



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง แนวทางการเตรียมพร้อมการใช้กฎหมาย
สุขภาพจิตไทย เมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
2015 : กรณีศึกษาแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมาย
สัตยาตีพม่า

จัดทำโดย นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์

รหัส ๓๐๔๒

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ ๓ ปี ๒๕๕๔
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
ลิขสิทธิ์ของกระทรวงการต่างประเทศ



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง แนวทางการเตรียมพร้อมการใช้กฎหมาย
สุขภาพจิตไทย เมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
2015 : กรณีศึกษาแรงงานเข้าเมืองผิด
กฎหมายสัญชาติพม่า

จัดทำโดย นายพงศ์เกษม ไช้มุกด์
รหัส ๓๐๔๒

หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ ๓ ปี ๒๕๕๔
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา

บทสรุปผู้บริหาร

ผลจากโลกาภิวัตน์นำมาสู่การรวมกันของประชาคมอาเซียน ซึ่งถูกกำหนดนับแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) ย่อมมีผลกระทบต่อทุกชาติสมาชิก อย่างไรก็ตามก็ติดตามกฎบัตรอาเซียน กำหนดให้มีสามเสาหลักเพื่อสร้างข้อตกลงกติการ่วมกัน คือ ASC (ประชาคมการเมืองและความมั่นคง) AEC (ประชาคมเศรษฐกิจ) และ ASCC (ประชาคมสังคมและวัฒนธรรม) ซึ่งแต่ละเสาหลักมี Blueprint ของตนเองแต่มิได้บูรณาการในการค้าชูกัน นอกจากนี้การเตรียมการและดำเนินการต่าง ๆ เพื่อรองรับประชาคมในประเทศไทยเองก็ยังไม่ล้ำกว่าประเทศเพื่อนบ้าน

แรงงานอพยพสัญชาติพม่าที่เข้าเมืองถูกต้องตามกฎหมายและผิดกฎหมายมีสัดส่วนอย่างละครึ่ง รวมแล้วไม่น้อยกว่าสองล้านคน มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคจิตตามระบาดวิทยาไม่ต่ำกว่า 10,000 คน ย่อมก่อความเดือดร้อนต่อสังคมไทย และคุณภาพชีวิตตนเองก็เสียไปด้วย กลุ่มที่เข้าเมืองผิดกฎหมายจะมีผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติและการค่าใช้จ่ายในการรักษา ดังนั้นเมื่อได้นำกฎหมายสุขภาพจิตไทยมาใช้เพื่อป้องกันความเดือดร้อนของสังคมจากปัญหาโรคจิต เพื่อสิทธิมนุษยชนและคุณภาพชีวิต ก็ต้องสร้างดุลยภาพต่อความมั่นคงของชาติและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขด้วย โดยเมื่อคำนึงถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อกระบวนการรักษาที่พบเช่นกันว่า ถึงแม้มีทัศนคติเชิงบวกในการส่งเสริมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าวแต่ก็กังวลถึงความมั่นคงและเศรษฐศาสตร์เช่นกัน ความรู้ว่ามีกฎหมายสุขภาพจิตก็ยังไม่ดีพอในสาระสำคัญและการบังคับใช้ สรุปได้ว่าการเตรียมพร้อมในปัจจุบันยังไม่เพียงพอทั้งในเชิงประชาคมอาเซียน เชิงนโยบายความมั่นคงและเศรษฐศาสตร์ที่จะผลักดันให้ใช้กฎหมายสุขภาพจิตไทยในบริบทดังกล่าว แต่ในเชิงกระบวนการของระบบบริการปัจจุบันได้ดำเนินการคืออยู่แล้ว

ดังนั้นข้าพเจ้าจึงเสนอการปรับโครงสร้างจากแนวตั้งแยกจากกันของสามเสาหลักมาเป็น CAKE Model ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อเสนอปรับปรุงแก้ไขกฎหมายสุขภาพจิตให้เกิดขึ้นในประชาคมอาเซียนได้ปรับใช้กับทุกประเทศสมาชิกโดยระบบฉันทามติและให้เกิดการระดมความคิดเห็นตามความต้องการของประชาสังคมและประชาชนต่อประชาคมอาเซียนตามลำดับความสำคัญ และยังสร้างความเชื่อมโยงเกี่ยวพันกันได้อีกด้วย นอกจากนี้ควรเร่งสร้างความรู้ความเข้าใจในสาระสำคัญของกฎหมายสุขภาพจิตแบบง่ายต่อประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาส่วนบุคคล เรื่อง แนวทางการเตรียมพร้อมการใช้กฎหมายสุขภาพจิตไทย เมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 2015 : กรณีศึกษาแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมายสัญชาติพม่าฉบับนี้ จัดทำขึ้นตามข้อกำหนดของการฝึกอบรมหลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 3 สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ ประจำปี 2554

ผู้เขียนขอแสดงความขอบคุณเป็นอย่างสูงต่อคณะอาจารย์ที่ปรึกษา ได้แก่ เอกอัครราชทูต สุธิตรา หิรัญพฤษย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูเกียรติ พันธ์พรประสิทธิ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัครเดช ไชยเพิ่ม ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษาทางวิชาการที่มีประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย และแนวคิดในการวิเคราะห์

ขอขอบคุณ ดร.สนธยา มณีรัตน์ ดร.ตันติมา คิ้วงโยธา ดร.ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ เพื่อนร่วมงานที่ได้ช่วยวิพากษ์และแนะนำจัดหาข้อมูลวิชาการวิจัย

พงศ์เกษม ไช้มุกด์

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	5
1.3 ขอบเขตการศึกษา	5
1.4 ประโยชน์ที่จะได้รับ	6
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 แนวคิดทฤษฎี	7
2.1.1 แนวคิดกระแสโลกาภิวัตน์ (Globalization) ที่มีผลต่อประชาคมอาเซียน (Asean community)	7
2.1.2 แนวคิดของรัฐธรรมนูญ กฎหมาย และกฏบัตรอาเซียนรวมถึงองค์การแรงงานโลก (ILO)	9
2.1.3 แนวคิดด้านความมั่นคงของชาติและนโยบายของรัฐ รวมถึงกฎหมายการทำงานของคนต่างด้าว	15
2.1.4 แนวคิดและทฤษฎีด้านเศรษฐศาสตร์ชาติและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข	16
2.1.5 แนวคิดของระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน	17
2.1.6 ทฤษฎีและแนวคิดของการบริหารห่วงโซ่อุปทาน (Supply Chain) ผูกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder)	19
2.2 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
2.3 สรุปกรอบแนวคิด	21

บทที่ 3	เรื่องที่ศึกษา	22
	3.1 วิธีการศึกษา	22
	3.2 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา	22
	3.3 วิธีและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	23
	3.4 ผลการศึกษา	24
	3.5 วิเคราะห์ผลการศึกษาโดยรวม	31
	3.6 สรุปผลการวิเคราะห์เพื่อทำข้อเสนอแนะ	33
บทที่ 4	บทสรุปและข้อเสนอแนะ	34
	4.1 บทสรุป	34
	4.2 ข้อเสนอแนะ	36
	4.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	36
	4.2.2 ข้อเสนอแนะดำเนินการ	38
	บรรณานุกรม	39
	ภาคผนวก	40
	ประวัติผู้เขียน	52

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	จากสถานการณ์ตลาดแรงงาน (สำหรับผู้บริหาร)	3
ตารางที่ 2	รายงานผลการขอรับใบอนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าว หลบหนีเข้าเมืองสัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชา ปี 2553	4
ตารางที่ 3	Migrant Workers' Contribution to Thai GDP	16
ตารางที่ 4	Assumptions or Scenarios About Productivity of Migrant Workers Compared to Thai Workers, Migrant Value – Added	17
ตารางที่ 5	ตารางช่วยวิเคราะห์ข้อมูล	25
ตารางที่ 6	การสุ่มवेशระเบียนผู้ปวยแรงงานพม่าหลบหนีเข้าเมือง	30
ตารางที่ 7	แสดงเปรียบเทียบผลผลิตแรงงานพม่าต่อ GDP ไทย	35
ตารางที่ 8	แสดงเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายจิตเวชต่อ GDP ที่แรงงานพม่าผลิตได้	35

สารบัญแนกม

แนกมที่ 1 คนต่างด้าวจําแนกตามประเภทการอนุญาตเดือนมีนาคม 2554	2
แนกมที่ 2 การจัดการสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก	18
แนกมที่ 3 การจัดการสุขภาพจิตของไทย	18

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผลจากโลกาภิวัตน์ (Globalization) ทำให้ประชากรโลกถูกหลอมรวมกลายเป็นสังคมเดี่ยว อันเกิดจากอิทธิพลร่วมทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยี สังคม วัฒนธรรมและการเมือง เกิดสถาบันที่คอยส่งเสริมการเจริญเติบโตและจัดการปัญหาที่ตามมาได้แก่ธนาคารสากลเพื่อการฟื้นฟูและการพัฒนา ธนาคารโลก) และกองทุนการเงินระหว่างประเทศ มีการก่อตั้งองค์การการค้าโลก (WTO) ข้อตกลงการค้าเสรีต่าง ๆ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจที่สำคัญ เช่น สินค้าและบริการ แรงงานและคน เงินทุน เทคโนโลยี มีผลวัดอยู่ตลอดเวลา อย่างไรก็ตามโดยรวมผลกระทบของโลกาภิวัตน์ต่อโลกมีหลายด้าน เช่น ด้านอุตสาหกรรม มีตลาดการผลิตและช่องทางเข้าถึงผลิตภัณฑ์ต่างประเทศกว้างขึ้น ด้านการเงิน มีการพัฒนาหลายรูปแบบของตลาดการเงินและการลงทุน ด้านเศรษฐกิจ มีการยอมรับตลาดร่วมของโลก ด้านวัฒนธรรม มีการติดต่อสัมพันธ์ข้ามวัฒนธรรม ด้านข้อมูลข่าวสารที่มีการเพิ่มไหลบ่าของข้อมูล

โดยเฉพาะที่สำคัญอันเกี่ยวเนื่องกับประเด็นการศึกษานี้ คือ

ก. ด้านการเมือง มีการสร้างสรรค์องค์การที่ทำหน้าที่กำกับดูแลความสัมพันธ์ระหว่างชาติ และให้หลักประกันสิทธิที่เกิดจากสังคมและเศรษฐกิจของโลกาภิวัตน์

ข. ด้านเทคนิค / กฎหมาย มีการเพิ่มจำนวนของมาตรฐานที่นำมาใช้ทั่วโลกหรือแม้กระทั่ง มีการผลักดันให้เกิดศาลอาญานานาชาติ (International Criminal Court) เป็นต้น

ค. การเดินทางและการท่องเที่ยวระหว่างประเทศมากขึ้น ย่อมทำให้มีการเข้าเมืองที่ผิดกฎหมายมากขึ้นหลายเท่าตัว

การรวมตัวของสหภาพยุโรป (European Union) ซึ่งพัฒนามาจากประชาคมยุโรป ในปี พ.ศ. 2510 ถือเป็นตัวอย่างหนึ่งของการรวมตัวกันของประเทศต่าง ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เดิม คือจัดตั้งขึ้นเพื่อยกระดับทางเศรษฐกิจของประเทศต่าง ๆ ในทวีปยุโรปให้ดีขึ้น โดยอาศัยความร่วมมือของประเทศสมาชิก มีการขจัดอุปสรรคต่าง ๆ ทางการค้าระหว่างประเทศ โดยมีสถาบันหลักของสหภาพยุโรป ได้แก่ คณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรป (The Council of the EU) คณะกรรมาธิการยุโรป (European Commission) สภายุโรป (European Parliament) และธรรมนูญยุโรป ซึ่งมีตัวอย่างที่ดี

หลากหลายและวิกฤตเศรษฐกิจที่มีปัญหาของ PIG (Portugal / Ireland / Greece) เป็นกรณีศึกษาที่ดี เป็นต้น

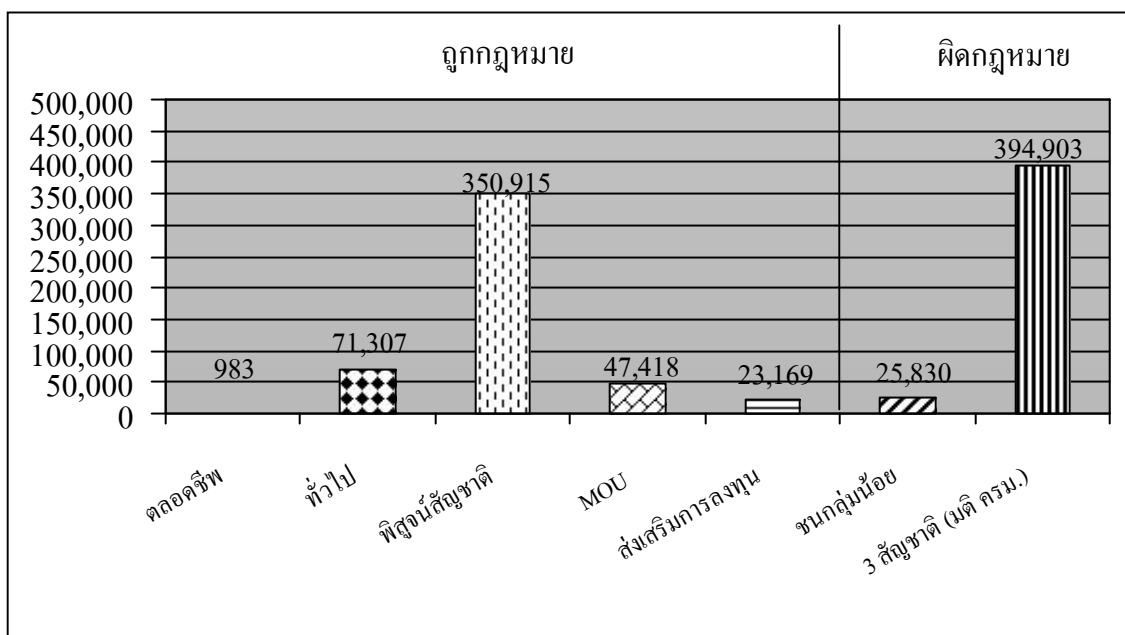
ขณะเดียวกันการรวมตัวของประชาคมอาเซียนจากผลของโลกาภิวัตน์ดังกล่าวและเหตุผลของการสิ้นสุดของสงครามเย็น ทำให้อาเซียนต้องปรับตัวเพื่อรักษาสถานภาพความสำคัญ และความเกี่ยวข้องขององค์กรในภูมิภาค การจัดตั้งประชาคมอาเซียนเกิดจากปัจจัยภายในคือ การที่อาเซียนไม่สามารถแก้ไขปัญหาและความท้าทายใหม่ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปัจจัยภายนอกคือโลกาภิวัตน์ทำให้ประเทศต่าง ๆ ต้องพึ่งพากันและแข่งขันกันสูงขึ้น ประเทศสมาชิกจึงเห็นความสำคัญของการร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้นเพื่อสร้างความเข้มแข็งและอำนาจต่อรองในรัฐสมาชิก โดยมีการตกลงให้มีการจัดตั้งประชาคมอาเซียน (Asean Community) ให้เสร็จภายในปี ค.ศ. 2015

อย่างไรก็ตามปัจจุบันแม้ยังไม่ถึงปีค.ศ. 2015 พบว่า เหตุผลการขาดแคลนแรงงานด้านการเกษตร ประมง งานรับใช้ตามบ้าน กรรมกร เป็นต้น อันเนื่องจากคนไทยปฏิเสธการทำงานลักษณะดังกล่าว โดยไปทำงานรับจ้างให้กับบริษัทบ้าง ประกอบอาชีพส่วนตัวบ้างหรือด้วยเหตุผลอื่น ๆ ทำให้มีแรงงานหลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมาย และแรงงานที่ภายหลังได้พิสูจน์สัญชาติจำนวนมาก ดังข้อมูลคนต่างด้าวได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือ ณ เดือนมีนาคม 2544 ทั่วประเทศมีจำนวน 914,525 คน

⇒ กลุ่มที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย 493,792 คน

⇒ กลุ่มที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย 420,733 คน

กลุ่มที่เข้าเมืองผิดกฎหมายเป็นสัญชาติพม่ามากที่สุด



แผนภูมิที่ 1 คนต่างด้าวจำแนกตามประเภทการอนุญาตเดือนมีนาคม 2544

เอกสารกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน

หมายเหตุ ประเภทคนต่างด้าวตามพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว คนต่างด้าวเข้าเมือง

- ถูกกฎหมาย มาตรา 9 คือ - ประเภททั่วไป
- ประเภทตลอดชีพ
 - ประเภทพิสูจน์สัญชาติ

มาตรา 11 คือ ประเภทนำเข้า MOU

มาตรา 12 คือ ประเภทส่งเสริมการลงทุน

คนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายตามมาตรา 13 คือ ชนกลุ่มน้อยและ 3 สัญชาติ ตามมติ ครม.
(พม่า ลาว และกัมพูชา)

