



ยา - คน - พื้นที่ชายแดน กรณีผู้อพยพพลัดถิ่นแห่งหนึ่งของอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

วัชรวิชัย กานดา

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก

สุภณีย์ ประเสริฐสุข

เครือข่ายติดตามปัญหาชายแดนและผลิตภัณฑ์สุขภาพข้ามแดน (คชย.)

ประเทศไทยมีชายแดนเชื่อมกับประเทศเมียนมาร์ ลาว กัมพูชา และมาเลเซียมีจังหวัดที่อยู่ติดกับชายแดนเพื่อนบ้านจำนวน 31 จังหวัด คือ ไทย - เมียนมาร์ 10 จังหวัด ระยะทาง 2,401 กิโลเมตร ขณะที่ไทย - ลาว 12 จังหวัด ระยะทาง 1,810 กิโลเมตร สำหรับไทย - กัมพูชา 7 จังหวัด ระยะทาง 798 กิโลเมตร และ ไทย - มาเลเซีย 4 จังหวัด 647 กิโลเมตร ซึ่งรวมเป็นระยะทางทั้งสิ้น 5,656 กิโลเมตร แต่เดิมพบว่าประเด็นสาธารณสุขชายแดนของกระทรวงการต่างประเทศจะมุ่งเน้นการสนับสนุนงานพัฒนาภายใต้ความร่วมมือระหว่างประเทศ หรือ TICA (Thailand International Cooperation Agency) เช่น ประเด็นแรงงานข้ามชาติ โรคระบาด ปัจจุบันพบว่าเริ่มมองประเด็นท้าทายที่กว้างขึ้นในมิติสุขภาพรวมถึงการลักลอบนำเข้าหรือส่งออกผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้คุณภาพ

พื้นที่ชายแดนเฉพาะด้านหนึ่งที่น่าสนใจของประเทศไทยฝั่งติดประเทศเมียนมาร์ ได้แก่ ราชบุรี กาญจนบุรี ตาก เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และเชียงราย ซึ่งตั้งอยู่ตรงข้ามกับรัฐชนกลุ่มน้อย มีชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์อยู่ใกล้บริเวณชายแดนเป็นจำนวนมาก และยังมีกองกำลังกึ่งอาชญาชนกลุ่มน้อย (Ethnic Armed Group) ของประเทศเมียนมาร์ใช้เป็นพื้นที่สะสมกำลัง และหลบซ่อนการปราบปรามของกองทัพเมียนมาร์ หรือข้ามมาหาเสบียงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2505 และเมื่อเกิดการสู้รบกันระหว่างกองกำลังของสหภาพแห่งชาติกะเหรี่ยง (Karen National Union: KNU) และกองกำลังกะเหรี่ยงประชาธิปไตยฝ่ายพุทธ (Democratic Karen Buddhist Army: DKBA) จึงมีการอพยพหนีภัยสงครามของผู้คนประเทศ เมียนมาร์มาในบริเวณชายแดนไทยจำนวนมาก จนรัฐบาลไทยได้จัดตั้งพื้นที่พักพิงชั่วคราวขึ้น ปัจจุบันเหลือค่ายผู้ลี้ภัย 9 แห่ง อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงมหาดไทย การให้ความช่วยเหลือดูแลคนเหล่านี้เป็นไปตามหลักมนุษยธรรม¹ กล่าวคือ ให้อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และการศึกษาพอเพียงแก่การดำรงชีพ

การรักษาพยาบาลในค่ายผู้ลี้ภัยนั้น ปฏิบัติตามแนวการแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม พบว่าในบางกลุ่มที่นับถือแบบดั้งเดิมก็ใช้พิธีกรรมในการรักษา การรักษาแผนปัจจุบัน ได้รับความช่วยเหลือจาก องค์กรคณะกรรมการช่วยเหลือและกู้ภัยนานาชาติ IRC (International Rescue Committee), องค์กรเพื่อการพัฒนา ระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลีย AusAID (Australian Aid) รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขไทยด้วยการช่วยเหลือ มีความหลากหลายเช่น การสนับสนุนงบประมาณ การฝึกอบรม และการสนับสนุนการรักษาพยาบาล การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเป็นต้น ภายในค่ายผู้ลี้ภัยจะมีโรงพยาบาล คลินิกประเภทต่าง ๆ แต่ไม่มีแพทย์ประจำการ มีผู้ลี้ภัยที่ได้รับการอบรมเป็นผู้ดูแลพื้นที่ภายในค่าย ผู้ลี้ภัยมีความระวังเรื่องโรคติดต่อค่อนข้างสูง เนื่องจากลักษณะการสร้างบ้านเรือนที่ติดกันและบางเขตไม่สามารถเข้าถึงแหล่งน้ำได้ ระบบสุขภาพไม่ครอบคลุมทั้งการบำบัดน้ำเสีย



การรักษาทุกกรณีไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่หากป่วยด้วยโรคที่ต้องดูแลต่อเนื่อง เช่น โรคไต มะเร็งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นการรักษาที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงและเรื้อรัง ด้วยงบประมาณมีจำกัดไม่สามารถช่วยเหลือ ผู้ลี้ภัยเหล่านี้ได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องดูแลตนเอง ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีทางเลือกมากนัก นอกจากกลับมารักษาตามอัตรภาพที่ค่ายผู้ลี้ภัย ขณะที่เจ้าหน้าที่องค์กรระหว่างประเทศที่ทำงานเกี่ยวข้องกับด้านนี้ ยืนยันว่าค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลนั้นครอบคลุมในทุกกรณี

ค่ายผู้ลี้ภัยบ้านนุโพ ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2540 เกิดจากการยุบรวมพื้นที่พักพิงเล็ก ๆ สำหรับผู้หนีภัยสงครามจากเมียนมาร์มาสู่ประเทศไทยมาอยู่ร่วมกัน ปัจจุบันค่ายผู้ลี้ภัยนุโพมีประชากร 15,516 คน แบ่งเป็นโซน A และ B มี 16 เขต ประชากรส่วนใหญ่เป็นกะเหรี่ยง พม่า มุสลิม มอญ ฉิ่น คะฉิ่น ไทใหญ่ เนื่องจากหมู่บ้านเบ็งเค็งเป็นหมู่บ้านชายแดนไทยติดประเทศเมียนมาร์ ผู้ลี้ภัยบางคนเดินทางกลับ

ประเทศเมียนมาร์ผ่านเส้นทางนี้ ถนนหนทางที่เชื่อมระหว่างค่ายผู้ลี้ภัยกับสังคมภายนอกเป็นถนนที่มีคุณภาพระดับปานกลางและไม่ได้อยู่บนพื้นที่สูงชัน ภายในค่ายผู้ลี้ภัยมี “ตลาด” อยู่ในเขต 11 – 12 ซึ่งมีชาวมุสลิมอาศัยอยู่จำนวนมาก และร้านค้าจำนวนเกือบ 50 ร้านมีชาวมุสลิมเป็นเจ้าของ สินค้าที่ขายมีตั้งแต่ตะปูจนถึงจานดาวเทียม สิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น ผงซักฟอก สบู่ ยาสระผม แปรงสีฟัน ยาสีฟัน รองเท้า ชุดชั้นใน กระเป๋าเดินทาง กระเป๋าสะพาย เสื้อผ้าทั้งหญิงชาย เด็กเล็ก ของเล่น เตาทุงข้าวเมล็ดพันธุ์พืช อุปกรณ์ทำสวน ถ้วยชาม กระเบื้อง แก้วน้ำ นมผงสำหรับเด็ก สินค้าแห้ง เช่น ปลาแห้งหลากหลายชนิด ปลากระป๋อง เส้นบะหมี่ เส้นหมี่ ไข่เป็ด รวมทั้งร้านขายหมาก ร้านน้ำชา โรตีสาวแกง น้ำแข็งไส น้ำหวาน ที่น่าสนใจมาก คือมีร้านขายยาและน้ำเกลือที่ฉีดเข้าทางเส้นเลือด สินค้าทั้งหมด มีลักษณะขายส่งร่วมด้วย



