

## รายงานสรุป

การประชุมเชิงปฏิบัติการวิชาการสังคมและสุขภาพ ปี ๒๕๕๖

### เรื่อง

แนวรบสุขภาพ: พรมแดนวัฒนธรรมกับการรุกของทุน

Frontiers of Health: Cultural Borders and the  
Dominance of Capital

|                                                                                                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ๑. ช่วงพิธีเปิด : ชี้แจงความเป็นมาและวัตถุประสงค์การจัดประชุม                                      | ๑  |
| ๒. ปาฐกถาเปิดการประชุมวิชาการ:<br>เรื่อง สุขภาพที่ชายแดน: อาเซียนกับบทบาทของการแพทย์เพื่อมนุษยธรรม | ๓  |
| ๓. การอภิปราย เรื่อง สิทธิสุขภาพ: พรหมแดนวัฒนธรรม กับระบาคติวิทยาของความรุนแรง                     | ๔  |
| ๔. ห้องย่อยที่ ๑ เสวนา เรื่อง ภัยพิบัติ: การเปลี่ยนภูมิทัศน์ของสังคมและสุขภาพ                      | ๘  |
| ๕. ห้องย่อยที่ ๒ เสวนา เรื่อง เข้าใจคนขาด-ขาดคนเข้าใจ : สิทธิและสุขภาพอันเปราะบาง                  | ๑๒ |
| ๖. ห้องย่อยที่ ๓ เสวนา เรื่อง การแพทย์ข้ามพรหมแดน-การตลาดข้ามโลกของสุขภาพ                          | ๑๗ |
| ๗. อภิปราย เรื่อง ความรู้ท้องถิ่น กับการเปลี่ยนแปลงโลกของสุขภาพในอาเซียน                           | ๑๙ |
| ๘. เวทีมุมมองและวิเคราะห์ภาพรวมจากการประชุม                                                        | ๒๒ |

**รายงานสรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการวิชาการสังคมและสุขภาพ ปี ๒๕๕๖**  
**เรื่อง แนวรบสุขภาพ: พรมแดนวัฒนธรรมกับการรุกของทุน**  
**Frontiers of Health: Cultural Borders and the Dominance of Capital**

ผลการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการวิชาการสังคมและสุขภาพ ปี ๒๕๕๖ เรื่อง แนวรบสุขภาพ: พรมแดนวัฒนธรรมกับการรุกของทุน ในวาระ ๑๐ ปี ของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ โดยการสนับสนุนของ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ดำเนินการจัดประชุมโดยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ร่วมมือกับสถาบันวิจัยสังคม (สวส.) จุฬาฯ ศูนย์ศึกษาสันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสมาคมนักสังคมวิทยาและนักมานุษยวิทยาสยาม (สสมส.) ระหว่างวันที่ ๖ – ๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ณ ห้องประชุมสานใจ ๑ และ ๒ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซอยสาธารณสุข ๖ ในกระทรวงสาธารณสุข มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น จำนวน ๒๔๕ คน ประกอบด้วย ผู้บริหารและบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการจากสถาบันการศึกษา องค์กรเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน และนักศึกษาผู้สนใจ

**วันที่ ๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๖**

**ช่วงพิธีเปิด :** ชี้แจงความเป็นมาและวัตถุประสงค์การจัดประชุม

|     |                                 |                                             |
|-----|---------------------------------|---------------------------------------------|
| โดย | นพ.สุวัฒน์ กิตติติลกุล          | ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์         |
|     | ศ.เกียรติคุณ อ.สุริชัย หวันแก้ว | ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาสันติภาพและความขัดแย้ง |
|     |                                 | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                       |
|     | นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์       | ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ         |

**นพ.สุวัฒน์ :** ระบบสุขภาพกับสังคมที่มีความสำคัญ และมีวิธีการทำงานที่ยากลำบาก จุดแข็งของระบบบริการปฐมภูมิคือ ทำงานใกล้ชิดชุมชน เอาใจใส่และเข้าถึงชีวิตผู้คน ครอบครัวและชุมชน นโยบายงานระบบสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนให้ไปสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ต่าง ๆ มากขึ้น แต่ก็มีบางปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น แรงงานต่างชาติที่มีการเคลื่อนย้ายข้ามแดน และยังต้องการทำความเข้าใจจากการวิจัยและความรู้ที่เกิดขึ้น อย่างเรื่อง เมดัลฮับ ก็เป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากในการประชุมครั้งนี้ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หรือ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความสนใจ ยังมีปัญหาที่ระบบสุขภาพต้องนโยบายรัฐบาลหลายอย่างเป็นการหาเสียง ซึ่งมีปัญหาด้านการบริหารจัดการพอสมควร แต่จะอย่างไรให้เป็นประโยชน์ต่อภาพรวมและประเทศชาติ แม้จะมีผลกระทบอย่างมากด้วยก็ตาม อย่างโครงการ "ฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์" ด้วยบัตรสุขภาพแม่และเด็ก ที่เป็นนโยบายรัฐบาลเร่งรัดมา จึงมีทั้งสถานการณ์ปัญหา และนโยบายรัฐบาลที่จำเป็นต้องสร้างความรู้ความเข้าใจ โดยเฉพาะ ทำอย่างไรให้กลุ่มคนชายขอบหรือ พื้นที่ชายแดนได้รับการดูแล ไม่ตกไปจากกรอบนโยบาย ในการจัดประชุมประจำปี ให้มีนักวิชาการและผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญมาช่วยกันสังเคราะห์ ให้เกิดความรู้ความเข้าใจทางวิชาการและส่งต่อการปรับทิศทางนโยบาย ไม่ให้ทอดทิ้งคนชายขอบ คนด้อยโอกาส และคนในพื้นที่ชายแดน

**ศ.เกียรติคุณ สุริชัย :**

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพทำงานวิชาการด้านนี้มาได้ถึง ๑๐ ปี ในระบบของกระทรวงสาธารณสุข หากฟังจาก นพ.สุวัฒน์ (ผู้อำนวยการ สนย.) เห็นว่าทั้งสองสาขาต้องการซึ่งกันและกัน ในการจัดประชุมวิชาการครั้งนี้ของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับองค์กรต่าง ๆ และสถาบันนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะมีองค์กรหรือคนทำงาน

ด้านสังคมศาสตร์มาร่วมเวทีในครั้งนี้ แสดงถึงการตระหนักถึงความสำคัญของระบบสุขภาพกับสังคมศาสตร์ เราเห็นความสำคัญของการทำงานที่หลุดจากกรอบหรือกำแพงสถาบันด้วย

โดยทั่วไปแล้ววิชาสังคมศาสตร์เสมือนเป็นวิชาหญาปากคอกมักถูกมองข้าม สังคมไม่ค่อยนึกถึงมองว่ามีคนเรียนคนทำอยู่มาก ในทางตรงกันข้ามเรื่องทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นประเด็นที่ควรนำมาสื่อสารกันบ่อยๆ ให้กว้างขวาง และมีการแลกเปลี่ยนให้มากขึ้น เราน่าจะมีพื้นที่เวทีในการระดมสติปัญญามาคิดวิธีการในการทำงานที่จะลดผลกระทบทางสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพด้วย ในการคิดที่คิดจากคนข้างบนอาจแตกต่างจากคนข้างล่าง

การจัดครั้งนี้สื่อสารถึงผลกระทบทางสังคมจากการมี เมดิคัลฮับ (Medical Hub) โลกาภิวัตน์ การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้กันมากขึ้น หรือนโยบายประชานิยม จะทำอะไรให้เปลี่ยนสังคมเป็นฝ่ายคิดและฝ่ายกระทำต่อผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ไม่รอให้เกิดผลกระทบแล้วมาคิดวิเคราะห์ เราสามารถนำบทเรียนของกรณีต่าง ๆ ของผู้คนที่หลากหลาย ซึ่งได้กระทำการอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะกรณีของคนชายขอบ คนด้อยโอกาส คนไร้สิทธิไร้เสียง อย่างที่เชิญ ดร.ชินเทีย หม่อง มาในครั้งนี้

การนำมิติทางสังคมวัฒนธรรมเข้ามามองผลกระทบต่างๆ ในระบบสุขภาพ ดังกล่าว จะช่วยให้เห็นมิติด้านจิตใจ และมนุษยธรรม ที่ขาดหายไปได้ เราจะช่วยกันคิดวิเคราะห์หาวิธีการทำงานร่วมกันระหว่างสาขากันอย่างไร จึงควรมีการกระตุ้นวงการวิจัยและวิชาการด้านสังคมให้มีการคิดวิเคราะห์มากขึ้น ถามไปถึงสภาวิจัยแห่งชาติด้วย จึงขอขอบคุณการริเริ่มจัดประชุมในครั้งนี้

**นพ.โกมาตร :** จากกรณีที่พบในพื้นที่การทำงานสุขภาพชุมชน อาทิ คนป่วย “ผีบ้า” ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปพบและดูแลจนดีขึ้น บอกว่า “เลิกเรียกหนูว่า “ผีบ้า” ซะที” แสดงถึงว่าสังคมยังไม่เข้าใจกลายเป็นพรมแดนระหว่างคนดีกับคนป่วย ซึ่งเส้นแบ่งที่มนุษย์ในสังคมสร้างขึ้นมีผลต่อชีวิตผู้คนจริง ๆ อันหมายถึงการเข้าถึงหรือเข้าไม่ถึงระบบสุขภาพ โอกาสและชะตาชีวิตที่ถูกสังคมกำหนดหรือสมมติขึ้น การประชุมครั้งนี้จึงต้องการสำรวจตรวจสอบสถานการณ์สุขภาพตามพื้นที่ชายแดนและบริเวณพรมแดนวัฒนธรรมต่าง ๆ ปฏิบัติการของทุนของรัฐ และอำนาจในรูปแบบต่าง ๆ ที่ได้กระทำและส่งผลต่อสุขภาพและชีวิตผู้คนในกลุ่มต่าง ๆ อย่างไรบ้าง อย่างเช่น ความรุนแรงที่เกิดขึ้นที่บริเวณพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นชายแดนทางภูมิศาสตร์และมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม หรือกรณีพื้นที่อำเภออุ้มผาง ที่ นพ.วรวิทย์ ตันตวิวัฒน์ทรัพย์ และ รพ.อุ้มผางต้องแบกรับ ดูแลกลุ่มชาติพันธุ์ที่ขาดสิทธิทางด้านสุขภาพ อยู่บริเวณรอยต่อชายแดนไทยกับพม่า การประชุมจึงครอบคลุมกว้างขวาง ในพื้นที่ที่มีเครือข่ายบุคลากรสุขภาพและนักวิจัยที่ทำงานด้านนี้อยู่ ได้มาร่วมนำเสนอและแลกเปลี่ยน ในวาระ ๑๐ ปี สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

**สวสส.** มีแผนงานวิจัยสำคัญ ๆ ซึ่งจัดแสดงเป็นนิทรรศการ และ จัดทำเป็นสื่อแผ่นวีซีดีแจกเผยแพร่ ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ในบางแผนงาน ปัจจุบันมีแผนงาน ดังนี้

**แผนงานแรก ด้านประวัติศาสตร์ และความทรงจำของสังคมกับสุขภาพ** เน้นศึกษาประวัติศาสตร์ ความทรงจำทางสังคมและสุขภาพและการแพทย์ที่ฝังแฝงอยู่ในผู้คน สิ่งของ โดยเฉพาะประวัติศาสตร์สามัญชน

**แผนงานที่สอง ด้านพหุลักษณะการแพทย์และการเมืองของเทคโนโลยี** ระยะแรกทำงานจัดการความรู้เรื่องภูมิปัญญาชาวบ้าน การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย มีการศึกษาเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนใช้ประโยชน์ในชุมชนและในระบบบริการสุขภาพให้มากขึ้น

**แผนงานที่สาม ความทุกข์ของสังคมและมิติความเป็นมนุษย์ของการเยียวยา** ดึงมิติของความ เป็นมนุษย์เข้ามาในกระบวนการรักษาโรคและระบบบริการให้ชัดเจนมากขึ้น

**แผนงานที่สี่ สมภูฐานทางสังคมของโรคและสุขภาพของคนชายขอบ** โรคไม่ได้เกิดจากแค่ตัวเชื้อโรค แต่โรคเกิดจากสังคม สังคมที่ไม่เป็นธรรมจะทำให้คนชายขอบเป็นโรคและเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น และจัดการตนเองได้ยาก

**แผนงานที่ห้า ปรัชญาการแพทย์** สนใจแนวทางการรู้เท่าทันรากฐานทางปรัชญาการแพทย์ งานที่ สวสส. ทำนั้นกว้างขวางกว่าสาขามานุษยวิทยา การเอาความรู้ด้านสุขภาพออกมาสะท้อนกับสังคม และเอาความรู้ทางสังคมเข้ามาสะท้อนในระบบสุขภาพ มีความสำคัญซึ่งกันและกัน สวสส. จึงทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมโยงนักวิชาการสาขาต่าง ๆ เข้ามามองระบบสุขภาพด้วยมุมมองสังคมศาสตร์ ที่ผ่านมาก็ได้รับความร่วมมือสนับสนุนจากนักวิชาการหลากหลายสาขา นอกจากนั้นก็ยังจัดให้มีพื้นที่ทางวิชาการ อาทิ สัมนา เพื่อให้นักศึกษาและนักวิชาการสาขาสังคมศาสตร์ต่าง ๆ และสาขาสุขภาพ มาแลกเปลี่ยนสนทนาแนวความคิดและวิชาการกันให้สม่ำเสมอและเป็นประจำ และขอเชิญให้องค์กร/เครือข่ายต่าง ๆ เข้ามาร่วมมือร่วมใจกันให้มากยิ่งขึ้น

### **ปาฐกถาเปิดการประชุมวิชาการ:**

**เรื่อง สุขภาพที่ชายแดน: อาเซียนกับบทบาทของการแพทย์เพื่อมนุษยธรรม**

โดย ดร. ชินเทีย หม่อง แพทย์ผู้ก่อตั้งคลินิกแม่ตาว และได้รับรางวัลด้านมนุษยธรรม ๓ รางวัล