ดำเนินการ	รวม	พม่า	ลาว	กัมพูชา
1. ผ่อนผันตามมติ ครม. (บัตรชมพู 2553)	932,255	812,984	62,792	56,476
2. ผ่านพิสูจน์สัญชาติ (มี.ค. 53 - มี.ค. 54)	502,484	439,081	34,999	28,404
3. ผ่านพิสูจน์และอนุญาตให้ทำงาน (มี.ค. 53 - มี.ค. 54)	387,737	315,523	25,080	27,134
4. ต่ออายุฯ ตามมติกรม. (บัตรชมพู 2554)	394,903	360,730	13,538	20,635
5. คงเหลือที่ยังไม่ดำเนินการ	34,868	13,173	14,255	7,440

ตารางที่ 1 จากสถานการณ์ตลาดแรงงาน (สำหรับผู้บริหาร)

เอกสารของกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน

และจากรายงานผลการขอรับใบอนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชา ปี 2551 ตามมติ ครม. เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2550 และวันที่ 26 พฤษภาคม 2552 3 ปีซ้อนหลังพบว่า กลุ่มใบอนุญาตทำงานที่หมดอายุในช่วงมกราคมหรือ กุมภาพันธ์ ในปี 2553, 2552, 2551 ส่วนมากประมาณ 80 กว่าเปอร์เซ็นต์เป็นสัญชาติพม่า โดยกระจายอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลประมาณร้อยละ 40 ที่เหลือกระจายอยู่ในภูมิภาค โดยอาศัยอยู่ในภาคใต้มากที่สุดประมาณ 1 ใน 3 (ข้อมูลปี 2553) และจังหวัดที่มีแรงงานมาก 2 ลำดับแรก คือ จังหวัดภูเก็ตและจังหวัดสุราษฎร์ธานี

การต่อใบอนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าวตามมติคณะรัฐมนตรี							
ภูมิภาค	คนต่างด้าว	พม่า		ลาว		กัมพูชา	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ภาคใต้	13,383	7,831	5,388	89	52	16	7
นครศรีธรรมราช	79	53	26	0	0	0	0
กระบี่	106	68	35	1	1	1	0
พังงา	519	344	171	2	2	0	0
ภูเก็ต *	4,972	3,306	1,665	1	0	0	0
สุราษฎร์ธานี *	4,128	2,377	1,618	79	41	8	5
ระนอง	1,986	791	1,195	0	0	0	0
ชุมพร	390	207	176	1	5	1	0
สงขลา	1,085	605	471	5	2	1	1
สตูล	20	17	3	0	0	0	0
ตรัง	74	48	26	0	0	0	0
พัทลุง	7	6	0	0	1	0	0
ปัตตานี	8	4	0	0	0	3	1
ยะลา	8	5	2	0	0	1	0
นราธิวาส	1	0	0	0	0	1	0

ตารางที่ 2 รายงานผลการขอรับใบอนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชา ปี 2553 กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน

นอกจากนี้ยังมีผู้ประมาณการว่ามีแรงงานพม่าหลบหนีเข้าเมืองอีกไม่น้อยกว่า 1 ล้านคนที่ ยังไม่แจ้งเพื่อการดำเนินการใด ๆ โดยหลบ ๆ ซ่อน ๆ อยู่

จากสถิติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เป็นแรงงานหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่าของโรงพยาบาล สวนสราญรมย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์จิตเวชระดับภาค รับผิดชอบภาคใต้ฝั่งอ่าวไทย (ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช) และภาคใต้ฝั่งอันดามัน (ระนอง พังงา ภูเก็ต กระบี่) พบว่ามีผู้ป่วย ดังกล่าวยอมมารักษาที่โรงพยาบาล 30 รายต่อปี ซึ่งที่เหลือยังเกรงถูกจับและรักษาตามคลินิกเอกชน ตลอดจนโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้เคียง โดยระบาดวิทยาของโรคจิตอย่างน้อย 1% ของประชากร คาดว่าจะมีแรงงานหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่าป่วยเป็นโรคจิต 10,000 - 20,000 คนทั่วประเทศ

และเมื่อมีการรวมตัวเป็นประชาคมอาเซียนคาดว่าน่าจะมีผู้ป่วยโรคจิตจากแรงงานหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่ามากกว่านี้หลายเท่า

จึงจำเป็นต้องหาทางเตรียมพร้อมการใช้กฎหมายสุขภาพจิตไทยเมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน คศ. 2015 โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมายสัญชาติพม่า เพื่อเป็นต้นแบบนำร่องในการเตรียมพร้อมในกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

- 1.2.1 ทราบกระบวนการในการรักษาจิตเวชของแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมาย
- 1.2.2 ศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิตของไทยต่อแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมายในแง่การเข้าถึงการรักษา
- 1.2.3 เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการเข้าถึงการรักษาของแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมาย

1.3 ขอบเขตการศึกษา

- 1.3.1 ขอบเขตพื้นที่และประชากรที่ศึกษา

ในบริบทของแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมายสัญชาติพม่าในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นจังหวัดใหญ่ มีแรงงานพม่ามากเป็นอันดับ 2 ของภาคใต้ อีกทั้งเป็นต้นแบบนำร่องที่จัดอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาจิตเวชระดับตติยภูมิด้านคมนาคม

- 1.3.2 ระยะเวลาในการศึกษา

ศึกษาตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2554 - 10 กรกฎาคม 2554

- 1.3.3 ระเบียบวิธีการศึกษา

1. แหล่งที่มาของข้อมูล และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลประกอบด้วย แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ และ แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ
 - ก. แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ จากแหล่งข้อมูลโดยตรง ได้แก่ การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - ข. แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลได้จากการรวบรวมไว้แล้ว ได้แก่ ข้อมูลจากเวพระเบียน สถิติ
2. กลุ่มตัวอย่าง
 - ก. กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แรงงานพม่าที่หลบหนีเข้าเมือง นายจ้าง ญาติ หรือเพื่อน

- ข. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ตำรวจ และ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช
3. การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบสุ่มเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ร่วมกับ snowball technique โดยกลุ่มตัวอย่าง จะต้องมีความสัมพันธ์ ดังนี้
- ก. เป็นแรงงานพม่าที่หลบหนีเข้าเมือง มาไม่น้อยกว่า 1 ปี
- ข. สื่อสารภาษาไทยได้ หรือ มีล่ามในการสื่อสาร
- ค. ยินดีเข้าร่วมศึกษา
4. วิธีการเก็บข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์ และการสังเกต โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง
5. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ไม่กำหนดปริมาณ แต่จะสิ้นสุดการเก็บข้อมูล เมื่อข้อมูลอิ่มตัว
6. สถานที่เก็บข้อมูล – จังหวัดสุราษฎร์ธานี เนื่องจาก เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก และการเข้าถึงข้อมูลมีความสะดวก

1.4 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา

- 1.4.1 ทราบถึงขั้นตอนในกระบวนการรักษาแรงงานผิดกฎหมายที่ป่วยเป็นโรคจิต สำหรับเตรียมพร้อมการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
- 1.4.2 ได้ข้อมูลนำเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ตามมาตรา 10 ในการกำหนดนโยบายและมาตรการในการคุ้มครองสิทธิของแรงงานผิดกฎหมายที่ป่วยเป็นโรคจิตตลอดจนการเข้าถึงบริการ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ จำเป็นต้องมองในบริบทและความเกี่ยวข้องของหลายแนวคิด ทฤษฎี แล้วประมวลผสมผสานปัจจัยหลากหลายและคาดการณ์ไปข้างหน้า กล่าวคือ

2.1 แนวคิดทฤษฎี

2.1.1 แนวคิดกระแสโลกาภิวัตน์ (Globalization) ที่มีผลต่อประชาคมอาเซียน (Asean community)

โลกาภิวัตน์ (Globalization) ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นยุคของ Dynamic Society มี Transitional Centricity และ Virtual Community โดยปรับจาก Solid Modernity มาเป็น Liquid Modernity ทำให้มีการ Connectivity, Interactivity, Virtuality และที่สำคัญเกิด Mobility มากขึ้นจนความเป็นขอบเขตแดนลดลง และมีการรวมตัวเป็นประชาคมของประเทศต่าง ๆ (Plerilateralism) เพื่อวัตถุประสงค์หรือผลประโยชน์ต่าง ๆ เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเศรษฐกิจโลกใหม่ จากปัจจัย GEO - Climate, GEO - Economics, GEO - Politics และ GEO - Demograprtics ดังกล่าวเช่นกัน¹

อาเซียนก่อตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมความร่วมมือทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม ส่งเสริมสันติภาพและความมั่นคงของภูมิภาค ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างอาเซียนกับต่างประเทศและองค์กรระหว่างประเทศ นโยบายการดำเนินงานของอาเซียนจะเป็นผลจากการประชุมหารือในระดับหัวหน้ารัฐบาล ระดับรัฐมนตรีและเจ้าหน้าที่อาวุโสอาเซียน ด้านการเมืองและความมั่นคงอาเซียนได้จัดทำปฏิญญากำหนดให้ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นเขตแห่งสันติภาพ เสรีภาพและความเป็นกลาง (Zone of Peace, Freedom and Neutrality - ZOPFAN) ด้านเศรษฐกิจอาเซียนได้ลงนามจัดตั้งเขตการค้าเสรีอาเซียน (ASEAN Free Trade Area - AFTA) ในปี 2535 เพื่อลดภาษี

¹ สุวิทย์ เมษินทรีย์ 2553 : 29 - 30

ศุลกากรระหว่างกันเพื่อช่วยส่งเสริมการค้าภายในอาเซียนให้มีปริมาณเพิ่มขึ้น ลดต้นทุนการผลิตสินค้าและดึงดูดการลงทุนจากต่างประเทศ และได้ขยายความร่วมมือด้านเศรษฐกิจเพิ่มเติมเพื่อให้

การรวมตัวทางเศรษฐกิจสมบูรณ์แบบและมีทิศทางชัดเจน โดยจัดตั้งเขตลงทุนอาเซียน (ASEAN Investment Area - AIA) ด้านสังคม อาเซียนมีความร่วมมือเฉพาะด้าน (Functional cooperation) ภายใต้สังคมและวัฒนธรรมที่ครอบคลุมในหลายด้าน เพื่อให้ประชาชนมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีและมีการพัฒนาในทุกด้านเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต¹

การก่อร่างของ ASEAN Community เป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนพันธกิจของ Association of South East Asian Nations (ASEAN) ใน 2 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยเกิดจากจุดจบของสงครามเย็น การดำเนินไปของโลกาภิวัตน์ การเพิ่มขนาดเศรษฐกิจของจีนและอินเดีย อิทธิพลทางการเมืองและผลพวงวิกฤตทางการเงินของ ASEAN ล้วนทำให้ ASEAN ปรับบทบาททางการทูตแบบ Preventive เดิมซึ่งมุ่งรักษาเสถียรภาพและสันติสุขมาเป็นบทบาททางการทูตแบบ Constructive เพื่อเพิ่มศักยภาพการแข่งขันทางการเมืองและเศรษฐกิจของโลกยุคใหม่ โดยมี 3 เสาหลัก คือ

1. ASC (ASEAN Security Community)
2. AEC (ASEAN Economic Community)
3. ASCC (ASEAN Socio - Cultural Community)

กล่าวได้ว่า ASC เป็นมิติด้านสันติสุข ความปลอดภัยและความมั่นคงในภูมิภาค AEC เป็นมิติของการมีตลาดเดียว (Single Market) และ ASCC เป็นมิติด้าน Community of Caring and Sharing ได้กำหนดให้มี ASEAN Way เพื่อแสวงหาความสำเร็จ โดยผ่านการประชุมสุดยอด (Summit) หลายครั้ง ซึ่งจะเร่งให้เกิดประชาคมอาเซียนภายในปีพ.ศ. 2558 โดยเหตุผลที่ปวงย่อนนำมาซึ่งการแข่งขันทางธุรกิจ การเคลื่อนย้ายทุน การลงทุน การถ่ายเทของสินค้าและบริการ และการย้ายถิ่นฐานของแรงงานมีฝีมือและแรงงานด้อยฝีมือค่าจ้างต่ำ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่ประเทศไทยต้องเตรียมพร้อมในการรับปัญหาแรงงานค่าจ้างต่ำ การศึกษาน้อย สุขอนามัยไม่ดี ซึ่งจะเกิดปัญหาด้านสังคมและปัญหาสาธารณสุขตามมา เช่น นำพาโรคติดต่อที่หายไปจากเมืองไทยเข้ามาและอาจคือยา หรือแม้กระทั่งปัญหาด้านสุขภาพและจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคจิตที่จะสร้างปัญหาต่อสังคมไทยและตัวผู้ใช้แรงงานเอง

¹เอกสารข้อมูลของกรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ

2.1.2 แนวคิดของรัฐธรรมนูญ กฎหมาย และกฎบัตรอาเซียนรวมถึงองค์การแรงงานโลก (ILO)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ส่วนที่ 4 ในมาตรา 40 มีนโยบายด้านสาธารณสุข และคุณภาพชีวิต และในมาตรา 41 (2) กลุ่มครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคล และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มีเจตนารมณ์ในการที่จะคุ้มครองปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตประชาชน กลุ่มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และเพื่อเป็นการป้องกันอันตรายต่อสังคมที่อาจจะเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช¹

กฎบัตรอาเซียน (ASEAN Charter)²

ในการประชุมสุดยอดอาเซียน ครั้งที่ 13 เมื่อปี 2550 ที่ประเทศสิงคโปร์ ผู้นำอาเซียนได้ลงนามในกฎบัตรอาเซียน ซึ่งเปรียบเสมือนธรรมนูญของอาเซียนที่จะวางกรอบทางกฎหมายและโครงสร้างองค์กรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของอาเซียนในการดำเนินการตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขับเคลื่อนการรวมตัวเป็นประชาคมอาเซียนภายในปี 2558 (ค.ศ. 2015) ตามที่ผู้นำอาเซียนได้ตกลงกันได้ โดยวัตถุประสงค์ของกฎบัตรฯ คือ ทำให้อาเซียนเป็นองค์การที่มีประสิทธิภาพ มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และเคารพกฎกติกาในการทำงานมากขึ้น นอกจากนี้กฎบัตรฯ จะให้สถานะนิติบุคคลแก่อาเซียนเป็นองค์การระหว่างรัฐบาล (intergovernmental organization)

กฎบัตรอาเซียนมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2551 กล่าวคือ หลังจากที่ประเทศสมาชิกครบทั้ง 10 ประเทศ ได้ให้สัตยาบันกฎบัตร และการประชุมสุดยอดอาเซียน ครั้งที่ 14 ระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ - 1 มีนาคม 2552 ที่จังหวัดเพชรบุรี เป็นการประชุมระดับผู้นำอาเซียนครั้งแรกหลังจากกฎบัตรมีผลบังคับใช้ สามเสาหลักของ ASEAN ได้แก่ APSC, AEC, ASCC

1. ประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน (ASEAN Political - Security Community)

อาเซียนมุ่งส่งเสริมความร่วมมือในด้านการเมืองและความมั่นคงเพื่อเสริมสร้างและธำรงไว้ซึ่งสันติภาพ และความมั่นคงของภูมิภาค เพื่อให้ประเทศในภูมิภาคอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข และสามารถแก้ไขปัญหาและความขัดแย้งโดยสันติวิธี

¹วิฑูรย์ อิงประพันธ์ 2552 : 3 - 4

²เอกสารกรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ

เพื่อรองรับการเป็นประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน อาเซียนได้จัดทำแผนงานการจัดตั้งประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน (ASEAN Political - Security Community Blueprint) โดยเน้นใน 3 ประการ คือ 1) การมีกฎเกณฑ์และค่านิยมร่วมกัน ครอบคลุมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะร่วมกันทำเพื่อสร้างความเข้าใจในระบบสังคม วัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ที่แตกต่างของประเทศสมาชิก ส่งเสริม พัฒนาการทางการเมืองไปในทิศทางเดียวกัน เช่น หลักการประชาธิปไตย การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม การต่อต้านการทุจริต การส่งเสริมหลักนิติธรรมและธรรมาภิบาล เป็นต้น 2) ส่งเสริมความสงบสุขและรับผิดชอบร่วมกันในการรักษาความมั่นคงสำหรับประชาชนที่ครอบคลุมในทุกด้าน ครอบคลุมความร่วมมือเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงในรูปแบบเดิม ซึ่งหมายถึงมาตรการสร้างความไว้วางใจเชื่อใจและการระงับข้อพิพาทโดยสันติเพื่อป้องกันสงครามและให้ประเทศสมาชิกอาเซียนอยู่ด้วยกันโดยสงบสุขและไม่มีความหวาดระแวง นอกจากนี้ ยังขยายความร่วมมือเพื่อต่อต้านภัยคุกคามรูปแบบใหม่ เช่น การต่อต้านการก่อการร้าย อาชญากรรมข้ามชาติต่าง ๆ เช่น ยาเสพติด การค้ามนุษย์ ตลอดจนการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันและจัดการภัยพิบัติและภัยธรรมชาติ และ 3) การมีพลวัตและปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอก กำหนดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างบทบาทของอาเซียนในความร่วมมือระดับภูมิภาค

2. ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community)