ภาพที่ 1 แสดงภายในพื้นที่ร้านค้าแหล่งกระจายสินค้านำรวมถึงยาบางประเภท



ภาพที่ 2 แสดงจุดรับบริการของคลินิกในศูนย์อพยพ



จากข้อมูลการปฏิบัติงานหน้าที่เภสัชกร โรงพยาบาลอุ้มผาง พบผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากค่ายผู้ลี้ภัยบ้านนุโพเพื่อรักษาต่อเป็นจำนวนมาก พบว่าบางรายมีพฤติกรรมกระเสาะแสวงหาหายาจากแหล่งอื่นที่หาได้ในค่ายผู้ลี้ภัยเพื่อรักษาตัวเอง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาที่ไม่ทราบรายละเอียดที่แน่ชัด ในฐานะที่ได้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค จึงพัฒนาระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล (Proactive Hospital Based Surveillance) เพื่อค้นหาปัญหาด้านความปลอดภัย

ในการใช้ยาเชิงรุกลักษณะ Concurrent Case Finding ผู้ป่วยที่มารับบริการที่จุดบริการผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน และหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยอาศัยความร่วมมือจากสาขาวิชาชีพประเมินลักษณะอาการที่เกี่ยวข้องตาม Trigger ดังนี้ 1. ภาวะไตวายเฉียบพลัน 2. ภาวะเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้น 3. เนื้อเยื่อเซลล์อักเสบ 4. โรคต่อมหมวกไตทำงานบกพร่อง 5. เอนไซม์ตับผิดปกติ และ 6. สงสัยแพ้ยา แล้วส่งต่อเภสัชกรเพื่อประเมินและค้นหาข้อมูล การใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยผ่านกระบวนการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก



ภาพที่ 3 แสดงยาที่ให้บริการผู้ป่วยภายในศูนย์อพยพซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ ค่อนข้างเพียงพอกับความจำเป็น

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นรายบุคคล จำนวน 30 คน ผ่านล่ามแปลภาษา แบ่งออกเป็น 5 ประเด็นที่สนใจ คือ 1. การเข้าถึงการใช้ยา 2. สาเหตุที่เลือกใช้ยารักษาตนเอง 3. รูปแบบวิธีการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย 4. แหล่งหรือสถานที่ที่มาของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และ 5. ผู้ที่มีอิทธิพลในการแนะนำการซื้อยาหรือนำการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วย

ไว้ให้บริการ โดยสาเหตุส่วนใหญ่ที่เลือกใช้ยารักษาตนเอง คือ ประเมินตนเองแล้วว่ามีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 66.67 (อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการประเมินอาการเจ็บป่วยของตนเองค่อนข้างน้อยจึงเลือกที่จะเลือกใช้ยารักษาตนเองในเบื้องต้นไปก่อน ตามอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่) โดยเลือกรูปแบบวิธีการรักษาพยาบาลโดยการซื้อยาจากร้านค้า ร้านชำที่ไม่ใช่ร้านยา ร้อยละ 60 มากกว่าที่จะเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐ เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐที่มีให้บริการมีข้อจำกัดในการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ คือ ให้บริการในกรณีที่เกิดภัยพิบัติของสถานบริการปฐมภูมิของศูนย์ผู้ลี้ภัยและกรณีฉุกเฉิน ตลอดจนข้อกำหนดของ

พบว่าในประเด็นของการเข้าถึงการใช้ยาเพื่อรักษาตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.33 เลือกที่จะหาซื้อยากินเองมากกว่าการเข้ารับบริการจากสถานบริการปฐมภูมิของศูนย์ผู้ลี้ภัยที่มี



กระทรวงมหาดไทย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถเดินทางออกมาจากศูนย์ผู้ลี้ภัยได้ด้วยตนเอง จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกแหล่งหรือสถานที่ที่มาของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จากร้านค้าร้านชำในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.67 ซึ่งมีจำนวนหลายร้านมากให้สามารถเลือกซื้อยาและ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ แน่ใจว่าผู้ที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการแนะนำการซื้อยา ใช้ยา แนะนำการรักษาโรค และอาการเจ็บป่วย คือ คนขายของร้านชำ ซึ่งอาจจะเป็นประเด็นที่จำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและความปลอดภัยในการขายและจ่ายยาประเภทต่าง ๆ ในกลุ่มคนขายของในร้านชำต่อไป



