



วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565

พื้นที่ระหว่างการควบคุม-ดูแล:

โรงพยาบาลสนาม สถานะฉุกเฉิน และโรคระบาดโควิด-19

Spaces between Control and Care:

Field Hospitals during the Covid-19 Crisis in Thailand

จิราพร เหล่าเจริญวงศ์

Jiraporn Laocharoenwong

ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Department of Sociology and Anthropology,

Faculty of Political Sciences, Chulalongkorn University

Jiraporn.la@chula.ac.th

Received: May 11, 2022

Revised: May 30, 2022

Accepted: Sep 06, 2022

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2563 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติใน จ.สมุทรสาคร ก่อให้เกิดการตั้งโรงพยาบาลสนามขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทยเพื่อใช้ในการควบคุม-ยับยั้งการแพร่ระบาดของไวรัส และใช้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการ และได้กลายเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่น ๆ ทั่วประเทศ บทความวิจัยชิ้นนี้สำรวจและตั้งคำถามถึงบทบาท ความสำคัญ และความสัมพันธ์ของโรงพยาบาลสนามกับวิกฤติการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทยผ่านมุมมองทางมานุษยวิทยาเชิงพื้นที่ และแนวคิดการใส่ใจดูแล โดยใช้การเก็บข้อมูลเอกสาร และการลงพื้นที่ในโรงพยาบาลสนามในจังหวัดสมุทรสาคร และศูนย์พักคอยในจังหวัดตากและนครปฐม



ผลการวิจัยพบว่า ภายใต้สภาวะวิกฤติ รัฐบาลไทยจัดการกับโรคระบาด โดยมองว่าเป็นภัยด้านความมั่นคง ซึ่งการทำงานต้องอยู่ภายใต้กฎหมายพิเศษ ที่เรียกว่าพระราชกำหนดสถานการณ์ฉุกเฉิน ในสภาวะนี้เอง โรงพยาบาลสนาม ทำหน้าที่ 2 แบบคือ หนึ่ง การควบคุม ยับยั้งการแพร่ระบาด และ สอง การให้การดูแลผู้ป่วย ภายในพื้นที่นี้ ผู้ป่วยจะถูกตรวจตรา สอดส่องจากกล้องวงจรปิด และบุคลากรทางการแพทย์ที่สังกัดอยู่ด้านนอกราวกับอยู่ในที่คุมขัง เพื่อแลกกับการได้รับการดูแลรักษา ความใส่ใจดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลสนามทำให้พื้นที่ที่มีลักษณะกึ่ง ๆ จะเป็นในที่คุมขังนั้น กลายเป็นพื้นที่ที่สามารถทนอยู่ได้ ภาคปฏิบัติการของการดูแลนี้เองได้เปลี่ยนความหมายของพื้นที่ ไปที่เล็กลงน้อย แต่เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดรุนแรงขึ้น ทรัพยากรทางสาธารณสุขมีจำกัดที่มีอยู่จำกัดนั้นไม่เพียงพอ จึงต้องผลักคนบางกลุ่มออกไปจากการรักษาโดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติ ปรากฏการณ์ในช่วงวิกฤตินี้สะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมของ “ชีวิต” และชวนให้ตั้งคำถามต่อว่า ชีวิตของใครบ้างที่สำคัญ และใครบ้างควรจะมีชีวิตที่ยืนยาว

คำสำคัญ: โรงพยาบาลสนาม พื้นที่ การควบคุม-ดูแล สภาวะฉุกเฉิน โควิด-19

Abstract

This research examines and questions the role and importance of the field hospitals during the Covid-19 crisis in Thailand, which, after a successful pilot during an outbreak in Samut Sakhon province, became a model throughout the country. It does so through the perspective of an anthropology of space and the concept of care and uses methods of official document analysis alongside ethnographic fieldwork.



The paper finds that the Thai government considered Covid-19 a national security threat, requiring the proclamation of a state of emergency. The field hospital operates under this emergency with a two-fold objective: 1) to control and stop the spreading of the virus; 2) to care for infected patients. The patient becomes a sick body, subject to control and surveillance, under the continual gaze of healthcare workers. However, this panoptically designed space is subject to change. Through practices of care and personal requests, the field hospital gradually became bearable for migrants. But then, as cases skyrocketed, the balance between control and care burst. As field hospitals reached capacity, Thai citizens received preferential treatment, and migrants were sent back. This crisis raises the question of “whose lives can live long?”

Key words: Field hospital, Spatial, Control and care, State of emergency, Covid-19

1. บทนำ

การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส หรือ โควิด-19 ส่งผลกระทบไปทั่วโลก หลายประเทศเผชิญวิกฤติในการควบคุมโรคระบาดและการดูแลผู้ป่วย การสูญเสียชีวิตอย่างมากมายเรียกร้องให้รัฐบาลของประเทศต่าง ๆ วางประเด็นทางการเมือง การทหาร เศรษฐกิจ หรือสังคมเอาไว้ก่อน แล้วหันมาให้ความสำคัญกับการรักษาชีวิต ซึ่งเร่งด่วนและซับซ้อนกว่า ตัวเลขทางสถิติที่ถูกลำเลียงในประเทศไทย การแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นเรื่องวิกฤติและถูกจัดการและรับมือในฐานะเหตุการณ์เฉพาะหน้า ตั้งแต่การระบาดระลอกแรกในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 นโยบายที่ออกมาโดยรัฐบาลสะท้อนให้เห็นว่า รัฐบาลมองว่า



โรคระบาด/การแพร่ระบาดเป็นภัยคุกคามความมั่นคง เห็นได้จากการประกาศใช้
สภาวะฉุกเฉินตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 แล้วขยายเวลาต่อมาอีกหลายครั้ง

ภายใต้การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน รัฐบาลไทยพยายามทุกวิถีทาง
ในการควบคุมและหยุดยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อโรค เช่น การประกาศปิด
พรมแดนระหว่างประเทศที่เรียกว่าแทบจะปิดตาย การประกาศเขตพื้นที่ล็อกดาวน์
การห้ามผู้คนเคลื่อนย้ายข้ามจังหวัด และจำกัดเวลาออกนอกเคสสถาน โดยจังหวัด
สมุทรสาครเป็นจังหวัดเดียวที่มีการระบาดอย่างหนักในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ.
2563 จนถึงต้นปี พ.ศ. 2564 ทำให้ต้องประกาศปิดการเข้าออกและล็อกดาวน์
ทั้งจังหวัด ภายใต้สภาวะวิกฤติที่ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นแรงงานข้ามชาติ ศูนย์การ
รับมือโรคระบาดของจังหวัดสมุทรสาครได้ประกาศใช้โรงพยาบาลสนาม (field
hospital) ขึ้นเป็นครั้งแรกและจังหวัดแรก เพื่อแยกกัก ควบคุม และยับยั้งการ
ระบาดในหมู่แรงงานข้ามชาติทั้งพม่า ลาว กัมพูชา ที่อาศัย ทำงาน และเป็น
พื้นที่พียงภาคอุตสาหกรรมที่สำคัญของจังหวัด ต่อมาได้กลายเป็นโมเดลให้กับพื้นที่
อื่น ๆ ในการรับมือการระบาดในเดือนเมษายน พ.ศ. 2564

แม้ว่าโรงพยาบาลสนามจะไม่ใช่อะไรใหม่ในสังคมไทย แต่ถือเป็นครั้งแรกที่
มันถูกตั้งขึ้นเพื่อรองรับภัยพิบัติโรคระบาดในวงกว้างทั่วประเทศ เมื่อมอง
โรงพยาบาลสนามผ่านมุมมองทางมานุษยวิทยาและการศึกษาพื้นที่ เห็นได้ว่า เป็น
พื้นที่ซึ่งมีลักษณะพิเศษแตกต่างจากพื้นที่ทั่วไป โดยเกิดขึ้นในสภาวะฉุกเฉินเท่านั้น
และมีสภาวะชั่วคราว พื้นที่เช่นนี้เรียกร้องให้เข้าไปตั้งคำถาม ทำความเข้าใจ และ
สำรวจว่าทำหน้าที่อย่างไร การจัดการพื้นที่อย่างโรงพยาบาลสนามเป็นเช่นไร และ
สะท้อนความเป็นไปในสังคมไทยในช่วงวิกฤติได้อย่างไร