โดยมีเป้าหมายให้อาเซียนมีตลาดและฐานการผลิตเดียวกันและมีการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ การลงทุน เงินทุน และแรงงานมีฝีมืออย่างเสรีอาเซียนได้จัดแผนงานการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community Blueprint) ซึ่งเป็นแผนงานบูรณาการการดำเนินงานด้านเศรษฐกิจเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 4 ด้าน คือ 1) การเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียว โดยจะมีการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ การลงทุนและแรงงานมีฝีมืออย่างเสรี และการเคลื่อนย้ายเงินทุนอย่างเสรีมากขึ้น รวมทั้งการส่งเสริมการรวมกลุ่มสาขาสำคัญของอาเซียนให้เป็นรูปธรรม โดยได้กำหนดเวลาที่จะค่อย ๆ ลดหรือยกเลิกอุปสรรคระหว่างกันเป็นระยะ 2) การสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของอาเซียน โดยให้ความสำคัญกับประเด็นด้านนโยบายที่จะช่วยส่งเสริมการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ 3) การพัฒนาเศรษฐกิจอย่างเสมอภาค เพื่อลดช่องว่างการพัฒนาทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศสมาชิก และ 4) การบูรณาการเข้าถึงเศรษฐกิจโลก เน้นการปรับประสานนโยบายเศรษฐกิจของอาเซียนกับประเทศภายนอกภูมิภาค

3. ประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio - Cultural Community)

อาเซียนมุ่งหวังประโยชน์จากการรวมตัวกันเพื่อให้ประชาชนมีการอยู่ดีกินดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีสิ่งแวดล้อมที่ดีและมีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียว โดยมีความร่วมมือเฉพาะด้าน (Functional cooperation) ภายใต้สังคมและวัฒนธรรมที่ครอบคลุมในหลายด้าน ได้แก่ เยาวชน การศึกษาและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สิทธิมนุษยชน สาธารณสุข วิทยาศาสตร์และ

เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม สตรี แรงงาน การจัดการความยากจน สวัสดิการสังคมและการพัฒนา วัฒนธรรมและสารสนเทศ กิจการพลเรือน การตรวจคนเข้าเมืองและกงสุล ยาเสพติด และการจัดการ ภัยพิบัติ สิทธิมนุษยชน โดยมีคณะทำงานอาเซียนรับผิดชอบการดำเนินความร่วมมือในแต่ละด้าน

อาเซียนได้ตั้งเป้าหมายเป็นประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียนในปี 2558 โดยมีมุ่งหวังเป็นประชาคมที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีสังคมที่เอื้ออาทรและแบ่งปัน ประชากรอาเซียนมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีและมีการพัฒนาในทุกด้านเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน รวมทั้งส่งเสริมอัตลักษณ์อาเซียน (ASEAN Identity) เพื่อรองรับการเป็นประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน อาเซียนได้จัดทำแผนงานการจัดตั้งประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio - Cultural Community Blueprint) ซึ่งประกอบด้วยความร่วมมือใน 6 ด้าน ได้แก่ (1) การพัฒนามนุษย์ (Human Development) (2) การคุ้มครองและสวัสดิการสังคม (Social Welfare and Protection) (3) สิทธิและความยุติธรรมทางสังคม (Social Justice and Rights) (4) ความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Sustainability) (5) การสร้างอัตลักษณ์อาเซียน (Building an ASEAN Identity) (6) การลดช่องว่างทางการพัฒนา (Narrowing the Development Gap)

เมื่อมีเจาะลึกถึงมิติประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio - Cultural Community)

1. เป้าหมาย

- ให้อาเซียนเป็นประชาคมที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง สังคมที่เอื้ออาทรและแบ่งปัน ประชากรอาเซียนมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีและมีการพัฒนาในทุกด้านเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน รวมทั้งส่งเสริมอัตลักษณ์ของอาเซียน

2. สาระสำคัญของแผนงานการจัดตั้งประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน

1. การพัฒนามนุษย์ (Human Development)
2. การคุ้มครองและสวัสดิการสังคม (Social Welfare and Protection)
3. สิทธิและความยุติธรรมทางสังคม (Social Justice and Rights)
4. ความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Sustainability)
5. การสร้างอัตลักษณ์อาเซียน (Building an ASEAN Identity)
6. การลดช่องว่างทางการพัฒนา (Narrowing the Development Gap)

โดยมีองค์ประกอบย่อยของแต่ละด้าน คือ

A. การพัฒนามนุษย์

A1. ให้ความสำคัญกับการศึกษา

- A2. การลงทุนในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
- A3. ส่งเสริมการจ้างงานที่เหมาะสม
- A4. ส่งเสริมเทคโนโลยีสารสนเทศ
- A5. การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
- เชิง ประยุกต์
- A6. เสริมสร้างทักษะในการประกอบการสำหรับสตรี เยาวชน ผู้สูงอายุ
- และผู้พิการ
- A7. พัฒนาสมรรถภาพของระบบราชการ
- B. การคุ้มครองและสวัสดิการสังคม**
- B1. การจัดการความยากจน
- B2. เครือข่ายความปลอดภัยทางสังคมและความคุ้มครองกันจากผลกระทบ
- ด้านลบจากการรวมตัวอาเซียนและโลกาภิวัตน์ (พม. เป็นหลัก)
- B3. ส่งเสริมความมั่นคง และความปลอดภัยด้านอาหาร
- B4. การเข้าถึงการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพ
- B5. การเพิ่มศักยภาพในการควบคุมโรคติดต่อ
- B6. รับประกันอาเซียนที่ปลอดภัยเสถียร
- B7. การสร้างรัฐที่พร้อมรับกับภัยพิบัติและประชาคมที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น
- C. ความยุติธรรมและสิทธิ**
- C1. การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิและสวัสดิการสำหรับสตรี เยาวชน
- ผู้สูงอายุ และผู้พิการ
- C2. การคุ้มครองและส่งเสริมแรงงาน โยกย้ายถิ่นฐาน
- C3. ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กรธุรกิจ
- D. ส่งเสริมความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม**
- D1. การจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมของโลก
- D2. การจัดการและการป้องกันปัญหามลพิษทางสิ่งแวดล้อมข้ามแดน
- D3. ส่งเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม และการ
- มีส่วนร่วมของประชาชน
- D4. ส่งเสริมเทคโนโลยีด้านสิ่งแวดล้อม (อีเอสที)
- D5. ส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานการดำรงชีวิตในเขตเมืองต่าง ๆ ของ
- อาเซียน และเขตเมือง
- ฐานข้อมูล
- D6. การทำการประสานกันเรื่องนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมและ

- ยั่งยืน
- D7. ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรชายฝั่ง และทรัพยากรทางทะเลอย่าง
- D8. ส่งเสริมการจัดการเกี่ยวกับการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและ ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืน
- D9. ส่งเสริมความยั่งยืนของทรัพยากรน้ำจืด
- D10. การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและการ จัดการต่อผลกระทบ
- D11. ส่งเสริมการบริหารจัดการป่าไม้อย่างยั่งยืน
- E. การสร้างอัตลักษณ์อาเซียน**
- E1. ส่งเสริมการตระหนักรับรู้เกี่ยวกับอาเซียน และความรู้สู่สังคม การ เป็นประชาคม
- E2. การส่งเสริมและการอนุรักษ์มรดกทางวัฒนธรรมของอาเซียน
- E3. ส่งเสริมการสร้างสรรค์ด้านวัฒนธรรมและอุตสาหกรรม
- E4. การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับชุมชน
- F. การลดช่องว่างทางการพัฒนา**

3. กลไกของประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน แบ่งเป็น 3 ระดับ

คณะกรรมการประชาคมสังคมและวัฒนธรรม ประชุมปีละ 2 ครั้ง และรายงานผล ความคืบหน้าในการดำเนินการตาม ASCC Blueprint ต่อผู้นำในการประชุม Summit - รมว.กต. เป็น ผู้แทนไทย

คณะกรรมการเจ้าหน้าที่อาวุโสด้านสังคมและวัฒนธรรม (Socio - Cultural Committee of the Senior Officials of - SOCA) ประชุมประมาณ 4 ครั้งต่อปี โดยจะสรุปรายงานผล การดำเนินการของ ASCC Blueprint ต่อ ASCC Council

Sectoral bodies ใน ASCC ขับเคลื่อนการดำเนินการตาม ASCC Blueprint โดย กรอบการประชุมระดับรัฐมนตรีและเจ้าหน้าที่อาวุโส (ปลัดกระทรวงฯ) ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. สารนิเทศ (กรม ปชส. เป็น National Focal Point)
2. วัฒนธรรมและศิลปะ (กระทรวงวัฒนธรรม)
3. การศึกษา (ศธ)
4. กภัยพิบัติ (มท - กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย) - ระดับ กรรมการ ACDM
5. สิ่งแวดล้อม (ทส)
6. สมัชชารัฐภาคีความตกลงอาเซียนเรื่องมลพิษหมอกควัน (ทส)

7. สาธารณสุข (สช)
8. แรงงาน (รง)
9. พัฒนาชนบทและขจัดความยากจน (มท)
10. สวัสดิการสังคมและการพัฒนา (พม)
11. ยาวชน (พม)
12. ข้าราชการพลเรือน (กพ)
13. สตรี (พม)
14. กีฬา (ก. ท้องเที่ยวและกีฬา)

ซึ่งรายละเอียดของ ASCC Blueprint ที่สำคัญ คือ

B4 การเข้าถึงการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพ

C2. การคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิแรงงานโยกย้ายถิ่นฐาน

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ : ส่งเสริมให้นโยบายแรงงานโยกย้ายถิ่นฐานมีความครอบคลุมและมีการคุ้มครองที่เหมาะสมตามกฎหมาย ระเบียบ และนโยบายของแต่ละประเทศสมาชิกและการดำเนินการให้สอดคล้องกับปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิของแรงงานโยกย้ายถิ่นฐาน

มาตรการ

i. ให้คณะกรรมการอาเซียนเพื่อปฏิบัติตามปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิของแรงงานโยกย้ายถิ่นฐานภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่อาวุโสอาเซียนด้านแรงงาน ดำเนินงานเพื่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดในปฏิญญาฯ และทำงานสานต่อการพัฒนาเรื่องการคุ้มครอง อีกทั้งส่งเสริมสิทธิของแรงงานโยกย้ายถิ่นฐาน

ii. จัดการประชุมว่าด้วยแรงงานโยกย้ายถิ่นฐานอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นเวทีในการหารืออย่างกว้างขวางในเรื่องแรงงานโยกย้ายถิ่นฐานภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการซึ่งจะรายงานต่อเจ้าหน้าที่อาวุโสอาเซียนด้านแรงงาน

iii. ส่งเสริมการปกป้องการให้ค่าแรงที่เป็นธรรมและเหมาะสม รวมทั้งการเข้าถึงงานที่ดีและสภาพความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับแรงงานโยกย้ายถิ่นฐานและให้แรงงานโยกย้ายถิ่นฐานที่อาจตกเป็นเหยื่อของการเลือกปฏิบัติ การข่มเหง การเอาเปรียบ ความรุนแรงให้สามารถเข้าถึงระบบกฎหมายและระบบตัดสินคดีที่เป็นธรรมของรัฐผู้รับ

iv. เพิ่มความพยายามในการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เช่น ส่งเสริมสวัสดิการและยึดถือเกียรติภูมิมนุษย์ของแรงงานโยกย้ายถิ่นฐาน โดยการอำนวยความสะดวกต่อการดำเนินการทางด้านกงสุลหรืออำนาจทางการทูตของรัฐต้นกำเนิด ในกรณีที่แรงงานถูกจัดและ

ถูกจำกัดหรือกักขัง ภายใต้กฎหมายและกฎระเบียบของรัฐผู้รับ โดยสอดคล้องกับอนุสัญญาเวียนนา และความสัมพันธ์ด้านกงสุล

v. อำนวยความสะดวกในการแบ่งปันข้อมูลในเรื่องที่เกี่ยวกับแรงงานโยกย้ายถิ่นฐาน เพื่อประโยชน์ในการดำเนินนโยบายและโครงการที่เกี่ยวข้องกับแรงงานโยกย้ายถิ่นฐานทั้งในรัฐผู้ส่งและรัฐผู้รับ

vi. เสริมสร้างนโยบายและวิธีการของรัฐผู้ส่งที่กำหนดเรื่องที่เกี่ยวข้องกับแรงงานโยกย้ายถิ่นฐาน รวมทั้งเรื่องการค้าเลือก การเตรียมการสำหรับเคลื่อนย้ายแรงงานไปต่างประเทศ และการคุ้มครองแรงงานโยกย้ายถิ่นฐานเมื่อออกนอกประเทศ การส่งกลับประเทศและการกลับสู่ประเทศต้นอีกครั้ง

vii. อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงทรัพยากรและการเยียวยาโดยให้ข้อมูลการฝึกอบรมและการศึกษา การเข้าถึงความยุติธรรม การให้บริการสวัสดิการทางสังคมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับกฎหมายของรัฐผู้รับ หากแรงงานมีคุณสมบัติที่เป็นไปตามข้อกำหนดภายใต้กฎหมายและกฎระเบียบและนโยบายของรัฐดังกล่าว ในกรอบความตกลงทวิภาคีและสนธิสัญญาพหุภาคี

viii. จัดทำและส่งเสริมแนวปฏิบัติทางกฎหมายของรัฐผู้ส่งเพื่อเป็นการวางกฎระเบียบในการคัดเลือกแรงงานโยกย้ายถิ่นฐานและเลือกใช้กลไกเพื่อจัดการจ้างงานที่ไม่ถูกต้อง โดยใช้กฎหมายและสัญญาที่มีผลตามกฎหมาย กฎระเบียบและการให้การรับรองของสำนักงานจัดหางานและลูกจ้าง โดยจะขึ้นทะเบียนสำนักงานที่ผิดกฎหมายและสำนักงานที่ละเลย และ

ix. ส่งเสริมการเสริมสร้างขีดความสามารถโดยการแบ่งปันข้อมูลและแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด และโอกาส ความท้าทาย โดยสัมพันธ์กับการปกป้องคุ้มครอง และส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการของแรงงานโยกย้ายถิ่นฐาน

สรุปความว่า แนวคิดที่มีการกล่าวถึงสิทธิมนุษยชน คุณภาพชีวิต ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นเนื้อหาของกฎบัตรและกฎหมาย ตลอดจนกลไกที่จะทำให้เกิดความสำเร็จของประชาคมอาเซียน

2.1.3 แนวคิดด้านความมั่นคงของชาติและนโยบายของรัฐ รวมถึงกฎหมายการทำงานของคนต่างด้าว

สรุปว่า การเข้าเมืองผิดกฎหมายอาจนำมาซึ่งอาชญากรรม ยาเสพติด การแข่งขัน การเป็นสายลับนำข่าวสารด้านความมั่นคงไปให้กับประเทศตนเอง ซึ่งขึ้นกับปริมาณและสัดส่วนที่หลบหนีเข้าเมือง

2.1.4 แนวคิดและทฤษฎีด้านเศรษฐศาสตร์ชาติและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข¹

ในทางเศรษฐศาสตร์ถือว่าการสาธารณสุขเป็นสาขาย่อยของระบบเศรษฐกิจที่มีความสำคัญมากต่อเสถียรภาพและความมั่นคงของประเทศ โดยเฉพาะเสถียรภาพและความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันและอนาคตในแง่ที่เป็นเงื่อนไขพื้นฐาน สาธารณสุขเป็นได้ทั้งสินค้าสาธารณะ (Public Goods) และสินค้าส่วนบุคคล (Private Goods) ล้วนแต่มีผลต่ออุปสรรคและอุปทานของบริการสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ

การจัดสรรทรัพยากรด้านการสาธารณสุขจำเป็นต้องประยุกต์หลักเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสำคัญต่อไปนี้คือ

ก. พฤติกรรมของผู้ใช้บริการสาธารณสุข (Consumer Behavior) และพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ (Provider Behavior) การศึกษาพฤติกรรมทั้ง 2 ส่วนนี้จะทำให้เข้าใจความคุ้มค่าหรือความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้และการบริการสาธารณสุข เพื่อการนำไปกำหนดนโยบายที่ช่วยลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจลงได้

ข. ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศ (Health Care Expenditure) ในแต่ละปีรัฐต้องใช้งบประมาณด้านสาธารณสุขที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ต้นทุนความเจ็บป่วย และต้นทุนบริการสุขภาพสูงขึ้น

ค. ระบบคลังสาธารณสุข (Health Care Financing) ศึกษาภาพรวมของรายจ่ายด้านสาธารณสุขที่นำมาใช้ในด้านสุขภาพว่ามาจากแหล่งใดบ้างและนำรายได้มาใช้ในการงานบริการสุขภาพอย่างไร

ง. ระบบประกันสุขภาพ (Health Insurance) ความจำเป็นและรูปแบบในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน

จ. เศรษฐศาสตร์กับการวิเคราะห์และประเมินผลเพื่อพัฒนางานบริการสาธารณสุข (Economic Evaluation) เพื่อดูความคุ้มค่า เป็นต้น

	Employment Total	Employment Migrants	Value Added 2005 (\$Million)	Output / Worker 2005(\$Million)
Agriculture	15,120,000	720,000	16,931	1,120
Industry	7,320,000	720,000	82,863	11,320
Services	13,500,000	360,000	76,808	5,689
Total	35,940,000	1,800,000*	176,602	4,914*

