตกต่างกันออกไปในแต่ละช่วง ช่วงที่ต้องมีการควบคุมอย่างหนักก็คือ ช่วงเดือนพฤศจิกายน ธันวาคม มีนาคม และเมษายน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ใช้คนไทย แต่จะเป็นแรงงานเมียนมา โดยแรงงานเหล่านี้จะมีทั้งแรงงานที่มาอยู่ในประเทศไทยเป็นประจำและแรงงานที่เดินทางมาทำงานแบบไปกลับเนื่องจากมีพื้นที่อยู่ติดกับชายแดน โดยโรคนี้มักจะพบในแรงงานที่เดินทางไปกลับเป็นจำนวนมากที่สุด และค่อนข้างควบคุมได้ยาก ดังนั้นจึงมีมาตรการควบคุมที่เข้มข้น คือมีการสำรวจสถานการณ์ว่าช่วงนี้มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากหรือไม่ แล้วผู้ติดเชื้ออยู่ในคนกลุ่มใด เมื่อทราบแล้วก็จะมีการสอบสวนที่เรียกว่า ร.ว.3 โดยการสอบสวนนี้จะเป็นการสอบสวนผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ว่าเขาไปติดเชื้อมาจากที่ใด หรือหากพบว่าติดเชื้อมาจากทางฝั่งเมียนมา ก็จะมีการตั้งจุด SSMC ไว้ในขาเข้าเพื่อทำการตรวจ โดยจะมีการลือควั่นไว้ ได้แก่ วันพุธ และ พฤหัสบดี เจ้าหน้าที่มาลาเรียก็จะไปทำการตั้งจุดแสดงตนด้วย นอกจากนี้ยังมีการตั้งคลินิกมาลาเรียในพื้นที่ด้วย โดยมีเจ้าหน้าที่ไปประจำอยู่ มีลูกน้องที่ผ่านการอบรมเป็นอย่างดี และมีอาสาสมัครในส่วนของฝั่งเมียนมาและฝั่งของไทยด้วย ซึ่งทุกคนล้วนแล้วแต่ตั้งใจทำหน้าที่อย่างสุดความสามารถ เมื่อพบผู้ป่วยก็รีบส่งตัวรักษาทันที ในเรื่องของจำนวนพนักงานเจ้าหน้าที่ก็มีเพียงพอในการรักษา แต่ในบางพื้นที่อาจจะมีความไม่เพียงพอสัมพันธ์กันเท่าใดนัก เช่น บางพื้นที่บุคลากรเยอะ แต่จำนวนผู้ป่วยน้อย แต่ในภาพรวมแล้วก็มีเพียงพอในการรักษา

ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 คุณสมคิดได้ย้ายสถานที่ทำงาน ไปยังอำเภอแม่ระมาด ซึ่งการทำงานที่แม่ระมาดนี้ได้ทำอยู่ทั้งหมดเป็นเวลา 5 ปี ในช่วง พ.ศ. 2545 - 2550 โดยที่อำเภอแม่ระมาด ได้ทำงานหลักในโรคไข้เลือดออก เนื่องจากอำเภอนี้มีโรคไข้เลือดออกระบาดเป็นส่วนใหญ่ มักจะเกิดโรคขึ้นกับนักเรียนเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะโรงเรียนเซนโยเซฟ ที่มีทั้งนักเรียนชาวไทยและชาวต่างชาติ นักเรียนชาวต่างชาติส่วนใหญ่ก็จะเป็น

ชาวเมียนมาด้วย สำหรับสิทธิในการรักษาโรคนั้น หากเป็นโรคมาลาเรียจะมีการรักษาฟรี แต่ถ้าเป็นการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ก็จะมีประกันสุขภาพ ชาวไทยจะได้รับสิทธิประกันอยู่แล้วทุกคน หากเป็นชาวต่างชาติที่มีบัตรก็มีสิทธิในการรักษา ในส่วนของผู้ป่วยทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีการปล่อยให้ผู้ป่วยนอนรอนานอย่างแน่นอน หากผู้ป่วยมากก็จะทำการรักษาทันที ในเรื่องของสิทธิต่างๆ นี่ก็จะมีการเคลียร์กันในภายหลัง

ภายหลังปี พ.ศ. 2550 คุณสมคิดได้ย้ายมาทำงานที่อำเภอแม่สอด และในปี พ.ศ. 2555 คุณสมคิดก็ได้ย้ายไปทำงานที่อำเภอพบพระ เป็นเวลา 3 ปี ทำหน้าที่ดูแลเรื่องโรคมาลาเรียเช่นเดิม ช่วงเวลาที่คุณสมคิดได้ย้ายไปนั้นก็เป็นช่วงที่ในอำเภอพบพระได้มีการรณรงค์ในเรื่องของโรคมาลาเรียอยู่พอดี คุณสมคิดทำงานอยู่จนถึงวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2558 และได้ย้ายกลับมาทำงานที่อำเภอแม่สอดดังเดิม จนกระทั่งถึงปัจจุบันสำหรับเรื่องราวชีวิตการทำงานในอำเภอแม่สอด ในช่วงแรกของการย้ายกลับมาที่แม่สอด ช่วงปี พ.ศ. 2559-2560 ได้เกิดโรคไข้หวัดใหญ่ขึ้นกับแรงงานเมียนมาหลายคน จนทำให้มีข่าวใหญ่ ทางเมียนมาก็ได้มีการติดต่อมายังเจ้าหน้าที่บ่อยครั้ง โดยมีการสอบถามในเรื่องของมาตรการการป้องกัน ซึ่งทางเจ้าหน้าที่ก็ได้มีมาตรการในการดูแล คือ มีการคัดกรองตรวจอุณหภูมิของผู้ที่เข้ามาในประเทศ จากนั้นก็จะทำการแจกหน้ากาก เจลล้างมือ ให้ความรู้สุขศึกษา และมีการทำสื่อโปสเตอร์ไว้เพื่อให้ความรู้แก่บุคคลส่วนใหญ่ ในช่วงนี้ถือว่าไข้หวัดใหญ่น่ากลัวและต้องแก้ปัญหาค่อนข้างมาก ในส่วนของโรคโควิดก็ยังไม่ปรากฏมากนักในช่วงนั้น แต่สำหรับในช่วงเวลาปัจจุบันโรคโควิดก็ได้กลับมาเป็นโรคที่ต้องดูแลอย่างเข้มข้นอีกครั้ง ในเวลาที่มีการประชุม ก็จะมีการนำเรื่องของโรคโควิดเข้ามาพูดคุย ซึ่งการระบุตัวผู้ป่วยนั้น เป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากหากดูจากลักษณะอาการภายนอก เพราะอาการไอหอบนั้นมักจะเกิดขึ้นได้กับหลายโรค ฉะนั้นจึงสันนิษฐานได้ยากว่าคนที่ไอคนใดนั้นติดเชื้อโควิด ทำได้เพียงการสังเกตว่าใครมีการไอแบบถี่ ๆ หรือไอไม่หยุดก็จะมีการแยกเผื่อระวังไว้ บางคนดูลักษณะภายนอกนั้นดูมีร่างกายที่แข็งแรงมาก เราไม่สามารถดูออกได้เลยว่าเขาติดเชื้ออยู่ หากไม่มีการตรวจเสมหะ สิ่งนี้เป็นหนึ่งในความยากในการดูแล

ในทัศนคติของคุณสมคิดนั้นคิดว่าในร่างกายของมนุษย์ทุกคนนั้นต่างก็มีเชื้อไวรัสโคโรนาอยู่ในตนเองอยู่แล้ว ฉะนั้นการที่เราจะทำได้คือการป้องกันตัวเองไม่ให้ร่างกายอ่อนแอแล้วแพ้ต่อโรค โดยการสวมใส่หน้ากากอนามัยที่มีคุณภาพ การใช้เจลล้างมือ และการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย หมั่นดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง หากเมื่อใดร่างกายเราอ่อนแอ และแพ้ต่อเชื้อไวรัสโคโรนามันจริงๆ หากร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต ก็จะได้เสียชีวิตในหน้าที่ ได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุด หากจะเสียชีวิตด้วยเหตุนี้ ก็ยินยอมรับโดยหน้าที่ ดีกว่าเสียชีวิตโดยสาเหตุไม่ใช่เพราะหน้าที่

คุณสมคิดให้ข้อมูลว่าในช่วงเวลานี้มีผู้เข้าออกวันละประมาณ 7,000 – 8,000 คน โดยในบางวันมีจำนวนมากถึง 10,000 คน ในช่วงเวลาที่คนเยอะส่วนใหญ่จะเป็นช่วงเดือนธันวาคม มีนาคม เมษายน พฤษภาคม ช่วงวันหยุดเทศกาล ช่วงต่อพาสปอร์ต และช่วงวันหยุดแรงงาน ซึ่งการเข้าออกจำนวนมากนี้ก็จะมีความเสี่ยงของแรงงานที่ไปทำงานยังจังหวัดสมุทรสาครด้วย ซึ่งจะใช้พื้นที่ตรงนี้ เป็นช่องทางในการเข้าออกกระหว่างประเทศ อาจมีความเสี่ยงในเรื่องของการติดแพร่กระจายโรค จึงทำให้ต้องมีการเชื่อมต่อส่งข้อมูลกันระหว่างจังหวัดสมุทรสาครและจังหวัดตาก โดยทางสมุทรสาครก็จะทำการส่งข้อมูลมายังทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ตาก หรือทางโรงพยาบาลแม่สอด จากนั้นทางโรงพยาบาลก็จะส่งข้อมูลมายังเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคและด่านตรวจคนเข้าเมืองต่อไป คุณสมคิดได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า ทางนายจ้างหรือผู้ประกอบการในจังหวัดสมุทรสาครนั้น ควรจะต้องมีบัตรตรวจสุขภาพและควรที่จะต้องเช็คได้เสมอว่าแรงงานมีประวัติการรักษาอย่างไร ทานยาครบหรือไม่ เพื่อเป็นการช่วยเหลือในส่วนของการคัดกรองบุคคล หากทานยาไม่ครบเป็นกลุ่มเสี่ยงในการแพร่เชื้อก็จะได้ควบคุมได้อย่างทันทั่วทั้งที่ นอกจากนี้ยังมีเรื่องของการทำ MOU ร่วมกัน ซึ่งแรงงานกลุ่ม MOU นี้มีการให้ตรวจที่ปลายทาง โดยการให้ข้ามประเทศก่อนและผลตรวจออกภายหลัง ซึ่งถือเป็นปัญหาที่น่ากังวลเช่นกัน เพราะหากแรงงานข้ามประเทศไปแล้วก็มีความเสี่ยงในการแพร่เชื้อโรค คุณสมคิดได้แสดงความเห็นต่อไปว่าในส่วนนี้นั้นจะขึ้นอยู่กับรัฐบาลว่าจะมีการจัดการดูแลอย่างไร รัฐบาลมีนโยบายจ้างแรงงานเมียนมาจำนวนมาก เพื่อการพัฒนาทางภาคอุตสาหกรรม แต่ในเรื่องของสุขภาพก็จำเป็นจะต้องดูแลให้มากขึ้นด้วยเช่นกัน

อีกหนึ่งปัญหาหลักที่ขัดขวางการทำงานป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิดคือ ระบบการสาธารณสุขของประเทศเมียนมายังไม่ได้พัฒนา ทางเมียนมามีเมืองที่มีอำนาจหลักในเรื่องนี้คือ เมืองเนปิดอร์ เมื่อต้องการจะทำมาตรการใดๆ หรือเบิกวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ก็ต้องแจ้งเรื่องไปยังทางเนปิดอร์ก่อนเสมอ ซึ่งสิ่งนี้ทำให้เกิดความล่าช้าในการติดตามเรื่อง เช่น การที่จะเบิกออกซิเจน 1 ชิ้น ก็ต้องจะส่งเรื่องเพื่อให้เนปิดอร์อนุมัติ ถือเป็นขั้นตอนที่ซับซ้อนอย่างยิ่ง ทางชายแดนเมียนมาจะมีเจ้าหน้าที่คณะกรรมการชายแดนที่เรียกว่า TBC ที่จะทำการดูแลเรื่องสุขภาพต่างๆ ซึ่งถือว่ามีความอำนาจในการดูแลเรื่องนี้ แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ในการประชุมระหว่างประเทศกับทาง TBC ก็ยังจะต้องส่งเรื่องไปถึงเนปิดอร์ก่อน ฉะนั้นจึงเป็นการยากในความร่วมมืออีกเช่นเดิม

อีกประเด็นหนึ่งที่เป็นปัญหาที่น่าสนใจก็คือ เรื่องของความแตกต่างของกฎหมายยาแต่ละประเทศ ยาบางชนิดถูกกฎหมายที่ไทย แต่ถือเป็นยาเสพติดที่ผิดกฎหมายในประเทศเมียนมา มีผู้ป่วยผู้ป่วยที่ทีมวิจัยได้ไปสัมภาษณ์ซึ่งเป็นแรงงานชาวเมียนมารายหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร แรงงานคนนี้เป็นโรค MDR ต้องการที่จะกลับบ้านของตนเอง นายจ้างของเขากังวลว่าตัวแรงงานจะกลับไปยังประเทศของตนไม่ได้หากนำยารักษาติดตัวไปด้วย ดังนั้นจึงทำให้แรงงานผู้นี้ต้องทิ้งยาไว้ที่ประเทศไทย และทำให้ขาดยาในการรักษาในขณะที่กลับประเทศ สิ่งนี้เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่เราพบและได้สอบถามความคิดเห็นจากคุณสมคิด ซึ่งคุณสมคิดก็ได้เล่าต่อไปว่าจากประสบการณ์ทำงานไวรัสได้พบเจอนั้น คุณสมคิดทราบว่ายาทรามาดอลเป็นยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษากระดูกของไทย ถือว่าเป็นยาเสพติดของประเทศเมียนมา หากผู้นำเข้าไปยังฝั่งของเมียนมา ก็จะถูกจับทุกราย ดังเช่นชายชาวเมียนมารายหนึ่งมีอาชีพเป็นพนักงานขับรถบรรทุก เขามีอาการปวดหลัง จึงนำยานี้ติดตัวของตนเข้าไปยังประเทศเมียนมาด้วย แล้วเขาก็โดนตำรวจฝั่งเมียนมาจับติดคุก จนทำให้ทางการทหาร TBC ของไทยจะต้องเข้าไปช่วยคุย อธิบายถึงคุณสมบัติของยานี้นี้ ว่าเป็นยาเพื่อการรักษาโรค ปลอดภัยและไม่ใช่ว่าเสพติดแต่อย่างใด พี่สมคิดได้แสดงความเห็นต่อไปว่า การที่จะแก้ปัญหานี้ได้ ก็คือประเทศไทยจะต้องมีเอกสารเหล่านี้เพื่อไปแจ้งกับทางฝั่งเมียนมา ได้แก่ 1) หนังสือรับรอง 2) การชี้แจงที่ชัดเจนว่ายานี้นี้เป็นยาที่ประเทศไทยวิจัยมาอย่างถูกต้อง เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยอย่างแท้จริง มีการยืนยันรับรองจากแพทย์ซึ่งเอกสารทั้ง 2 อย่างนี้ต้องเป็นฉบับ international รวมถึงทางการทหารและตำรวจก็ต้องมีความ international มีความรู้ในด้านโรคไวรัสโรคพอสมควร รู้ถึงระดับความรุนแรง และสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เขาทิ้งยาได้

ประเด็นต่อมาที่น่ากังวลก็คือเรื่องของกฎหมายโรคโควิด ซึ่งกฎหมายกำหนดว่าหากผู้ใดเป็นโรคโควิดจะต้องถูกส่งตัวกลับประเทศทันที ซึ่งตัวกฎหมายนี้ส่งผลกระทบให้แรงงานชาวเมียนมาเกิดความกังวลหวาดกลัว จนทำให้ไม่กล้าบอกกับผู้อื่นเมื่อตนเองป่วย และในบางรายจะทิ้งยาไม่รักษาตัวอย่างต่อเนื่อง แน่แน่นอนว่าส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างในการแพร่กระจายเชื้ออย่างแน่อน ประเด็นนี้คุณสมคิดได้เล่าว่าเรื่องนี้ค่อนข้างเป็นเรื่องที่พูดยาก เพราะบางรายที่เราสงสัยว่าเขาจะป่วยเขาก็จะไม่ค่อยยอมรับว่าตนเองนั้นป่วย เราเองก็ไม่สามารถทราบได้เพราะไม่ได้มีหน้าที่เป็นผู้ตรวจ แต่โดยทางหน้าที่ของเราแล้ว หากเราพบว่าแรงงานท่านใดป่วย ก็จะต้องส่งตัวกลับประเทศ ตาม พรบ. ตรวจคนเข้าเมือง ที่มีทั้งหมด 6 โรค และโรคโควิดเป็นหนึ่งในโรคเหล่านั้น แต่ความเป็นจริงแล้วโรคโควิดมีการกำหนดช่วงเวลาในช่วงใดที่สามารถอยู่ได้ ช่วงใดอยู่ไม่ได้ ซึ่งแรงงานส่วนใหญ่จะไม่ทราบ จะคิดเหมารวมไปหมดว่าหากเป็นโรคนี้ก็ต้องโดนส่งกลับประเทศทันที ซึ่งกรณีที่คุณสมคิดเคยเจอนั้นก็คือ ในช่วงที่ได้ดูแลโครงการโรคเท้าช้าง ก็จะมีการวางแผนประจำปีเลยว่า ภายในโรงงานนั้นจะต้องสำรวจเพื่อหาค่าเฉลี่ยการตรวจพบเชื้อ ไม่ให้เกินหนึ่งเปอร์เซ็นต์ โรคเท้าช้างก็จะมีระยะต่าง ๆ จะมีระยะหนึ่งที่เราเรียกว่าระยะนำรังเกียจ ซึ่งปัญหาที่เคยพบคือ นายจ้างบางรายไม่ทราบว่า ระยะนำรังเกียจคืออะไร ระยะแบบใด แรงงานบางรายยังไม่ถึงระยะนั้นก็ถูกไล่ออก ซึ่งหลังจากถูกไล่ออกก็จะเป็นปัญหาต่อไปว่า จะหนีไปที่ไหน มีผู้ป่วยหนึ่งของแรงงานที่คุณสมคิดเคยเจอมีแรงงาน 2 คน ไปตรวจแล้วผลออกมาเป็นบวก (Positive) เมื่อผลออกมามันทำให้แรงงานนั้นหนีออกจากโรงงาน ทางคุณสมคิดก็ได้ไปติดตามแต่ไม่พบ จึงได้ทำการแจ้งชื่อ แจ้งพาสปอร์ตกับทางตำรวจให้ช่วยค้นหา เพราะตัวแรงงานนั้นมีเชื้ออยู่ที่ยังกรรมโรงงาน เมื่อทางตำรวจได้ทำการเช็คค้นหาข้อมูลก็พบว่า แรงงาน 2 คนนี้ ยังไม่ออกไปจากประเทศ จึงสืบต่อไปว่าไปทำงานที่ใหม่หรือไม่ ก็ไม่พบว่าไปทำงานที่ใหม่แต่อย่างใด ทำให้ทางเจ้าหน้าที่กังวลอย่างมาก เพราะว่าแรงงานนั้นทานยาไม่ครบ แล้วก็ไม่ได้ทราบว่าในระหว่างที่หนีนั้นได้ไปทำสิ่งผิดกฎหมายหรือหนีออกไปตามด่านธรรมชาติหรือไม่

#### 4.1.2 เครือข่ายการดูแลและควบคุมโรคในพื้นที่ด้านในของประเทศ

##### 4.1.2.1 บริบททั่วไปของพื้นที่ จังหวัดสมุทรสาคร

จังหวัดสมุทรสาคร เป็นจังหวัดชายทะเล ตั้งอยู่ปากแม่น้ำท่าจีน จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์กล่าวไว้ว่าบริเวณพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครในปัจจุบันนั้นเมื่อย้อนไปในสมัยกรุงศรีอยุธยา มีชุมชนขนาดใหญ่ตั้งอยู่บริเวณปากอ่าวไทย มีชาวจีนนำเรือสำเภาเข้าเทียบท่าเพื่อค้าขายแลกเปลี่ยนสินค้า รวมไปถึงพักอาศัยอยู่บริเวณปากอ่าวไทยเป็นจำนวนมาก ทำให้บริเวณนั้นถูกเรียกว่า “บ้านท่าจีน” ในสมัยแผ่นดินสมเด็จพระมหาจักรพรรดิ (พ.ศ. 2099) ได้โปรดเกล้าฯ ให้ยกฐานะ “บ้านท่าจีน” ขึ้นเป็น “เมืองสาครบุรี” ต่อมาในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 4 ทรงโปรดให้เปลี่ยนชื่อ “เมืองสาครบุรี” เป็น “เมืองสมุทรสาคร” ซึ่งมีความหมายว่า “เมืองแห่งทะเลและแม่น้ำ” ต่อมาในปี พ.ศ. 2456 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 6 โปรดเกล้าฯ ให้ทางราชการเปลี่ยนคำว่า “เมือง” เป็น “จังหวัด” ทั่วทุกแห่งในพระราชอาณาจักร ดังนั้น “เมืองสมุทรสาคร” จึงได้เปลี่ยนเป็น “จังหวัดสมุทรสาคร” มาจนถึงปัจจุบัน

จังหวัดสมุทรสาคร เป็นจังหวัดที่มีศักยภาพเอื้อต่อการประกอบการธุรกิจอุตสาหกรรม เนื่องจากอยู่ในเขตปริมณฑลกรุงเทพฯ มีการคมนาคมที่สะดวกและรวดเร็ว ประกอบกับมีโครงสร้างพื้นฐานและ



ปัจจัยการผลิตที่เหมาะสมต่อการลงทุน ทำให้มีผู้ประกอบการด้านธุรกิจอุตสาหกรรมให้ความสนใจลงทุนตั้งโรงงานอุตสาหกรรมในเขตจังหวัดสมุทรสาครเป็นจำนวนมากตั้งแต่ปี พ.ศ. 2512 สมุทรสาครจึงเป็นเมืองที่มีศักยภาพทั้งทางด้านอุตสาหกรรมการประมงและการเกษตรกรรม ปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจโดยรวมของจังหวัดสมุทรสาครมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การขยายตัวของภาคเศรษฐกิจและภาคอุตสาหกรรมส่งผลให้เกิดการนำเข้าแรงงานต่างชาตินอัตรที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

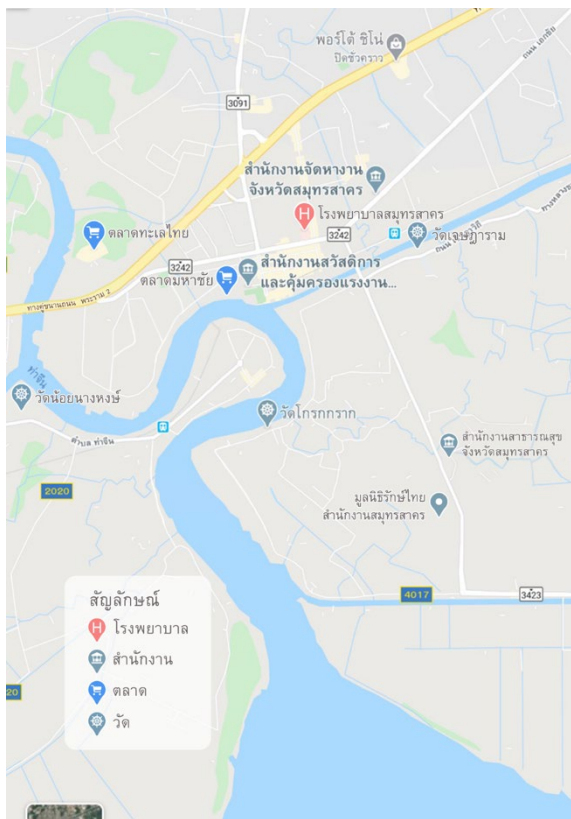
โดยที่จังหวัดสมุทรสาครมีประชากรราว 850,000 คน โดยมีประชากรคนไทยประมาณ 568,000 คน ในขณะที่แรงงานต่างชาติดังกล่าวมีจำนวน 280,000 คน (ข้อมูลวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2562, สืบค้นจาก <http://www.samutsakhon.go.th/index.php>) ดังนั้น แรงงานต่างชาตินี้เข้ามาอยู่ในพื้นที่สมุทรสาครจึงคิดได้เป็น 30 เปอร์เซ็นต์ ของประชากร ซึ่งแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ในจังหวัดสมุทรสาครเป็นชาวเมียนมาจำนวนกว่า 240,000 คน นอกเหนือจากชาวเมียนมาจะเป็นชาวกัมพูชา ลาว และอื่นๆ อีกประมาณ 40,000 คน ซึ่งจำนวนนี้เป็นจำนวนแรงงานที่ขึ้นทะเบียนแรงงานถูกต้องตามกฎหมายเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันยังมีแรงงานแฝง หรือแรงงานผิดกฎหมาย อีกมากมายที่เราไม่สามารถระบุจำนวนได้ ซึ่งหากเราสามารถทราบข้อมูลในส่วนของแรงงานแฝงได้อาจจะทำให้จำนวนของแรงงานต่างชาติเพิ่มเป็นเกือบล้านคนได้ ซึ่งนั่นหมายความว่า จังหวัดสมุทรสาครจะมีจำนวนแรงงานต่างชาติมากกว่าประชากรชาวสมุทรสาครที่เป็นคนไทยนั่นเอง

ภาพที่ 4.3 แผนที่แสดงลักษณะทางกายภาพ และเส้นทางคมนาคม จังหวัดสมุทรสาคร



ที่มาภาพ: ทีมวิจัย

ภาพที่ 4.4 แผนที่แสดงพื้นที่การศึกษา โรงพยาบาลเครือข่ายการดูแลด้านสาธารณสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร



ที่มาภาพ: ปรับปรุงเพิ่มเติมจาก google map

#### 4.1.2.2 เรื่องราวจากผู้คนในเครือข่ายการดูแลในพื้นที่ด้านในของประเทศ

ผลการศึกษาในส่วนนี้จะนำเสนอข้อมูลเรื่องราวชีวิต ความคิดและประสบการณ์จากการทำงานของผู้คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นคนต่างด้าว ที่ทำงานในเครือข่ายการดูแลและควบคุมโรคในแรงงานข้ามชาติในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อให้เห็นสภาพปัญหาที่ซับซ้อนของโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในบริบทของพื้นที่ ที่เป็นพื้นที่ด้านในของประเทศ อยู่ในเขตปริณทลคืออยู่ไม่ใกล้และไม่ไกลจากศูนย์กลางของประเทศ จึงเป็นพื้นที่ ที่แสดงให้เห็นการเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติจากเมียนมา ที่เข้ามาอาศัยและทำงานอยู่ทั่วทุกพื้นที่ในประเทศไทย

#### ผู้ดูแลคนที่ 7 เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาล

จากการสัมภาษณ์แก่นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลสมุทรสาคร ทำให้เราทราบว่าโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่มานาน ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีทั้งประชากรแรงงานต่างชาติและกลุ่มแรงงานคนไทย ซึ่งคุณแก่นักวิชาการสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติมาได้ระยะเวลาหนึ่งแล้ว เขาเป็นคนจังหวัดเชียงราย ศึกษาที่เชียงรายมาโดยตลอด ในระดับมหาวิทยาลัยได้ศึกษาในคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย หลังจากสำเร็จการศึกษา 1 เดือน แก่ก็ได้เริ่มต้นชีวิตการทำงาน

ชีวิตการทำงานของคุณเก่งเริ่มต้นในตำแหน่งนักส่งเสริมทันตสุขภาพ ที่โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 มีหน้าที่ลงพื้นที่ไปส่งเสริมสุขภาพฟันให้เด็กบนดอยและสอนการแปรงฟันให้กับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งบุคคลที่เก่งได้ไปสอนนั้นก็ทั้งคนในพื้นที่และคนที่ไม่มีสัญชาติ แต่ทุกคนก็สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และเข้าใจในการสื่อสารกับเก่ง ต่อมาในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556 เก่งได้ย้ายที่ทำงานไปที่โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข โดยไปทำงานอยู่ที่ตะเข็บชายแดนเมียนมาและลาว รับบทบาทหน้าที่ คือ ตรวจสอบสุขภาพให้กับแรงงานต่างชาติที่ข้ามพรมแดนที่มายังประเทศไทย โดยตรวจฟรี ไม่มีค่ารักษา ซึ่งเป็นการสนับสนุนของมูลนิธิด้านสุขภาพของประเทศเมียนมาร่วมมือกับทางโรงพยาบาลเชียงแสน การตรวจในแต่ละครั้งก็จะมีแรงงานรอบละ 30-40 คน เขาเล่าว่าผลจากการตรวจที่นั่นในช่วงเวลานั้นยังไม่พบโรคระบาดใดๆ ส่วนใหญ่พบแต่ปัญหาเรื่องพยาธิ โดยเฉพาะพยาธิในเด็ก ในแต่ละครั้งก็จะมีแจกจ่ายยาถ่ายพยาธิให้ครั้งละหลายกระปุก

ต่อมาวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2557 คุณเก่งได้ย้ายที่ทำงานอีกครั้ง โดยในครั้งนี้ได้ทำการสอบเพื่อเข้าเป็นพนักงานประจำตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลสมุทรสาคร ช่วงแรกของการทำงานในจังหวัดสมุทรสาคร เขาได้เข้าไปทำหน้าที่ในศูนย์ one stop service เป็นเวลา 2 เดือน ทำการตรวจแรงงานตั้งแต่เช้าจนถึง 02.00 น. พบว่า มีแรงงานเข้ามารับการตรวจต่อวันมากถึง 3,000 คน เก่งได้เล่าถึงกระบวนการทำงานของศูนย์ one stop service ให้ฟังว่าเมื่อแรงงานเข้ามาทำงานในประเทศไทยจะต้องเข้าระบบ one stop service นี้ให้ถูกกฎหมาย เริ่มจากขั้นตอนแรก การคัดกรองเอกสาร โดยขั้นตอนนี้จะมีเจ้าหน้าที่จากกรมการปกครองเข้ามาทำงาน ทำการตรวจเอกสารว่าเขียนถูกต้องหรือไม่ เช่น เลขประจำตัว เลขที่บ้าน เลขประกันสังคม เป็นต้น จากนั้นก็จะเข้าสู่ระบบ ถ่ายรูป ทำประวัติ และสุดท้ายคือตรวจสุขภาพ จ่ายเงินให้กับโรงพยาบาล และรับบัตร ซึ่งกระบวนการ one stop service จะมีค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น 4,000 บาท แบ่งเป็นค่าใบอนุญาตทำงาน (Work permit) 1,900 บาท ค่าตรวจสุขภาพ 500 บาท และค่าประกัน 1,600 บาท แต่หากว่าแรงงานคนใดที่ได้ทำเรื่องมาทำงานผ่านนายหน้า ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ก็จะถูกรวมอยู่กับค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้กับนายหน้าแล้ว

เมื่อมาถึงศูนย์ one stop service นายหน้าก็จะให้เงินค่าใช้จ่ายส่วนนี้กับแรงงาน เพื่อนำมาจ่ายเมื่อตรวจสุขภาพเสร็จสิ้น จากกระบวนการที่เขาได้เล่าไปข้างต้นนี้ ดูเหมือนว่าจะเป็นไปตามระบบอย่างเรียบร้อยดี แต่ทว่ายังมีปัญหาบางประการในการทำงานที่ทำให้เจ้าหน้าที่จะต้องทำการแก้ปัญหาอยู่บ่อยครั้ง นั่นก็คือ ปัญหาการตรวจเสร็จแล้วไม่มารับผลตรวจ กล่าวคือ การทำงานของศูนย์ one stop service นี้ เมื่อตรวจสุขภาพเรียบร้อยแล้ว ก็จะมีการต่อใบอนุญาตทำงานและวิชาให้เสร็จในวันนั้นเลย โดยที่ผลการตรวจสุขภาพยังไม่ออก ฉะนั้นจึงมีแรงงานบางส่วนคิดว่าตนเองได้ใบอนุญาตทำงานแล้ว ก็ไม่มารับฟังผลตรวจ หากพบว่าแรงงานท่านใดป่วยหรือติดเชื้อโรคติดต่อ ก็จะส่งผลต่อการแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่นๆ ได้อย่างง่ายดาย ถือเป็นปัญหาใหญ่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพคนอื่นๆ อย่างมาก ดังนั้น ทางโรงพยาบาลจึงมีการแก้ปัญหาโดยการติดตามแรงงานผู้ป่วยที่ไม่มารับผลตรวจนี้ในทุกช่องทาง โดยช่องทางแรกจะโทรศัพท์ติดต่อกับตัวแรงงานผู้ป่วย หากไม่สามารถติดต่อได้ ก็จะติดต่อไปทางนายจ้างแทน หากนายจ้างไม่ประสานงานให้ ก็จะไปตามตัวแรงงานผู้ป่วยเหล่านี้ที่โรงงาน

หรือที่פקอาศัยของเขา หากยังไม่สามารถติดต่อได้สำเร็จอีก ก็จะทำหนังสือแจ้งไปที่สำนักจัดหางานเพื่อให้ข้อมูลขึ้นไว้ว่า แรงงานคนนี้มีผิดปกติ

เราถามเก่งต่อไปว่า หากสมมติว่านายจ้างทราบว่าเป็นโรคติดต่ออย่างเช่น วัณโรค นายจ้างจะอย่างไรกับแรงงานผู้ป่วย จะไล่ออกหรือไม่ อย่างไร เก่งได้ให้ข้อมูลว่า โดยส่วนใหญ่ที่นายจ้างจะเข้าใจในเรื่องของการป่วยวัณโรคในแรงงานต่างชาติ ฉะนั้นหากพบว่าแรงงานของตนเองป่วยก็จะให้หยุดทำงานชั่วคราวเพื่อรักษาตัว แต่จะไม่มีมีการไล่ออกแต่อย่างใด แต่อย่างไรก็ดีก็ยังมีแรงงานผู้ป่วยบางส่วนรู้สึกกังวลและกลัวการแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น จึงทำการหยุดงานเอง โดยไม่บอกให้ใครทราบ

ต่อมาในเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 คุณเก่งได้ย้ายหน้าที่ในการทำงานไปยังฝ่ายเอตส์ในแรงงานต่างชาติ เขาได้เล่าให้ฟังว่า โรคเอตส์ในแรงงานต่างชาติในช่วงปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยประมาณ 100 กว่าคนได้รับการสนับสนุนจาก AHF ซึ่งเป็นหน่วยงานองค์การพัฒนาเอกชนของประเทศสหรัฐอเมริกา โดย AHF ได้เข้ามาช่วยเหลือในส่วนของการงานที่ไม่ได้ต่อบริการการทำงาน ไม่มีสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล กล่าวคือสนับสนุนค่ารักษาพยาบาล จัดฝึกอบรมให้กับแรงงานผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง ในเรื่องการดูแลตนเอง การเก็บยารักษาโรค และสนับสนุนอุปกรณ์การรักษาอีกด้วย การช่วยเหลือของ AHF นี้ ทำให้สามารถแบ่งกลุ่มแรงงานผู้ป่วยโรคเอตส์ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มประกันสังคม กลุ่มที่ 2 กลุ่มประกันสุขภาพ และกลุ่มที่ 3 กลุ่ม AHF ซึ่งในแต่ละกลุ่มก็จะมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือ กลุ่มประกันสังคม กลุ่มนี้จะเป็แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม จะพบปัญหาการเยี่ยมบ้านเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ต้องการให้ใครทราบว่าตนเองป่วย กลัวการถูกมองไม่ดีจากสังคมรอบข้าง จึงไม่ชอบให้เจ้าหน้าที่เข้ามาเยี่ยมในที่พักอาศัย บางรายจึงนัดพบเจอที่วัดหรือบางรายให้โทรศัพท์คุยเท่านั้น อีกปัญหาหนึ่งของกลุ่มนี้คือ การเข้าใจผิดเรื่องการกินอาหารเสริม แรงงานกลุ่มนี้เชื่อว่าเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น M150 จะสามารถช่วยเพิ่มพลังและความแข็งแรงให้เขาได้ ซึ่งในความเป็นจริงนั้นในเครื่องดื่มชูกำลังเหล่านี้มีปริมาณน้ำตาลสูง หากทานมากเกินไปจะทำให้เป็นโรคเบาหวานและมีความดันเพิ่มขึ้นมาได้ กลุ่มต่อมาที่พบปัญหาคือ กลุ่ม AHF กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อยู่อย่างไม่ถูกกฎหมาย จึงมีการโยกย้ายเคลื่อนตัวบ่อยครั้ง บางรายย้ายที่อยู่บ่อย บางรายไปๆ กลับๆ ระหว่างเมียนมากับไทยหลายรอบ ทำให้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากปัญหาทั้งหมดที่ได้กล่าวมานี้ ได้มีการช่วยเหลือแก้ปัญหาโดยการลงพื้นที่ไปสำรวจชุมชน มีการใช้ล่ามเพื่อการสื่อสารที่ดี เข้าใจกันมากยิ่งขึ้น และมีการเข้าเยี่ยมเพื่อพูดคุยกับญาติผู้ป่วยในการใช้ชีวิตร่วมกัน การดูแลรักษาร่างกาย แต่การเข้าเยี่ยมญาติใกล้ชิดนี้จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยก่อนเท่านั้นว่าสามารถพูดคุยกับญาติของพวกเขาได้ เพราะถ้าหากบางรายไม่ต้องการให้ญาติทราบ ก็จะต้องพูดคุยวิธีป้องกันดูแลกับตัวผู้ป่วยเท่านั้น

ช่วงเวลากลางปี พ.ศ. 2558 คุณเก่งได้รับมอบหมายงานอีกหนึ่งหน้าที่เพิ่มเข้ามา นั่นก็คืองานวัณโรค ซึ่งในตอนนั้นเขาจะต้องดูแลงานทั้ง 2 โรค คือเอตส์และวัณโรคไปพร้อมกัน ในส่วนของการทำงานวัณโรค เขาเล่าว่าในช่วงแรกของการได้รับมอบหมายหน้าที่นั้น เขามีความกังวลว่าจะติดโรคนี้หรือไม่ เนื่องจากตนเองยังไม่มีความรู้เพียงพอและต้องลงพื้นที่เพื่อไปเก็บกระป๋องเสมหะของผู้ติดเชื้อแต่ละรายอย่างใกล้ชิดอีกด้วย แต่เมื่อเขาได้เรียนรู้วิธีป้องกันไปช่วงหนึ่ง ความกลัวก็หายไปอย่างสิ้นเชิง คุณเก่งได้เล่าต่อว่า ใน 1 ปีจะพบผู้ป่วยวัณโรคในแรงงานต่างชาติประมาณ 200 คน และผู้ป่วยแรงงานชาวไทยประมาณ 300 คน ซึ่งตัวเลขมักยืนพื้นใกล้เคียง

กันในทุกปี โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยทำงาน กลุ่มของผู้ป่วยวัณโรคจะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มรักษาหาย กลุ่มสูญหายไม่สามารถติดตามได้ และกลุ่มเสียชีวิต แต่ละกลุ่มก็จะมีพฤติกรรมและการรักษาอย่างต่อเนื่องที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือ กลุ่มรักษาหาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มคนที่พุงง่าย อยากรักษาตนเองให้หาย เชื่อฟังคำแนะนำของคุณหมอ และมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง กลุ่มต่อมาเป็นกลุ่มคนนอกพื้นที่ ที่ไม่ทราบว่าเป็นพื้นที่ของตนเองนั้นต้องไปรักษาที่ไหน จึงมารักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยมีการเดินทางไปมา ในบางครั้งก็ไม่ได้มารักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มเสียชีวิตก็จะมีพบบ่อยเรื่อย ๆ แต่ไม่เกิน 10 คนต่อปี ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มทำงานประมง ล่องเรือ เนื่องจากการล่องเรือแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 3-4 เดือนถึงกลับมาเข้าฝั่ง การรักษาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นไปได้ยาก ดังนั้นหากผู้ป่วยคนใดมีโรคอื่นแทรกซ้อนหรือไม่มีภูมิต้านทานดีพอ ก็เสียชีวิตได้ง่าย

ในส่วนของคลินิกวัณโรค (TB Clinic) ในพื้นที่สมุทรสาครนั้น ได้ข้อมูลว่า มีการตั้งคลินิกวัณโรคมาเป็นระยะเวลานานแล้ว การทำงานของคลินิกวัณโรคจะแบ่งออกเป็น 3 แผนก คือ เภสัชกรรม เวชกรรมสังคม และแพทย์ โดยจะมีแพทย์จากฝ่ายอายุรกรรม และในบางครั้งมีคุณหมอ Intern ที่เพิ่งจบใหม่มาใช้ทุนเข้ามาช่วยรักษาด้วย หน่วยงานที่เข้ามาสนับสนุนวัณโรค เมื่อก่อนเป็นโครงการ NAPA เป็นโครงการยาต้านไวรัสให้กับแรงงานต่างชาติที่ไม่มีสิทธิ โครงการนี้ดำเนินงานจนถึงปี จากนั้นเป็นหน้าที่ของโครงการ Star เข้ามาทำการช่วยเหลือแทนจนถึงปัจจุบัน โครงการ Star เป็นหนึ่งในโครงการของ Global Fund ซึ่งทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขของไทย โดยแนวคิดตรวจฟรีให้กับแรงงานต่างชาติ นอกจากเรื่องของการตรวจการรักษาแล้ว สิ่งที่สำคัญของการรักษาอีกอย่างหนึ่งก็คือ ยา ซึ่งสิทธิในค่ายาก็แตกต่างกันออกไป หากเป็นแรงงานผู้ป่วยชาวไทยก็จะมีสิทธิประกันสังคม ประกันสุขภาพอยู่แล้ว แต่ในแรงงานต่างชาติก็มีทั้งผู้ที่มีสิทธิในกองทุนและไม่มีสิทธิต้องจ่ายค่ายารักษาด้วยตนเอง การอนุเคราะห์ช่วยเหลือค่ายาแรงงานต่างชาติก็มีไม่มากนัก ฉะนั้นเรื่องของสิทธิในกองทุนจึงเป็นเรื่องสำคัญเพราะส่งผลโดยตรงต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างมาก

คุณเก่งให้ข้อมูลว่าตนเองนั้นมีหน้าที่ทำข้อมูลและลงพื้นที่ชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ลงทุกชุมชนในอำเภอเมือง ยกเว้นตำบลท่าทราย หมู่ 4 - หมู่ 8 ที่ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของตน สภาพแวดล้อมของชุมชนที่เก่งได้ลงพื้นที่ ในสมัยก่อนที่เก่งจะเข้ามาทำงาน การอยู่อาศัยในชุมชนจะเป็นในลักษณะการเช่าร่วม คือ ใน 1 ห้องจะเช่าอยู่รวมกันเกิน 10 คน โดยจะผลัดเปลี่ยนกันทำงานเป็นกะ สลับกันอยู่ พื้นที่จึงไม่ค่อยสะอาด ดังนั้นจึงมีทีมงานเจ้าหน้าที่เข้ามาอบรมเรื่องสุขลักษณะการอยู่อาศัยที่ดี จึงทำให้ตั้งแต่วันแรกที่เก่งเข้ามาทำงานจนถึงปัจจุบันนี้ สภาพของชุมชนมีการอยู่อาศัยที่ดีขึ้น แต่ก็ยังมีที่อยู่อาศัยทั้งแบบสภาพดีหน่อยกับสภาพไม่ค่อยดีปะปนกันอยู่ ในปัจจุบันก็ยังต้องมีเจ้าหน้าที่ลงไปให้ความรู้ในเรื่องสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม สภาพภายในห้องและการขับถ่ายน้ำหมาอยู่เสมอ โดยการพูดคุยให้ความรู้ก็มีกลุ่มผู้ช่วยในการแปลภาษาเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องอีกด้วย ในส่วนของความรู้เรื่องสุขอนามัยในโรงงานนั้น ไม่น่าเป็นห่วงมากนัก เพราะโรงงานส่วนใหญ่จะมีมาตรฐานความสะอาดของตนเองอยู่แล้ว แต่ปัญหาที่พบบ่อยมีอยู่บ้างในเรื่องการติดต่อโรงงาน เมื่อมีโรคระบาดในโรงงานจะค่อนข้างติดต่อพูดคุยได้ยาก และแรงงานส่วนใหญ่เมื่อป่วยมักชอบไปคลินิกมากกว่าโรงพยาบาล เพราะให้ความสำคัญเรื่องของค่าแรงที่ต้องเสียไปหากต้องมาโรงพยาบาล ซึ่งสิ่งนี้เป็นสิ่งที่ต้องแก้ไขกันต่อไป