*Topic : Health at the Border: ASEAN and the Roles of Humanitarian Medicine*

Keynote Speech by Dr. Cynthia Muang

ชายแดนไทยและพม่ามีพื้นที่ที่ติดต่อกันเป็นระยะทางยาว แต่มีความแตกต่างกันมากในเรื่องสังคม เศรษฐกิจ และมีการเคลื่อนย้ายของประชากรในบริเวณชายแดนเป็นจำนวนมาก

จะกล่าวเน้นถึงประเด็น ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า เรื่องการให้บริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพในพื้นที่ชายแดน ความร่วมมือกันระหว่างประชาชนที่อาศัยอยู่ชายแดน ๒ ประเทศ สถานการณ์และอนาคตของคลินิก เมื่อก้าวเข้าสู่ ASEAN

โดยในปัจจุบัน **พื้นที่ชายแดน** กลายเป็นเขตเศรษฐกิจ ทำให้มีแรงงานอพยพเข้ามาทำงานมากขึ้น ซึ่งแรงงานข้ามชาติเหล่านี้เป็นแรงงานที่ไม่มีเอกสารหรือหลักฐานถูกต้อง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเด็กที่เกิดจากแรงงานเหล่านี้ในประเทศไทย และมักจะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการให้บริการสาธารณสุข

สำหรับสถานการณ์สาธารณสุขยังเป็นการสาธารณสุขแบบรวมศูนย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณพื้นที่ชายแดนในประเทศพม่านั้น ขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ผ่านการรับรองทางการ ขาดแคลนด้านบุคลากรทุกระดับจำนวนมาก การให้บริการไม่ทั่วถึง คนทำงานสาธารณสุขบริเวณชายแดน ยังไม่ได้รับการจดทะเบียนที่ถูกต้องให้สามารถทำงานในพม่าได้ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขก็เป็นไปอย่างเชื่องช้า แม้จะมีองค์กรพัฒนาเอกชน หรือ องค์กรระหว่างประเทศ (NGO/CBO) ร่วมมือกันทำงาน เป็น Vertical Program เป็นโครงการต่างๆ เช่น มาลาเรีย

ปัญหาที่ยังไม่สามารถดูแลสุขภาพได้เพียงพอตามความต้องการ มีผลให้มีอัตราการตายของแม่และเด็กสูง มีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง ทั้งปัญหาจากการเข้าถึงการบริการของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในไทย ที่มักไม่มี เอกสารที่ครบถ้วน และปัญหาเรื่องภาษาในการสื่อสาร ซึ่งต้องให้การช่วยเหลือ

**ข้อจำกัดของแรงงานพม่าในการเข้าถึงระบบสุขภาพของไทยคือ ค่าใช้จ่าย ภาษา และขาดเอกสารสำคัญ** ประเทศไทยเองก็ประสบปัญหาจำนวนแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอกับงานบริการ รัฐบาลต้องการงบประมาณจำนวนมาก ราว ๑๐๐ ล้านบาท ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ๔ อำเภอ ได้แก่ อำเภอแม่สอด, พงษ์เทพฯ, อัมพวาและแม่ระมาด นอกจากนั้นยังพบการใช้แรงงานเด็ก โดยไม่

มีใบอนุญาต ขณะนี้ชาวพม่าผู้เข้ามาเป็นแรงงานในไทยมีจำนวน ๕๐๐,๐๐๐ คน มีความต้องการทำบัตรรับรองให้ถูกต้อง

สำหรับ**คลินิกแม่ตาว** มีการทำงานหลายด้านไปพร้อมกัน ให้บริการทั้งด้านการศึกษา สถานที่พักพิงงานคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก มีการจดทะเบียนเด็กแรกเกิด เป็นศูนย์ประสานงานกับฝั่งพม่า และฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขชาวพม่าให้กลับไปทำงานในพื้นที่

งาน**บริการสุขภาพของคลินิกแม่ตาว** มีการให้บริการด้านการตรวจรักษา ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การดูแลหลังแท้ง การฉีดวัคซีน การส่งต่อผู้ป่วย จัดบริการเยี่ยมบ้าน บริการทางสังคม การฟื้นฟู การดูแลรักษาตามทักษะเบื้องต้น การผ่าตัดต่อกระดูก หันตกรรมและศัลยกรรม โดยมีผู้ป่วยมานอนพักค้างเพิ่มมากขึ้น ขณะที่สถานการณ์ของโรคมาลาเรียลดลง ซึ่งถือเป็นผลจากการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) มีการทำงานประสานกันของทั้งฝั่งไทยและพม่า ในปัจจุบันมีจำนวนการคลอดบ่อยขึ้น งานอนามัยแม่และเด็กจึงมีเพิ่มมากขึ้น

สาเหตุในการเข้ารับบริการที่แม่ตาวคลินิก ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านสุขภาพแม่และเด็กมีมากขึ้น และมีปัญหาเรื่องสุขภาพ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ปัญหาหลังจากการทำแท้ง เป็นต้น ขณะเดียวกันการให้บริการรักษาโรคมาลาเรียในพื้นที่ที่มีจำนวนน้อยลง ปอดบวมน้อยลง

**ความร่วมมือระหว่างคลินิกแม่ตาวและสถานบริการสาธารณสุขไทย** เริ่มต้นมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๔ ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดยเริ่มจาก การส่งต่อผู้ป่วย ความร่วมมือในการผลิต ผดุงครรภ์ บริการฉีดวัคซีนและ การแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรคติดต่อข้ามแดน

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นมาจาก ความร่วมมืออย่างดีระหว่างโรงพยาบาลอุ้มผางและกับสถานบริการสาธารณสุขระดับชุมชนในฝั่งพม่า ในการจัดหาบริการ ฝึกอบรมคนทำงานในหมู่บ้าน จัดหาสิ่งสนับสนุนหรือเครื่องมือการดูแลสุขภาพ และมีระบบการรายงาน

กระนั้นก็ตาม ขณะนี้ยังไม่มีความร่วมมือในระดับรัฐบาล ซึ่งหวังว่าจะมีในอนาคต เพื่อให้เกิดการยกระดับการแลกเปลี่ยน การส่งต่อข้อมูล การเฝ้าระวังโรคติดต่อ รายงานข้อมูลให้สาธารณสุขไทยและองค์การอนามัยโลก (WHO) ให้เป็นระบบและเป็นทางการมากขึ้น

**ในอนาคต** จึงหวังว่า ต้องมีแผนและกิจกรรมการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง มีการปรับปรุงระบบการรักษาพยาบาลในประเทศพม่า เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องเดินทางข้ามชายแดนมาแสวงหาการรักษาในไทย ที่ผ่านมามีการพัฒนาหลักสูตรพื้นฐานและการดูแลในระดับชุมชน เช่น จัดอบรมผดุงครรภ์ชุมชน และฝึกอบรมนักพัฒนาชุมชน (NGO) และเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นบริเวณชายแดนด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ มีการจัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ของรัฐบาลไทย น่าจะเป็นวิสัยทัศน์ที่ดีที่จะเชื่อมการทำงานของสองพื้นที่ สองฝั่งชายแดนของสองประเทศ สร้างระบบสุขภาพท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็ง ให้ทุกคนในพื้นที่สามารถเข้าถึงสิทธิในด้านต่างๆ ได้

การเกิดขึ้นของประชาคมอาเซียน คาดว่า จะทำให้มีการเดินทางข้ามพรมแดนมากขึ้น อาจมีปัญหากการเคลื่อนย้ายแรงงาน น่ากังวลว่าจะมีการแสวงหาผลประโยชน์จากแรงงานที่ไม่มีเอกสารมากขึ้น จึงต้องมีการเตรียมการทำงานป้องกันแก้ไขและน่าจะเป็นไป เพื่อช่วยเหลือปกป้องแรงงานเหล่านี้

การอภิปราย เรื่อง **สิทธิสุขภาพ: พรมแดนวัฒนธรรม กับระบาดวิทยาของความรุนแรง**

**“Right to Health: Cultural Borders and the Epidemiology of Violence”**

วิทยากร

- ผศ.ดร.จิรวุฒิ เสนาคำ                      สำนักวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
- ผศ.ดร.ศรีสมภาพ จิตรภิรมย์ศรี      ผอ.ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ (DSW)

- นพ.วรวิทย์ ตันติวัฒนทรัพย์ ผอ. โรงพยาบาลอุ้มผาง จ.ตาก
- ศ.ดร.ยศ สันตสมบัติ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

#### ดำเนินรายการ :

- นพ. วิชัช เกษมทรัพย์ สำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

#### ผศ.ดร.ฐิรุฒธิ เสนาคำ

##### ประเด็นสำคัญที่อภิปราย

- o พรหมแดนรัฐเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดสิทธิด้านสุขภาพของมนุษย์ พรหมแดนรัฐจะมีเส้นขีดแบ่ง พรหมแดน นำมาซึ่งปัญหาและความชั่วร้ายด้านสุขภาพด้าน พรหมแดนรัฐเป็นพื้นที่รอยต่อทางวัฒนธรรม สังคม การเมือง สิทธิการเป็นมนุษย์
- o พรหมแดนวัฒนธรรมจะเกี่ยวกับพรหมแดนรัฐชาติ
- o พรหมแดนเกิดขึ้นชัดเจนเมื่อยุคหลังสงครามโลกครั้งที่สอง
- o คนชายขอบ คือ คนที่ไม่มีสิทธิด้านต่าง ๆ ทางสังคม เป็นคนที่อยู่ระหว่างพรหมแดนรัฐพรหมแดนด้านสุขภาพ เช่น แรงงานรับจ้างจากพม่า หรือ ชาวโรฮิงญา
- o คนชายขอบเป็นกลุ่มที่มีชีวิตที่ไม่ถูกนับรวมในสังคม ถูกกีดกันออกจากสิทธิต่าง ๆ โดยจะยกตัวอย่างกลุ่มที่ศึกษาอยู่ เช่น กลุ่มไทยพลัดถิ่นในสามจังหวัดภาคใต้ (ชุมพร ประจวบ ระนอง) ที่ถูกแบ่งออกโดยอำนาจรัฐ ไปอยู่ในดินแดนของพม่าแต่พอลกลับมาในเมืองไทยมีปัญหาต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะเรื่องสิทธิทางด้านสุขภาพ และไม่ได้สิทธิในการเป็นพลเมืองไทย ทำให้ขาดสิทธิต่าง ๆ ตามมา เช่น เรื่องการตั้งถิ่นฐาน
- o กลุ่มชาวโรฮิงญาเป็นตัวอย่างการไม่มีสิทธิต่าง ๆ ที่แย่ที่สุดเขาไม่มีสิทธิในการเป็นพลเมือง
- o สิทธิด้านสุขภาพจะถูกกำหนดโดยรัฐ
- o เรากำลังก้าวสู่การเป็นประชาคมอาเซียน เราจะแก้ไขปัญหาเรื่องคนชายขอบอย่างไร การเข้าถึงสุขภาพของพวกเขาก็จะเป็นอย่างไร การไปสู่ประชาคมอาเซียนจะทำให้พรหมแดนรัฐถูกทำลายหรือไม่ สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่ต้องเตรียมตัวรับมือกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น
- o แพทย์ และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข จะทำให้สิทธิด้านสุขภาพ และสิทธิอื่น ๆ ของคนชายขอบเกิดขึ้นเท่าเทียมกันกับคนที่มียุทธวิธีอื่น ๆ อย่างไร

#### ผศ.ดร.ศรีสมภาพ จิตกริรมย์ศรี (ภาคใต้)

- o ความแตกต่างที่ทำให้เกิดความรุนแรงในพื้นที่ ระบาดวิทยาของความรุนแรง จะหาทางออกอย่างไรในพื้นที่ภาคใต้
- o ความรุนแรง แบ่งเป็นสามช่วง
  - \* ช่วงปี ๒๕๔๗-๒๕๕๐ ซึ่งจะสูงมาก และขยายตัว เพิ่มระดับความรุนแรงอย่างมาก ในหนึ่งเดือนเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงร้อยหกสิบกว่าครั้ง
  - \* ช่วงปี ๒๕๕๑-๒๕๕๔ ความรุนแรงลดลง เหลือประมาณแปดสิบครั้งต่อเดือน
  - \* ช่วงปี ๒๕๕๕ เป็นต้นไป ความรุนแรงสูงขึ้น มีการสวิงของความรุนแรงมากขึ้น ประมาณ ๑๐๐ ครั้งต่อเดือน
- o ซึ่งความรุนแรงเช่นนี้ มีลักษณะตกท้องช้าง เห็นถึงระดับความรุนแรงในระยะแรกสูง และต่อมาน้อยลง และในตอนหลังมีมากขึ้น
- o ความรุนแรงที่เกิดขึ้นดูจากอัตราการตายและอัตราการบาดเจ็บของประชาชน แต่นำมาวิเคราะห์ภาพรวมแล้วอัตราการตายการเจ็บยังอยู่ในระดับคงที่