ตารางที่ 3 Migrant Workers' Contribution to Thai GDP (Sector Analysis, 2005)

¹ภิกฤติ ภาวนันท์ 2552 : 3

หากสมมุติฐานว่าแรงงานต่างด้าวทำให้เกิดผลผลิตเท่าแรงงานไทยในแต่ละ sector แรงงานต่างด้าวทำให้เกิดผล 6.2% ของ Thai GDP (If migrants are as products as Thais in each sector, their total contribution would be 6.2% of the Thai GDP) ดังตารางที่ 4

	25%	50%	75%	100%
Agriculture	1.2%	2.4%	3.6%	4.8%
Industry	2.4%	4.9%	7.3%	9.8%
Services	0.6%	1.3%	2.0%	2.7%
Total	1.6%	3.1%	4.7%	6.2%*

ตารางที่ 4 Assumptions or Scenarios About Productivity of Migrant Workers Compared to Thai Workers, Migrant Value – Added (% of Total, 2005)

ทำให้ทราบว่าแรงงานต่างด้าวช่วยสร้าง GDP ไทย ประมาณ 2 - 6 %

2.1.5 แนวคิดของระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน¹

การดำเนินงานตามระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศไทยกับระบบบริการสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก (Recommended Mix of Services by WHO) พบว่ามีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะระบบบริการสุขภาพจิตเป็นไปตามหลักการให้บริการสุขภาพจิต คือ ประการแรก มีระบบบริการสุขภาพจิตและ จิตเวชที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก (Accessibility) ประการที่สอง มีการผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับงานสาธารณสุข (Integration of Mental Health Services into General Health Services) และประการที่สาม มีการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีสัดส่วนพอเหมาะตามวิถีไทย กล่าวคือ

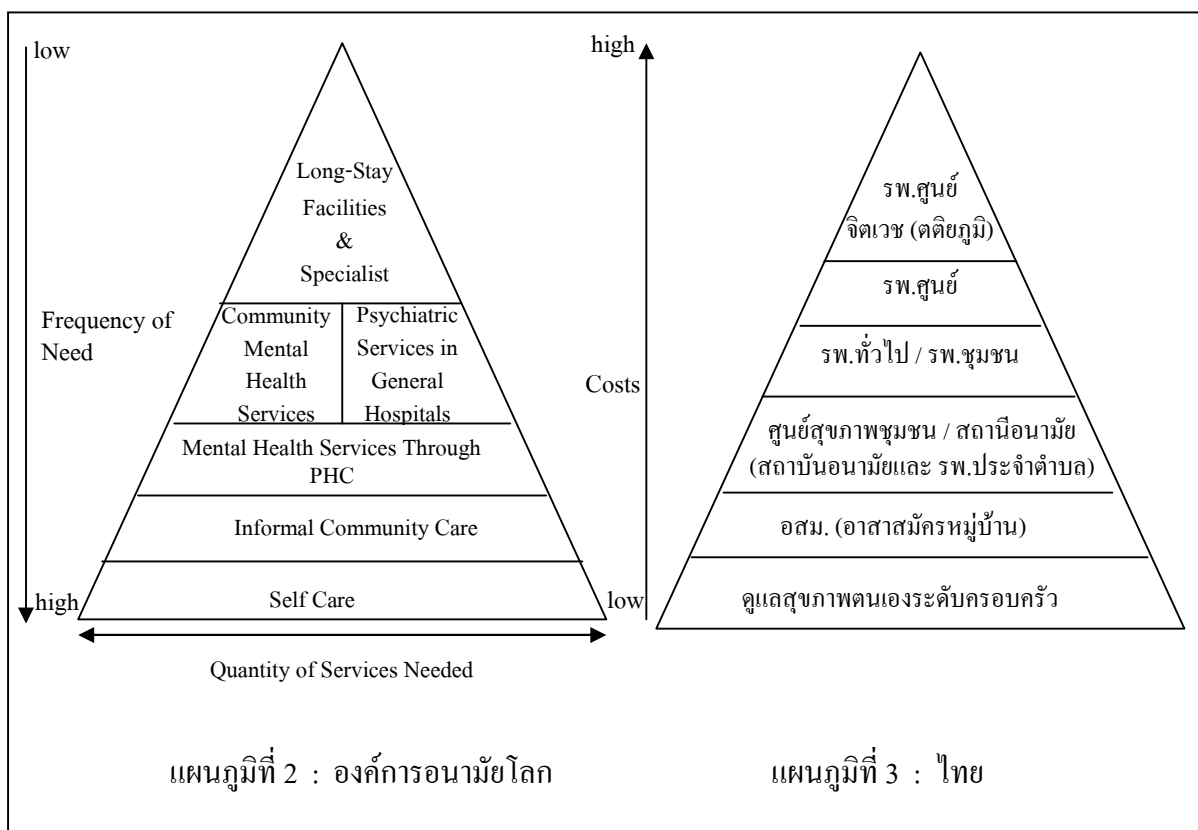
1. มีระบบบริการสุขภาพจิตที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก (Accessibility) เนื่องจากมีการกระจายหน่วยบริการสุขภาพแต่ละระดับ มีพื้นที่รับผิดชอบประชากรชัดเจน สามารถให้บริการที่ครอบคลุมครบวงจร (Comprehensive) ตามความต้องการของพื้นที่ มีการประสานงานและดูแลต่อเนื่อง (Coordination and Continuing of Care) นอกจากนี้ ยังมีการคำนึงถึงคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการแต่ละระดับ เพื่อแสดงถึงประสิทธิภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการแต่ละระดับ และแสดงประสิทธิภาพของบริการที่ให้ (Effectiveness)

¹กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2552 : 11 - 12

และมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้เกิดความเท่าเทียม (Equity) ของประชาชนในการเข้าถึงบริการและบริการที่ได้รับด้วย มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย (Respect of Human Right) และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิของตนเอง

2. มีการผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับงานสาธารณสุข (Integration of Mental Health Services into General Health Services) โดยการผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข งานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิของสถานีอนามัย และศูนย์สุขภาพชุมชน งานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และสถาบัน / โรงพยาบาลจิตเวช โดยมีระบบการประสานและการส่งต่อระหว่างบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อให้เกิดบริการที่ต่อเนื่อง ครอบคลุม นอกจากนี้ ยังมีการผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับกิจกรรมสุขภาพหรือกิจกรรมทางสังคมอื่น ๆ ที่ยังส่งผลให้ลดอคติ (Stigma) ในผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและเป็นการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า ทั้งในด้านบุคลากรและงบประมาณ

3. มีการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีสัดส่วนพอเหมาะตามวิถีไทย ดังแผนภูมิที่ 2 และ 3



2.1.6 ทฤษฎีและแนวคิดของการบริหารห่วงโซ่อุปทาน (Supply Chain)¹ ผนวกกับผู้มี ส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder)²

ห่วงโซ่อุปทานคือการออกแบบและการบริหารจัดการกลุ่มของกิจกรรมงานที่ เกี่ยวข้องในกระบวนการผลิต ซึ่งในที่นี้หมายถึง การได้รับวัตถุดิบ (คือผู้ที่มีอาการทางจิตเวช) เข้าสู่ กระบวนการขั้นตอน (การรักษา) จนหายออกมาสู่สังคมปกติ ซึ่งวิเคราะห์ได้จากการเคลื่อนไหว (ฝั่งไหล) ของระบบเข้าสู่การรักษาทางจิตเวชตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ

Stakeholders เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีผลประโยชน์ ได้รับผลกระทบตลอดจนมีสิทธิ พบในระดับต่าง ๆ ในโครงการหรือองค์การที่จะยังผลต่อความสำเร็จซึ่งอาจทำหน้าที่รับผิดชอบ กำหนดทิศทาง นโยบาย กลยุทธ์ หรืออาจเป็นผู้มีความต้องการ มีความคาดหวังจากโครงการ / องค์การ จึงต้องมีการระบุความเกี่ยวข้อง คือ

- ก. ระบุผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
- ข. ระบุความเกี่ยวข้องที่มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับ
- ค. ระบุโอกาสและความท้าทายของผู้เกี่ยวข้องที่มีต่อองค์การ
- ง. ระบุความรับผิดชอบที่องค์การมีต่อผู้เกี่ยวข้อง (เช่น ด้านเศรษฐกิจ กฎหมาย)
- จ. ระบุกลยุทธ์และแนวทางปฏิบัติที่องค์การควรทำเพื่อบริหาร โอกาสและความ ท้าทายของผู้เกี่ยวข้อง

ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญกับ Stakeholder มาก และประเภทของความเกี่ยวข้อง คือ ผลประโยชน์ (An Interest) สิทธิ (Right) ความเป็นเจ้าของ (Ownership)

2.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.2.1 ผลงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ก. ในแง่ทัศนคติประชาชนไทยต่อผู้ป่วยทางจิต³ พบว่า ความรู้สำคัญแต่คนรู้น้อย เป็นเรื่องผู้ป่วยโรคจิตจำเป็นต้องรักษาด้วยยา ทัศนคติต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านความรู้สึก เป็นไปใน ทิศทางด้านลบ ถ้าต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ส่วนด้านความเชื่อ ความคิดเห็นเชิงพฤติกรรมต่อผู้ป่วย โรคจิตส่วนใหญ่เป็นไปทางบวก ยกเว้นบางประเด็นเป็นไปด้านลบ ได้แก่ การมีความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยโรคจิตไม่ควรมีสิทธิเท่าเทียมผู้อื่น การป่วยทางจิตเป็นอุปสรรคในการทำงานและการเข้า สังคม ประเด็นสำคัญคือ การเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยทางด้านการทำงานและการเข้าสังคม ตลอดจน สิทธิที่ผู้ป่วยทางจิตควรได้รับ (สิทธิ ความรู้ ทัศนคติ ความคิดเห็น)

¹www.pimtraining.com

²<http://bd401.blogth.com/>

³มาลี แจ่มพงษ์ 2551 : 18 - 29

ข. ในแง่ระยะเวลาการรักษาออกโรงพยาบาล¹ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหลังอาการสงบแล้ว ควรได้รับการทานยาต่อเนื่อง 1 ปีเป็นอย่างน้อย (เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข)

ค. ในประเด็นเรื่องการบังคับรักษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 48 และ 56 สรุปความว่าความจำเป็นต้องบำบัดรักษาและมีภาวะอันตรายตามที่แพทย์ให้ความเห็นไว้ ส่วนใหญ่พบว่าศาลยังไม่ได้ใช้กฎหมายการบังคับรักษามาบังคับใช้ ซึ่งต่างจากการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ ที่พบว่า ศาลรับฟังเรื่องการบังคับรักษาของแพทย์ถึง 2 ใน 3 ของจำนวนผู้กระทำความผิดทั้งหมดที่ถูกส่งมาเพื่อให้จิตแพทย์ลงความเห็น แสดงว่ากระบวนการยุติธรรมในประเทศยังเล็งเห็นความสำคัญในการบังคับรักษาน้อยมาก (สิทธิ คุณภาพชีวิต)²

ง. ในแง่สาเหตุโรคจิต สาเหตุหนึ่งในวัยใช้แรงงาน คือโรคจิตจากเมทแอมเฟตตามีนตอบสนองต่อยารักษาโรคจิต การเสพยาเพิ่มความเสี่ยงในการป่วยซ้ำ เกิดเป็นโรคเรื้อรัง ผลลัพธ์ระยะยาวต่อปัญหาสุขภาพจิต สุขภาพกาย และสังคม

จ. จากการศึกษาาระบบบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ³ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต พบว่า สาเหตุหลักที่เป็นอุปสรรคตามลำดับความสำคัญและความถี่ของการค้นพบจากการศึกษา เป็นเรื่องของทัศนคติที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีต่อผู้ป่วยจิตเวช และการขาดความรู้เรื่องสิทธิของผู้ป่วย จำเป็นต้องขับเคลื่อนหลายช่องทางและบูรณาการสู่การปฏิบัติผ่านกระบวนการทางสังคม ชุมชน

ฉ. จากการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าวเพื่อลดผลกระทบด้านสาธารณสุขในจังหวัดระนอง⁴ เกิดข้อเสนอแนะทางยุทธศาสตร์ในประเด็นต่าง ๆ เช่น

- จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว
- การกำหนดให้แรงงานต่างด้าวทุกคนต้องมีหลักประกันสุขภาพ
- การมีส่วนร่วมของแรงงานต่างด้าวและชุมชนในการดูแลสุขภาพ

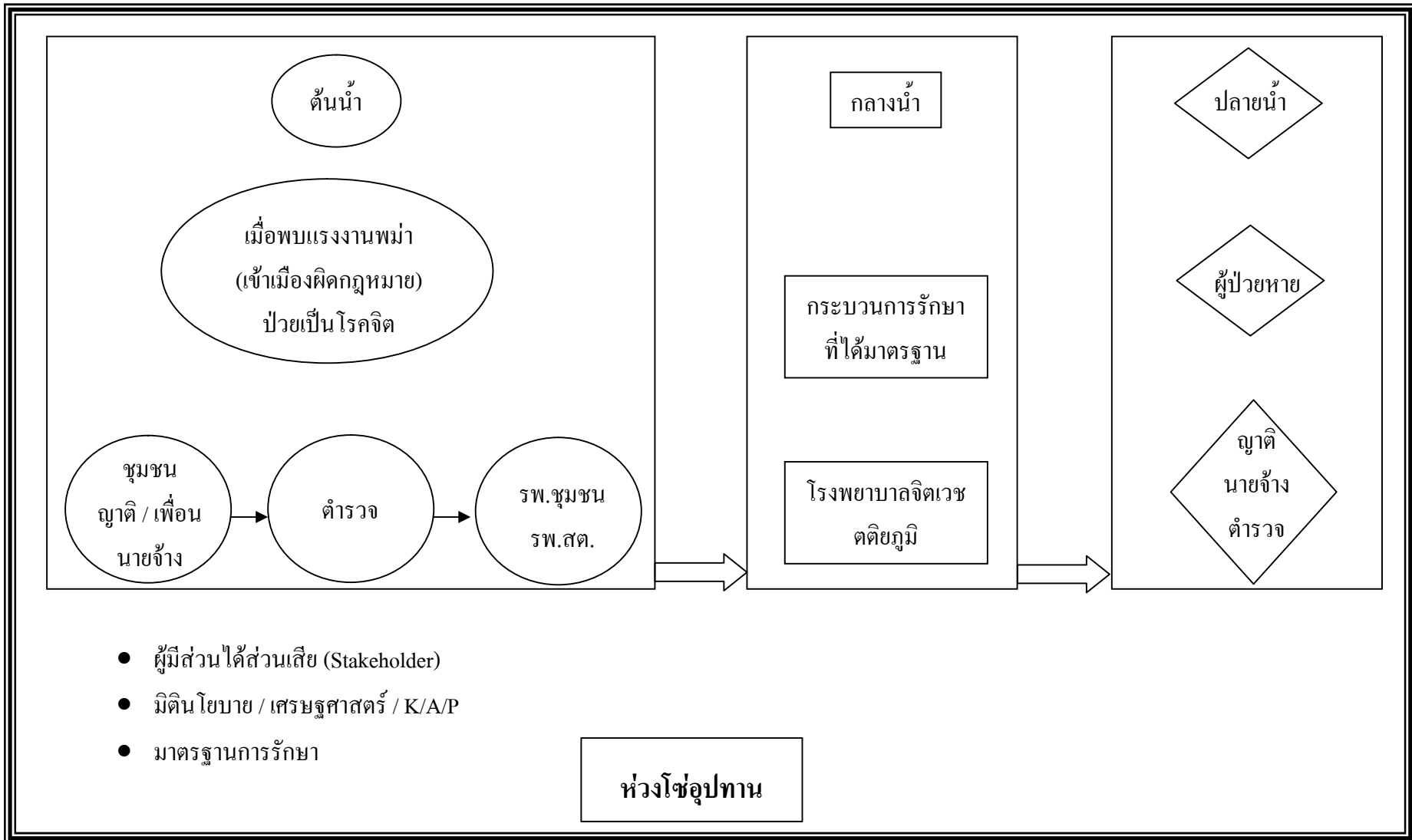
¹มธุรดา สุวรรณโพธิ์ 2551 : 72 – 82

²วนัทดา ถมคำพาณิชย์ 2552 : 118 - 128

³พงศ์เกษม ไช้มุกด์ 2553 : 38 – 40

⁴ธงชัย กิริติหัตถยากร 2553 : 29 - 31

2.3 สรุปกรอบแนวคิดในการศึกษา



บทที่ 3

ผลการศึกษา

3.1 วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์เอกสารรวมทั้งการรวบรวมข้อมูล โดยเป็นการศึกษาในเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาในบริบทของแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมาย สัญชาติพม่าในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีระเบียบวิธีการศึกษา ดังนี้

3.2 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

1. แหล่งที่มาของข้อมูล และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลประกอบด้วย แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ และ แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ
 - ก. แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ จากแหล่งข้อมูล โดยตรง ได้แก่ การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และตัวแทนกลุ่มนโยบาย
 - ข. แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลได้จากการรวบรวมไว้แล้ว ได้แก่ ข้อมูลจากเวชระเบียน สถิติ เอกสารรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
2. กลุ่มตัวอย่าง
 - ก. กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แรงงานพม่าที่หลบหนีเข้าเมือง นายจ้าง ญาติ หรือเพื่อน
 - ข. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ตำรวจ และ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช รวมถึงตัวแทนกลุ่มนโยบาย