ในมุมมองของเก่งปัญหาและอุปสรรคในการทำงานวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อาจพอสรุปได้ดังนี้

1) การเข้าถึงบริการ ปัญหาของประเด็นนี้คือแรงงานบางส่วนไม่ยอมเข้าถึงบริการทั้งที่การเข้าถึงนั้นมีระบบที่เอื้ออำนวย มีโครงการช่วยเหลืออย่างเต็มที่ แต่แรงงานบางรายเป็นห่วงงาน ให้ความสำคัญกับรายได้มากกว่าสุขภาพจึงละเลยเรื่องการรักษาตนเอง และมีความรู้ในเรื่องของโรคยังไม่ดีพอ ฉะนั้นการแก้ปัญหา ก็คือ การลงพื้นที่ไปตามผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ให้ครบถ้วน

2) การรักษาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาที่พบ คือ การทานยารักษาวัณโรคค่อนข้างทรมาณและมีอาการข้างเคียง ดังนั้น ผู้ป่วยบางรายทานยาแล้วรู้สึกว่าการทานยาไม่ทานยาต่อ ทั้งที่ยังไม่หาย ทำให้ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง แล้วไม่กลับมารักษาท่ออีกเลย หรือ บอกเจ้าหน้าที่ว่ากลับไปรักษาที่แม่สอด แต่ไม่เข้าไปรักษาจริง จึงทำให้ทางแม่สอดไม่สามารถรับผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องได้ การแก้ปัญหา คือ ต้องสร้างความเข้าใจร่วมกันกับผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ ให้เขาเห็นถึงความสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3) การแพร่กระจาย ปัญหา คือ การเปลี่ยนจากการถือบัตรสีชมพูมาเป็นถือพาสปอร์ต โดยบัตรสีชมพูหากจะเดินทางออกนอกจังหวัดจะต้องขอใบรายงาน แต่เมื่อเปลี่ยนเป็นถือพาสปอร์ตแล้วทำให้แรงงานต่างชาติสามารถเดินทางไปได้ทุกจังหวัดในประเทศไทย โดยที่ไม่ต้องขออนุญาตใดๆ ดังนั้นทำให้การแพร่กระจายเป็นเรื่องที่ง่ายขึ้น ซึ่งวิธีการแก้ปัญหาก็คือ ต้องสร้างความตระหนัก ความรับผิดชอบในเรื่องการระงับตัว การสวมหน้ากากอนามัยให้กับพวกเขาอย่างจริงจัง

นอกจากนั้น จากประสบการณ์ทำงานเก่งเสนอว่างานการควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ ทุกอย่างจะดีขึ้นหากเริ่มต้นจากตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเองได้ ต้องคิดถึงครอบครัวข้างไม่ไปแพร่เชื้อให้กับผู้อื่น แค่นี้ง่าย ๆ แค่นี้ก็รับผิดชอบต่อสังคม

### ผู้ดูแลคนที่ 8 เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นคนต่างดาว

“เราขอช่วยเหลือคนอื่น แต่เราได้แนะนำผู้ป่วยเราก็มีความสุขแล้ว”

คำพูดพร้อมรอยยิ้มของพี่กรเจ้าหน้าที่ต่างชาติมูลนิธิรักษไทยคนหนึ่ง ที่ทำงานกับผู้ป่วยวัณโรค พี่กรเป็นหนึ่งในเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่เราได้ทำงานด้วยตลอดระยะเวลาของการเก็บข้อมูลภาคสนามในพื้นที่สมุทรสาคร

พี่กรมีชื่อทางการว่า “ซาอู” เป็นชาวเมียนมาโดยกำเนิด ปัจจุบันเขาอายุ 46 ปี มีภรรยาอายุ 35 ปี ประกอบอาชีพครู และมีลูก 2 คน คนโตอายุ 6 ขวบ ศึกษาอยู่ที่โรงเรียนมูลนิธิ และลูกคนเล็กอายุ 2 ขวบ ในตอนที่พี่กรอาศัยอยู่ที่เมียนมาเขามีอาชีพเป็นตำรวจ แต่นั่นไม่ใช่สิ่งที่เขาชอบ จึงทำให้ตัดสินใจย้ายเข้ามาในประเทศไทย

พี่กรเดินทางเข้ามาในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2540 โดยเริ่มจากการไปทำงานในกรุงเทพมหานคร แต่ทำได้เพียงแค่ 4 วันเท่านั้น ก็มีเพื่อนชักชวนให้ย้ายมาอยู่ที่จังหวัดสมุทรสาคร พี่กรย้ายมาทำงานในสมุทรสาครตามคำชักชวนของเพื่อนแล้วเริ่มทำงานที่โรงเหล็กในเขตมหาชัย โดยได้รับค่าจ้างวันละร้อยกว่าบาท และไม่ได้รับสิทธิการประกันสุขภาพใดๆ เมื่อเวลาผ่านไป 2 ปี ในปี พ.ศ. 2542 โรงเหล็กแห่งนี้ล้มละลาย ไม่สามารถดำเนินธุรกิจต่อไปได้ เขาก็ย้ายไปทำงานออกเรือแทน โดยใช้เวลาในการทำงานออกเรือ 1

เดือน 5 วัน ได้รับค่าจ้างวันละ 250 บาท งานออกเรือนนั้นค่อนข้างเป็นงานหนัก มีเวลาพักผ่อนน้อย เขาจึงลาออก และหางานใหม่

เมื่อเริ่มหางานใหม่ได้ไม่นาน พี่กรก็ได้เข้าทำงานในโรงงานปลา โดยได้รับค่าจ้างเป็นเงิน 2,500 บาท ต่อเดือน พร้อมกับสวัสดิการที่ครอบคลุมไปถึงที่พักอาศัย เขาเล่าว่า นายจ้างของโรงงานปลาแห่งนี้ใจดีมาก สามารถให้เบิกเงินล่วงหน้าได้ ไม่กดดันพนักงาน อย่างไรก็ตาม เมื่อเวลาผ่านไป 6 ปี ประสบการณ์การใช้ชีวิตและทำงานของเขาก็เพิ่มขึ้น พี่กรคิดว่าตนเองควรจะได้รับเงินเดือนมากกว่านี้ แต่โรงงานแห่งนี้ไม่สามารถที่จะจ่ายค่าตอบแทนในจำนวนที่เพิ่มขึ้นแก่พี่กรได้จึงลาออก และเข้าไปทำงานในโรงงานลูกชิ้นแห่งหนึ่งแทน

พี่กรเริ่มต้นกับการทำงานใหม่ในโรงงานลูกชิ้นได้ค่าตอบแทนเป็นเงิน 2,500 - 3,000 บาท และยังมีสวัสดิการที่พักร่วมประกันสังคมอีกด้วย พี่กรทำหน้าที่ผลิตเส้นปลาทอด แต่เมื่อทำงานที่นี้ไปได้สักระยะ เขาได้ตัดสินใจลาออกเพื่อกลับเข้ามาทำงานในโรงงานปลาแห่งเดิมอีกครั้ง เพราะนายจ้างคนแรกติดต่อมาว่า ต้องการคนงานและพร้อมขึ้นเงินเดือนให้ พี่กรรู้สึกที่นายจ้างคนนี้ให้งานเขาเป็นคนแรก และใจดีกับเขามากๆ จึงเลือกลาออกจากโรงงานลูกชิ้นเพื่อมาทำงานช่วยนายจ้างคนเก่า ในช่วงระยะเวลาที่ได้กลับมาทำงานที่โรงงานปลานั้น เขาเริ่มมีเพื่อนชาติเดียวกันคนหนึ่งซึ่งเพื่อนคนนี้ได้แนะนำให้เขาเข้ามาเป็นอาสาสมัครมูลนิธิรักษไทย

จุดเริ่มต้นของการเป็นอาสาสมัครทำงานเพื่อเพื่อนร่วมชาติของพี่กรเกิดขึ้นจากการชักชวนของเพื่อนร่วมงาน พี่กรเริ่มศึกษาข้อมูลของมูลนิธิแห่งหนึ่งที่ดูแลชาวต่างชาติ ในจังหวัดสมุทรสาครว่าทำงานเกี่ยวกับอะไร เมื่อได้ทราบข้อมูลแล้วเขาจึงตัดสินใจมาสมัครงานที่มูลนิธิแห่งนี้ทันทีโดยไม่ลังเล ในการทำงานช่วงแรกพี่กรเข้าไปอบรมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยใช้เวลาอบรม 5 วัน ช่วงเวลานี้พี่กรต้องทำงานเป็นอาสาสมัครมูลนิธิควบคู่กันไปกับพนักงานที่โรงงานปลาด้วย เพราะยังไม่มั่นใจว่าจะสามารถทำงานนี้ได้ หลังจากทำควบคู่กันไปได้ 2 ปี พี่กรรู้สึกชอบงานในมูลนิธิรักษไทย จึงลาออกจากโรงงานปลาแล้วเข้ามาทำงานที่มูลนิธิเป็นเจ้าหน้าที่ประจำ

เมื่อเราสงสัยถามว่าเพราะเหตุใดพี่กรถึงเลือกลาออกจากการทำงานในโรงงาน มาเป็นเจ้าหน้าที่ของมูลนิธิรักษไทยแบบเต็มตัว? พี่กรอธิบายว่าสาเหตุที่มาทำงานกับทางมูลนิธิฯ ก็เพราะตนเองชอบช่วยเหลือคนอื่น และสามารถพูดภาษาไทยได้คล่องแคล่ว จึงคิดว่าตนเองสามารถให้ความรู้กับผู้อื่นได้ดี ตนเองมีความรู้สึกดีใจทุกครั้งเมื่อได้ช่วยเหลือผู้อื่น และได้รับสิทธิด้านสุขภาพด้วย คือ ประกันสังคม หน้าที่ในการทำงานหลักๆ ในช่วงแรก คือ ลงพื้นที่อบรมผู้ป่วย โดยในช่วงนี้ ความรู้ด้านสุขภาพของตนเองนั้นพอมืออยู่บ้าง เพราะเป็นคนชอบอ่านหนังสือ เขาได้บอกกับเราตรงๆ ว่าสมัยก่อนเขาเป็นคนชอบดื่มสุรา เมื่อไม่มีเงินซื้อสุรา จึงเอาเวลาไปอ่านหนังสือแทน จึงทำให้มีความรู้ด้านวินโรคติดตัวอยู่บ้าง สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ สอนวิธีว่าทำตัวอย่างไรไม่ให้ติดโรคเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นได้ เราได้สอบถามต่อว่าประเด็นความรู้ไหนเกี่ยวกับโรคที่น่าสนใจ เขาบอกว่า วินโรคในเมียนมานั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับคนจนมากกว่าคนรวย เนื่องด้วยปัจจัยต่างๆ ในการใช้ชีวิต การดูแลรักษาและความรู้พื้นฐานที่แรงงานมีน้อย

สำหรับพี่กรมีปัญหาหลักที่พบในประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ คือ แรงงานบางรายไม่สนใจในเรื่องการรักษา ไม่เข้ารับการรักษาและใช้ยารักษาที่บ้านของตนเองแทน บางรายมีปัญหาเรื่องเงิน ไม่อยากเสียเงินเพื่อซื้อประกันสุขภาพเพราะไม่คิดว่าตนเองจะป่วย บางรายมักชอบไปคลินิก

มากกว่าโรงพยาบาล เพราะคิดว่าโรงพยาบาลคนเยอะ และในบางรายเป็นแรงงานผิดกฎหมาย ไม่มีบัตร จึงทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ ซึ่งพี่กรได้แก้ปัญหาในส่วนที่ตนเองกระทำได้ โดยการแนะนำให้แรงงานบางรายไปซื้อประกันสุขภาพ และได้เสนอวิธีแก้ปัญหาที่ยากให้ทางกระทรวงไทยช่วย คือ อยากให้มีความชัดเจนในเรื่องของประกันสุขภาพ การซื้อประกันสุขภาพทั้งคนที่ไม่มีบัตรและไม่มีบัตรสามารถซื้อได้ทุกคน เพราะในปัจจุบัน บุคคลที่ไม่มีบัตร เมื่อป่วยแล้วไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ทำให้ต้องไปทำการรักษาในคลินิก ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงเกินกำลัง ในปัจจุบันมูลนิธิริษัทไทยได้ดูแลกลุ่มคนที่ไม่มีบัตรนี้อยู่ในบางราย โดยการช่วยเหลือให้การอนุเคราะห์และคุยกับโรงพยาบาล แต่แน่นอนว่ายังไม่ครอบคลุมและเพียงพอเท่าที่ควร

นอกจากนั้น พี่กรเห็นว่าประเด็นการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องก็เป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายกินยา 2-3 เดือน แล้วไม่กินต่อ เพราะคิดว่าตนเองหายแล้ว แรงงานมีหลายเชื้อชาติชนเผ่า การสื่อสารภาษาจึงเป็นปัญหาที่ทำให้เข้าใจกันได้ยาก พี่กรแนะนำการแก้ปัญหา คือ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ควรมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลติดตามอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเขาได้เล่าตัวอย่างผู้ป่วยที่หนักมากที่สุดที่เคยพบ คือ ผู้ป่วยของนางมาญนัย เป็นคนใช้ระดับ MDR จนกระทั่งตาบอด แต่เขาดูแลตนเอง เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้หายขาดจากโรคนี้ได้อย่างวิเศษเลยทีเดียว

สำหรับประเด็นปัญหาการแพร่กระจายเชื้อ พี่กรบอกว่าวัณโรคถือเป็นโรคที่แพร่กระจายได้ง่าย สถานที่ในการกระจายแพร่เชื้อได้มากที่สุดคือ สถานที่ที่มีคนอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก ปัญหาที่พบคือ บางรายไม่ให้ความร่วมมือในการป้องกันตนเองอย่างดีพอ แรงงานในโรงงานบางส่วน ไม่อยากใส่หน้ากากอนามัยเพราะหายใจไม่สะดวก และปัญหาในการไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย ผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการให้คนรอบข้างรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย จึงไม่ยอมรับ พี่กรได้เสนอวิธีการแก้ปัญหาว่า ควรจะมีการอบรมผู้ป่วยกับบุคคลใกล้ชิด ในเรื่องของการดูแล ป้องกันตนเองอย่างถูกวิธี รวมถึงการปฏิบัติตนในระหว่างเดินทางไป-กลับจากสถานที่ทำงาน เนื่องจากในช่วงเวลานี้ สามารถแพร่กระจายเชื้อโรคได้มากกว่าช่วงเวลาที่อยู่ในบ้านและชุมชน นอกจากนี้ตัวพี่กรเองก็ใช้วิธีการสร้างความคุ้นเคยเพื่อให้ผู้ป่วยต่างชาติยอมรับการป่วยได้ง่ายขึ้นอีกด้วย

พี่กรเสนอแนวทางการทำงานวัณโรคในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติว่า อยากให้บุคคลที่มีพาสปอร์ต มีบัตรอย่างถูกต้องตามกฎหมายอยู่แล้ว ได้รับโอกาสในการต่ออายุอยู่ต่อได้นาน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากนัก เนื่องจากบางราย เมื่อคนพาสปอร์ตหมดอายุ แล้วไม่มีเงินในการต่อ ทำให้ต้องกลับไปอยู่เมียนมา ซึ่งที่นั่นอาจไม่มีญาติพี่น้องอยู่แล้ว เนื่องจากอยู่ที่ประเทศไทยกันหมด นอกจากนี้พี่กรยังได้เล่าประสบการณ์ของตนเองว่า ตนเองนั้นเคยป่วยวัณโรคเช่นกัน แต่ทำการรักษา ดูแลตนเองอย่างถูกวิธีจึงทำให้สามารถหายขาดได้แล้วโรคนี้ไม่ได้น่ากลัวเท่ากับโรคเอดส์ ดังนั้น ทุกคนสามารถช่วยกันได้เพียงแค่หันมาใส่ใจและรับผิดชอบต่อสังคมให้มากขึ้นเท่านั้นเอง

#### 4.1.3 ประมวลปัญหาที่พบในสองพื้นที่

เนื้อหาหลักในหัวข้อนี้ จะนำเสนอปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติในพื้นที่แม่สอดและพื้นที่สมุทรสาคร ข้อมูลได้จากการประชุมนำเสนอและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทั้งสองพื้นที่ ผู้เข้าร่วมประชุมมีหลายหน่วยงานทั้งองค์กรภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนในประเทศและระหว่าง



ประเทศ หัวข้อหลักในการประชุมคือ “แนวคิดและแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยของแรงงานข้ามชาติและผู้เกี่ยวข้องจากการระบาดของโควิด” โดยจะแสดงให้เห็นว่าในภาพรวมปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติในสองพื้นที่มีลักษณะของปัญหาที่พบร่วมกัน ปัญหาสำคัญได้แก่ ปัญหาการยืนยันตัวตนและการคัดกรองแรงงานต่างชาติ, ปัญหาการติดตามและดูแลแรงงานต่างชาติ, ปัญหาการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง, ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักรู้ของผู้ประกอบการ และปัญหาด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างชาติและสิทธิด้านสุขภาพ

#### 4.1.3.1 พื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

พื้นที่ชายแดนที่แม่สอดเช่นเดียวกับพื้นที่ชายแดนอื่น ๆ ที่รับมือกับปัญหาการระบาดของโรคติดต่อที่มีความซับซ้อนเนื่องจากการมีประชากรแฝงจำนวนมาก และปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคเป็นปัญหาพื้นฐานของพื้นที่ชายแดน ที่การสนับสนุนงบประมาณของรัฐบาลไทยจะมีให้เฉพาะกับผู้มีสัญชาติไทยเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติกำลังต่อสู้เพื่อให้ยารักษาโรคครอบคลุมประชากรกลุ่มแรงงานอพยพในพื้นที่อำเภอแม่สอด

บริบทเฉพาะในประเด็นการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของพื้นที่แม่สอด คือ การดูแลสุขภาพของผู้ที่อยู่ในศูนย์พักพิงชั่วคราว ซึ่งกระจายอยู่หลายศูนย์ในบริเวณอำเภอแม่สอดและพื้นที่อำเภอใกล้เคียง โดยในระหว่างเก็บข้อมูลการศึกษามีกรณีปัญหาทางด้านไวรัส HIV ในกลุ่มผู้พักอยู่ในศูนย์พักพิง ซึ่งหน่วยงานสุขภาพระหว่างประเทศไม่มีสนับสนุนแล้ว ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ในศูนย์อพยพ ประมาณ 100 กว่าคน ไม่มียาซึ่งพวกเขาได้กินยาตลอดต่อเนื่องกว่า 20 ปี ซึ่งช่วยให้พวกเขายังคงมีสุขภาพดี

ประเด็นวัคซีนควบคุมโรคติดต่อตามชายแดนกำลังเผชิญกับปัญหาการขาดงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศเช่นเดียวกัน ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์จะไม่ได้รับวัคซีน ซึ่งมันจะทำให้ภูมิคุ้มกันหมู่ หรือ Herd immunity ในโรคที่ติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในหลายโรคลดต่ำลง ในอนาคตมีการคาดการณ์กันว่าจะทำให้การควบคุมโรคติดต่อชายแดนน่าจะเป็นไปได้ยากมาก อีกครั้งคนเหล่านี้สามารถจะเคลื่อนย้ายไปในส่วนต่างๆ ในประเทศไทยที่ไหนก็ได้ ไม่ได้จำกัดแค่พื้นที่แม่สอดอย่างเดียว และจะยังเป็นปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้นหากแรงงานชายแดนกลุ่มนี้เดินทางเคลื่อนย้ายเข้าไปทำงานยังพื้นที่อื่นในประเทศ เนื่องจากแรงงานอพยพกลุ่มนี้เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพและไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล หากไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นแรงงานที่ถูกกฎหมาย

เราอาจกล่าวได้ว่า อำเภอแม่สอดกำลังเผชิญกับประเด็นปัญหาความเท่าเทียมและไม่ธรรมทางสุขภาพ จากเงื่อนไขต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องทั้งงบประมาณในการรักษา ลักษณะการเดินทางเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติ สิทธิการเข้าถึงสวัสดิการรักษา จำนวนเครื่องมือและยาที่ไม่สามารถบริหารจัดการและทำให้เกิดความเท่าเทียมทั่วถึงได้ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดนอย่างมาก โดยเฉพาะพื้นที่ชายแดนแม่สอดที่มีด้านธรรมชาติจำนวนมาก ทำให้แรงงานซึ่งอาจจะติดเชื้อสามารถลักลอบเข้าประเทศไทยอย่างสะดวกแล้วเดินทางไปค้าแรงงานยังจังหวัดอื่นในประเทศ

“ผู้ป่วยวัณโรคที่ทางฝั่งประเทศเมียนมา ถ้าเอาจริงๆ ตามรายงานคิดว่าอุบัติการณ์อยู่ประมาณ 300 กว่าคนต่อแสนประชากร แต่ว่าตัวเลขที่เคยเห็นจากโรงพยาบาลเมียวดีนำเสนอตอนประชุมร่วมกันเมื่อเดือนที่แล้วอยู่ที่ 500 – 700 กว่าคนต่อแสนประชากร ซึ่งถือว่าเยอะมาจริงๆ โดยป่วยเป็น TB HIV 15 เปอร์เซ็นต์ คนที่เป็น TB ป่วยเป็นโรคเอดส์ 25 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งสูงมาก ซึ่งแน่นอนคนกลุ่มนี้สามารถเดินทางเข้ามาในประเทศไทยในฐานะแรงงานได้อย่างสะดวกตามด่านชายแดนธรรมชาติ” (เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลแม่สอด)

สำหรับแรงงานเมียนมา MOU เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่แม่สอด ต่างให้ข้อมูลในทำนองเดียวกันว่ามีความกังวลว่าจะเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะแพร่เชื้อวัณโรค เนื่องจากโดยระเบียบแรงงานกลุ่ม MOU ได้รับการประทับตรารับรองวีซ่าที่ด่านตรวจคนเข้าเมืองแล้วสามารถเดินทางเข้าประเทศไทยได้เลย โดยที่ไม่จำเป็นต้องมีการตรวจสอบสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพที่ตั้งอยู่ที่พื้นที่ชายแดน แรงงานกลุ่มนี้สามารถเดินทางเข้ามาในประเทศไทยก่อนแล้วจากนั้นค่อยไปหาหน่วยบริการสุขภาพเพื่อตรวจสอบสุขภาพยังจังหวัดปลายทางที่พวกเขาเลือกไปทำงาน

“ผมคิดว่ามันไม่สมเหตุผลที่เราปล่อยให้แรงงานเดินทางเข้ามายังประเทศเราก่อน จากนั้นค่อยให้พวกเขาตรวจสอบสุขภาพ แต่ในฐานะที่เราทำหน้าที่เหมือนเป็นกำแพงให้กับประเทศไทยเราก็ต้องรู้ เพราะถ้าดูอุบัติการณ์ของวัณโรคที่เราเจอจากการตรวจสอบสุขภาพแรงงาน MOU แบบ One stop service เมื่อปี 2557 เราพบว่าแรงงานกลุ่มนี้ติดเชื้อวัณโรคคิดเป็นอัตราประมาณ 250 ต่อแสนประชากรเลยทีเดียว ปีที่ผ่านมามีแรงงาน MOU เดินทางผ่านด่านตรวจคนเข้าเมืองแม่สอด ตัวเลขประมาณเกือบสองแสนคน ซึ่งแรงงานกลุ่มนี้จะได้รับการตรวจสอบสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่แม่สอด ซึ่งผมถามเจ้าหน้าที่ที่ด่านแม่สอดแล้วว่าไม่เคยมีการตีกลับแรงงาน ทุกคนผ่านการตรวจหมด ส่วนแรงงาน MOU อีกกลุ่มก็ตรวจที่โรงพยาบาลชั้นในจังหวัดปลายทางที่พวกเขาเดินทางไปทำงาน ซึ่งไม่มีการตีกลับเหมือนกันหรือมีการตีกลับแต่ไม่รู้อยู่ที่ไหน ก็คงวนเวียนวนเวียนเป็นแรงงานผิดกฎหมายไป แสดงว่าเราปล่อยคนไข้วัณโรคเข้าประเทศไทยประมาณ 5 พันคนต่อปี” (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สอด)

พื้นที่แม่สอดมีบริบทที่เฉพาะ คือ มีหน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศที่ทำงานขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนมาเป็นระยะเวลานาน หน่วยงานหนึ่งที่สำคัญหน่วยงานหนึ่ง คือ มูลนิธิสุวรรณนิมิตซึ่งทำหน้าที่ประสานงานกับแม่ตาวคลินิกและองค์กรพัฒนาชุมชนในพื้นที่อำเภอแม่สอด มูลนิธิสุวรรณนิมิตทำงานเรื่องคนอพยพมาเกือบ 30 ปี และประสานงานกับองค์กรชุมชนฝั่งเมียนมาที่อยู่ตามชายแดน โดยคนใช้ส่วนใหญ่ของแม่ตาวคลินิก คือ คนไข้ที่เป็นแรงงานเมียนมาที่อาศัยและทำงานอยู่ในอำเภอแม่สอด ตั้งรกรากเป็นครอบครัว และไม่มีใบอนุญาตทำงาน คนกลุ่มนี้มีปัญหาเรื่องความรู้และไม่สนใจในเรื่องสุขภาพของตนเอง แต่หันไปให้ความสำคัญกับการกินการอยู่หรือปัญหาปากท้องในครัวเรือนเสียมากกว่า

ด้านกระบวนการรักษาของแม่ตาวคลินิก พบว่า ปัจจัยเรื่องการคมนาคมและระบบยานพาหนะมีความสำคัญเป็นอย่างมากและส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษา โดยเฉพาะการเดินทางมารับยาที่คลินิกและส่งผลกระทบต่ออาการต่อเนื่องของคนไข้ที่มีผลต่อการรักษาจนหายขาด และพบปัญหาความไม่เข้าใจต่อกระบวนการรักษา เช่น ความเข้าใจว่าวัณโรครักษาต่อเนื่อง 2 เดือน แล้ววัณโรคจะหายขาด รวมถึงยังพบปัญหาผู้ป่วยวัณโรคถูกรังเกียจจากสังคม เช่น เมื่อเจ็บป่วยเป็นวัณโรคจะถูกไล่ออกจากงาน ถูกขับไล่ออกจากพื้นที่ เป็นต้น ดังนั้นคนกลุ่มนี้จึงไม่ยอมเปิดเผยตัวตน และเลือกรับบริการสุขภาพจากคลินิกเอกชนมากกว่า

องค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศอีกองค์กรที่ทำงานในประเด็นโรคติดต่อชายแดนมาเป็นระยะเวลานาน คือ The Shoklo Malaria Research Unit (SMRU) โดยภารกิจหลักของ SMRU คือ การพัฒนาสุขภาพให้กับประชากรชายขอบที่อาศัยอยู่ตามแนวชายแดนประเทศไทย-เมียนมา SMRU มีการสร้างหมู่บ้านสำหรับผู้ป่วย เรียกว่า TB village อยู่ที่ทางฝั่งเมียนมา คนป่วยวัณโรคจะเข้าไปรักษาตัวในหมู่บ้าน โดยข้างในจะมีที่อยู่อาศัย อาหาร และกิจกรรมให้สมาชิกทำตลอดการรักษาในระยะ 6 เดือน ทั้งนี้ยังสามารถนำญาติหรือคนในครอบครัวเข้าไปอาศัยอยู่ได้ด้วย เมื่อครบกระบวนการรักษาก็นำผู้ที่หายดีแล้วกลับคืนสู่สังคม ส่วนในกรณีผู้ป่วยดื้อยาจะรักษาจนครบ 2 ปี จนกว่าจะหายขาด โดยในอดีต TB village มี 2 ฝั่ง คือ ฝั่งไทยที่บ้านวังผา อำเภอแม่สอด และที่ฝั่งเมียนมา บริเวณเมืองโกกโก่ แต่ปัจจุบัน TB village ฝั่งไทยได้ยกเลิกไปเนื่องจากชาวบ้านในชุมชนติดกับ TB village ประท้วงเนื่องจากกลัวการแพร่เชื้อวัณโรค

ในบริบทพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติของอำเภอแม่สอด พบว่า ความเข้าใจต่อผู้ป่วยวัณโรคดีขึ้นกว่าเดิม เช่น กรณีบริเวณพื้นที่โรงงาน เดิมหากนายจ้างรู้ว่าแรงงานป่วยเป็นวัณโรคจะถูกไล่ออกทันที เพราะความกลัวรวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้างที่ค่อนข้างห่างเหิน มองกลุ่มแรงงานเป็นเหมือนเครื่องจักรการผลิต แต่ในระยะหลังเริ่มมีกระบวนการทำความเข้าใจกับกลุ่มนายจ้างมากขึ้น มีการเชิญนายจ้างมีส่วนร่วมในการติดตามคนไข้ให้กินยา ความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและแรงงานจึงเริ่มดีขึ้น

ส่วนในกรณีนายจ้างและลูกจ้างในบริบทพื้นที่เกษตรกรรม กลับพบว่าแรงงานข้ามชาติในภาคการเกษตรกลับมีความสัมพันธ์ที่ดีกับนายจ้างเป็นอย่างมาก พบว่านายจ้างมีบทบาทเป็นคนที่คอยรักษาดูแลความเจ็บไข้ได้ป่วย และแรงงานกลุ่มนี้ค่อนข้างมีความสนิทสนมกับผู้นำหมู่บ้านเนื่องจากอยู่ภายใต้การดูแลของผู้นำ เมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาแรงงานกลุ่มนี้จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เช่น การกินยา และการตรวจคัดกรองและไม่เคยพบปัญหาแรงงานหนีหายจากกระบวนการรักษา ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากมีระบบดูแลของมหาดไทยร่วมด้วย เช่นระบบ กำนันผู้ใหญ่บ้าน และนายอำเภอช่วยกันติดตามอย่างเป็นระบบ จนทำให้แรงงานหายขาดจากวัณโรค

จากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พื้นที่แม่สอด จังหวัดตาก ครั้งที่ 2 มีผู้เข้าร่วมประชุมหลายหน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาลแม่สอด, ด้านพรมแดนระหว่างประเทศแม่สอด, SMRU, แม่ตาวคลินิก, บริษัทเอกเพชร, สำนักงานสวัสดิการแรงงาน เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่มาร่วมประชุมนำเสนอและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวข้อ “แนวคิดและแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยของแรงงานข้ามชาติและผู้เกี่ยวข้องจากการระบาดของวัณโรค” โดยพบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติในพื้นที่แม่สอด จังหวัดตากที่สำคัญ 6 ประการ ได้แก่ (1) ปัญหาการยืนยันตัวตนและการคัดกรองแรงงานต่างชาติ (2) ปัญหาการ

ติดตามและดูแลแรงงานต่างชาติ (3) ปัญหาการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ (4) ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักรู้ของผู้ประกอบการ, แรงงานต่างชาติ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่างๆ (5) ปัญหาด้านกฎหมาย และปัญหาการกำหนดบทบาทการทำงานของเจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงาน (6) ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ

### (1) ปัญหาการยืนยันตัวตนและการคัดกรองแรงงานต่างชาติ

สำหรับการทำงานเกี่ยวกับแรงงานต่างชาติพื้นที่แม่สอดในเรื่องของการยืนยันตัวตนและการคัดกรองแรงงานต่างชาตินั้นค่อนข้างแตกต่างจากพื้นที่สมุทรสาคร กล่าวคือ พื้นที่แม่สอดจะมีด่านข้ามแดนที่มีด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศพรมแดนแม่สอด ทำหน้าที่ในการคัดกรองแรงงานก่อนเข้าพื้นที่ประเทศไทย แต่ถึงแม้จะมีเจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศพรมแดนแม่สอดในการคัดกรองเบื้องต้นก็ยังคงพบปัญหา โดยจะนำเสนอผ่านการทำงานของเจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศพรมแดนแม่สอด ดังนี้

ปัญหาของการคัดกรอง คือ เจ้าหน้าที่ด่านควบคุมไม่มีห้องปฏิบัติการตรวจเชื้อ จึงใช้เพียง thermo scan หรือสังเกตว่ามีไข้ ซึ่งยากต่อการคัดกรองวัณโรค เพราะวัณโรคไม่แสดงอาการชัดเจน ต่อมาคือ ปัญหาจากแรงงานกลุ่ม MOU พบว่า เป็นแรงงานกลุ่มที่เข้ามาจำนวนมาก โดยที่ไม่ต้องผ่านการคัดกรองเจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรค แรงงานกลุ่มนี้สามารถผ่านไปที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมืองได้เลย อีกทั้งการตรวจคัดกรองของแรงงาน MOU เป็นการตรวจปลายทาง ทำให้รู้ผลปลายทาง และยากต่อการควบคุม

ปัญหาต่อมา คือ ปัญหาการระบุตัวตน โดยเรื่องแรกที่พบคือ ปัญหาเกี่ยวกับเอกสารรับรองบุคคล (Certificate of Identity: CI) เรื่องต่อมาคือ คนป่วยไม่แจ้งว่าตนเองป่วย เจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคใช้วิธีจำหน้าคนป่วย แต่ในปัจจุบันสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองมีระบบ Finger print และระบบสแกนม่านตา ซึ่งน่าจะช่วยให้การทำงานง่ายขึ้น ปัญหาต่อมาคือ ปัญหาการข้ามแดนระหว่างไทย-เมียนมา มีทั้งข้ามด่านธรรมชาติ ซึ่งในกรณีนี้ไม่สามารถควบคุมได้ และอีกกรณีหนึ่งที่น่าสนใจ คือ การข้ามโดย Special เป็นการข้ามได้รับสิทธิพิเศษ ซึ่งการข้ามลักษณะนี้อาจมีการแฝงคนไข้ข้ามมาด้วยซึ่งเป็นเรื่องยากที่จะควบคุมและคัดกรองผู้ป่วย ปัญหาสุดท้าย คือ การทำงานร่วมกับด่านอื่นๆ ได้แก่ ด่านธรรมชาติ และการทำงานกับทางทหาร อาจจะต้องมีการประสานงานโดยมีหน่วยงานกลางในการเชื่อมประสานเพื่อให้ทำงานร่วมกันได้ง่ายมากขึ้น

สำหรับการยืนยันตัวตนและการคัดกรองขององค์กร SMRU ใช้แผนการดำเนินงานแบบประสานงานร่วมกับเครือข่าย กล่าวคือ SMRU จะประสานงานร่วมกับแม่ตาวคลินิก โรงพยาบาลเมียวดี และมีสำนักงานประสานงานกับฝั่งเมียนมา โดยการทำงานหลักจะเน้นการคัดกรองและมารักษาที่โรงพยาบาลแม่สอด ต่อมาคือการยืนยันตัวบุคคล SMRU ใช้ระบบลายนิ้วมือมาตั้งแต่การทำงานควบคุมมาลาเรีย และวิธีจำหน้าคนไข้ของเจ้าหน้าที่ โดยจะมีทีมให้คำปรึกษาเป็นคนชาติเดียวกัน เพื่อสร้างความไว้วางใจให้กับคนไข้ทั้งในเรื่องการติดตามและการรักษา

### (2) ปัญหาการติดตามและดูแลแรงงานต่างชาติ

ปัญหาการติดตามและดูแลแรงงานต่างชาติในพื้นที่แม่สอด มีข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ ถึงแม้จะดูแลอย่างดี ให้ความเป็นอยู่ที่ดีทั้งด้านที่พัก และสภาพแวดล้อม แต่ก็ยังพบปัญหาดังกล่าวอยู่ เห็นได้จากกรณีตัวอย่าง บริษัทเอกเพชรที่พบปัญหาเกี่ยวกับแรงงานในเรื่องของการไหลออกจากที่พักที่กำหนดให้ไปพักข้างนอก ซึ่งสาเหตุมาจากมีคนนอกมาให้ความรู้กับแรงงานในเรื่องสิทธิและเสรีภาพที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยอยู่กับผู้ประกอบการก็ได้ เมื่อเป็นเช่นนี้ ทำให้แรงงานขอออกไปอยู่ข้างนอกเองและขอค่าแรงเพิ่ม โดยที่พวกเขาไม่คำนึงถึงเรื่องโรคระบาดเลย ปัจจุบันแรงงานที่อยู่ในการดูแลของบริษัทเอกเพชรมีการติดเชื้อไวรัสและโรคติดต่ออื่นๆ เพิ่มขึ้น 10-15เปอร์เซ็นต์

ในด้านของการดูแลแรงงานต่างชาติเมื่อป่วยด้วยโรคนี้ บริษัทเอกเพชรจะแยกที่พักให้กับผู้ป่วยแรงงานคนนั้น มีบริการอาหาร และติดตามนัดให้กับแรงงาน แต่หากแรงงานคนนั้นตรวจพบโรคในขณะที่ยังไม่ได้เริ่มงาน บริษัทจะขออนุญาตใช้สิทธิในการรับแรงงานคนดังกล่าวทันที

ข้างต้นเป็นมุมมองและการจัดการของบริษัทเอกชน หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นการทำงานที่ไม่ได้อยู่ในหน่วยงานของสาธารณสุข ในขณะที่หน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่แม่สอดที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคที่มีระบบการดูแลและการติดตามที่แตกต่างกันออกไป อย่างเช่นการทำงานของ SMRU

SMRU เป็นหน่วยวิจัยที่ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลแม่สอด ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยของ SMRU นั้นจะเป็นการดูแลเชิงสังเคราะห์ เป็นการดูแลรักษาก่อนครบกำหนดการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการติดตามการทานยา จัดหาที่พัก เป็นต้น ซึ่ง SMRU มีระบบการดูแลคนไข้โรคที่น่าสนใจ คือ TB village โดยทำหน้าที่ดูแลคนไข้ทุกด้าน จนหายป่วย เน้นการดูแลรักษาแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อเข้าใจความรู้สึกของคนไข้ แต่ปัญหาที่พบส่วนใหญ่จะเป็นความเข้าใจของชุมชนที่อยู่ในบริเวณพื้นที่ใกล้เคียง TB village ซึ่งเคยเกิดกรณีคนในชุมชนกดดันเพราะความกลัวการแพร่กระจายเชื้อของไวรัส ทำให้ TB village ที่ตั้งอยู่ฝั่งไทยต้องย้ายไปอยู่ฝั่งเมียนมา แต่ในปัจจุบันได้มีการทำประชาคมในพื้นที่อำเภอแม่ระมาดฝั่งไทยอีกครั้ง เพื่อสร้าง TB village โดยได้ข้อสรุปเป็นไปในทิศทางที่ดี และกำลังดำเนินการจัดตั้ง TB Village ในฝั่งไทยอีกครั้ง

### (3) ปัญหาการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ

ปัญหาการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยแรงงานต่างชาติในพื้นที่แม่สอด เหมือนจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวแล้วแต่เมื่อทำความเข้าใจบริบทแม่สอดแล้วนั้น เราพบความยุ่งยาก คือ การอยู่ติดชายแดนทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ข้ามกลับไปมาได้สะดวก ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่กลับมารักษาตามที่แพทย์นัด และเจ้าหน้าที่เองก็ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ เนื่องจากไม่ทราบว่าพวกเขาอยู่เมืองไหน หรืออยู่พื้นที่ใด สิ่งนี้เองมันทำให้เราเห็นถึงความยุ่งยากในการติดตามและการทำงานของพื้นที่ชายแดนที่อาจจะซับซ้อนและยากมากกว่าการติดตามแรงงานในพื้นที่สมุทรสาคร

### (4) ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักรู้ของผู้ประกอบการ, แรงงานต่างชาติ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่างๆ

ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักรู้ของผู้ประกอบการ, แรงงานต่างชาติ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่างๆ พบว่าเป็นไปในทางเดียวกันกับพื้นที่สมุทรสาคร กล่าวคือ ในด้านของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขส่วนใหญ่จะเป็นไปในแง่ของความประมาทจากความเคยชินที่คิดว่าตนเองมีความรู้สาธารณสุขจนไม่ป้องกันตัวเองเท่าที่ควร ซึ่งในการทำงานพื้นที่แม่สอด พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ติดเชื้อไวรัสส่วนใหญ่จะไม่ใช่เจ้าหน้าที่ที่ทำงานไวรัส แต่จะเป็นเจ้าหน้าที่แผนกอื่นมากกว่า

ในขณะที่หน่วยงานนอกภาครัฐพบปัญหาเดียวกัน คือ หลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่ไม่ได้ทำงานด้านสาธารณสุขไม่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของไวรัส ทำให้พวกเขาไม่ทราบ หรือตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลตนเองเท่าที่ควร ซึ่งหลายหน่วยงานมีความประสงค์ที่จะให้หน่วยงานสาธารณสุขเข้าไปให้ความรู้เพื่อให้พวกเขาและแรงงานปลอดภัยจากปัญหาโรคติดต่อ

จากการสนทนากลุ่ม หน่วยงานทุกฝ่ายเห็นด้วยว่า “ล่ำม” เป็นบุคคลที่ควรได้รับการอบรม ให้ความรู้เกี่ยวกับไวรัส เนื่องจากล่ำมเป็นคนที่สามารถสื่อสารภาษาเดียวกันกับแรงงานได้ และนอกเหนือไปจากการสื่อสารภาษาเดียวกันแล้วยังพบว่าแรงงานต่างชาติให้ความไว้วางใจกับเจ้าหน้าที่ล่ำมมากกว่าเจ้าหน้าที่คนไทย เพราะมองว่าเป็นคนชาติเดียวกัน ดังนั้น หากเราสามารถพัฒนาทีมบุคคลด้านล่ำมแปลภาษาเหล่านี้ก็จะช่วยให้เราสามารถติดตามและดูแลคนไข้ได้ต่อเนื่องมากขึ้น

#### **(5) ปัญหาด้านกฎหมาย และปัญหาการกำหนดบทบาทการทำงานของเจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงาน**

กฎหมายเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานไวรัสในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ กล่าวคือ ภาครัฐควรมีกฎหมายรองรับการทำงานของเจ้าหน้าที่ชายแดน มีระบบ หรือแผนการทำงานที่สนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่ให้ดีขึ้นในพื้นที่ที่เราอาจเรียกได้ว่า “พื้นที่สีเทา” เนื่องจากพื้นที่ชายแดนนั้นเป็นพื้นที่ที่มีความซับซ้อน เพราะบาง และอาจจะไม่ได้อยู่บนฐานของความถูกต้องมากนัก ดังนั้นหากมีกฎหมายรองรับการทำงานน่าจะช่วยให้การทำงานในพื้นที่ชายแดนมีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ นอกจากประเด็นด้านกฎหมาย ยังมีในส่วนของการกำหนดบทบาทการทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ นอกจากนั้นหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรเปลี่ยนมุมมองในการดูแลรักษาที่ไม่ใช่เพียงแต่คนไทย แต่รวมไปถึงแรงงานต่างชาติให้มากขึ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆ ที่ทำงานในพื้นที่ชายแดนทำงานได้ง่ายขึ้นนั่นเอง

#### **(6) ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ**

หน่วยงานแต่ละหน่วยงานมีความเสี่ยงที่แตกต่างกันออกไป **ด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ** **กรมแดนแม่สอด** พบว่า เจ้าหน้าที่ได้รับสวัสดิการตรวจสุขภาพประจำปี แต่เจ้าหน้าที่คาดหวังว่าอยากให้มีการตรวจเฉพาะให้กับเจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโดยตรง เนื่องจากมีความเสี่ยง เพราะแรงงานมีการเข้าออกตลอดเวลา หน่วยงาน **SMRU** มีสวัสดิการตรวจสุขภาพประจำปีให้กับเจ้าหน้าที่เป็นประจำ สำหรับหน่วยงาน **สวัสดิการแรงงาน** มีสวัสดิการตรวจสุขภาพประจำปี สิ่งที่เจ้าหน้าที่ทำได้ คือ การสวม PPE เท่านั้น ซึ่งเจ้าหน้าที่เองมีความกังวล เพราะเป็นหน่วยงานที่สัมผัสกับแรงงานโดยตรง **บริษัทเอกเพชร** พบว่า มีสวัสดิการการตรวจสุขภาพประจำปี แต่สิ่งที่กังวลคือ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะไวรัส

#### 4.1.3.2 พื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร

บริบทพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร มีแรงงานต่างด้าวที่เดินทางมาอย่างถูกกฎหมายและผิดกฎหมายเข้ามาอาศัยในพื้นที่ ในด้านการทำงานควบคุมโรค มีหน่วยงานที่ทำงานร่วมกันอย่างหลากหลาย ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร โรงพยาบาลสมุทรสาคร และภาคประชาสังคม คือ มูลนิธิริಕ್ಷไทย โดยเจ้าหน้าที่ทั้งหมดมีมุมมองต่อแรงงานต่างด้าวว่า พวกเขาเป็นหัวใจสำคัญทางเศรษฐกิจที่ต้องช่วยกันดูแล ทำให้ภายในจังหวัดมีการจัดระบบ One Stop service อำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานที่เดินทางเข้ามาอย่างถูกกฎหมายสามารถเข้ารับการตรวจสุขภาพ 100 เปอร์เซ็นต์ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ดูแลและสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ทั้งนี้ภายในจังหวัดสมุทรสาครยังมีหน่วยเคลื่อนที่เร็ว เพื่อติดตามอาการภายใน 2 วัน โดยเฉพาะกรณีที่เกิดโรคระบาด รวมถึงมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยมีการลงพิกัดแผนที่เยี่ยมบ้านตาม Google map รวมถึงสร้างระบบคัดกรองในชุมชนร่วมด้วย

สำหรับปัญหาการทำงานโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสะท้อนว่าพวกเขาต้องเผชิญกับปัญหาด้านจริยธรรมและความคุ้มค่าในการใช้งบประมาณรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีสถานะถูกต้องทางกฎหมาย ซึ่งตามระเบียบหากต้องรักษาคณกลุ่มนี้จะต้องดำเนินการแจ้งต่อผู้ว่าราชการจังหวัด หากแจ้งกับทางการก็จะส่งผลให้แรงงานถูกส่งตัวกลับประเทศ ซึ่งสร้างความลำบากใจให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติอย่างมาก

ในทำนองเดียวกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขณะนี้เผชิญกับปัญหาเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล ปัญหาทางการเงินของแรงงานที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล เมื่อลงไปติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ก็พบปัญหาพื้นฐานที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ คือ การไม่มีเงินไปรับยา หรือฉีดยาต่อเนื่อง

สถานการณ์ปัญหาข้างต้น ยิ่งมีความซับซ้อนมากขึ้นเนื่องจากแรงงานข้ามชาติมีบริบทวิถีชีวิตที่เคลื่อนย้ายตลอดเวลา ทำให้ติดตามแรงงานกลุ่มเสี่ยงได้ยาก โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานผิดกฎหมายไม่มีสถานะหรือไม่สิทธิรักษาพยาบาลจะปกปิดตัวเองและหลีกเลี่ยงการติดตามตัวหรือเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่

ด้านการทำงานมูลนิธิริಕ್ಷไทยได้รับงบประมาณจากกองทุน Global Fund ซึ่งปัจจุบันเข้าสู่ปีที่ 2 ปัจจุบันเม็ดเงินของแหล่งทุนเริ่มน้อยลง จึงเน้นสนับสนุนงบประมาณในกลุ่มผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ คือ กลุ่มที่มีเสมหะบวก เท่านั้น แต่ระยะหลังมูลนิธิริಕ್ಷไทยได้ดำเนินการขอสนับสนุนการรักษาต่อกลุ่มที่มีเสมหะลบด้วย โดยได้รับการอนุมัติ แต่คนไข้ต้องได้รับการรักษาภายใต้วิธีการ DOTs ตามเงื่อนไขขององค์การอนามัยโลก และต้องมีการติดตามดูแลซึ่งมีข้อจำกัดอยู่มาก ทั้งนี้ยังต้องเผชิญกับปัญหาการติดตามการรักษาของกลุ่มแรงงานด้วยเนื่องจากพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครติดกับกรุงเทพฯ และพื้นที่หลายจังหวัด ทำให้กลุ่มแรงงานย้ายพื้นที่ทำงานอยู่บ่อยครั้ง

จากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พื้นที่สมุทรสาคร ครั้งที่ 2 มีผู้เข้าร่วมประชุมหลายหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร สำนักงานสวัสดิการแรงงาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลวิชัยเวช โรงพยาบาลมหาชัย 2 มูลนิธิริಕ್ಷไทย และผู้ประกอบการในนามบริษัทไทยรวมศิลป์ ทั้งนี้เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่มาร่วมประชุมนำเสนอและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวข้อ “แนวคิดและแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยของแรงงานข้ามชาติและผู้เกี่ยวข้องจากการระบาดของโรค”

โดยพบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติในพื้นที่สมุทรสาครมี 4 ประเด็น สำคัญ ได้แก่ (1) ปัญหาการ ยืนยันตัวตนและการคัดกรองแรงงานต่างชาติ (2) ปัญหาการติดตามผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ (3) ปัญหาการได้รับการ รักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ (4) ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักรู้ของ ผู้ประกอบการ, แรงงานต่างชาติ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆ (5) บทบาทและแนวทางการทำงานของหน่วยงาน สาธารณสุขในพื้นที่

### (1) ปัญหาการยืนยันตัวตนและการคัดกรองแรงงานต่างชาติ

การยืนยันตัวตนเป็นปัญหาสำคัญของแรงงานต่างชาติที่นำไปสู่ปัญหาอื่นๆ อีกมากมาย โดยพบว่า ปัญหาที่ทำให้เกิดการยืนยันตัวตนของแรงงานต่างชาติป็นอยู่หลายประการ 1) **การเป็นคนไร้รัฐที่ไม่ทราบ ว่าตนเองเป็นคนชาติไหน และไม่สามารถกลับไปประเทศของตนเองได้** กล่าวคือ แรงงานต่างชาติบางรายเกิด ในประเทศไทยจนครบอายุ 18 ปี สามารถทำงานในประเทศไทยได้ ซึ่งพวกเขาเหล่านี้ไม่เคยกลับไปเยี่ยมมาเลย ทำให้เขาไม่มีเอกสารยืนยันตัวตน หรือที่เรียกว่าบัตรประชาชนเมียนมา หากต้องหาคำจำกัดความให้คนกลุ่มนี้ เรา อาจจะเรียกพวกเขาว่า “กลุ่มคนไร้รัฐ” ที่อยู่ในประเทศไทยแต่เกิดแต่ไม่ได้สัญชาติไทย และไม่สามารถกลับไป เยี่ยมมาได้เพราะไม่มีบ้านและญาติที่นั่นเลย 2) **ปัญหาการขึ้นทะเบียน** ปัญหานี้เกิดจากเหตุผลหลายอย่าง ไม่ ว่าจะเป็นเรื่องของค่าใช้จ่าย การไม่มีเอกสารยืนยันตัวตน และความยุ่งยากของระบบการขึ้น ตัวอย่างเช่น แรงงาน ต่างชาติที่ป่วยวัณโรคบางราย CI หมดยอายุ เขาไม่สามารถไปต่อการขึ้นทะเบียนได้เพราะพวกเขาไม่มีรายได้ ไม่มี นายจ้างที่จะช่วยรับรองการขึ้นทะเบียน ทำให้พวกเขากลายเป็นคนผิดกฎหมาย ในขณะเดียวกันกลุ่มที่เกิดที่ ประเทศไทยก็ไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้เนื่องจากไม่มีเอกสารยืนยันตัวตน ไม่มีทะเบียนบ้านเมียนมา ไม่มีบัตร ประชาชน ทำให้เขาไม่สามารถดำเนินการขึ้นทะเบียนได้เช่นกัน 3) **ปัญหาความยุ่งยากของระบบการขึ้น ทะเบียน** ในปัจจุบันขั้นตอนการขึ้นทะเบียนค่อนข้างซับซ้อนไม่เอื้อต่อการขึ้นทะเบียนสำหรับแรงงานต่างชาติ แรงงานบางรายโดนหลอกจากนายหน้าบริษัทเอกชน บางรายต้องจัดการเอง ทำให้พวกเขาอาจจะไม่ได้เข้าสู่ ระบบ ปัญหาดังกล่าวนี้อาจเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขในระดับนโยบายของทั้งสองประเทศ

สำหรับปัญหาการคัดกรองแรงงานต่างชาติ พบว่า แรงงานต่างชาติในจังหวัดสมุทรสาคร เป็น แรงงานในวัยแรงงานที่มีทั้งขึ้นทะเบียนถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย โดยส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มแรงงาน MOU ซึ่ง แรงงานกลุ่ม MOU ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สามารถแพร่กระจายโรคในขั้นต้นได้ เนื่องจากแรงงาน MOU เป็นกลุ่ม แรงงานที่เคลื่อนย้ายเข้าสู่ตัวเมืองชั้นในได้โดยไม่ต้องคัดกรองจากหน่วยสถานพยาบาลที่ประเทศต้นทางหรือพื้นที่ ชายแดน

เจ้าหน้าที่มูลนิธิรักไทย ได้ให้ข้อมูลในประเด็นปัญหาการคัดกรองของแรงงานกลุ่ม MOU ในที่ ประชุม ว่าการไม่ผ่านการคัดกรองจากต้นทางทำให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยของแรงงานในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะวัณโรค เช่น มีแรงงานคนหนึ่งเข้ามาอยู่ในพื้นที่สมุทรสาครเพียงไม่ถึงเดือนก็พบว่าป่วยวัณโรค ทั้งนี้เป็น เพราะระบบการคัดกรองแรงงานแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันตามเงื่อนไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานกลุ่ม ต่างๆ



นโยบายเกี่ยวกับแรงงานของแต่ละกระทรวงต่างก็มีข้อกฎหมายที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อน จนนำไปสู่ปัญหา ทั้งนี้ในการประชุมเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร จึงมีข้อเสนอแนะที่ตรงกัน คือ ควรลดความยุ่งยากของขั้นตอนการขึ้นทะเบียนแรงงาน กล่าวคือ แรงงานส่วนใหญ่ขาดความรู้ด้านการขึ้นทะเบียน อีกทั้งความซับซ้อนของขั้นตอน ทำให้แรงงานต้องขอความช่วยเหลือจากนายหน้า ซึ่งนายหน้าเองมีการหาผลประโยชน์จากแรงงานในอัตราค่าใช้จ่ายที่สูง นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายแล้วยังมีความยุ่งยากเกี่ยวกับขั้นตอนการขึ้นทะเบียนอีกด้วย เนื่องจากปัจจุบันข้อกฎหมายระบุว่านายจ้างจะต้องรองรับแรงงานของตนเอง ประเด็นปัญหาต่อมาคือ ข้อกฎหมายควรจะให้ชัดเจนเกี่ยวกับระยะเวลาความรุนแรงของโรค กล่าวคือ ถ้าอยู่ในระหว่างการรักษาและมีใบรับรองแพทย์ก้อนุญาตให้แรงงานขึ้นทะเบียนได้ แต่ในความเป็นจริง พบว่า มีช่องโหว่ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค โดยหากแรงงานป่วยโรค ส่วนใหญ่จะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มโรคติดต่อร้ายแรง ไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้ ด้วยปัญหาดังกล่าวนี้ จึงทำให้เกิดปรากฏการณ์ “ถูกกฎหมาย กลายเป็นผิดกฎหมายเมื่อป่วยโรค” ได้ รวมทั้งปัญหาเกี่ยวกับการขายบัตรประกันสุขภาพ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเสนอว่าควรขายให้กับแรงงานทุกคน ทั้งถูกและผิดกฎหมาย เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ แต่ในความเป็นจริง ยังไม่สามารถทำได้ เนื่องจากกฎหมายของแต่ละกระทรวงมีเงื่อนไขที่แตกต่างกัน จึงยังพบอุปสรรคและปัญหาในการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพอยู่อย่างต่อเนื่อง

## (2) ปัญหาการติดตามผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ

ปัญหาการติดตามผู้ป่วยแรงงานต่างชาติของแต่ละหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแรงงานต่างชาตินั้นค่อนข้างมีลักษณะเดียวกัน โดยสาเหตุหลักของปัญหาการติดตาม คือ การระบุตัวตน การสูญหายของผู้ป่วย และการไม่ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพ ซึ่งแต่ละหน่วยงานต่างมีความพยายาม และมีมาตรการในการติดตามผู้ป่วยที่ตนเองดูแลแตกต่างกันออกไป อาทิเช่น **สถานประกอบการไทยรวมศิลป์** สถานประกอบการขนาดใหญ่ กล่าวว่า สำหรับบริษัทไทยรวมศิลป์จะมีแผนกพยาบาลเพื่อติดตามวันนัดพบแพทย์กับพนักงานรายบุคคลอยู่แล้ว โดยจะติดตามและเป็นคนพาพนักงานไปโรงพยาบาลด้วยตนเอง และหากแพทย์ระบุว่าให้พนักงานคนดังกล่าวหยุดพัก ทางบริษัทก็ยินดีทำตามคำสั่งแพทย์โดยไม่กีดกัน หรือหักเงินค่าแรง แต่มีเงื่อนไขสำคัญ คือ แพทย์จะต้องระบุรายละเอียดให้ชัดเจนว่าคนไข้ป่วยระยะแพร่กระจายเชื้อเมื่อไหร่ และหากครบกำหนดตามวันที่แพทย์ระบุแล้วก็จะให้พนักงานกลับมาทำงานปกติ แต่ในช่วงแรกจะให้พนักงานที่ป่วยทำงานด้านนอกเพื่อไม่ให้รวมกับพนักงานคนอื่นก่อน จากนั้นก็จะติดตามอาการเป็นระยะตามคำแนะนำของแพทย์ และหากในกรณีที่พนักงานประสงค์จะไปพบแพทย์เอง พนักงานจะต้องนำไปรับรองแพทย์มายืนยันที่แผนกพยาบาลทุกครั้งเพื่อความปลอดภัยและการรับรู้ที่ตรงกัน **ในขณะที่ตัวแทนมูลนิธิรักษ์ไทย** นำเสนอเพิ่มเติมว่า ปัญหาการติดตามแรงงานนั้นเกิดจากการที่แรงงานไม่ให้ความสำคัญด้านสุขภาพ แต่ให้ความสำคัญในเรื่องของรายได้และการทำงานเป็นหลัก ไม่เพียงแต่แรงงานเท่านั้น นายจ้างเองก็ไม่ได้ให้ความสนใจและความสำคัญในเรื่องที่แรงงานต้องหยุดงานไปตรวจร่างกาย หรือ พบแพทย์ตามนัดเท่าที่ควรทำให้เป็นเหตุผลหนึ่งที่แรงงานไม่กล้าหยุดงานไปโรงพยาบาล เพราะกลัวเสียรายได้ ดังนั้น หากต้องการแก้ปัญหาเรื่องการติดตามผู้ป่วยโรค ควรให้ความสนใจกับประเด็นดังกล่าวด้วย ไม่ใช่เน้นไปแค่เรื่องของการกักกันเท่านั้น

จากข้อมูลสรุปได้ว่า กลุ่มที่มีปัญหาการติดตาม และการดูแลตนเองนั้นมักจะอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีนายจ้างแต่มีใบอนุญาตการทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานที่ทำงานตามบ้านให้กับนายจ้างคนไทย ทำให้ไม่ได้รับการดูแล การติดตาม และการคัดกรองอย่างเต็มที่ สิ่งที่น่าจะช่วยให้ได้ คือ มาตรการการดูแลห้องเช่า การดูแลสภาพแวดล้อมในชุมชน ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องขอความร่วมมือกับเจ้าของที่พัก หอพัก หรือบ้านเช่า โดยอาจจะมีกฎว่าหากพวกเขาไม่ดูแลความสะอาดช่วยกัน หรือไม่ดูแลตัวเองให้ดีก็ห้ามเช่าต่อ ในขณะที่เดียวกัน พบว่า การอยู่ห้องพักคนเดียวจะไม่ประสบปัญหาการแพร่กระจายมากเท่ากับการอยู่ร่วมกับสามี ลูก หรือญาติ หากเป็นอย่างหลังจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความรู้คนใช้เพื่อให้ทั้งเขาและคนรอบข้างดูแลตัวเองให้ปลอดภัย

### (3) ปัญหาการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ

ปัญหาการเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องนั้น ส่วนใหญ่มักเกิดกับแรงงานกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เพราะวัณโรคเป็นโรคที่ต้องใช้เวลารักษานานและต่อเนื่อง หากพวกเขาไม่มีประกันสังคม หรือเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ก็จะส่งผลให้เขาขาดการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่บ่อยครั้ง และการกลายเป็นบุคคลผิดกฎหมาย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยบางคน หลังจากทราบว่าป่วยก็ถูกออกจากงาน ขาดรายได้ ทำให้ไม่มีเงินที่จะไปต่อการขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมายจนกลายเป็นบุคคลผิดกฎหมาย บางรายกลัวว่าตนเองจะถูกจับ บางรายหมดสิทธิ์การรักษา ซึ่งเหตุผลต่างๆ เหล่านี้ทำให้พวกเขาขาดการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ที่ประชุมเสนอแนะว่า สำหรับประเด็นเรื่องระบบการดูแลแรงงานข้ามชาติ ไม่ใช่แค่เพียงการดูแลตัวของแรงงาน แต่เราจะต้องให้ความสำคัญกับพื้นที่ที่สัมผัสและเชื่อมโยงกับกลุ่มแรงงานด้วย ได้แก่ บ้านพัก การเดินทาง สถานที่ทำงาน และชุมชน สำหรับที่พักนอกโรงงานเจ้าของห้องเช่าควรมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยของแรงงานต่างชาติ ส่วนการเดินทางระหว่างที่พักกับโรงงาน เป็นอีกระบบหนึ่งที่ควรพัฒนาระบบการดูแล เพราะแรงงานต้องมีการเดินทางทุกวัน หากมีแรงงานป่วยคนหนึ่ง สามารถแพร่กระจายเชื้อโรคไปยังผู้ร่วมเดินทางได้ ดังนั้น การเดินทางระหว่างที่พักและโรงงานก็เป็นอีกหนึ่งเรื่องที่ต้องได้รับการแก้ไข สำหรับพื้นที่ในโรงงาน โรงงานส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ ในกรณีที่ให้ความร่วมมือก็ให้เวลาน้อยเกินไป ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน แต่ข้อค้นพบประการหนึ่งที่น่าสนใจ คือ แรงงานไว้วางใจเจ้าหน้าที่อาสาสมัครจากมูลนิธิในพื้นที่ เมื่อเป็นเช่นนี้จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องขอความร่วมมือจาก องค์กรเอกชนในการสร้างความไว้วางใจเพื่อดูแลแรงงาน

นอกจากนั้น มีข้อเสนอว่าควรพัฒนาระบบการดูแลการส่งต่อผู้ป่วยไปยังประเทศต้นทาง ควรมีการกำหนดข้อตกลงในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศอย่างเป็นทางการ เพราะสิ่งที่พบในปัจจุบันคือ เจ้าหน้าที่ประสานงานกันเองในการส่งต่อ ซึ่งเมื่อส่งต่อไปแล้ว ไม่มีทางทราบได้เลยว่าคนไข้จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ แต่หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องกลับมาป่วยอีกและเดินทางกลับเข้ามาในประเทศไทยอีกครั้งก็ยังคงเป็นปัญหาเดิมที่สัมผัสกันไปเรื่อย ๆ อย่างไม่จบสิ้น

#### (4) ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักรู้ของผู้ประกอบการ, แรงงานต่างชาติด และเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆ

ปัญหาที่พบคือ การมีความรู้ ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคในระดับที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความตระหนักที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละหน่วยงาน หากเป็นโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่และขนาดกลางถึงแม้จะมีสวัสดิการประกันสังคมให้กับแรงงาน แต่นายจ้างมักตระหนักไปในเรื่องของความปลอดภัยทางอุบัติเหตุมากกว่า ข้อมูลจากสวัสดิการแรงงาน พบว่า สถานประกอบการส่วนใหญ่มักพาแรงงานมาติดต่อในเรื่องของอุบัติเหตุมากกว่าเรื่องการเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคต่างๆ ซึ่งทางสวัสดิการแรงงานเองก็ไม่ได้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้นักกว่าจะต้องดูแลหรือควบคุมอย่างไร

นอกเหนือไปจากเรื่องของการขาดตระหนักของสถานประกอบการแล้ว ยังพบว่าสถานประกอบการไม่มีความรู้ความเข้าใจมากนักว่าทำไมต้องให้ความสำคัญกับปัญหาเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ จึงอาจทำให้สถานประกอบการบางแห่งละเลยไม่ให้ความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ เช่น หากโรงงานอยู่ในช่วงการผลิต สถานประกอบการจะไม่ค่อยอนุญาตให้หน่วยงานด้านสุขภาพ หรือมูลนิธิเข้าไปพูดคุยกับพนักงาน ทำให้ช่วงเวลาในการพูดคุยหรือไปเยี่ยมแรงงานค่อนข้างจำกัด นอกเหนือจากผู้ประกอบการ หรือ หน่วยงานนอกสาธารณสุขที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมามากพอแล้วนั้น เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสาธารณสุข หรือ หน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพบางคนก็อาจจะยังขาดประสบการณ์เช่นกัน กล่าวคือ ตัวอย่างเช่น มูลนิธิรักษ์ไทยเสนอว่า ปัญหาความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ล้าม ถึงแม้เขาจะได้รับการอบรม แต่พอทำงานจริงพบว่าอาการของวัณโรคนั้นมีการใกล้เคียงกับไข้หวัดอย่างมาก หากไม่มีประสบการณ์อาจจะไม่สามารถดูอาการได้ว่าป่วยหรือไม่ ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกหน่วยงานต้องให้ความร่วมมือกันในการทำงานดูแลแรงงานต่างชาติ การจัดอบรมให้ความรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการตระหนักรู้ไปในทิศทางเดียวกัน

#### (5) บทบาทและแนวทางการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

เราสามารถสรุปบทบาทและแนวทางการทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแรงงานต่างชาติของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครได้ ดังนี้

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร** มีบทบาทวางแนวทางให้กับโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในพื้นที่เพื่อให้ดำเนินการในทิศทางเดียวกัน โดยการให้แต่ละหน่วยงานทำ Case Management MDR ทุกราย เพื่อที่จะได้ทราบสถานการณ์ว่าเป็นอย่างไร และมีผู้ป่วยกี่ราย เป็นต้น และยังมีโปรแกรม TBCM ที่ช่วยให้แต่ละหน่วยงานทำงานร่วมกันได้ โดยที่โปรแกรม TBCM สามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ด้วย อย่างไรก็ตาม โปรแกรมนี้ใช้ได้กับคนไทยมากกว่าแรงงานต่างชาติ เพราะเกี่ยวข้องกับการระบุตัวตนซึ่งยังคงเป็นปัญหาหลักของแรงงานต่างชาตินั่นเอง

**โรงพยาบาลสมุทรสาคร** จะทำงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครเป็นส่วนใหญ่ และจะใช้ระบบไลน์ในการแจ้งข้อมูล ส่งข่าวผู้ป่วย อีกทั้งยังมีเครือข่ายระบบ รพสต. ในการติดตามผู้ป่วยเพื่อจะไปทำ Case Management ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร และเพื่อไปให้ความรู้เบื้องต้น

อาทิ อาการข้างเคียง การกินยาต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวกับเจ้าหน้าที่ รพสต. ผู้ป่วย และครอบครัว เป็นต้น ซึ่งการติดตามการกินยานี้จะขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ป่วยว่าสะดวกให้เจ้าหน้าที่ติดตามไปดูแลที่ไหน เพื่อป้องกันการติดยาจากครอบครัว หลังจากเจ้าหน้าที่ควบคุมการทานยาวันโรคภายใต้โปรแกรม DOTS เรียบร้อยแล้วก็จะแจ้งข้อมูลการทานยาของผู้ป่วยผ่านระบบไลน์กลุ่ม

**โรงพยาบาลมหาชัย 2** การดูแลติดตามคนไข้ยังไม่มีการทำโปรแกรม DOTS ให้กับผู้ป่วย แต่จะมีการติดตามในกรณีคนไข้ MDR ที่หายจากการมารักษาเป็นเวลานาน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจะเป็นเพียงการแนะนำเรื่องการดูแลตนเอง การทานยา และอาการข้างเคียงมากกว่า การทำงานของโรงพยาบาลเอกชนอีกแห่ง **โรงพยาบาลวิชัยเวช** จะคล้ายกับโรงพยาบาลมหาชัย แต่จะเพิ่มในเรื่องของระบบติดตามผู้ป่วยด้วยระบบ DOTS ในชุมชน โรงงาน ด้วย นอกเหนือจากนั้นยังมีการติดตามการตรวจซ้ำให้กับผู้ป่วยซึ่งเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องว่าจะป่วยเป็นวัณโรค

การทำงานของทุกหน่วยงานในพื้นที่สมุทรสาคร พบปัญหาเดียวกัน คือ ปัญหาการระบุตัวตนเนื่องจากคนไข้แรงงานต่างชาตินั้นมักจะเปลี่ยนชื่อและที่อยู่บ่อย ทำให้ยากต่อการติดตาม ในกรณีของคลินิกเอกชน การบริการของคลินิกเอกชนไม่มีมาตรฐานการดูแลเท่าที่ควร ทำให้การรักษาเกิดความล่าช้า ซึ่งสิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ทุกหน่วยงานต้องมีการประสานงานและส่งต่อข้อมูลกันอย่างเป็นระบบเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพสูงสุด

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะควรมีการเพิ่มในส่วนของการคุ้มครองทางกฎหมายเกี่ยวกับการทำงาน และเพิ่มการอบรมให้ความรู้แรงงานและนายจ้างเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการต่างๆ ให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประกันสังคม เพราะเป็นสวัสดิการพื้นฐานในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐควรเพิ่มบุคลากรและจัดสรรบุคลากรให้ทั่วถึงมากขึ้น เพื่อให้การประสานงานและการทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการกำหนดนโยบายควรจะต้องสอดคล้องกับปัญหาวัณโรคที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละพื้นที่

## 4.2 เรื่องราวความเจ็บป่วย

### 4.2.1 เรื่องราวความเจ็บป่วยกับการเคลื่อนย้ายและเครือข่ายการดูแล

ในส่วนนี้จะนำเสนอ “เรื่องเล่าความเจ็บป่วย” (illness narrative) ของผู้คนที่มีการเคลื่อนย้ายเป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิต โดยจะมีการวิเคราะห์โดยใช้กรอบแนวคิดเรื่องการเคลื่อนย้าย (mobility) ซึ่งจะนำเสนอให้เห็นบริบทชีวิตของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาและการปรับตัวเข้ากับบริบทชีวิตใหม่ในประเทศไทย ในฐานะประเทศปลายทาง นอกจากนั้น จะใช้เรื่องราวประวัติชีวิตและเรื่องเล่าความเจ็บป่วย (illness narrative) เพื่อแสดงให้เห็นเครือข่ายการดูแล โดยหน่วยงานองค์กรและผู้คนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและควบคุมวัณโรค และเครือข่ายทางสังคมที่ขยายไกลครอบคลุมไปถึงพื้นที่อื่น ๆ

โดยจะนำเสนอให้เห็นเครือข่ายข้ามพรมแดนรัฐชาติของการเดินทางเคลื่อนย้ายของแรงงานเมียนมา ซึ่งเครือข่ายทางสังคมดังกล่าวนี้มีอิทธิพลอย่างสำคัญทำให้แรงงานชาวเมียนมาที่ป่วยด้วยวัณโรคสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการรักษาต่อเนื่อง งานวิจัยเกี่ยวกับแรงงานชาวเมียนมาก่อนหน้านี้พบว่าแรงงานกลุ่มนี้เดินทางข้ามพรมแดนโดยอาศัยเครือข่ายในฐานะที่เป็น “ทุนทางสังคม” หรือ “ทรัพยากร” เครือข่ายทางสังคมที่

เข้มแข็งดังกล่าวครอบคลุมเครือข่ายของพวกเขา คนในชุมชนประเทศต้นทาง และชุมชนคนชาติพันธุ์เดียวกันที่ประเทศปลายทาง (De has 2010)

โดยเฉพาะจะเน้นย้ำให้เห็นว่าการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติโดยรัฐที่ผ่านมามีอยู่ภายใต้กรอบคิด “การเมืองของการเคลื่อนย้าย” (mobility politic) ซึ่งเป็นการใช้อำนาจจากข้างบนเพื่อควบคุมบริหารจัดการประชากรกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่มีลักษณะการใช้ชีวิตที่ไม่อยู่ติดที่มีการเคลื่อนย้ายอยู่ตลอดเวลา แต่เรื่องราวประวัติชีวิตของผู้ป่วยผู้ป่วยแรงงานเมียนมาข้ามชาติที่จะนำเสนอในหัวข้อนี้ จะให้ความสำคัญกับปฏิบัติการของแรงงานข้ามชาติในชีวิตประจำวันของพวกเขา ซึ่งสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรค กล่าวอีกนัยหนึ่งมองการเมืองของการเคลื่อนย้ายจากแง่มุมชีวิตทางสังคมของแรงงานชาวเมียนมาไปพร้อมๆ กันกับการเปิดเผยให้เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจรูปแบบต่างๆ ที่จัดระเบียบจำแนกแยกแยะพวกเขาในฐานะ “คนอื่น”

### ผู้ป่วยรายที่ 1 นายเอ

**“จากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์พลิก กลายเป็นรู้ตัวว่าป่วยวัณโรค”** เอ (นามสมมุติ) พูดด้วยอารมณ์ขัน แต่แน่นอนว่า ณ เวลานั้นที่ทราบคงช้าไม่ออกเป็นแน่ เรารู้จัก เอ ผ่านผู้ป่วยคนไข้เยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ครั้งแรกที่พบ เอ เราเดินทางไปพร้อมกับพี่ต้น เจ้าหน้าที่ล่ามแปลภาษา โรงพยาบาลสมุทรสาคร เราเดินทางไปที่บ้านเอื้ออาทร ท่าจีน จังหวัดสมุทรสาคร ต่อมาครั้งที่สอง ไปพบ เอ พร้อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ล่าม และพยาบาลจากมูลนิธิรักษ์ไทย และครั้งที่สามก็เช่นกัน

ครั้งแรกที่เราเดินทางไปพบ เอ เราเดินทางไปหมู่บ้านแห่งหนึ่งที่อยู่ติดบริเวณแม่น้ำท่าจีน จังหวัดสมุทรสาคร เมื่อถึงอาคาร 10 ซึ่งเป็นอาคารที่เออาศัยอยู่จะมีป้ายกำกับไว้ว่าเป็น อาคารที่พักอาศัยของชาวเมียนมา และเราก็ได้พบกับ เอ ยืนรออยู่หน้าประตูทางเข้าอาคาร เอ เป็นชาวเมียนมาวัยแรงงาน ภายนอกไม่ได้ดูขบถมากนัก ค่อนข้างแข็งแรง ระหว่างทำความรู้จักกัน เอ พาเราขึ้นไปพูดคุยต่อบนห้องพักชั้น 4 ห้องสุดท้ายติดทางเดินบันไดหนีไฟ เราเริ่มพูดคุยกับเอเกี่ยวกับชีวิตของเขาตั้งแต่เริ่มเข้ามาในประเทศไทยจนถึงปัจจุบัน

ปัจจุบัน เอ อายุ 30 ปี ครั้งแรกที่เข้ามาประเทศไทย เอ อายุ 13 ปี เขาเข้ามาอยู่ที่จังหวัดราชบุรี พร้อมกับครอบครัว 4 คน พ่อแม่ น้องชาย และตนเอง เขาและครอบครัวไม่ได้เข้ามาอย่างถูกกฎหมาย ทำให้อาชีพของเขาที่ราชบุรี คือ เป็นแรงงานภาคเกษตร รับจ้างทำสวนผัก เขาและครอบครัวอยู่ที่จังหวัดราชบุรี 2 ปี ย้ายจึงย้ายไปที่จังหวัดสมุทรสาครตามคำแนะนำของญาติที่บอกว่า “งานที่สมุทรสาครเงินเยอะ” แต่ตอนนั้น เอ ยังไม่ได้ทำงานเพราะอายุน้อย แม่ของเอทำงานที่โรงงานอุตสาหกรรมอาหาร (ปลากระป๋อง) แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาครเป็นที่แรก เนื่องจากตอนนั้นทางบริษัทได้ติดป้ายประกาศว่า หากใครมาทำงานที่นี่จะทำการขึ้นทะเบียนแรงงานให้ ทำให้แม่ของเอได้รับสิทธิประกันสังคมจากบริษัทที่ทำงาน แม่ของเอทำงานที่โรงงานปลากระป๋องประมาณ 6 ปี ก็ลาออกและย้ายไปทำงานที่โรงงานอุตสาหกรรมผลิตอาหารสัตว์ขนาดกลางในพื้นที่สมุทรสาครเช่นเดิม ทำงานที่โรงงานอาหารสัตว์อยู่ 2 ปี เกิดเหตุไม่คาดฝัน พ่อของเอเสียชีวิตทำให้แม่ของเอหยุดทำงานทันที โดยมาเปิดรับเลี้ยงเด็กเล็กในห้องพักแทน

จากการพูดคุยกับ เอ ทำให้เราเห็นถึงบริบทการเคลื่อนย้ายของเขาและครอบครัว พบว่า เขาและครอบครัวมีบริบทการเคลื่อนย้ายหลักๆ อยู่ 3 จุดหมาย โดยเริ่มต้นจากการเคลื่อนย้ายจากประเทศต้นทาง คือ เมียนมา เข้ามายังจังหวัดราชบุรี ผ่านทางชายแดนโป่งน้ำพุร้อน เพื่อเข้ามาเป็นแรงงานภาคการเกษตร ซึ่งในขณะนั้นเขาและครอบครัวเป็นแรงงานผิดกฎหมาย ไม่มีใบอนุญาตการทำงานหรือพาสปอร์ต มีเพียงพ่อและแม่ที่มีบัตรชมพูที่สามารถอยู่ในราชอาณาจักรไทยได้ชั่วคราวเท่านั้น ทำให้เขาและครอบครัวทำได้เพียงเป็นแรงงานภาคการเกษตร จากนั้น 2 ปี เขาและครอบครัวได้รับคำชักชวนและแนะนำจากญาติให้เข้ามาทำงานที่จังหวัดสมุทรสาคร เขาและครอบครัวย้ายจากจังหวัดราชบุรีมาจังหวัดสมุทรสาครโดยรถตู้ตามคำแนะนำของญาติ ปัจจุบันหลักที่ทำให้เขาและครอบครัวย้ายมาอยู่ที่จังหวัดสมุทรสาคร คือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เพราะญาติของเขาบอกว่าการได้มาทำงานที่จังหวัดสมุทรสาครจะทำให้มีรายได้สูงกว่าการทำสวน แต่ปัญหาติดอยู่ตรงที่การทำงานในโรงงานใหญ่จะต้องมีการขึ้นทะเบียนแรงงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งพ่อและแม่ของเขายังไม่มีรายได้เพียงพอที่จะไปดำเนินการขึ้นทะเบียนแรงงาน แต่โชคดีที่ในขณะนั้นมีบริษัทปลากะปองติดป้ายประกาศรับสมัครงานพร้อมเงื่อนไขขึ้นทะเบียนแรงงานให้ พ่อและแม่ของเขาจึงไปสมัครและทำงานที่โรงงานปลากะปอง 6 ปี เป็นจุดเริ่มต้นแรกที่ครอบครัวของเขาเปลี่ยนจากแรงงานผิดกฎหมายเป็นถูกกฎหมาย พ่อและแม่ของเขาได้รับสวัสดิการประกันสังคมจากโรงงานตามกฎหมายแรงงาน จากนั้นพ่อและแม่ของเขาย้ายที่ทำงานมาทำที่โรงงานอาหารสัตว์ซีพี 2 ปี ในขณะที่เขากับน้องชายยังเป็นคนผิดกฎหมาย แต่ด้วยอายุที่ยังน้อยพวกเขาจึงยังไม่ได้คิดเรื่องการทำงาน จนกระทั่งเกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิดกับครอบครัว คือ พ่อของเขาเสียชีวิต ทำให้แม่ของเขาเลือกที่จะออกจากที่ทำงานและมารับจ้างเลี้ยงเด็กเล็กให้กับผู้ปกครองแรงงานที่อาศัยอยู่ในอาคาร 10 ของหมู่บ้านขนาดใหญ่ที่คนในพื้นที่ต่างทราบว่ามีชาวต่างชาติอาศัยอยู่จำนวนมาก

ตอนที่แม่เขาเลิกทำงาน เขาอายุประมาณ 18 ปี ในตอนนั้นเขายังไม่ได้ขึ้นทะเบียนมีบัตร CI ถูกต้องตามกฎหมายมีเพียงบัตรสีชมพู และพาสปอร์ตสีน้ำเงินทำให้เขาทำได้เพียงรับจ้างทั่วไป จนกระทั่งอายุ 25 ปี พ่อเขาเสียชีวิต เขาและน้องต้องทำงานอย่างจริงจังมากขึ้น ทั้งสองเริ่มงานแรกที่ “ล้ง” แห่งหนึ่งในพื้นที่สมุทรสาคร เป็นงานเกี่ยวกับอาหารทะเลที่ทะเลไทยทำหน้าที่แกะกุ้ง เขากับน้องทำงานที่นี้เรื่อย ๆ โดยที่ยังไม่ได้รับสวัสดิการแรงงานเพราะยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน เขาเพิ่งจะขึ้นทะเบียนแรงงานถูกต้องตามกฎหมายเมื่อปี พ.ศ. 2561 โดยเขาได้รับความช่วยเหลือจากนายจ้างในการดำเนินการขึ้นทะเบียนแรงงานและได้รับ CI อย่างถูกต้องตามกฎหมาย

เราขอให้เล่าเหตุการณ์ วันที่เขาได้รู้ว่าเขาป่วยวัณโรค จากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนเสาไฟฟ้าจนได้รับบาดเจ็บ กลายเป็นคนไข้วัณโรคที่ต้องพักการทำงาน เขาเล่าด้วยอารมณ์ขัน เริ่มจากเมื่อปี พ.ศ. 2562 เขาต้องออกรถไปที่จังหวัดชุมพร ในขณะที่ออกรถเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนเสาไฟฟ้าบาดเจ็บค่อนข้างรุนแรง เขาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพรทันที แพทย์ให้เขาเอกซเรย์ เขาบอกว่าต้องเอกซเรย์ทุกส่วน ผลเอกซเรย์บริเวณสะโพกบาดเจ็บค่อนข้างหนักทำให้เขาต้องนอนดูอาการที่โรงพยาบาล นอกเหนือจากผลเอกซเรย์สะโพกแล้ว เขาได้ทราบข่าวร้ายว่า เขาป่วยเป็นวัณโรค จากการเอกซเรย์ส่วนอื่นๆ ของร่างกาย

หลังทราบว่าตนเองป่วยวัณโรค เขาขอย้ายมารักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร เพราะเขามีสิทธิประกันสุขภาพอยู่ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร หลังจากย้ายมาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร แพทย์ให้เขานอนโรงพยาบาลหนึ่งสัปดาห์ เขาบอกว่าตอนนั้นมีอาการเหนื่อย รู้สึกไม่ค่อยสบาย ไอ บ้างเล็กน้อย แพทย์บอกว่าป่วยวัณโรคและให้ยาสูตร 6 เดือน

เมื่อถามว่านายจ้างว่าอย่างไรบ้างเมื่อทราบว่าป่วยวัณโรค เขาเล่าว่า ในกรณีโรคเรื้อรังสะโปก นั้นนายจ้างดูแลค่าใช้จ่ายทั้งหมด แต่สำหรับวัณโรค เขาต้องออกจากงาน และรักษาเอง เมื่อถามว่าออกจากงานแล้วทำอย่างไรต่อเพราะไม่มีรายได้ เขาบอกว่าก่อนที่จะออกจากงาน นายจ้างจ่ายเงินเดือนล่วงหน้าให้หนึ่งเดือน สำหรับในส่วนของการรักษาและเข้าถึงบริการ เขาบอกว่าเขาโชคดีที่ซื้อประกันสุขภาพกับโรงพยาบาลสมุทรสาคร ไว้ เพราะหากไม่ซื้อไว้ต้องเดือดร้อนและไม่ได้รักษาต่อเนื่องแน่ๆ

การทำงานที่ล้งพัฒนานั้น แรงงานไม่ได้รับประกันสังคมเหมือนกับทำงานในโรงงาน แต่นายจ้างจะทำบัตรประกันสุขภาพที่ขึ้นกับโรงพยาบาลสมุทรสาครให้ ทำให้เขาและน้องสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ จนกระทั่ง เขาประสบอุบัติเหตุรถสะโปก จากการรักษาสะโปกกลายเป็นการรับรู้ว่าเขาป่วยวัณโรค ทำให้เขาต้องหยุดงาน ซึ่งนายจ้างของเขารับผิดชอบเพียงค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุรถสะโปกเท่านั้น แต่โชคดีที่การทำงานของเขานั้นไม่ได้เชื่อมโยงกับระบบประกันสังคมที่เมื่อหยุดงานแล้วจะหมดสิทธิจากประกันสังคม เนื่องจากเขาซื้อประกันสุขภาพกับโรงพยาบาลจึงทำให้เขายังสามารถใช้สิทธินั้นต่อไปได้จนกว่าเขาจะกลายเป็นคนผิดกฎหมาย เพราะการซื้อประกันสุขภาพของโรงพยาบาล มีเงื่อนไข คือ จะต้องเป็นแรงงานที่ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมายเท่านั้น

ในช่วงที่เขารักษาวัณโรค เขาได้ประสบปัญหาการขาดการขึ้นทะเบียนอยู่ประมาณ 1 เดือน เพราะเขาไม่มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการขึ้นทะเบียนตามกำหนดเวลาวันหมดอายุของ CI แต่โชคดีที่น้องชายและแม่ของเขายังพอมีรายได้อยู่บ้าง จึงช่วยให้เขาไปต่อ CI ได้ และโชคดีอีกหนึ่งเรื่อง คือ ในขณะที่เขายังไม่ได้ขึ้นทะเบียน บัตรประกันสุขภาพโรงพยาบาลยังไม่หมดอายุ ทำให้เขายังคงได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในขณะนี้เขาได้ดำเนินการขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และรับการรักษาโดยใช้สิทธิประกันสุขภาพโรงพยาบาลมาจนถึงปัจจุบัน

ในช่วงที่หยุดงานเพื่อดูแลตัวเอง เขาบอกว่า ช่วงนั้นมีอาการเหนื่อยมากขึ้น ใอมากขึ้น น้ำหนักลด จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่ดูแล เอ ทั้งเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลสมุทรสาคร และมูลนิธิรักษ์ไทย ทุกคนพูดเหมือนกันว่า เอ เป็นคนมีวินัยในการทานยา และดูแลตนเอง ทำให้อาการเขาดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าเขาจะอาการดีขึ้น แต่ทางเจ้าหน้าที่ยังคงกังวลว่าเขาอาจจะแพร่เชื้อไปสู่คนรอบข้างได้ อย่างที่กล่าวไว้ข้างต้นว่า หลังจากพ่อเขาเสียชีวิต แม่เขาเลิกทำงาน เปลี่ยนมารับจ้างเลี้ยงเด็กเล็กแทน เราพบว่า แม่ของเขานำเด็กวัย 2-3 ขวบมาเลี้ยงไว้ที่ห้องพัก ซึ่งเป็นห้องพักเดียวกันกับที่ เอ พักอยู่ ภาพที่เราพบคือ เอ ไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัยเวลาที่มีเด็กอยู่ในห้องพัก

สำหรับประเด็นการดูแลตัวเองในช่วงที่ป่วยวัณโรค พบว่า เขามีวินัยในการทานยาตามที่แพทย์สั่งทำให้อาการของเขาดีขึ้นเรื่อย ๆ แต่สิ่งหนึ่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร (งานป้องกันวัณโรค) กังวล คือ การป้องกันตนเองไม่ให้แพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นของเขา เนื่องจากแม่ของเขารับเลี้ยงเด็กเล็กโดยที่ผู้ปกครอง

ของเด็กไม่ทราบว่ามีคนป่วยวัณโรคอยู่ร่วมในพื้นที่เดียวกันด้วย ซึ่งแม่ของ เอ กลัวว่าหากบอกไปจะไม่มีรายได้ หลังจากนั้นไม่กี่เดือน ผู้ปกครองของเด็กทั้งสามที่เราเจอได้ส่งลูกของพวกเขากลับไปเยี่ยมมา แต่แม่ของเอก็ได้รับเลี้ยงเด็กกลุ่มใหม่มา ในครั้งนี้เป็นเด็กทารก 2 คน อายุ 4 เดือน และ 2 ขวบ และโชคดีที่เด็กทั้งสองคนนี้รับเลี้ยงในช่วงเดือนที่ 5 ในการรับยาของ เอ ซึ่งใกล้ครบกำหนดสูตรยา 6 เดือนของเอแล้ว ทำให้ไม่กังวลกับปัญหานี้เท่าช่วงต้น