- o การระดมกำลังทหารที่ลงพื้นที่อย่างมากของรัฐ การตั้งจุดตรวจต่างๆ ที่เข้มข้น การใช้กฎหมายที่พิเศษในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อมากดความรุนแรงให้ลดลง ทำให้เห็นผลกระทบตามมา เช่น การละเมิดสิทธิมนุษยชน
- o การใช้ความรุนแรงของรัฐมาตอบโต้และเอาชนะความรุนแรงในพื้นที่อาจเป็นการแก้ที่ไม่ตรงจุด แต่การลดความรุนแรงที่มองถึงโครงสร้างของปัญหา เช่น เรื่องวัฒนธรรม อัตลักษณ์ของคนในพื้นที่ การเปิดพื้นที่ให้ประชาชนมีการพูดคุย เพื่อหาทางออกร่วมกัน โดยไม่ใช้ความรุนแรง น่าจะเป็นการแก้ไขปัญหามากกว่า เป็นการเอาการเมืองนำการทหารให้มากขึ้น
- o ในระยะหลังจากการเผ่าละวางการก่อเหตุ พบว่าผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงเปลี่ยนจากผู้บริสุทธิ์มาเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ทหาร ตำรวจมากขึ้น
- o มีการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการสันติภาพ ในระยะหลังภาพรวมระดับการตายมีแนวโน้มลดลง เหตุการณ์ระยะหลังในช่วงเดือนรอมฎอนเมื่อเปรียบเทียบกับสองปีก่อน
- o กระบวนการแก้ไขปัญหาคความรุนแรง ที่ดีที่สุด คือ การพูดคุยเรื่องสันติภาพ การพูดคุยนั้นต้องจัดให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนทุกกลุ่มในสังคมนั้นเข้ามามีส่วนร่วม แต่ขณะเดียวกันก็มีคนที่ไม่เห็นด้วย
- o การเปลี่ยนแปลงความขัดแย้งโดยการพูดคุยกัน และลดการใช้ความรุนแรง จะเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุด

#### นพ.วรวิทย์ ตันติวัฒนทรัพย์ (รพ.อัมพาง จ.ตาก)

- o สิทธิสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของเรื่องสิทธิมนุษยชน เป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ของประชาชน ไม่ว่ารัฐไหนก็ตามที่มีประชาชนชายขอบ ก็ต้องการปัจจัยสี่เหมือนกัน
- o ทุกชีวิตมีต้นทุนชีวิตที่เกิดมาไม่เท่าเทียมกัน จึงมีความต้องการไม่เหมือนกัน
- o ความจำเป็นพื้นฐานของคนทุกคนไม่ว่าจะเกิดมาในฐานะใดจะมีความต้องการด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกันมากนัก
- o ความจำเป็นเรื่องการรักษาพยาบาล มีเท่าๆ กัน แต่ที่ความต้องการมากขึ้นนั้น อาจเรียกว่าเป็นกิเลส ความอยากได้ อยากมีที่มากกว่าความจำเป็นพื้นฐาน (เป็นwant)
- o การยกตัวอย่างประชาชนชายขอบที่ อัมพาง จ.ตาก ที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างจากเรา ยังไม่สามารถเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุข เช่นโรคที่มีอยู่มาก คือ โรคคอตีบ โรคปากแห้ง เพดานโหว่ การพบสารตะกั่ว โรคมาลาเรีย โรคไข้เลือดออก โรคไข้กาฬหลังแอ่น โรคหัด อหิวาตกโรค วัณโรค โรคฟัน ฯลฯ
- o ประชาชนที่นั่นต้องการการรักษาขั้นพื้นฐานเท่านั้น (ไม่มี want/ไม่มีกิเลส)
- o ยกตัวอย่างโรคฟัน อาจไม่ก่อให้เกิดปัญหาถึงชีวิต แต่ทำให้ประชาชนทุกข์ทรมาน กระทั่งต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จึงไปให้บริการในพื้นที่
- o มีโครงการสุขศาลาพระราชทาน ที่ออกให้บริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่
- o เกิดคำถามว่า ทำไมต้องรักษาพยาบาลคนชายขอบและให้บริการด้านสาธารณสุขแก่คนกลุ่มนี้คือ
  - \* เป็นหลักมนุษยธรรม
  - \* โรคที่เป็น อาจเป็นโรคติดต่อ ที่ต้องรักษา เพื่อไม่ให้แพร่กระจายไปสู่คนอื่น
  - \* ขณะเดียวกันประเทศไทยก็เอาเปรียบประเทศเพื่อนบ้าน เช่น การเอาทรัพยากรเขามาใช้ จึงควรเป็นการให้ตอบแทน CSR

- o ความเป็นธรรมเชิงคณิตศาสตร์ (การคิดอัตราค่าบริการรายหัว) กับความเป็นธรรมที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ (การรักษาโดยหลักมนุษยธรรม) เป็นเรื่องที่แตกต่างกันโดยสิ้นเชิง ทำให้ความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่เพียงพอ
- o การอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ จะลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของประเทศ ไทย เช่น การอบรมหมอตำแยในพม่า
- o โครงการ การทำบัตรขาวให้ประชาชนในพื้นที่ ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ มากขึ้น และทำให้โรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการคนและทรัพยากรต่างๆ ได้ดีขึ้น
- o มีคลินิกกฎหมายให้ประชาชนได้ปรึกษาด้วย

#### ศ.ดร.ยศ สันตสมบัติ (มช.)

- o กล่าวถึงการรุกของทุน หรือ ความรุนแรงที่เกี่ยวกับทุนนิยม ในที่นี้จะกล่าวถึงในพื้นที่ลุ่มน้ำโขง
- o เสรีนิยมใหม่ คือ ทุนนิยมยุคหลัง ซึ่งจะไม่ใช้เรื่องเศรษฐกิจอย่างเดียว
- o เสรีนิยมใหม่เกิดในช่วงสามสหาย คือ การปฏิรูปในจีน ยุคของประธานาธิบดีโรนัลด์เรแกน ยุคของนายกรัฐมนตรีรักษาการเทรทเซอร์
- o เสรีนิยมใหม่ หมายถึง ระบบเศรษฐกิจที่วางพื้นฐานอยู่ที่การปล้นทรัพย์สิน การยึดทรัพย์สิน การ ขูดรีดแรงงาน โดยมีกลไก ๔ อย่างที่เกี่ยวข้อง คือ
  - \* การแปรรูปต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น มหาวิทยาลัยนอกระบบ การปฏิรูประบบราชการ การแปรรูปรัฐวิสาหกิจ ฯ
  - \* การแก่งแย่งต่าง ๆ การจัดไฟแนนซ์
  - \* การจัดการภัยพิบัติ
  - \* การที่รัฐเป็นกลไกในการจัดสรรทรัพยากร โดยให้ความสำคัญกับคนรวยมากขึ้น
- o เสรีนิยมใหม่ เป็นเทคโนโลยีด้านการปกครอง เหมือนเป็นเสรีชน ยกตัวอย่างเช่น ในจีน ที่เป็นประเทศที่รับเสรีนิยมใหม่เข้าไป โดยจีนสามารถเปลี่ยนบทบาทของรัฐ จากรัฐเป็นคนจัดสรรทรัพยากร เป็นรัฐที่ทำการค้า ผู้นำหาเงินเข้าประเทศ และสร้างความมั่งคั่ง โดยจีนใช้เทคโนโลยีการจัดพื้นที่ จัดโซนนิ่ง มีพื้นที่เขตอุตสาหกรรม ซึ่งในแต่ละโซนนิ่งจะมีการจัดเก็บภาษีต่าง ๆ ที่แตกต่างกันออกไป มีการจัดการด้านสิทธิต่าง ๆ ที่แตกต่างกันออกไปจากพื้นที่อื่น
- o ความรู้ เป็นเหมือนแสงสว่าง เป็นพลังของเสรีนิยมใหม่ ความรู้ เป็นเรื่องที่ต้องสร้าง จีนเอาเรื่องความรู้ไปเกี่ยวข้องกับเรื่องคุณภาพ
- o ความรู้เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมไฮเทคต่าง ๆ เป็นการจัดจ้างพลเมืองที่มีการศึกษา ซึ่งจะถูกแยกออกจากแรงงานที่ไม่มีฝีมือ
- o เสรีนิยมใหม่ในจีน จะสร้างมีอาชีพที่รักษาติ ยกระดับตัวเองและความมั่งคั่งของประเทศไปควบคู่กัน
- o อัตลักษณ์ความเป็นจีนจะเชื่อมโยงความเป็นชาตินิยมมากขึ้น จะเห็นจาก การที่จีนมาลงทุนในบริเวณลุ่มน้ำโขง เขาจะเอาวัฒนธรรมและชาตินิยมเขามาด้วย ซึ่งเป็นการเผยแพร่อารยธรรมของเขา ซึ่งนอกจากจะเป็นการกอบโกยพลังงาน อาหาร ขยายตลาด หาพันธมิตรทางการเมือง ยังเป็นการเผยแพร่อารยธรรมของจีนไปพร้อมกันด้วย
- o สิ่งแรกที่จีนขอเมื่อเข้ามาลงทุนในประเทศลุ่มน้ำโขง คือ สัมปทานที่ดินในการทำกิน เช่น ในเวียดนาม ในเขมร ลาว ยกตัวอย่างการทำคาสโนที่ต้นผึ้ง ทั้งนี้ มีการระยะเวลาที่เช่าที่ยาวนาน โดยให้เสรีในการใช้ทรัพยากรในพื้นที่นั้น (เรียกว่าเป็นสิทธิการใช้พื้นที่แบบละมุน)

- o การยกตัวอย่างโครงการ เช่น การปลูกยางแทนที่การปลูกฝิ่นของนายทุนจีน แต่เขาแฝงด้วยการหาผลประโยชน์และกำลั้ง โดยอ้างว่าเป็นการแก้ไขเรื่องยาเสพติด โดยมีการลงทุนปลูกบ้านให้ แต่คนในพื้นที่ก็ยังไม่มียาเสพติด คนตกงาน คนที่ทำก็ไม่มีตลาดให้ ทำให้เห็นว่าเสรีนิยมใหม่ เป็นชีวิตที่ประชาชนปราศจากทางเลือก ชาวบ้านเกิดความล้มเหลวไม่ยอมเข้าร่วม แต่ก็จำยอม
- o เห็นถึงการรุกของทุนแบบหนึ่งในสังคมสมัยใหม่ คนชายขอบจะถูกทำให้อยู่ในสภาพที่ช่วยตัวเองไม่ได้มากขึ้น เห็นบทบาทรัฐ(ซึ่งจัดการอะไรไม่ได้)มากขึ้น
- o เสรีนิยมใหม่ เป็นการยึดทรัพย์อย่างหนึ่ง โดยรัฐเอาทุนไปให้ต่างชาติ กระจายความมั่งคั่งขึ้นด้านบน(เฉพาะคนรวย) สร้างความทุกข์ให้เกิดในสังคม
- o ยกตัวอย่างคนที่โดนรุกโดยทุนนิยมในรูปแบบใหม่ๆ เช่น
  - \* ในประเทศแซมเบียซึ่งมีทองแดงจำนวนมาก แต่ปัจจุบันประชาชนตกงาน เพราะทองแดงราคาตก
  - \* ในประเทศอัฟกานิสถาน ทำให้คนไม่สามารถพึ่งเศรษฐกิจของประเทศได้ โดยประชาชนหันไปพึ่งไสยศาสตร์ และพิธีกรรมต่าง ๆ
  - \* ในประเทศโดมินิกัน
  - \* ในประเทศแถบลุ่มน้ำโขง
- o เสรีนิยมใหม่เป็นรูปแบบการจัดการพลเมือง ทำให้สังคมกลายพันธุ์ไปเรื่อยๆ ทุนนิยมทำให้สังคมกลายพันธุ์ ประชาชนก็สร้างความหมายที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้น เราควรมองหาความแตกต่าง และเรียนรู้ความแตกต่างที่เกิดขึ้น

ภาคท้าย

ห้องย่อยที่ ๑ เสวนา เรื่อง ภัยพิบัติ: การเปลี่ยนภูมิทัศน์ของสังคมและสุขภาพ

*“Disaster: Transformation of Health and Social Landscap”*

วิทยากร

- |                          |                                                                                                    |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - นายอิษฐ์ พิระวงศ์เมธา  | ช่างภาพรางวัลสมาคมผู้สื่อข่าวต่างประเทศหรือเอฟซีซีที ปี ๒๐๑๐ ถ่ายภาพภัยพิบัติและแผ่นดินไหวในเอเชีย |
| - นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย | มูลนิธิพัฒนาสุขภาพภาคใต้                                                                           |
| - น.ส.สุนนมาลย์ สิงหะ    | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ                                                                           |

ดำเนินรายการ

อาจารย์ธวัช มณีผ่อง คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์ของการแลกเปลี่ยน

ผู้ดำเนินรายการเกริ่นถึงภัยพิบัติเกิดความเสียหายเชิงการเปลี่ยนแปลงเชิงภูมิทัศน์และมโนภาพรวมถึงสิ่งที่ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับจากการแลกเปลี่ยนในครั้งนี้ คือมโนภาพจากการเกิดภัยพิบัติ การเรียนรู้ปัญหาจากการเกิดภัยพิบัติและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ประเด็นสรุป

นายอิษฐ์ พิระวงศ์เมธา

เล่าถึงประสบการณ์ตรงในการถ่ายภาพเหตุการณ์ภัยพิบัติต่างๆ ว่าตนเป็นกลุ่มแรกที่เดินทางเข้าไปเผชิญกับภัยพิบัติเสมอ การเล่าเริ่มจากเหตุการณ์ในปี ๒๐๐๘ ที่ประเทศพม่า การเกิดสึนามิและนิวเคลียร์ ที่ประเทศญี่ปุ่น ปี ๒๐๑๑ น้ำท่วมประเทศไทย และล่าสุดน้ำมันรั่วที่เกาะเสม็ด

ปี ๒๐๐๘ ประเทศพม่าได้รับผลกระทบจากไซโคลนนาเกิส ช่างภาพไม่สามารถเข้าประเทศได้ง่ายนัก การเข้าไปถ่ายรูปต้องปลอมตัวเป็นนักท่องเที่ยว สาเหตุเกิดจากทางการไม่อนุญาตและไม่ขอรับความช่วยเหลือจากประเทศอื่นๆ หากจับได้จะโดนส่งกลับและไม่ได้เข้าประเทศนี้อีก เมื่อย้อนเหตุการณ์พบว่าการจัดการภัยพิบัติของประเทศพม่ายังห่างไกลจากประเทศไทยมากนัก ตั้งแต่ระบบสาธารณสุข หรือระบบคมนาคม จากเหตุการณ์พบว่าการสาธารณสุขขาดการจัดการและการวางระบบที่ดี แต่ในแง่มุมมองของการจัดการผู้ประสบภัยให้ได้รับการดูแลเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ แต่การดูแลไม่ทั่วถึง ปัญหาที่พบคือเรื่องของการจัดการที่อยู่อาศัยพักพิง อาหาร การจัดการเรื่องสิ่งของบริจาคและการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ ปัญหาที่เห็นชัดเจนคือ ประชากรเด็กมีจำนวนมาก การจัดการบางหมู่บ้านถ้าดีจะมี NGO เข้ามาบริจาค จากการลงพื้นที่พบว่าสิ่งปลูกสร้าง อาคารบ้านเรือนไม่มั่นคงปลูกด้วยไม้ไผ่ เมื่อเกิดพายุก็ไม่สามารถรักษาสภาพบ้านได้