3.3 วิธีและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบสุ่มเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ร่วมกับ snowball technique โดยกลุ่มตัวอย่าง จะต้องมียุทธศาสตร์ ดังนี้
 - ก. เป็นแรงงานพม่าที่หลบหนีเข้าเมือง มาไม่น้อยกว่า 1 ปี
 - ข. สื่อสารภาษาไทยได้ หรือ มีล่ามในการสื่อสาร
 - ค. ยินดีเข้าร่วมศึกษา
- วิธีการเก็บข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์ และการสังเกต โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง
- จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ไม่กำหนดปริมาณ แต่จะสิ้นสุดการเก็บข้อมูล เมื่อข้อมูลอิ่มตัว

โดยสรุปเมื่อวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดของห่วงโซ่อุปทาน (Supply Chain) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) และแนวคิดทฤษฎีตลอดจนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จึงระบุมิติของเรื่องที่ศึกษาและกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

- ก. นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับประเด็นศึกษา

กลุ่มเป้าหมายสัมภาษณ์ ได้แก่ อธิบดีกรมสุขภาพจิต รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ตัวแทนสภาความมั่นคงแห่งชาติ ตัวแทนกรมการจัดหางาน เป็นต้น

- ข. การสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษา (Accessibility)

กลุ่มเป้าหมาย ก. กลุ่มญาติ นายจ้าง ผู้ป่วยเอง
 ข. กลุ่มที่มีหน้าที่นำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ ได้แก่ ตำรวจ
 ค. กลุ่มสาธารณสุขด่านหน้า เช่น บุคลากรโรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยสาระของการศึกษาเป็นเรื่องของความรู้ (K) ทักษะ (A) ทักษะ (P) ประสบการณ์ ความคิดเห็น และมีติเพิ่มเติม เช่น ค่าใช้จ่าย

- ค. กระบวนการรักษา

กลุ่มเป้าหมาย ก. ศึกษาจากเวชระเบียน
 ข. ผลของการตรวจรับประกันคุณภาพโรงพยาบาลในมาตรฐานการรักษา

อนึ่ง แบบสัมภาษณ์ดูจากภาคผนวก ซึ่งแนวสัมภาษณ์เป็นเรื่องความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ

3.4 ผลการศึกษา

ก. ด้านนโยบาย ในหัวข้อแรงงานหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า เมื่อเกิดปัญหาโรคจิตและใช้กฎหมายสุขภาพจิตบังคับรักษา

ด้านนโยบาย ผู้ให้สัมภาษณ์	สรุปประเด็นการให้สัมภาษณ์
อธิบดีกรมสุขภาพจิต	ถึงแม้จะยึดสิทธิมนุษยชนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลักก็ตาม ควรคำนึงถึงความมั่นคงของชาติ เช่น หากประเทศเรามีระบบการรักษาที่ดีมากกว่าประเทศเพื่อนบ้านชัดเจน ย่อมจูงใจให้มีการหลบหนีเข้าเมืองของแรงงานต่างด้าวมากขึ้น เป็นต้น และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นไม่ใช่ประเทศไทยรับผิดชอบควรเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาคมอาเซียน
รองอธิบดี กรมสุขภาพจิต	ควรเตรียมการตั้งแต่ต้นนโยบายระหว่างประเทศมาก่อน เช่น ธรรมเนียมกฎระเบียบ เพื่อให้เกิดข้อกำหนด ทางปฏิบัติในระดับต่างตามมา ยังไม่เห็นการเตรียมการเป็นรูปธรรมเท่าใด ซึ่งอาจดูตัวอย่างพัฒนาการของสหภาพยุโรปก็ได้
ตัวแทนสภา ความมั่นคงแห่งชาติ (ผอ.ระดับสูง)	หลักการคุณภาพของสิทธิมนุษยชน และความมั่นคงของประเทศ แต่ให้พิจารณาเป็นราย ๆ ไป โดยเรื่องทางสาธารณสุขเป็นเรื่องที่ควรพิจารณาเป็นสากลอยู่แล้ว
เลขาธิการ กพ. (บรรยาย) ในประเด็น การเตรียมการของ ข้าราชการต่อ ประชาคมอาเซียน	ควรสร้างความตระหนักในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนเป็นพื้นฐานในกลุ่มข้าราชการทุกระดับ โดยประสานกรมอาเซียน เมื่อหาข้อมูลแล้วมาวางแผนในบริบทนั้น ๆ ซึ่งสหภาพยุโรปก็มีปัญหามาก่อนเช่นกัน
ตัวแทนกรมการ จัดหางาน	ไม่ทราบข้อมูลที่ถูกต้องถึงจำนวนพม่าเข้าเมืองผิดกฎหมาย แต่ทั้งหมดทั้งถูกกฎหมายและผิดกฎหมายไม่น่าจะต่ำกว่า 2 ล้านคน หากทราบข้อมูลที่แม่นยำ จะทำให้วางแผนงานได้ง่ายขึ้น ยังไม่เตรียมอะไรมากสำหรับประชาคมอาเซียน
ศจ.วิฑิต มั่นตากรณ์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เรื่องสิทธิมนุษยชน คุณภาพชีวิต และเรื่องสาธารณสุขเป็นหลักการสากลที่ต้องดูแลก่อนอย่างอื่น
ผอ.กองการอาเซียนที่ รับผิดชอบ	ทุก Sectoral Bodies ก็ได้ดำเนินการตาม Blueprint อยู่

ข. ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อการเข้าถึงระบบบริการ (Accessibility)

ตารางที่ 5 ตารางช่วยวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	ความรู้	ทัศนคติ	การปฏิบัติ/	ค่าใช้จ่าย
แรงงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยทางจิต - จะพูดมาก พูดไม่รู้เรื่อง เดินไปเดินมา ไม่เหมือนคนปกติ ทำทางแปลก เรียกผู้ป่วยทางจิตว่า คนบ้า 	<ul style="list-style-type: none"> - สงสาร เห็นใจ แต่ไม่อยากเข้าใกล้ กลัวว่าจะได้รับอันตราย 	<ul style="list-style-type: none"> - ถามคนไทยเพื่อหาแหล่งช่วยเหลือ - พาไปโรงพยาบาล - พาไปหาหลวงพ่อร์ด น้ามนต์ หรือรักษาด้วยสมุนไพร 	<ul style="list-style-type: none"> - จ่ายเอง / ให้ญาติจ่าย - ประมาณ 2 -300 – 10,000 บาท
นายจ้าง	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยทางจิต อาละวาด พูดคุยไม่รู้เรื่อง - กฎหมายสุขภาพจิต – ไม่รู้จัก 	<ul style="list-style-type: none"> - สงสาร - รู้สึกไม่มั่นใจแม้ว่าอาการจะเป็นกลับอีกใหม่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลการก่อน หากไม่หนัก ไม่นำส่ง รพ. กลัวเรื่องกฎหมาย หากอาการหนักจะนำส่งด้วยตัวเอง - หากรักษาหาย จะมารับกลับไปทำงานต่อ - ถ้าจำเป็นจะผลักดันให้เป็นแรงงานที่ถูกกฎหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้จ่ายเอง หรือญาติจ่าย เพราะส่วนใหญ่มีเงิน - ควรซื้อบัตรประกันสุขภาพ - นายจ้างออกค่าใช้จ่ายไปก่อนแล้วค่อยหักจากค่าแรง - ค่าใช้จ่าย ควรให้ญาติหรือผู้ป่วยรับผิดชอบตัวเอง เพราะส่วนใหญ่

ผู้ให้ข้อมูล	ความรู้	ทัศนคติ	การปฏิบัติ/	ค่าใช้จ่าย
ญาติ/เพื่อน/พี่น้อง	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยทางจิตจะพูดมาก พูดไม่รู้เรื่อง เดินไปเดินมา ไม่เหมือนคนปกติ ทำทางแปลก เรียกผู้ป่วยทางจิตว่า คนบ้า - ไม่รู้แหล่งบริการจิตเวช แต่จะถามคนไทย 	<ul style="list-style-type: none"> - สงสาร เห็นแต่ไม่อยากเข้าใกล้ กลัวว่าจะได้รับอันตราย 	<ul style="list-style-type: none"> - พาไปโรงพยาบาล - พาไปหาหลวงพ่อเมือรตนน้ำมนต์ /รักษาด้วยสมุนไพร 	<p>จะมีเงินเก็บมากพอที่จะเป็นค่ารักษาได้</p>
คนไทยในชุมชน /ผู้นำชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - เกี่ยวกับโรคจิตเวช – เอะอะอาละวาด พูดไม่รู้เรื่อง - ไม่รู้เรื่องกฎหมาย สุขภาพจิต - ไม่รู้กระบวนการรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - สงสาร เป็นคนต่างถิ่น ปกติก็พูดกันไม่ค่อยรู้เรื่อง หากป่วยอีก คงไม่รู้เรื่องเพิ่มขึ้น - คิดถึงตัวเอง หากไปอยู่ต่างเมือง คงรู้สึกแย่มากเหมือนกัน - ต้องรีบรักษาหากปล่อยไว้ในชุมชนจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น 	<ul style="list-style-type: none"> - แจ้งตำรวจให้นำส่งโรงพยาบาล - หาทางส่งตัวกลับ เพื่อลดภาระประเทศชาติ หรือผลักดันให้เป็นแรงงานที่ถูกกฎหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าใช้จ่าย ถ้ามีญาติ ให้ญาติรับผิดชอบ หากไม่มีโรงพยาบาล - ควรรับผิดชอบแทน

ผู้ให้ข้อมูล	ความรู้	ทัศนคติ	การปฏิบัติ/	ค่าใช้จ่าย
ตำรวจ	<ul style="list-style-type: none"> - รู้จักผู้ป่วยจิตเวชว่ามีอาการอะอะอาละวาด พูดไม่รู้เรื่อง - พอรู้เรื่องกฎหมายบังคับรักษา - ไม่รู้เรื่องกฎหมายสุขภาพจิต รู้อย่างเดียวว่ามี รพ. สวณสราญรมย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่รู้สึกอะไร - สงสารและรู้สึกตำหนิผู้ที่ เป็นหัวหน้าของแรงงาน พม่าที่มักจะโยนปัญหาให้กับสังคม เมื่ออาการปกติก็ให้ทำงาน เมื่อผิดปกติก็จะปล่อยทิ้งให้เป็นภาระสังคม (เห็นแก่ตัว) - แรงงานพม่าที่เข้ามาผิดกฎหมายแล้วป่วยทางจิต ควรได้รับการรักษาโดยด่วน เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการเครียดเพิ่มขึ้นจากการถูกลอบหนีเข้า 	<ul style="list-style-type: none"> - คูอาการก่อนว่าป่วยจริงหรือไม่ หากป่วยจริงจะประสานกับ รพ. สวณสราญรมย์เพื่อส่งตัวรักษา - ประสานกับ จนท. รพ. สวณสราญรมย์ เพื่อขอความคิดเห็นเบื้องต้นก่อน - นำตัวมาควบคุมที่สถานี ตำรวจ ประสานงานกับ รพ. ใกล้เคียงแล้วค่อยส่ง รพ. สวณสราญรมย์ - จะนำตัวมาควบคุมไว้ที่ สถานีตำรวจ และประสานแพทย์โรงพยาบาลใกล้เคียง เพื่อตรวจสอบเบื้องต้น - ดำเนินการตาม พ.ร.บ. 	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าใช้จ่าย (ญาติ นายจ้าง รัฐบาล กระทรวงแรงงาน / ต่างประเทศ หรือ ควรมีกองทุนเฉพาะ)

ผู้ให้ข้อมูล	ความรู้	ทัศนคติ	การปฏิบัติ/	ค่าใช้จ่าย
ตำรวจ (ต่อ)		<ul style="list-style-type: none"> - ราชอาณาจักร ต้องการส่งตัวไป บำบัดรักษา เพื่อกลับสู่สังคม ปกติ 	<p>สุขภาพจิต พ.ศ.2551 คือส่งตัวเข้ารับการรักษาอาการป่วยทางจิต ให้หายเป็นปกติแล้วจะดำเนินการส่งตัวกลับประเทศพม่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - จะให้ความร่วมมือกับหน่วยงานที่รักษาตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย - หากพบเห็น หรือ ได้รับแจ้ง จะรีบดำเนินการส่งตัวไปรับการรักษาโดยเร็ว เพื่อไม่ให้ทำอันตรายผู้อื่น หรือถูกผู้อื่นทำร้าย - ถ้าจำเป็นจะผลักดันให้เป็นแรงงานที่ถูกกฎหมาย 	

ผู้ให้ข้อมูล	ความรู้	ทัศนคติ	การปฏิบัติ/	ค่าใช้จ่าย
จนท. สถานีอนามัย	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องดูแลเรื่องการคัดกรอง โดยใช้ 2Q 8Q และการส่งตัวไปรับการรักษา - ติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ดูแลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง - รู้เป็นเรื่องเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยจิตเวชเพื่อรับการรักษา และได้รับความคุ้มครอง โดยไม่ถือว่าเป็นการละเมิดสิทธิ 	<ul style="list-style-type: none"> - รู้สึกสงสาร เป็นห่วง - เห็นใจแต่เป็นภาระ - ขาดโอกาสทางการรักษา - มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร - -กังวลเพราะเป็นแรงงานผิดกฎหมาย และอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น 	<ul style="list-style-type: none"> - แจ้งตำรวจเพื่อส่งตัวไปรับการรักษา - แนะนำนายจ้างและญาติให้พาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล - ส่งพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนโดยผ่านล่าม - แจ้งตำรวจเพื่อนำส่งโรงพยาบาลจิตเวช - - จะต้องมีล่ามไว้คอยช่วยเหลือเรื่องการสื่อสาร และต้องแจ้งให้ตำรวจรับทราบด้วยเนื่องจากเป็นแรงงานพม่าที่ผิดกฎหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยหรือญาติควรจ่ายครึ่งราคา - ให้นายจ้างเป็นคนจ่าย - องค์กรที่ดูแลด้านสิทธิมนุษยชนเป็นคนจ่าย เช่น IOM ฟ้ามิตร ศุภนิมิต - กองทุนบัตรต่างด้าวที่เก็บเงินมาจากแรงงานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้จ่าย

ค. ด้านกระบวนการรักษาในสถานบริการ

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	HN	ประเภท	รับไว้	รหัส	ผู้นำส่ง	รายละเอียด
1.	นายง่าย พม่า	32	7311-52	นอก	24 พ.ย. 52	F 23.0	นายจ้าง	ชำระเงินเอง
2.	นายออย พม่า	31	3312-52	นอก	31 พ.ค. 52	F 10.20	นายจ้าง	สิทธิบัตร
3.	นายปาล์ม พม่า	25	4139-52	นอก	10 ก.ค. 52	F 30.20	คนรู้จัก	สิทธิบัตร
4.	นายใหญ่ พม่า	38	974-49	นอก	6 ก.พ. 49	F 20.03	เพื่อนบ้าน	ชำระเงินเอง
5.	นายอู๋ พม่า	43	1142-53	นอก	12 ก.พ. 53	G 44/ F19.1	ผู้ป่วยมาเอง	ชำระเงินเอง
6.	หญิงไม่ทราบชื่อ (ฝน พม่า)	33	704-51	ใน	26 ม.ค. 51	F 29	สภ.เมืองสุราษฎร์ธานี	ชำระเงินเอง (อนุเคราะห์) ส่งกลับพม่า
7.	ชายไม่ทราบชื่อ (ทวย พม่า)	-	622-54	ใน	24 ม.ค. 54	F 28	สภ.บ่อผุด	ญาติชำระเงินและรับกลับ
8.	ชายไม่ทราบชื่อ (ชัย พม่า)	34	3744-53	ใน	10 มิ.ย. 54	F 20	เรื่องจำกลาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี	ชำระเงินเอง (อนุเคราะห์) มีคดีปล้น
9.	หญิงไม่ทราบชื่อ (มินา)	48	4926-49	ใน	16 ก.พ. 52	F 20.03	สภ.ทุ่งสง	ชำระเงินเอง (อนุเคราะห์) ส่งกลับประเทศพม่า ไป 2 ครั้ง
10.	ชายไม่ทราบชื่อ (นายทอ)	30	1410-54	ใน	18 ก.พ. 54	F 10.40 F 10.25	สภ.คอนสัก	ชำระเงินเอง (อนุเคราะห์)

ตารางที่ 6 การสุ่มตรวจระเบียบผู้ป่วยแรงงานพม่าหลบหนีเข้าเมือง

- 1) จากการสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยแรงงานหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า นับแต่ 1 พฤษภาคม 2553 ถึง 30 เมษายน 2554 จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามขั้นตอนบริการรักษาผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน โดยไม่ถูกแบ่งแยก (Discrimination) ตามมาตรฐานการรักษาที่ได้ให้กับผู้ป่วยประกันสุขภาพคนไทย แม้ผู้ป่วยจะไม่มีสิทธิบัตรหรือไม่มีผู้มาเสียค่าใช้จ่าย ก็ตาม
- 2) พบว่าโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ได้รับการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพครั้งที่สอง จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เมื่อตุลาคม 2553 เป็นต้นมา และได้รับการรับรอง ISO 9001 : 2008 จากบริษัท URS จึงทราบว่าโรงพยาบาลมีกระบวนการรักษาผู้ป่วยได้มาตรฐาน