เขาหยุดงานประมาณ 4 เดือน จนอาการดีขึ้น เข้าเดือนที่ 5 ในการรับยา เขาเริ่มหางาน ซึ่งงานแรกที่เขาลองไปสมัครอีกครั้ง คือ ล้างพัฒนา ที่ทำงานเก่าก่อนที่จะหยุดทำงาน ซึ่งนายจ้างก็ให้เขากลับมาทำงานได้ตามเดิม แต่เปลี่ยนตำแหน่งจากแกะกึ่ง เป็น QC ตรวจสอบภาพกึ่งในห้องแอร์ เขาบอกว่าสบายกว่างานแรก ไม่ค่อยได้เจอใครเท่าไร เพื่อนร่วมงานมีทั้งทราบและไม่ทราบว่าเขายังป่วยอยู่ แต่เขาใส่หน้ากากอนามัยป้องกันทุกครั้งทำให้เพื่อนร่วมงานไม่มีปัญหากับเขาในเรื่องนี้

การกลับมาทำงานในที่ทำงานเดิมอีกครั้ง สะท้อนให้เราเห็นว่า นายจ้างของเอมีความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยครั้งนี้พอสมควร โดยที่ไม่รังเกียจหรือห้ามเอกลับมาทำงาน การกลับมาทำงานอีกครั้งก็ไม่ได้มีอะไรเปลี่ยนแปลงมากนัก เพราะเอซื้อประกันสุขภาพจากทางโรงพยาบาลอยู่แล้ว หากถามว่ามีผลต่อเรื่องใด น่าจะมีผลต่อการดำเนินการขึ้นทะเบียนของเขามากกว่า การกลับมาทำงานน่าจะเป็นเรื่องดีที่ช่วยให้เขามีรายได้และสามารถนำไปเป็นค่าใช้จ่ายในการขึ้นทะเบียนแต่ละครั้งได้ ซึ่งการมีรายได้นี้เองเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการที่เขาจะเป็นคนผิดหรือถูกกฎหมายได้นั่นเอง

เราไปพบ เอ ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 พบว่า เขาอาการดีขึ้น แข็งแรงมาก เขารับยาเข้าเดือนที่ 6 แล้ว ซึ่งก็จะครบกำหนดสูตรยาที่เขาได้รับการรักษา เราสัมผัสได้ถึงความสุข เราถามเขาว่า “ดีใจไหม หายแล้ว” เขายิ้มและพยักหน้า เขาบอกกับเราว่า เขาอยากกลับบ้าน เขาและครอบครัววางแผนว่าจะกลับไปอยู่ที่เมียนมาในอีก 2 ปีข้างหน้า หลังจากครบกำหนดต่อพาสปอร์ตของ เอ โดยในช่วงนี้ก็จะทำงานเก็บเงิน เมื่อถามว่ากลับไปอยู่ที่เมียนมาจะทำอะไร เขาบอกว่าจะทำไร่ ปลูกผัก เพราะมีความรู้อยู่บ้างจากการทำงานที่ราชบุรี เขาเล่าแผนในอนาคตของเขอย่างมีความหวังด้วยใบหน้ายิ้มแย้มและมุ่งมั่น

การไปพบ เอ ครั้งล่าสุด ทำให้เราเห็นถึงความสำคัญในการเคลื่อนย้ายในบริบทชีวิตเขาและครอบครัวอีกครั้ง เพราะเขาวางแผนในอนาคตไว้ว่า อีก 2 ปี จะย้ายกลับไปอยู่ที่เมียนมาทั้งครอบครัว ในขณะที่พูดคุย มีประโยคหนึ่งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร พูดกับเอ ที่น่าสนใจและน่าจะสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของเอ รวมไปถึงการตระหนักเกี่ยวกับการแพร่กระจาย ไวรัส “ถ้าอยากกลับบ้าน ในช่วงสองปีห้ามป่วยนะ เพราะถ้าป่วยต้องรักษาตัวก่อน ไม่ได้กลับนะ” เขาพยักหน้าและตอบรับว่า “ครับ”

#### ตารางที่ 4.1 ช่วงเวลาบริบทชีวิตของกรณีศึกษา เอ



| ช่วงเวลา<br>(พ.ศ.) | บริบทชีวิต                                                                                                                                                                                         | สถานะทางกฎหมาย                                                                                                                                                                                    | ระบบประกัน                                                                                                |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2546-2547          | - เข้ามาประเทศไทยครั้งแรก<br>พร้อมครอบครัว 4 คน<br>ประกอบด้วย พ่อ แม่ น้องชาย<br>และตนเอง โดยอาศัยและทำงาน<br>อยู่ที่จังหวัดราชบุรี เป็นแรงงาน<br>ภาคเกษตร รับจ้างทำสวนผัก 2 ปี<br>- เขาอายุ 13 ปี | ผิดกฎหมายทั้งครอบครัว                                                                                                                                                                             | ไม่มีประกันสุขภาพและ<br>ประกันสังคมทั้ง<br>ครอบครัว                                                       |
| 2548               | - ย้ายมาอยู่ที่จังหวัดสมุทรสาคร<br>หมู่บ้านติดแม่น้ำท่าจีน ตาม<br>คำแนะนำของญาติ<br>- เขาอายุ 15 ปี                                                                                                | ผิดกฎหมายทั้งครอบครัว                                                                                                                                                                             |                                                                                                           |
| 2548-2554          | - แม่และพ่อของเขาเริ่มทำงาน<br>แรกที่โรงงานปลากระป๋อง 6 ปี<br>- เขาและน้องรับจ้างทั่วไป เพราะ<br>ยังอายุน้อยและไม่มีบัตรยืนยัน<br>ตัวตน                                                            | แม่และพ่อได้ขึ้นทะเบียน<br>แรงงานตามกฎหมาย เพราะ<br>บริษัทที่รับทำงานมีประกาศ<br>ดำเนินการเรื่องสถานะ<br>กฎหมายให้ แต่เขาและน้องยัง<br>ไม่ได้ขึ้นทะเบียน มีเพียงบัตร<br>ชมพู และพาสปอร์ตสีน้ำเงิน | - แม่และพ่อเข้าถึง<br>ระบบประกันสังคม<br>- ส่วนเขาและน้องชาย<br>ยังไม่มี                                  |
| 2555-2557          | - พ่อและแม่ของเขาย้ายมา<br>ทำงานที่โรงงานอาหารสัตว์                                                                                                                                                | แม่และพ่อได้ขึ้นทะเบียน<br>แรงงานตามกฎหมาย เพราะ<br>บริษัทที่รับทำงานมีประกาศ<br>ดำเนินการเรื่องสถานะ<br>กฎหมายให้ แต่เขาและน้องยัง<br>ไม่ได้ขึ้นทะเบียน มีเพียงบัตร<br>ชมพู และพาสปอร์ตสีน้ำเงิน | - แม่และพ่อเข้าถึง<br>ระบบประกันสังคม<br>- ส่วนเขาและน้องชาย<br>ยังไม่มี                                  |
| 2558               | - พ่อเสียชีวิต<br>- แม่ลาออกจากงาน เปลี่ยนมา<br>รับเลี้ยงเด็กเล็ก<br>- เขาและน้องชายเริ่มทำงานที่ ล้าง<br>(ประมง) หน้าที่แกะกุ้ง นายจ้าง<br>ช่วยดำเนินการขึ้นทะเบียนและ                            | - แม่ของเขากลายเป็นคนผิด<br>กฎหมายไม่ได้ขึ้นทะเบียน<br>หลังจากเลิกทำงาน<br>- เขาและน้องขึ้นทะเบียน<br>แรงงานถูกต้องตามกฎหมาย<br>แล้ว                                                              | - แม่ไม่ได้รับสิทธิ์<br>ประกันสังคมแล้ว<br>- ส่วนเขาและน้องชาย<br>นายจ้างซื้อประกัน<br>สุขภาพกับโรงพยาบาล |

| ช่วงเวลา<br>(พ.ศ.)  | บริบทชีวิต                                                                                                                                                             | สถานะทางกฎหมาย                                          | ระบบประกัน                            |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|                     | เซ็นรับรองการซื้อประกันสุขภาพ<br>กับโรงพยาบาลสมุทรสาครให้                                                                                                              |                                                         | สมุทรสาครให้ แต่ไม่มี<br>ประกันสังคม  |
| 2559-2561           | - ทำงานที่ ล้ง เดิม                                                                                                                                                    | เขาและน้องขึ้นทะเบียน<br>แรงงานถูกต้องตามกฎหมาย<br>แล้ว | ประกันสุขภาพกับ<br>โรงพยาบาลสมุทรสาคร |
| ก.ค. 2562           | ประสบอุบัติเหตุรถจักรยาน<br>ยนต์ชนคนออกเรืออยู่ที่จังหวัด<br>ชุมพร เข้ารับการรักษาที่<br>โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน<br>แพทย์ให้เอกซเรย์ (X-ray) ทำให้<br>ทราบว่าป่วยวัณโรค | ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามก่า<br>หมาย                        | ประกันสุขภาพ<br>โรงพยาบาลสมุทรสาคร    |
| ก.ค. 2562           | หลังทราบว่าป่วยวัณโรค ขอย้าย<br>กลับมารักษาตัวที่โรงพยาบาล<br>สมุทรสาครตามสิทธิประกัน<br>สุขภาพ                                                                        | ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามก่า<br>หมาย                        | ประกันสุขภาพ<br>โรงพยาบาลสมุทรสาคร    |
| ก.ค. 2562           | หมอวินิจฉัยว่าป่วยวัณโรค ให้รับ<br>ยาสูตร 6 เดือน                                                                                                                      | ขึ้นทะเบียนถูกต้องตาม<br>กฎหมาย                         | ประกันสุขภาพ<br>โรงพยาบาลสมุทรสาคร    |
| ก.ค. 2562           | ลาออกจากงาน นายจ้าง<br>รับผิดชอบแค่ค่ารักษารถจักรยาน<br>ยนต์ชนคน                                                                                                       | ผิดกฎหมายอีกครั้ง                                       | เงินเก็บของครอบครัว                   |
| ก.ค. - ส.ค.<br>2562 | เริ่มรักษาวัณโรค อาการช่วงแรก<br>น้ำหนักร่วงลงเล็กน้อย                                                                                                                 | ผิดกฎหมายอีกครั้ง                                       | เงินเก็บของครอบครัว                   |
| พ.ย. 2562           | รับยาเดือนที่ 4 อาการดีขึ้น<br>อยากกลับไปทำงาน เริ่มหางาน<br>และลองกลับไปสมัครที่ ล้งพัฒนา<br>อีกครั้ง                                                                 | ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย                             | ประกันสุขภาพ<br>โรงพยาบาลสมุทรสาคร    |
| ธ.ค. 2563           | รับยาเดือนที่ 5 อาการดีขึ้น ลอง<br>ไปขออนายจ้างเก่า อีกครั้ง                                                                                                           | ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย                             | ประกันสุขภาพ<br>โรงพยาบาลสมุทรสาคร    |
| ธ.ค. 2563           | กลับไปทำงานอีกครั้งที่ ล้งพัฒนา<br>ในตำแหน่งใหม่ QC อาการทั่วไป<br>ดีขึ้น ไม่เหนื่อย ไม่ไอ ผล x-ray ดี                                                                 | ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย                             | ประกันสุขภาพ<br>โรงพยาบาลสมุทรสาคร    |

| ช่วงเวลา<br>(พ.ศ.) | บริบทชีวิต                                                                        | สถานะทางกฎหมาย       | ระบบประกัน                         |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------|
| ม.ค. 2563          | ทำงานครบ 1 เดือน, ไปตรวจไม่พบเชื้อไวรัสโคโรนา แข็งแรง น้ำหนักเพิ่ม และสดใสมากขึ้น | ขึ้นทะเบียนถูกกฎหมาย | ประกันสุขภาพ<br>โรงพยาบาลสมุทรสาคร |
| 2565               | วางแผนว่าจะกลับไปอยู่ที่เมียนมา ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่พาสปอร์ตหมดอายุพอดี            | -                    | -                                  |

#### ตารางที่ 4.2 ประสบการณ์การทำงานในประเทศไทยของกรณีศึกษา เอ

| กรณีตัวอย่าง<br>(นามสมมติ) | ประสบการณ์การทำงาน<br>ในประเทศไทย | ประเภท/ลักษณะงาน | ระยะเวลาการทำงาน (ปี)   |
|----------------------------|-----------------------------------|------------------|-------------------------|
| เอ เพศชาย                  | แรงงานภาคเกษตร ราชบุรี            | ทำสวน/ทำไร่      | พ.ศ. 2546 - 2547 (2 ปี) |
| อายุ 29 ปี                 | ล้าง แห้งหนึ่งในพื้นที่สมุทรสาคร  | QC               | พ.ศ. 2559 - 2563        |

#### ตารางที่ 4.3 เครือข่ายการดูแลของกรณีศึกษา เอ

| หน่วยงาน                          | บทบาท                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| โรงพยาบาลสมุทรสาคร                | รักษา และ เยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามอาการ และการทานยาของคนไข้ โดยให้เจ้าหน้าที่ล่ามแปลภาษา เป็นผู้ปฏิบัติการทำหน้าที่เยี่ยมบ้านและติดตาม                                                                                                                                                                  |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร | เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร (งานป้องกันโรค) เพิ่งจะเริ่มติดตาม Case นี้หลังจากทีมวิจัยให้ช่วยเรื่องการติดตามกรณีศึกษา โดยรู้จักผ่านทางเจ้าหน้าที่มูลนิธิรักไทย จากนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครจึงรับ เอ เป็น Case ในการติดตามและดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร |
| มูลนิธิรักไทย                     | ทำหน้าที่ติดตาม พูดคุย ปัญหาต่างๆ ของคนไข้ โดยทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร                                                                                                                                                                                                        |

#### ผู้ปวยรายที่ 2 ชินชิน

“ปกติคนไทยไปสมัครงานไม่ต้องเสียเงิน แต่พวกเขาต้องเสียเงินเพื่อให้ได้งาน ไม่มีงานก็ไม่มีเงินไปต่อพาสปอร์ต” ชินชิน (นามสมมติ) เราเริ่มถามคำถามเธอเกี่ยวกับประวัติทั่วไป ปัจจุบันเธออายุ 43 ปี กำลังดำเนินการฟ้องหย่าจากสามี เธออยู่ประเทศไทยมาแล้ว 12 ปี มีลูก 6 คน ตั้งแต่อายุเมียนมา เธออยู่ประเทศ

ไทยกับลูก 2 คน เป็นลูกคนโต และคนรอง อีก 4 คนอยู่ที่เมียนมา ย้อนกลับไปครั้งแรกที่ตัดสินใจเข้ามายังประเทศไทย เธอเล่าว่า เธออยากมาทำงานที่นี่เพราะได้ยินคำบอกเล่าจากเพื่อนว่าเงินเดือนดี เธออยากมีชีวิตที่ดีขึ้นกว่าครั้งที่อยู่เมียนมา

ครั้งแรกที่เข้ามาประเทศไทย ซินซิน ไม่มีเอกสารทางกฎหมายใดๆ เธอบอกว่า **“ใบอนุญาตทำงานต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง”** เธอจึงใช้วิธีจ่ายค่าใช้จ่ายให้กับนายหน้าและเดินทางเข้ามาโดยด่านธรรมชาติชายแดน จุดหมายแรกของเธอ คือ จังหวัดสตูล ตามคำแนะนำของเพื่อน เธอเข้ามาทำงานที่โรงงานหอย ทำหน้าที่คัดเลือกหอย ได้ค่าแรงแบบเหมาจ่ายรายสัปดาห์จำนวน 4,000 บาท สำหรับเธอนั้นงานคัดเลือกหอยถือเป็นงานสบายไม่หนักมาก แต่ข้อเสีย คือ ไม่มีเวลาพักผ่อนเพราะต้องทำงาน 24 ชั่วโมง เธอทำงานที่สตูล 4 ปี ก็ลาออก เพราะได้ยินว่าที่ **“จังหวัดสมุทรสาครมีงานที่ได้ค่าแรงดีกว่าที่เธอทำอยู่”**

บริบทการเคลื่อนย้ายของซินซินในช่วงเริ่มเข้ามาประเทศไทย ไม่ค่อยแตกต่างจากแรงงานทั่วไปมากนัก ที่เข้ามาโดยเส้นทางธรรมชาติตามชายแดน เนื่องจากเขามีสถานะผิดกฎหมาย เขาเดินทางมาจากจังหวัดราชบุรีแล้วเดินทางต่อไปยังจังหวัดสตูลตามคำแนะนำของเพื่อน เธอได้สถานะทางกฎหมายทันทีที่เริ่มงานแรกในจังหวัดสตูล ทำให้เธอสามารถเดินทางไปจังหวัดอื่นๆ ได้ เธออยู่ที่สตูล 4 ปี จึงย้ายเข้ามาที่จังหวัดสมุทรสาคร เพราะเพื่อนแนะนำว่างานที่สมุทรสาครได้ค่าแรงที่สูงกว่า ทำให้เธอตัดสินใจเดินทางมายังสมุทรสาคร เดินทางโดยรถทัวร์

เมื่อถามถึง **“เรื่องสุขภาพ”** ในช่วงที่ซินซินทำงานที่สตูลเธอป่วยหรือไม่สบายบ้างหรือไม่? และเธอมีสิทธิประกันสังคมหรือประกันสุขภาพบ้างไหม? เธอบอกว่า มีป่วยบ้างเล็กน้อย เพราะเธอมีโรคประจำตัวคือ โรคหอบอยู่แล้ว แต่ไม่เคยเข้าโรงพยาบาล ส่วนประกันสังคม เธอบอกว่าเธอมีสิทธิประกันสังคมเพราะนายจ้างทำให้ แต่ไม่ทราบเรื่องการใช้สิทธิมากนักว่ามีประโยชน์อย่างไร เพราะหากเธอป่วยเล็กน้อยๆ เธอจะซื้อยามาทานเอง หรือไม่ก็ไปคลินิกเอกชนเพราะไม่ต้องการลางาน

ซินซินทำงานที่สตูลได้ประมาณ 4 ปี เธอลาออกจากโรงงานหอย หลังจากลาออกจากโรงงานหอยย้ายมาที่จังหวัดสมุทรสาครตามคำแนะนำจากเพื่อน เธอเริ่มงานแรกที่โรงงานอาหารสัตว์แห่งหนึ่งที่มีแรงงานต่างชาตินานมาก ซึ่งสาเหตุที่เธอได้เริ่มงานเร็ว เพราะเธอเองขึ้นทะเบียนแรงงานถูกต้องตามกฎหมายมาตั้งแต่อายุสตูลแล้ว ทำให้เมื่อมาถึงสมุทรสาครเธอจึงสามารถสมัครงานตามโรงงานได้เลย สำหรับสวัสดิการที่เธอได้รับก็เหมือนกับโรงงานหอยที่สตูล คือ ประกันสังคม เธอทำงานอยู่ชีพได้ 2 ปีก็ลาออกเพราะเธอตั้งครรภ์ และเช่นเดิมเธอบอกว่าตลอดเวลาระยะ 2 ปี เธอไม่เคยป่วยจนต้องใช้สิทธิประกันสังคมเลย

เมื่อถามว่านายจ้างให้ออกใช้ไหม? ซินซินตอบว่า เธอลาออกเองเพราะส่วนใหญ่แล้วถ้าผู้หญิงตั้งครรภ์สามีจะให้ออกจากงานมาอยู่บ้าน พอคลอดลูกก็ให้ดูแลลูก โดยรายได้หลักจะมาจากสามี การลาออกจากโรงงานชีพี้ เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เธอไม่มีสิทธิด้านสุขภาพใดๆ ซึ่งเธอเองก็ไม่ได้สนใจว่าตนเองจะได้ประโยชน์จากสิทธิดังกล่าวเพราะเธอไม่ได้ป่วยและไม่คิดว่าตนเองจะป่วยหนักจนไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ นอกจากสิทธิประกันสังคมที่เธอหมดสิทธิแล้ว หลังจากลาออกจากงาน เธอกลายเป็น **“แรงงานผิดกฎหมาย”** ทันทีจนถึงปัจจุบัน

ชินชิน ค่อนข้างโชคดีที่นายจ้างให้ความสำคัญกับการขึ้นทะเบียนแรงงานถูกกฎหมาย นายจ้างคนแรกที่สตูดิโอขึ้นทะเบียนให้เธอ เธอจึงได้รับสวัสดิการประกันสังคมแรงงาน ทำให้เธอสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศไทยทันทีที่เข้ามาทำงาน แต่เธอไม่เคยป่วยเลย อีกทั้งเธอไม่ทราบถึงประโยชน์ของการมีสิทธิประกันสังคมเท่าที่ควร และไม่ได้คำนึงถึงความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพมากนัก หากเธอป่วยเธอก็จะใช้บริการคลินิกเอกชน หรือซื้อยามาทานเอง เพราะสะดวกและประหยัดเวลา หลังจากเธอย้ายมาที่สมุทรสาคร เธอยังคงทำงานโรงงานและได้รับสวัสดิการประกันสังคมเช่นเดิม กระทั่งเธอตั้งครรภ์ เธอเลือกลาออกจากงาน เพราะสามีของเธออยากให้เธอดูแลลูก หลังจากนั้นเธอก็ไม่ได้ทำงานอีกเลย เรียกได้ว่าการตั้งครรภ์ทำให้เธอกลายเป็นแรงงานผิดกฎหมาย และไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ โดยเธอเลือกที่จะไม่ไปต่อการขึ้นทะเบียนแรงงาน เพราะเธอไม่มีรายได้ที่จะนำไปเป็นค่าใช้จ่ายดำเนินการขึ้นทะเบียน และเธอพบว่าสิ่งที่จะช่วยอำนวยความสะดวกให้เธอได้อยู่ในพื้นที่โดยที่ไม่ถูกจับ คือ การจ่ายให้กับเจ้าหน้าที่บางกลุ่มในพื้นที่บางราย เดือนละ 500 บาท เธอให้ความสำคัญเพียงแต่เรื่องที่จะสามารถอยู่ในพื้นที่สมุทรสาครได้ โดยที่เธอไม่ได้คำนึงถึงเรื่องสุขภาพเลยว่า การไม่มีสถานะทางกฎหมายนั้นจะทำให้เธอหมดสิทธิได้รับสวัสดิการ หรือ การซื้อประกันสุขภาพจากโรงพยาบาล

สำหรับชีวิตความเป็นอยู่ของเธอที่สมุทรสาครนั้น เธออาศัยอยู่ที่ชุมชนหมู่บ้านติดแม่น้ำท่าจีน จังหวัดสมุทรสาคร อาคาร 10 (ผู้อาศัยชาวเมียนมา) ชั้น 1 กับสามี ส่วนลูกสาว 2 คน อยู่อาคารเดียวกัน ชั้น 4 กับลูกชายและหลาน ภายในห้องพักของเธอแบ่งออกเป็น ห้องนอน 2 ห้อง ห้องน้ำ 1 ห้อง ระเบียง และพื้นที่กลางห้อง สภาพห้องของเธอมีกลิ่นอับ แต่ค่อนข้างโปร่งเพราะเป็นห้องว่าง มีเพียงหมอน ผ้าห่ม วางกระจัดกระจาย และอุปกรณ์ทำครัวเล็กน้อย ซึ่งในปัจจุบันเธอหย่าขาดจากสามี ทำให้เธอต้องย้ายขึ้นไปอยู่ร่วมกับลูกสาว ลูกชาย และหลาน รวม 5 คน พื้นที่ห้องพักจึงค่อนข้างแออัดเพราะจำนวนคนเยอะ เธอนอนอยู่พื้นที่กลาง ในขณะที่ลูกสาว และลูกชายทั้ง 2 คู่ นอนในห้องนอนที่แยกไว้ 2 ห้อง สภาพห้องปัจจุบันค่อนข้างสกปรก อับ ข้าวของกระจัดกระจาย

การใช้ชีวิตอยู่ที่จังหวัดสมุทรสาครนั้น เริ่มแรกที่เข้ามา พบว่า เธอและครอบครัวอยู่ที่หมู่บ้านดังกล่าวตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน โดยเธออยู่กับสามี และลูกสาวสองคนอยู่กับลูกชายอีกห้องถัดไป แต่เมื่อเธอลูกกับสามี ทำให้เธอต้องขอย้ายไปอยู่ร่วมกับลูกสาว ความเป็นอยู่ของเธอจึงกลายเป็นภาพของ “วัฒนธรรมเช่าร่วม” เนื่องจากภายในห้องพักอยู่กันทั้งหมด 7 คน ประกอบด้วย ลูกสาว 2 คน ลูกชาย 2 คน และหลานอีก 2 คน สิ่งที่น่ากังวล คือ เธอใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับลูกสาว ลูกชาย และหลาน ในช่วงที่เธอป่วยวัณโรคจนหายขาด โดยครอบครัวของเธอที่เรียกว่าเป็นผู้สัมผัส ก็ยังไม่มีใครได้รับการตรวจสุขภาพ

ชินชินมีอาการป่วยวัณโรค เริ่มต้นเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 เธอประสบกับปัญหาสุขภาพครั้งแรก เธอมีอาการเหนื่อย เป็นไข้ หนาวสั่น เธอจึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผลตรวจพบว่าเธอป่วยเบาหวาน แพทย์ให้เธอนอนดูอาการที่โรงพยาบาลนานถึง 7 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาเธอต้องจ่ายเองทั้งหมด เนื่องจาก เธอไม่มีประกันสังคมเพราะไม่ได้ทำงาน และไม่สามารถซื้อประกันสุขภาพของโรงพยาบาลได้เพราะไม่มีพาสปอร์ต หลังจากออกจากโรงพยาบาลได้ประมาณ 1 เดือน อาการเธอหนักขึ้น หนาวสั่น เหนื่อยง่าย เธอกลับมารักษาตัวที่โรงพยาบาลอีกครั้ง แพทย์ให้เธอนอนโรงพยาบาล 4 คืน แพทย์ตรวจวินิจฉัย และให้

เธอเอกซเรย์ (X-ray) ผลตรวจพบว่า ป่วยวัณโรค แพทย์ให้ยาครั้งแรก 1 เดือนครึ่ง และเธอต้องจ่ายค่ารักษาเอง เช่นเดิม

หลังจากทานยาครบ 1 เดือนครึ่ง เธอตัดสินใจ **หนีกลับเมียนมาเพราะเธอไม่มีเงินรักษา** ต่อเนื่อง เธอกลับไปอยู่เมียนมาเกือบ 1 ปี และกลับเข้ามาสมุทรสาครอีกครั้งเมื่อปลายปี พ.ศ. 2561 หลังจากเธอกลับมาได้ 20 วัน อาการของเธอทรุดหนัก ไอปนเลือด ไม่มีแรง บวกกับอาการที่เกิดจากเบาหวานทำให้ตาของเธอเริ่มมองไม่เห็น เธอเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาครอีกครั้ง เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2561 แพทย์ให้เธอนอนโรงพยาบาล 4 วัน เพื่อรอผลตรวจ ผลตรวจครั้งนี้พบว่าเธอป่วยวัณโรค MDR ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ตอนนั้นเธอเล่าว่า เธอคิดว่าเธอคงไม่รอดแน่ๆ ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษา ไม่มีประกันสุขภาพ เธอต้องจ่ายค่ารักษาครั้งนี้ด้วยเงินของเธอเองประมาณสองหมื่นกว่าบาท ซึ่งเธออดใจจะกลับเมียนมาแล้วเพราะไม่มีเงินรักษาต่อแน่นอน แต่โชคดีที่เจ้าหน้าที่ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร โรงพยาบาล และมูลนิธิในพื้นที่ช่วยกันดูแลขอความอนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาให้กับเธอ

ชินชิน เป็นกรณีศึกษาที่ค่อนข้างมีความซับซ้อน ก่อนหน้านี้ เราได้นำเสนอภาพขณะที่ชินชินมีสถานะทางกฎหมายจึงเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ แต่เนื้อหาต่อจากนี้ เราจะนำเสนอภาพของการเป็นบุคคลผิดกฎหมายแต่ยังเข้าถึงบริการสุขภาพได้ กล่าวคือ หลังจากที่ชินชินตั้งครุฑและลาออกจากงาน เมื่อปี พ.ศ. 2560 เธอมีอาการไอ น้ำหนักลดลง เหนื่อยหอบ จนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผลตรวจพบว่า เธอป่วยวัณโรค ในครั้งแรกของการรักษาเธอจ่ายค่ารักษาเองทั้งหมด ทำให้เธอไม่เสียเงินเลย เธอจึงหนีกลับเมียนมา แต่เธอก็กลับเข้ามาที่สมุทรสาครอีกครั้ง เมื่อเธอกลับเข้ามาอีกครั้ง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเจ้าหน้าที่มูลนิธิรักษไทยรัฐสีกเป็นกังวล และคิดว่าต้องรักษาเธอให้หายขาด ทุกหน่วยงานจึงช่วยประสานการขอความอนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายจากโรงพยาบาลสมุทรสาครให้ ทำให้เธอสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอีกครั้ง

หลังจากเธอกลับมาในพื้นที่อีกครั้ง แพทย์ให้ยาสูตร 2 ปีกับเธอ เธอทานยา และพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทางเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ต่างช่วยกันดูแล ผลัดเปลี่ยนไปเยี่ยมและติดตามเธออย่างต่อเนื่อง เธอรับยาสูตรสองปีได้ประมาณ 1 เดือนกว่าๆ แพทย์ปรับยาให้เธอเป็นสูตร 9 เดือน เพราะกังวลว่าเธออาจจะหนีกลับเมียนมาหรือหายไปจากพื้นที่เหมือนกรณีที่เคยมีมา และมันก็เกิดขึ้นจริงกับกรณีของเธอ **เธอสารภาพว่าเธอแอบหนีกลับเมียนมาโดยที่ไม่บอกเจ้าหน้าที่อีกครั้งเพราะธุระส่วนตัว** ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้เล่าให้ฟังอีกเช่นกันว่า พอเธอกลับมาเธอไปที่โรงพยาบาลและบอกกับแพทย์ว่าเธอไม่ได้ทานยามาแล้ว 3 วัน เพราะในขณะที่เธอจะข้ามกลับมา ยังฝั่งไทย นายหน้าให้เธอเอายาวัณโรคทิ้งเพราะกลัวว่าเจ้าหน้าที่ด่านจะไม่ให้ข้ามมาทำให้เธอขาดการทานยาอย่างต่อเนื่องไป 3 วัน แพทย์จึงให้ยาเธออย่างต่อเนื่องอีกครั้ง และกำชับว่าให้เธอทานยาและมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งครั้งนี้เธอเองทำตามอย่างเคร่งครัดจนผลเพาะเชื้อเธออยู่ในเกณฑ์ดี แพทย์จึงหยุดยาฉีด แต่พบอาการทางสายตาของเธอที่เกิดจากโรคเบาหวาน

ปี พ.ศ. 2562 ชินชินเดินทางเคลื่อนย้ายอีกครั้ง คราวนี้เธอหนีกลับเมียนมาอีกครั้งโดยที่ไม่แจ้งเจ้าหน้าที่หน่วยงานใดๆ การไม่แจ้งข่าว สะท้อนให้เห็นว่า ชินชิน มีความกังวลและยังไม่เชื่อใจเจ้าหน้าที่ เพราะเธอบอกว่า หากแจ้งเจ้าหน้าที่กลัวว่าเธอจะไม่ได้กลับเมียนมาตามที่เธอตั้งใจ เธอจึงเลือกที่จะไม่บอก เธอคิด

เพียงแต่เรื่องการกลับไปเมียนมาเท่านั้น โดยไม่ได้ตระหนักถึงเรื่องของการทานยาอย่างต่อเนื่อง และสิ่งที่เจ้าหน้าที่กังวลก็เกิดขึ้น คือ เธอขาดยา เนื่องจากนายหน้ากลัวว่าจะไม่สามารถผ่านด่านชายแดนได้จึงให้เธอทิ้งยา

ช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 เธอมีความจำเป็นจะต้องกลับเมียนมาเพื่อไปขึ้นศาลฟ้องหย่าสามี แต่ครั้งนี้เธอได้แจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนที่จะเดินทางกลับ สิ่งนี้ทำให้เราเห็นว่าเธอไว้วางใจเจ้าหน้าที่มากขึ้น และอยากรักษาตัวให้หายจากการป่วย ซึ่งในเวลาที่เธอแจ้งว่าจะกลับเมียนมานั้นเธอเหลือยาอยู่แค่ 2 เดือน ทางเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงช่วยประสานกับทางโรงพยาบาลเพื่อให้ออกใบรับรองแพทย์ และให้ยาจำนวน 2 เดือนส่งไปให้กับเธอที่เมียนมา โดยการส่งยาวัณโรคเจ้าหน้าที่มูลนิธิรักษ์ไทยเป็นผู้ประสานกับคนขับรถตู้เพื่อไปส่งถึงบ้านเธอ เธอติดต่อกลับผ่านลูกสาวว่าเธอได้รับยาเรียบร้อยแล้ว และเธอเองก็จะทานยาให้ครบทางด้านเจ้าหน้าที่ก็หวังให้เป็นเช่นนั้นแต่ก็ยังมีความกังวลอยู่บ้าง ด้วยอาการทางสายตาที่อาจทำให้เธอนั้นละเลยการทานยา เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ยังคงติดตามอาการของเธอเรื่อย ๆ ถึงแม้เธอจะติดต่อกลับมาว่าเธออาการดีขึ้นและจะไม่กลับมาที่ไทยอีกก็ตาม

เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขสมุทรสาครติดต่อกับเธอกลับมาอยู่ที่สมุทรสาครอีกครั้ง ซึ่งทางเจ้าหน้าที่เองก็ยังไม่ได้ไปพบเธอ เราจึงนัดกันไปพบเธอในวันที่ 19 ธันวาคม 2562 เรานัดเจอกันที่อาคาร 10 อีกครั้ง ในขณะที่เรารอเธอเดินลงมานั้น มีผู้หญิงคนหนึ่งร่างกายแข็งแรง สายตามองเห็นดี เดินวนอยู่หน้าอาคาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดรู้สึกคุ้นหน้าเลยลองเรียก ปรากฏว่า ผู้หญิงที่แข็งแรงคนนั้น คือ เธอเอง เจ้าหน้าที่ทุกคนทั้งทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและรักษ์ไทยต่างประหลาดใจที่เธอแข็งแรงราวกับไม่เคยป่วยด้วยวัณโรคมาก่อน

ซินซินเล่าด้วยอารมณ์ดีและร่าเริงว่า เธอแข็งแรง หายดีแล้วนะ และเธอยังผ่าตัดตาข้างหนึ่งแล้วด้วย เหลืออีกข้างที่จะกลับไปผ่าตัดอีกทีปีหน้า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดบอกให้เธอไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลสมุทรสาครอีกครั้งเพื่อตรวจให้แน่ใจว่าเธอหายป่วย เธอเริ่มกังวลและหันไปทูลถามจากมูลนิธิรักษ์ไทย แต่สุดท้ายเธอก็รับปากและยอมไป เราถามเธอว่าจะกลับมาทำงานอีกครั้งหรือไม่ เธอตอบว่าอยากทำ แต่คงไม่ได้ทำในบริษัทเพราะเธอไม่มีใบอนุญาตทำงาน พาสปอร์ตก็หมดอายุ หากจะให้ไปต่อก็ต้องใช้เงินเยอะและขั้นตอนยุ่งยากเธอจึงเลือกที่จะอยู่อย่างผิดกฎหมาย เพราะเธอบอกว่าเธอสามารถอยู่ได้ถึงแม้จะผิดกฎหมายก็ตาม

วันที่ 21 มกราคม 2563 เราไปเยี่ยมและติดตามซินซินอีกครั้ง ผลตรวจจากทางโรงพยาบาลบอกว่าเธอหายดีแล้ว แต่ยังคงต้องไปพบแพทย์อีกในเดือนมีนาคม เธอเริ่มกลับมาใช้ชีวิตปกติอีกครั้ง และทำงานเป็นนายหน้าหาลูกเรือออกเรือให้กับเจ้าแกคนหนึ่งในบางหญ้าแพรก โดยได้รับค่าตอบแทนครั้งละ 5,000 บาท มีคนรู้จักเธอเยอะเพราะเธออยู่ที่ชุมชนนี้มานาน เธอจึงเป็นเหมือนตัวกลางเชื่อมต่อกลุ่มคนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องงาน ตอนเย็นเธอออกไปเดินตลาดหน้าชุมชน ไปวัดบ้างบางครั้ง เธอบอกว่าเธอรู้สึกดีมากที่หายจากการป่วยขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ให้การช่วยเหลือ เธอจะดูแลตัวเองให้ดีขึ้นได้ไม่ป่วยอีก

เราถามซินซินต่อว่าอยู่ได้อย่างไร? เธอเล่าแบบหมดเปลือกว่า “เธอจ่ายเงินให้กับเจ้าหน้าที่บางกลุ่มในพื้นที่เดือนละ 500 บาท ทุกวันที่ 25 ของเดือน เจ้าหน้าที่คนนั้นจะมารับเงินที่อาคาร” เพียงเท่านี้เธอก็สามารถใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่ได้แล้ว ซึ่งดูเหมือนว่าเธอจะพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้ โดยเธอเองไม่ได้สนใจ

เรื่องสุขภาพเท่าที่ควร ไม่ว่าจะเป็นสิทธิต่างๆ ที่จะได้หากเธอมีใบอนุญาตที่ถูกกฎหมาย ทีมเจ้าหน้าที่พยายามพูดให้เธอค่อยตามและไปทำประกันสุขภาพของโรงพยาบาล เธอก็ได้แต่ตอบรับซึ่งเราคิดว่าเธอคงทำตามแน่นอน เพราะตอนนี้เธอมีทางออกที่ทำให้เธออยู่ในพื้นที่ได้ง่ายขึ้น โดยเธอพูดว่า “ถึงเธอไม่มีพาสปอร์ตก็สามารถใช้ชีวิตอยู่ได้เพียงแค่จ่าย 500 บาทให้กับตำรวจในพื้นที่”

หลังจากไปเยี่ยมชินชินครั้งสุดท้ายเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ.2563 นักวิจัยคิดว่าเรื่องราวของชินชินที่เราติดตามจนจบแล้วหลังจากที่เธอหายขาดจากวัณโรค แต่เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2563 ผู้ศึกษาได้รับการติดต่อจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร (งานป้องกันวัณโรค) แจ้งข่าวว่า “ชินชินเสียชีวิตแล้ว” ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุของการเสียชีวิตอย่างแน่ชัด ทราบเพียงแค่ว่าเธอซื้อขนมสดกินจนเสียชีวิตอยู่ภายในห้องพัก อาคาร 18 บ้านเอื้ออาทรท่าจีน สมุทรสาคร เบื้องต้นคิดว่าเป็นอาการที่เกิดจากโรคเบาหวานที่เธอป่วยอยู่ เมื่อถามว่าจะเกี่ยวกับการป่วยวัณโรคหรือไม่? เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครก็ไม่สามารถตอบได้ เพราะก่อนหน้านี้ผลตรวจวัณโรคของเธอออกมาว่า “เธอหายขาดแล้ว”

ตารางที่ 4.4 ช่วงเวลาบริบทชีวิตของกรณีศึกษา ชินชิน

| ช่วงเวลา<br>(พ.ศ.) | บริบทชีวิต                                                                                                                   | สถานะทางกฎหมาย             | ระบบประกัน                                          |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|
| 2551               | เข้ามาประเทศไทยครั้งแรก พร้อมสามีและลูกสาว 2 คน จุดหมายแรก คือ จังหวัดสตูล โรงงานหอย ทำหน้าที่คัดแยกหอย ได้ค่าจ้างรายสัปดาห์ | ผิดกฎหมายทั้งครอบครัว      | ไม่มีประกันสุขภาพและประกันสังคมทั้งครอบครัว         |
| 2552-2556          | ทำงานโรงงานหอย 4 ปี นายจ้างดำเนินการขึ้นทะเบียนแรงงานให้เธอและสามี                                                           | ขึ้นทะเบียนแรงงานถูกกฎหมาย | ประกันสังคม                                         |
| 2557               | ลาออกจากโรงงานหอย ย้ายมาที่จังหวัดสมุทรสาคร ตามคำแนะนำของเพื่อนว่ามีงานที่ได้ค่าแรงสูง                                       | ขึ้นทะเบียนแรงงานถูกกฎหมาย | ยังไม่ได้สมัครงานเลย ไม่มีประกันสังคม               |
| 2557-2559          | ทำงานที่โรงงานอาหารสัตว์ 2 ปี                                                                                                | ขึ้นทะเบียนแรงงานถูกกฎหมาย | ประกันสังคม                                         |
| 2559               | ตั้งครรภ์ลูกคนที่ 3 (ปัจจุบันลูกคนสุดท้องยังอยู่ในวัยเด็ก)                                                                   | ผิดกฎหมาย (ไม่ต่อทะเบียน)  | ไม่มีสิทธิด้านสุขภาพใดๆ                             |
| พ.ย. 2560          | มีอาการ ไอ เหนื่อย หอบ น้ำหนักลด ไปตรวจสุขภาพจึงทราบว่าป่วยวัณโรค                                                            | ผิดกฎหมาย (ไม่ต่อทะเบียน)  | ไม่มีสิทธิด้านสุขภาพใดๆ (จ่ายค่ารักษาเองในครั้งแรก) |
| ธ.ค. 2560          | รับยาได้หนึ่งเดือน หนักกลับเมียนมาเพราะไม่มีเงินค่ารักษาต่อเนื่อง                                                            | ผิดกฎหมาย (ไม่ต่อทะเบียน)  | ไม่มีสิทธิด้านสุขภาพใดๆ สมุทรสาคร                   |



| ช่วงเวลา<br>(พ.ศ.) | บริบทชีวิต                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | สถานะทางกฎหมาย               | ระบบประกัน                                                                                     |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2560-2561          | กลับไปอยู่เมียนมา 1 ปี                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ผิดกฎหมาย<br>(ไม่ต่อทะเบียน) | ไม่มีสิทธิด้านสุขภาพ<br>ใดๆ                                                                    |
| ธ.ค. 2561          | กลับมาที่สมุทรสาครอีกครั้ง อาการทรุดหนัก<br>แพทย์ให้นอนโรงพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ผิดกฎหมาย<br>(ไม่ต่อทะเบียน) | โรงพยาบาล<br>สมุทรสาคร สสจ.<br>และ รักษไทย<br>ช่วยกันดูแล ทำการ<br>ขออนุเคราะห์ค่า<br>รักษาให้ |
| ม.ค. 2562          | รับยาสูตรใหม่ได้เพียง 1 เดือน หนักกลับเมียน<br>มาอีกครั้ง เอายากลับไปด้วย แต่สุดท้าย<br>นายหน้าให้ทิ้งยาเพราะกลัวว่าเจ้าหน้าที่ด่าน<br>จะไม่ให้ข้ามกลับมา เธอจึงขาดยา 3 วัน                                                                                                                                                                                                                                                           | ผิดกฎหมาย<br>(ไม่ต่อทะเบียน) | โรงพยาบาล<br>สมุทรสาคร สสจ.<br>และ รักษไทย<br>ช่วยกันดูแล ทำการ<br>ขออนุเคราะห์ค่า<br>รักษาให้ |
| ก.พ.- ส.ค.<br>2562 | รับการรักษอย่างต่อเนื่อง ปรับยาเป็นสูตร 9<br>เดือน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ผิดกฎหมาย<br>(ไม่ต่อทะเบียน) | โรงพยาบาล<br>สมุทรสาคร สสจ.<br>และ รักษไทย<br>ช่วยกันดูแล ทำการ<br>ขออนุเคราะห์ค่า<br>รักษาให้ |
| ก.ย. 2562          | มีความจำเป็นต้องกลับเมียนมาเพื่อไปทำเรื่อง<br>พ้องหายสามี แต่ครั้งนี้เธอไวใจเจ้าหน้าที่มาก<br>ขึ้น เธอแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนกลับ ทำให้<br>เจ้าหน้าที่ทราบวันและเวลาที่เธอจะเดินทาง<br>ไปและกลับ ซึ่งเธอเหลือรับยาแค่ 2 เดือนก็จะ<br>ครบตามสูตรการรักษา เจ้าหน้าที่<br>ประสานงานกับโรงพยาบาลสมุทรสาคร<br>เพื่อให้ออกใบรับรองแพทย์ และส่งยา 2<br>เดือนไปให้เธอ โดยให้เจ้าหน้าที่มูลนิธิรักษ์<br>ไทยประสานกับเจ้าหน้าที่ด่านว่าเธอเป็นคนไข้ | ผิดกฎหมาย<br>(ไม่ต่อทะเบียน) | โรงพยาบาล<br>สมุทรสาคร สสจ.<br>และ รักษไทย<br>ช่วยกันดูแล ทำการ<br>ขออนุเคราะห์ค่า<br>รักษาให้ |

| ช่วงเวลา<br>(พ.ศ.) | บริบทชีวิต                                                                                                                                                                 | สถานะทางกฎหมาย                                                                          | ระบบประกัน                                                                                     |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | ที่ต้องรับยาวัณโรคต่อเนื่องจำเป็นที่จะต้องส่งยาไปให้เธอที่เมียนมา                                                                                                          |                                                                                         |                                                                                                |
| ธ.ค. 2562          | เธอกลับมาที่สมุทรสาครอีกครั้ง ร่างกายแข็งแรงมากขึ้นจนเจ้าหน้าที่จำไม่ได้ และตาของเธอที่บอดเพราะเบาหวานก็ได้ทำการผ่าตัดแล้ว 1 ข้าง                                          | ผิดกฎหมาย<br>(ไม่ต่อทะเบียน)<br>ใช้วิธีการจ่ายเงินให้เจ้าหน้าที่บางกลุ่มเดือนละ 500 บาท | โรงพยาบาล<br>สมุทรสาคร สสจ.<br>และ รักษไทย<br>ช่วยกันดูแล ทำการ<br>ขออนุเคราะห์ค่า<br>รักษาให้ |
| ม.ค. 2563          | พบแพทย์ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อเอกซเรย์ และตรวจผลเพาะเชื้อ ผลพบว่าเธอหายป่วยวัณโรคแล้ว แต่ยังมีอาการของโรคเบาหวานอยู่                                                   | ผิดกฎหมาย<br>(ไม่ต่อทะเบียน)<br>ใช้วิธีการจ่ายเงินให้เจ้าหน้าที่บางกลุ่มเดือนละ 500 บาท | โรงพยาบาล<br>สมุทรสาคร สสจ.<br>และ รักษไทย<br>ช่วยกันดูแล ทำการ<br>ขออนุเคราะห์ค่า<br>รักษาให้ |
| ก.พ. 2563          | เธอกลับมาใช้ชีวิตปกติอีกครั้งหลังหายป่วย เริ่มทำงาน เธอทำงานเป็นนายหน้าหาลูกเรือให้นายจ้าง หากนายจ้างต้องการลูกเรือก็จะติดต่อผ่านเธอ โดยเธอจะได้ค่าตอบแทนครั้งละ 5,000 บาท | ผิดกฎหมาย<br>(ไม่ต่อทะเบียน)<br>ใช้วิธีการจ่ายเงินให้เจ้าหน้าที่บางกลุ่มเดือนละ 500 บาท | ไม่มีสิทธิด้านสุขภาพ<br>ใดๆ                                                                    |
| มี.ค. 2563         | เสียชีวิตภายในห้องพักอาคาร 10 หมู่บ้านติดแม่น้ำท่าจีน จังหวัดสมุทรสาคร ด้วยอาการช็อคหมดสติ                                                                                 | ผิดกฎหมาย<br>(ไม่ต่อทะเบียน)<br>ใช้วิธีการจ่ายเงินให้เจ้าหน้าที่บางกลุ่มเดือนละ 500 บาท | ไม่มีสิทธิด้านสุขภาพ<br>ใดๆ                                                                    |