ประเทศญี่ปุ่น เกิดเหตุการณ์สึนามิ หน่วยงานต่างๆ ให้ความช่วยเหลือเร่งด่วนรวดเร็วมีการจัดการด้านศูนย์อพยพค่อนข้างดี มีการจัดการเป็นระบบ ผู้อพยพสามารถเข้าคิวรับยากับศูนย์ได้โดยตรง สถานที่ส่วนใหญ่เป็นโรงยิมและ/หรือ อบต. ส่วนใหญ่มีเพียงผู้สูงอายุและเด็ก วัยแรงงานอยู่ที่โตเกียว โรคที่พบส่วนใหญ่คือโรคซึมเศร้า สาเหตุเกิดจากไม่สามารถออกไปไหนได้อยู่แต่ในศูนย์อพยพ รวมถึงมีอากาศหนาวร่วมด้วย การเดินทาง คมนาคมสะดวก สำหรับการถ่ายรูปค่อนข้างลำบากเพราะผู้ประสบภัยส่วนใหญ่ไม่ยินยอมให้ถ่ายรูป และไม่สามารถถ่ายรูปใกล้ๆ กับศพได้ เพราะคนญี่ปุ่นให้ความเคารพกับศพผู้เสียชีวิตอย่างมาก คนที่เข้าพื้นที่ ๒-๓ วันแรกเท่านั้นจะสามารถเก็บภาพผู้เสียชีวิตได้ ญี่ปุ่นเคร่งครัดกับการมีระเบียบวินัยมาก สิ่งที่ได้จากการเก็บภาพคือ ญี่ปุ่นมีการเตรียมรับมือกับเหตุการณ์สึนามิดีกว่าประเทศไทยมาก อาจเนื่องมาจากประเทศญี่ปุ่นเคยเกิดเหตุการณ์แบบนี้มาก่อนการจัดการ เช่น รู้วิธีการดูแลตนเองไปอยู่ในที่ที่ปลอดภัย มีการวางแผนเพื่อเตรียมรับมือกับภัยธรรมชาติเป็นอย่างดี สำหรับศพจะมีทีมงานทำการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลเรียบร้อย ปัญหาอย่างหนึ่งที่ญี่ปุ่นยังไม่สามารถแก้ไขได้ คือ ไม่มีพื้นที่ให้กับผู้ประสบภัยได้สร้างที่อยู่อาศัย ส่วนหนึ่งเป็นเพราะยังกลัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กลัวว่าจะเกิดขึ้นอีก และส่วนหนึ่งคือรัฐบาลยังไม่ให้สร้าง ปัจจุบันผู้ประสบภัยยังอยู่ในพื้นที่ที่แออัด ๙๐% และยังมีพื้นที่รกร้างอยู่เพราะคนญี่ปุ่นให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมมาก

เหตุการณ์น้ำท่วมในเมืองไทย ณ กรุงเทพฯ ช่างภาพสำนักข่าวรอยเตอร์เล่าว่า สำนักข่าวมีกฎตั้งไว้ว่าจะไม่อนุญาตให้ช่างภาพที่มีสภาพร่างกายไม่พร้อมเข้าพื้นที่ทำงานจนกว่าจะหายดี หากมีบาดเจ็บจะโดนพักงาน ๗ วัน จึงจะสามารถทำงานต่อได้ จากเหตุการณ์น้ำท่วมพบว่า การกระจายหรือแจกของบริจาคมีความยากลำบากในพื้นที่ที่น้ำท่วมสูงมาก และพบว่าบางพื้นที่จะได้รับความช่วยเหลือเป็นจำนวนมาก เช่น บางบัวทอง ความยากลำบากของคนเมืองคือการไม่เคยเจอน้ำท่วม สรุปได้ว่าประเทศไทยยังไม่มีเตรียมการรับมือกับภัยพิบัติอย่างจริงจัง สังเกตได้จากภาพถ่ายที่เห็นความทุกข์ทรมาน ข้อสังเกตคือคนไทยมีน้ำใจกับผู้ประสบภัยทุกชนชาติ สำหรับสถานพยาบาลไม่มีการวางระบบเช่นกัน มีการจัดการภายในชุมชนเองแก้ปัญหาด้วยตนเอง เช่น อาศัยในสถานที่เก็บอุปกรณ์สร้างรถไฟฟ้า

เหตุการณ์น้ำมันรั่ว ของ ปตท. ที่เกาะเสม็ดเป็นครั้งแรกของประเทศไทย การถ่ายรูปต้องขออนุญาตหน่วยงานราชการก่อน สิ่งที่น่ากลัวคือน้ำมันเข้ามาในอ่าวทั้งหมด เนื่องจากเป็นครั้งแรกยังไม่มีการจัดระเบียบหรือวางระบบการจัดการแต่อย่างใด ไม่มีอุปกรณ์ป้องกันสำหรับเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัคร แต่

เมื่อถึงวันที่ ๒ มีการเตรียมการดีขึ้นมีอุปกรณ์สำหรับป้องกัน แต่เหตุการณ์นี้ทำให้เกิดการเรียนรู้และร่วมแก้ปัญหาให้สถานการณ์ดีขึ้น โชคดีที่อ่าวพร้าวไม่มีสัตว์เท่าไร

สรุปเป็นประสบการณ์ตรงในมุมมองของช่างภาพ เข้าถึงสถานที่เกิดเหตุอย่างรวดเร็วไม่มีการเตรียมอะไรทั้งสิ้น ภาพช่างภาพเป็นการจัดลำดับความรู้เปลี่ยนเทียบความรู้สังคมวัฒนธรรมเดิมในช่วงภัยพิบัติ แต่สังคมไทยไม่มีองค์ความรู้อะไรในการจัดการกับภัยพิบัติที่เกิดขึ้น เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ครั้งแรก ผิดจากญี่ปุ่นที่มีภัยพิบัติอย่างต่อเนื่อง

**นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย** เล่าถึงสถานการณ์สึนามิ จ.พังงา และภูเก็ต ในปี ๒๐๐๔ คนไทยยังไม่รู้จักสึนามิเท่าไร ต้องค้นหาความรู้เพื่อให้ทราบว่าเป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเกิดเหตุการณ์การตอบสนองระยะเบื้องต้นของฝั่งกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ ๖ จังหวัดฝั่งอันดามัน มีความร่วมมือระหว่างไทยกับสหรัฐอเมริกา สถาบันการแพทย์ด้านการทหาร องค์การอนามัยโลก มีการให้บริการในหลายด้าน ปัญหาที่คาดไม่ถึงคือ ผลติดเชื้อ ใน ๖ จังหวัดฝั่งอันดามัน พังงา กระบี่ ภูเก็ตได้รับผลกระทบลดระดับกันไป ๑ เดือนผ่านไป ผู้เสียชีวิต ๕ พัน บาดเจ็บหลายหมื่น ระบุสัญชาติ ครึ่งหนึ่งคือคนไทย ที่เหลือเป็นต่างชาติ โรคที่ระบาดคือ ท้องร่วงจากอาหารและน้ำ ส่วนใหญ่ผู้เสียชีวิตตายตั้งแต่เกิดเหตุ การจัดการศพคือสิ่งที่ไม่ได้เตรียมการเช่นกัน ในแง่ของชุมชน การฟื้นฟูเป็นไปอย่างช้าๆ เหตุการณ์ผ่านไปยังมีสิ่งตกค้างอยู่จำนวนมาก ชากขยะต่างๆของไทยยังไม่มีจัดการต่างจากประเทศญี่ปุ่นที่พยายามนำไปรีไซเคิล แต่ไทยนำไปเผา

ช่วงที่หน่วยช่วยเหลือเข้าไม่ถึง ผู้ประสบเหตุจะอยู่ตามศาลาวัด หรือเต็นท์ของหน่วยกาชาด ชุมชนที่เกิดขึ้นใหม่ก่อตัวขึ้นในวัด ระหว่างรอการก่อสร้างถาวรจะมีการสร้างบ้านพักชั่วคราวทั้งสร้างด้วยตนเอง และหน่วยงานภายนอกสร้างให้ ระยะยาวมีการสร้างบ้านพักถาวร เป็นชุมชนถูกประกาศภัยพิบัติตั้งชุมชนใหม่ ชาวบ้านร่วมสร้างขึ้นสะท้อนวัฒนธรรมบางอย่างของคนใต้ ในแง่หนึ่งชาวบ้านส่วนหนึ่งทำอาชีพประมง เกิดความเสียหายจากเหตุการณ์ สึนามิ ชาวบ้านรุ่นเก๋านำความรู้ที่มีสอนให้กับผู้ประสบภัย เช่น ต่อเรือ ทำผ้ามัดย้อม เวลาเข้าไปในพื้นที่ภัยพิบัติเช่นนี้ คนไม่สามารถดำรงชีวิตได้แค่ของบริจาค การสร้างอาชีพเป็นประเด็นหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญ ตัวตัดสินใจขาด คือ ชาวบ้านมีการหารือแลกเปลี่ยนความรู้ทุกวัน มีการรวมตัว องค์กรต่างๆเข้าร่วมแก้ปัญหา มีการจัดการ ธนาคารชุมชน สัจจะออมทรัพย์ ชุมชนมีน้ำใจเกื้อกูลกัน

การดูแลสุขภาพระยะยาวที่มีปัญหาตรงกับญี่ปุ่นคือปัญหาสุขภาพจิต มีการรวบรวมจำนวนตัวเลขที่เป็นโรคซึมเศร้าและภาวะเครียดอย่างรุนแรงจากเหตุการณ์ภัยพิบัติจำนวนมาก คือ ๑๐-๑๕% จะเป็นโรคนี้ การใช้มาตรการอื่นๆนอกจากการให้ยา และนักสุขภาพจิต จะใช้ศิลปะในการเยียวยาปัญหานี้ การนำศิลปะเข้ามารักษาคือการทำงานศิลปะเพื่อต่อภาพที่กระจัดกระจายใหม่เข้าด้วยกัน ในที่นี้หมายถึงภาพการรับรู้โลก ผลที่ได้รับทำให้เด็กมีความรู้สามารถพิเศษในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมหลังการฟื้นฟูสึนามิ ตัวอย่างเรื่องโครงสร้างพื้นฐานของเด็ก เช่น รร. เนอสเซอร์รี่ ก็พังไปกับสึนามิเช่นกัน ฯลฯ

คลื่นลูกที่ ๒ ปัญหาที่ไทยพบนอกจากสึนามิคือ ปัญหาการจัดการด้านต่างๆ เช่น การให้ความช่วยเหลือ การจัดการของบริจาคให้ทั่วถึงและเป็นธรรม ไม่มีการจัดคิว เป็นต้น

คลื่นลูกที่ ๓ คือ การแพทย์กับการจัดการคนบาดเจ็บ การดูแลในระยะฟื้นฟู จะช่วยชุมชนที่ล่มสลายได้อย่างไร ต้องการความรู้จำเป็นสำคัญๆ มีการวิเคราะห์ว่าต้องการระบบอะไรบ้าง มีนักวิชาการลงพื้นที่จำนวนมาก มีความพยายาม mapping เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นักวิชาการที่ลงไปทำอะไรไม่เป็นคนสร้างผลกระทบกับผู้ที่ได้รับผลกระทบกับเหตุการณ์นี้

หลังเหตุการณ์สึนามิ มีการรวบรวมองค์ความรู้ การเตรียมตัวก่อนเกิด ระหว่าง และหลังจากเกิดสึนามิ เพื่อสร้างความตระหนักและการเตรียมพร้อมให้กับชุมชนที่อาจเกิดเหตุการณ์เหล่านี้อีกครั้ง

การที่จะเข้าช่วยชุมชนจะต้องเตรียมการว่าจะเข้าไปช่วยเหลืออย่างไรและต้องพึงระวังอะไรบ้าง” การจัดลำดับความสัมพันธ์ใหม่หลังเกิดเหตุการณ์นี้ด้วย

**สุนนมาลย์ สิงหะ** ชวนตั้งคำถามจากการทำงานพื้นที่วิจัย ๘ พื้นที่ ครอบคลุมพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก ๗ พื้นที่และสึนามิที่ภูเก็ต ซึ่งเป็นเพียงข้อค้นพบเบื้องต้น คำถามที่ตั้งครั้งแรกคือ ใครคือผู้ประสบภัย? “flood victim” หรือความเป็นเหยื่อของภัยพิบัติตั้งอยู่บนเงื่อนไขใดบ้าง ชาวบ้านอยู่ในเงื่อนไขเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมอย่างไร **สอง** การเปลี่ยนแปลงของจิตสำนึก และวิถีคิดของสังคมเรื่องภัยพิบัติ ผ่านวาทกรรมสิ่งแวดล้อมและโลกร้อน **สาม** การรับรู้ความเสี่ยงของท้องถิ่นและเศรษฐศาสตร์การเมืองเรื่องข้าว พืชเศรษฐกิจ การเมือง และ **ประเด็นที่สี่** สุดท้าย การเมืองของการนิยามความเปราะบางหรือกลุ่มที่เปราะบางจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งงานเชิงนโยบายและปฏิบัติการที่มีผลต่อรูปแบบความช่วยเหลือ การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยและโมเดลการรับมือในระดับท้องถิ่น

สรุปภาพรวมการเกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติก่อนและหลังปี ๒๕๕๔ ใครคือผู้ประสบภัย คือชาวบ้านชอบน้ำท่วมมากกว่าฝนแล้ง น้ำท่วมสร้างรายได้สำหรับชุมชนที่น้ำท่วมซ้ำซาก เป็นพื้นที่กิจกรรมชุมชนที่มาพบปะสังสรรค์ที่เราสามารถสืบสาวให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศผ่าน “ตุ้ม” เครื่องมือในการจับปลาของคนลุ่มน้ำ ชุมชนปรับตัวกับเหตุการณ์ได้เป็นอย่างดี มองว่าเป็นยังเรื่องธรรมชาติ ชุมชนแถบลุ่มน้ำมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างที่อยู่อาศัยเพื่อรองรับเหตุการณ์ เช่น ยกเสาสูง แต่หลังปี ๒๕๕๔ เป็นต้นมาเกิดการเปลี่ยนความหมาย ชีวิตสาธารณะ ภูมิทัศน์ในการมองภัยพิบัติไปโดยสิ้นเชิง ลักษณะการจัดการสื่อที่เสนอภาพและการจัดการน้ำท่วมของรัฐ รวมทั้งเห็นความปรแตกและความไม่ลงรอยของสังคมเยอะมากที่ต้องเรียนรู้

การศึกษาภัยพิบัติสามารถทำได้ในแง่เป็นเหตุการณ์มีประวัติศาสตร์ช่วงยาว อย่างเช่น สึนามิ ไม่สามารถพยากรณ์ได้ ทำให้ไม่มีแผนรองรับ

กรณีภาวะโลกร้อน นักมานุษยวิทยาพยายามอธิบายสืบสาวว่าการรับรู้ความเสี่ยงของชุมชนสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและภาวะความเป็นอุตสาหกรรม ซึ่งภัยพิบัติในช่วงหลังปี ๒๕๕๔ มีลักษณะการรับรู้ในเชิงการจัดการน้ำแบบไม่มีธรรมาภิบาลหรือภัยพิบัติโดยน้ำมือมนุษย์มากกว่าเกิดจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ การรับรู้ความเสี่ยงของภัยพิบัติของชุมชนไม่ได้เกี่ยวกับภาวะโลกร้อนอย่างตรงไปตรงมา สำหรับการฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมหลังภัยพิบัติเปรียบเทียบระหว่างเมืองและชนบท ในพื้นที่เมืองทำได้ยากลำบากกว่าเพราะใช้ต้นทุนสูง

สิ่งสำคัญที่สุดคือ การทำงานด้วยความรู้เข้าใจ ทำงานบนความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ชีวิตของคนกับภัยพิบัติ โดยเน้นการยืนหยัดของชุมชนและการเรียนรู้วัฒนธรรม

#### **ประเด็นแลกเปลี่ยน**

๑. การเปลี่ยนความหมายและคุณค่าของผู้คน
๒. การเปลี่ยนแปลงความรู้ ปรับ จัดระบบ การมีบทบาทของบางหน่วยงานมีความสำคัญมากขึ้น เช่น สพฉ. เป็นหนึ่งในแผนงานในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ
๓. สึนามิกับน้ำท่วมใหญ่ เป็นภัยพิบัติธรรมชาติ เกิดภัยพิบัติของความช่วยเหลือและซ้ำเติมความเดือดร้อนของชาวบ้านหรือไม่ สึนามิทางวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ เพราะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำคัญมากต่อการเรียนรู้
๔. การเกิดเหตุการณ์สึนามิหรือเหตุการณ์ภัยพิบัติต่างๆ สอนให้รู้ถึงการตอบสนองของชุมชนผ่านมิติวัฒนธรรม
๕. การสร้างภาพตัวแทนของผู้ประสบภัยที่มีมุมมองทัศนวัฒนธรรม การเก็บภาพ นักข่าว จะให้ข้อมูลเสนอเป็นกลาง กระชับสั้นๆ

๖. มีการพยากรณ์ของกลุ่มต่างๆ เช่น ชาวเขาที่อยู่ทางเหนือ หรือพม่า จะมีผู้รู้พยากรณ์บอกต่อๆ ให้พี่น้องชาวพม่ากลับประเทศให้หมด เพราะสยามล่มสลาย มีบทบาททางวัฒนธรรมเข้ามา มีส่วนเกี่ยวข้อง เรื่องที่เล่าในสื่อจะเป็นอีกแบบหนึ่งจะถูกแฝงด้วยวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ธรรมดา
๗. ปี ๒๕๔๔ ท่วมหนักกว่านี้ไม่เป็นข่าว ปี ๒๕๕๔ ท่วมน้อยแต่เป็นข่าวมากกว่า เพราะกลัวท่วมกรุงเทพฯ เพราะให้กรุงเทพฯ เป็นศูนย์กลางเป็นหลัก สำหรับชาวบ้านจะพอใจกับการเกิดเหตุการณ์น้ำท่วม เพราะเพิ่มรายได้เช่นจับปลาได้มาก ข้าวเจริญงอกงาม ทัศนคติของชาวบ้านเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นประจำ ปัจจุบันน้ำท่วมมีระยะเวลาท่วมยาวนาน กระทบต่ออาชีพ เช่นปลูกข้าว ปลูกผัก เลี้ยงหมู ต้องแจ้งกับผู้ใหญ่เสมอ เพื่อเวลาเกิดความเสียหายจะสามารถชดเชยได้ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของภูมิทัศน์เชิงกายภาพ แม่น้ำ ลำคลอง และภูมิทัศน์ทางความคิดก็เปลี่ยนเช่นกัน
๘. ภัยพิบัติกลายเป็นเรื่องที่ต้องหาคนรับผิดชอบ ปรับเปลี่ยนวิธีคิด หรือเป็นเรื่องการเมืองของความสงสาร
๙. ภัยพิบัติที่ไม่ค่อยศึกษาคือพายุลูกเห็บ เมื่อวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๕๓ เกิดพายุลูกเห็บครั้งแรก สัตว์ที่เริ่มหายไปในพื้นที่คือมดแดง สิ่งที่ยาหายไปเป็นอาหารโปรตีนที่อยู่ในดิน ครั้งสุดท้ายลูกเห็บลงที่ดอยอินทนนท์ ปัจจุบัน เกิดขึ้นเยอะมาก การรับมือการแก้ปัญหาไม่ทัน อาจเกิดภาวะโลกร้อน กลางวันร้อนมาก ถ้าหากความกดอากาศลึกลงน้อยจะเกิดพายุลูกเห็บและมาพร้อมแผ่นดินไหว
๑๐. ภัยพิบัติยังเป็นเรื่องภูมิทัศน์ทางมนุษยธรรม จากประสบการณ์น้ำท่วมขนาดใหญ่ที่ผ่านมา

## ห้องย่อย ๒. เสวนา เรื่อง

เสวนา เรื่อง **เข้าใจคนขาด-ขาดคนเข้าใจ : สิทธิและสุขภาพอันเปราะบาง**

*“(Mis) Understanding: Rights and the Vulnerability of Health”*

วิทยากร

- นางศิริณี ศรีหาคาศ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดขอนแก่น
- น.ส. กษมา แยมตรี สถาปนิก กลุ่ม OPEN SPACE และ โครงการ Design for Life
- พ.ต.หญิงอุบลพรรณ อีระศิลป์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
- น.ส.ทองพูล บัวศรี มูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก

ดำเนินรายการ นายโสภณ ฉิมจินดา พิธีกรรายการ *ล้อเล่นโลก*

สรุปประเด็นเสวนา

ศิริณี : ประเด็นผู้สูงอายุ (จากบทความการวิจัยเรื่องผู้สูงอายุในวัฒนธรรมไทย)

จากการทำวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาภาระและผลกระทบที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ในประเทศไทย ทั้งภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคตะวันออก และภาคกลาง รวมทั้งสิ้น ๙ จังหวัด ๑๓ ตำบล ได้พบสภาพปัญหาผู้สูงอายุไทยกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

**ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุในชนบท: เรื่องภายในครอบครัว**

- o ปัญหาภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ ที่เพิ่มมากขึ้น
- o ภาระและผลกระทบของผู้ดูแล
- o ความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากหน่วยงาน องค์กรในชุมชน มีน้อยมาก

ข้อคำถามของผู้วิจัย

- o ในพื้นที่ที่ศึกษา มีสถานการณ์ผู้สูงอายุและภาระของผู้ดูแลอย่างไร
- o ทางออกระบบบริการสุขภาพ?
- o จะมีช่องทางการทำงานต่อไปอย่างไรบ้าง ?
  - \* ความเป็นเมืองกับการใช้ชีวิตทางสังคมของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในชนบท
    - การต้องนำผู้สูงอายุ ไปสู่สังคมแห่งการบริโภค หรืออยู่ที่สถานสงเคราะห์
    - การไม่มีเวลา ของผู้ดูแล
    - ภาระค่าใช้จ่ายและค่าครองชีพที่สูงขึ้น
  - \* การแก้ปัญหา
    - ใช้ความเข้าใจ จากรากฐานความเป็นชุมชนและความใกล้ชิด ความอบอุ่น รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันของบุคลากรในสังคม ทั้งบุคลากรทางสาธารณสุข ผู้ดูแลคนในครอบครัว เพื่อแก้ปัญหาเชิงระบบ
    - ใช้ระบบ Care management/ Care giver แก้ปัญหาเชิงระบบ ผลักดันนโยบายระบบสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งต้องมีระบบการสนับสนุน Care giver ที่ชัดเจน
    - ความเข้าใจพิเศษ ของผู้สูงอายุที่ต้องการมากที่สุด คือ เรื่องความเข้าใจในครอบครัว และความรักความอบอุ่นของครอบครัว

**นส.กษมา แยมศรี เสนอประเด็น : การออกแบบชุมชนบนตอยด้วยงานสถาปัตยกรรม**

การออกแบบชุมชนในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขระหว่างผู้สูงอายุ คนพิการและคนอื่นในสังคม (เล่าจากกรณีปัญหาการเข้าไม่ถึงสิทธิและศักยภาพของคนพิการ และยกตัวอย่างกลุ่มที่สามารถก้าวข้ามปัญหานี้ได้)

ผลงานการดำเนินการที่ผ่านมา คือ DAA สถาปัตยกรรมสำหรับความสามารถที่แตกต่าง ทำงานเกี่ยวกับการปรับสภาพบ้านและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อคนทุกคน ร่วมกับสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) โดยปรับพื้นที่บ้านในพื้นที่ภาคเหนือ เช่น การปรับบ้านที่แตกต่างตามวัฒนธรรมการอยู่อาศัย

#### **กระบวนการทำงาน**

- \* การออกแบบเป็น การเสริมหนุนให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ
- \* เน้นการทำความเข้าใจชุมชน เข้าใจลักษณะวัฒนธรรมท้องถิ่น การเข้าใจเรื่องความเป็นอยู่ การมีผู้ดูแล หรือปัญหาอุปสรรคการใช้ชีวิตของคนพิการ ผ่านการทำงานโดยอาศัยคนในชุมชนเป็นฐานสำคัญ

#### **การออกแบบให้เหมาะสมกับลักษณะความพิการ**

- \* การสร้างและทำความเข้าใจเรื่องบริบททางสังคม และวัฒนธรรมเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำงานด้านสถาปัตยกรรมที่สำคัญ
- \* ใช้กลไกท้องถิ่นการเชื่อมโยงงานและการเชื่อมโยงคน
- \* ทำความเข้าใจเรื่องกายภาพส่วนบุคคล หรือลักษณะความพิการแต่ละประเภทที่มีความละเอียดแตกต่างกันไปในเรื่องการออกแบบทางสถาปัตยกรรม
- \* การใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น การนำไม้ไผ่มาสร้างบ้าน หรือเป็นอุปกรณ์ทางสถาปัตยกรรม

- \* สร้างเครื่องมือกลางทางการออกแบบ (๓D Model) ที่ให้ผู้ใช้(คนพิการ ผู้สูงอายุ) มีส่วนร่วมในการเลือกแบบ หรือตัดสินใจ จากนั้นจึงปรับแบบให้มีความเหมาะสม
- \* การออกแบบ ที่ดีเน้นการออกแบบที่เอื้อต่อทั้งคนพิการและเอื้อต่อผู้ดูแลด้วย

#### งบประมาณและการสนับสนุนการปรับสภาพบ้าน สำหรับคนพิการ

- สร้างความเข้าใจพื้นฐานในเรื่องของการมีแรงงานการจัดการและการปรับสภาพบ้าน เนื่องจากจะต้องทราบรายละเอียดในเรื่องของปฏิทินชุมชนด้วย

#### วิธีการปรับเปลี่ยนมุมมองทางความคิดของคนพิการที่อาศัยอยู่บนดอย

- การสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน เช่นการสร้างความรู้ในสังคม ให้คนพิการบนดอยเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีสิทธิ โอกาส ที่ควรได้รับเท่าเทียมกับคนอื่นๆ ในฐานะของการเป็นมนุษย์
- การใช้ทรัพยากรที่ ใกล้ตัวของคนในชุมชนเป็นรากฐานสำคัญในการทำงานด้านสถาปัตยกรรม

#### ปัญหาอุปสรรคระหว่างการทำงาน

- \* เรื่องภาษาและวัฒนธรรมท้องถิ่นต่างๆ ไป
- \* การประสานความร่วมมือกับคนในพื้นที่ ที่ต้องสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน

#### พ.ต.หญิงอุบลพรรณ อีระศิลป์ : ประเด็น เด็กออทิสติก

ศึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านออทิสติก และมีลูกเป็นออทิสติก ทำงานวิจัยในกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เนื่องจากในสังคมปัจจุบันเด็กออทิสติกถูกตีตราว่าเป็นหุ่นยนต์