3.5 วิเคราะห์ผลการศึกษาโดยรวม

จากการวิเคราะห์โดยภาพรวมในมิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยดูจากภาพกว้างสู่ภาพย่อย (Macro → Micro) พบว่า แนวทางการเตรียมพร้อมการใช้กฎหมายสุขภาพจิตไทยต่อแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมายสัญชาติพม่า เมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 2015 นั้น มีประเด็นที่เกี่ยวข้องหลายระดับและมีผลต่อกันคือ

1) ระดับประชาคมอาเซียน (เนื่องจากเป็นระบบใหญ่และเกิดผลกระทบมหภาค)

ก. โครงสร้าง / ยุทธศาสตร์ / ระบบ (Structure - Strategy - System)

ได้มีการจัดตั้งสามเสาหลักที่ชัดเจนว่ามีบทบาทหน้าที่การดำเนินการอย่างไร ซึ่งในบริบทการศึกษาี้ เสาหลักที่สามคือ ASCC (ประชาคม สังคมและวัฒนธรรมอาเซียน) เป็นเสาหลักพื้นฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายแบบกว้าง ๆ และยังเกี่ยวข้องกับกระทรวงที่เกี่ยวข้องในเรื่องสิทธิสวัสดิการสังคม เครือข่ายความปลอดภัยทางสังคมและความคุ้มครองจากผลกระทบด้านลบจากการรวมตัวของอาเซียนและโลกาภิวัตน์ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพ การคุ้มครองและส่งเสริมแรงงานโยกย้ายถิ่นฐาน มีธรรมนูญอาเซียนคือกฎบัตรอาเซียนที่มีรายละเอียดกลไกนำไปสู่ความสำเร็จออกมาเป็น Blueprint ของสามเสาหลัก อย่งไรก็ดี การดำเนินการในประเด็นที่ศึกษานี้คือ ASCC มีผลกระทบกับ ASC (ประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน) และ AEC (ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน) จึงต้องดำเนินการพัฒนา ดังเสนอในข้อเสนอแนะในบทที่ 4 ต่อไป

ข. วิสัยทัศน์ร่วม / บุคลากร (Shared Vision - Staff)

ASEAN Way คือ การพัฒนาเศรษฐกิจที่ควบคู่ไปกับสันติสุข ความปลอดภัย และความมั่นคงในภูมิภาค เพื่อให้เกิด Community of Sharing and Caring เพื่อให้ประชาชนมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีและมีการพัฒนาทุกด้าน ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต อย่งไรก็ตามในประเทศไทยเอง ผู้รู้หลายท่านให้มุมมองว่า การเตรียมพร้อมของบุคลากรภาครัฐได้แก่ ข้าราชการ และประชาชน

ทั่วไปหรือนักเรียนนักศึกษาให้มีความรู้เรื่องประชามอาเซียนยังไม่ดีพอซึ่งอาจจะเกิดปัญหาในการดำเนินการต่อไป เนื่องจากเหลือเวลาไม่ถึงสี่ปี

2) ระดับบริบทการบริการดูแลรักษาด้านจิตเวชของสถานบริการ

ในประเด็นทัศนคติ (Attitude) ความรู้ (Knowledge) ทักษะประสบการณ์และการปฏิบัติ (Practice) และเศรษฐศาสตร์ซึ่งเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการเข้าถึงบริการ (Accessibility)

ก. มิตินโยบาย

ทุกคนมีทัศนคติด้านบวกในการดำรงไว้ซึ่งสิทธิมนุษยชนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ทัศนคติที่ดี ต้องตระหนักในความมั่นคงและเศรษฐศาสตร์ด้านสาธารณสุข ดังนั้นควรมีการเตรียมการด้านนโยบายระหว่างประเทศ และข้อตกลงต่าง ๆ ควรเตรียมการด้านบุคลากรให้พร้อมก่อน

ข. ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

- **ทัศนคติ** โดยรวมมีความสงสาร เห็นใจ อยากให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาแต่ก็เกรงเป็นภาระทางเศรษฐกิจ และอาจเกิดปัญหาต่อความมั่นคงได้ อนึ่งความกลัวการอยู่ใกล้ผู้ป่วยจิตเวชก็มีอยู่เป็นธรรมดาพบอยู่ทั่วไป

- **ความรู้** มีสามลักษณะ คือ

ลักษณะแรก ทราบว่าผู้ป่วยจิตเวชอาการเป็นอย่างไรที่จำเป็นต้องรับการรักษา
ลักษณะที่สอง ส่วนมากยังไม่ทราบว่ามีความหมายสุขภาพจิตที่ใช้บังคับรักษาผู้ป่วยได้ เพื่อไม่ให้เกิดความเดือดร้อนต่อสังคม เพื่อสิทธิของผู้ป่วยเองและเกิดคุณภาพชีวิต

ลักษณะที่สาม การทราบถึงแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือ ส่วนมากยังทราบบ้างและสามารถสอบถามจากผู้อื่นได้

ดังนั้น การประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลข่าวสารด้านกฎหมายสุขภาพจิต แม้ได้ดำเนินการมาในระยะ 2 - 3 ปีนี้มากพอควรก็ยังคงต้องดำเนินการต่อไป ต้องปรับช่องทางสื่อสารปรับเนื้อหาสำคัญโดยย่อและง่ายในการเข้าใจ

- **การปฏิบัติ** พบอยู่สี่ลักษณะ คือ

ลักษณะแรก เข้าใจและสามารถนำส่งตัวผู้ป่วยให้เข้าสู่กระบวนการรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งจะพบในบุคลากรของรัฐ

ลักษณะสอง ส่งตัวรักษาที่พระ รักษาสมุนไพรรักษาทางไสยศาสตร์ ซึ่งจะพบในกลุ่มแรงงานเองและญาติพี่น้อง

ลักษณะสาม จะดำเนินการพยายามหาทางช่วยเหลือหาสถานรักษาพยาบาลเอง เพราะเกรงจะผิดกฎหมายใช้แรงงานหลบหนีเข้าเมือง คือ กลุ่มนายจ้าง

ลักษณะที่สี่ จะพยายามผลักดันให้กลับประเทศ คือ กลุ่มผู้นำชุมชน

ในทางปฏิบัติพบว่าตัวเชื่อมที่สำคัญกับโรงพยาบาลจิตเวช คือ บุคลากร สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ตำรวจ

- **เศรษฐศาสตร์** (ค่าใช้จ่าย)

ตัวแรงงานเอง ครอบครัว และนายจ้าง สัมผัสใจที่จะจ่ายเองตามสมควรเมื่อจำเป็น เนื่องจากมีรายได้พอควรทั้งสองฝ่าย และมีข้อเสนอให้มีการซื้อประกันสุขภาพหรือจัดตั้งกองทุนขึ้นมาเพื่อจัดการ

ค. ด้านกระบวนการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชตติยภูมิ

พบว่ามีระบบการบริการรักษาที่ได้มาตรฐานตามการรับรองฯ และมีกระบวนการรักษาที่ไม่ได้แบ่งแยกด้านสิทธิบัตรหรือสิทธิมนุษยชนในการรักษาพยาบาล ตลอดจนมีความสอดคล้องกับข้อแนะนำตามหลักการบริการสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก ที่สำคัญในการศึกษานี้ คือ มีระบบบริการทางจิตเวชที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก (Accessibility)

3.6 สรุปผลการวิเคราะห์เพื่อทำข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาแนวทางเตรียมพร้อมการใช้กฎหมายสุขภาพจิตไทย เมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน พบว่ายังไม่เกิดความพร้อมทั้งในด้านสามเสาหลักของประชาคมเอง รวมถึงนโยบายความมั่นคงและเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องด้วย จำเป็นต้องปรับระบบกลไกการทำงานของประชาคมอาเซียนใหม่ ซึ่งตรงกับที่เลขาธิการอาเซียนนายสุรินทร์ พิศสุวรรณ ได้กล่าวไว้ในหัวข้อ การเตรียมตัวเข้าสู่ประชาคมอาเซียน เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 ณ ห้องวิเทศโมสร กระทรวงการต่างประเทศ ว่าจำเป็นต้องปรับ MIND SET ของสมาชิกประชาคมว่าต้องดำเนินการทุกอย่างให้ประสบความสำเร็จโดยร่วมมือกับผู้อื่น (Open up Connectivity)

ดังนั้นการเตรียมพร้อมกฎหมายสุขภาพจิตดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงเสนอว่าควรแก้ในระดับอาเซียนด้วย แต่ก็คงยุ่งยากเพราะประชาคมคงร่างระเบียบ กฎ ที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจการค้าผลประโยชน์ และความมั่นคงก่อนจะถึงเรื่องเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะสุขภาพจิตและจิตเวช และเมื่อย้อนหลังตัวกฎหมายสุขภาพจิตของไทยเอง กว่าจะได้ประกาศใช้ก็ต้องใช้เวลาผลักดันถึงสามสิบปี แต่หากพิจารณาความพร้อมของกระบวนการรักษาซึ่งดูจากการเข้าถึง (Accessibility) ระบบบริการที่มีมาตรฐาน พบว่าพร้อมสรรพอยู่แล้ว

บทที่ 4 บทสรุปและข้อเสนอแนะ

4.1 บทสรุป

ภายใต้พลวัตที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะโลกาภิวัตน์ เราจะสามารถเข้าถึงรากเหง้า สาเหตุ กลไก หรือตัวขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร ซึ่งในแต่ละระดับของบริบทการจัดการ การทราบ “เหตุการณ์” (Events) อาจเพียงพอในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การทราบข้อมูลสามารถแสดง “รูปแบบ / แนวโน้ม” (Pattern / Trend) เพื่อคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในมิติต่าง ๆ และรูปแบบการแข่งขันใหม่ ๆ รูปแบบ / แนวโน้มอาจคลาดเคลื่อน มีข้อจำกัด การหยั่งรู้ถึง “โครงสร้างเชิงระบบ” (Systemic Structure) จะแสดงกลไก ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ในบางสถานการณ์ที่ปฏิสัมพันธ์มีความไม่แน่นอนและมีความซับซ้อนที่สูงกว่า เราต้องหยั่งรู้ถึง “ความคิดรากฐาน” (Mental Model) ที่กำหนดโครงสร้างกฎเกณฑ์ รูปแบบตัวขับเคลื่อนและผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ ซึ่งจะทำให้เราเข้าใจกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม¹

จากบริบทของประเด็นการศึกษาแนวทางการเตรียมพร้อมการใช้กฎหมายสุขภาพจิตไทย เมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 2015 : กรณีศึกษาแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมายสัญชาติพม่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จอยู่ 2 ระดับ ดังที่วิเคราะห์ผลการศึกษาในบทที่ 3 กล่าวคือ

4.1.1 ระดับประชาคมอาเซียน ซึ่งประกอบด้วย โครงสร้าง ระบบ และยุทธศาสตร์ (Structure / System / Strategy) อันกระทบต่อกันทั้ง 3 เสาหลัก คือ ASC, AEC และ ASCC ซึ่งในบริบทประเทศไทยและประเทศกลุ่มอาเซียนจะต้องปรับบทบาททั้งประชาคมและภาพย่อยของประเทศเอง ซึ่งแม้การศึกษานี้จะเน้นประเด็นสาธารณสุขก็ตาม แต่หากมองภาพแบบ “ความคิดฐานราก” (Mental Mode)² หรือ “การคิดเชิงระบบ” (Systemic Thinking) จำเป็นต้องเสนอการเปลี่ยนแปลงเพื่อการแก้ขมวดปมอุปสรรคทางกลไกการดำเนินงานได้ต่อไปใน 4.2.1

¹ สุวิทย์ เมษินทรีย์ 2553 : 28 – 29

² Peter Senge 2006

4.1.2 ระดับบริบทการดูแลรักษาด้านจิตเวชของสถานบริการ

ประเด็นด้านกระบวนการรักษาในสถานบริการไม่มีปัญหา มีมาตรฐานในการให้บริการโดยไม่แบ่งแยก อิงตามสิทธิมนุษยชนและคุณภาพชีวิต แต่ประเด็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเศรษฐศาสตร์ยังมีจุดที่ต้องพัฒนา กล่าวคือ ทักษะคน การกลัวผู้ป่วยจิตเวชยังมีอยู่มาก ซึ่งก็คงหลีกเลี่ยงได้ยาก เนื่องจากพฤติกรรมส่วนใหญ่มักเป็นด้านลบที่ปรากฏต่อสังคม แต่ยังคงกังวลคู่ได้กับความเมตตาสงสาร ต้องการให้รักษาที่ถูกต้อง และที่เป็นปัญหาอุปสรรคอยู่คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังไม่ทราบว่ามิถุนหมายสุขภาพจิตและสาระสำคัญคืออะไรบ้าง

4.1.3 ในประเด็นเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข นับว่ามีความสำคัญมากประเด็นหนึ่ง เนื่องจากมีทักษะคนทั้งด้านนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตลอดจนสถานบริการไม่ต้องการมีภาระแบกรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการสืบค้นข้อมูลจากบทที่ 2 พบว่าหากแรงงานพม่าสามารถสร้างผลผลิตต่อ GDP ประเทศไทยประมาณ 3 - 6 % และ GDP ไทยมีประมาณ 270,000 ล้านบาท ดังนั้นแรงงานพม่าสามารถสร้าง GDP ไทยประมาณ 8,000 - 16,000 ล้านบาทต่อปี และในบทที่ 1 จากการศึกษาว่ามีขนาดวิทยาของแรงงานพม่าที่อาจเจ็บป่วยทางจิตเวช 10,000 - 20,000 คน ซึ่งหากทำนายว่าเข้าถึงบริการเพียงครั้งหนึ่งคือประมาณ 5,000 คน โดยอาศัยฐานค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในตามหลักประกันสุขภาพการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ประมาณ 10,000 บาทต่อราย คิดเป็นค่าใช้จ่ายประมาณ 50 ล้านบาทต่อปีเท่ากับร้อยละ 0.31 - 0.32 ของ GDP ที่แรงงานพม่าเองผลิตได้ แต่ตัวเลขประมาณการนี้เป็นเพียงสมมติฐานคาดคะเนเท่านั้น ยังต้องอาศัยวิธีการทางสถิติที่ถูกต้องชัดเจน ซึ่งประมาณการนี้น่าจะสูงเกินจริงด้วยซ้ำ ด้วยประสบการณ์น่าจะอยู่ที่ไม่เกิน 5 ล้านบาท

GDP ไทย	270,000 ล้านบาท
GDP ผลผลิตพม่า (3 - 6% GDP ไทย)	8,000 - 16,000 ล้านบาท

ตารางที่ 7 แสดงเปรียบเทียบผลผลิตแรงงานพม่าต่อ GDP ไทย

GDP ผลผลิตพม่า	8,000 - 16,000 ล้านบาท
ค่าใช้จ่ายจิตเวช	50 ล้านบาท (0.31 - 0.32%)

ตารางที่ 8 แสดงเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายจิตเวชต่อ GDP ที่แรงงานพม่าผลิตได้

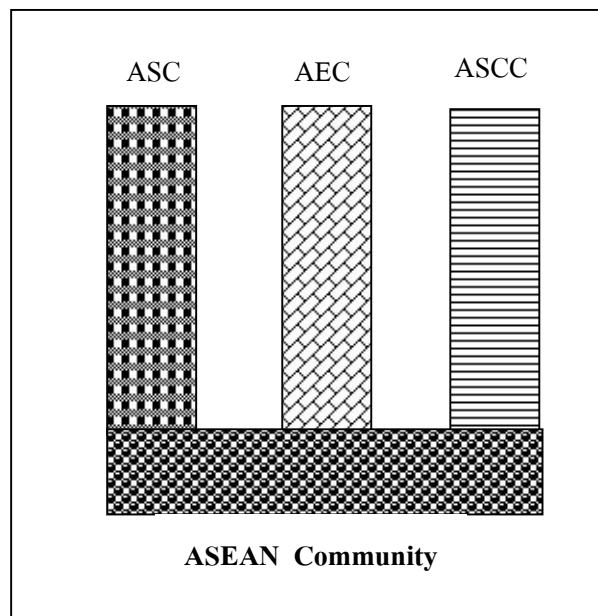
4.1.4 ในประเด็นความมั่นคงแห่งรัฐ พบว่า เป็นทัศนคติที่มีอยู่ในทุกระดับตั้งแต่นโยบายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งหากระบวนการสาธารณสุขเอื้ออำนวยและสะดวกในการเข้าถึงบริการ ก็จะทำให้แรงงานหลบหนีเข้าเมืองมากขึ้น ดังตัวอย่างเปรียบเทียบ เมื่อพรรคการเมืองหนึ่งซึ่งเป็นแกนนำในการจัดตั้งรัฐบาลจากผลการเลือกตั้งวันที่ 3 กรกฎาคม 2554 ประกาศนโยบายขึ้นค่าแรง 300 บาท ทำให้แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านเคลื่อนไหวเข้ามามากชัดเจน