บทความวิจัยนี้เสนอว่า โรงพยาบาลสนามเป็นพื้นที่ชั่วคราวที่สร้างขึ้น
เพื่อตอบสนองสภาวะการฉุกเฉินซึ่งทำหน้าที่สองแบบ คือ การยับยั้งควบคุมโรค
ระบาดและการไหลเวียนของผู้คน พร้อมทั้งให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการ
อันมีความแตกต่างจากพื้นที่อย่างเช่นโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่รักษา หรือพื้นที่



ชายแดนที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนย้ายของผู้คนเพียงอย่างเดียวเท่านั้น การควบคุมโรคระบาดในโรงพยาบาลสนามนั้นทำทั้งในเชิงพื้นที่และเวลา รวมถึงใช้เทคโนโลยีเพื่อตรวจสอบตราสอดส่อง ในทางกลับกัน ก็จัดหาและให้ความใส่ใจดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่บุคลากรเห็นว่าดีที่สุดเท่าที่ทำได้ในช่วงเวลานั้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและออกจากโรงพยาบาลสนามได้ ความใส่ใจเช่นนั้นได้เปลี่ยนโรงพยาบาลสนามอันเป็นพื้นที่ไม่พึงปรารถนาแต่จำต้องอยู่ ไปเป็นพื้นที่ที่สามารถทนได้ ซึ่งได้เปลี่ยนความหมายของพื้นที่ออกไปจากเดิม

ภายใต้สภาวะวิกฤติที่เชื้อไวรัสสามารถกระจายไปติดคนทุกคนได้โดยไม่เลือกปฏิบัติทางเพศ ศาสนา อายุ หรือเชื้อชาติ ในช่วงแรก แรงงานข้ามชาติได้ถูกมองเห็นและถูกนับรวมในระบบสาธารณสุขของไทย (แม้ว่าอาจจะยังมีการเลือกปฏิบัติอยู่) แต่ต่อมาเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดรุนแรงขึ้น ทรัพยากรทางสาธารณสุขก็ถึงขีดจำกัด โรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนามที่มีอยู่แม้กระทั่งจะดูแลกลุ่มประชากรคนไทยเองก็เป็นไปด้วยความยากลำบาก แรงงานข้ามชาติจึงถูกผลักออกไปอยู่ชายขอบของการรักษาเช่นเดิม เกิดการกักแรงงานข้ามชาติไว้ในแคมป์ไฮด์ หรือปล่อยให้เอาชีวิตรอดกันเอง สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นว่า ร่างกายของแรงงานข้ามชาตินั้นตกหล่นไปจากการนับรวมหรือถูกกลไกของรัฐ (เช่น กฎหมาย) ทำให้มองไม่เห็น สะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมของ “ชีวิต” และชวนให้ตั้งคำถามต่อว่า ชีวิตของใครบ้างที่สำคัญ และใครบ้างควรจะมียุติที่ยืนยาว นอกจากนี้โรงพยาบาลสนามนั้นทำงานโดยพึ่งพาทรัพยากรเช่น บุคลากรทางการแพทย์จากหน่วยงานหรือพื้นที่อื่น ทำให้สามารถรับมือกับสถานการณ์เฉพาะหน้าที่กินเวลาสั้นๆ ได้ดี แต่อาจจะเกิดปัญหาขาดแคลนทรัพยากรได้หากการระบาดนั้นต่อเนื่องยาวนาน

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม-กันยายน พ.ศ. 2564 แม้ว่าจะเป็นช่วงที่มีภาระระบาดของโควิด-19 แต่ความหนักเบาจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่ ในช่วงเดือนพฤษภาคม การระบาดในจังหวัดสมุทรสาคร



ค่อนข้างเบา ผู้เขียนได้ลงพื้นที่ภาคสนามเพื่อสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในพื้นที่และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ดูแลโรงพยาบาลสนาม พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดสมุทรสาครจำนวน 2 แห่ง โดยเป็นการติดต่อผ่านสาธารณสุขจังหวัด และเมื่อมีการแพร่ระบาดหนักในระลอกที่สาม ผู้เขียนได้เลือกไปสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลศูนย์พักคอยในจังหวัดนครปฐม 2 แห่ง ที่มีความปลอดภัยและเลือกสัมภาษณ์ทางซูม (zoom application) เจ้าหน้าที่จากองค์กรเอกชนที่ดูแลและประสานงานการทำศูนย์พักคอยเพื่อแรงงานข้ามชาติ ที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก นอกจากนี้ผู้เขียนยังใช้การเก็บข้อมูลเอกสารผ่านสื่อและแหล่งข่าวออนไลน์ เช่น เว็บไซต์กรมการแพทย์ เว็บไซต์สมุทรสาคร Covid-19 เว็บไซต์ข่าว และโซเชียลมีเดีย เช่น เฟซบุ๊ก และยูทูบ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบเพิ่มเติม และมีการตรวจสอบข้อมูล (double check) ในแต่ละพื้นที่ที่ผู้เขียนได้ทำงานวิจัย ผู้เขียนตระหนักถึงจริยธรรมการวิจัยและการเก็บข้อมูลของผู้ถูกสัมภาษณ์ไว้เป็นความลับ ชื่อที่ปรากฏอยู่ในบทความชิ้นนี้เป็นชื่อสมมติทั้งหมด

2. สภาวะฉุกเฉิน การควบคุม การดูแลชีวิตและพื้นที่

การแพร่กระจายของโรคระบาด และความสามารถในการหยุดยั้งหรือควบคุมการแพร่กระจายนั้นส่งผลต่อความเป็นความตายของมนุษย์ ดังนั้นโรคระบาดจึงก่อให้เกิด “สภาวะฉุกเฉิน” ขึ้นในสังคมภายใต้สภาวะนี้ สังคมหรือรัฐบาลต้องเข้ามาจัดการตอบสนอง โดยออกมาตรการเพื่อหยุดยั้งหรือรับมืออย่างทันทั่วทั้งที่ ในประเทศไทยนับตั้งแต่การตรวจพบว่ามีผู้ติดเชื้อโควิด-19 เดินทางมาจากประเทศจีนมาอาศัยอยู่ในประเทศไทย รัฐบาลไทยนำโดยศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ได้ออกประกาศสภาวะฉุกเฉินทั่วราชอาณาจักร ผ่านทางราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 และได้ขยายต่อมาจนถึงปัจจุบัน (9 กุมภาพันธ์ 2565) ใจความสำคัญหลัก



ในประกาศคือ “การระบาดของโรคกระทบต่อความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยของประชาชน ซึ่งต้องใช้มาตรการเข้มงวดและเร่งด่วน เพื่อควบคุมไม่ให้โรคระบาดแพร่ออกไปในวงกว้าง” (Thai government gazette, 2020) เนื้อหาในประกาศสภาวะฉุกเฉินนี้ยังสะท้อนให้เห็นว่ารัฐบาลไทยมองว่า โรคระบาดเป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงของสังคม และในสภาวะฉุกเฉินนี้ มาตรการ กฎเกณฑ์ หรือกฎหมายที่เคยใช้ในสถานการณ์ปกตินั้นอาจถูกยกเลิกไป และแทนที่ด้วยกฎหมายใหม่ เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์เร่งด่วนที่กฎเกณฑ์เดิมอาจล่าช้าและไม่ทันการณ์ กระนั้นก็ดี การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่ดูเหมือนจะเป็นที่ยอมรับได้จากสังคมในตอนแรก ก็ได้ถูกตั้งคำถามเรื่องความจำเป็นหลังจากสภาวะฉุกเฉินที่ควรจะมีลักษณะชั่วคราวกลับถูกขยายออกไปเรื่อย ๆ อย่างไม่มีที่สิ้นสุด และสังคมไทยก็ดูเหมือนจะอยู่ในสภาวะฉุกเฉินชั่วคราวแบบถาวร