ดังนั้นจึงเกิดการวิจัยเชิงมานุษยวิทยา (Ethnography) โดยมีจุดประสงค์การวิจัย ที่ต้องการให้เห็นมุมมองทางความคิดของเด็กออทิสติก ที่มีผัสสะการรับรู้เช่นเดียวกับคนทั่วไป และสร้างความเข้าใจเรื่องสิทธิและสุขภาพอันเปราะบางของบุคคลออทิสติก รวมถึงการศึกษาค่านิยมทางสังคมต่อการตีตราเด็กออทิสติก

#### ความเข้าใจสิทธิและสุขภาพอันเปราะบาง ผ่านประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลออทิสติก

- ชุดความรู้ที่กำลังตีตราครอบครัวยังมีลูกหลานออทิสติกแต่ยังพูดไม่ได้หรือพูดได้เพียงเล็กน้อยทั้งที่ผ่าน
- การรักษาตามแบบฉบับทางการแพทย์นั้นครั้งไม่ถ้วน
- สภาพจิตใจของบุคคลออทิสติกมักไม่มีใครคำนึงถึง
- บุคคลออทิสติกมักถูกเปรียบเหมือนกับหุ่นยนต์ที่ไม่สามารถเข้าใจเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและมีพฤติกรรมเช่นเดียวกับหุ่นยนต์
- มุมมองแบบลดส่วนเช่นนี้ทำให้มองไม่เห็นชีวิตของบุคคลออทิสติก เช่น การทำพฤติกรรมบำบัดในสถาบัน บุคคลออทิสติกมักได้รับการปฏิบัติราวกับเป็นสิ่งของไม่มีชีวิตจิตใจ ต้องปฏิบัติตามโครงสร้างที่ไม่มีความยืดหยุ่น (Hendriks, ๑๙๙๘)
- แท้จริงแล้วบุคคลออทิสติกมีตัวตน การรับรู้หรือการใช้ผัสสะที่แตกต่างไม่ได้หมายความว่ามีความผิดปกติทางพยาธิสภาพเสมอไป
- การทำความเข้าใจผัสสะตัวตนที่มีความเฉพาะตัวไม่เหมือนใคร ช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมการแสดงออกและลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้ ลดการใช้ยารักษาที่มากเกินไปจนเกิดความจำเริญ
- การเรียนรู้ทำความเข้าใจสิทธิและสุขภาพอันเปราะบางของบุคคลออทิสติก ไม่ควรจำกัดอยู่เพียงแค่มุมมองทางการแพทย์ที่มองออทิสติกเป็นความบกพร่อง

- ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า องค์ความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้น่าจะสะท้อนให้เห็นแนวคิดใหม่ในการมองชีวิตของบุคคลออทิสติก ในฐานะมนุษย์คนหนึ่งที่ได้คิดได้และมีอารมณ์ความรู้สึก เป็นชีวิตที่มีร่างกายจิตใจ และจิตวิญญาณ และมีสิทธิได้รับการเคารพในความเป็นบุคคล

### **สิทธิและสุขภาพอันเปราะบางของบุคคลออทิสติกมีความเชื่อมโยงกับความหมายและภาพลักษณ์ที่สังคมกำหนดให้**

เด็กออทิสติกมีโอกาสที่จะถูกละเลยความเป็นบุคคลได้ทุกเมื่อ อีกทั้งยังมีความเสี่ยงสูงต่อการถูกระทำรุนแรง การมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งและสื่อสารไม่ได้ของเด็กออทิสติกสร้างความเครียดให้กับครอบครัวเป็นอย่างมาก จนถึงกับมีการวิจัยเรื่องการป้องกันการฆาตกรรมในครอบครัวที่มีลูกเป็นออทิสติก (Palermo, ๒๐๐๓)

\* จากผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวสามารถดำรงไว้ซึ่งสิทธิความเป็นบุคคล สิทธิความปลอดภัยที่บุคคลคนหนึ่งพึงจะได้รับ จากการทำความเข้าใจผัสสะตัวตนของบุคคลออทิสติก

- ผัสสะที่มีความหมาย
- ผัสสะที่ใช้ในการสื่อสาร
- ผัสสะที่มี inter-subjectivity ร่วมกับคนอื่น
- ผัสสะที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวัน

### **ผัสสะตัวตนของบุคคลออทิสติก**

ผัสสะกับการดำเนินชีวิตในโลกแห่งความคุ้นเคย ความรู้สึกผูกพันกับบุคคลที่คุ้นเคย ผัสสะการมองกับโลกแห่งความคุ้นเคย เด็กออทิสติกเรียนรู้ผ่านผัสสะการมอง แต่บางครั้งการใช้ผัสสะการมองกับความทรงจำก็สร้างปัญหา เพราะออทิสติกไม่สามารถปรับเปลี่ยนภาพในความทรงจำที่มีอยู่ได้ visual memory เป็นเรื่องของโลกแห่งความคุ้นเคยและมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกผูกพันกับสถานที่ บุคคลและสิ่งของของบุคคลออทิสติก ตลอดจนผัสสะการได้ยินกับพฤติกรรมก้าวร้าว

### **สรุปและข้อเสนอแนะ**

- o บุคคลออทิสติกมีความเป็นมนุษย์ มีการรับรู้ มีอารมณ์ความรู้สึก แม้จะไม่ได้เป็นไปตามบรรทัดฐานและความคาดหวังของสังคม เขาคงเป็นมนุษย์ที่มีสิทธิในการมีชีวิตและมีความมั่นคงในชีวิต
- o เพื่อเสริมสร้างความมีศักดิ์ศรี (Sense of dignity) ในระบบบริการทางการแพทย์ให้กับบุคคลออทิสติก ผู้ให้บริการจำเป็นต้องคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ตลอดกระบวนการรักษา ทำความเข้าใจผัสสะตัวตนที่แตกต่างของบุคคลออทิสติก มีส่วนร่วมในการสร้างความภาคภูมิใจในความเฉลียวฉลาดของบุคคลออทิสติก ซึ่งแม้จะไม่สามารถแก้ไขความบกพร่องได้ก็ตาม
- o ในส่วนของสังคมต้องยุติการตีตราบุคคลออทิสติกด้วยมาตรฐานชุดเดียว แต่ปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานใหม่ของสังคม ไม่ให้คุณค่าเพียงแค่ความเป็นปกติและบุคคลที่มีความสามารถเท่านั้น แต่ควรยอมรับบุคคลที่ไม่สมบูรณ์แบบ มีความบกพร่อง พิการและทุพพลภาพ

ผู้ศึกษาต้องการลบภาพของการสร้างเส้นแบ่ง *เส้นแบ่งกลางระหว่างคนบ้าและเด็กออทิสติก* ณ จุดนี้ โดยปัจจุบันมุ่งเน้นการสร้างให้เกิดการยอมรับทางสังคม ที่กล่าวถึงความสามารถและศักยภาพของเด็กเหล่านี้ และมองว่าหลักการดูแลกลุ่มเด็กออทิสติก คือ ต้องสร้างความเข้าใจที่ดี ต่อเด็กพิเศษเหล่านี้

**ทองพูล บัวศรี :** ประเด็นคนด้อยโอกาส กรณี คนบนถนน (หรือคนเร่ร่อน)

- o การศึกษา การรักษาพยาบาลที่เข้าถึงของเด็กเร่ร่อน ทั้งเด็กไทยและเด็กต่างด้าว

- เด็กเร่ร่อนไทย และเด็กเร่ร่อนชั่วคราว: คือทั้งเรียนและขอทานด้วย ทั้งๆที่ได้รับโอกาสทางการศึกษา ครอบครัวมีฐานะปานกลาง
- การทำงานกับคนกลุ่มนี้ต้องอาศัยระยะเวลาในการแก้ปัญหา และสร้างความเข้าใจกับสังคมที่ลึกซึ้ง
- การจำกัดสิทธิทางการรักษาพยาบาล เป็นเรื่องความไม่เท่าเทียมในสังคมไทยที่รีดถอนสิทธิความเป็นมนุษย์ของประชากรที่มีความเปราะบางทางสังคม เช่น เด็กเร่ร่อน แรงงานข้ามชาติ ชาวเขา เป็นต้น

#### กลุ่มเป้าหมายในการทำงานช่วยเหลือคนบนถนน

- \* เด็กเร่ร่อน ได้แก่ เร่ร่อนถาวร เร่ร่อนชั่วคราว
- \* เด็กวัยรุ่นเร่ร่อน และครอบครัวเร่ร่อน
- \* ผู้สูงอายุ มีอาชีพ ขายสินค้า ขอทาน แลกเปลี่ยนตาชั่ง/ดนตรี
- \* ผู้ป่วยบนถนน ได้แก่ จิตเภท HIV/AIDS โรคเรื้อน มะเร็ง/โรคอื่นๆ
- \* แม่และเด็กขอทาน ครอบครัวขอทาน แรงงานก่อสร้างพม่า/ไทใหญ่
- \* คนพิการขอทาน

#### สาเหตุที่เด็กออกมาใช้ชีวิตอิสระบนท้องถนน

- \* ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ
- \* ปัญหาจากตัวเด็กเอง
- \* ปัญหาออกจากโรงเรียน หรือสถานสงเคราะห์ หรือหน่วยงาน/องค์กรพัฒนาเอกชน
- \* ครอบครัวไม่พร้อม และเกิดความรุนแรงในครอบครัว
- \* สาเหตุอื่นๆที่ทำให้เป็นเด็กเร่ร่อน เช่นการพลัดหลงจากพ่อแม่

อาชีพของเด็กเร่ร่อน ขอทาน เก็บขยะขาย ขายเรียงเบอร์ ขายดอกไม้ ขายพวงมาลัย ขายพลู ขายบริการทางเพศ และเกี่ยวข้องกับอาชญากรรม ทุกชนิด ยาเสพติด

#### กระบวนการช่วยเหลือ

- \* ลงพื้นที่สร้างความไว้วางใจ
- \* สร้างอาสาสมัครทำงานในพื้นที่เพื่อการประสานงานและช่วยเหลือ
- \* ทำเอกสารทางทะเบียนราษฎร(บัตรประชาชน/เข้าทะเบียนบ้าน)
- \* เยี่ยมและการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว ทั้งค่าอาหาร/ค่ายา /ค่าพาหนะ
- \* ประสานงานหาที่พักปลอดภัยและมั่นคง

#### กรณีเฉพาะ

- สำหรับการดูแลคนที่เป็นโรคเรื้อน (๓๐๐ คน ทั่วประเทศ) คนเหล่านี้ก็ต้องการยอมรับต่อสังคม การเดินทางไปไหนมาไหนได้สะดวกขึ้น หรือบางคนมีครอบครัวที่ต้องดูแล แล้วจะให้โอกาสเขาอย่างไร
- ครอบครัวเร่ร่อน และให้ลูกขอทาน ครูจิตพยายามให้เด็กเรียนหนังสือ ซึ่งยากต่อการทำความเข้าใจกับพ่อแม่
- กรณีเด็กเป็นกัมพูชา ยายเป็นคนไทย แต่ตัวยายไม่ยอมให้รับการรักษา เนื่องจากต้องการตัวเด็กไว้ขอทาน และอาจจะนำไปสู่การขายบริการ ซึ่งต้องมีการควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด
- ทำอย่างไรให้เด็กเร่ร่อนได้มีสิทธิในการศึกษา และรับบริการต่างๆ เหมือนเด็กทั่วไป

## ห้องย่อย ๓ เสวนา เรื่อง การแพทย์ข้ามพรมแดน-การตลาดข้ามโลกของสุขภาพ “Transnational Medicine and Global Marketing of Health”

### วิทยากร

- นพ.สุธีร์ ชีรรัตนมงคล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (องครักษ์)
- นายจักรชัย โฉมทองดี โครงการศึกษาและปฏิบัติการงานพัฒนา (FOCUS)
- น.ส.สฤณี อาชวานันทกุล นักวิชาการอิสระ และ บก.เว็บไซต์โอเพ่นออนไลน์
- นายเฉลิมศักดิ์ กิตติตระกูล มูลนิธิเข้าถึงเอดส์

ผู้ดำเนินรายการ น.ส.กรรณิการ์ กิจติเวช ผู้ประสานงานเอฟทีเอวี่อท์

### สรุปประเด็นและบริบท/บรรยากาศภายในห้อง

บรรยากาศในช่วงเริ่มการอภิปรายผู้เข้าร่วมประชุมนั่งเก้าอี้แบบ class room โดยมีทีมวิทยากรและผู้ดำเนินรายการนั่งอยู่บนเวที ส่วนบรรยากาศในการอภิปรายของผู้เข้าร่วมอภิปรายเป็นไปแบบสบายๆ ด้วยความเป็นกันเองระหว่างวิทยากรและผู้ดำเนินรายการ

### เนื้อหา/สาระ

ขอบเขตเนื้อหากล่าวถึงการแพทย์ข้ามพรมแดนทั้งในเชิงคน ระบบคิด โครงสร้าง และการข้ามพรมแดนระดับประเทศ ข้ามโลก พร้อมทั้งเปิดประเด็นในเรื่องการเข้าถึงยาและบริการทางการแพทย์ในยุคทุนนิยม

### เฉลิมศักดิ์ กิตติตระกูล

กล่าวถึง ประเด็นการเข้าถึงยา ผลสืบเนื่องจากองค์การการค้าโลก เจรจากดลกกันเรื่องการค้ารวมถึงทรัพย์สินทางปัญญา ที่ว่าด้วยเรื่องยา การคุ้มครองสิทธิบัตร จนถึงกรณีเขตการค้าเสรี(FTA) ที่มีการเจรจาข้อตกลงเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา/สิทธิบัตร ส่งผลให้มีการผูกขาดข้อมูลทางยา ทำให้ไทยเสียเปรียบและเกิดข้อจำกัดต่อการพัฒนาศักยภาพการผลิตยาในประเทศ

### จักรชัย โฉมทองดี

ประเด็นการแพทย์ข้ามพรมแดนจะนึกถึงการเปิดเสรี เช่น AEC พหุภาคี มีการถกเถียงเชิงนโยบายในเรื่องการเจรจาเรื่องสินค้า การขยายการลงทุน การที่ต่างชาติเข้ามาดำเนินกิจการในไทย ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอำนาจของกลุ่มทุน ซึ่งจะต้องมีเครื่องมือควบคุมกำกับ