#### ตารางที่ 4.5 ประสบการณ์การทำงานในประเทศไทยของกรณีศึกษา ชินชิน

| กรณีตัวอย่าง<br>(นามสมมุติ) | ประสบการณ์การทำงาน<br>ในประเทศไทย | ประเภท/ลักษณะงาน | ระยะเวลาการทำงาน (ปี) |
|-----------------------------|-----------------------------------|------------------|-----------------------|
| ชินชิน เพศหญิง อายุ 43 ปี   | โรงงานหอย จังหวัดสตูล             | คัดแยกหอย        | 4 ปี (พ.ศ.2552-2556)  |
|                             | โรงงานอาหารสัตว์ จังหวัดสมุทรสาคร | โรงงานอุตสาหกรรม | 2 ปี (พ.ศ.2557-2559)  |

|  |                                                             |            |                            |
|--|-------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|
|  | นายหน้าหาลูกเรือให้<br>นายจ้าง ทะเลไทย จังหวัด<br>สมุทรสาคร | จัดหาคนงาน | 3 เดือน (ม.ค.- มี.ค. 2563) |
|--|-------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|

#### ตารางที่ 4.6 เครือข่ายการดูแลของกรณีศึกษา ชินชิน

| หน่วยงาน                          | บทบาท                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| โรงพยาบาลสมุทรสาคร                | ดูแลการรักษา และ อนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษา                                                                                                                                                                           |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร | ชินชิน เป็น Case คนใช้วีณโรค MDR ที่อยู่ในความดูแลของสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร (งานวีณโรค) ตั้งแต่เริ่มป่วย โดย สสจ. ทำหน้าที่ติดตามและช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่าย การขออนุเคราะห์การรักษา ประสานงานกับโรงพยาบาลสมุทรสาคร |
| มูลนิธิรักษ์ไทย                   | ทำหน้าที่ติดตามคนใช้ร่วมกับ สสจ. ช่วยเรื่องการประสานงานระหว่างประเทศช่วงที่คนใช้กลับเมียนมา, ช่วยในเรื่องการพูดคุยสื่อสารกับคนใช้                                                                                         |

#### ผู้ป่วยรายที่ 3 อองข่าน

“ผมมาที่นี่เพื่อทำงานส่งเงินไปให้ลูกเรียนหนังสือ ผมต้องรู้ เจ้านายผมดีมาก”

อองข่าน (นามสมมติ) ชายชาวย่างกุ้ง อายุ 45 ปี เขาเล่าว่า เขามีลูก 2 คน ผู้ชายทั้งสอง คนโต อายุ 8 ขวบ คนเล็กอายุ 3 ขวบ เขาบอกว่าลูกเขายังเล็กจึงให้อยู่ที่เมียนมา เขามาทำงานที่ประเทศไทยเพื่อส่งเงินให้ลูกเรียนหนังสือ ถึงแม้ว่าครอบครัวเขาจะค่อนข้างมีฐานะอยู่ทางเมียนมา แต่เขาเองรู้สึกว่าการที่ได้เข้ามาทำงานที่ประเทศไทยจะช่วยให้เขามีรายได้ที่สูงกว่าอยู่ที่เมียนมา

อองข่านเข้ามาประเทศไทยตอนอายุประมาณ 35 ปี อยู่มาเกือบ 10 ปี โดยจังหวัดสมุทรสาครเป็นจุดหมายที่เขาตั้งใจเข้ามาทำงาน ซึ่งไม่มีใครแนะนำแต่เขาเองเสี่ยงเข้ามา งานแรกของเขา คือ ทะเลไทย อองข่านเล่าว่าเขาโชคดีที่ได้ทำงานกับเจ้าแกใจดีคนนี้ เพราะเจ้าแกคนนี้ช่วยเหลือเขาทุกอย่าง เขาไม่เคยเปลี่ยนที่ทำงานเลย เขาเจอกับแฟนที่สมุทรสาคร แฟนทำงานเป็นแม่บ้านอยู่ที่ตึกที่เขาอาศัยอยู่จึงได้เจอกัน พอมีลูกแฟนเขาจึงต้องพาลูกกลับไปเมียนและอยู่ดูแลลูก ทำให้เขาอยู่สมุทรสาครคนเดียวเป็นส่วนใหญ่

เขาเล่าว่า ครอบครัวของเขาส่วนใหญ่รับราชการอยู่ฝั่งเมียนมา น้องสาวเขาเป็นครู เขาพูดพร้อมรู้รูปรับปริญญาน้องสาวให้เขาดู แต่เขาบอกว่าเป็นครูที่โน่นเงินเดือนน้อยกว่าที่เขาเข้ามาทำงานที่สมุทรสาครอีก เขาจึงเลือกที่จะอยู่ที่ประเทศไทย ส่วนลูกๆ นั้นก็จะส่งให้เรียนหนังสืออยู่ที่เมียนมา หากมีเวลว่างก็จะกลับไปเยี่ยม เขาเล่าว่าก่อนหน้าเขาป่วยเขากลับบ้านทุกปี พอป่วยก็ไม่ได้กลับต้องรักษาตัว บวกกับต้องเร่งเก็บเงินเพราะในช่วงที่ป่วยเขาออกจากงานเขาใช้เงินเก็บที่ได้จากการทำงานก่อนหน้าที่จะป่วยไปเยอะ อีกทั้งปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับเมียนมาค่อนข้างสูงเที่ยวละ 550 บาท จากมหาชัยถึงแม่สอด เขายังต้องต่อรถจากแม่สอดไปยังบ้านอีกต่อหนึ่งด้วย

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นว่า บริบทการเคลื่อนย้ายของอองข่านมีจุดหมายเดียว คือ จังหวัดสมุทรสาคร โดยอองข่านเข้ามาทางแม่สอดโดยที่ไม่มีใครแนะนำ เขาเดินทางจากแม่สอดเข้าไปที่สมุทรสาครโดย

รถทัวร์ สิ่งที่น่าสนใจ คือ เมื่อครั้งที่น้องชานเข้ามา เขาไม่มีพาสปอร์ต เข้ามาแบบผิดกฎหมาย แต่ทำไมเขาจึงสามารถเข้ามาทางด่านแม่สอดตามคำบอกเล่าของเขาได้ ในช่วงเทศกาลเขาเดินทางกลับเมียนมาบ่อยครั้ง แต่หลังจากที่เขาป่วย เขาต้องรักษาตัว เขาจึงไม่ได้กลับไปเมียนมาอีกเลยจนถึงปัจจุบัน

ห้องพักที่ น้องชาน อาศัยอยู่นั้น สภาพแวดล้อมสะอาด ไม่มีกลิ่นอับ ห้องโปร่ง ภายในห้องของเขาเป็นสัดส่วน ของใช้จัดวางเป็นระเบียบ ทำให้ทราบว่า เขาเป็นคนที่ดูแลความสะอาดห้องเป็นอย่างดี ห้องพักที่เขาอาศัยอยู่แถวชุมชนวัดป้อม ชีวิตประจำวันของน้องชาน คือ ทำงานตี 4 เลิกงาน 9 โมงเช้า กลับมานอนพัก ตอนเย็นไปออกกำลังกายแถวชุมชน เขาไม่ค่อยมีเพื่อนสนิทเท่าไร แต่สามารถพูดคุยได้กับทุกคน ไปวัดบ้างในบางครั้ง

เมื่อถามถึงเรื่อง “สุขภาพ” เขาเล่าว่า เขาเคยป่วยวัณโรคตอนอยู่ที่ย่างกุ้ง แต่กินยาจนหายแล้ว จึงเดินทางมาทำงานที่สมุทรสาคร เขาไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพเลยเพราะเขาไม่ได้ทำงานในโรงงาน เขาทำงานอยู่ในตลาดทะเลไทย ส่วนมากจะไม่มีสวัสดิการประกันสังคมให้กับแรงงานอยู่แล้ว และตัวเขาเองก็ไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพเท่าที่ควร เขาให้ความสำคัญกับเวลาการทำงานมากกว่า เพราะเขาได้รับค่าตอบแทนรายวัน หากวันไหนหยุดงานเขาก็จะไม่ได้รับค่าแรง ฉะนั้นเค้าจะสนใจเพียงแค่เรื่องงานและเงินเท่านั้น หากป่วยเล็กๆ น้อย เขาจะเลือกใช้บริการคลินิกสาธารณะในพื้นที่เพราะไม่เสียเวลาในการเข้ารับบริการ

ตลอดเวลาประมาณ 3 ปีที่เขาทำงาน เขาบอกว่าไม่เคยป่วยเลย พอเข้าปีที่ 4 เริ่มรู้สึกป่วย มีอาการเจ็บหน้าอก เป็นไข้ หนาว และไอปนเลือด เขาตกใจมากรีบไปหาหมอคลินิกเอกชนในพื้นที่สมุทรสาคร หมอที่คลินิกให้ยาวัณโรค เขาย้ายค่ารักษา 2,000 บาท ทานยาอยู่เกือบสัปดาห์อาการไม่ดีขึ้นเลยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร เขาบอกว่าตอนนั้นเขารู้สึกแย่มากรู้ตัวว่าไม่ไหวแล้วถึงเลือกที่จะไปโรงพยาบาลถึงแม้จะรู้ว่าตัวเองไม่มีบัตรประกันสังคม หรือประกันสุขภาพเลย เขาจึงต้องจ่ายค่ารักษาอีก 3,000 บาท วันที่ไปโรงพยาบาลเขาได้นำยาที่ได้จากคลินิกไปให้แพทย์ที่โรงพยาบาลดูด้วย หลังจากนั้นเขาก็เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาครมาโดยตลอด

ช่วงที่เปลี่ยนมารักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร เขารู้แล้วว่าเขาคงรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายเยอะเพราะเขาป่วยวัณโรค MDR ทางโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร จึงแนะนำให้เขาทำบัตรประกันสุขภาพของโรงพยาบาล เพราะเขามีพาสปอร์ตถูกต้องตามกฎหมาย เขาตกลงทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เขาเสียค่าใช้จ่ายการทำบัตรสุขภาพต่างตัว 2,800 บาท อีกทั้งในกรณีของน้องชานนั้น ยังได้เงินดูแลจากทางสาธารณสุขจังหวัดเดือนละ 1,500 บาทอีกด้วย ปัจจุบันน้องชานรับการรักษาได้ประมาณ 16 เดือนแล้ว

สำหรับการเข้าถึงบริการสาธารณสุข พบว่า ในช่วงที่มีอาการ เขาเลือกใช้บริการคลินิกเอกชน ยอมจ่ายค่ารักษาพยาบาลอัตราที่สูงเพื่อความสะดวก รวดเร็ว ไม่เสียเวลาการทำงาน แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงไปโรงพยาบาลสมุทรสาคร ผลพบว่า เขาป่วยวัณโรค MDR และต้องรักษาต่อเนื่อง การป่วยวัณโรค MDR มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง เจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น โรงพยาบาลสมุทรสาคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร (งานป้องกันวัณโรค) และ มูลนิธิรักษ์ไทย ให้คำแนะนำเขาว่า เขาควรจะซื้อประกันสุขภาพโรงพยาบาล ซึ่งเขาสามารถดำเนินการได้เลยเพราะเขาขึ้นทะเบียนแรงงานและมีพาสปอร์ตที่ถูกต้องตามกฎหมาย

ซึ่งเขาตกลงทำตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พื้นที่ ทำให้ปัจจุบันเขาสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน นอกเหนือจากการซื้อประกันสุขภาพแล้ว อองซานได้รับการดูแลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร โดยได้มอบเงินเดือน เดือนละ 1,500 บาท ให้เขาทุกเดือนจนกว่าจะรักษาครบ

เมื่อถามถึงการทำงานหลังทราบผลตรวจว่าป่วยเป็นวัณโรค เขาเล่าว่า “**นายจ้างเข้าใจ นายจ้างใจดี**” ให้ทำงานต่อแต่ต้องใส่หน้ากากป้องกัน เพื่อนที่ทำงานรู้อย่างบางคน ทุกคนไม่รังเกียจ แต่เขาขอหยุดงานเอง เพราะอยากรักษาตัวให้อาการดีขึ้นก่อนจึงจะกลับไปทำงาน ซึ่งนายจ้างก็ยินดีให้เขากลับไปทำงานถ้าเขาอาการดีขึ้น ตอนนั้นเขาบอกว่าเขาไม่มีแรงเลย ลุกไม่ได้ ปวดเข้า เจ็บหน้าอก วันๆ นอนอย่างเดียว เป็นอยู่แบบนั้นหลายเดือน เขารู้สึกว่าเขาต้องสู้ถ้าเขาอ่อนแอใครจะทำงานส่งเงินให้ลูกและภรรยาที่อยู่ทางบ้าน

อองซานบอกว่า ช่วงที่เขามีอาการป่วยภรรยากลับมาดูแล ในช่วงที่ป่วย 7 เดือนแรก ภรรยารับหน้าที่ทำงานหาเงิน ค่าใช้จ่ายในช่วงที่เขาหยุดงานได้มาจากภรรยา แต่เมื่อเขาอาการดีขึ้น ภรรยาก็กลับไปดูแลลูก ส่วนตัวเขาก็กลับไปทำงานที่ทะเลไทยตามเดิม ถึงแม้เขายังไม่หายขาดก็ตาม แต่เขามีค่าใช้จ่ายเขาจึงต้องดูแลตัวเองให้แข็งแรงเพื่อที่จะกลับไปทำงาน ซึ่งเขาเองโชคดีที่มีนายจ้างดีและเข้าใจ รวมถึงเพื่อนร่วมงานที่ไม่แสดงความรังเกียจต่ออาการป่วยของเขา

อองซานรู้สึกว่าเขาต้องทำอะไรสักอย่างไปพร้อมๆ กับทานยาอย่างต่อเนื่องและตรงเวลา เขาหันมาออกกำลังกายทุกวัน โดยการออกไปวิ่งรอบๆ ชุมชน ตอนที่ฟังเรารู้สึกว่ามันจะเสี่ยงต่อการแพร่กระจายหรือไม่? เขาป้องกันด้วยการใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งหรือไม่? ซึ่งเขาเองก็ยอมรับว่ามีบ้างที่ลืมใส่หน้ากากเพราะอึดอัด แต่ไม่ได้บ่อย เพราะใส่ทุกครั้ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสริมว่า อองซานเป็นกรณีที่ดีดูแลตัวเองดี ทานยาตามที่หมอสั่งและตรงต่อเวลา เขาจึงอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

ส่วนตัวอองซานเองก็มีวินัยในการทานยา และการดูแลตัวเอง ทุกครั้งที่พูดคุยเขาจะบอกเสมอว่าเขาทำตามคำแนะนำที่แพทย์บอกเพราะเขาอยากหายป่วยเพื่อกลับมาทำงานอย่างเต็มที่ ถ้าแข็งแรงก็จะทำงานได้มากขึ้น ทำงานมากขึ้นก็ได้เงินมากขึ้น ซึ่งตอนนี้เขายังคงมีอาการเหนื่อยอยู่บ้าง บางวันยังต้องหยุดงาน วันไหนไหวก็ไปทำงาน เขาขอบคุณเจ้าหน้าที่ให้งานเขา ไม่ให้ออกถึงจะป่วยก็ตาม

จากการพูดคุย ทำให้เห็นว่าอองซาน มีความคิดค่อนข้างแตกต่างจากคนใช้รายอื่นหลังทราบว่าเป็นตนเองป่วย เขาให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองและคนรอบข้าง ในขณะที่เขาไปทำงาน เขาจะสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง และไม่ปิดบังคนรอบข้างว่าเขาป่วยวัณโรค เพราะคนรอบข้างจะได้ป้องกันและระวังตัวเอง ซึ่งนายจ้าง และเพื่อนร่วมงานของเขาเข้าใจและไม่แสดงท่าทีรังเกียจแต่อย่างใด โดยเฉพาะนายจ้างที่ให้โอกาสเขาทำงานได้ตลอดเวลาหากเขาอาการดีขึ้น และให้เขาเลือกวันและเวลาทำงานตามกำลังของเขาได้อีกด้วย นอกเหนือจากการป้องกันตัวเองจากคนรอบข้างแล้ว อองซานยังดูแลตัวเองเป็นอย่างดี หลังจากเขากลับจากทำงาน ทานยา พักผ่อน ช่วงเย็นเขาจะขับมอเตอร์ไซด์ไปจอดไว้ที่ศาลเจ้าในชุมชน ซึ่งจะมีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายเพื่อวิ่งออกกำลังกายวันละ 1 ชั่วโมง

ตอนนี้อองซานกำลังร่นวุ่นวายกับการต่อพาสปอร์ต เขาไปกลับแม่สอดในปี พ.ศ. 2563 มาแล้ว 3 ครั้งก็ยังไม่เสร็จ เสียค่าใช้จ่ายให้กับนายหน้าเยอะมาก แต่เขาเลือกที่จะต่อเพราะมันทำให้เขาอยู่ในประเทศได้อย่างสบายใจ เขาเองยังต้องต่อประกันสุขภาพของโรงพยาบาลอยู่ทุกปี เขาคิดว่ามันมีประโยชน์กับเขา ถ้าไม่มี

ประกันสุขภาพโรงพยาบาล เขาคงไม่มีเงินรักษาตัวเองจากอาการป่วย เราถามต่อว่า ถ้าหายป่วยยังจะต่อประกันสุขภาพโรงพยาบาลไหม? เขาตอบเสียงดังว่า “ต่อ” เพราะเขาจะอยู่ที่ไทยไม่กลับเมียนมาแล้ว มีประกันสุขภาพไว้ก็ดีต่อเขา ส่วนภรรยา ถ้าลูกโตกว่านี้ก็จะกลับมาทำงานช่วยกันหาเงินส่งกลับไปเป็นค่าเทอมให้ลูก

ตารางที่ 4.7 ช่วงเวลาบริบทชีวิตของกรณีศึกษา อ่องซาน

| ช่วงเวลา<br>(พ.ศ.) | บริบทชีวิต                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | สถานะทางกฎหมาย             | ระบบประกัน                                                                                        |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2553               | - เข้ามาประเทศไทยครั้งแรก จุดมุ่งหมายคือ จังหวัดสมุทรสาคร ไม่มีใครแนะนำเสียงดังเข้ามาเพื่อหางาน<br>- เคยป่วยวัณโรคตอนที่อยู่อย่างกึ่ง แต่รักษาหายแล้ว (คำบอกเล่าจากเขา)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ผิดกฎหมาย                  | ไม่มีประกันสุขภาพและประกันสังคมทั้งครอบครัว                                                       |
| 2553 - ปัจจุบัน    | ทำงานที่ทะเลไทย นายจ้างดำเนินการขึ้นทะเบียนแรงงานให้                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ขึ้นทะเบียนแรงงานถูกกฎหมาย | ไม่มีประกันสุขภาพและประกันสังคมทั้งครอบครัว                                                       |
| 2553-2557          | ไม่พบปัญหาสุขภาพ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ขึ้นทะเบียนแรงงานถูกกฎหมาย | ไม่มีประกันสุขภาพและประกันสังคมทั้งครอบครัว                                                       |
| 2558               | - มีอาการเจ็บหน้าอก เป็นไข้ หนาวสั่น ไอปนเลือด เขาไปใช้บริการคลินิกเอกชนหมอให้ยามา 1 สัปดาห์ จ่ายค่ารักษา 2,000 บาท อาการไม่ดีขึ้น จึงไปโรงพยาบาลสมุทรสาคร<br>- แพทย์วินิจฉัยว่าเขาป่วยวัณโรค MDR เขากังวลเพราะเขาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมุทรสาครเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครร่วมด้วยเจ้าหน้าที่มูลนิธิรักษ์ไทยอธิบายให้เขาฟังเกี่ยวกับการซื้อประกันสุขภาพโรงพยาบาล เพราะเขามีพาสปอร์ตถูกต้องตามกฎหมาย เขาตกลงทำตามคำแนะนำโดยนายจ้างของเขาเข้าใจและเซ็นรับรองนายจ้างให้ | ขึ้นทะเบียนแรงงานถูกกฎหมาย | ประกันสุขภาพโรงพยาบาลสมุทรสาครและเงินเดือนรายเดือนจากสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร (งานป้องกันวัณโรค) |

| ช่วงเวลา<br>(พ.ศ.) | บริบทชีวิต                                                                                                                                                                   | สถานะทางกฎหมาย                  | ระบบประกัน                                                                                                         |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | - สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร งาน<br>ป้องกันโรค รับเขาเป็นคนใช้ในการ<br>ดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดย<br>จะทำหน้าที่ติดตาม ดูแล และมอบเงินราย<br>เดือน เดือนละ 1,500 บาท |                                 |                                                                                                                    |
| 2559-<br>2563      | เขาดูแลตัวเองเป็นอย่างดี ทานยาตรงเวลา<br>ในช่วง 7 เดือนแรก ภรรยาของเขามาจาก<br>เมียนมาเพื่อดูแล หลังจากอาการของเขาดีขึ้น<br>ภรรยาจึงกลับไปดูแลลูกที่อยู่เมียนมา              | ขึ้นทะเบียนแรงงานถูก<br>กฎหมาย  | ประกันสุขภาพ<br>โรงพยาบาลสมุทรสาคร<br>และเงินเดือนรายเดือน<br>จากสาธารณสุขจังหวัด<br>สมุทรสาคร (งาน<br>ป้องกันโรค) |
| 2561               | - เริ่มกลับไปทำงานที่ทะเลไทยอีกครั้ง แต่<br>ไม่ได้ทำตลอดเวลา นายจ้างให้เขาทำงาน<br>ตามที่ร่างกายเขาไหว                                                                       | ขึ้นทะเบียนแรงงานถูก<br>กฎหมาย  | ประกันสุขภาพ<br>โรงพยาบาลสมุทรสาคร<br>และเงินเดือนรายเดือน<br>จากสาธารณสุขจังหวัด<br>สมุทรสาคร (งาน<br>ป้องกันโรค) |
| ม.ค.<br>2563       | - รักษาได้ 16 เดือน<br><br>- อยู่ในช่วงต่อพาสปอร์ต เขาต้องเดินทาง<br>ไปกลับแม่สอด-สมุทรสาคร หลายรอบ                                                                          | ขึ้นทะเบียนถูกต้องตาม<br>กฎหมาย | ประกันสุขภาพ<br>โรงพยาบาลสมุทรสาคร<br>และเงินเดือนรายเดือน<br>จากสาธารณสุขจังหวัด<br>สมุทรสาคร (งาน<br>ป้องกันโรค) |
| ก.พ.-ก.ย.<br>2563  | เหลืออีก 8 เดือนจะรักษาครบตามสูตร<br>การรักษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด<br>ติดตามอย่างต่อเนื่อง                                                                            | ขึ้นทะเบียนถูกต้องตาม<br>กฎหมาย | ประกันสุขภาพ<br>โรงพยาบาลสมุทรสาคร<br>และเงินเดือนรายเดือน<br>จากสาธารณสุขจังหวัด<br>สมุทรสาคร (งาน<br>ป้องกันโรค) |

| ช่วงเวลา<br>(พ.ศ.) | บริบทชีวิต                                                                            | สถานะทางกฎหมาย | ระบบประกัน |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
| แผนในอนาคต         | วางแผนจะอยู่ที่ประเทศไทยตลอดชีวิต<br>หากลูกโตแล้วก็จะรับมาอยู่ด้วยกันที่<br>สมุทรสาคร | -              | -          |

ตารางที่ 4.8 ประสบการณ์การทำงานในประเทศไทยของกรณีศึกษา อ่องข่าน

| กรณีตัวอย่าง<br>(นามสมมติ)   | ประสบการณ์การทำงานในประเทศไทย | ประเภท/ลักษณะงาน          | ระยะเวลาการทำงาน (ปี)                              |
|------------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| อ่องข่านเพศชาย<br>อายุ 45 ปี | ทะเลไทย<br>จังหวัดสมุทรสาคร   | คัดแยก และขน<br>อาหารทะเล | 10 ปี พ.ศ. 2553-2563<br>(เว้นระยะช่วงที่เริ่มป่วย) |

ตารางที่ 4.9 เครือข่ายการดูแลของกรณีศึกษา อ่องข่าน

| หน่วยงาน                  | บทบาท                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| โรงพยาบาลสมุทรสาคร        | รักษาอาการป่วย                                                                                                                                                                                     |
| สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร | อ่องข่าน เป็น Case คนไข้โรค MDR ที่อยู่ในความดูแลของ<br>สาธารณสุขจังหวัด โดยรับอ่องข่านเป็นผู้ป่วยที่ต้องติดตาม ให้การ<br>ช่วยเหลือเป็นรายเดือน เดือนละ 1,500 บาท จนกว่าจะครบการรักษา<br>และหายขาด |



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผล

##### 5.1.1 สรุปผลภาพรวม

##### 5.1.1.1 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสถานะบุคคลและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง

##### *ปัญหาสถานะของแรงงานทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ*

เมื่อแรงงานไม่มีประกันสุขภาพหรือประกันสังคม เพราะสถานะยังเป็นแรงงานผิดกฎหมาย เช่น กลุ่มแรงงานที่เดินทางเข้ามาประเทศไทยผ่านด่านช่องธรรมชาติหรือผ่านชายแดนด้วยการจ่ายเงินให้กับนายหน้า เพื่อดำเนินการในเรื่องต่างๆ ให้ หรือแรงงานที่เดินทางเข้าไป-เย็นกลับระหว่างชายแดนไทย-เมียนมา ที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพหรือการตรวจคัดกรองวัณโรคตั้งแต่ต้นทางคือที่ประเทศเมียนมาและปลายทางคือที่ประเทศไทย ซึ่งการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขก็ยังคงเป็นปัญหาสำหรับแรงงานกลุ่มนี้ หรือในกรณีแรงงานเดินทางมาครั้งแรกเข้ามาเป็นแรงงานผิดกฎหมายและได้เปลี่ยนสถานะเป็นแรงงานถูกกฎหมาย เนื่องจากได้เข้าไปทำงานในโรงงานและขึ้นทะเบียนแรงงานถูกต้องตามกฎหมาย ทำให้แรงงานได้รับสิทธิประกันสังคมหรือประกันสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามในช่วงแรกของการเข้ามาประเทศไทยแรงงานก็ยังไม่ได้รับการตรวจสุขภาพหรือการคัดกรองวัณโรค เพราะแรงงานจะใช้สิทธิต่างๆ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเท่านั้น

นอกจากนี้แรงงานบางรายมีปัญหาเรื่องเอกสารรับรองบุคคล (Certificate of Identity: CI) หหมดอายุยังไม่ได้ดำเนินการต่ออายุตามเวลาที่กำหนด เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง รายได้ไม่เพียงพอที่จะไปดำเนินการขึ้นทะเบียนแรงงาน จึงกลายเป็นแรงงานผิดกฎหมายส่งผลให้สิทธิประกันสังคมหรือประกันสุขภาพ หหมดอายุด้วย เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคทำให้การรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องออกค่าใช้จ่ายเองและมีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้น แรงงานจึงมีความกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายเงินเอง ทำให้เงินที่เก็บได้จากการทำงานหมดไปกับค่ารักษาพยาบาล ซึ่งมีแรงงานบางรายตัดสินใจเดินทางกลับประเทศเมียนมา ส่งผลต่อการรักษา และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

##### *การกำหนดให้แรงงาน MOU เข้าประเทศโดยไปตรวจสุขภาพที่จังหวัดปลายทาง*

เมื่อแรงงาน MOU ได้รับการอนุญาตให้เข้ามาทำงานในประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่แรงงานกลุ่มนี้จะเดินทางไปทำงานในหัวเมืองชั้นใน โดยกระทรวงแรงงานได้กำหนดไว้ว่าแรงงานกลุ่มนี้จะต้องมีประกันสังคมหรือประกันสุขภาพเท่านั้น และในระหว่างรอสิทธิประกันสังคมจะต้องมีประกันของโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่ที่แรงงานกำลังทำงานอยู่ด้วย ปัญหาที่พบของแรงงานกลุ่มนี้คือ มีนโยบายออกมาว่าแรงงานจะต้องตรวจสุขภาพและมีประกันสุขภาพในโรงพยาบาลเดียวกัน ซึ่งการได้ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมายถือเป็นเรื่องที่ดี แต่ในขณะเดียวกันด้วยระบบของ MOU แรงงานกลุ่มนี้จะได้ตรวจสุขภาพที่ปลายทาง คือ จังหวัดที่แรงงานไปทำงาน ทำให้ไม่มีการคัดกรองแรงงานที่จะเข้าไปทำงานในหัวเมืองชั้นใน จึงยากต่อการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรค ซึ่งไม่มั่นใจว่าการตรวจสุขภาพที่ปลายทางจะเป็นการตรวจที่โรงพยาบาลรัฐในพื้นที่หรือหน่วยงานเอกชน ในส่วนนี้รัฐบาลต้องให้ความสำคัญและจัดการดูแลอย่างมี

ประสิทธิภาพ เพราะรัฐบาลมีนโยบายจ้างแรงงานข้ามชาติเป็นจำนวนมาก เพื่อการพัฒนาทางภาคอุตสาหกรรม แต่ในเรื่องของสุขภาพก็จำเป็นจะต้องดูแลให้มากขึ้นด้วยเช่นกัน อีกปัญหาหนึ่งก็คือ ในบางบริษัทหากพบว่า มีแรงงานคนใดปอดมีอาการผิดปกติ ก็ไม่รับเข้าทำงานเลยทำให้แรงงานโดนลดยแพ เป็นต้น

#### **การได้ใบอนุญาตทำงานก่อน โดยไม่รอผลตรวจ**

เมื่อแรงงานได้เข้ารับการตรวจสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุขของประเทศไทย เช่น ที่ศูนย์ one stop service มีแรงงานเข้ารับตรวจสุขภาพตามข้อกำหนด จากนั้นเมื่อตรวจสุขภาพเรียบร้อยแล้วก็จะมีการต่อใบอนุญาตทำงานและวีซ่าให้เสร็จภายในวันเดียว โดยที่ผลการตรวจสุขภาพยังไม่ออก ฉะนั้น จึงมีแรงงานบางส่วนคิดว่าตนเองได้ใบอนุญาตทำงานแล้วจึงไม่รอผลตรวจสุขภาพ ซึ่งหากพบว่าแรงงานคนใดป่วยหรือเป็นโรคติดต่อ ก็จะส่งผลการแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่นๆ ได้ โดยที่ผ่านมาทางโรงพยาบาลได้พยายามติดตามแรงงาน (ผู้ป่วย) ที่ไม่มารับผลตรวจผ่านหลายช่องทาง โดยช่องทางแรกจะโทรศัพท์ติดต่อกับแรงงาน หากไม่สามารถติดต่อได้ ก็จะติดต่อไปทางนายจ้างแทน หากนายจ้างไม่ประสานงานให้ ก็จะไปตามติดตามแรงงานเหล่านี้ที่โรงงาน หรือที่พักอาศัยของเขา หากยังไม่สามารถติดต่อได้อีก ก็จะทำหนังสือแจ้งไปที่สำนักงานจัดหางานเพื่อให้ขึ้นข้อมูลไว้ว่า แรงงานคนนั้นผิดปกติ เป็นต้น

#### **5.1.1.2 วิธีชีวิตแรงงานข้ามชาติที่เป็นอุปสรรคการดูแลและควบคุมวัณโรค**

##### **การเคลื่อนย้าย ในการเข้ามาครั้งแรกและการเคลื่อนย้ายไปยังพื้นที่อื่น ๆ**

แรงงานชาวเมียนมาส่วนใหญ่ต้องการมีชีวิตที่ดีขึ้น การเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทยจะช่วยให้พวกเขามีรายได้มากกว่าอยู่ที่ประเทศเมียนมา ซึ่งการเข้ามาของแรงงานมีทั้งแบบถูกกฎหมายและการเข้ามาแบบผิดกฎหมาย โดยผ่านด่านบริเวณชายแดนหรือช่องทางธรรมชาติ อาจจะใช้วิธีการจ่ายเงินให้กับนายหน้าเพื่อดำเนินการในเรื่องต่างๆ ให้ ถ้าแรงงานเข้ามาแบบผิดกฎหมายก็จะมีประกันสุขภาพหรือประกันสังคม ดังนั้น เมื่อแรงงานดังกล่าวเคลื่อนย้ายจากประเทศเมียนมาเข้ามาประเทศไทย โดยไม่ได้รับการตรวจสุขภาพตั้งแต่ประเทศเมียนมาและไม่ได้รับการตรวจสุขภาพที่ประเทศไทย และเมื่อแรงงานข้ามแดนมายังประเทศไทยได้ก็จะเคลื่อนย้ายตัวเองไปทำงานในจังหวัดอื่นๆ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ เพราะตัวแรงงานหรือนายจ้างอาจจะไม่ทราบถึงความเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นก่อนเคลื่อนย้ายตัวเองมายังประเทศปลายทางก็เป็นไปได้ เมื่อทำงานไปสักระยะหนึ่งบริบทการเคลื่อนย้ายของแรงงานชาวเมียนมาอาจจะเกิดขึ้นอีกครั้งเนื่องจากต้องการย้ายไปทำงานในจังหวัดที่มีค่าแรงสูงกว่าที่เดิม เช่นที่จังหวัดสมุทรสาคร รวมถึงการเคลื่อนย้ายไปจังหวัดอื่นๆ ในประเทศไทยด้วยเช่นกัน ซึ่งการเคลื่อนย้ายจากอีกที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งโดยไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ ทำให้การแพร่กระจายเชื้อโรคเป็นเรื่องที่ง่ายขึ้น เพราะแรงงานจะไปคลินิกหรือโรงพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเท่านั้น

##### **การต้องให้ความสำคัญกับเรื่องปากท้องและการทำงานมากกว่าสุขภาพ**

ด้วยแรงผลักดันที่ทำให้ต้องเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนเข้ามาในประเทศไทย แรงงานเมียนมาส่วนใหญ่จึงให้ความสำคัญกับรายได้ มักจะเลยเรื่องสุขภาพ ทำให้แรงงานบางส่วนไม่ยอมเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทั้งๆ ที่การเข้าถึงนั้นมีระบบที่เอื้ออำนวยและมีโครงการช่วยเหลืออย่างเต็มที่ แรงงานบางรายจะไม่สนใจเรื่องสิทธิ

ประกันสังคมหรือประกันสุขภาพ เพราะคิดว่าตัวเองจะไม่เจ็บป่วยหนัก หากเจ็บป่วยจะเลือกไปคลินิกเพราะสะดวกและประหยัดเวลา หรือซื้อยามากินเอง ไม่ต้องหยุดงาน เพราะถ้าหยุดงานรายได้จะลดลง ซึ่งส่วนใหญ่แรงงานจะเลือกวิธีการรักษาแบบนี้ หรือบางรายเลือกไปรักษาที่บ้านของตนเองแทน

แต่เมื่อแรงงานไปคลินิกแล้วอาการไม่ดีขึ้นจึงไปโรงพยาบาล เมื่อตรวจร่างกายแล้วพบว่าป่วยเป็นวัณโรคดื้อยา (MDR-TB) และต้องรักษาต่อเนื่องมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ซึ่งแรงงานบางรายไม่มีประกันสุขภาพหรือประกันสังคมจึงมีความกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลและไม่เข้ารับการรักษายาพยาบาล ซึ่งเรื่องค่าใช้จ่ายถือเป็นเรื่องสำคัญมากสำหรับแรงงานชาวเมียนมา เพราะพวกเขาต้องการมาทำงานที่ประเทศไทยเพื่อช่วยให้เขามีรายได้ส่งให้ครอบครัวและมีชีวิตที่ดีขึ้น แต่เมื่อต้องมาเจ็บป่วยด้วยวัณโรคทำให้เงินที่ได้จากการทำงานต้องหมดไปกับค่ารักษาพยาบาล จึงมีบางรายที่ตัดสินใจเดินทางกลับประเทศเมียนมาโดยไม่ได้รับการรักษาวัณโรคต่อเนื่อง

### **การอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างแออัด**

การต้องให้ความสำคัญกับการทำงานและการหารายได้ ทำให้วัฒนธรรมการใช้ชีวิตประจำวันของแรงงานชาวเมียนมาจะเป็น “วัฒนธรรมเช่าร่วม” คือ ห้องพัก 1 ห้อง พักอาศัยอยู่ร่วมกันประมาณ 5-10 คน บ้างพักอาศัยกันเป็นครอบครัว บ้างพักอาศัยกันกลุ่มเพื่อนหรือกลุ่มแรงงาน โดยผลัดเปลี่ยนกันพักเพราะทำงานกันเป็นช่วงเวลาหรือทำงานเป็นกะ เพื่อประหยัดค่าเช่าที่พักและมีความสุขที่ได้อยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว เมื่อต้องจากถิ่นฐานมาทำงานหาเงิน เช่น จากกรณีการสัมภาษณ์ ชินชิน (นามสมมุติ) เธอได้อาศัยอยู่กับครอบครัวที่จังหวัดสมุทรสาคร รวม 7 คน ภายในห้องพักมีสภาพแออัด มีกลิ่นอับ ข้าวของกระจัดกระจาย โดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องก็ได้ให้ความรู้เรื่องสุขลักษณะการอยู่อาศัยที่ดีกับกลุ่มแรงงานอย่างต่อเนื่อง

### **การปกปิดตัวเองจากชุมชนที่เป็นอุปสรรคต่อการติดตามเพื่อรักษาต่อเนื่อง**

เมื่อแรงงานทราบว่าตัวเองป่วยเป็นวัณโรค พวกเขาจะมีความวิตกกังวล บางรายทานยาประมาณ 2-3 เดือน แล้วไม่ทานยาต่อจนครบกำหนดเวลา เพราะผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายดีแล้ว และจะหยุดทานยาเอง หรือบางรายไม่มาพบแพทย์ตามนัด (Lost follow up) ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่องจนหายขาด นอกจากนี้บางรายไม่ต้องการให้คนในชุมชนทราบว่าตนเองป่วย จึงไม่แจ้งอาการป่วยผ่านระบบของชุมชน แต่จะมาแจ้งที่สำนักงานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ หรือแจ้งที่โรงพยาบาล ซึ่งทำให้การติดตามการทานยาเป็นเรื่องยากขึ้น เพราะโดยปกติทางชุมชนจะเป็นผู้ติดตามการทานยาของผู้ป่วยแต่ละราย

#### **5.1.1.3 การเคลื่อนย้ายและการประสานงานข้ามพรมแดน**

##### **ปัญหาการตรวจคัดกรองในแรงงานแบบ “เข้าไป-เย็นกลับ”**

แรงงานแบบเข้าไปเย็นกลับ หรือ แรงงานตามมาตรา 64 ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก คำว่าเข้าไปเย็นกลับนี้เป็นเพียงแค่ชื่อเรียกเท่านั้น กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานกลุ่มนี้อนุญาตให้ทำงานได้ครั้งละ 3 เดือน และสามารถพำนักอยู่ในไทยได้ไม่เกิน 28 วัน ต่อ 1 ครั้ง ฉะนั้น แรงงานกลุ่มนี้จะต้องทำการประทับตราออกนอกประเทศไทย แล้วกลับเข้ามาใหม่ทุกเดือน ซึ่งวิธีการที่แรงงานเลือกใช้ก็จะมี

ทั้งการจ้างนายหน้าหรือฝ่ายบุคคลของโรงงานไปดำเนินการแทน โดยที่ตนเองยังอยู่ในประเทศไทย บางรายก็เลือกประทับตราเข้าออกด้วยตนเอง แต่เมื่อดำเนินการเสร็จก็จะรีบกลับเข้ามาดังเดิม ประกันสุขภาพที่แรงงานกลุ่มนี้ได้รับจะขึ้นอยู่กับนายจ้างว่าจัดทำให้เป็นแบบราย 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี โดยมีข้อกำหนดว่าแรงงานทุกคนจะต้องตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง ดังนั้น หากลูกจ้างคนใดได้ประกันระยะเวลาต่ำกว่า 1 ปี แล้วต้องการต่อประกัน ก็จะต้องนำข้อมูลของการตรวจสุขภาพในครั้งแรกมาตรวจสอบด้วย ซึ่งในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก แรงงานกลุ่มนี้จะเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคกับกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด หากผลการตรวจออกมาเป็นลบ (Negative) คือไม่ติดเชื้อ ทางกลุ่มงานอาชีพเวชกรรมก็จะออกใบรับรองแพทย์ให้ เพื่อนำไปยื่นที่สำนักจัดหางาน สำหรับขึ้นทะเบียนแรงงานต่อไป แต่หากว่าผลตรวจออกมาเป็นบวก (Positive) คือติดเชื้อ ตามกฎหมายจะไม่สามารถขึ้นทะเบียนแรงงานได้ จึงทำให้แรงงานเหล่านี้ถูกผลักดันกลับประเทศหรือโดนลอยแพและไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

นอกจากนี้ปัญหาของการทำงานกับแรงงานกลุ่มนี้ยังมีอยู่อย่างต่อเนื่อง คือ 1) แรงงานไม่มารับผลตรวจและไม่มารับกระป๋องตรวจเสมหะ ปัญหานี้เกิดจากสำนักจัดหางานบางรายตรวจสอบเพียงใบเสร็จการตรวจของแรงงานเท่านั้น ไม่ได้ตรวจสอบใบรับรองแพทย์ด้วย จึงทำให้แรงงานบางกลุ่มไม่มารับผลตรวจ 2) แรงงานไม่มาส่งกระป๋องตรวจเสมหะ ปัญหานี้เกิดจากแรงงานให้นายหน้ามาฟังผลตรวจวินิจฉัยโรคแทน โดยที่นายหน้าไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร จึงทำให้กระป๋องอาจไม่ถึงมือแรงงานหรือนายจ้างได้ 3) แรงงานส่งน้ำลายมาแทนในกระป๋องตรวจเสมหะ และอีกส่วนหนึ่งมีการสื่อสารผิดพลาดระหว่างนายหน้าที่มารับผลตรวจแทนกับตัวแรงงาน