สำหรับรัฐบาลไทย “ชีวิต และความตาย” จากโรคระบาดโควิด-19 ถูกนำเสนอในรูปแบบของตัวเลขทางสถิติ เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อใหม่ ผู้เสียชีวิต และผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในแต่ละวันเท่านั้น แต่ขาดการมองมิติสังคมและความเป็นมนุษย์ การแก้ปัญหาเน้นการควบคุมและลดจำนวนผู้ติดเชื้อในประเทศ เช่น การล็อกดาวน์ เคอร์ฟิว การใส่หน้ากาก การเว้นระยะห่าง การห้ามมีการสังสรรค์ มาตรการต่าง ๆ ของรัฐนั้นมีขึ้นเพื่อช่วยชีวิตผู้คนจากไวรัส และสะท้อนให้เห็นถึงการเมืองของความพยายามปกครองร่างกายของพลเมือง (biopolitics /governing body) (Fassin, D., 2009 as cited in Foucault, 1979)

การปกครองร่างกายนั้นเป็นเรื่องของอำนาจ และปฏิบัติการของอำนาจที่เข้ามาอยู่ในชีวิตประจำวันของมนุษย์ งานศึกษาเรื่องอำนาจของมิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) สามารถแบ่งอำนาจออกเป็นสามแบบใหญ่ ๆ ได้แก่ อำนาจแบบระเบียบวินัย อำนาจแบบชีวญาณ และอำนาจแบบตรวจตราสอดส่อง การแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้เปิดเผยให้เห็นถึงอำนาจแบบตรวจตราสอดส่องที่เข้ามาติดตามตรวจสอบการเคลื่อนไหวและการเคลื่อนย้ายของผู้คนแบบเรียลไทม์



เห็นได้ชัดจากการนับสถิติผู้ป่วยใหม่โดยใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือดิจิทัลเข้ามาช่วย ซึ่งไปด้วยกันได้ดีกับมุมมองเรื่องความมั่นคงที่มองว่า ไวรัสคือภัยคุกคามร้ายแรง และต้องนำเอาการตรวจตราสอดส่องมาใช้ควบคุมการเคลื่อนย้ายและการแพร่กระจาย (Andrejevic & Volcic, 2021) ในพื้นที่อย่างโรงพยาบาลสนาม การตรวจตราสอดส่องทำงานได้ดีผ่านการออกแบบพื้นที่และเทคโนโลยี โดยการวางโครงสร้างให้มีรั้วรอบขอบชิด สามารถมองเห็นและสอดส่องได้โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ด้านนอก และมีกล้องวงจรปิดติดไว้ทั่วบริเวณหอผู้ป่วย ซึ่งจะแสดงให้เห็นในส่วนเนื้อหาของบทความ

ดิดิเย่ ฟัสแซง (Didier Fassin) (Fassin, 2009, p. 53) เห็นว่า การมองว่าชีวิตของทุก ๆ คนต่างเท่ากันนั้นบดบังความไม่เท่าเทียมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีมาก่อนหรืออาจจะเกิดจากโควิด-19 กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ มีความแตกต่างที่เด่นชัดระหว่าง “ชีวิตทางกายภาพ” และ “ชีวิตทางสังคมและการเมือง” ซึ่งเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขในการมีชีวิตอยู่ ชีวิตแบบไหนที่ควรอยู่ และควรอยู่นานเท่าไร เขาเรียกสิ่งนี้ว่า “ความชอบธรรมทางชีวิต” (biolegitimacy) ฟัสแซงเน้นย้ำในการอธิบายความคิดนี้ว่า เป็นการสร้าง การให้ความหมาย และคุณค่าของชีวิต ซึ่งไม่เหมือนกับแนวคิดเรื่อง อำนาจทางชีวิต (biopower) ที่บังคับ ควบคุม และให้คุณให้โทษกับชีวิต

สำหรับฟัสแซง เขาสนใจและให้ความสำคัญกับความชอบธรรมทางชีวิตมากกว่าอำนาจทางชีวิตที่ควบคุมหรือลงโทษประชากร ในวิกฤติการระบาดของโควิด-19 ฟัสแซงเห็นว่า การทำความเข้าใจเรื่อง “ชีวิต” ไม่สามารถมองแต่ทางกายภาพเท่านั้น แต่ต้องวิเคราะห์ถึงความไม่เท่าเทียมในการมีชีวิตด้วย เช่น ผู้คนที่อาศัยอยู่ในห้องหรือชุมชนที่หนาแน่นไม่สามารถเว้นระยะห่างทางกายภาพและทางสังคมได้ คนที่อาศัยอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล แรงงานที่อยู่ในระดับล่างของสังคมหรือแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระดับท้ายสุด ก็ไม่สามารถเข้าถึงบริการหรือความเท่าเทียมกันทางสังคมในทุก ๆ เรื่อง ไวรัสนั้นติดต่อนมนุษย์โดยไม่เลือกปฏิบัติ



แต่สังคมและสถาบันทางสังคมต่างหากที่แบ่งแยกผู้คน แน่แน่นอนว่าความเปราะบางและความไม่เท่าเทียมทางสังคมของชีวิตแรงงานข้ามชาตินั้นมีมาก่อน แต่การระบาดของโควิด-19 ได้ขยายความไม่เท่าเทียมนี้ให้กว้างออกไป การตั้งคำถามถึงความชอบธรรมทางชีวิตนั้นทำให้เข้าใจความเกี่ยวโยงระหว่างร่างกายและสังคมมากกว่าการมองร่างกายในฐานะที่ถูกควบคุมและปกครอง

ในทางเดียวกัน พอล ราบินาว (Paul Rabinow) (Rabinow, 1996) กล่าวถึงแนวคิด “ชีวสังคม” (biosociality) ซึ่งพยายามอธิบายถึงชุมชนทางสังคมที่เกิดขึ้นมาจากอาการเจ็บป่วยที่คล้ายกัน เช่น ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรงไฟฟ้านิวเคลียร์เซอร์โนบีลระเบิด หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน จะมีความรู้สึกเข้าอกเข้าใจซึ่งกันและกัน แนวคิดนี้สามารถนำไปอธิบายอาสามัครและลัทธิที่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลสนาม ซึ่งให้ความดูแลและเข้าอกเข้าใจผู้ป่วยโควิด-19 ได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพราะลัทธิหรืออาสามัครเหล่านี้มีประสบการณ์ร่วมกันกับผู้ป่วย

ฉะนั้น การคิดเรื่องความชอบธรรมทางชีวิตเพียงอย่างเดียวก็อาจไม่ครอบคลุมถึงเรื่องการดูแล ที่เป็นประเด็นใหญ่ไม่ต่างจากการควบคุมโรคระบาด โดยเฉพาะการดูแลในสถานการณ์ฉุกเฉินและการแพร่กระจายของโรคระบาด เพราะจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลต่อการดูแลรักษาที่เพิ่มมากขึ้นด้วย ฉะนั้น การดูแลไม่ได้เป็นแนวคิดที่ปราศจากอคติและความแตกต่างทางสังคม แต่สังคมนั้นกำหนดระบอบการดูแล (regime of care) มิเรียม ทิกทิน (Miriam Ticktin) กล่าวถึงระบอบการดูแลว่า เป็นสิ่งเกี่ยวกับการเมืองของการปกป้องและดูแลที่ใช้ความเจ็บป่วยของร่างกายมาเป็นกรอบวิธีการในการคัดเลือกและช่วยเหลือ ในกรณีของเธอ กลุ่มประชากรที่เธอศึกษาคือผู้ลี้ภัย ภายใต้กลุ่มประชากรนี้ จะมีกฎเกณฑ์การคัดเลือกกว่าผู้ใดจะเข้าถึงการดูแลได้ก่อน เช่น ผู้ที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงอย่าง HIV/AIDS หรือ ผู้ที่ถูกล่อลวงละเมิดทางเพศ กลุ่มผู้ลี้ภัยที่มีเงื่อนไขทางสุขภาพ หรือถูกล่อลวงละเมิดทางเพศมักได้รับคัดเลือกให้เข้ากระบวนการ