ทรัพย์สินทางปัญญา เป็นเครื่องมือสำคัญในเสริมการค้นคว้าวิจัย แต่มีประเด็นการให้สิทธิผูกขาดการตกลงพหุภาคีว่าด้วยการลงทุน ผลักดันสู่การประชุมองค์การการค้าโลก การดำเนินการผ่านความตกลงทวิภาคี โดยควบรวมกับ FTA และความตกลงทวิภาคีที่มีข้อกำหนดเฉพาะเรื่อง ซึ่งการเข้ามาลงทุนของต่างชาติสามารถได้รับสิทธิเท่าเทียมคนไทยเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้นักลงทุนต่างชาติ ถ้ารัฐบาลเอื้อประโยชน์ในเรื่องการจัดซื้อจัดจ้าง จะถูกหยิบยกมาฟ้องรัฐบาลได้ถ้าไม่ปกป้องประโยชน์ของสาธารณะ เช่น กรณี NAFTA, การโฆษณาบุหรี่/สุราโดยใช้รูป, กรณีดอนเมืองโทลเวย์ ที่มีการร่วมทุนกับเยอรมนี แล้วอ้างถึงประโยชน์สาธารณะ เป็นต้น

### นพ. สุธีร์ รัตนมงคลกุล

การบริการทางการแพทย์ในเรื่อง Medical hub ที่มีการผลักดันเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล และได้วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆดังนี้ ปัจจัยนำ ภาคเอกชนมีบริการมากเกินไป ประชาชนมีรายได้มากขึ้น สังคม

ผู้สูงอายุ การสื่อสารการเดินทางไกลสะดวกขึ้น โลกาภิวัตน์ของสินค้าบริการและแรงงาน **ปัจจัยเอื้อ** ราคาคุณภาพ การเข้าถึงบริการ **ปัจจัยพื้นฐาน** องค์กรรับรองคุณภาพสากล บริษัทการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ การสนับสนุนของรัฐบาล แต่ก็มีกรกล่าวถึง**ผลกระทบ**ด้วยเช่นกัน ได้แก่ ข้อมูลบิดเบือน ให้ข้อมูลด้านเดียวผ่าน agency ความเหลื่อมล้ำจากการบริการสองมาตรฐานในการรักษา ขาดมาตรฐานทางการแพทย์ การรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดการคุ้มครองความเสียหาย ภาวะแทรกซ้อน เกิด superbug จาการพ. เช่น ประเด็นการกระจายเชื้อดื้อยา เป็นต้น

โมเดล Medical hub พบ ๔ โมเดลหลัก

โมเดลที่ ๑ *Cross-border supply of services*) อย่าง Telemedicine หรือ tele-consultation

โมเดลที่ ๒ *การบริการทางการแพทย์ต่อนักท่องเที่ยวหรือผู้ป่วยชาวต่างชาติ (Consumption of services abroad หรือ movement of consumers)* อันได้แก่ Medical tourism

โมเดลที่ ๓ *การลงทุนด้านบริการสุขภาพการในประเทศอื่น เช่น การซื้อหุ้นโดยทุนต่างชาติ (Foreign direct investment in hospital or pharmaceutical industry)*

โมเดลที่ ๔ *การเคลื่อนย้ายของบุคลากรทางการแพทย์ข้ามประเทศ (mobilization of health professionals)*

สถานการณ์ในประเทศไทยพบว่ามีคนในประเทศลาวข้ามเข้ามารักษาในประเทศไทย มีการ take over ของรพ.เอกชนในพื้นที่ ซึ่งทำให้ลงทุนมากขึ้นและมีการขยายตัวในต่างจังหวัด รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์

ขณะสังคมกำลังจับตาดูสถานการณ์ที่เกิดขึ้นปัจจุบัน กรณี Medical hub ในโรงเรียนแพทย์ที่มีการบริการสองมาตรฐานที่แยกตึก ฐานะผู้รับบริการ และระดับของแพทย์ รวมทั้งทัศนคติของแพทย์รุ่นใหม่ที่ต้องการไปทำงานในต่างประเทศมากขึ้น

ผู้ดำเนินรายการ วิทยากร และผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมอภิปรายว่า บริการการแพทย์ ยาและสาธารณสุข เปลี่ยนจากสินค้าคุณธรรมจริยธรรม ไปสู่วิถีคิดแบบสินค้าทั่วไปโดยทุนนิยม ที่คำนึงถึง maximize profit ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำมากขึ้น และมีความเป็นธรรมน้อยลงในด้านสุขภาพของประชาชน

จากสภาพการณดังกล่าวเราจะ**เดินหน้า**กันต่อไปอย่างไร

- ๑) สร้างความเข้มแข็งของประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งในเรื่ององค์ความรู้ ภูมิปัญญา และการเตรียมพร้อมด้านข้อมูล
- ๒) พัฒนาระบบธรรมาภิบาล เช่น สภาวิชาชีพต้องแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร PPP ต้องมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ สภามหาวิทยาลัยควรกำกับดูแลระบบของโรงเรียนแพทย์ให้สมดุล และสร้างอุดมคติที่ดีให้กับแพทย์รุ่นใหม่
- ๓) ส่งเสริมการขับเคลื่อนสู่กระบวนการนโยบายสาธารณะ ได้แก่ เรียกร้องให้รัฐบาล ประชาชน และนักวิชาการกลับมาทำหน้าที่ของตนเอง รวมทั้งมีการขับเคลื่อนไปสู่มิติสังคมสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ ๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

อภิปราย เรื่อง *ความรู้ท้องถิ่น* กับการเปลี่ยนแปลงโลกของสุขภาพในอาเซียน

*“Local Knowledge and the Change of Health Situation in ASEAN”*

วิทยากร

- ผศ.ดร.เทพินทร์ พัชรวนุรักษ์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- รศ.ดร.ไชยันต์ รัชชกูล คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- ดร.ปริตตา เฉลิมเผ่า กอนันทกุล นักวิชาการอิสระ
- ภก.ยงค์ศักดิ์ ตันติปัญญา นักวิชาการอิสระ

ผู้ดำเนินรายการ ผศ.ดร.ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประเด็นอภิปราย ดังนี้

อ.ปิ่นแก้ว เกริ่นนำว่า ความรู้ท้องถิ่นภายใต้การเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกาภิวัตน์ ยังมีความรู้ท้องถิ่นโดยหวังว่าจะเป็นทางเส้นสุดท้ายให้กับสังคม

ผศ.ดร.เทพินทร์ พัชรวนุรักษ์ ขอกล่าวถึงบทความภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ ๗ บทความที่มีเป้าหมายเพื่อรวบรวมองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อไป ดังนี้

- o ผศ.ดร. ทวีศักดิ์ เผือกสม “ภูมิทัศน์ประวัติศาสตร์การแพทย์และการแพทย์พื้นบ้านในอินโดนีเซีย”
- o อ.ฉัศรา ชมะวรรณ มุกดาวิจิตร “วิถีสุขภาพของคนไตดำในเวียดนามในกระแสความเปลี่ยนแปลง”
- o บุษบงก์ วิเศษพลชัย “การดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านในการคลอดและการดูแลหลังคลอดในประเทศกัมพูชา”
- o ดร.เสถียร ฉันทะ “บ้าน/เรือน กับโลกทัศน์ทางสุขภาพของคนอุษาคเนย์” (เปรียบเทียบบ้านในเมืองเว้ เวียดนาม และ เชียงตุง เมียนมาร์)
- o อ.ดร.สุรสม กฤษณะจุฑะ “การค้าสมุนไพรข้ามแดน: ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลก” (ไทย-ลาว-กัมพูชา)
- o อ.ดร.อรัญญา ศิริผล “สุขภาวะชุมชนคนริมทางสาย RmA: กรณีศึกษาลาวภาคเหนือตอนบน”
- o ผศ.ดร.เทพินทร์ พัชรวนุรักษ์ “การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านพม่า: มาตรฐานการรักษาและโอกาสของคนจน”

มีความเห็น ๓ ประเด็นคือ ประเด็นแรกการศึกษาประเทศเพื่อนบ้านโดยนักวิชาการไทย เป็นการศึกษาวัฒนธรรมการแพทย์พื้นบ้านที่แตกต่างกับนักวิชาการที่เคยเข้าไปศึกษา ประเด็นสองจุดยืนหรือมุมมองประเทศเพื่อนบ้าน มีความเชื่อมโยงกับต่างประเทศภายใต้กระแสโลก แต่จะสะท้อนให้เห็นความแตกต่างในประเด็น (๑) ความเชื่อเหนืออำนาจ จากการศึกษาพบว่า การจัดวางพื้นที่ในบ้านนั้น จะเห็นความแปลกที่คิดว่าเหมือนกัน โดยนักวิชาการทั้ง ๗ มีจุดยืนที่เหมือนกันคือ ความเป็นพื้นบ้าน โดยจะเอาความที่มีอยู่เสริมคนในชาติอย่างไร (๒) “ระบบ” ที่ส่งผลต่อคนตัวเล็กตัวน้อยในชุมชนอย่างไร และประเด็นสุดท้าย “บริบท” เป็นอีกสิ่งสำคัญที่พบว่า มองชั้นประวัติศาสตร์ การตกอยู่ในอาณานิคมที่มีเงื่อนไขต่อการพัฒนาทางการแพทย์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับกระบวนการสร้างชาติและภูมิปัญญาพื้นบ้าน โดยลักษณะอาจเป็นเหยื่อ หรืออาจเป็นอัตลักษณ์ความเป็นชาติ ที่มีผลต่อการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งเป็นการถိบตัวเองต่อสู้กับ

แพทย์สมัยใหม่ มีกระบวนการสร้างชาติที่เข้มข้นกับการแพทย์พื้นบ้าน กรณีการศึกษาของประเทศพม่า มีการตั้งชมรมหมอพื้นบ้าน แต่ถูกควบคุมด้วยการเมืองพม่า

ในแง่วิทยาศาสตร์ จะมองถึงความศิวิไล โดยกีดกันไสยศาสตร์ (ความรู้ท้องถิ่น) ออกไป ส่งผลต่อความคิดของคน โดยแบ่งคนเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคนไสยศาสตร์ ที่เป็นเรื่องภูติผีปีศาจ ซึ่งจะไม่เป็นที่ยอมรับ และกลุ่มไสยศาสตร์ ที่เป็นเรื่องทางพุทธ จะเป็นที่ยอมรับ

กระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกส่งผลต่อความรู้ท้องถิ่นที่จะคงอยู่ได้อย่างไร ที่ถูกรุกพื้นที่และข้ามแดนไปยังประเทศอื่นด้วย เช่น ลักษณะบ้านเดิมเปลี่ยนเป็นลักษณะทรงบ้านสมัยใหม่ จะรับมือกับกระแสโลกและเตรียมรับมือกับยุคสมัยใหม่อย่างไร

ทั้งนี้ การนำเสนอผลงานวิชาการทั้ง ๗ เรื่อง เป็นการนำเสนอผลงานฐานคิดปัจจุบันที่มีอยู่

**รศ.ดร.ไชยันต์ รัชชกุล** กล่าว ๒ ประเด็นดังนี้

**๑) ภูมิปัญญาพื้นบ้านกับอาเซียน** หากมองผ่านกรณีมะขามป้อม องค์ความรู้ทางด้านการผลิตยา (เภสัชกรรม) ของไทย จะมีองค์ความรู้สูงกว่าประเทศอื่นในอาเซียน มีการทำยาสมุนไพร โดยองค์ความรู้สมุนไพรของประเทศต่างๆ ผ่านการรับรู้การผลิตยาของด้านเภสัชกรรม ตัวอย่างเช่น ฟลูออโรไรด์ที่เป็นส่วนผสมของยาสีฟัน มีบริษัทต่างๆ พยายามใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีต้นทุนเท่าๆ กัน ส่วนเรื่องสมุนไพรมีความเป็นไปได้ที่บริษัทใหญ่ๆ จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทางธุรกิจ การนำใบฝรั่งมาใช้ในการทำน้ำยาบ้วนปากให้มีกลิ่นหอมสดชื่น เป็นสิ่งหนึ่งใช้ความรู้ที่สะสมของสมุนไพรพื้นบ้าน

**๒) การรุกของทุนหรือเงินทุนในธุรกิจการจัดการสุขภาพ** หลายคนอาจได้ยินคำว่า Medical hub, Tourism hub คำว่า “hub” ไม่ใช่ Centralization แต่ระดับภูมิภาค แต่เป็นระดับประเทศ จะเห็นได้จากการสร้าง Medical hub ที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล การใช้คำว่า “hub” วัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้คนมีเงินเข้ามารักษาในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นประเทศสิงคโปร์, มองโกเลีย เข้ามารักษาในประเทศไทย แต่หากเทียบการรักษาความเป็น “hub” ระหว่างประเทศไทยกับประเทศเกาหลี ประเทศไทยจะมีราคาถูกกว่า โดยเปลี่ยนเรียกจากคำว่า hospital เป็น hospitel เพื่อให้ราคาค่ารักษาที่สูงขึ้น การเป็น medical hub ไม่ได้เกิดขึ้นในเฉพาะโรงพยาบาล แต่ขยายตัวไปยังโรงเรียนแพทย์ เช่น รพ.ศิริราช ในปัจจุบัน และมีแนวโน้มจะขยายตัวในอนาคตข้างหน้าต่อไป

**ดร.ปรีตตา เฉลิเมฝ้า กอนันต์กุล** ให้ความเห็นกับ ๓ บทความที่ได้อ่านมา ดังนี้

๐ กรณีไตดำ เรื่องนี้มีทัศนคติและจินตนาการที่ถูกหล่อหลอมด้วยกัน ๒ เรื่องคือ ๑) นโยบายของรัฐในบทบาทสนับสนุน/กำกับผ่านทางการเมือง ช่วงแรกดูเหมือนจะได้รับการสนับสนุนเพราะแพทย์พื้นบ้านสมัยใหม่ยังเข้าไม่ถึง ๒) ยุคต่อมา เห็นร่องรอยของอำนาจเก่าที่พยายามถูกกำจัดออกไป แต่ก็มี ความพยายามทำให้มีความเท่าเทียมกันระหว่างแพทย์พื้นบ้านกับแพทย์สมัยใหม่ โดยสรุปแสดงให้เห็นว่าความแปรผันตามการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง

๐ กรณีพม่า ใช้การแพทย์ ๒ ระบบควบคู่กัน โดยมีการใช้ยาสมัยใหม่ร่วมกับยาสมุนไพร การเลือกใช้ยาพื้นบ้าน เป็นเรื่องของกลุ่มชนชั้นและเศรษฐกิจ จึงเป็นการตัดสินใจเรื่องเศรษฐกิจที่ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของแพทย์พื้นบ้าน

๐ กรณีชายแดนไทย ลาว กัมพูชา บริเวณชายแดน การแพทย์พื้นบ้านมีพลวัตรสูง มีการต่อสู้กัน เช่น การสร้างฉลากยาให้มีความน่าเชื่อถือ พลวัตรของการแพทย์พื้นบ้านขึ้นอยู่กับ agency ในตลาดชายแดน โดยจะขึ้นกับกลุ่มลูกค้าทางตะวันออกกับทางตะวันตก ก็แตกต่างกัน

โดยสรุป วิธีการมองการแพทย์พื้นบ้าน ไม่ควรมองเป็นภาพจินตนาการหรือหลงใหลอย่างโรแมนติกที่สวयงามเกินไป ซึ่งมีลักษณะที่ปรับเปลี่ยนเป็นลูกผสมผสานมากขึ้น ปัจจุบันก็เข้าไปอยู่ในวงจรธุรกิจ การ

มองลักษณะแบบนี้ ทำให้เราทั้งของที่มีค่าเหล่านี้ แต่อยากให้มองด้วยเสน่ห์อะไรบางอย่าง เช่น ประสบการณ์ที่สั่งสมมา

**สิ่งที่ยังไม่ตอบในเอกสาร มีอะไรบ้าง?**

- ๑) การเลือกคำถามของแต่ละ paper แตกต่างกัน ทำให้ไม่เห็นความเปรียบเทียบยาก แสดงให้เห็นถึงบางอย่างที่เกิดขึ้นในบางที่แต่ไม่เกิดขึ้นในบางพื้นที่
- ๒) การเลือก approve การแพทย์พื้นบ้าน โดยอาศัยเส้นพรมแดนเป็นตัวแบ่ง อาจต้องหาวิธีการจัดการกับความหลากหลายของชาติพันธุ์และความหลากหลายของการแพทย์พื้นบ้าน
- ๓) การถูกกลทอนในเรื่อง “กระบวนการ” ในประเด็น เช่น ความรู้ที่มีที่มาของหลักคิด/ฐานคิดอย่างไร การฟื้นฟูมีรูปแบบกระบวนการอย่างไร ซึ่งทั้งหมดยังมีความแตกต่างให้เห็น

**ภก.ยงศักดิ์ ตันติปัญญ :** ในช่วงแรกการแพทย์พื้นบ้านยังไม่ได้ถูกหยิบยกเข้าสู่อาเซียน โดยมีนิปอนได้ผลักดันเข้าสู่อาเซียน มีบันทึกความร่วมมือร่วมกันที่เมืองฮานอย ประเทศเวียดนาม ใน ๗ ประเด็นต่อไปนี้

- ๑) การมีแผนปฏิบัติการในการที่จะส่งเสริมการผสมผสานให้การแพทย์พื้นบ้านเป็นกลไกความร่วมมือในกลุ่มประเทศอาเซียน
- ๒) ส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านให้ผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพระดับชาติ
- ๓) แนะนำ model การผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในระบบสุขภาพในแต่ละเขตพื้นที่ แก่ประเทศอาเซียน
- ๔) พัฒนา homonization dream ในแง่การจัดทำมาตรฐานการบริการ และผลิตภัณฑ์
- ๕) เน้นการทำวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่เป็น evidence based เพื่อให้การแพทย์ดั้งเดิมเป็นที่ยอมรับ โดยอาศัยความร่วมมือของทุกระดับ ได้แก่ มหาวิทยาลัย นักวิชาการ ชุมชน เป็นต้น
- ๖) พัฒนากิจกรรมที่เป็นรูปธรรมที่จะนำไปสู่การสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ สถานบริการ สถาบันการศึกษา วิชาชีพ อุตสาหกรรม และชุมชน อย่างต่อเนื่อง
- ๗) เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ เป็น active consumer ในการเลือกใช้บริการต่าง ๆ

การวางความร่วมมือนี้ไม่แตกต่างกับองค์การอนามัยโลกที่ล้ากัน การแพทย์พื้นบ้านควรมีบทบาทส่วนไหนบ้าง สำหรับประเทศไทยจะโดดเด่นในเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน ที่ถูกตีความจาก primary health care เป็น primary care มากขึ้นที่เป็นการดูแล

จากที่กล่าวมา แนวทางความร่วมมือของอาเซียนนำมาสู่การทำงานให้สอดคล้องกับแนวทางของอาเซียนมากขึ้น ส่วนประเทศไทยมีนโยบายจากฝ่ายการเมืองจะดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายความร่วมมือเพื่อรองรับเข้าสู่อาเซียน ดังนี้

- ๑) การผลิตแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น โดยให้มีใบประกอบโรคศิลป์ และให้มีการใช้ยาสมุนไพรควบคู่กัน
- ๒) ยาสมุนไพร หลังจากได้ผลิตวิชาชีพแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นแล้ว จะผลักดันยาสมุนไพรให้ถูกบรรจุลงในบัญชียาหลักแห่งชาติ จากมี ๗๑ รายการให้เพิ่มขึ้น และเป็นที่ยอมรับโดยสร้างมูลค่าเพิ่ม
- ๓) ให้เป็นบริการหนึ่งของแหล่งท่องเที่ยว โดยให้มีสถานบริการการนวดแพทย์แผนไทย

**แนวทางการพัฒนาสำหรับประเทศไทยสู่อาเซียน ดังนี้**

- ๑) การแพทย์ของท้องถิ่นที่เป็นของชุมชน การแพทย์ดั้งเดิมไปสู่ความเป็นทางการแพทย์ที่เป็น Professional
- ๒) การพัฒนาการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบให้มากขึ้น
- ๓) การทำให้เป็นสินค้าที่ขายได้ และสอดคล้องการกระแสทุน



หรือ หัวข้อการเสวนาเรื่องการออกแบบเพื่อคนพิการนั้นล้ำมากจริง ๆ ในชีวิตเราเกี่ยวข้องกับ การออกแบบมากแต่เรายังไม่ได้พูดถึง นพ.โกมาตร เต็มว่า มีนักมานุษยวิทยาที่ไปศึกษาพื้นที่ทำงานใน โรงพยาบาล Hospitality Ethnography มีงานวิจัยเยอะมากเลยที่เสนอเรื่องการออกแบบ การทำให้โลกของสุขภาพเข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวัน แม้เรื่องที่น่าสนใจเสนอ Physically challenged person ในกรณีคนพิการ หรือตัวอย่างเรื่องทางเดินทางเท้า มาถึงปีที่ ๑๐ ก็ขยับไปในทิศทางที่ดีขึ้น

๒. ประเด็นวัฒนธรรมกับสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องครอบคลุมแค่ไหน มองเรื่องระบบ หรือวิถีชีวิต หรืออุดมการณ์ และยังขึ้นกับมุมมองที่เรามีหรือสร้างหรือพูดถึงยังงี้ แต่หากใช้ไปในทางเปิดรับ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านก็ยังไปด้วยกันไม่ได้กับระบบการแพทย์สมัยใหม่ ยังมีความต่างในทางวัฒนธรรมของระบบการแพทย์ทั้งสองแบบ

สำหรับความแตกต่างของชีวิตทางวัฒนธรรมของคนแต่ละกลุ่มก็ยังมีประเด็นที่ว่าตรงไหนควรทำ ตรงไหนไม่ควรทำ ก็ไม่ใช่เรื่องง่าย

๓. ในเรื่อง “ทุน” มีการนำเสนอผลงานวิชาการให้เห็นอิทธิพลการรุกรานของทุนส่งผลกระทบต่อ กลุ่มคนต่างๆ จากกระแสโลกาภิวัตน์อย่างชัดเจน อำนาจของทุนกับการจัดระเบียบของโลก กับองค์กรโลกบาลที่ใช้ทุนทางเศรษฐกิจเป็นเครื่องมือ ซึ่งก่อให้เกิดระเบียบและมาตรฐานระดับนานาชาติทางฝั่ง ตะวันตก แต่ประเทศในโลกที่สามจะ

มีทั้งข้อเสียเปรียบมากกว่าได้เปรียบ การประชุมครั้งนี้กล่าวถึง ทุนและการรุกรานของทุนในทุก area เช่น เรื่อง สิทธิของเด็กในกลุ่มเด็กเร่ร่อน แม้ประเทศไทยได้ทำการลงนามปฏิญญาทั้งสิทธิมนุษยชนและเศรษฐกิจ แต่เรายังตกอยู่ใต้อำนาจของและต้องยอมอิทธิพลของทุน ไทยยังยอมให้องค์กรโลกบาลมาจัดการ ระเบียบทางเศรษฐกิจและสังคม

การประชุมในครั้งนี้นี้มีการตั้งคำถามกันมาก และไม่ง่ายนักที่จะบอกว่า “ไม่เอาทุน” เพราะที่เป็นอยู่ผ่านมานั้นก็ต้องพึ่งทุนเหมือนกันการประชุมเรื่อง แนวรบสุขภาพ เป็นการปลุกให้คนทำงานสุขภาพ เห็น และทำงานบุกทะลุทะลวงเข้าไปหรือข้ามผ่านในพื้นที่ชายแดนท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์ ที่ต้องรู้เท่าทันการทำงานของทุน

การวิพากษ์กันระหว่างแพทย์ชนบทกับแพทย์เมือง ต่อเรื่องนี้การแพทย์ชนบทจะวิพากษ์กันเอง การมี Stereotype เป็นการสร้างวัฒนธรรมการวิพากษ์กันเอง ที่จะทำให้เห็นพรมแดนของการแพทย์แต่ละระบบ

๔. โรคมักจะเกิดมากกับคนจน คนชายขอบ กลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งหากยังมีปัญหาจากโครงสร้าง สังคมการเมืองแบบนี้ กรณีโรคเหล่านี้ที่มาจากความไม่เป็นธรรม เรายังรักษาแต่โรคอยู่ร่ำไป ห ่า ก โครงสร้างยังคงเอารัดเอาเปรียบ หมอบางคนจึงคิดออกจากวิชาชีพไป เช่น ภาพยนตร์เรื่อง Diary Motorcycle แสดงถึงหมออย่าง เชกัวรา จึงต้องออกไปทำงานปรับโครงสร้างสังคมแทน

นั่นคือ หากโครงสร้างไม่เปลี่ยน คนป่วยอาจรักษาหายได้จากการดูแลเอาใจใส่ของหมอ แต่จริง แล้วคนจนคนชายขอบมีโรคและเจ็บป่วยจากความไม่เป็นธรรมของสังคม และเรื่องการเมืองก็ไม่ใช่แค่ การเมืองในระบบสาธารณสุขหรือการแพทย์เท่านั้น

มีข้อเสนอว่าที่ผ่านมาสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ทำงานให้เกิดเวทีสังคมและสุขภาพได้ต่อเนื่อง และเป็นองค์กรหรือจุดเชื่อมโยงนักวิชาการสหสาขา รวมทั้งคล้ายทำหน้าที่เป็นสถาบันเชื่อมโยง สร้างความร่วมมือ เป็นกลไกเชื่อเชียว และสร้างพื้นที่ให้นักสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และสาขาอื่นให้มาทำงานด้าน สุขภาพร่วมกัน การที่ทำให้สาขาต่างๆ มาเจอกัน ข้ามมิติได้ การทำตัวคล้ายแมงมุมดักแมลงวันได้ เพราะรู้แบบแผนวิถีคิด มีความรู้ข้ามมิติข้ามสาขา จึงสามารถดักจับผู้คนที่ทำงานสาขาต่าง ๆ มาแลกเปลี่ยนสร้างความร่วมมือกันได้ ในการหาทางออกในเชิงโครงสร้างด้วย จึงเป็นประโยชน์ต่อการทำงานในลักษณะนี้ให้มี

เกิดการจัดการความรู้และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่สามารถเท่าทันต่อสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ข้ามพรมแดน มีให้ทั้งผลดีและผลเสีย

### สรุปช่วงเสวนาโต้เถียงขององค์กรสังคมและสุขภาพ

๑. สถานการณ์สังคมในช่วงต่อไป ยังต้องการการคิดและทำงานเชิงยุทธศาสตร์ข้ามสาขาและข้ามกลุ่มกันให้ชัดเจนขึ้น มีการคิดและวางแผนร่วมกันด้วย
๒. การบริหารจัดการทรัพยากรรัฐให้มีประสิทธิภาพในการทำงานวิจัย การจัดการความรู้และการสนับสนุนส่งเสริมให้การทำงานข้ามสาขาเป็นไปได้จริง เข้าถึงกลุ่มประชาชนผู้ได้รับผลกระทบในกรณีต่างๆ นั้นสำคัญเร่งด่วนมาก
๓. การประสานการทำงานสร้างความรู้ข้ามพรมแดนรัฐชาติในประเด็นและเรื่องต่างๆ เพื่อเผชิญกับสถานการณ์และกระแสโลกาภิวัตน์ที่สร้างความเหลื่อมล้ำเพิ่มมากขึ้น
๔. มีภาคีความรู้โดยการประสานเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนความรู้จากการทำงานของพื้นที่ชายขอบชายแดนต่างๆ ให้เกิดการเคลื่อนประสานยุทธศาสตร์ร่วมกัน