### **ความยากลำบากในการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงเป็นวัณโรคในช่วงเวลาที่มีการเคลื่อนย้ายข้ามแดนจำนวนมาก**

ที่ด่านข้ามแดนแม่สอด จุดผ่านแดนหลัก การระบุว่าใครน่าจะเป็นวัณโรคนั้น ในส่วนของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ถือเป็นเรื่องสำคัญและค่อนข้างยาก ซึ่งในประเด็นนี้เวลาที่มีการประชุมก็จะนำมาพูดคุยกันเสมอ หากดูจากลักษณะอาการภายนอก อาการไอหอบนั้นมักจะเกิดขึ้นได้กับหลายโรค ฉะนั้นจึงสันนิษฐานได้ยากว่าแรงงานคนใดที่ไอนั้นติดเชื้อวัณโรค หากไม่มีการตรวจเสมหะจะไม่สามารถรู้ได้เลยว่าแรงงานคนใดป่วย โดยเฉพาะที่ด่านอำเภอแม่สอด ในช่วงเวลาที่มีผู้เข้าออกวันละประมาณ 7,000-8,000 คน ในบางวันมีจำนวนมากถึง 10,000 คน ส่วนใหญ่จะเป็นช่วงเดือน มีนาคม เมษายน พฤษภาคม ธันวาคม ช่วงวันหยุดเทศกาล ช่วงต่อพาสปอร์ต และช่วงวันหยุดแรงงาน ซึ่งการเข้าออกจำนวนมากนี้จะมีจำนวนของแรงงานที่ไปทำงานยังจังหวัดสมุทรสาครด้วย โดยจะใช้พื้นที่ตรงนี้เป็นช่องทางในการเข้าออกระหว่างประเทศ อาจมีความเสี่ยงในเรื่องการแพร่กระจายเชื้อโรค ซึ่งมีการเชื่อมต่อส่งข้อมูลกันระหว่างจังหวัดสมุทรสาครและจังหวัดตาก

### **การไม่ให้ความร่วมมือกับการรักษาโดยการขอกลับไปรักษาที่ประเทศเมียนมา**

แรงงานบางรายไม่ให้ความร่วมมือในการรักษากับระบบบริการสุขภาพของไทย เช่น ในกรณีจากประสบการณ์ทำงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในพื้นที่อำเภอแม่สอดได้เข้าไปตรวจเอกซเรย์แรงงานภายในโรงงาน เมื่อการตรวจเสร็จสิ้นพบว่า มีแรงงาน 5 คนที่ป่วยเป็นวัณโรค แต่แรงงานไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

พวกเขาเลือกบอกกับทางนายจ้างว่าจะกลับไปรักษาตัวที่ประเทศเมียนมา ซึ่งทางนายจ้างก็ไม่สามารถห้ามได้ตามสิทธิแรงงาน ซึ่งทั้ง 5 คนนี้ ได้ขอใบส่งตัวกลับโดยสถานที่ที่พวกเขากลับนั้นเป็นคนละที่กัน ซึ่งในกรณีตัวอย่างนี้ทำให้แพทย์รู้สึกกังวลเป็นอย่างมากว่า แรงงานอาจจะไม่ได้กลับไปประเทศเมียนมาแต่จะย้ายไปทำงานที่โรงงานอื่นแทน ทำให้เกิดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและอาจจะไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

### **การให้ความไว้วางใจระบบบริการสุขภาพของไทยมากกว่าของเมียนมา**

ผู้ป่วยชาวเมียนมาส่วนหนึ่งมีความเชื่อมั่นในการรักษาที่ประเทศไทยมากกว่าประเทศของตนเอง จึงพยายามเพื่อให้ได้เข้ามารับการรักษาตัวที่ประเทศไทย แม้จะเดินทางข้ามทะเลมาด้วยระยะทางที่ไกล มีผู้ป่วยรายหนึ่งที่อยู่ไกลกว่า 50 กิโลเมตร พยายามที่จะเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สอด สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าพวกเขาจะไม่มีเทคโนโลยีในการสื่อสารที่ดี แต่เขาก็พยายามสื่อสารบอกต่อกันให้ทราบถึงการเข้ามายังโรงพยาบาลแม่สอดได้ แสดงให้เห็นว่าคนทางฝั่งเมียนมาไม่ไว้วางใจระบบสาธารณสุขของประเทศตนเอง ซึ่งเรื่องนี้ก็อาจจะส่งผลให้แรงงานที่ถูกส่งตัวกลับไปรักษาที่เมียนมาไม่ได้รับการดูแลรักษาโรคอย่างต่อเนื่องจนครบระยะเวลา จึงจำเป็นต้องสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยที่จะไปรับการรักษาต่อ

### **ปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศจากอุปสรรคในการประสานงาน และระบบทะเบียนประชากรของเมียนมา**

การประสานงานระหว่างประเทศเจ้าหน้าที่ไทยแสดงความคิดเห็นว่า การประสานงานอย่างเป็นทางการมีขั้นตอนยุ่งยากและล่าช้า ดังนั้น เจ้าหน้าที่ในพื้นที่จึงใช้วิธีประสานและส่งต่อกันแบบไม่เป็นทางการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล และได้รับยาอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เขารับการรักษาที่ระบบสุขภาพของเมียนมาจะต้องเป็นคนไข้ที่ประเทศเมียนมาออกบัตรประชาชนของเมียนมาให้ แต่เนื่องจากการขึ้นทะเบียน ID card ของประชาชนประเทศเมียนมายังไม่ครอบคลุม จึงทำให้ไม่สามารถส่งต่อไปรับการรักษาที่เมียนมาได้

#### **5.1.2 สรุปปัญหาจากการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่**

##### **5.1.2.1 ปัญหาการยืนยันตัวตนและการคัดกรองแรงงานต่างชาติ**

สำหรับการทำงานเกี่ยวกับแรงงานต่างชาติพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เรื่องการยืนยันตัวตนและการคัดกรองแรงงานต่างชาตินั้นค่อนข้างแตกต่างจากพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร กล่าวคือ พื้นที่แม่สอดจะมีด่านข้ามแดนที่มีด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศพรมแดนแม่สอด ทำหน้าที่ในการคัดกรองแรงงานก่อนเข้าพื้นที่ประเทศไทย แต่ถึงแม้จะมีเจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศพรมแดนแม่สอดในการคัดกรองเบื้องต้นก็ยังคงพบปัญหา โดยจะนำเสนอผ่านการทำงานของเจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศพรมแดนแม่สอด ดังนี้ ปัญหาของการคัดกรอง ปัญหาการระบุตัวตน ปัญหาเกี่ยวกับ CI ปัญหาการข้ามแดนระหว่างไทย-เมียนมา ปัญหาการทำงานร่วมกับด่านอื่นๆ ได้แก่ ด่านธรรมชาติ และการทำงานกับทางทหาร

สำหรับที่จังหวัดสมุทรสาคร การยืนยันตัวตนเป็นปัญหาสำคัญของแรงงานต่างชาติที่นำไปสู่ปัญหาอื่นๆ อีกมากมาย โดยพบว่า ปัญหาที่ทำให้เกิดการยืนยันตัวตนของแรงงานต่างชาติมีอยู่หลายประการ 1) การเป็นคนไร้รัฐที่ไม่ทราบว่าเป็นคนชาติไหน และไม่สามารถกลับไปประเทศของตนเองได้ เราอาจจะเรียกพวกเขาว่า “กลุ่มคนไร้รัฐ” ที่อยู่ในประเทศไทยตั้งแต่เกิดแต่ไม่ได้สัญชาติไทย และไม่สามารถกลับไปเยี่ยมมาได้ เพราะไม่มีบ้านและญาติที่นั่นเลย 2) ปัญหาการขึ้นทะเบียน ปัญหานี้เกิดจากเหตุผลหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของค่าใช้จ่าย การไม่มีเอกสารยืนยันตัวตน และความยุ่งยากของระบบการขึ้น ตัวอย่างเช่น แรงงานต่างชาติที่ป่วยวัณโรคบางราย CI หหมดอายุ เขาไม่สามารถไปต่อการขึ้นทะเบียนได้เพราะพวกเขาไม่มีรายได้ ไม่มีนายจ้างที่จะช่วยรับรองการขึ้นทะเบียน ทำให้พวกเขากลายเป็นคนผิดกฎหมาย ในขณะที่เดียวกันกลุ่มที่เกิดที่ประเทศไทยก็ไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้เนื่องจากไม่มีเอกสารยืนยันตัวตน ไม่มีทะเบียนบ้านเยี่ยมมา ไม่มีบัตรประชาชน ทำให้เขาไม่สามารถดำเนินการขึ้นทะเบียนได้เช่นกัน 3) ปัญหาความยุ่งยากของระบบการขึ้นทะเบียน ในปัจจุบันขั้นตอนการขึ้นทะเบียนค่อนข้างซับซ้อนไม่เอื้อต่อการขึ้นทะเบียนสำหรับแรงงานต่างชาติ แรงงานบางรายโดนหลอกจากนายหน้าบริษัทเอกชน บางรายต้องจัดการเอง ทำให้พวกเขาอาจจะไม่ได้เข้าสู่ระบบ ปัญหาดังกล่าวนี้น่าจะเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขในระดับนโยบายของทั้งสองประเทศ

สำหรับปัญหาการคัดกรองแรงงานต่างชาติ พบว่า แรงงานต่างชาติในจังหวัดสมุทรสาคร เป็นแรงงานในวัยแรงงานที่มีทั้งขึ้นทะเบียนถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย โดยส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มแรงงาน MOU ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สามารถแพร่กระจายโรคในขั้นต้นได้ เนื่องจากแรงงาน MOU เป็นกลุ่มแรงงานที่เคลื่อนย้ายเข้าสู่ตัวเมืองขึ้นในได้โดยไม่ต้องคัดกรองจากหน่วยงานพยาบาลที่ประเทศต้นทางหรือพื้นที่ชายแดน

นอกจากนี้นโยบายเกี่ยวกับแรงงานของแต่ละกระทรวงต่างก็มีข้อกำหนดที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อน จนนำไปสู่ปัญหา ทั้งนี้ในการประชุมเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร จึงมีข้อเสนอแนะ คือ ควรลดความยุ่งยากของขั้นตอนการขึ้นทะเบียนแรงงาน กล่าวคือ แรงงานส่วนใหญ่ขาดความรู้ด้านการขึ้นทะเบียน อีกทั้งความซับซ้อนของขั้นตอนทำให้แรงงานต้องขอความช่วยเหลือจากนายหน้า ซึ่งนายหน้าเองมีการหาผลประโยชน์จากแรงงานในอัตราค่าใช้จ่ายที่สูง นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายแล้ว ยังมีความยุ่งยากเกี่ยวกับขั้นตอนการขึ้นทะเบียนอีกด้วย เนื่องจากปัจจุบันข้อกำหนดระบุว่านายจ้างจะต้องรองรับแรงงานของตนเอง

ประเด็นปัญหาต่อมาคือ ข้อกำหนดควรจะอธิบายให้ชัดเจนเกี่ยวกับระยะเวลาความรุนแรงของวัณโรค กล่าวคือ ถ้าอยู่ในระหว่างการรักษาและมีใบรับรองแพทย์ก่อนอนุญาตให้แรงงานขึ้นทะเบียนได้ แต่ในความเป็นจริง พบว่า มีช่องโหว่ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรค โดยหากแรงงานป่วยวัณโรค ส่วนใหญ่จะถูกจัดไปอยู่ในกลุ่มโรคติดต่อร้ายแรง ไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้ ด้วยปัญหาดังกล่าวนี้นี้ จึงทำให้เกิดปรากฏการณ์ “ถูกกฎหมายกลายเป็นผิดกฎหมายเมื่อป่วยวัณโรค” ได้ รวมทั้งปัญหาเกี่ยวกับการขายบัตรประกันสุขภาพ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเสนอว่าควรขายให้กับแรงงานทุกคน ทั้งถูกและผิดกฎหมาย เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ แต่ในความเป็นจริง ยังไม่สามารถทำได้ เนื่องจากกฎหมายของแต่ละกระทรวงมีเงื่อนไขที่แตกต่างกัน จึงยังพบอุปสรรคและปัญหาในการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

#### 5.1.2.2 ปัญหาการไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ

ปัญหาการไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยแรงงานต่างชาติในพื้นที่อำเภอแม่สอด มีข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ ถึงแม้จะดูแลอย่างดี ให้ความเป็นอยู่ที่ดีทั้งด้านที่พัก และสภาพแวดล้อม แต่ก็ยังคงพบปัญหาดังกล่าวอยู่ เห็นได้จากกรณีตัวอย่าง บริษัทเอกเพชรที่พบปัญหาเกี่ยวกับแรงงานในเรื่องของการไหลออกจากที่พักที่กำหนดให้ไปพักข้างนอก ซึ่งสาเหตุมาจากมีคนนอกมาให้ความรู้กับแรงงานในเรื่องสิทธิและเสรีภาพที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยอยู่กับผู้ประกอบการก็ได้ เมื่อเป็นเช่นนี้ ทำให้แรงงานขอออกไปอยู่ข้างนอกเองและขอค่าแรงเพิ่ม โดยที่พวกเขาไม่คำนึงถึงเรื่องโรคระบาดเลย

สำหรับพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร ปัญหาการติดตามผู้ป่วยแรงงานต่างชาติของแต่ละหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแรงงานต่างชาตินั้นค่อนข้างมีลักษณะเดียวกัน โดยสาเหตุหลักของปัญหาการติดตาม คือ การระบุตัวตน การสูญหายของผู้ป่วย และการไม่ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพ ซึ่งแต่ละหน่วยงานต่างมีความพยายาม และมีมาตรการในการติดตามผู้ป่วยที่ตนเองดูแลแตกต่างกันออกไป

จากข้อมูลสรุปได้ว่า กลุ่มที่มีปัญหาการติดตาม และการดูแลตนเองนั้นมักจะอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีนายจ้างแต่มีใบอนุญาตการทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานที่ทำงานตามบ้านให้กับนายจ้างคนไทย ทำให้ไม่ได้รับการดูแล การติดตาม และการคัดกรองอย่างเต็มที่

#### 5.1.2.3 ปัญหาการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ

ปัญหาการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยแรงงานต่างชาติในพื้นที่อำเภอแม่สอด คือ การอยู่ติดชายแดนทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ข้ามกลับไปได้สะดวก ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่กลับมารักษาตามที่แพทย์นัด และเจ้าหน้าที่เองก็ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ เนื่องจากไม่ทราบว่าพวกเขาอยู่เมืองไหน หรืออยู่พื้นที่ใด สิ่งนี้เองมันทำให้เราเห็นถึงความยุ่งยากในการติดตามและการทำงานของพื้นที่ชายแดนที่อาจจะซับซ้อนและยากมากกว่าการติดตามแรงงานในพื้นที่สมุทรสาคร

สำหรับพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร ปัญหาการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องนั้น ส่วนใหญ่มักเกิดกับแรงงานกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เพราะวัณโรคเป็นโรคที่ต้องใช้เวลารักษานานและต่อเนื่อง หากพวกเขาไม่มีประกันสังคม หรือเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ก็จะต้องให้เขาขาดการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่บ่อยครั้ง และการกลายเป็นบุคคลผิดกฎหมาย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยบางคน หลังจากทราบว่าป่วยก็ถูกออกจากงานขาดรายได้ ทำให้ไม่มีเงินที่จะไปต่อการขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมายจนกลายเป็นบุคคลผิดกฎหมาย บางรายกลัวว่าตนเองจะถูกจับ บางรายหมดสิทธิ์การรักษา ซึ่งเหตุผลต่างๆ เหล่านี้ทำให้พวกเขาขาดการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

#### 5.1.2.4 ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักรู้ของผู้ประกอบการ, แรงงานต่างชาติ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่างๆ

สำหรับพื้นที่อำเภอแม่สอด ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักรู้ของผู้ประกอบการ, แรงงานต่างชาติ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่างๆ พบว่า ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นจะ

เป็นไปในแง่ของความประมาทจากความเคยชินที่คิดว่าตนเองมีความรู้สาธารณสุขจนไม่ป้องกันตัวเองเท่าที่ควร ซึ่งในการทำงานพื้นที่แม่สอด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาส่วนใหญ่จะไม่ใช้เจ้าหน้าที่ที่ทำงานไวรัส แต่จะเป็นเจ้าหน้าที่แผนกอื่นมากกว่า ในขณะที่หน่วยงานนอกภาครัฐพบปัญหาเดียวกัน คือ หลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่ไม่ได้ทำงานด้านสาธารณสุขไม่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของไวรัสโคโรนา ทำให้พวกเขาไม่ทราบหรือตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลตนเองเท่าที่ควร ซึ่งหลายหน่วยงานมีความประสงค์ที่จะให้หน่วยงานสาธารณสุขเข้าไปให้ความรู้เพื่อให้พวกเขาและแรงงานปลอดภัยจากปัญหาโรคติดต่อ

สำหรับพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักรู้ของผู้ประกอบการ, แรงงานต่างชาติ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆ พบว่า การมีความรู้ ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับไวรัสโคโรนาในระดับที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความตระหนักที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละหน่วยงาน หากเป็นโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่และขนาดกลาง ถึงแม้จะมีสวัสดิการประกันสังคมให้กับแรงงาน แต่นายจ้างมักตระหนักไปในเรื่องของความปลอดภัยทางอุบัติเหตุมากกว่า ข้อมูลจากสวัสดิการแรงงาน พบว่า สถานประกอบการส่วนใหญ่มักพาแรงงานมาติดต่อในเรื่องของอุบัติเหตุมากกว่าเรื่องการเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคต่างๆ ซึ่งทางสวัสดิการแรงงานเองก็ไม่ได้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้มากนักกว่าจะต้องดูแลหรือควบคุมอย่างไร

#### 5.1.2.5 ปัญหาด้านกฎหมาย และปัญหาการกำหนดบทบาทการทำงานของเจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงาน

สำหรับพื้นที่อำเภอแม่สอด กฎหมายเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานไวรัสโคโรนาในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ กล่าวคือ ภาครัฐควรมีกฎหมายรองรับการทำงานของเจ้าหน้าที่ชายแดน มีระบบ หรือแผนการทำงานที่สนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่ให้ง่ายขึ้นในพื้นที่ที่เราอาจเรียกว่า "พื้นที่สีเทา" เนื่องจากพื้นที่ชายแดนนั้นเป็นพื้นที่ที่มีความซับซ้อน เปรียบบาง และอาจจะไม่ได้อยู่บนฐานของความถูกต้องมากนัก ดังนั้นหากมีกฎหมายรองรับการทำงานน่าจะช่วยให้การทำงานในพื้นที่ชายแดนมีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ นอกจากนี้ประเด็นด้านกฎหมาย ยังมีในส่วนของการกำหนดบทบาทการทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ นอกจากนั้นหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรเปลี่ยนมุมมองในการดูแลรักษาที่ไม่ใช่เพียงแต่คนไทย แต่รวมไปถึงแรงงานต่างชาติให้มากขึ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆ ที่ทำงานในพื้นที่ชายแดนทำงานได้ง่ายขึ้นนั่นเอง

สำหรับพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร บทบาทและแนวทางการทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแรงงานต่างชาติของหน่วยงานสาธารณสุข พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร มีบทบาทวางแผนทางให้กับโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในพื้นที่เพื่อให้ดำเนินการในทิศทางเดียวกัน โดยการให้แต่ละหน่วยงานทำ Case Management MDR ทุกราย เพื่อที่จะได้ทราบสถานการณ์ว่าเป็นอย่างไร และมีผู้ป่วยกี่ราย เป็นต้น และยังมีโปรแกรม TBCM ที่ช่วยให้แต่ละหน่วยงานทำงานร่วมกันได้ โดยที่โปรแกรม TBCM สามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ด้วย อย่างไรก็ตาม โปรแกรมนี้ใช้ได้ดีกับคนไทยมากกว่าแรงงานต่างชาติ เพราะเกี่ยวข้องกับการระบุตัวตนซึ่งยังคงเป็นปัญหาหลักของแรงงานต่างชาตินั่นเอง ส่วนโรงพยาบาลสมุทรสาคร จะทำงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครเป็นส่วนใหญ่ และจะใช้ระบบไลน์ในการแจ้งข้อมูล ส่งข่าว



ผู้ป่วย อีกทั้งยังมีเครือข่ายระบบ รพสต. ในการติดตามผู้ป่วยเพื่อจะไปทำ Case Management ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร และเพื่อไปให้ความรู้เบื้องต้น อาทิ อาการข้างเคียง การกินยาต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวกับเจ้าหน้าที่ รพสต. ผู้ป่วย และครอบครัวข้าง เป็นต้น ซึ่งการติดตามการกินยานั้นจะขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ป่วยว่าสะดวกให้เจ้าหน้าที่ติดตามไปดูแลที่ไหน เพื่อป้องกันการติดยาจากครอบครัว หลังจากเจ้าหน้าที่ควบคุมการทานยาวันโรคภายใต้โปรแกรม DOTs เรียบร้อยแล้วก็จะแจ้งข้อมูลการทานยาของผู้ป่วยผ่านระบบไลน์กลุ่ม ส่วนโรงพยาบาลมหาชัย 2 การดูแลติดตามคนไข้ยังไม่มีการทำโปรแกรม DOTs ให้กับผู้ป่วย แต่จะมีการติดตามในกรณีคนไข้ MDR ที่หายจากการมารักษาเป็นเวลานาน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจะเป็นเพียงการแนะนำเรื่องการดูแลตนเอง การทานยา และอาการข้างเคียงมากกว่า การทำงานของโรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งโรงพยาบาลวิชัยเวช จะคล้ายกับโรงพยาบาลมหาชัย แต่จะเพิ่มในเรื่องของระบบติดตามผู้ป่วยด้วยระบบ DOTs ในชุมชน โรงงาน ด้วย นอกเหนือจากนั้นยังมีการติดตามการตรวจซ้ำให้กับผู้ป่วยซึ่งเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องว่าจะป่วยเป็นวัณโรค

ซึ่งการทำงานของทุกหน่วยงานในพื้นที่สมุทรสาคร พบปัญหาเดียวกัน คือ ปัญหาการระบุตัวตนเนื่องจากคนไข้แรงงานต่างชาตินั้นมักจะเปลี่ยนชื่อและที่อยู่บ่อย ทำให้ยากต่อการติดตาม ในกรณีของคลินิกเอกชน การบริการของคลินิกเอกชนไม่มีมาตรฐานการดูแลเท่าที่ควร ทำให้การรักษาเกิดความล่าช้า สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ทุกหน่วยงานต้องมีการประสานงานและส่งต่อข้อมูลกันอย่างเป็นระบบเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพสูงสุด

## 5.2 อภิปรายผลการศึกษา

### 5.2.1 การอภิปรายผลการศึกษาด้วยแนวคิดทฤษฎี

#### 5.2.1.1 การวิเคราะห์ด้วยแนวคิดความเป็นธรรมในระบบสุขภาพโลก (global health equity)

ข้อมูลประวัติชีวิตและเรื่องเล่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยด้วยวัณโรคแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าวัณโรคในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาเป็นผลผลิตจากโครงสร้างและกระบวนการทางสังคม กล่าวอีกนัยหนึ่งความไม่เท่าเทียมทางสังคมและวิถีชีวิตการเป็นแรงงานอพยพภายใต้บริบทโลกาภิวัตน์เป็นตัวผลิตโรคและสร้างประสบการณ์ความเจ็บป่วยให้กับพวกเขา ความไม่เท่าเทียมทางสังคมด้านต่างๆ ที่แรงงานข้ามชาติเผชิญในชีวิตประจำวันนำมาสู่ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ ส่งผลให้พวกเขาเข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพและทำให้ประสบการณ์ความเจ็บป่วยด้วยวัณโรคของแรงงานไร้พรมแดนในฐานะประสบการณ์ความเจ็บป่วยของปัจเจกบุคคลขยายกลายเป็นความทุกข์ทางสังคม (Social suffering) (Kleinman et al. 1997) กรณีศึกษาหลายกรณีแสดงให้เห็นว่าสถานะการเป็นแรงงานข้ามชาติต้องเผชิญกับความไม่เท่าเทียมทางสังคมตลอดเส้นทางการเดินทางอพยพค้าแรงงาน เริ่มต้นตั้งแต่ประเทศต้นทางที่พวกเขาต้องเสียค่านายหน้าจัดหางาน การต้องหลบซ่อนตัวหากถูกให้ออกจากเงินและเสียเงินให้กับเจ้าหน้าที่หากอยากอยู่ในประเทศไทยอย่างผิดกฎหมาย และค่าแรงที่ต่ำทำให้ต้องเช่าห้องพักราคาถูกมีสภาพสิ่งแวดล้อมคุณภาพต่ำและต้องอาศัยอยู่กันอย่างแออัด บริบทชีวิตเหล่านี้ล้วนเอื้อต่อการเป็นกลุ่มเสี่ยงและอ่อนแอเปราะบางที่จะติดเชื้อวัณโรค

ปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชากรแรงงานชาวมียนมา หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยวัณโรค คือ ปัญหาของระบบการจำแนกแยกแยะ (system of classification) “แรงงานข้ามชาติ” โดยระบบงานวัณโรคของประเทศไทยในปัจจุบัน จำแนกแยกแยะประชากรที่ขึ้นทะเบียนเป็น “คนไทย” และ “ไม่ใช่คนไทย” (หรือ “ต่างด้าว”) จึงขาดการนำบริบทที่ซับซ้อนของสถานภาพทางกฎหมาย โดยเฉพาะปัญหาการขึ้นทะเบียนแรงงานและปัญหาสัญชาติ มาใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนปฏิบัติการในการควบคุมและดูแลวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ ส่วนระบบงานด้านแรงงานของประเทศไทย มีการแบ่งแยกแรงงานต่างด้าวตามการขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย ทำให้แรงงานข้ามชาติมักถูกแบ่งแยกอย่างกว้าง ๆ ออกเป็นแรงงานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และกลุ่มที่ “ผิดกฎหมาย” (illegal migrants) ซึ่งพบว่าในความเป็นจริงมีความซับซ้อนและเป็นพลวัตมาก เช่น มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมากที่อยู่ในช่วงหนึ่งเคยเป็นแรงงานที่ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง แต่ในเวลาต่อมาก็มีเหตุปัจจัยที่ทำให้ต้องกลายเป็นแรงงานผิดกฎหมาย โดยเฉพาะปัญหาด้านการต่ออายุการขึ้นทะเบียนและการถูกเลิกจ้าง แรงงาน “ผิดกฎหมาย” เหล่านี้ยังคงอาศัยและทำงานอยู่ในพื้นที่ แต่ต้องหลบซ่อนและอาศัยช่องทางต่าง ๆ ในการหลีกเลี่ยงการถูกจับกุม จึงเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม รวมถึงการคัดกรองวัณโรคและการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เหตุผลหลักเนื่องจากการเป็นแรงงานที่ผิดกฎหมายแม้จะได้งานทำ แต่เป็นงานที่ไม่มีสวัสดิการประกันสังคมและได้ค่าแรงต่ำไม่มีเงินพอจะซื้อหลักประกันสุขภาพยามเจ็บป่วย

ข้อมูลภาคสนามแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าแรงงานชาวมียนมาต้องถูกให้ออกจากงานหลังได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยวัณโรค ซึ่งส่งผลให้เปลี่ยนสถานภาพของพวกเขากลายเป็นแรงงานที่ผิดกฎหมาย ไม่ได้รับสิทธิหลักประกันสังคมในการรักษาวัณโรค และพอดกงานทำให้ขาดรายได้ไม่มีเงินซื้อหลักประกันสุขภาพที่โรงพยาบาล ยิ่งทำให้เข้าไม่ถึงบริการด้านการรักษา หรือการเกรงกลัวนายจ้างจะรู้ว่าป่วยด้วยวัณโรคแล้วต้องถูกไล่ออกจากงานก็จำเป็นต้องโกหกนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน เพื่อไม่ให้ใครรู้ว่าป่วยด้วยวัณโรคและต้องปกปิดความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่มาเยี่ยมติดตามการกินยาต่อเนื่อง

ข้อค้นพบงานวิจัยชิ้นนี้ ตอกย้ำว่าปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวมียนมา ไม่ได้เป็นปัญหาที่คุณภาพของตัวยาหรือเทคโนโลยีการรักษาวัณโรค แต่ปัจจัยพื้นฐานอยู่ที่ความไม่เท่าเทียมกันของโอกาสการได้รับยาต่อเนื่อง พอล ฟาร์เมอร์ (Paul Farmer) นายแพทย์และนักมานุษยวิทยาการแพทย์เรียกความไม่เป็นธรรมในชีวิตของประชากรกลุ่มต่างๆ ว่า “ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง” (Structural violence) (Farmer 1996) โดยเฉพาะสถานการณ์และเงื่อนไขโลกาภิวัตน์ปัจจุบันทำหน้าที่ผลิตซ้ำความไม่เท่าเทียมทางสังคม (Global inequality) ให้กับประชากรกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะสถานะบุคคลของการเป็นแรงงานข้ามชาติที่ได้รับค่าแรงราคาถูกและมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ต่ำ ทำให้เมื่อเจ็บป่วยพวกเขาเข้าไม่ถึงสิทธิด้านการรักษาพยาบาลและถูกเลือกปฏิบัติเมื่อเข้ารับบริการสุขภาพ การเปลี่ยนสถานะจากผู้ป่วยวัณโรคเป็นผู้ป่วยวัณโรคตัวยาวจึงเป็นผลผลิตจากความไม่เป็นธรรมทางสังคมในบริบทของการเป็นแรงงานข้ามชาติยุคโลกาภิวัตน์

### สถานะประชากร

การแบ่งแยกสถานะทางประชากร (citizenship) โดยใช้ระบบการขึ้นทะเบียน สิ่งที่สามารถนำมาพิจารณาคือ แนวคิด “ประชากรที่ยืดหยุ่น” (flexible citizenship) ที่ โอวา ออง ได้เสนอไว้ ทำให้สามารถเห็นได้อย่างชัดเจนขึ้นว่า แรงงานข้ามชาติเป็นส่วนหนึ่งของ “โครงสร้างประชากร” ที่รัฐควรมองให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเป็นประชากรทางเศรษฐกิจ (economic citizenship) เนื่องจากเศรษฐกิจของประเทศ ต้องพึ่งพิงขับเคลื่อนด้วยแรงงานข้ามชาตินับล้านคน ซึ่งทำให้การพัฒนาประเทศขับเคลื่อนไปได้ โดยเฉพาะในภาคอุตสาหกรรมและการก่อสร้าง ที่การไม่ยอมรับนี้ทำให้ผู้ประกอบการจำเป็นต้องอาศัยช่องทางนอกกฎหมายในการนำเข้าแรงงานเพื่อให้กิจการยังดำเนินไปได้

ในด้านการควบคุมโรค แรงงานเหล่านี้มีสถานะเป็น ประชากรทางชีววิทยา (biological citizen) ที่ทำให้การควบคุมโรคของประเทศ ทั้งการควบคุมโรคและโรคระบาดใหญ่อย่างโควิด-19 จำเป็นต้องมีมิติการมองประชากรที่ครอบคลุม โดยรัฐจะต้องจัดบริการด้านการควบคุมป้องกันโรคให้กับประชากรเหล่านี้ ทั้งในกรณีของโรค และการเพิ่มความครอบคลุมให้การดูแลสุขภาพ (health care delivery) ที่ทั่วถึง โดยเฉพาะบริการสุขภาพพื้นฐานอย่างบริการวัคซีนเด็ก และการดูแลสุขภาพมารดา

### ขอบเขตพื้นที่

ด้วยมุมมองสุขภาพโลก ทำให้เห็นได้ว่าสิ่งที่เป็ข้อจำกัดในการควบคุมโรคในประเทศไทยในหลายสิบปีที่ผ่านมา ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือมุมมองสุขภาพแบบสุขภาพระหว่างประเทศ (international health) ที่ใช้การแบ่งแยกพื้นที่ในการทำมาเข้าใจและแก้ไขปัญหา จะเห็นได้ว่าปัญหาโรคในพื้นที่ของประเทศไทยและประเทศเมียนมา มีความเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน ด้วยการเคลื่อนย้ายของประชากรในพื้นที่นี้ ที่มีมาอย่างยาวนาน ซึ่งสะท้อนได้จากสถานการณ์ของโรค โดยมุมมองของโรคประจำถิ่น (endemic) ซึ่งเมื่อใช้มุมมองของความเป็น “ประชาคม” ในบริบทอาเซียน จึงอาจจัดแบ่งพื้นที่ในภูมิภาคอาเซียนในด้านการรับมือกับโรคระบาดของโรค โดยการมองพื้นที่ประเทศไทยและเมียนมา เป็นพื้นที่ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้

ดังนั้นจึงควรมีการเชื่อมโยงการทำงานในด้านโรคโดยใช้กรอบแนวคิดสุขภาพโลก โดยการกำหนดพื้นที่ไทยและเมียนมาเป็นพื้นที่ทางระบาดวิทยา (epidemic zone) ที่ควรมีการประสานทำงานร่วมกันในด้านนี้ โดยอาจใช้การสร้างความร่วมมือในลักษณะทวิภาคี โดยการทำ MOU ในทางสาธารณสุขเพื่อการจัดการปัญหาาร่วมกัน รวมถึงการเสนอความต้องการความช่วยเหลือในด้านโรคต่อกองทุนระหว่างประเทศ อย่างกองทุนโลก (Global Fund) ให้มีการพิจารณาพื้นที่สองประเทศนี้ในลักษณะที่เป็นพื้นที่เดียวกัน ทั้งนี้เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ประชากรที่เคลื่อนย้าย สามารถเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่องได้

#### 5.2.1.2 แนวคิดการวิเคราะห์แบบชีวสังคม (biosocial analysis)

หัวใจสำคัญของแนวคิดชีวสังคม คือ การเปิดเผยให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บกับปัญหาความยากจน กล่าวอีกนัยหนึ่งการวิเคราะห์แบบชีวสังคมตอกย้ำให้เราเห็นว่า ปัญหาสุขภาพแยกไม่ออกจากปัญหาทางสังคมด้านต่างๆ (Farmer et al. 2013) การวิเคราะห์แบบชีวสังคมช่วยขยายขอบเขตการทำความเข้าใจ

เข้าใจปัญหาวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติว่าเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีววิทยากับปัจจัยทางสังคมของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

เราจะพบว่าวิถีชีวิตของแรงงานข้ามชาติที่เผชิญกับความไม่เท่าเทียมทางสังคม ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในบริบทสุขภาพโลก และระบบการจำแนกแยกแยะแรงงานต่างชาติของกฎระเบียบกฎหมายในประเทศไทย มันได้สร้างการเมืองของชีวิต (Politics of life) ให้กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา บริบทการเมืองของชีวิตที่ขับเคลื่อนอยู่เหนือชีวิตแรงงานข้ามชาติมันได้สร้างให้แรงงานไร้พรมแดนที่ป่วยด้วยวัณโรคกลายเป็นเหยื่อผู้อ่อนแอ ซึ่งง่ายที่อำนาจในลักษณะต่างๆ จะเข้ามาจู่โจมบ่งการเหนือชีวิต (Fassin 2007; Ticktin 2011)

อำนาจที่บ่งการเหนือชีวิตของแรงงานข้ามชาติในลักษณะการเมืองของชีวิตเป็นอำนาจที่ขับเคลื่อนอยู่เบื้องหลังหลักการความมั่นคงทางชีวภาพและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ซึ่งมันแสดงรูปธรรมผ่านกฎหมายแรงงานสถานะบุคคลของการเป็นแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย และนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันวัณโรคดื้อยาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติทั้งที่ถูกและผิดกฎหมายในประเทศไทย เราจะเห็นได้จากข้อมูลกรณีศึกษาว่าชีวิตของแรงงานไร้พรมแดนที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับเชื้อวัณโรคเป็นผลผลิตจากปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างสภาวะร่างกายของแรงงานข้ามชาติที่เสี่ยงและอ่อนแอเปราะบางต่อการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคกับเงื่อนไขทางสังคมที่พวกเขาใช้ชีวิตอยู่ซึ่งผลักดันให้เชื้อวัณโรคที่แฝงเร้นในร่างกาย (Latent TB) กำเริบกลายเป็นวัณโรคและทำให้พยาธิสภาพของวัณโรครุนแรงมากขึ้น (Active TB) การที่แรงงานข้ามชาติไม่มีอำนาจต่อรองคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ต่ำ ทำให้พวกเขาต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อและการเกิดโรค (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2556)

จากข้อมูลกรณีศึกษา แรงงานข้ามชาติแทบทั้งหมดตรวจพบเชื้อวัณโรค เมื่อพวกเขาเข้ามาเป็นแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ตรงข้ามกับภาพตายตัวที่คนทั่วไปมักคิดว่าแรงงานข้ามชาติติดวัณโรคจากประเทศต้นทางแล้วนำเชื้อวัณโรคกลับมาแพร่ระบาดในสังคมไทย งานวิจัยชิ้นนี้พบในทำนองเดียวกันกับงานวิจัยหลายชิ้นว่าวิถีชีวิตการเป็นแรงงานข้ามชาติและสภาพการทำงานและคุณภาพชีวิตที่ต่ำของแรงงานข้ามชาติในประเทศปลายทางต่างหากที่เป็นเหตุทำให้เชื้อระยะแฝงที่มีอยู่แล้วในตัวของแรงงานข้ามชาติกำเริบขึ้นมาจนกลายเป็นวัณโรคระยะลุกลาม (Sandgren et al. 2014)

### 5.2.1.3 การวิเคราะห์ด้วยแนวคิดคนพลัดถิ่น (diaspora) และการเดินทางเคลื่อนย้ายและการอพยพย้ายถิ่น (Mobility and Migration studies)

เราจะเห็นได้ว่าบริบทวิถีชีวิตของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาที่มีรูปแบบการเดินทางอพยพข้ามไปและกลับระหว่างประเทศเมียนมาและประเทศไทยมีความเชื่อมโยงกับเครือข่ายชุมชนของแรงงานอพยพทั้งที่อำเภอแม่สอดและจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งมีชุมชนของแรงงานอพยพชาวเมียนมาที่มาอาศัยอยู่อย่างยาวนานและรวมตัวกันเป็นชุมชนในลักษณะต่าง ๆ อีกทั้งแรงงานที่เข้ามาใหม่มีการปรับตัวให้เข้ากับวิถีชุมชนของคนแรงงานต่างชาติที่มีอยู่เดิม หรือเชื่อมโยงกันเองสร้างความเป็นชุมชนใหม่ขึ้นมา เช่น ในกลุ่มแรงงานที่พักอาศัยอยู่ร่วมกันในสถานที่พักที่นายจ้างจัดให้ หรือที่แยกตัวออกมาเช่าบ้านพักอาศัยอยู่ร่วมกัน

การรวมกลุ่มเป็นชุมชนของแรงงานอพยพชาวเมียนมา ไม่เพียงช่วยให้แรงงานสามารถอาศัยต้นทุนทางสังคมวัฒนธรรมช่วยในการหางานทำและปรับตัวอาศัยอยู่ในประเทศไทย แต่ในอีกด้านหนึ่งการรวมตัวเป็นชุมชนแรงงานอพยพหล่อเลี้ยงความเชื่อวัฒนธรรมสุขภาพดั้งเดิม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อประสบการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรค จากข้อมูลกรณีศึกษาเปิดเผยให้เห็นว่ามีผู้ป่วยแรงงานชาวเมียนมาหลังได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคจะเลือกแสวงหาการรักษาพยาบาลผสมผสานกันไประหว่างระบบการแพทย์ท้องถิ่นของเมียนมากับการแพทย์สมัยใหม่ มีผู้ป่วยบางคนตัดสินใจเดินทางกลับประเทศเมียนมาเพื่อไปรักษาอาการป่วยด้วยการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์ท้องถิ่น ซึ่งเป็นประเด็นความท้าทายการให้การดูแลรักษาโรค เนื่องจากผู้ป่วยบางคนขาดการติดต่อทำให้ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง หรือกลับมาใหม่ด้วยปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้น เช่น การเป็นโรคติดต่อ

สำหรับแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา เราอาจเรียกได้ว่าพวกเขาอยู่ใน “อุตสาหกรรมการอพยพย้ายถิ่น” (migration industry) ซึ่งอนุญาตให้การลักลอบเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายเป็นสิ่งที่กระทำได้และเติบโตจนกลายเป็นธุรกิจสำคัญ (Koser 2010: 188; Farrelly 2012: 134; Balcaite 2015) ผลลัพธ์ที่ตามมาของอุตสาหกรรมนี้ก็คือเกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานชาวเมียนมาจำนวนมากมาสู่ประเทศไทยตลอดระยะเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา (van Schendel 2005: 40-41) งานวิจัยส่วนใหญ่มีข้อค้นพบทำนองเดียวกันว่าหลังจากที่แรงงานชาวเมียนมาเดินทางข้ามประเทศมาถึงอำเภอชายแดน เช่น แม่สอด พวกเขาต่างมีแผนการที่จะเดินทางเคลื่อนย้ายเข้าไปสู่เมืองชั้นในของประเทศไทย โดยเฉพาะกรุงเทพฯ และเมืองอุตสาหกรรม (Farrelly 2012; Lee 2011; Rangkla 2012; Balcaite 2015; Rungmanee 2015) งานศึกษาของ Soe Lin Aung (2014) เผยให้เห็นว่าเมื่อผู้อพยพแรงงานชาวเมียนมาทั้งที่ผิดกฎหมายและถูกกฎหมายเดินทางไปถึงพื้นที่ต่างๆ พวกเขาจะสร้าง “พื้นที่ของผู้อพยพย้ายถิ่น” (migrant space) ในพื้นที่ที่พวกเขาเคลื่อนย้ายไปเป็นแรงงาน เพื่อหลีกเลี่ยงจากอำนาจสอดส่องของรัฐ เช่น การเข้าหอพักอยู่รวมกัน การสร้างอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม เป็นต้น

งานศึกษาการเดินทางเคลื่อนย้ายของแรงงานชาวเมียนมาสู่ประเทศไทยไม่ว่าจะเป็นคนเมียนมาชาติพันธุ์ใดก็ตาม พบว่า มีแบบแผนการอพยพย้ายถิ่นที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ วิธีการเดินทางอพยพย้ายถิ่นสัมพันธ์กับช่องทางและเครือข่ายที่หลากหลาย (Koser 2010) ทำให้นโยบายของรัฐบาลไทยในการป้องกันและควบคุมธุรกิจค้ามนุษย์และแรงงานผิดกฎหมายล้มเหลว ยังไม่รวมถึงการออกมาตรการต่างๆ ที่ไม่เข้าใจธรรมชาติของการเดินทางอพยพย้ายถิ่นของแรงงานชาวเมียนมา (van Schendel 2005: 51; Ford, Lyons & van Schendel 2012)

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีความพยายามทำให้แรงงานชาวเมียนมาถูกกฎหมายผ่านบันทึกข้อตกลงร่วมกันเรื่องแรงงานระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลเมียนมา แต่วัตถุประสงค์หลักเป็นไปเพื่อสร้างการเติบโตของภาคธุรกิจของไทย โดยเฉพาะการต้องการแรงงานราคาถูกมากกว่าเป้าหมายเพื่อการปกป้องคุ้มครองสวัสดิการทางสังคมของแรงงานชาวเมียนมา (Mon 2010)

สำหรับประเทศไทยมีความพยายามดำเนินมาตรการ “เขื่อนกันโรค” (Health dam) เป้าหมายหลักเพื่อควบคุมป้องกันการแพร่กระจายโรคติดต่อจากพื้นที่ชายแดนเข้าไปสู่พื้นที่ต่างๆ ของประเทศ มาตรการนี้ประสบอุปสรรคสำคัญ คือ แรงผลักดันของโลกาภิวัตน์ที่ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติขนาดใหญ่ซึ่งแรงงานกลุ่มนี้เป็นคนที่มีฐานะยากจนมีความคาดหวังที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการไปขายแรงงานข้ามชาติ ประกอบ

กับพรมแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้านมีด้านธรรมชาติอยู่หลายจุดที่เอื้อให้แรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมายสามารถเดินทางจากชายแดนเข้าไปสู่พื้นที่ต่างๆ ของประเทศ โดยไม่จำเป็นต้องผ่านการตรวจคัดกรองสุขภาพ การที่แรงงานข้ามชาติเหล่านี้สามารถเดินทางข้ามพรมแดนประเทศไปมาได้อย่างสะดวก ส่งผลต่อปัญหาในการติดตามการรักษาและการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค ที่ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ประเทศใดประเทศหนึ่งเท่านั้น

#### 5.2.1.4 ยาในฐานะผู้กระทำกร

เราจะเห็นได้ว่าปัญหาการไม่กินยารักษาไวรัสโรคต่อเนื่องในกลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาจนนำมาสู่ปัญหาไวรัสโรคดื้อยา มีความซับซ้อนมากกว่าจะลดทอนปัญหาดังกล่าวลงไปเหลือแค่เรื่อง “พฤติกรรม” ส่วนบุคคลของแรงงานข้ามชาติ หรือวิธีคิดคู่ตรงข้าม “การใช้ยาสมเหตุสมผล-ไม่สมเหตุสมผล” แต่ในทางตรงข้ามการกินยารักษาไวรัสโรค มันสมเหตุสมผลในบริบทชีวิตของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาที่เจ็บป่วยด้วยไวรัสโรค และยารักษาไวรัสโรคแสดงบทบาทเป็นโครงสร้างพื้นฐานในชีวิตของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในหลายลักษณะ

งานวิจัยชิ้นนี้เสนอว่าเราต้องมีมุมมองใหม่ต่อยารักษาไวรัสโรคในฐานะผู้กระทำกร (actors) (ดู Latour 1993) กล่าวอีกนัยหนึ่งต้องเข้าใจบทบาทของยารักษาไวรัสโรคในฐานะโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ในชีวิตของแรงงานเมียนมา รวมทั้งมีมุมมองต่อยารักษาไวรัสโรคว่าไม่ได้มีความหมายที่ตายตัวหยุดนิ่งแค่การเป็นวัตถุเพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วย แต่ยารักษาไวรัสโรคยังมีความหมายที่หลากหลาย (multiplicity) ขึ้นอยู่กับบริบทที่มันแสดงตัวในโลกชีวิตของแรงงานอพยพชาวเมียนมา (Chandler, Hutchinson and Hutshison 2016)

ข้อมูลกรณีศึกษาแสดงให้เห็นว่ายารักษาไวรัสโรคกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพและการดูแลเอาใจใส่ (Care) กลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาเมื่อพวกเขาตรวจพบเชื้อไวรัสโรค ยารักษาไวรัสโรคกลายเป็นโครงสร้างพื้นฐานทำหน้าที่ยึดโยงความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพกับแรงงานเมียนมาในฐานะผู้ป่วย ยารักษาไวรัสโรคจึงมีบทบาททั้งในฐานะ “โครงสร้างพื้นฐานทางเภสัช” (material infrastructure) ที่ฤทธิ์ของยารักษาไวรัสโรคช่วยให้แรงงานข้ามชาติหายป่วยจากไวรัสโรคและกลับมาสวมบทบาททางสังคมการเป็นแรงงานข้ามชาติทำงานหาเงินได้เหมือนเดิม และ “โครงสร้างพื้นฐานด้านความรู้สึก” (affective infrastructure) ที่ช่วยให้แรงงานข้ามชาติที่เจ็บป่วยด้วยไวรัสโรคมีความมั่นใจในยารักษาไวรัสโรคว่าจะรักษาพวกเขาให้หายป่วยได้ ซึ่งทำให้พวกเขายังคงมารับยารักษาอย่างต่อเนื่องและไม่หลุดหายไปจากระบบบริการสุขภาพ

#### 5.2.1.5 ข่ายใยการดูแล (Web of care)

การแก้ปัญหาไวรัสโรคในประชากรกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีลักษณะซับซ้อนและข้ามพรมแดนระหว่างประเทศ ไม่สามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยนโยบายของประเทศใดประเทศหนึ่ง หรืออาศัยพรมแดนทางภูมิศาสตร์ที่ชัดเจนเป็นจุดยุทธศาสตร์ในการดำเนินมาตรการแก้ไขปัญหา เนื่องจากวิถีชีวิตของแรงงานชาวเมียนมาเชื่อมโยงกับบริบทการเป็นแรงงานข้ามชาติยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ การเดินทางเคลื่อนย้ายไปมาข้ามพรมแดนระหว่างประเทศไทยกับเมียนมาอยู่บ่อยครั้ง

งานวิจัยจำนวนมากยืนยันให้เห็นอย่างชัดเจนว่าภายใต้บริบทโลกาภิวัตน์ในปัจจุบันเราไม่สามารถจะแก้ไขปัญหามลพิษโดยให้ความสำคัญเฉพาะการพัฒนากระบวนการสุขภาพภายในประเทศใดประเทศหนึ่งได้อีกต่อไป เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดขึ้นของปัญหามลพิษปัจจุบันสัมพันธ์อย่างซับซ้อนในลักษณะข้ามพรมแดนรัฐชาติที่เป็นทางการ ทำให้การแก้ไขปัญหามีความรับผิดชอบร่วมกันของหลายประเทศและไม่ใช้บทบาทของประเทศใดประเทศหนึ่งที่เกิดปัญหามลพิษขึ้นเท่านั้น (Farmer et al. 2013; Biehl and Petryna 2013) รวมทั้งแนวทางระบาดวิทยาเพื่อควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อจำเป็นต้องไปพ้นจากกรอบคิดเรื่องแหล่งโรคและพื้นที่ควบคุมป้องกันโรคที่อยู่ภายใต้พรมแดนรัฐชาติที่มีขอบเขตชัดเจนทางกายภาพ (Chuengsatiansup and Limsawart 2019)

ทำนองเดียวกัน ยุทธศาสตร์เพื่อควบคุมโรคและโรคติดต่อในกลุ่มแรงงานไร้พรมแดนของประเทศไทย ไม่สามารถจะบรรลุตามเป้าหมายได้เลยหากไม่ขยายข่ายใยการดูแล (web of care) แรงงานกลุ่มนี้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคในลักษณะข้ามพรมแดนรัฐชาติไปสู่ประเทศต้นทางของแรงงานกลุ่มนี้ พร้อมไปกับการขยายหลักประกันสุขภาพในผู้ป่วยโรคโดยไม่จำกัดว่าผู้ป่วยเป็นพลเมืองของประเทศใด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงตัวารักษาได้อย่างต่อเนื่อง

งานวิจัยชิ้นนี้พัฒนาแนวคิด “ข่ายใยการดูแล” หรือ web of care โดยประยุกต์จากแนวคิดข่ายใยของความหมาย (web of significance) ของนักมานุษยวิทยา คลิฟฟอร์ด เกียร์ซ (Clifford Geertz)

Clifford Geertz (1973) นักมานุษยวิทยาชาวอเมริกันในสกุลความคิดการตีความวัฒนธรรม (Interpretivism) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมไว้ในงานชิ้นสำคัญของเขาที่ชื่อ “The Interpretation of Cultures” ว่าวัฒนธรรมเป็นระบบสัญลักษณ์ที่มนุษย์ถักทอขึ้นเป็นข่ายใยของความหมาย (Web of significance) และตัวมนุษย์เองก็เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันภายใต้ข่ายใยนี้ การวิเคราะห์ข่ายใยของความหมายนี้ ไม่ใช่การแสวงหากฎเกณฑ์ที่ตายตัวแบบการทดลองทางวิทยาศาสตร์ แต่เป็นการตีความหมายและแสวงหาความหมาย

งานวิจัยชิ้นนี้เสนอแนวคิด ข่ายใยการดูแล เพื่อช่วยในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ ซึ่งมีบริบทชีวิตที่ต้องเดินทางเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนไปมาระหว่างประเทศไทยกับประเทศเมียนมาและเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าไม่ถึงสิทธิด้านการรักษาพยาบาล อีกทั้งการเข้าถึงสิทธิด้านการรักษาของพวกเขาขึ้นอยู่กับภาระเงินเป็นแรงงานที่ถูกกฎหมาย โดยข่ายใยการดูแลที่มีลักษณะข้ามพรมแดนขอบเขตรัฐชาติจะทำหน้าที่ยึดโยงผู้ป่วยไว้กับระบบบริการสุขภาพเพื่อให้แน่ใจได้ว่าผู้ป่วยโรคจะได้รับยารักษาโรคต่อเนื่อง

หัวใจของข่ายใยการดูแล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

1. การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แรงงานข้ามชาติที่ป่วยด้วยโรคมีบริบทชีวิตที่เฉพาะเจาะจง พวกเขาเดินทางเคลื่อนย้ายไปมาไม่หยุดนิ่ง เพื่อหางานที่ให้รายได้สูงและนายจ้างที่ดูแลเอาใจใส่ดี อีกทั้งมีด้านพรมแดนธรรมชาติหลายจุดที่เอื้ออำนวยให้แรงงานชาวเมียนมาสามารถเดินทางไปกลับระหว่างประเทศไทยกับประเทศเมียนมา ดังนั้น การสร้างหลักประกันสุขภาพที่ข้ามพรมแดนประเทศให้กับแรงงานกลุ่มนี้หลังได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคจะช่วยให้พวกเขาเข้าสู่กระบวนการรักษาโรคและการติดตามการรักษาที่ต่อเนื่อง

2. การให้ยารักษาโรคฟรี ให้กับแรงงานข้ามชาติภายใต้หลักการสิทธิมนุษยชน โดยไม่จำกัดเชื้อชาติและข้ามพรมแดนประเทศ ซึ่งจะช่วยให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงนี้เข้าถึงการรักษาโรคที่ต่อเนื่อง

3. สร้างระบบการจัดการผู้ป่วย (Case management) โดยระบบนี้ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานหลักการสิทธิมนุษยชนและหลักการมนุษยธรรมทางการแพทย์ ตลอดจนทิศทางชาติพันธุ์และอคติที่มีต่อแรงงานข้ามชาติในฐานะแค่งlobalขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจ AEC

4. สร้างความหมายให้กับยารักษาวัณโรคในฐานะโครงสร้างพื้นฐาน 2 ลักษณะ ที่สัมพันธ์กับชีวิตทางสังคมของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาที่ป่วยด้วยวัณโรค ทั้งในฐานะโครงสร้างพื้นฐานซึ่งแรงงานที่ป่วยด้วยวัณโรคเชื่อมั่นว่ายารักษาวัณโรคที่รับประทานสามารถจะช่วยให้พวกเขายังคงสามารถทำงานต่อไปได้ในขณะที่กำลังอยู่ในกระบวนการรักษาและยาวัณโรคจะช่วยให้พวกเขาหายขาดได้ และในฐานะโครงสร้างพื้นฐานด้านอารมณ์ความรู้สึกลดความหวาดกลัวจากวัณโรคและการถูกตีตราในฐานะแหล่งโรค

## 5.2.2 การอภิปรายประเด็นเฉพาะของวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ

### 5.2.2.1 การเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติ

ข้อค้นพบว่าการเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และจังหวัดสมุทรสาคร เป็นพื้นที่ที่มีการอพยพเคลื่อนย้ายของผู้คนอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่อดีต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันพบการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในการขยายตัวทางเศรษฐกิจของภาคอุตสาหกรรม ส่งผลให้เกิดความต้องการแรงงานเป็นจำนวนมากตามไปด้วย ทำให้มีแรงงานต่างชาติเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานจำนวนมาก ซึ่ง ขวัญชีวิน บัวแดง (2551) ได้ชี้ให้เห็นตั้งแต่สิบกว่าปีก่อนว่า กลุ่มแรงงานเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ จึงควรสร้างระบบรองรับหลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติอย่างมีคุณภาพ ความน่าสนใจของวิถีชีวิตของกลุ่มแรงงานคือ เป็นกลุ่มคนที่มีการเคลื่อนย้ายและข้ามพรมแดนอยู่เสมอและเป็นความเสี่ยงกรณีเกิดโรคระบาดที่อาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงปลอดภัยคนในชาติด้วย ทั้งนี้การดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ต้องอยู่บนฐานความคิดที่ทำให้แรงงานสุขภาพดี แรงงานสามารถทำงานได้เต็มที่ เป็นกำลังในการพัฒนาเศรษฐกิจ โดยเสนอแนะเรื่องการพัฒนาสุขภาพที่จะต้องมีรูปแบบที่ครอบคลุมความหลากหลายในวิถีชีวิตของกลุ่มแรงงานสอดคล้องตามบริบทอาชีพ สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย และชี้ว่าประเด็นสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมหลายภาคส่วนและเห็นความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนในชาติด้วย (ขวัญชีวิน บัวแดง 2551)

การที่ประเทศไทยมีความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูงมาก จนทำให้เกิดความขาดแคลนแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและเกษตรกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่ดึงดูดแรงงานต่างชาติให้เคลื่อนย้ายเข้าสู่ประเทศไทย โดยการเคลื่อนย้ายเข้ามาของแรงงานต่างชาติชาวเมียนมานั้นมี 2 ลักษณะ คือ การเคลื่อนย้ายเข้ามาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย หมายถึง การเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศต้นทางโดยผ่านด่านตรวจคนเข้าเมืองแบบถูกต้องตามกฎหมาย และการลักลอบเข้ามาแบบผิดกฎหมาย หมายถึง การลักลอบเดินทางเข้ามาในประเทศไทยตามแนวชายแดน หรือที่เรียกว่า ด่านธรรมชาติ ซึ่งหลายปีที่ผ่านมารัฐบาลไทยเองได้มีมาตรการเกี่ยวกับการควบคุมแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายที่หลากหลาย สอดคล้องกับ Ludden 2003; Horstmann and Wadley 2006 ในเรื่องการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามพรมแดนรัฐชาติในปัจจุบันสะท้อนการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างพลเมืองของประเทศต้นทางกับศูนย์กลางอำนาจการบริหารปกครองของรัฐส่วนกลางประเทศต้นทาง ชน



ชั้นปกครองในอดีตพยายามควบคุมกำกับการเคลื่อนย้ายประชากรและสินค้า เพราะจะส่งผลต่อศูนย์กลางอำนาจในมือ แต่ตรงข้ามกับรัฐชาติสมัยใหม่ที่พยายามสนับสนุนให้เกิดการอพยพเดินทางของประชากรวัยแรงงานออกไปทำงานในประเทศอื่น แล้วส่งเงินรายได้กลับมาพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้คนในประเทศต้นทาง นอกจากนี้ Stephen Castles (2010) เสนอว่านักวิจัยที่สนใจศึกษาการอพยพย้ายถิ่นไม่ได้สนใจนักในประเด็นที่ว่าทำไมผู้อพยพย้ายถิ่นบางคนสามารถที่จะเดินทางอพยพแต่คนอื่นไม่สามารถกระทำเช่นนั้นได้ Stephen แนะนำให้ตรวจสอบปรากฏการณ์การอพยพเดินทางของผู้คนโดยค้นหาศักยภาพของปัจเจกบุคคลในการเคลื่อนย้ายและอพยพ (Sheller & Urry 2006; Cresswell 2010; Faist 2013; Glick Schiller & Salazar 2013) แรงงานชาวเมียนมาที่เดินทางผ่านจุดผ่านแดนทั้งที่เป็นด่านตรวจคนเข้าเมืองทางการและด่านทางธรรมชาติ อยู่ภายใต้สิ่งที่เรียกว่า “การเมืองของรูปแบบการเคลื่อนย้าย” (politics of mobility forms) (Cresswell 2010) ซึ่งสะท้อนปฏิสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมพรมแดนของระบอบอำนาจของผู้กระทำราชการรัฐกับยุทธวิธีรูปแบบต่างๆ ที่หลากหลายของผู้อพยพที่ตอบสนองต่ออำนาจที่ควบคุมอยู่บริเวณชายแดน

**พื้นที่สมุทรสาคร** แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในพื้นที่สมุทรสาคร อาจแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มตามลักษณะการเคลื่อนย้ายเข้ามาในประเทศไทย คือ (1) **กลุ่มที่เข้าเมืองตามลักษณะเดิม** มักมีการเข้ามาโดยการลักลอบเข้าตามชายแดน อาทิ ชายแดนจังหวัดตราดบุรี หรือ ทางจังหวัดตอนใต้ของประเทศ ทำให้ในช่วงแรกเป็นแรงงานผิดกฎหมาย หลังจากอยู่ในประเทศไทยสักระยะได้รับการชักชวนจากคนรอบข้างหรือเพื่อนให้เข้ามาทำงานในพื้นที่สมุทรสาครจึงได้เคลื่อนย้ายเข้าสู่สมุทรสาคร ซึ่งก็มีทั้งคนที่ยังผิดกฎหมาย และคนที่เปลี่ยนสถานภาพเป็นแรงงานถูกกฎหมาย อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มที่เป็นคนรุ่นลูกหลานที่เกิดและเติบโตในประเทศไทยด้วย (2) **กลุ่มใหม่ที่มีลักษณะเฉพาะคือการเข้าเมืองด้วยกระบวนการนำเข้าตาม MOU** เป็นกลุ่มที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเข้าเมือง เพราะต้องมีเอกสารที่ถูกต้องตามกฎหมายตามข้อบังคับการเป็นแรงงาน MOU จึงจะสามารถเคลื่อนย้ายเข้าสู่ตัวเมืองชั้นในได้ อย่างไรก็ตาม แรงงานกลุ่มนี้ก็ยังประสบปัญหาหลายด้าน จากการลงพื้นที่สำรวจ พบว่า กลุ่มนี้จะมีปัญหาหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น ป่วย ตกงาน หรือสถานการณ์ที่ไม่สามารถสร้างรายได้ ซึ่งเป็นเหตุให้พวกเขาไม่มีเงินในการต่อการขึ้นทะเบียนแรงงานถูกกฎหมายส่งผลให้ไม่ได้รับการคุ้มครองตามสิทธิหลักประกันสังคม หรือไม่มีเงินซื้อหลักประกันสุขภาพที่หน่วยบริการด้านสุขภาพ และกลายเป็นแรงงานผิดกฎหมายในที่สุด

สอดคล้องกับ แนวคิดนี้เน้นย้ำว่า “ความไม่เท่าเทียมทางสังคม” ในบริบทสุขภาพโลกเป็นตัวก่อโรคที่สำคัญของวัณโรค งานศึกษาของพอล ฟาร์เมอร์ (Paul Farmer) เปิดเผยให้เห็นว่าปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรคไม่ได้อยู่ที่ตัวยารักษาโรค หากอยู่ที่ความไม่เท่าเทียมกันของโอกาสการได้รับยาต่อเนื่อง นอกจากนี้แนวคิดนี้ขยายความเข้าใจว่าตัวกำหนดทางสังคมด้านต่างๆ เช่น ความไม่เท่าเทียมทางสังคม ปัญหาการเป็นคนกลุ่มน้อยในสังคม อคติทางชาติพันธุ์ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นต้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ชักนำให้ผู้คนบางกลุ่มในสังคมต้องตกอยู่ในสถานะอ่อนแอเปราะบางและเสี่ยงต่อการเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคร้ายไข้เจ็บมากกว่าคนกลุ่มอื่น และหากเกิดการเจ็บป่วยขึ้นตัวกำหนดทางสังคมด้านต่างๆ เหล่านี้ก็จะยิ่งเพิ่มขนาดความรุนแรงของโรคมมากขึ้น (Farmer et al. 1996; Schiller 1992; Parker 1991; Singer 1994; Desjarlais et al. 1997) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันตัวกำหนดทางสังคมที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บซับซ้อนเคลื่อนอิทธิพล

ของมันก่อผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพในบริบทสุขภาพโลกข้ามพรมแดนรัฐชาติไม่ได้จำกัดบทบาทของมันอยู่แค่ภายในประเทศอีกต่อไป

**พื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก** แรงงานต่างชาติชาวเมียนมาที่เคลื่อนย้ายจากเมียนมาเข้าสู่แม่สอด ส่วนใหญ่จะเป็นการเคลื่อนย้ายในรูปแบบลักลอบเข้าเมืองตามแนวชายแดน ด้านธรรมชาติ มากกว่าการเคลื่อนย้ายเข้าพื้นที่แบบถูกกฎหมาย ทั้งนี้จะมาจากปัจจัยทางกายภาพ ภูมิศาสตร์ ที่เอื้อต่อการลักลอบเข้าเมืองแบบผิดกฎหมาย โดยชาวเมียนมาที่เข้ามายังพื้นที่แม่สอด มีลักษณะที่น่าสนใจ 2 กรณี คือ

1. เข้ามาทำงาน แบ่งออกเป็น 1) เข้าไปเย็นกลับ ซึ่งแรงงานแบบเข้าไปเย็นกลับนั้นสามารถซื้อบัตรผ่านแดนรายวันได้ อีกทางหนึ่งคือสามารถข้ามด่านธรรมชาติเข้าไปเย็นกลับแบบไม่ต้องมีบัตรผ่านแดนก็ได้ 2) อยู่แบบถาวร หรือ มากกว่า 1 เดือน แรงงานกลุ่มนี้เป็นแรงงานที่ไม่พบปัญหาการลักลอบ เพราะมีนายจ้างที่ถูกต้องตามกฎหมาย แรงงานจำเป็นที่จะต้องมีการใบอนุญาตทำงานที่ถูกต้องนั่นเอง

2. ชาวเมียนมาที่เข้ามาได้รับการรักษา หรือ ท่องเที่ยว กลุ่มนี้ก็มี 2 ลักษณะเช่นกัน หากไม่มีพาสปอร์ต หรือเอกสารที่ถูกต้องตามกฎหมายก็จะรอเวลาข้ามฝั่งแบบลักลอบด้วยด่านธรรมชาติ จากการสำรวจและสอบถามข้อมูลการเคลื่อนย้ายเข้าสู่พื้นที่แม่สอด พบว่า พื้นที่แม่สอดมีความเปราะบางในการลักลอบเข้าเมืองแบบผิดกฎหมายได้ง่ายกว่าพื้นที่เมืองชั้นใน ดังนั้น มาตรการการดูแล การทำความเข้าใจความซับซ้อนจะใช้กฎหมายอย่างเดียวไม่ได้

ลักษณะการเคลื่อนย้ายนี้ เป็นสิ่งที่นักวิชาการไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมาได้อธิบายไว้อย่างชัดเจน กฤตยา อาชวนิจกุล (2546) อธิบายว่าแรงงานเดินทางเข้าประเทศไทยจากแรงผลักดันทางเศรษฐกิจและบางส่วนเคลื่อนย้ายมาจากสาเหตุของสถานการณ์ทางการเมือง การเดินทางเข้าออกของกลุ่มแรงงานใช้วิธีการ 3 ลักษณะ คือ เดินทางเข้ามาทำงานตามฤดูกาล (seasonal) เดินทางเข้ามาใช้แรงงานระยะสั้น รายวัน รายเดือน (circular) เดินทางมาพัก หรืออพยพเพื่อเดินทางไปในประเทศอื่น (transit) โดยสอดคล้องกับที่ ยศ สันตสมบัติ (2555) ชี้ให้เห็นว่า “ชายแดน” มีความหมายในลักษณะของพื้นที่ซึ่งประกอบด้วยปฏิสัมพันธ์ผู้คน รอยต่อทางวัฒนธรรม วิถีชีวิต ในขณะที่ “พรมแดน” และ ขอบเขต มักใช้ในบริบททางการเมืองและอธิบายถึงสภาพทางภูมิศาสตร์ และให้ความหมายในการจัดแบ่งพื้นที่ เช่น ขอบเขตของรัฐ พรมแดนของชาติพันธุ์

นอกจากนี้ปัจจัยที่มีแรงดึงดูดในการเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างชาติชาวเมียนมาเข้าสู่ประเทศไทยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ค่าตอบแทนสูงกว่าประเทศตนเอง และมีโอกาสในการทำงานมากกว่าประเทศต้นทาง ซึ่งแรงงานต่างชาติส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ค่อนข้างดีที่ได้เข้ามาทำงานในประเทศไทย เพราะพวกเขาเห็นการเปลี่ยนแปลงจากเพื่อน คนรอบข้างคนอื่นๆ ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยไปในทางที่ดี มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีขึ้น เช่น การส่งเงินกลับบ้านเกิด การสร้างบ้านหลังใหม่ให้กับครอบครัว เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จึงเป็นเหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้แรงงานต่างชาติชาวเมียนมาตัดสินใจเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และจังหวัดสมุทรสาคร

#### 5.2.2.2 ข่ายใยการดูแลกับวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ

ข้อมูลกรณีศึกษาแสดงให้เห็น “ข่ายใยการดูแล” ผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ทั้งการดูแลตนเองของผู้ป่วย บทบาทของผู้ดูแล (Caregiver) ซึ่งเป็นคนในครอบครัว และบทบาทของหน่วยงานภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ โดยเราพบว่าในผู้ป่วยบางราย “ข่ายใยการดูแล” ดังกล่าวนี้นี้ ขยายเชื่อมโยงกว้างขวางข้ามประเทศและข้ามวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ

##### นายเอ

กรณีของ นายเอ อายุ 30 ปี การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของนายเอ ไม่ค่อยพบปัญหามากนัก เพราะนายเอเป็นแรงงานข้ามชาติที่ถูกต้องตามกฎหมาย แต่สิ่งที่มีปัญหา คือ การขาดความรู้ในการเข้าถึงสิทธิของแรงงานข้ามชาติ ปัจจุบันนายเอเป็นผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในความดูแลและการติดตามของโรงพยาบาลสมุทรสาคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร และมูลนิธิรักไทย

นายเอ ประสบอุบัติเหตุค่อนข้างรุนแรงจากลอคเรือชนสะพาน เขาต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดชุมพรตามหลักประกันสังคม นายเอเป็นแรงงานข้ามชาติที่มีเอกสารยืนยันตัวตน พาสปอร์ต CI และขึ้นทะเบียนแรงงานถูกต้องตามกฎหมาย ทำให้นายเอได้รับสวัสดิการประกันสังคม เขาต้องนอนอยู่ที่โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร 2 วัน แพทย์ให้เขา X-Ray ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เขาทราบว่าตนเองป่วยวัณโรค หลังจากที่ทราบเขาขอย้ายการรักษากลับไปโรงพยาบาลสมุทรสาคร เพราะนายจ้าง และครอบครัวอยู่ที่จังหวัดสมุทรสาคร เมื่อกลับมาที่สมุทรสาคร เขาไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลสมุทรสาครอีกครั้ง ผลตรวจยืนยันว่าพบเชื้อวัณโรค เขานอนโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ หลังจากเริ่มการรักษาวัณโรค เขาตัดสินใจลาออกจากงานเพื่อรักษาตัวเอง เนื่องจากเขารู้สึกเหนื่อยและปวดเมื่อยตามร่างกายเลยคิดว่าหยุดพักน่าจะดีกว่า แต่นั่นทำให้เขาหมดสิทธิประกันสังคมจากที่ทำงานทันที เมื่อไม่มีหลักประกันสังคมค่าใช้จ่ายในการรักษาวัณโรคทั้งหมดเขาต้องรับผิดชอบเอง

ในช่วงแรกของการรักษาหลังจากลาออกจากงาน เขาเสียค่าใช้จ่ายด้วยตัวเองทั้งหมด โดยค่าใช้จ่ายการรักษาในช่วงเริ่มต้นนั้นมาจากเงินเก็บของครอบครัว พอทราบว่าเขาป่วย ครอบครัวก็ช่วยกันดูแลเขาเป็นอย่างดี ทั้งการกินยา และค่าใช้จ่ายในการรักษา เมื่อรักษารอบ 1 เดือน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร และเจ้าหน้าที่หน่วยงานเอกชน (มูลนิธิรักไทย) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพกับเขา เพราะเขามีเอกสารพาสปอร์ตถูกต้องตามกฎหมาย เขาจึงสามารถซื้อประกันสุขภาพตามระบบได้ เขาตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพกับโรงพยาบาลสมุทรสาครตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เพราะเขารู้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาวัณโรคค่อนข้างสูงและใช้เวลารักษานาน ซึ่งในขณะนี้นายเอเป็นผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในความดูแลและการติดตามของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร และมูลนิธิรักไทย

##### ซินซิน

กรณีของ ซินซิน (อายุ 43 ปี) การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของซินซินนั้นค่อนข้างซับซ้อนอันเป็นที่มาจากรื่องราวสถานะทางกฎหมายของเธอ ปัจจุบันซินซินเป็นผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในความดูแลและการติดตามของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร และมูลนิธิรักไทย ซึ่งเธอรักษาวัณโรคครบแล้ว แต่เพิ่งเสียชีวิตเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2563 ที่ผ่านมา

การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของจีนจีนนั้น ค่อนข้างเป็นปัญหา เพราะเธอเริ่มจากการลักลอบเข้าประเทศไทยแบบผิดกฎหมายทำให้เธอไม่มีสิทธิ์ประกันสังคมและประกันสุขภาพ แต่ช่วงแรกที่เราเข้ามาทำงานอยู่สตูลนั้นเธอไม่มีปัญหาสุขภาพเลย ทำให้เธอไม่สนใจเรื่องการมีหลักประกันสุขภาพมากนัก เธออยู่สตูลได้ 4 ปี ลาออกจากงานเพื่อมาทำงานที่จังหวัดสมุทรสาครตามคำแนะนำของเพื่อน

การเข้ามาทำงานที่จังหวัดสมุทรสาคร เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เธอได้สถานะทางกฎหมายเป็นแรงงานขึ้นทะเบียนที่ถูกต้อง เพราะนายจ้างของเธอจัดการเรื่องดังกล่าวให้ ในขณะที่เธอได้รับการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน และได้สิทธิ์ประกันสังคมตามสวัสดิการแรงงานที่ต้องได้รับ อย่างไรก็ตามในช่วงที่เธอทำงานบริษัทแห่งนี้ เธอไม่มีปัญหาสุขภาพอีกเช่นเคย ประกอบกับเธอตั้งครรภ์เธอจึงลาออกจากงาน โดยที่ไม่คำนึงถึงปัญหาสุขภาพหรือค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

กระทั่งเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 เธอมีอาการเหนื่อย เป็นไข้ หน้ามืด เธอจึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผลวินิจฉัยออกมาว่าเธอป่วยเป็นเบาหวาน เธอต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด และเธอก็ไม่สามารถซื้อประกันสุขภาพกับโรงพยาบาลได้เพราะเธอไม่ได้ไปต่อพาสปอร์ต เธอนอนรักษาอาการเบาหวานเป็นเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากนั้น 1 เดือน เธออาการหนักขึ้น มีไข้ หนาวสั่น เดี๋ยวไม่ไหว ไอปนเลือด เธอจึงกลับมาพบแพทย์อีกครั้ง ผลวินิจฉัยออกมาว่าเธอป่วยเป็นวัณโรค MDR เธอนอนโรงพยาบาล 4 คืน แพทย์ให้ยามา 1 เดือน ซึ่งค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ทำให้เธอเลือกที่จะหนีกลับไปบ้านเกิด เธอกลับไปอยู่ที่เมียนมา 1 ปี และกลับเข้ามาสมุทรสาครอีกครั้ง

เมื่อเธอกลับมาได้ 1 เดือน อาการเธอทรุดหนักอีกครั้ง รวมกับอาการโรคเบาหวานกำเริบทำให้ตาของเธอ มองไม่เห็น เธอจึงเข้ารับการรักษากันอีกครั้ง การกลับมาของเธอครั้งนี้เธอได้รับการดูแลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ที่เป็นหน่วยงานในการติดตาม ดูแล และให้ความช่วยเหลือกับเธอ ไม่ว่าจะเป็นการประสานเรื่องค่าใช้จ่ายกับโรงพยาบาลสมุทรสาคร การประสานงานกับมูลนิธิรักษ์ไทยในการดูแล ติดตามจนเธอรักษาครบ

ในส่วนของคนรอบข้างและครอบครัว พบว่า ลูกสาวของเธอปฏิบัติตามคำแนะนำ และเป็นคนกลางที่คอยสื่อสาร ส่งข้อมูลของเธอให้กับเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุขที่ดูแลเธอตลอดเวลา เช่น เมื่อตอนที่เธอกลับไปทำธุระส่วนตัวที่เมียนมา ลูกสาวเธอเป็นคนประสานกับครอบครัวที่อยู่ฝั่งเมียนมาให้ช่วยควบคุมการกักขังอย่างต่อเนื่องจนกว่าเธอจะกลับมาสมุทรสาคร ทำให้เราเห็นภาพการดูแลระหว่างประเทศของครอบครัวผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง

### อองซาน

กรณีของอองซาน (อายุ 45 ปี) เป็นแรงงานข้ามชาติมีเอกสารยืนยันตัวตน และมีพาสปอร์ตถูกต้องตามกฎหมายแต่เธอกลับไปไม่มีประกันสังคม หรือประกันสุขภาพใดๆ เพราะเขาทำงานที่ตลาดทะเลไทย ไม่ได้ทำงานโรงงานอุตสาหกรรม และเขาเองก็ไม่ได้ตระหนักหรือให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพเท่าที่ควร ช่วงแรกที่เขาเข้ามาทำงานที่สมุทรสาคร เขาไม่เคยป่วยเลย เขาทำงานที่ทะเลไทยได้เกือบ 3 ปี เข้าปีที่ 4 เริ่มมีอาการไอ เป็นไข้ เจ็บหน้าอก เขารู้สึกตกใจมากจึงไปหาหมอที่คลินิกเอกชน เหตุผลที่เขาเลือกไปคลินิกเอกชนเพราะเขาไม่มีประกันสังคม และคลินิกเอกชนไม่ต้องเสียเวลาในการรอคิว เขาเลือกที่จะจ่ายในราคาที่สูงเพื่อให้ตนเองได้รับ

การรักษาเร็วขึ้นและไม่เสียเวลาการทำงาน แต่หลังจากได้ยาจากคลินิก เขากลับไม่ดีขึ้นเลย จึงทำให้เขาต้องเปลี่ยนมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ผลวินิจฉัยหลังจากเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร คือ ป่วยวัณโรค MDR ทำให้เขากลายเป็นผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติที่ต้องอยู่ในความดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร โดยเขาจะได้เงินรายเดือนตลอดการรักษาจำนวน 1,500 บาทต่อเดือน

หลังจากเข้ามาเป็นผู้ป่วยในความดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เขาได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครในการซื้อประกันสุขภาพกับโรงพยาบาลสมุทรสาคร เพราะเขามีพาสปอร์ตถูกต้องตามกฎหมาย เขายินดีทำตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทุกอย่าง นอกเหนือจากการดูแลและติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครแล้ว ในช่วงแรกของการป่วย ภรรยาของเขากลับมาจากเมียนมาเพื่อมาดูแลเขาตลอด 7 เดือนจนอาการดีขึ้น ภรรยาของเขาจึงกลับไปดูแลลูกที่เมียนมาเช่นเดิม ปัจจุบันเขาอาศัยอยู่ที่สมุทรสาครคนเดียว เขาดูแลตัวเองเป็นอย่างดี พร้อมกับการดูแลติดตามของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลภาคสนาม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีหลักของโครงการวิจัยนี้ ได้แก่ ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพโลก การวิเคราะห์แบบชีวสังคม คนพลัดถิ่น และการเดินทางเคลื่อนย้ายและการอพยพย้ายถิ่น รวมทั้ง แนวคิดเพิ่มเติม คือ ยาในฐานะผู้กระทำการ และช่วยโยการดูแล ช่วยให้เข้าใจลักษณะความซับซ้อนของปัญหาวัณโรคที่อยู่ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาว่าเป็นผลผลิตจากความไม่เท่าเทียมทางสังคมและความไม่เป็นธรรมทางสังคมทั้งในบริบทโลกาภิวัตน์และบริบทภายในประเทศไทย ซึ่งมีอิทธิพลต่อสถานะบุคคลของการเป็นแรงงานข้ามชาติ วิถีชีวิตของแรงงานชาวเมียนมา และความสัมพันธ์ของแรงงานเมียนมากับระบบบริการสุขภาพ ปัญหาวัณโรคที่อยู่ในกลุ่มแรงงานเมียนมาจึงไม่สามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยนโยบายของประเทศใดประเทศหนึ่ง หากต้องการความร่วมมือในลักษณะช่วยโยการดูแลที่ข้ามพรมแดนระหว่างประเทศและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของแรงงานข้ามชาติยุคโลกาภิวัตน์ที่มีวิถีชีวิตของการเคลื่อนย้ายอพยพอยู่บ่อยครั้ง

งานวิจัยชิ้นนี้เสนอแนวคิด ช่วยโยการดูแล เพื่อช่วยในการควบคุมป้องกันวัณโรคที่อยู่ในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ ซึ่งมีบริบทชีวิตที่ต้องเดินทางเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนไปมาระหว่างประเทศไทยกับประเทศเมียนมาและเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าถึงสิทธิด้านการรักษาพยาบาล อีกทั้งการเข้าถึงสิทธิด้านการรักษาของพวกเขาขึ้นอยู่กับ การขึ้นทะเบียนเป็นแรงงานที่ถูกกฎหมาย โดยช่วยโยการดูแลที่มีลักษณะข้ามพรมแดนขอบเขตรัฐชาติจะทำหน้าที่ยึดโยงผู้ป่วยไว้กับระบบบริการสุขภาพเพื่อให้แน่ใจได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคจะได้รับยารักษาวัณโรคต่อเนื่อง

## 5.3 ข้อเสนอแนะ

### 5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.3.1.1 กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการบูรณาการความร่วมมือ กับ หน่วยงานทั้งภาครัฐภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ ในการพัฒนาระบบการดูแลและป้องกันโรค ที่สามารถครอบคลุมประชากรแรงงานข้ามชาติได้ทุกกลุ่ม ให้ได้รับการคัดกรองอย่างครอบคลุม และการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง

5.3.1.2 กระทรวงสาธารณสุข ควรร่วมมือกับองค์กรภาคประชาสังคม และองค์กรระหว่างประเทศ รวมถึงกองทุนโลก ในการเพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรองโรคและการให้ยารักษาโรคที่เหมาะสมกับแรงงานข้ามชาติอย่างทั่วถึงโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายตามหลักสิทธิมนุษยชน โดยพัฒนาระบบและนโยบายที่ให้ความมั่นใจได้ว่ายารักษาโรค จะเป็นสิ่งที่แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยไม่มีข้อจำกัดด้านสถานะบุคคล เพื่อเป็นสิ่งที่ยืดโยงแรงงานข้ามชาติเข้ากับเครือข่ายการดูแลของระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งรักษาหาย

5.3.1.3 กระทรวงสาธารณสุข ควรร่วมกับหน่วยงานภาครัฐของไทยและองค์กรระหว่างประเทศ ในการพัฒนาแนวทางการสร้างความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน ในด้านการควบคุมโรค ในประชากรแรงงานข้ามชาติ โดยให้ความสำคัญกับปัญหาโรคในแรงงานข้ามชาติในฐานะปัญหาความมั่นคงทางสุขภาพที่เชื่อมโยงกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เนื่องจากแรงงานข้ามชาติถือได้ว่าเป็นประชากรทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างมั่นคงและยั่งยืน โดย

(1) ควรใช้มุมมองแบบสุขภาพโลกในการพัฒนาระบบและนโยบายในการดูแลและควบคุมโรคในแรงงานข้ามชาติ ด้วยการมองข้ามพรมแดนของชาติไปสู่การมองเห็นการเคลื่อนย้ายข้ามพื้นที่ของคนและเชื้อโรค โดยควรพิจารณาพื้นที่ประเทศไทยและเมียนมาเป็นพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ที่ในทางระบาดวิทยาไม่สามารถแยกออกจากกันได้ จึงอาจพิจารณาเป็นเขตพื้นที่การระบาด (epidemic zone) ที่จำเป็นต้องมีการสร้างความร่วมมือกันเป็นพิเศษในการควบคุมโรค เช่น การขยายขอบเขตของ MOU ในด้านแรงงานไปสู่การเป็น MOU ในการสาธารณสุข รวมถึงการผลักดันให้การเป็นเขตพื้นที่การระบาดนี้ให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ เพื่อให้การสนับสนุนทรัพยากรจากองค์กรระดับโลก เช่น งบประมาณค่ายาจากกองทุนโลก (Global Fund) สามารถเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แรงงานชาวเมียนมาสามารถเข้าถึงยาโรคราคาแพงได้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่ติดข้อจำกัดในเรื่องประเทศที่อยู่อาศัยในขณะนั้น

(2) ควรมีการสร้างความร่วมมือในการดูแลและควบคุมโรคร่วมกันระหว่างประเทศ เพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่เชื่อมโยงกัน โดยการพัฒนาระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านโรคระดับบุคคล และระบบการส่งต่อทั้งในระดับทวิภาคีและระดับภูมิภาค โดยกลุ่มเป้าหมายอาจเป็นประเทศในอาเซียนที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีปัญหาโรคสูงสุด (HBCs) ควบคู่ไปกับการพัฒนาความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจและสังคมในการส่งต่อแรงงานให้แก่กัน

5.3.1.4 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมการดูแลเรื่องไวรัสและการดูแลสุขภาพพื้นฐานอื่น ๆ ที่มักมาคู่กัน เช่น HIV เบาหวาน โรคหัวใจและอื่น ๆ ซึ่งการให้การดูแลโรคอื่น ๆ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง

5.3.1.5 หน่วยงานรัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมความเป็น “พหุสังคม” โดยการสร้างทัศนคติที่เหมาะสมของสังคมไทยต่อแรงงานข้ามชาติทั้งที่เข้าเมืองและทำงานโดยถูกกฎหมายและที่มีปัญหาสถานะบุคคล ว่าเป็นกลุ่มประชากรที่เป็นส่วนสำคัญในสังคมไทย โดยเฉพาะในการที่ช่วยสนับสนุนให้เศรษฐกิจและสังคม การดำเนินไปของสังคมไทย

### 5.3.2 ข้อเสนอแนะต่อแนวทางปฏิบัติงาน

หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและควบคุมโรคในแรงงานข้ามชาติ ดังนี้

5.3.2.1 เน้นความปลอดภัยของทุกคนที่เกี่ยวข้อง ต้องมีมาตรการการให้ความรู้ การดูแลสุขภาพ เช่น มีการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ มีอุปกรณ์การป้องกัน ทั้งอุปกรณ์การป้องกันในสถานที่ทำงาน (เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงออกไป หรือการระบายอากาศ การใช้ UV) และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ที่เหมาะสม เพื่อไม่ให้ประมาทและไม่ให้ตื่นกลัว จนเกิดการตีตรา

5.3.2.2 จัดระบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) ตามแนวทางที่ WHO แนะนำคือ การที่ใส่ใจและละเอียดอ่อนต่อความต้องการของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละคน ตามบริบททางสุขภาพและทางสังคม จึงควรมีการจัดการแบบมีผู้จัดการเฉพาะราย (case management) ที่มีการสร้าง “ข่ายในการดูแล” ที่ประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทุกฝ่ายเข้าด้วยกัน เพื่อยึดโยงระหว่าง คลินิกไวรัส และผู้ป่วย โดยเชื่อมผ่านบุคคลต่าง ๆ โดยมี “ยาไวรัส” เป็นโยงใยหลัก ที่จะต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการรักษา 6 เดือน ถึง 2 ปี

5.3.2.4 จัดให้มีการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากอาจมีการเกิดโรคขึ้นภายหลังจากการตรวจสุขภาพเพื่อขึ้นทะเบียนในครั้งแรกแล้ว ทั้งจากการติดเชื้อใหม่และการเกิดโรคระยะลุกลามหลังจากที่เป็นโรคระยะแฝงในการตรวจสุขภาพครั้งก่อน

5.3.2.5 สนับสนุนให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) หรือ ผู้ทำหน้าที่สื่อสารกับแรงงานที่มีความเข้าใจ และเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ให้แรงงานไว้วางใจ

5.3.2.6 บูรณาการความร่วมมือกันระหว่างทุกฝ่ายเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยไวรัสที่เป็นแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย รวมถึงการสร้างความร่วมมือกับภาคอุตสาหกรรม เช่น โรงงาน นายจ้าง และนายหน้า ในการให้ความสำคัญกับการรักษาดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาและชาติอื่นๆ ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม

### 5.3.3 ข้อเสนอการวิจัยและการพัฒนาทางวิชาการ

5.3.3.1 ควรมีการศึกษาในแรงงานต่างด้าวสัญชาติอื่น ๆ และกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่อื่นๆ เช่น การศึกษาแรงงานในภาคเกษตรกรรมในพื้นที่รอบนอกของแม่สอด แรงงานประมงในพื้นที่สมุทรสาคร เป็นต้น หากมองในภาพรวมระดับประเทศ มีจำนวนน้อยกว่าแรงงานในส่วนที่มาทำงานด้านการบริการ และการก่อสร้าง ที่ “นายจ้าง” “สถานที่ทำงาน” และ “ที่พักแรงงาน” มีความแตกต่างออกไปจากแรงงานในภาคอุตสาหกรรมจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

5.3.3.2 ควรมีการศึกษากการพัฒนาแบบการสร้างระบบการดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่ป่วยด้วยโรคที่มีลักษณะข้ามพรมแดนรัฐชาติและเป็นการทำงานร่วมกันในระหว่างประเทศระดับภูมิภาค โดยการศึกษาและพัฒนาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

5.3.3.3 ควรมีการศึกษาและพัฒนาระบบการระบุตัวบุคคลและบันทึกข้อมูลการตรวจสอบสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและคนย้ายถิ่น เพื่อให้มีข้อมูลที่ต่อเนื่องของการตรวจสอบสุขภาพ ทั้งในประเทศไทยและระหว่างประเทศ

5.3.3.4 ควรมีการพัฒนาพื้นที่การทำงานวิชาการในเรื่องโรคกับประชากรย้ายถิ่น เพื่อให้เกิดการศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่องในลักษณะที่เป็นการทำงานวิชาการควบคู่ไปกับการทำงานพัฒนา โดยอาจมีกองโรคกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ประสานงานหลัก เชื่อมโยงกับเครือข่ายสถาบันวิชาการระดับต่าง ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับทั้งด้านสุขภาพ แรงงาน และความสัมพันธ์และการทำงานระหว่างประเทศในระดับภูมิภาค



## บรรณานุกรม

### เอกสารภาษาไทย

- กรมการจัดหางาน. (2561). แนวปฏิบัติการนำคนต่างด้าวมาทำงานกับนายจ้างในประเทศตามบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือในการจ้างแรงงานระหว่างรัฐ (MOU). Retrieved from [https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien\\_th/183bb19ce60907bc8835478e15e8c6fe.pdf](https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/183bb19ce60907bc8835478e15e8c6fe.pdf)
- กรมควบคุมโรค. (2559). แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค. กรุงเทพฯ: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค.
- กรมควบคุมโรค. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National Tuberculosis control Programme Guidelines, Thailand, 2018). กรุงเทพฯ: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค.
- กรมอาเซียน. (n.d.). ประเทศไทยกับงานด้านสาธารณสุขในกรอบอาเซียน. Retrieved from <http://www.mfa.go.th/asean/contents/files/other-20121203-163657-810094.pdf>.
- กฤตยา อาชวนิจกุล. (2546). สถานะความรู้เรื่องแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยและทิศทางการวิจัยที่พึงพิจารณา. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญชีวัน บัวแดง. (2551). สุขภาพของแรงงานข้ามชาติกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ. วารสารสังคมศาสตร์ ปีที่ 20 (1), หน้า 144-172.
- คณะทำงานสุขภาพคนไทย. (2560). สุขภาพคนไทย 2560. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉัตร สารเรื่อน และนิธรา กิจธีรวิมวณิช. (2555). การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวก่อนเข้าสู่เขตพัฒนาเศรษฐกิจ และประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ชายแดนไทย-เมียนมา จังหวัดตาก. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. ปีที่ 29 (3), หน้า 123-136.
- นวพรรณ เมธชนัน. (2559). รายงานแผนสืบค้นและทบทวนข้อมูลเพื่อใช้เป็นบริบทในการทำความเข้าใจสถานการณ์วัณโรค ในแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยเพื่อหาแนวทางการประเมินและพัฒนาแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นวพรรณ เมธชนัน. (2560). รายงานผลการทบทวนข้อมูลเพื่อความเข้าใจสถานการณ์วัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(4), 608-623.
- นิกร ฮะเจริญ. (2554). ความไม่เป็นธรรมทางชาติพันธุ์ในระบบทุนนิยมกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยเป็นวัณโรคในแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุศรินทร์ เลิศขวลิตสกุล. (2559). จริยธรรมระดับปฏิบัติการ: ประสบการณ์วิจัยภาคสนามกับชุมชนข้ามพรมแดน บริเวณชายแดนไทยและรัฐฉานประเทศพม่า. ใน จักรกริช สังขมณี (บรรณาธิการ). วารสาร

- สังคมวิทยามานุษยวิทยา พรมแดนของวิธีวิทยา วิธีวิทยาของพรมแดน. ปีที่ 3 ฉบับที่ 1, 147-170. กรุงเทพฯ. โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์ จำกัด
- บุศรินทร์ เลิศขวลิตสกุล. (2561). พลวัตการเคลื่อนย้าย และระบอบควบคุมชายแดนไทย-พม่า บริเวณจังหวัดแม่ฮ่องสอน. In ประเสริฐ แรงกล้า (Ed.).
- ประเสริฐ แรงกล้า. (2560). การเคลื่อนย้ายศึกษา: ระบบที่ซับซ้อน ความเป็นการเมืองและความเป็นไปได้. วารสารรัฐศาสตร์สาร. ปีที่ 38 (3), หน้า 130-158.
- ยงยุทธ เมื่อกำเนิด และคณะ. (2558). การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวก่อนก้าวสู่เขตพัฒนาเศรษฐกิจ และประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ชายแดนไทย-เมียนมา จังหวัดตาก. วารสารวัณโรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต. ปีที่ 35 (1), หน้า 8-17.
- ยงยุทธ เมื่อกำเนิด, สมศรี คำภีระ, สุพร กาวินา, กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด, & วิทยา สวัสดิ์ภูมิพงศ์. (2557). สถานการณ์วัณโรคดื้อยาหลายขนาน จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2554–เมษายน 2557. วารสารวัณโรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต, 35(1), 8–17.
- ยศ สันตสมบัติ, & และคณะ. (2555). ชายแดนกับการก้าวข้ามพรมแดน. เชียงใหม่: ศูนย์ศึกษาความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน.
- ยศ สันตสมบัติ. (2559). คน พรมแดน รัชชาติ. กรุงเทพฯ: หจก. ภาพพิมพ์.
- รติกร แกมเงิน และคณะ. (2558). วัณโรคดื้อยาชนิดรุนแรง (Extensively-drug resistant tuberculosis): สายพันธุ์ใหม่และความท้าทายในอนาคต. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่. ปีที่ 48 (1), หน้า 18-28.
- วัณโรค. พิมพ์ครั้งที่ 5 หน้า 18-25. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิริยะประสพโชค, อ. ต., & คณะ. (2560). ลักษณะและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจากเรือนจำและผู้ป่วยวัณโรคทั่วไปในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(2).
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2556). แกะกล่องงานวิจัย: ทูนิยม แรงงานข้ามชาติ และวัณโรค. HSRI Focus, 2, 10-11.
- สนิท สัตโยภาส. (2559). แรงงานต่างด้าวกับความมั่นคงทางสังคม. วารสารบัณฑิตวิจัย, ปีที่ 7(1), 193-207.
- สมบุญผ่อง อักษร. (2546). ประวัติงานวัณโรคในประเทศไทย. ใน บัญญัติ ปริชญาณนท์ (บรรณาธิการ).
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (2560). วารสารสถิติจำนวนคนต่างด้าวกลุ่มประเทศอาเซียนได้รับอนุญาตทำงาน ประจำเดือนธันวาคม 2560: กรุงเทพฯ. กรมจัดหางาน.
- สำนักวัณโรค. (2559). แนวปฏิบัติในการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยาเชิงรุกสำหรับยารักษาวัณโรครายการใหม่ยาที่จัดซื้อบ่งชี้ใหม่และแผนการรักษาใหม่ ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนด์ดีไซน์.
- สำนักวัณโรค. (2560). สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย. [รายงานประจำปี]. สืบค้นจาก <https://www.tbthailand.org/download>.

- สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2555). การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย. วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 6 (3), หน้า 403-415.
- สุรสม กฤษณะจุฑะ และคณะ. 2550. สิทธิสุขภาพ สิทธิมนุษยชน. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. หน้า 193-207.
- อมรรัตน์ วิริยะประสพโชค และคณะ. (2560). ลักษณะและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจากเรือนจำและผู้ป่วยวัณโรคทั่วไปในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2560
- อุทุมพร กรองไผ่. (2559). ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของแรงงานพม่าที่ป่วยด้วยวัณโรคอำเภอเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.

## เอกสารภาษาอังกฤษ

- ASEAN. (2015). *Fact Sheet – ASEAN Economic Community*. Retrieved from <https://www.asean.org/storage/2012/05/56.-December-2015-Fact-Sheet-on-ASEAN-Economic-Community-AEC-1.pdf>
- association of immigrants and disease in American Society. *The Millbank Quarterly*. (80): 4: 757–788.
- Aung, S. L. (2014). The friction of cartography: On the politics of space and mobility among migrant communities in the Thai–Burma borderlands. *Journal of Borderland Studies*, 29(1), 27-45.
- Baas, M. (2009). *Imagined Mobility: Migration and Transnationalism among Indian Studies in Austraria*. (PhD Thesis). University of Amsterdam,
- Balcaite, I. (2015). *A Borderless Village: Mobility and Belonging in Phlong Karen Transborder Lives Between Hpa-An Area, Myanmar, and Greater Bangkok, Thailand*. (PhD thesis). University of London.
- Bauman, Zygmunt. (1989). *Modernity and the Holocaust*. Cambridge: Polity.
- Behforouz, H. L., Farmer, P. E., & Mukherjee, J. S. (2004). From directly observed therapy to accompagnateurs: enhancing AIDS treatment outcomes in Haiti and in Boston. *Clinical Infectious Diseases*, 38(Supplement\_5), S429-S436.
- Biehl, J. G., & Petryna, A. (2013). *When people come first : critical studies in global health*. Princeton: Princeton University Press.

- Chuengsatiansup, K., & Limsawart, W. (2019). Tuberculosis in the borderlands: migrants, microbes and more-than-human borders. *Palgrave Communications*, 5(1). doi:10.1057/s41599-019-0239-4.
- Clare, C., Hutchinson, E., & Hutchison, C. (2016). *Addressing Antimicrobial Resistance Through Social Theory: An Anthropologically Oriented Report*. Retrieved from <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/3400500/1/Addressing%20Antimicrobial%20Resistance%20Through%20Social%20Theory%20GOLD%20VoR.pdf>
- Clifford, James. (1994). Diasporas. *Cultural Anthropology*. 9 (3): 302-338. *Community, Culture, Difference*. London: Lawrence and Wishart.
- Coreil, Jeannine, Mayard, Gladys, Simpson, Haiti Kelly, Lauzardo, Michael, Zhu, Yiliang, Cresswell, T. (2010). Towards a Politics of Mobility. *Environment and Planning D: Society and Space*, 28, 17-31. doi:10.1068/d11407.
- DelVecchio, Mary-Jo Good, Willen, Sarah, Donal Hannah, Seth, Vickery, Ken and Taeseng Denyer, W. L., & Chandler, C. (2018). Anthropology' s contribution to AMR control. *Investment and Society*, 104-108.
- Faist, T. (2013). The Mobility Turn: A New Paradigm for the Social Sciences? *Ethnic and Racial Studies*, 36(11), 1637-1646.
- Farmer, P. (1992). *AIDS & Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P. (1996). On Suffering and Structural Violence: A View from Below. *Daedalus*. (3), 261-283.
- Farmer, P., Kim, J. Y., Kleinman, A., & Basilio, M. (Eds.). (2013). *Reimagining Global Health : An Introduction*. Berkeley: University of California Press.
- Farrelly, N. (2012). Exploitation and Escape: Journeys across the Burma Thailand Frontier. In Michelle Forde, Lenore Lyons, and Willem Van Schendel. (Eds.). In *Labor Migration and Human Trafficking in Southeast Asia: Critical perspectives*: London: Routledge.
- Fassin, D. (2007). Humanitarianism as a Politics of Life. *Public Culture*. 19(3), 499-520.
- Fassin, D. (2009). Another politics of life is possible. *Theory, Culture & Society*, 26(5), 44-60.
- Ford, M., Lyons, L., & van Schendel, W. (2012). Labor Migration and Human Trafficking. In Michele Ford, Lenore Lyons and Willem van Schendel. (Eds.). In *Labor Migration and Human Trafficking in Southeast Asia: Critical perspectives*: London: Routledge.

- Glick Schiller, N., & Salazar, N. B. (2013). Regimes of mobility across the globe. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 39(2), 183-200.
- Good, Bryron. (1996). Culture and DSM-IV: Diagnosis, Knowledge and Power. *Culture, Medicine and Psychiatry* (20), 127-132.
- Hall, Stuart. (1990). Cultural Identity and Diaspora. In Jonathan Rutherford. In *Identity: Community, Culture, Difference*: London: Lawrence and Wishart.
- Harper, Ian and Raman, Parvathi. (2008). Less than human? Diaspora, disease and the question of citizenship. *International Migration*, 46(5), 3-26.
- Horstmann, A., & Wadley, R. (2006). Centering the margin in Southeast Asia. In Alexander Horstmann and Reed Wadley. (Eds.). In *Centering the margin: Agency and narrative in Southeast Asian borderlands*: New York and Oxford: Berghahn Books.
- Hull, M. S. (2012). *Government of Paper : the Materiality of Bureaucracy in Urban Pakistan*. Berkeley: University of California Press.
- Israel Studies*. 10 (1): 36-60.
- Kaji, A., Thi, S. S., Smith, T., Charunwatthana, P., & Nosten, F. H. (2015). Challenges in tackling tuberculosis on the Thai-Myanmar border: findings from a qualitative study with health professionals. *BMC Health Serv Res*, 15, 464. doi:10.1186/s12913-015-1129-0.
- Kook, L. S. (2011). Borderland dynamics in Mae Sot, Thailand and the pursuit of the Bangkok Dream and resettlement. *Asian and Pacific Migration Journal*, 20(1), 79-99.
- Koser, K. (2010). Dimensions and dynamics of irregular migration. *Population, Space and Place*(16), 181-193.
- Lakoff, A. (2010). Two regimes of global health. Humanity. *An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, 1(1), 59-79.
- Lock, Margaret and Dunk, Pamela. (1990). Nerves and Nostalgia: Expression of loss among Greek immigrants in Montreal. *Canadian family physician Médecin de famille canadien*, 36, 253-258.
- Ludden, D. (2003). Presidential Address: Maps in the Mind and the Mobility of Asia. *The Journal of Asian Studies*, 62(4), 1057-1078.
- Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the world system: The emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24(1), 95-117.
- Markel, H., & Stern, A. (2002). The Foreignness of Germs: the persistent association of immigrants and disease in American Society. *The Millbank Quarterly*, 80(4), 757-788.

- Markel, Howard, and Stern, Alexandra. (2002). The Foreignness of Germs: the persistent *Medicine and Psychiatry*. 20: 127–132.
- Neely, A., & Nading, A. (2017). Global health from the outside: The promise of place-based research. *Health & Place*(45), 55-63.
- Nichter, M. (2001). Risk, vulnerability, and harm reduction: Preventing STIs in southeast Asia by antibiotic prophylaxis, a misguided practice. In Carla Makhoul Obermeyer (Ed.). In *Cultural Perspectives on Reproductive Health*: Oxford: Oxford University Press.
- Park, Lawrence. (Eds.). (2011). *Shattering Culture: American Medicine Responds to Cultural Diversity*. New York: The Russell Sage Foundation.
- Parker, R. G., & Bodies, P. (1991). *Bodies, Pleasures, and Passions: Sexual Culture in Contemporary Brazil*: Boston: Beacon Press.
- Prasert, R. (2012). *Vernacular refugees: displaced Karen, self-settlement and Non-Institutional Protection in the Thailand-Myanmar Borderlands*. (PhD thesis). Australian National University.
- question of citizenship. *International Migration*. 46 (5): 3-26.
- Redfield, P. (2005). Doctors, borders, and life in crisis. *Cultural Anthropology*, 20(3), 328-361.
- Reynolds, W. S. (1992). Pharmaceuticals as folk medicine: transformations in the social relations of health care in Uganda. *Culture Medicine & Psychiatry*, 16(2), 163-186.
- Rose, Nikolas. (2001). The Politics of Life Itself. *Theory, Culture and Society*. 18 (6): 1–30.
- Rungmanee, S. (2015). Unravelling the Dynamics of Border Crossing and Rural-to-Rural-to-Urban Mobility in the Northeastern Thai–Lao Borderlands. In *Population, Space and Place*.
- Safran, W. (1991). Diasporas in modern societies: Myths of homeland and return. *Diaspora: A journal of transnational studies*, 1(1), 83-99.
- Safran, William. (2005). The Jewish Diaspora in a Comparative and Theoretical Perspective.
- Sandgren, A., Schepisi, M. S., Sotgiu, G., Huitric, E., Migliori, G. B., Manissero, D., Girardi, E. (2014). Tuberculosis transmission between foreign-and native-born populations in the EU/EEA: a systematic review. *European Respiratory Journal*, 43(4), 1159-1171.
- Schiller, N. G. (1992). What's Wrong with this Picture? The Hegemonic Construction of Culture in AIDS Research in the United States. *Medical Anthropology Quarterly*, 6(3), 237-254.
- Sheller, M., & Urry, J. (2006). The New Mobilities Paradigm. *Environment and Planning*, 38(2), 207-226.

- Singer, M. (1994). AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor: The perspective of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine*, 39, 931-948.
- Singer, M., & Clair, S. (2003). Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(4), 423-441. doi:doi:10.1525/maq.2003.17.4.423.
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389(10072), 941-950. doi:10.1016/S0140-6736(17)30003-X.
- Sjaak, V. d. G., & Whyte, S. R. (1989). The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, 3(4), 345-367.
- Stephen, C. (2010). Understanding Global Migration: A Social Transformation Perspective. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 36(10), 1565-1586.
- Ticktin, M. I. (2011). *Casualties of care : immigration and the politics of humanitarianism in France*. Berkeley: University of California Press.
- Tololian, Khachig. (1991). The Nation State and Its Others: In Lieu of a Preface. *Diaspora*. 1 (1): 3-7.
- Tschirhart, N., Sein, T., Nosten, F., & Foster, A. M. (2016). Migrant and Refugee Patient Perspectives on Travel and Tuberculosis along the Thailand-Myanmar Border: A Qualitative Study. *PLoS One*, 11(8), e0160222. doi:10.1371/journal.pone.0160222 University of California Press.
- Van Hear, N. (2010). Theories of Migration and Social Change. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 36(10), 1531-1536.
- van Schendel, W. (2005). Spaces of engagement: How Borderlands, illegal flows, and Territorial states interlock. In Willem van Schendel and Itty Abraham. (Eds.). In *Illicit Flows and Criminal Things: States, Borders, and the Other Side of Globalization*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Voravit Suwanvanichkij. (2008). Displacement and disease: The Shan exodus and infectious disease implications for Thailand. *Confl Health*, 2, 4. doi:10.1186/1752-1505-2-4 10.1186/1752-1505-2-4.
- Weiss, Mitchell. (2010). Structural Forces and the Production of TB-related Stigma among Haitians in Two Contexts. *Social Science and Medicine*. 71 (8): 1409–1417.
- Weissbrodt, D. (2008). *The Human Rights of Non-citizens*: Oxford: Oxford University Press.

- Whyte, S. R., Van der Geest, S., & Hardon, A. (2002). *Social lives of medicines*: Cambridge: Cambridge University Press.
- Wild, V., Jaff, D., Shah, N. S., & Frick, M. (2017). Tuberculosis, human rights and ethics considerations along the route of a highly vulnerable migrant from sub-Saharan Africa to Europe. *Int J Tuberc Lung Dis*, 21(10), 1075-1085. doi:10.5588/ijtld.17.0324.
- World Health Organization. (1994). *TB: A Global Emergency*. Geneva: WHO TB Programme.
- World Health Organization. (2015). *Use of high burden country lists for TB by WHO in the Post-2015 era*. Retrieved from [https://www.tbfacts.org/wp-content/uploads/2016/06/high\\_tb\\_burden-country-lists-2016-2020-1.pdf](https://www.tbfacts.org/wp-content/uploads/2016/06/high_tb_burden-country-lists-2016-2020-1.pdf)
- World Health Organization. (2019). *Global TB Report*. Geneva: World Health Organization.



## ภาคผนวก:

### เอกสารการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เอกสารแนบสำหรับอาสาสมัคร 24 04 62

#### เอกสารแนบสำหรับอาสาสมัคร

**โครงการวิจัย** วันโรคไร้รัฐกับแรงงานไร้พรมแดน: มิติทางสังคมวัฒนธรรมของวันโรค

ในบริบทการพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศไทย

#### ชื่อคณะผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย ดร. นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท นักวิจัย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อผู้ร่วมวิจัย ดร. ประชาธิป กะทา นักวิจัย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

#### สถานที่ติดต่อ

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) ชั้น3 อาคาร 88/37 (คลังพัสดุ) สาธารณสุขซอย 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-590-1498

อีเมล: lwirun@gmail.com (ดร.นพ วิรุฬ ลิ้มสวาท ) หรือ pra\_gt@hotmail.com (ดร. ประชาธิป กะทา)

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ข้าพเจ้า ดร. นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท ขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “วันโรคไร้รัฐกับแรงงานไร้พรมแดน: มิติทางสังคมวัฒนธรรมของวันโรคในบริบทการพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศไทย (Stateless Tuberculosis and Borderless Labor Migration: Socio-Cultural Aspect of Tuberculosis and Health Security of Thailand in the Context of The Development of ASEAN Economic Community)” ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้เป็น การทำความเข้าใจปัญหาวันโรคในประชากรกลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา โดยมุ่งเน้นทำความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมของปัญหา 3 ประการ ได้แก่ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ (access) การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (adherence) และ การแพร่กระจายเชื้อวันโรค (transmission) และค้นหาแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลและควบคุมวันโรคในแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในประเทศไทยและโอกาสในการสร้างความร่วมมือในการดูแลและควบคุมวันโรคระหว่างประเทศ

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ในการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้คำถามปลายเปิด คำถามจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความเข้าใจต่อความเสี่ยงและการเจ็บป่วยด้วยวันโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา รวมถึงแนวทางการพัฒนาระบบดูแลวันโรคในบริบทประชาคมอาเซียน ตามบริบทความเข้าใจของท่าน ซึ่งคำถามสัมภาษณ์เป็นลักษณะปลายเปิดโดยนักวิจัยจะชวนท่านพูดคุยแบบผ่อนคลายไม่กดดัน เพื่อให้ท่านสามารถตอบคำถามได้อย่างเป็นธรรมชาติมากที่สุด รวมถึงลักษณะของเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ที่ท่านสะดวก ในการตอบคำถามนักวิจัยจะให้ความสำคัญกับคำอธิบายของท่านมากกว่าการตอบคำถาม “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” และท่านสามารถเลือกตอบคำถามที่ท่านสะดวกใจ ระหว่างการสัมภาษณ์นักวิจัยจะใช้การเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตการตอบด้วย ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยการเก็บข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัสในการเข้าถึงข้อมูล การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ จะไม่มีการอ้างอิงถึงชื่อของท่าน อนึ่ง หากมีเหตุจำเป็น ข้อมูลของท่านอาจถูกเปิดเผยในกรณีที่กฎหมายกำหนด

เมื่อท่านได้ทราบวัตถุประสงค์และแนวทางในการเข้าร่วมการวิจัย และตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจ ก่อนการสัมภาษณ์ ทางผู้วิจัยจะขอบันทึกเสียง ซึ่งไฟล์เสียงจะถูกทำลายหลังจากการถอดเสียงแล้ว การสัมภาษณ์จะเริ่มขึ้นหลังจากท่านได้เซ็นชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และการที่จะบันทึกเสียงหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่านก่อนการสัมภาษณ์

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน หากท่านไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการหรือเปลี่ยนใจระหว่างเข้าร่วมโครงการแล้ว ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยท่านจะไม่สูญเสียประโยชน์ใดที่ท่านควรได้รับ และข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ หากท่านต้องการใช้สิทธิดังกล่าว กรุณาแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ท่านอาจมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียความเป็นส่วนตัว แต่ผู้วิจัยจะรักษาข้อมูลของท่านให้มากที่สุด โดยบันทึกด้วยรหัสทั้งในคอมพิวเตอร์และฮาร์ดดิส และท่านสามารถปฏิเสธที่จะตอบคำถามที่ท่านไม่พึงประสงค์ได้เสมอ ทั้งนี้ทางผู้วิจัยได้พิจารณาถึงต้นทุนเวลาที่ท่านเข้ามาเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูลในโครงการ ที่อาจส่งผลกระทบต่อรายได้หรืออาชีพของท่าน จึงขอมอบค่าตอบแทนเพื่อชดเชยต้นทุนดังกล่าวให้กับท่าน จำนวน 300 บาทต่อการให้สัมภาษณ์หนึ่งครั้ง

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ ดร.นพ.วิรุฬห์ ลิ้มสวาท ดร.ประชาธิป กะทา ตามข้อมูลข้างต้น

หมายเหตุ: เอกสารชุดนี้จะมีการแปลเป็นภาษาพม่า

เอกสารแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจ

**โครงการวิจัย** วันโรคไร้รัฐกับแรงงานไร้พรมแดน: มิติทางสังคมวัฒนธรรมของวันโรค

ในบริบทการพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศไทย

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบอนุญาตด้วยความสมัครใจ เพื่อเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดตลอดจนใช้เวลาในการซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเข้าใจ

ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากข้าพเจ้าในการให้สัมภาษณ์และบันทึกเทปขณะสนทนา ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง หลังจากมีการถอดเสียงเป็นตัวอักษรแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยจะนำเสนอเฉพาะในภาพรวมของ ผลการวิจัยและใช้ประโยชน์ทางวิชาการ และไม่มีการระบุถึงชื่อหรือตัวบุคคลที่ให้สัมภาษณ์

ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ เมื่อใดก็ได้

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อหัวหน้าโครงการวิจัย ดร.นพ. วิรุฬ ลี้มสวาท หรือ ผู้ร่วมวิจัย ดร.ประชาธิป กะทา ได้ที่สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) ชั้น3 อาคาร 88/37 (คลังพัสดุ) สาธารณสุขซอย 6 กระพรวง สาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-590-1498 อีเมล: lwirun@gmail.com (ดร.นพ. วิรุฬ ลี้มสวาท ) หรือ pra\_gt@hotmail.com (ดร. ประชาธิป กะทา)

ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบอนุญาตเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจ

(ลงนาม).....ผู้ยินยอม

(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....

(ลงนาม).....ผู้วิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....

หมายเหตุ: เอกสารชุดนี้จะมีการแปลเป็นภาษาพม่า

อนุมัติ

25 เม.ย. 2562

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สทค.)

## သုတေသနတွင် ပူးပေါင်းပါဝင်သူအတွက် အကြံပြုစာရွက်စာတမ်း။

**သုတေသနစီမံကိန်းခေါင်းစဉ်။** နယ်နိမိတ်မဲ့သောတီဘီရောဂါနှင့် အကန့်သတ်မဲ့သော လုပ်သားရွှေ့ပြောင်းခြင်း၊ အာဆီယံစီးပွားရေး အသိုက်အဝန်းဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေးနှင့် ဆိုင်ရာ၌ တီဘီရောဂါ၏ လူမှုယဉ်ကျေးမှုဆိုင်ရာရှုထောင့်နှင့် ထိုင်းနိုင်ငံကျန်းမာရေး ဆိုင်ရာလုံခြုံရေး။

### **သုတေသနပြုလုပ်သူအဖွဲ့အမည်**

သုတေသနစီမံကိန်းခေါင်းဆောင်။ ဒေါက်တာဆရာဝန်ဝိလွန် လင်(မ်)ဆဲဇိတ် သုတေသနပြုလုပ်သူ

လူမှုရေးနှင့်ကျန်းမာရေးသုတေသနပြုရုံ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန။

သုတေသနတွဲဖက်အမည်။ ဒေါက်တာပရုဗာထင်(ပ်) ကထား သုတေသနပြုလုပ်သူ

လူမှုရေးနှင့်ကျန်းမာရေးသုတေသနပြုရုံ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန။

### **ဆက်သွယ်နိုင်သည့်နေရာ**

လူမှုရေးနှင့်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာန တတိယအထပ် ၈၈/၃၇ အဆောက်အဦး (ထောက်ပံ့ရေးဘဏ္ဍာတိုက်) ကျန်းမာရေးလမ်းကြား ၆ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန တိမ်းနွန်းလမ်း တလားတံခွန်နယ်မြေ မူဝန်မြို့ နွန်ထာဘူရီခရိုင် ၁၀၀၀၀ ဖုန်း ၀၂ - ၅၉၀၀၄၉၈ Email : lwirun@gmail.com (ဒေါက်တာဆရာဝန်ဝိလွန် လင်(မ်)ဆဲဇိတ်) သို့မဟုတ် pra\_et@hotmail.com (ဒေါက်တာပရုဗာထင်(ပ်) ကထား) တို့ကိုဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

သုတေသနစီမံကိန်းကိုပူးပေါင်းပါဝင်သူများအားလုံးသို့။

ကျွန်ုပ် ဒေါက်တာဆရာဝန်ဝိလွန် လင်(မ်)ဆဲဇိတ် သည် “နယ်နိမိတ်မဲ့သောတီဘီရောဂါနှင့် အကန့်သတ်မဲ့သော လုပ်သားရွှေ့ပြောင်းခြင်း၊ အာဆီယံစီးပွားရေး အသိုက်အဝန်းဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေးနှင့် ဆိုင်ရာ၌ တီဘီရောဂါ၏ လူမှုယဉ်ကျေးမှုဆိုင်ရာရှုထောင့်နှင့် ထိုင်းနိုင်ငံကျန်းမာရေး ဆိုင်ရာလုံခြုံရေး (Stateless Tuberculosis and Borderless Labor Migration: Socio-Cultural Aspect of Tuberculosis and Health Security of Thailand in the Context of The Development of ASEAN Economic Community)” သုတေသနစီမံကိန်းတွင် ပါဝင်ရန် သင့်အား ဖိတ်ခေါ်ပါသည်။ ဤသုတေသန ပြုလုပ်ခြင်းသည် မြန်မာနိုင်ငံမှရွှေ့ပြောင်းအလုပ်သမားများတွင် တီဘီရောဂါပြဿနာကို နားလည်ရန်၊ ၃ ချက်သော ပြဿနာများ၊ ၁) ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို လွှဲပြောင်းလွယ်လွယ်ခြင်း (access)၊ ၂) ဆေးကုသမှုကို လိုက်နာခံယူခြင်း (adherence) နှင့် ၃) တီဘီရောဂါပိုးပြန့်ပွားခြင်း (transmission) ၏ လူမှုရေးနှင့်ယဉ်ကျေးမှုဆိုင်ရာ ရှုထောင့်ကို နားလည် သဘောပေါက်လေ့လာရန်အတွက်နှင့် ထိုင်းနိုင်ငံတွင် မြန်မာ့ရွှေ့ပြောင်းအလုပ်သမားများအနက် တီဘီရောဂါထိန်းချုပ်စောင့်ရှောက်မှုစနစ်များကို ပိုမိုကောင်းမွန်ဖွံ့ဖြိုးမှုအတွက် ပူးပေါင်းနည်းလမ်းရှာဖွေရန်နှင့် နိုင်ငံတကာ တီဘီရောဂါထိန်းချုပ်စောင့်ရှောက်မှုကို ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန်အခွင့်အလမ်းများဖန်တီးရန် အစရှိသည်တို့၏ လူမှုယဉ်ကျေးရေးဆိုင်ရာ ရှုထောင့်ကို နားလည်မှုအပေါ်အာရုံစိုက်ခြင်းအတွက် ရည်ရွယ်ပါသည်။

ဤသုတေသနတွင် ပူးပေါင်းပါဝင်သူသည် အင်တာဗျူးအချိန် ၁-၂ နာရီ ခန့်ကြာနိုင်သည့် အပွင့်မေးခွန်းများဖြင့်

မေးမည်ဖြစ်ပါသည်။ မြန်မာ့ရွှေ့ပြောင်းအလုပ်သမားများတွင်တီဘီရောဂါ၏အန္တရာယ်ဖြစ်နိုင်ချေနှင့်ရောဂါဖြစ်ခြင်းကို အသိရှိနားလည်ခြင်းနှင့် သင်နားလည်သဘောပေါက်သည့်ရှုထောင့်အတိုင်း အာဆီယံအသိုက်အဝန်းရှုထောင့်တွင် တီဘီရောဂါစောင့်ရှောက်ခြင်းစနစ်ကိုဖွံ့ဖြိုးရေးနည်းလမ်းအပါအဝင်မျိုးစုံဆက်သောမေးခွန်းများကိုဖြေဆိုရမည်ဖြစ်ပါသည်။ သို့သော်အင်တာဗျူးတွင်မေးခွန်းများသည် ပွင့်လင်းသောမေးခွန်းဖြစ်ပြီး သင့်အနေဖြင့် မေးခွန်းကို တတ်နိုင်သမျှ သဘာဝကျကျ ဖြေဆိုနိုင်ရန် သုတေသနပြုလုပ်သူသည် သင့်ကို အချိန်အလုံအလောက် ပေးပြီး စိတ်အေးလက်အေး စကားပြောဆိုနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။ သင့်အနေဖြင့် အင်တာဗျူးဖြေဆိုရန် အဆင်ပြေသည့်အချိန် သို့မဟုတ် နေရာမှာ သင့်သဘောအတိုင်းဖြစ်ပါသည်။ မေးခွန်းများကိုဖြေဆိုရာတွင် ‘ဟုတ်သည်’ သို့မဟုတ် ‘မဟုတ်ပါ’ ဖြေဆိုတာထက် သင် ရှုမြင်သည့် ဖော်ပြချက်များကို သုတေသနပြုလုပ်သူက ဖိနှိပ်စားပေးသိရှိလိုပါသည်။ သင့်စိတ်ဆန္ဒအလျောက် အဆင်ပြေသည့်မေးခွန်းများကိုရွေးချယ်ပြီးဖြေဆိုနိုင်ပါသည်။ အင်တာဗျူးနေ့စဉ်တွင်သုတေသနပြုလုပ်သူသည်

သင်၏အချက်အလက်ကိုမှတ်တမ်းတင်ခြင်းနှင့်အတူ သင်၏ဘေးပတ်ဝန်းကျင်ကိုပါ လေ့လာသွားမှာဖြစ်ပါသည်။ သုတေသနပြုလုပ်သူသည် သင်၏အချက်အလက်ကိုမှတ်တမ်းတင်ပြီး လုံခြုံသောဘီရိုအခန်းတွင် သော့ခတ်သိမ်းထားမည်ဖြစ်ပါသည်။ (အိလက်ထရောနစ်ပိုင်းများကိုသုတေသနစီမံကိန်းပြုလုပ်သည့် ကွန်ပျူတာထဲတွင် သိမ်းဆည်းထားပြီး အချက်အလက်များကိုဝင်ရောက်ဖို့အတွက် လျှို့ဝှက်နံပါတ် ထည့်သွင်းထားပါသည်။) သုတေသန၏ရလဒ်ဖြန့်ဝေခြင်းတွင် သင်၏အမည်အစားလျှို့ဝှက်နံပါတ်ကိုသာ အသုံးပြုမည် ဖြစ်ပါသည်။ သို့သော် အကယ်၍လိုအပ်မည်ဆိုလျှင်လည်း တရားဥပဒေသတ်မှတ်ချက်အတိုင်းသာ သင်၏ အချက်အလက်များကို ဖော်ပြမည်ဖြစ်ပါသည်။

သင်သည် ဤသုတေသန၏ရည်ရွယ်ချက်နှင့်နည်းလမ်းများကိုသိရှိပြီး သုတေသနတွင်ပူးပေါင်းပါဝင်ရန် သဘောတူပြီးဆိုလျှင် သုတေသနပြုလုပ်သူကသင့်ကိုဆန္ဒအလျောက်သဘောတူညီခွင့်ပြုချက်စာရွက်တွင် လက်မှတ်ထိုးရန် တောင်းဆိုပါလိမ့်မည်။ အင်တာဗျူးမလုပ်မည့်သုတေသနပြုလုပ်သူကသင့်၏အသံကိုဖမ်းယူရန်တောင်းဆိုပြီး မှတ်တမ်းတင်ယူပြီးနောက်တွင် ဤအသံပိုင်းကိုဖျက်ဆီးလိုက်ပါမည်။ သင်သုတေသနတွင် ပါဝင်ရန် လက်မှတ်ထိုးပြီးမှသာ အင်တာဗျူးကိုစတင်မည်ဖြစ်ပါသည်။ အသံဖမ်းယူခြင်းသည် အင်တာဗျူးမပြုလုပ်မှီ သင်၏ဆုံးဖြတ်ချက်အပေါ် မူတည်ပါသည်။

ဤသုတေသနတွင်ပါဝင်ခြင်းသည်လည်း သင်၏ဆုံးဖြတ်ချက်အပေါ်မူတည်ပါသည်။ အကယ်၍ သင်သည် စီမံကိန်းတွင် ပူးပေါင်းပါဝင်ရန် စိတ်ဆန္ဒမရှိပါက သို့မဟုတ် စီမံကိန်းပါဝင်နေစဉ်စိတ်ဆန္ဒပြောင်း၍ဆက်လက် ပူးပေါင်းပါဝင်ရန်စိတ်ဆန္ဒမရှိပါက မည်သည့်အချိန်မဆိုဤသုတေသနမှထွက်ခွာနိုင်ပါသည်။ ၎င်းအတွက်လည်း သင့်ရသင့်ရထိုက်သည့်အကျိုးခံစားမှုများဆုံးရှုံးမည်မဟုတ်ပါ။ သင်၏အချက်အလက်များကိုလည်းလျှို့ဝှက်ထားပါလိမ့်မည်။ အကယ်၍သင် ဤအခွင့်အရေးကိုလိုအပ်ပါက သုတေသနပြုလုပ်သူကိုပြောဆို အကြောင်းကြားနိုင်ပါသည်။

ဤသုတေသနတွင်ပါဝင်ခြင်းသည် သင်၏ကိုယ်ရေးအကြောင်း ဆုံးရှုံးနိုင်သော်လည်း သုတေသနပြုလုပ်သူသည် အတတ်နိုင်ဆုံးသင်၏အချက်အလက်ကိုလျှို့ဝှက်စွာထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ထားပါမည်။ အချက်အလက်များကို လျှို့ဝှက်နံပါတ်အဖြစ် ကွန်ပျူတာနှင့်ဟာတ်ဒစ်ထဲတွင်သိမ်းဆည်းထားပါလိမ့်မည်။ သင်အချို့သောမေးခွန်းများကို ပြေဆိုရန်စိတ်ဆန္ဒမရှိလျှင် ထိုမေးခွန်းများကိုငြင်းပယ်နိုင်ပါသည်။

ဤစီမံကိန်းတွင်အချက်အလက်များမေးရန်ပူးပေါင်းပါဝင်သည့်အချိန်ကို သုတေသနပြုလုပ်သူက ထည့်သွင်းစဉ်းစားပြီး သင်၏အလုပ်အကိုင် သို့မဟုတ် ဝင်ငွေထိခိုက်နိုင်သည့်အတွက်ကြောင့် အင်တာဗျူး (၁) ကြိမ်တွင် အချိန်ကုန်ဆုံးရသည့်အတွက် ဘတ် ၃၀၀ အား လျော်ကြေးငွေအဖြစ် ပေးအပ်ပါမည်။

သင်ဤသုတေသနနှင့်ဆက်စပ်သောမေးမြန်းစုံစမ်းချင်သည့်သံသယရှိလျှင် သုတေသနပြုလုပ်သူ ဒေါက်တာဆရာဝန်ဝိလွန် လင်(မ်)ဆေဇိတ် ဒေါက်တာပရုဇာထစ်(မ်) ကထား နှင့် မစ္စကူထားမာတ် ပီရုန်း ကို အထက်ပါအချက်အလက်အတိုင်းဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

## ဆန္ဒအလျောက်သဘောတူညီခွင့်ပြုချက်စာရွက်စာတမ်း။

**သုတေသနစီမံကိန်းခေါင်းစဉ်။** နယ်နိမိတ်မဲ့သောတိဘီရောဂါနှင့် အကန့်သတ်မဲ့သော လုပ်သားရွှေ့ပြောင်းခြင်း၊ အာဆီယံစီးပွားရေး အသိုက်အဝန်းဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေးနှင့် ဆိုင်ရာ၌ တိဘီရောဂါ၏ လူမှုယဉ်ကျေးမှုဆိုင်ရာရွှေ့ထောင်နှင့် ထိုင်းနိုင်ငံကျန်းမာရေး ဆိုင်ရာလုံခြုံရေး။

ဤသုတေသနပြုလုပ်ရန်သဘောတူညီစာရွက်တွင် လက်မှတ်ထိုးမှီ သုတေသနပြုလုပ်သူမှ သုတေသနပြုလုပ်ခြင်း၏ ရည်ရွယ်ချက်၊ နည်းလမ်း၊ သုတေသနမှရရှိနိုင်သည့်အကျိုးကျေးဇူးနှင့်အကျိုးဆက်များအပါအဝင်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား နှံ့နှံ့စပ်စပ် ရှင်းပြခဲ့ပြီး၊ ကျွန်ုပ်တို့အားလည်သဘောပေါက်သည့်အထိသံသယရှိသောအချက်အလက်များကိုလည်း မေးမြန်းရန် အချိန်ပေးခဲ့ပါသည်။

သုတေသနပြုလုပ်သူသည် အချိန် ၁-၂ နာရီခန့်ကြာမြင့်မည့် အင်တာဗျူးနှင့် အသံဖမ်းပြောဆိုမှုများအတွက် ခွင့်ပြုချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား မေတ္တာရပ်ခံပါသည်။ အသံကို မှတ်တမ်းယူပြီးနောက် အသံသွင်းထားတာကို ဖျက်ဆီးလိုက်ပါမည်ဖြစ်ကြောင်း အသိပေးပြီးဖြစ်ပါသည်။ သုတေသနပြုလုပ်သူသည် သုတေသနမှ ဖြင့်ရလဒ်များနှင့် ပညာရေးဆိုင်ရာအကျိုးရှိမှုအတွက်ကိုသာ တင်ပြမှာဖြစ်ပြီး အင်တာဗျူးတွင်လည်း လူနာမည် သို့မဟုတ် လူတစ်ဦးကို သိရှိနိုင်လောက်သည့် အချက်အလက်များကိုလည်းတင်ပြမည် မဟုတ်ကြောင်းကိုလည်း ရှင်းပြပြီးဖြစ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့သည်ဤသုတေသနစီမံကိန်း၏စေတနာ့ဝန်ထမ်းအဖြစ်မှ မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ထွက်ခွာနိုင်ပါသည်ကို သိရှိပါသည်။

မိမိသည်ဤသုတေသနစီမံကိန်း၏ခေါင်းဆောင် ဒေါက်တာဆရာဝန်ဝိလွန် လင်(မ်)ဆေဝိတ် သို့မဟုတ် သုတေသနတွဲဖက်များ ဒေါက်တာပရချားထစ်(ပ်) ကထား ကို လူမှုရေးနှင့်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာန တတိယအထပ် ၈၈/၃၇ အဆောက်အဦး (ထောက်ပံ့ရေးဌာနတိုက်) ကျန်းမာရေးလမ်းကြား ၆ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန တိမ်းနွန်းလမ်း တလားတံခွန်နယ်မြေ မူဝန်မြို့ နွန်ထဘူရီခရိုင် ၁၀၀၀၀ ဖုန်း ၀၂ - ၅၉၀၀၄၉၈ Email : lwirun@gmail.com (ဒေါက်တာဆရာဝန်ဝိလွန် လင်(မ်)ဆေဝိတ်) သို့မဟုတ် pra\_et@hotmail.com (ဒေါက်တာပရချားထစ်(ပ်) ကထား) တို့ကိုဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်ကိုလည်းသိရှိပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့သည်အထက်ပါ ရေးသားချက်များကို ဖတ်ပြီးမိမိဆန္ဒအလျောက် ဤသဘောတူညီချက်စာရွက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးခဲ့ပါသည်။

(လက်မှတ်).....ခွင့်ပြုသူ

(.....)

.....ရက်.....လ.....ခုနှစ်

(လက်မှတ်).....သုတေသနပြုလုပ်သူ

(.....)

.....ရက်.....လ.....ခုနှစ်