ขอล้ำเร็วกว่าคนอื่น ๆ ทักทินเห็นว่าความคิดภายใต้กระบวนการเหล่านี้มักจะสถาปนาชุดจริยธรรมแบบหนึ่ง เรียกกระบวนการและระบบนี้ว่า ระบบการดูแลที่จะเลือกกว่าใครหรือร่างกายแบบใดสมควรได้รับความช่วยเหลือก่อน และร่างกายแบบใดที่ควรถูกกำจัดออกไป อย่างไรก็ตามก็ดี แนวคิดเรื่องระบบการดูแลยังขาดการให้ความหมายของการดูแลที่เป็นหัวใจสำคัญในเรื่องนี้ (Ticktin, M., 2006)

แอนน์มารี โมล และ อนิต้า ฮาร์ดอน (Annemarie Mol and Anita Hardon) (Mol and Hardon, 2021: 185) อธิบายถึง “การดูแล” (caring) ว่าเป็นกิจกรรมไม่ใช่พื้นที่หรืออาณาบริเวณ การดูแลเป็นมากกว่าเพียงคำนาม แต่ยังเป็นกริยา [ดังคำภาษาอังกฤษว่า “care” ซึ่งสามารถแปลเป็นภาษาไทยว่า “(ความ)ห่วงใย” ได้ด้วย] การดูแล เช่น การดูแลผู้สูงอายุ หรือการรักษาพยาบาลจึงมีความซับซ้อน เกี่ยวพันกับอารมณ์และความรู้สึกของการได้รับการเอาใจใส่ เป็นการปฏิบัติที่จะนำไปสู่การบรรเทา การรักษา การฟื้นฟู หรือการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีของบางสิ่งบางอย่าง โมลและฮาร์ดอนสนใจการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี เพราะการดูแลนั้นไม่ได้เป็นสิ่งที่เป็กลางปราศจากความหมาย แต่กลับขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชนหรือสิ่งที่สังคมนั้นให้คุณค่านอกจากนี้ สิ่งที่เราเรียกว่าการดูแลที่คตินั้นไม่ได้มาจากมุมมองของผู้ให้การดูแลแต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีมุมมองของผู้รับ สิ่งมีชีวิตอื่น ๆ รวมถึงสิ่งแวดล้อมด้วย มันจึงเต็มไปด้วยความหมายที่หลากหลาย แต่กระนั้น การดูแลไม่จำเป็นต้องประสบความสำเร็จเสมอไป และการดูแลไม่ใช่การควบคุม แต่ต้องมีการสำรวจตรวจสอบและปรับตัวอยู่เสมอ เพราะผู้ให้การดูแลต้องตอบสนองต่อสิ่งไม่คาดคิดที่เข้ามาตรงหน้า และคาดหวังว่าสิ่งไม่คาดคิดนั้นจะเกิดขึ้นอยู่เสมอ ๆ ด้วย

จะเห็นได้ว่าการดูแลนั้น แม้ในสถานการณ์ปกติก็มีความซับซ้อนและมีความคาดหวังทั้งของผู้ให้และผู้รับ แต่ในพื้นที่อย่างโรงพยาบาลสนามมีบริบทของสถานะฉุกเฉินที่ต้องการควบคุมโรคระบาดโดยเร่งด่วน ซึ่งน่าจะส่งผลให้ปฏิบัติการดูแลแตกต่างออกไปอีก บทความนี้นำแนวคิดเรื่องการดูแลมาช่วยอธิบายและ



ทำความเข้าใจว่า ในสถานการณ์โรคระบาดซึ่งอยู่ในพื้นที่ชั่วคราวและยังเป็นสภาวะฉุกเฉินจะมีรูปแบบและปฏิบัติการดูแลเป็นอย่างไร

แนวคิดสุดท้ายที่นำมาใช้ในการอธิบายโรงพยาบาลสนามคือ แนวคิดเรื่อง “พื้นที่” ในฐานะที่โรงพยาบาลสนามคือพื้นที่แบบหนึ่ง และภายในพื้นที่นี้ การตรวจตราสอดส่องและการดูแลได้ปฏิสังสรรค์กันอยู่ตลอดเวลา ในทางระบาดวิทยา พื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่แสดงให้เห็นสถานการณ์การแพร่ระบาดหรือเป็นปัจจัยที่ต้องนำมาวิเคราะห์เพื่อควบคุมการระบาด แต่บทความนี้สนใจโรงพยาบาลสนามในฐานะพื้นที่ทางสังคมแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นในสภาวะชั่วคราวและฉุกเฉิน แนวคิดเกี่ยวกับพื้นที่ในรูปแบบนี้ สามารถหาได้จากพื้นที่อื่น ๆ ที่มีรอบการมองคล้ายกัน เช่น ค่ายผู้ลี้ภัย ก็เป็นพื้นที่ที่สร้างขึ้นมาสภาวะฉุกเฉิน เพราะมีผู้อพยพหนีภัยสงครามมาขอความช่วยเหลือ อาจจะมีคนบาดเจ็บ เด็ก คนชรา หรือคนเปราะบางกลุ่มอื่น ๆ พื้นที่นี้มีลักษณะชั่วคราวและโดดเดี่ยว มักจะตั้งอยู่ห่างจากชุมชนรอบ ๆ เพื่อแบ่งแยกระหว่างประชากรของรัฐ และกลุ่มคนที่ไม่ใช่ประชากรของรัฐนั้น โดยเป็นไปเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือทำได้ง่ายกว่าการให้ผู้ลี้ภัยอยู่กระจัดกระจาย

พื้นที่แบบนี้มักจะถูกมองจากนักวิชาการทางสังคมศาสตร์ว่าเป็นพื้นที่ที่ตกอยู่ภายใต้สภาวะยกเว้น (state of exception) (Agamben, 2005) คนที่อยู่ในพื้นที่นี้มักจะไม่มีชีวิตทางการเมือง กล่าวคือ เมื่อเขาเดินเข้ามาในพื้นที่นี้ก็กลายเป็นคนที่ไร้ตัวตน ไม่ได้รับการปกป้องจากรัฐไม่ว่าจะเป็นรัฐที่จากรัฐหรือรัฐที่รองรับเขาอยู่ อย่างที่ได้กล่าวไปข้างต้นว่าโรงพยาบาลสนามเป็นพื้นที่แบบหนึ่ง การมองในมุมมองนี้จะช่วยทำความเข้าใจการตรวจตรา สอดส่อง และการดูแลที่ถูกนำไปปฏิบัติ และสะท้อนให้เห็นปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองสิ่งนี้ภายใต้เงื่อนไขของสภาวะฉุกเฉินที่ทำให้เกิดความแตกต่างจากพื้นที่ทั่วไป



3. นิยามและโครงสร้างโรงพยาบาลสนาม

ในปี ค.ศ. 1918 ถนนในนครนิวยอร์กได้กลายมาเป็นโรงพยาบาลสนาม เพื่อใช้รักษาผู้ป่วยจากโรคไข้หวัดสเปน นับเป็นครั้งแรกของโลกที่โรงพยาบาลสนามได้เกิดขึ้น ต่อมาได้ถูกใช้อย่างกว้างขวางในพื้นที่ที่มีการสู้รบ ค่ายผู้ลี้ภัย พื้นที่ประสบภัยพิบัติธรรมชาติ และพื้นที่โรคระบาด กรณีเชื้อไวรัสอีโบล่าแพร่ระบาดในปี ค.ศ. 2013 ในประเทศแถบแอฟริกา เช่น ไลบีเรีย โรงพยาบาลสนามมีบทบาทสำคัญในการยับยั้งการระบาดและรักษาคนไข้ และในวิกฤติโรคระบาดของไวรัสโคโรนาในปี ค.ศ. 2020 มีหลายประเทศที่นำเอาโรงพยาบาลสนามเข้ามาใช้แยกกักและดูแลคนไข้ เช่น ประเทศจีน และสหรัฐอเมริกาเบิรมิเรตส์ เป็นต้น