4.2 ข้อเสนอแนะ

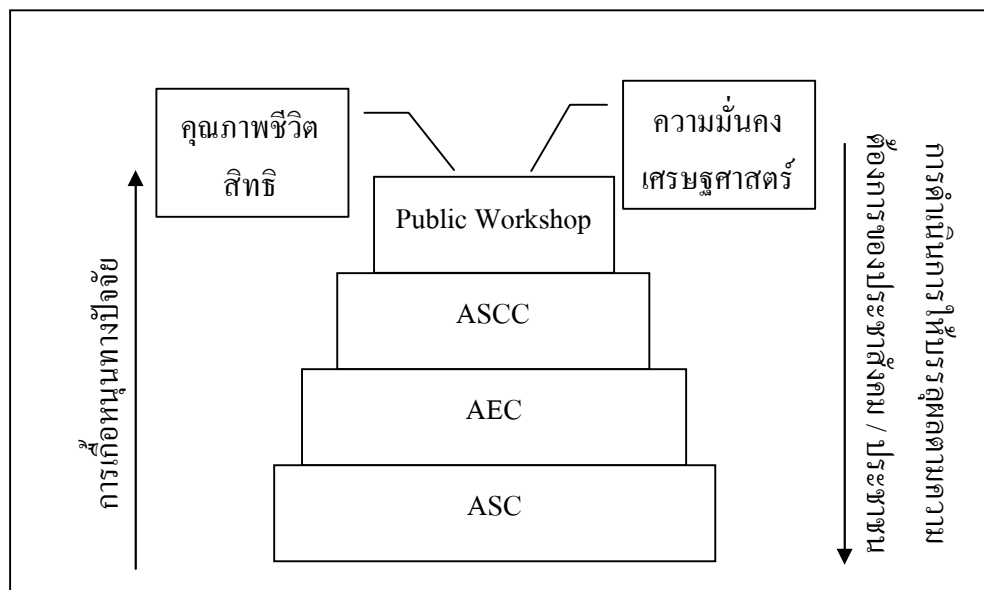
4.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากแนวคิดผลกระทบดัง 4.1.1 จึงสมควรปรับโครงสร้างของ 3 เสาหลักใหม่ เนื่องจากปัจจัยด้านความมั่นคง มีความสำคัญมากที่สุด ปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์ เป็นปัจจัยเกื้อหนุน และปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม เป็นปัจจัยด้านคุณภาพซึ่งต้องอาศัยปัจจัยเศรษฐกิจและปัจจัยความมั่นคงเป็นสำคัญเพื่อความอยู่รอด

จากรูปแบบเดิม ต่างแยกจากกันไปดำเนินการตาม Blueprint



รูปแบบใหม่ เพื่อการเกื้อหนุน สอดคล้องกับการดำเนินการให้บรรลุผลจากประชาสังคมสู่ประชาคม เช่น การนำกฎหมายสุขภาพจิตเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยกลไกนี้



CAKE Model

(เป็นการสร้าง Model ใหม่ขึ้นเองเพื่อสร้างความเข้าใจเชิงระบบ รูปร่างคล้าย CAKE)

จาก CAKE Model อธิบายได้ว่า ความต้องการในบริบทที่ศึกษาอันเป็นจุดนำร่อง (ซึ่งอาจนำไปเทียบเคียงกับบริบทอื่น ๆ ได้) กล่าวคือ บริบทนี้มีมุมมองด้านคุณภาพชีวิตและสิทธิมนุษยชน ทั้งตามหลักมนุษยธรรม กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะกฎหมายสุขภาพจิต หรือกฎบัตรอาเซียนก็ตาม แต่มีประเด็นทัศนคติและความจำเป็นในเรื่องความมั่นคงแห่งรัฐตลอดจนระบบเศรษฐกิจ สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการดำเนิน Public Workshop หรือประชาสังคม โดยมีอย่างน้อยนิติบุคคลระดับกรมที่เกี่ยวข้องกับบริบทประเด็นที่พิจารณาทุกกรมร่วมกันเป็นเจ้าภาพโดยส่งผลข้อเรียกร้อง ข้อหารือและความต้องการที่วิเคราะห์ สังเคราะห์ บูรณาการบ้างแล้วเสนอให้กับ Sectoral Bodies ตามโครงสร้างเดิม เพื่อนำสู่คณะกรรมการ เจ้าหน้าที่อาวุโส และคณะมนตรี ASCC จากนั้นเข้าสู่การหารือต่อรองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ AEC / ASC เนื่องจากกล่าวแล้วว่า ASCC (เป็นเสาหลักเชิงคุณภาพ) ต้องอาศัยเสาหลักเกื้อหนุนที่สำคัญจาก AEC (เสาหลักปัจจัยด้านทุนและเศรษฐกิจ) และเสาหลักความมั่นคง ASC เพราะเป็นปัจจัยหลักพื้นฐานสำคัญที่กระทบไม่ได้ สรุปความว่า การดำเนินการจะบรรลุผลตามความต้องการของประชาชน / ประชาสังคม โดยการเกื้อหนุนปัจจัยเชิงบูรณาการจากสามเสาหลักแบบใหม่ตาม CAKE Model ซึ่งเป็นการนำเสนอเพื่อประยุกต์การเตรียมพร้อมนำกฎหมายสุขภาพจิตเข้าสู่ Sectoral Bodies และเจ้าหน้าที่อาวุโส โดยให้เกิดสมดุลย์ของเสาหลักความมั่นคงและเศรษฐกิจต่อไป

4.2.2 ข้อเสนอแนะดำเนินการ

ก. จาก 4.2.1 CAKE Model ที่นำเสนอต้องไปปรับการทำงานโดยการระดับความคิดเห็นตามมาตรการต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุมพอควรจากประชาสังคม / ประชาชนมาสู่ประชาคมอาเซียนของแต่ละประเทศ โดยอาศัยคณะกรรมการชุดเดิมไปก่อน ค่อยปรับเปลี่ยนเมื่อเข้าเงื่อนไขหรือตามกลไกที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทประเด็นการศึกษานี้ ก็จะเริ่มตั้งแต่บนสุดลงมาตามที่ได้สัมภาษณ์เชิงนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ข. ตาม Cake Model สามารถจัดตั้งกองทุนรวมอาเซียน โดยข้อตกลงสัดส่วนและการใช้จ่ายที่เหมาะสม จนมาถึงกองทุนสุขภาพรวมหรือสุขภาพจิตก็ตาม เช่น สัดส่วนเปอร์เซ็นต์ของ GDP แต่ละประเทศ

ค. ตาม Cake Model หากดำเนินการได้ ก็จะบรรลุทัศนคติที่ได้ศึกษามาในเรื่องความมั่นคงแห่งชาติ ภาระค่าใช้จ่ายของประเทศ จะเหลือเพียงทัศนคติบวก ความสงสารเห็นใจ ซึ่งเป็นบ่อเกิดของการเข้าถึงระบบบริการ (Accessibility)

ง. ในด้านการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางที่เหมาะสม โดยสื่อสารข้อมูลง่าย ๆ สั้น ๆ ที่สำคัญของกฎหมายสุขภาพจิตแก่ประชาชนทั่วไป และแนวทางปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ของรัฐ

จ. สร้างความสัมพันธ์เชิงเครือข่ายกับประเทศต้นทางแรงงานดังกล่าว โดยการแลกเปลี่ยนต่อเงื่อนไขผลประโยชน์แลกเปลี่ยนในการเข้มงวดแรงงานอพยพและร่วมกันแก้ไข ปัญหาอุปสรรค (WIN – WIN Negotiation)

ฉ. สร้างความสัมพันธ์ทางวิชาการสาธารณสุขกับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อให้มีศักยภาพดูแลด้านสาธารณสุขที่พัฒนาต่อไป

ช. ปัจจุบันซึ่งยังไม่มีเงินหรือกองทุนดูแลชัดเจน อาจดำเนินการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างด้าวของจังหวัดระนองไปก่อน¹

ซ. การนำเสนอรายงานการศึกษานี้ เป็นเพียงการนำร่องวิธีการในเชิงระบบ โครงสร้างใหญ่ และระบบบริการจิตเวชที่มีอยู่แล้วให้สามารถนำกฎหมายสุขภาพจิตมาใช้ อย่างไรก็ตามคงต้องอาศัยการศึกษาลงรายละเอียดมากกว่านี้ในแต่ละประเด็นที่เกี่ยวข้อง

ณ. หากประเด็นคุณภาพชีวิต สิทธิมนุษยชนได้บรรลุตามเสาหลัก ASCC โดยอาศัยเสาหลักที่เหลือค้ำจุน ดังเช่นบริบทการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตตามกฎหมาย เมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียนก็จะนำมาสู่สันติและความเจริญไปพลุล่วงต่อไป

¹ รัชชัย กิริติหัตถยากร 2553 : 29 – 30

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. 2552. “สุขภาพจิตชุมชน : บทเรียนและประสบการณ์ของประเทศไทย”. นนทบุรี : บริษัทบีคอนด์ พับลิชซิ่ง จำกัด.
- ธงชัย กิริติหัตถยากร. 2553. รายงานการศึกษาส่วนบุคคล. “การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าว เพื่อลดผลกระทบด้านสาธารณสุขในจังหวัดระนอง”. ในหลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรมรุ่นที่ 67 สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน กพ. ประจำปี 2553.
- พงศ์เกษม ไชยมุกด์. 2553. รายงานการศึกษาส่วนบุคคล. “การศึกษาระบบบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 : กรณีศึกษาโรงพยาบาล สวอน สราญรมย์”. ในหลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรมรุ่นที่ 70 สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน กพ. ประจำปี 2553.
- ภิกฤติ ภาวนานันท์. 2552. “เศรษฐศาสตร์เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขอย่างไร”. จุลสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 13, 96 : 3.
- มธุรดา สุวรรณโพธิ์. 2551. “การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงรุกในชุมชน”. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 9,1 : 72 - 82.
- มาลี แจ่มพงษ์. 2551. “ทัศนคติประชาชนไทยต่อผู้ป่วยทางจิต”. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 9,1 : 18 - 29.
- วันทนา ถมคำพานิชย์. 2552. “ความเห็นของจิตแพทย์ต่อการดำเนินคดีอาญา”. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 17, 2 : 118 - 128.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. 2552. “สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต 2551”. กรุงเทพมหานคร : กรมสุขภาพจิต.
- สุวิทย์ เมษินทรีย์. 2553. “เมื่อโลกไม่ใช่ใบเดิม”. กรุงเทพมหานคร : มีเดียแอสโซซิเอตเต็ด.
- Peter Senge. 2006. *The fifth Discipline*. Bantam Dell Pub Group.
- “กรมอาเซียน” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : www.mfa.go.th/web.3019.php
- “Stakeholder” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://bd401.blogth.com>
- “Supply Chain” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : www.pimtraining.com

ภาคผนวก

แบบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

เรียน.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ พงศ์เกษม ไข่มุกด์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสวนสราญรณธรรม์ สนใจที่จะศึกษาวิจัย เรื่อง แนวทางเตรียมความพร้อมกฎหมายสุขภาพจิตของไทยต่อประชาคมอาเซียนที่เป็นแรงงานผิดกฎหมายของไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ทราบกระบวนการในการให้การรักษาด้านจิตเวชของแรงงานผิดกฎหมาย ศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิตของไทยต่อแรงงานผิดกฎหมายในแง่การเข้าถึงบริการรักษา และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการเข้าถึงบริการรักษาด้านจิตเวชของแรงงานผิดกฎหมาย

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีความสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ หากท่านตอบรับเข้าร่วมวิจัย ข้าพเจ้าใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที ขึ้นอยู่กับความสะดวกของท่าน โดยการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่เกิดผลกระทบใดๆ ต่อท่านทั้งสิ้น และขณะสัมภาษณ์หากท่านรู้สึกไม่สบายใจ หรือต้องการความกระแจะเพิ่มเติม โปรดแจ้งให้ผู้วิจัยทราบทันที

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยชื่อ หรือที่อยู่ของท่าน และข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถแจ้งด้วยทางวาจา หรือลงมือชื่อไว้ที่แบบฟอร์มด้านล่าง

.....

(นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสวนสราญรณธรรม์

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลการเข้าร่วมวิจัย จากผู้วิจัย และเอกสารฉบับนี้แล้ว ข้าพเจ้าเข้าใจในวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลายมือชื่อ.....

วันที่.....

แบบสัมภาษณ์ งานวิจัย เรื่อง
แนวทางเตรียมความพร้อมกฎหมายสุขภาพจิตของไทย
ต่อประชากรอาเซียนที่เป็นแรงงานผิดกฎหมายของไทย

ผู้ให้ข้อมูล แรงงานพม่า พ่อ/แม่/ญาติ/พี่น้อง เพื่อน อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ที่อยู่.....
4. สถานภาพการอยู่อาศัย
 - อยู่ตามลำพัง อยู่กับคู่สมรส อยู่กับคู่สมรส / บุตร / หลาน
 - อยู่กับญาติ/เพื่อน อยู่กับนายจ้าง อื่นๆ
5. การศึกษา
 - สื่อสารไทยได้ สื่อสารไทยไม่ได้
 - อื่นๆ
6. อาชีพ
 - ว่างาน รับจ้าง
 - เกษตรกร อื่นๆ.....
7. รายได้.....ต่อเดือน
8. สุขภาพกาย
 - แข็งแรงดี
 - ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว คือ.....
9. ประวัติการใช้สารเสพติด (ยกเว้นบุหรี่)
 - ไม่มี
 - มี ระบุ ○ เหล้า ○ กระท่อม ○ ยาบ้า ○ อื่นๆ ระบุ.....
10. ประวัติการป่วยด้วยโรคจิต
 - ไม่เคย เคย (ระบุอาการ และระยะเวลา).....
 -

ส่วนที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

ผู้ให้ข้อมูล แรงงานพม่า พ่อ/แม่/ญาติ/พี่/น้อง เพื่อน อื่นๆ ระบุ.....

1. ท่านเคยได้ยิน/รู้จัก คำว่าโรคจิต หรือไม่ อย่างไร (Knowledge)

.....
.....
.....
.....

2. ตามความคิดเห็นของท่าน อาการอะไรที่บ่งบอกว่าท่าน/เพื่อน/ญาติ น่าจะป่วยด้วยโรคทางจิต (Knowledge)

.....
.....
.....
.....

3. ท่านเคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช หรือพบเห็นผู้อื่นป่วยเป็นโรคทางจิต หรือไม่ อย่างไร (Knowledge & Practice)

.....
.....
.....
.....

4. ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อเห็นเพื่อน/ญาติมีอาการเจ็บป่วยทางจิต (Attitude)

.....
.....
.....
.....

5. หากท่าน/เพื่อน/ญาติพี่น้องของท่านป่วยทางจิตท่านเคยทำ หรือจะทำอย่างไร (Practice)

.....
.....
.....
.....

6. หากท่าน/เพื่อน/ญาติ ป่วยด้วยโรคทางจิต ท่านคาดหวังความช่วยเหลือจากใคร/หน่วยงานใดบ้าง อย่างไร (Social support)

.....
.....
.....
.....

7. ท่านคิดว่า หากท่านต้องเข้ารับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวช ในโรงพยาบาล ใครควรเป็นผู้ดูแล/ออกค่าใช้จ่ายให้กับท่าน ค่าใช้จ่ายในการรักษาควรเป็นเท่าไร (Financial)

.....
.....
.....
.....

8. ในมุมมองของท่าน ท่านคิดว่า คนไทย หรือเจ้าหน้าที่ในประเทศไทยมีทัศนคติต่อท่านอย่างไร (ถามความคาดหวังที่มี ต่อการปฏิบัติของคนไทย และเจ้าหน้าที่ ด้านสิทธิมนุษยชน)

.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

ผู้ให้ข้อมูล ตำรวจ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เจ้าหน้าที่ อปท. อื่นๆ.....

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. อาชีพ.....
4. หน่วยงาน/องค์กร.....
5. ท่านเคยพบเห็น/มีประสบการณ์การดูแล/รักษา/ส่งตัว แรงงานพม่าผิดกฎหมาย ที่เจ็บป่วยทางจิต

หรือไม่ (Practice)

- ไม่เคย
- เคย มีลักษณะอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. หากท่านพบเห็นแรงงานพม่าผิดกฎหมาย ป่วยด้วยโรคจิต ท่านจะอย่างไร เพราะเหตุใด

(Practice)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. ท่านคิดเห็น/รู้สึกอย่างไร เมื่อพบเห็นแรงงานพม่าผิดกฎหมายป่วยเป็นโรคทางจิต (Attitude)

.....

.....

.....

.....

.....

8. หน่วยงานของท่านควรมีบทบาทอย่างไรในการดูแลรักษาแรงงานพม่าผิดกฎหมาย ที่ป่วยเป็นโรครจิต (Social Role)

.....
.....
.....
.....
.....

9. ท่านคิดว่า หากแรงงานพม่าผิดกฎหมายเจ็บป่วยทางจิตต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลจิตเวช ใครควรเป็นผู้ดูแล/ออกค่าใช้จ่าย และค่าใช้จ่ายควรเป็นอย่างไร (Practice)

.....
.....
.....
.....
.....

10. ท่านเคยได้ยิน หรือรู้จัก พรบ.สุขภาพจิต หรือไม่ อย่างไร (Knowledge)

.....
.....
.....
.....
.....