ภาพที่ 4 แสดงร้านค้าและยาจากแหล่งกระจายยาในศูนย์อพยพ สะท้อนความซับซ้อนของการจัดการปัญหาแหล่งกระจาย

ความเปลี่ยนแปลงหนึ่งที่อยู่ในช่วงเวลาเดียวกันนี้ คือ นายโดนัล ทรัมป์ ประธานาธิบดีประเทศสหรัฐอเมริกา ลงนามในคำสั่งฝ่ายบริหารให้ระงับการให้ความช่วยเหลือด้านการพัฒนาหรือ USAID (U.S. Agency for International Development) หรือคำสั่ง STOP WORK ORDER ที่มอบให้ต่างประเทศเป็นเวลา 90 วัน นับตั้งแต่วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2568 ส่งผลกระทบต่อทุกองค์กรช่วยเหลือทั่วโลกที่ได้รับเงินสนับสนุนจากประเทศสหรัฐฯ ความช่วยเหลือทุกอย่างก็หยุดชะงัก ทั้งเงินเดือนเจ้าหน้าที่ศูนย์ช่วยเหลือ ค่าใช้จ่ายในศูนย์ เงินสนับสนุนที่เป็นค่าใช้จ่ายขององค์กรระหว่างประเทศและองค์กรการกุศลเอกชนในพื้นที่ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ช่วยงานในค่ายอพยพ รวมถึงคลินิกรักษาโรค/โรงพยาบาลในค่ายผู้ลี้ภัยต้องปิดตัวลง เนื่องจากไม่สามารถเปิดให้การรักษาและจ่ายยาให้กับผู้ป่วยได้

ข้อมูลจากส่วนกิจการชายแดนและผู้อพยพ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ระบุนับจำนวนผู้ลี้ภัยอยู่ในศูนย์อพยพปี พ.ศ. 2567 จำนวน 100,000 ราย ใกล้เคียงกับข้อมูลจากสำนักข่าวหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติระบุว่า มีผู้ลี้ภัยจำนวน 86,539 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชนกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงและกะเหรี่ยงแดง หรือกะเหรี่ยงพม่าที่มีศูนย์พักพิงชั่วคราวในประเทศไทย อยู่ 9 แห่งในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ ตาก แม่ฮ่องสอน ราชบุรีและกาญจนบุรีครอบคลุมกลุ่มผู้ลี้ภัย กลุ่มเข้าเมืองผิดกฎหมาย กลุ่มรอพิสูจน์สัญชาติ ในช่วง 30 ปีที่มีการก่อตั้งศูนย์อพยพขึ้นในประเทศไทย ส่งผลให้เกิดปัญหาหลายด้าน² ทั้งการทำลายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การควบคุมดูแล การลักลอบขายแรงงานปัญหา ยาเสพติด การคุกคามชีวิตและทรัพย์สินราษฎรไทย



การละเมิดอธิปไตยและความสุ่มเสี่ยงที่จะกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ รวมถึงในปี พ.ศ. 2564 ที่เกิดรัฐประหารในเมียนมาร์ ทำให้ชาวเมียนมาร์หนีการปราบปรามและอพยพข้ามแดนมาอาศัยอยู่ชายแดนจังหวัดแม่ฮ่องสอนเพิ่มอีกจำนวนมาก นั้นหมายถึงการที่รัฐบาลไทย กระทรวงสาธารณสุข และที่เกี่ยวข้องต้องรับภาระการดูแลความเจ็บป่วยไปด้วย โดยเฉพาะเมื่อเกิดมาตรการตัดเงินช่วยเหลือ การขาดงบประมาณทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลในค่ายผู้ลี้ภัยต้องออกจากโรงพยาบาล ยกเว้นเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินและจะไม่มี การรับผู้ป่วยนอกอีกต่อไป มาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการช่วยเหลือไปพลางระหว่างนี้คือ ให้โรงพยาบาลใน 5 อำเภอชายแดนช่วยดูแลศูนย์พักพิงชั่วคราว โดยโรงพยาบาลอุ้มผางดูแลศูนย์พักพิงนุโพ, โรงพยาบาลพบพระดูแลศูนย์พักพิงอุ้มเปี้ยม โรงพยาบาลท่าสองยาง โรงพยาบาลแม่ระมาดและโรงพยาบาลแม่สอด ดูแลศูนย์พักพิงแม่หละ โดยโรงพยาบาลแม่สอดสนับสนุนเรื่องงบประมาณและทรัพยากรยา อุปกรณ์วัสดุทางการแพทย์