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้นิยามโรงพยาบาลสนามว่า เป็นโรงพยาบาลเคลื่อนที่เพื่อให้การรักษาพยาบาล และมักจะถูกใช้ในสภาวะวิกฤติและฉุกเฉินที่ชีวิตและความตายมีเส้นแบ่งบาง ๆ กันอยู่เท่านั้น เช่น ในพื้นที่สู้รบ ค่ายผู้ลี้ภัย หรือพื้นที่ที่ประสบภัยพิบัติธรรมชาติ โดยโรงพยาบาลสนามนั้นต้องมีลักษณะของการพึ่งพาตัวเอง สามารถช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นหรือฉุกเฉินในพื้นที่ที่มีความยากลำบาก และสามารถเป็นพื้นที่พักพิงชั่วคราวให้แก่ผู้ประสบภัยหรือผู้ป่วย (World Health Organization, 2003)

ในประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำกัดความว่า โรงพยาบาลสนามเป็น “สถานที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลซึ่งเกินศักยภาพการจัดระบบบริการในการรองรับผู้ป่วย ทั้งนี้การจัดตั้งจะตั้งนอกสถานพยาบาล ขึ้นกับการดำเนินการของหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ เช่น วัด โรงเรียน โรงยิมหรือหอประชุมขนาดใหญ่” โรงพยาบาลสนามสามารถให้บริการตั้งแต่การสอบสวนโรค การคัดกรองและการวินิจฉัยแบบที่เดียวจบ (one stop service) และรักษาผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงหรือมีอาการคงที่ ซึ่งได้รับการรักษาให้พ้นวิกฤติมาจากโรงพยาบาลแล้ว (Department of Medical Services, 2021)



โรงพยาบาลสนามไม่ใช่เรื่องใหม่ในทางสาธารณสุขหรือในสังคมไทย แต่ก็ยังไม่ได้รับการศึกษามากนัก ในประเทศไทย หลังเหตุการณ์พิบัติภัยสึนามิที่ภาคใต้ในปี พ.ศ. 2547 โรงพยาบาลสนามกลายเป็นที่สนใจเป็นครั้งแรกโดยได้ถูกบรรจุเข้ามาในแผนการรับมือภัยพิบัติธรรมชาติ (Wun'Geao, 2007) แต่ทว่ายังไม่เคยได้ใช้ในสภาวะฉุกเฉินโดยเฉพาะในสถานการณ์โรคระบาด จนกระทั่งเกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ระลอกที่สองในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ในจังหวัดสมุทรสาคร โดยเริ่มจากคลัสเตอร์ตลาดกลางกุ้งที่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19

จังหวัดสมุทรสาครจัดการรักษาผู้ป่วยในตอนแรกทั้งชาวไทยและแรงงานข้ามชาติในโรงพยาบาลโดยใช้หอผู้ป่วยรวม (cohort ward) ซึ่งแบ่งพื้นที่ชัดเจนระหว่างคนไข้ที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อโควิด-19 แต่ผู้ติดเชื้อได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนห้องแยกโรคมีไม่เพียงพอ ทางผู้ว่าราชการจังหวัดจึงเลือกใช้พื้นที่สาธารณะในจังหวัด เช่น โรงเรียน หรือวัด เพื่อจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม แต่ชาวบ้านในพื้นที่วิตกกังวลว่าจะมีผู้ป่วยโควิดจำนวนมากมาอยู่ในละแวกบ้านของตน จึงประท้วงไม่ให้ตั้งโรงพยาบาลสนามขึ้นในเขตชุมชน โรงพยาบาลสนามได้เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกและแห่งแรกที่ศูนย์กีฬาจังหวัด โดยใช้ชื่อว่า “ศูนย์ห่วงใยคนสาคร” การที่ใช้ชื่อนี้ก็เพื่อช่วยลดความกลัวและวิตกกังวลที่เกิดจากการเรียกว่าโรงพยาบาลสนาม ศูนย์ห่วงใยคนสาครได้เกิดขึ้นอีกหลายแห่งเพื่อรองรับผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการ และประสบความสำเร็จในการควบคุมและหยุดการระบาดจนกลายเป็นต้นแบบให้แก่จังหวัดอื่น ๆ



วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565

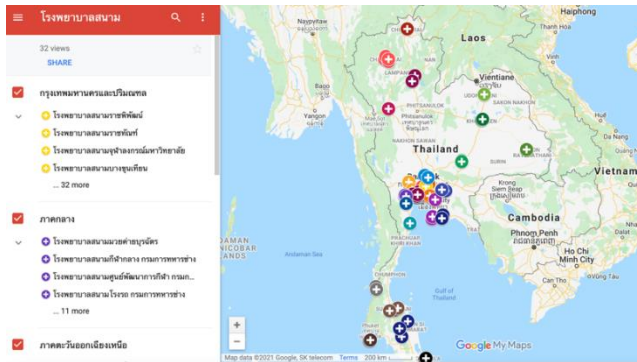


Figure 1 จุดสีหลากหลายแสดงให้เห็นโรงพยาบาลสนามในแต่ละจังหวัด ผู้เขียนได้พยายามรวบรวมไว้ตั้งแต่ต้นจนถึงกลางเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564
ที่มา: รวบรวมโดยผู้เขียนเอง และนำมาแสดงโดยใช้ Google Maps

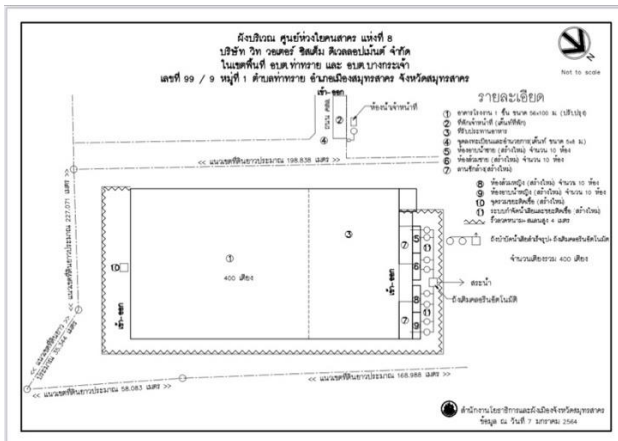


Figure 2 แผนผังโรงพยาบาลสนามแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี



Figure 3 เตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาลสนาม

ที่มา: ภาพถ่ายจากศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร

4. การเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อและโรงพยาบาลสนามที่เปลี่ยนแปลง

หลังการระบาดของไวรัสโควิด-19 ระลอกที่สามจากคลัสเตอร์บ่อนการพนันที่จังหวัดระยอง คลัสเตอร์สถานบันเทิง คลัสเตอร์ไซต์งานก่อสร้าง คลัสเตอร์ชุมชนคลองเตย และคลัสเตอร์เรือนจำในกรุงเทพมหานคร ไวรัสได้กลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์เดลต้าซึ่งส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อพุ่งสูงขึ้นทั่วประเทศ จากข้อมูลที่ว่าวิจัยได้จัดเก็บในช่วงเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2564 พบว่า มีโรงพยาบาลสนามเกิดขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วยเกือบ 100 แห่งทั่วประเทศ รวมทั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (hospital) และศูนย์พักคอย (community isolation) เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการ แต่สถานการณ์การระบาดระลอกสามนั้นหนักและยาวนาน ทรัพยากรสาธารณสุขมีไม่เพียงพอจนถึงขั้นวิกฤติ ทำให้ผู้ป่วยอาการหนักบางรายเสียชีวิตขณะรอเข้ารับการรักษา ในเวลานั้น ศบค. ได้ให้มีการกักตัวในชุมชนโดยใช้ศูนย์พักคอย และกักตัวที่บ้าน (home isolation) โดยใช้ไคดส์เพื่อแบ่งผู้ป่วยตามลักษณะความรุนแรงและอาการออกเป็น 1. สีเขียว หมายถึง ผู้ที่ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย



สามารถกักตัวอยู่ที่ศูนย์พักคอยหรือที่บ้าน โดยมีเจ้าหน้าที่ อสม. เป็นผู้ดูแลและมี
ผู้นำยา อาหาร เครื่องดื่ม และของใช้จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตไปให้
2. สีเหลือง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลาง ซึ่งสามารถเข้ามารักษาใน
โรงพยาบาลสนามได้ และ 3. สีแดง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ไม่สามารถ
หายใจได้ด้วยตนเอง จะถูกส่งไปโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลสนามบางแห่งที่ปรับ
ให้เป็นโรงพยาบาลระดับสองเพื่อรองรับผู้ป่วยวิกฤติ

ในจังหวัดปริมณฑลที่ติดกับกรุงเทพมหานคร เช่น จังหวัดนครปฐม มี
ผู้เดินทางไป-กลับระหว่างทั้งสองเมืองอยู่ตลอดเวลา ตัวแทน อบต.ลานตากฟ้า
อำเภอนครชัยศรี ให้ข้อมูลว่า ผู้ที่มีผลเป็นบวกส่วนใหญ่จะรับเชื้อมาจากกรุงเทพฯ
ในช่วงที่ยังมีผู้ติดเชื้อจำนวนน้อย เทศบาล และ อบต. จะใช้การกักตัวที่บ้าน และ
มีการส่งอาหาร น้ำดื่ม และยาให้ผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 14 วัน แต่ในระลอกที่สามที่
ผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นราวหนึ่งพันคนเกือบทุกวัน ทางเทศบาล และ อบต. ได้จัดตั้ง
ศูนย์พักคอย 2 แห่งในเขตตำบลลานตากฟ้า โดยทำหน้าที่ 2 แบบ คือ 1. ศูนย์แยกกัก
ใช้แยกผู้ที่มีความเสี่ยงสูงออกจากบ้านที่ตนเองพักอยู่เพื่อไม่ให้แพร่กระจายเชื้อ
ให้กับสมาชิกที่เหลือในบ้าน ให้มารอดูอาการและทำการเอกซเรย์ปอด 2. ศูนย์พัก
คอย เป็นที่พักสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล หรือออกจาก
โรงพยาบาลสนามมารอพักฟื้นเป็นเวลา 5-10 วัน เมื่อแน่ใจว่าหายดีปราศจากเชื้อ
โควิดแล้วก็สามารถกลับไปที่บ้านและชุมชนของตนเอง

ในพื้นที่ที่มีประชากรแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่หนาแน่น เช่น จังหวัด
สมุทรสาคร อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และจังหวัดเพชรบุรี มีมาตรการการกักตัว
สำหรับพื้นที่ที่มีแรงงานมากกว่า 100 คนขึ้นไป โดยหากพบว่าสถานประกอบการ
หรือโรงงานใดมีผลผู้ติดเชื้อเป็นบวกประมาณร้อยละ 50 จะต้องดำเนินการ
bubble and seal ทั้งโรงงานและทำการกักตัวในโรงงาน (factory quarantine)
ซึ่งก็จะมีการนำที่จากโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนามหมุนเวียนกันไปประจำอยู่
ในกรณีของเมืองชายแดนอย่างอำเภอแม่สอดมีลักษณะภูมิประเทศที่มีพรมแดน



ธรรมชาติอยู่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้มีการไหลเวียนของผู้คนอยู่ตลอดเวลา (ซึ่งเรียกลักษณะเช่นนี้ว่า ชายแดนที่มีรูปพรุน) โดยแรงงานจะเข้ามาด้วยระบบที่ต่างจากจังหวัดสมุทรสาคร กล่าวคือ ได้รับอนุญาตให้เข้ามาทำงานได้ 15 วัน แล้วต้องกลับออกไปทำเอกสารเพื่อกลับเข้ามาใหม่ ข้อจำกัดทางกฎหมายเช่นนี้ทำให้แรงงานมีสถานะคลุมเครือ จึงไม่สามารถไปรักษาที่โรงพยาบาลสนามหรือศูนย์พักคอยที่ตั้งขึ้นมาได้ นอกจากนี้แรงงานข้ามชาติกลุ่มนี้ยังพักอาศัยอยู่กับเพื่อนหรือญาติในห้องพักเดียวกันห้องละหลายคน จึงประสบความยากลำบากในการกักตัวในพื้นที่ ที่คับแคบ ทางออกที่องค์กรเอกชนทำคือ การตั้ง “ศูนย์พักคอยเถื่อน” หรือ “CI เถื่อน” โดยใช้อาคารที่แรงงานอาศัยอยู่นั้นเองมาทำเป็นศูนย์พักคอยและกักตัว

ส่วนแรงงานข้ามชาติในภาคการก่อสร้างจะถูกกักตัวเอาไว้ในพื้นที่ก่อสร้างหรือแคมป์ไซต์ของตัวเอง และห้ามเดินทางออกไปภายนอกตามที่รัฐบาลไทยได้ประกาศไว้ ด้านแรงงานในภาคเกษตรกรรมส่วนหนึ่งก็ถูกกักตัวอยู่ในฟาร์มปศุสัตว์ เช่น โรงเลี้ยงไก่ที่ถูกเปลี่ยนให้เป็นโรงพยาบาลสนาม

Figure 2 แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลสนามในประเทศไทยนั้นถูกใช้แตกต่างกันในแต่ละระลอกของการระบาด และสามารถปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของสถานที่ และผู้คนที่ต้องใช้ โดยเฉพาะการเรียกชื่อที่แตกต่างกันไป เช่น โรงแรม สนาม แพคตอรีควอรันทีน ศูนย์พักคอย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเกี่ยวพันกันระหว่างเรื่องสุขภาพ การยับยั้งโรคระบาด และสถานะทางกฎหมาย ในส่วนถัดไปจะอภิปรายโรงพยาบาลสนามในฐานะพื้นที่ระหว่างการควบคุม-ดูแล



Table 1 รูปแบบและความแตกต่างของโรงพยาบาลสนามและผู้เข้าใช้บริการ

ระลอกการระบาด	โรงพยาบาลสนามที่เกิดขึ้น	ผู้ที่เข้าใช้
ระลอกแรก ม.ค.-พ.ค.63	- โรงแรมสนาม (hospital) - ลานวัด ศาลาการเปรียญ - ถนน	คนไทยที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศ (นักท่องเที่ยว นักเรียน บุคลากรของรัฐ) แรงงานไทยที่กลับจากเกาหลี แรงงานไทยที่กลับจากมาเลเซีย
ระลอกสอง ธ.ค.63-มิ.ย.64	- โรงพยาบาลสนามแบบติดแอร์ - ห้องพักของมหาวิทยาลัย - โรงพยาบาลสนามแบบเปิดโล่ง และ Factory quarantine	นิสิตและบุคลากรจุฬาฯ นิสิตนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ แรงงานข้ามชาติในจ.สมุทรสาคร จ.เพชรบุรี
ระลอกสาม ก.ค.- ต.ค.64	- โรงพยาบาลสนามของเอกชน - โรงพยาบาลสนามแบบเปิดโล่ง - กักตัวที่บ้าน (home isolation) - ศูนย์พักคอย - เล้าไก่ - เเพงพักแรงงาน (camp site) - CI เลื่อน	ผู้ติดเชื้อชาวไทยที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เอง ผู้ติดเชื้อชาวไทยที่มีอาการไออย่างรุนแรง/ไม่สามารถหายใจเองได้ ผู้ติดเชื้อชาวไทยที่ยังไม่แสดงอาการหรือรอเตียงว่าง ผู้ที่ติดเชื้อชาวไทยรอเข้ารับ การรักษา หรือออกจากโรงพยาบาลสนามแล้ว แรงงานข้ามชาติใน จ.สระบุรี แรงงานข้ามชาติที่อาศัยในไซต์งานก่อสร้างทั่วกรุงเทพฯ แรงงานข้ามชาติใน อ.แม่สอด จ.ตาก