11. หากท่านรู้จัก พรบ. สุขภาพจิต ท่านคิดว่าควรครอบคลุมถึงแรงงานพม่าผิดกฎหมายด้วยหรือไม่ อย่างไร (Attitude)

.....
.....
.....
.....

..... ผู้เก็บข้อมูล
วันที่.....

ข้อมูลที่ได้จากเจ้าหน้าที่ของรัฐ แบ่งเป็น

1. เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข

จำนวน 16 คน ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยซึ่งปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 16 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน

2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ใหญ่บ้าน 1 คน

3. ตำรวจ 4 คน

รวมเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ให้ข้อมูลทั้งหมด 22 คน เป็นเพศชาย 5 คน เพศหญิง 17 คน มีอายุระหว่าง 21 ถึง 50 ปี

สรุปคำตอบที่ได้จากข้อคำถามปลายเปิดตั้งแต่ข้อ 5 ถึงข้อ 10

5. ท่านเคยพบเห็น/มีประสบการณ์การดูแล/รักษา/ส่งตัวแรงงานพม่าผิดกฎหมายที่เจ็บป่วยทางจิตหรือไม่

เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข จำนวน 16 คน และผู้ใหญ่บ้าน ตอบว่าไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแล/รักษา/ส่งตัวแรงงานพม่าผิดกฎหมาย

ตำรวจ ทั้ง 4 คนเคยเห็นผู้ป่วยทางจิต แต่ไม่ได้ตอบว่ามีประสบการณ์เคยส่งตัวแรงงานพม่าผิดกฎหมาย

6. หากท่านพบเห็นแรงงานพม่าผิดกฎหมายป่วยด้วยโรคจิต ท่านจะอย่างไร เพราะเหตุใด

เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่ตอบว่าแจ้งตำรวจเพื่อส่งตัวไปรับการรักษา บางคนตอบว่าแนะนำนายจ้างและญาติให้พาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล บางคนตอบว่าจะส่งพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน โดยผ่านล่าม บางคนตอบว่าแจ้งตำรวจเพื่อนำส่งโรงพยาบาลจิตเวช

ตำรวจ

คนที่ 1 ตอบว่า จะประสานโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขอทราบความคิดเห็นเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่รพ.จิตเวช กรณีพบคนต่างด้าวป่วยด้วยโรคจิต เมื่อได้รับแจ้งว่าให้ส่งตัวมาตรวจรักษา ก็จะดำเนินการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลเพื่อบำบัดรักษาต่อไป เนื่องจากหากปล่อยตัวไปหรือดำเนินการตามกฎหมายก็จะเกิดความยุ่งยากในภายหน้าได้

คนที่ 2 ตอบว่า จะตรวจสอบดูว่าป่วยจริงหรือไม่ หากป่วยจริงก็จะนำส่งไปรักษา

คนที่ 3 ตอบว่า จะนำตัวมาควบคุมไว้ที่สถานีตำรวจ และประสานแพทย์โรงพยาบาลใกล้เคียงเพื่อตรวจสอบเบื้องต้น หากมีอาการทางจิตก็จะส่งตัวไปรักษา

คนที่ 4 ตอบว่า ดำเนินการตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 คือส่งตัวเข้ารับการรักษาอาการป่วยทางจิต ให้หายเป็นปกติ แล้วจะดำเนินการส่งตัวกลับประเทศพม่า

7. ท่านคิดเห็น/รู้สึกอย่างไร เมื่อพบเห็นแรงงานพม่าผิดกฎหมายป่วยเป็นโรคทางจิต
เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่ตอบว่ารู้สึกสงสาร เป็นห่วง บางคนตอบว่าเห็นใจแต่มองว่าเป็นภาระ บางคนคิดว่าแรงงานพม่าผิดกฎหมายขาดโอกาสทางการรักษารวมทั้งมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร บางคนตอบว่ารู้สึกกังวลเพราะเป็นแรงงานผิดกฎหมาย และอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น

ผู้ใหญ่ว่านึกว่าต้องรักษาปล่อยไว้ไม่ได้

ตำรวจ

คนที่ 1 ตอบว่า ต้องหาทางส่งตัวไปบำบัดรักษา เพื่อกลับสู่สังคมตามปกติ

คนที่ 2 ตอบว่า ไม่รู้สึกอะไร

คนที่ 3 ตอบว่า สงสารและรู้สึกตำหนิผู้ที่เป็นหัวหน้าของแรงงานพม่าที่มักจะโยนปัญหาให้กับสังคม เมื่ออาการปกติก็ให้ทำงาน เมื่อผิดปกติก็จะปล่อยทิ้งให้เป็นภาระสังคม (เห็นแก่ตัว)

คนที่ 3 ตอบว่า แรงงานพม่าที่เข้ามาผิดกฎหมายแล้วป่วยทางจิตควรได้รับการรักษาโดยด่วน เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเครียดจากการลักลอบหนีเข้าราชอาณาจักร

8. หน่วยงานของท่านควรมีบทบาทอย่างไรในการดูแลรักษาแรงงานพม่าผิดกฎหมาย ที่ป่วยเป็นโรคจิต

เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่ จำนวน 14 คนตอบว่า ต้องมีบทบาทในการดูแล โดยจะดูแลเรื่องการคัดกรอง โดยใช้ 2Q 8Q การส่งตัวไปรับการรักษาและติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ดูแลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่อนามัยบางคนตอบว่าจะต้องมีล่ามไว้คอยช่วยเหลือเรื่องการสื่อสาร และต้องแจ้งให้ตำรวจรับทราบด้วยเนื่องจากเป็นแรงงานพม่าที่ผิดกฎหมาย

ส่วนเจ้าหน้าที่อนามัย 1 คน ตอบว่า ไม่ควรเป็นบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากมีการสื่อสารกันยาก การดูแลผู้ป่วยโรคจิตมีความซับซ้อน หากมีปัญหาเรื่องการสื่อสารก็จะไม่สามารถรักษาได้

เจ้าหน้าที่อนามัย 1 คน ไม่ได้ตอบคำถาม

ตำรวจ

คนที่ 1 ตอบว่า จะให้ความร่วมมือกับหน่วยงานที่รักษาตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย

คนที่ 2 ตอบว่า หากพบเห็น ได้รับแจ้ง จะรีบดำเนินการส่งตัวไปรับการรักษา โดยเร็ว เพื่อไม่ให้ทำอันตรายผู้อื่น หรือถูกผู้อื่นทำร้าย

คนที่ 3 ตอบว่า ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกัน อย่าปล่อยให้เป็นการระของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง และควรควบคุมแรงงานต่างด้าวอย่างจริงจัง มิฉะนั้นลูกหลานคนไทยในอนาคตจะลำบาก

คนที่ 4 ตอบว่า จะช่วยดำเนินการนำส่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

9. ท่านคิดว่า หากแรงงานพม่าผิดกฎหมายเจ็บป่วยทางจิตต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลจิตเวช ใครควรเป็นผู้ดูแล/ออกค่าใช้จ่าย และค่าใช้จ่ายควรเป็นอย่างไร

เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ให้คำตอบเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาแรงงาน พม่าผิดกฎหมาย ไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยหรือญาติควรจ่ายครั้งราคา
2. ให้นายจ้างเป็นคนจ่าย
3. องค์กรที่ดูแลด้านสิทธิมนุษยชนเป็นคนจ่าย เช่น IOM พี่ามิตร สุนิมิตร
4. กองทุนบัตรต่างด้าวที่เก็บเงินมาจากแรงงานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้จ่าย

ตำรวจ

คนที่ 1 ตอบว่า ถ้ามีญาติก็ต้องให้ญาติเป็นผู้จ่าย หากไม่มีญาติรัฐบาลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้จ่ายในราคาปกติ และควรตั้งกองทุนรวมเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาคนต่างด้าว โดยนำมาจากคนต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนการทำงานในเมืองไทย

คนที่ 2 ตอบว่า ควรให้กระทรวงแรงงาน หรือกระทรวงการต่างประเทศ รับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่าย

คนที่ 3 ตอบว่า ให้นายจ้างรับผิดชอบ

คนที่ 4 ตอบว่า เป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบ

10. ท่านเคยได้ยิน หรือรู้จัก พ.ร.บ.สุขภาพจิตหรือไม่ อย่างไร

เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข จำนวน 7 คน ตอบเพียงว่า เคยได้ยิน แต่ไม่ได้ตอบว่า ได้ยินหรือรู้จักอย่างไร ส่วนที่เหลือตอบว่าเคยได้ยินและรู้จักจากการเข้าร่วมประชุม รับการอบรม หรืออ่านเอกสาร แต่ยังไม่มีความรู้แม่นยำในเรื่องนี้ มี 3 คนตอบว่า เป็นเรื่องเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยจิตเวช เพื่อรับการรักษา และได้รับความคุ้มครอง โดยไม่ถือว่าเป็นการละเมิดสิทธิ มี 1 คนตอบว่า เป็น พ.ร.บ. เพื่อดูแลคนไทย ส่วนผู้ใหญ่บ้าน ตอบว่า ไม่เคยได้ยินเรื่อง พ.ร.บ.สุขภาพจิต

ตำรวจ

คนที่ 1 ตอบว่า รู้จักดี

คนที่ 2 ตอบว่า รู้จักเนื่องจากเคยส่งตัวผู้ป่วยทางจิตบ่อยครั้ง

คนที่ 3 ตอบว่า เคยได้ยินแต่ยังไม่เข้าใจมากนัก

คนที่ 4 ตอบว่า ไม่เคยได้ยิน

11. หากท่านรู้จักพ.ร.บ.สุขภาพจิต ท่านคิดว่าควรครอบคลุมถึงแรงงานพม่าผิดกฎหมายด้วยหรือไม่อย่างไร

เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ตอบว่า ควรครอบคลุมจำนวน 8 คน ตอบว่า ไม่ควรครอบคลุมจำนวน 8 คน ด้วยเหตุผล ดังตาราง

ควรครอบคลุม	ไม่ควรครอบคลุม
<ul style="list-style-type: none"> - เป็นเรื่องของสิทธิมนุษยชน เป็นคนเหมือนกัน - ผู้ป่วยอาจทำอันตรายผู้อื่น 	<ul style="list-style-type: none"> - เพราะเป็นแรงงานผิดกฎหมาย - เพราะเป็นการเปิดช่องทางให้แรงงานที่ผิดกฎหมายและมีปัญหาทางจิตทะเล็กเข้ามาในประเทศไทยมากขึ้น - ควรมีกฎหมายต่างด้าวต่างหาก - เพราะไม่ใช่คนไทย - ควรมีหน่วยงานผลักดันออกนอกประเทศ

ส่วนใหญ่บ้านตอบว่า ควรครอบคลุม

ตำรวจ จำนวน 3 คนตอบว่าควรครอบคลุม โดยตำรวจบางคนให้เหตุผลว่า แรงงานพม่าในประเทศไทยก็คือคนที่ต้องใช้ชีวิตและความเป็นอยู่ในประเทศไทย ส่วนอีก 1 คนไม่ได้ตอบคำถาม

ข้อมูลที่ได้จากแรงงานพม่า

ข้อมูลทั่วไป ของแรงงานพม่าจำนวน 3 คน เพื่อนของแรงงาน 1 คน และนายจ้าง 1 คน

แรงงานพม่าคนที่ 1 เป็นเพศชาย อายุ 24 ปี อาศัยอยู่กับนายจ้าง ใน อ.ท่าช้าง จ.สุราษฎร์ธานี รายได้ 30,000 บาทต่อเดือน ดื่มเหล้าและเบียร์ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต

แรงงานพม่าคนที่ 2 เป็นเพศชาย อายุ 20 ปี อาศัยอยู่กับญาติ ใน อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี รายได้ 10,000 บาทต่อเดือน ไม่ใช่สารเสพติด ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต

แรงงานพม่าคนที่ 3 เป็นเพศชาย อายุ 28 ปี อาศัยอยู่กับคู่สมรส ใน อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี รายได้ 10,000 บาทต่อเดือน ไม่ใช้สารเสพติด ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต

นายจ้าง เป็นเพศหญิง อายุ 40 ปี ใน อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี รายได้ 30,000 บาทต่อเดือน ไม่ใช้สารเสพติด ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต

เพื่อนแรงงานพม่า เป็นเพศชาย อายุ 22 ปี อาศัยอยู่กับนายจ้าง ใน อ.ท่าฉาง จ.สุราษฎร์ธานี รายได้ 10,000 บาทต่อเดือน ดื่มเหล้าและเบียร์ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามปลายเปิด

ข้อ 1 ถึง ข้อ 3 ที่ถามเกี่ยวกับการรู้จักโรคจิต อาการของโรคจิต และประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิต ทุกคนจะตอบคล้ายๆ กันในทุกข้อ คือ ผู้ป่วยทางจิตจะพูดมาก พูดไม่รู้เรื่อง เดินไปเดินมา ไม่เหมือนคนปกติ ทำทางแปลก เรียกผู้ป่วยทางจิตว่า คนบ้า

ข้อ 4 ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อเห็นเพื่อน/ญาติมีอาการป่วยทางจิต

ทุกคนจะตอบว่า สงสาร เห็นใจ มี 1 คน ตอบว่าสงสารแต่ไม่อยากเข้าไปใกล้ กลัวว่าจะได้รับอันตราย

ข้อ 5 หากท่าน/เพื่อน/ญาติพี่น้องของท่านป่วยทางจิต ท่านเคยทำ หรือจะอย่างไร

บางคนตอบว่า พาไปโรงพยาบาล บางคนตอบว่า พาไปหาหลวงพ่อบุญรอดน้ำมนต์ บางคนตอบว่ารักษาด้วยสมุนไพร

ข้อ 6 หากท่าน/เพื่อน/ญาติ ป่วยด้วยโรคจิต ท่านคาดหวังความช่วยเหลือจากใคร/หน่วยงานใดบ้าง อย่งไร

2 คนตอบว่า ไม่ทราบจะไปที่ไหน ต้องถามคนไทย ที่เหลือตอบว่าพาไปโรงพยาบาล

ข้อ 7 ท่านคิดว่า หากท่านต้องเข้ารับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวชในโรงพยาบาล ใครควรเป็นผู้ดูแล/ออกค่าใช้จ่ายให้กับท่าน ค่าใช้จ่ายในการรักษาควรจะเป็นเท่าไร

แรงงานพม่าและเพื่อนของแรงงาน ตอบว่า ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือให้ญาติเป็นคนจ่าย ส่วนจำนวนค่าใช้จ่าย แรงงาน 1 คน ตอบว่า น่าจะประมาณ 10,000 บาท ส่วนอีก 1 คนตอบว่า น่าจะประมาณ 200-300 บาท

นายจ้าง ตอบว่า ควรซื้อบัตรประกันสุขภาพ หรือนายจ้างออกค่าใช้จ่ายไปก่อนแล้วค่อยหักจากค่าแรง

ข้อ 8 ในมุมมองของท่าน ท่านคิดว่า คนไทย หรือเจ้าหน้าที่ในประเทศไทยมีทัศนคติต่อท่านอย่างไร
แรงงานพม่าและเพื่อนของแรงงาน ตอบว่า คนไทยส่วนใหญ่ดีกับพม่า ให้ที่อยู่ ให้งาน บาง
คนตอบว่าอยากให้ลูกได้เรียนหนังสือแล้วได้ทำงานดีๆ

วัน / เดือน / ปี	ตำแหน่ง / ระดับ	สถานที่ปฏิบัติงาน
1 ตุลาคม 2550 – 18 มิถุนายน 2551	นายแพทย์ 9 วช. (ด้านเวชกรรมสาขาประสาทวิทยา) รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาล	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
19 มิ.ย. 2551 - ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ผลงานวิชาการ

1. การแปรผลคลื่นไฟฟ้าสมองและอาการทางคลินิก
พงศ์เกษม ไช้มุกด์ นำเสนอในการประชุมวิชาการสุขภาพจิต กันยายน พ.ศ. 2536
2. รายงานผู้ป่วยโรคทูเบอร์คูลอสิส การให้คำปรึกษาสังคมจิตวิทยาและพันธุกรรม
พงศ์เกษม ไช้มุกด์ วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 มิถุนายน -
กันยายน 2541
3. ผลกระทบด้านจิตสังคมของโรคลมชัก
อรวรรณ ศิลปะกิจ, พงศ์เกษม ไช้มุกด์ วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 5
ฉบับที่ 3 มิถุนายน - กันยายน 2541
4. หนังสือ “กลุ่มอาการสมองเสื่อม” ความรู้พื้นฐานแนวทางวินิจฉัยแยกโรค
พงศ์เกษม ไช้มุกด์ บรรณาธิการ 2545
5. งานวิจัย Haloperidol Treatment in Amphetamine - induced Psychotic Disorder
กิตติพงษ์ สานิชวรรณกุล, วสุ จันทรสักดิ์, พงศ์เกษม ไช้มุกด์ และคณะ
ทุนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มอ. 2546
6. ลักษณะทางคลินิกและผลกระทบอาการปวดศีรษะแบบปฐมภูมิระดับรุนแรง :
กรณีศึกษาโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
พงศ์เกษม ไช้มุกด์ วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2548