มีเสียงสะท้อนจากบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ถึงมาตรการดังกล่าวที่สะท้อนปัญหาเรื่องอัตราค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์และงบประมาณที่ต้องใช้สูงมากถึง 160 ล้านบาทสำหรับ 5 อำเภอชายแดนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีข้อเสนอในระยะให้รักษาโครงสร้างของระบบในการจัดการดูแลผู้ป่วยในค่ายอพยพไปก่อน เพื่อช่วยแก้ปัญหา

บุคลากรในระบบซึ่งมีภาระงานดูแลคนไข้ล้นมืออยู่แล้วมารับงานเพิ่ม เช่น การจ้างแพทย์สัญชาติเมียนมาร์ ที่พูดไทยมาประจำอยู่ที่ศูนย์ฯ และทีมพารามedikซึ่งเป็นผู้อพยพที่ได้รับการอบรมให้เป็นผู้ช่วยพยาบาล มีหน้าที่ในการช่วยเหลือแพทย์ดูแลคนไข้ในโรงพยาบาลแคมป์และทำงานเรื่องส่งเสริมป้องกัน ด้วยบทบาทของโรงพยาบาลแคมป์นั้น นอกจากการช่วยเหลือผู้ลี้ภัยแคในยามเจ็บป่วยฉุกเฉินแล้วยังมีบทบาทที่ต้องควบคุมการระบาดของโรคติดต่อไม่ให้ลุกลามออกมานอกแคมป์อีกด้วย

จากกรณีดังกล่าวจะพบว่าปัญหาและสุขภาพในพื้นที่ชายแดน จะเชื่อมโยงกับการเคลื่อนไหวในพื้นที่ชายแดนทั้งผู้คน เงิน สิ่งของ นโยบาย ความขัดแย้งสงคราม การแย่งชิงทรัพยากร มุมมองต่อเรื่องยาในพื้นที่ชายแดนในมิติเดียวจะยังไม่เพียงพอในการร่วมแก้ไขปัญหา ต้องร่วมมือกับผู้มีส่วนได้เสียในด้านต่าง ๆ อย่างเร่งด่วนเพื่อให้ทันสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

อย่างไรก็ดี ปัญหาในพื้นที่เฉพาะ โดยเฉพาะกลุ่มชาติพันธุ์ในค่ายผู้ลี้ภัยอพยพเป็นปัญหาที่ปลายยอดภูเขา ซึ่งสะท้อนมาให้เห็นถึงความเชื่อมโยงกันของคน ยา และพื้นที่ที่ไม่สามารถมองแยกขาดจากกันได้ ปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่ออีกปัญหาเมื่อเกิดการเคลื่อนเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ผู้คนนอกพื้นที่ค่ายผู้ลี้ภัยอพยพ ก็ยังเป็นอีกกลุ่มคนในพื้นที่ชายแดน ที่มีผลกระทบกับปัญหาในพื้นที่ชายแดนเช่นเดียวกัน



เอกสารอ้างอิง

1. ชัยนัต วรรณระภูติ, มาลี สิทธิเกรียงไกร. ทางเลือกเชิงนโยบายการแก้ไขปัญหาผู้ลี้ภัยในค่ายพักพิงชั่วคราว: รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, 2559.
2. อัญชลี ดวงแก้ว. แนวทางการส่งกลับผู้หนีภัยการสู้รบจากเมียนมา ในประเทศไทยของรัฐบาลไทย ในช่วงปี 2557 – 2563. หลักระบวนทัศน์การบริหารการทูต รุ่นที่ 13 ปี 2564. สถาบันการต่างประเทศ เทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ. 2564.