ที่มา: ผู้เขียนได้รวบรวมรูปแบบของโรงพยาบาลสนามที่ถูกสร้างขึ้นในแต่ละช่วงการระบาด



5. พื้นที่ระหว่างการควบคุม-ดูแล

“จุดประสงค์ของการตั้งโรงพยาบาลสนาม คือ เพื่อแยกผู้ติดเชื้อออกจากผู้ที่ไม่ติดเชื้อเพื่อตัดวงจรการติดต่อของโรค...เราให้เขามาอยู่ที่นี่เพื่อติดตามอาการ ถ้าเขาป่วย หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงจะได้ตรวจสอบได้ง่ายกว่าที่เขาอยู่ที่ชุมชนแออัด” (Dr.Aim, BBC Thai, 2021)

หากย้อนกลับไปดูนโยบายและประกาศต่าง ๆ ของรัฐบาลไทยตั้งแต่เกิดการระบาดของโควิด-19 ในระลอกแรก เช่น การประกาศปิดประเทศ ปิดสนามบิน และชายแดน ห้ามไม่ให้มีการเคลื่อนย้ายของผู้คน การบังคับให้ผู้เดินทางเข้าประเทศต้องกักตัวในพื้นที่ที่รัฐจัดให้หรือพื้นที่ทางเลือกเป็นเวลา 14 วัน รวมถึงการห้ามเดินทางข้ามจังหวัด ปิดโรงเรียน สวนสาธารณะ ที่ออกกำลังกายรวมถึงสถานที่ต่าง ๆ เห็นได้ชัดว่า แนวคิดและแนวทางหลักที่รัฐบาลไทยใช้ในการยับยั้งโรคระบาดโควิด-19 คือ “การควบคุม” โดยเฉพาะการควบคุมการเคลื่อนย้ายประชากรนอกและในประเทศ เมื่อโควิด-19 ระบาดภายในประเทศเป็นระลอกที่สองแล้ว โรงพยาบาลสนามจึงเป็นพื้นที่ที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ควบคุมและยับยั้งโรคระบาด และทำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการไปพร้อมกัน ๆ ตามที่ได้เสนอไปแล้วข้างต้นในส่วนของ นโยบาย บริบท และการจัดการ จากข้อมูลที่ได้จากการลงพื้นที่โรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยหลายแห่ง ในส่วนนี้ผู้เขียนต้องการแสดงให้เห็นว่า การควบคุม-ดูแล สะท้อนอะไรบ้างในพื้นที่กายภาพและการปฏิบัติ

การควบคุมผ่านการตรวจตราสอดส่อง

“หลังจากผู้ป่วยเดินพ้นเขตพักคอย และเดินเข้าไปสู่โถงกลางที่เต็มไปด้วยเตียงของคนไข้คนอื่น ๆ ผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่ที่นั่นอีก 14 วันจนกว่าจะได้ออกมา นอกจากนี้ทุกเช้าและเย็น คนไข้มีหน้าที่ต้องเดินมาตรวจอุณหภูมิร่างกาย” คุณหม่อม พยาบาลผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการโรงพยาบาลสนามได้ชี้ให้ผู้เขียนดูในหน้าจอคอมพิวเตอร์ขนาดใหญ่หลายจอ แต่ละจอแสดงภาพพื้นที่แต่ละโซน มีทั้งโซนแรกรับ โซนซักล้าง โซนโต๊ะรับประทานอาหาร โซนขยะ โซนสันทนากการ จุดที่เธอ



ชี้ให้ผู้เขียนดูคือรอยต่อระหว่างโซนพักคอยของผู้ป่วย ซึ่งติดกับโถงทางเดินมายัง ส่วนกลางที่เป็นโซนตั้งเตียงนอน กล้องวงจรปิดนั้นทำงานอย่างเคร่งครัดและไม่หยุดพัก มันกำลังตรวจตราสอดส่องแต่ละโซนอย่างเข้มงวด ไม่มีพื้นที่ไหนใน โรงพยาบาลสนามแห่งนี้สามารถอดพ้นสายตาของเจ้ากล้องวงจรปิดขาดเดียวนี้ได้ ไม่ไกลจากจอมอนิเตอร์ คือโต๊ะที่มีตะกร้าใส่แฟ้มประวัติคนไข้ ถัดจากนั้นคือโต๊ะ ที่มีคอมพิวเตอร์และไมโครโฟนตั้งอยู่ ผนังด้านหน้าเป็นกระจกโปร่งใส อนุญาตให้ หมอได้มองเห็นและพูดคุยสอบถามอาการคนไข้ได้ ภายในหออาคารโรงพยาบาล สนามมีกำแพงสูงลิ่ว ด้านบนมีรั้วลวดหนามกางชิงไว้



Figure 4 กล้องวงจรปิดและจอมอนิเตอร์ที่ใช้ตรวจตราสอดส่องพื้นที่ใน
โรงพยาบาลสนาม



Figure 5 โต๊ะสำหรับให้แพทย์ได้สอบถามอาการของผู้ป่วย

การควบคุมผ่านการใช้เทคโนโลยีกล้องวงจรปิดตรวจตราสอดส่องนี้ ทำให้พื้นที่โรงพยาบาลสนามนั้นถูกมองเห็นอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยจึงรู้สึกขาดความเป็นส่วนตัว แม้จะอ้างได้ว่ามีไว้เพื่อสังเกตอาการของคนไข้อย่างใกล้ชิด แต่ก็ทำให้โรงพยาบาลสนามที่สังเกตเห็นได้ในเชิงกายภาพดูคล้ายคลึงกับคุกที่นักโทษรู้สึกว่าตนถูกจับจ้องอยู่ตลอดเวลา ในพื้นที่นี้ ผู้ป่วยไม่มีอิสรภาพ ไม่สามารถเดินทางออกไปไหน และไม่อาจมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนอื่น ๆ นอกพื้นที่ การจะออกจากที่นี่ได้ต้องผ่านขั้นตอนการตรวจหาเชื้อและต้องใช้เอกสารรับรองที่เรียกว่าหนังสือการปล่อยตัว เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาและกักตัวจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ต้องกลับไปทำงาน



การควบคุมผ่านพื้นที่กายภาพ

เราสามารถเห็นการควบคุมในเชิงกายภาพได้ตั้งแต่การคัดเลือกและจัดการพื้นที่ ที่ตั้งโรงพยาบาลสนามนั้นจะต้องแยกออกจากชุมชนและตลาด และจะต้องมีกำแพงล้อมรอบที่ได้แสดงให้เห็นมาก่อนหน้าใน Figure 2 แผนผังของโรงพยาบาลสนามที่อยู่แยกออกจากชุมชนรอบ ๆ และมักจะมีทางเข้า-ออกเพียงทางเดียว การจัดวางพื้นที่กายภาพเช่นนี้ สะท้อนถึงการมองผู้ป่วยในฐานะร่างกายที่ปนเปื้อน เป็นพาหะที่มีศักยภาพในการแพร่กระจายเชื้อโรค จึงจำเป็นต้องแยกมา กักไว้ เพื่อควบคุมการไหลเวียน การเคลื่อนย้าย และตัดขาดความสัมพันธ์ทางสังคม ในเชิงกายภาพของผู้ป่วยไปชั่วคราวเพื่อหยุดการแพร่ระบาด

คุณชูศักดิ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับหน้าที่ดูแลจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย เล่าว่า ตั้งแต่โรงพยาบาลสนามก่อตั้งขึ้น เขาต้องไปช่วยวางระบบ ตรวจสอบว่า โรงพยาบาลสนามแต่ละแห่งได้มาตรฐานหรือไม่ บ่อบำบัดใหญ่พอและติดตั้งอย่าง ถูกวิธีหรือไม่ มีจุดใดที่น้ำเสียจากโรงพยาบาลจะรั่วไหลออกไปสู่ท่อระบายน้ำของ เทศบาลหรือแหล่งน้ำธรรมชาติได้หรือไม่ รวมถึงการกำจัดขยะของเสียที่มาจาก ผู้ป่วย ซึ่งจะต้องทำอย่างระมัดระวังและมีระเบียบขั้นตอน คุณชูศักดิ์เห็นว่า ระบบ บำบัดน้ำเสียที่โรงพยาบาลสนามส่วนใหญ่มีนั้นค่อนข้างดี มีการเติมคลอรีน เพื่อ ฆ่าเชื้อตามแนวทางที่กำหนดไว้ แต่เขาก็กังวลในเรื่องน้ำเสียจากศูนย์พักคอย และ บ้านที่ผู้ป่วยแยกกักตัว เพราะน้ำเสียจากสถานที่เหล่านี้จะถูกระบายออกไปตามท่อ น้ำทิ้งทั่วไป จะเห็นได้ว่า การควบคุมพื้นที่ทางกายภาพนั้นนอกจากควบคุม การเคลื่อนย้ายของผู้ป่วยแล้วยังควบคุมการแพร่กระจายของไวรัสผ่านของเสียจาก ร่างกายของผู้ป่วยด้วย

การควบคุมในมิติเวลา

เมื่อพูดถึงการควบคุม เรามักจะนึกถึงเพียงการจำกัดการเคลื่อนไหว ภายในพื้นที่ แต่ในโรงพยาบาลสนาม การควบคุมยังทำในมิติของเวลาด้วย กล่าวคือ โรงพยาบาลสนามทำหน้าที่กำหนด “ระยะเวลา” ที่ร่างกายของผู้ป่วยแบบไม่แสดง



อาการจะต้องถูกกักอยู่จนสิ้นสุดกระบวนการ ซึ่งก็คือ 14 วัน ผู้ป่วยทุกคนรับรู้ว่าจุดสิ้นสุดของการกักตัวจะอยู่ที่วันไหน ดังนั้นจึง “ยินยอม” ที่จะสูญเสียอิสรภาพของตนไปในเวลานั้น กระบวนการกักตัวนี้จะไม่ทำได้เลยถ้าผู้ป่วยไม่รู้จุดสิ้นสุดหรือระยะเวลาที่แน่นอน แต่กระนั้น เวลา 14 วันของผู้ป่วยแต่ละคนก็แตกต่างกันสำหรับแรงงานปกขาวที่นั้งทำงานในอาคาร มันอาจเป็นช่วงเวลาที่ได้พัก ได้ใช้อ่านหนังสือ ดูซีรีส์ หรือผลิตบทความวิชาการได้ แต่สำหรับแรงงานข้ามชาติหรือผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวแล้ว มันคือเวลาที่พวกเขาเสียไปอย่างเปล่าประโยชน์ เพราะไม่สามารถทำงานหรือสร้างประโยชน์ให้เกิดขึ้นเองได้

การดูแล

“อยู่ในนี้หลาย ๆ วันก็เบื่อ คนไข้มีรีเคสขอให้เปิดเพลงให้ฟัง ก็เปิดทั้งเพลงไทย เพลงพม่า เพลงอังกฤษ วนไปแล้วแต่ว่าเขาจะขอเพลงไหนมา” พยาบาลอีกท่านพูดขึ้นมากด้วยความเข้าใจในสถานการณ์ “โรงพยาบาลสนามบางแห่งมีเปิดลีกฟุตบอล มีแข่งขันตะกร้อ พวกสตาฟก็ไปหาลูกบอล ลูกตะกร้อมาให้เตะ มีถ้วยให้ด้วย สนุกสนานมีความสุขกัน คนไข้บางคนไม่อยากออกไปเลย เขาอยู่ในนี้เขาแฮปปี้” คุณชูกีส ผู้ดูแลเรื่องการจัดการของเสียในโรงพยาบาลสนามแบ่งปันประสบการณ์ที่เขาได้รับรู้ระหว่างทำงานในโรงพยาบาลสนามให้ฟัง

ในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอย ผู้เขียนได้ถามถึงปัญหาที่พบเจอและความหนักใจในการทำงาน เพราะต้องดูแลคนไข้หลายร้อยคน คุณหม่อมบอกผู้เขียนว่า

“ก็มีปัญหาเฉพาะหน้าเข้ามาทุกวัน เช่น ผนตกและสาดเข้ามาถึงเตียงคนไข้ ก็ต้องช่วยกันย้ายและทำที่บังยั่นออกไป คนไข้ก็มีบ่นเรื่องร้อน เพราะที่โรงพยาบาลสนามนี้เคยเป็นโรงงานเก่ามาก่อน แม้ว่าจะเปิดโล่งให้อากาศถ่ายเท แต่ตอนกลางวันก็ร้อนมาก ต้องหาพัดลมมาให้คนไข้ใช้ ทุก ๆ วันมีคนไข้เกาที่กักตัวครบแล้วก็ออกไป คนไข้ใหม่ก็เข้ามา วนอยู่ทุกวัน คนไข้บางคนเขาก็มีญาติมาเยี่ยมบ้าง เอาข้าวมาให้ เขาคงเบื่ออาหารในนี้ อาจไม่ถูกปาก แต่เขาไม่ได้มีแค่ข้าวเหนียว



เอาบุหรี เอาน้ำใบกระท่อมมาให้ก็มี บางคนก็เอามาให้กันข้ามรั้วกำแพง เราเห็นก็ต้องส่งคนออกไปไล่ แต่ถ้าเข้มนวดตลอดเวลา เขาหนีออกไป ยิ่งเป็นปัญหาใหญ่ บางทีก็ต้องปิดตาข้างหนึ่ง”

แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนาม/ศูนย์พักคอยแห่งหนึ่ง ได้กล่าวถึงปัญหาหลายเรื่อง แต่เรื่องหนึ่งที่เหมือนกันก็คือ คนไข้อยากออกจากศูนย์พักคอย เช่น มีคนไข้ที่มีความเสี่ยงสูงคนหนึ่งอยากออกไปหาภรรยาที่เพิ่งจะคลอดลูก เขาตื่นแต่อยากเห็นหน้าลูกมาก แต่ตัวเขาเพิ่งจะมากักตัวได้เพียง 4 วันเท่านั้น จึงต้องมีการพูดคุยให้เข้าใจและพยายามขอความร่วมมือให้อยู่จนครบกำหนด คนไข้จึงทำได้เพียงวิดีโอคอลหาภรรยา

อีกกรณีหนึ่งมีการรับมือแตกต่างออกไป คุณมุก อสม. ที่ดูแลศูนย์พักคอยในจังหวัดนครปฐมเล่าว่า มีคนไข้คนหนึ่งขอกลับไปเอานมผง ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับเด็ก และที่นอนเด็กมาให้บุตรวัย 5 เดือนของเธอที่ต้องมาอาศัยอยู่ในศูนย์พักคอยด้วยกัน มิฉะนั้นก็จะไม่มีนมพ่อบุตรในช่วงกักตัว ที่บ้านก็ไม่มีใครดูแลบุตร เนื่องจากสามีของเธอพบผลตรวจเป็นบวกและถูกส่งไปกักตัวที่โรงพยาบาลสนาม ส่วนเธอผู้ที่เพิ่งรู้ว่าสามีติดโควิดก็กลายเป็นผู้มีความเสี่ยงสูงทันทีและต้องมาอยู่ที่ศูนย์พักคอย เมื่อรถไปรับเธอมาจากบ้านก็เตรียมของมาไม่ครบ คุณมุกมองว่าเป็นเรื่องจำเป็นจริง ๆ จึงต้องขอให้ชาวบ้านที่มีรถกระบะมาขับรถพาคนไข้ไป โดยเธอนั่งอยู่กับคนขับด้านหน้า และคนไหนด้านหลัง สำหรับคุณมุก เธอบอกว่าเธอเข้าใจผู้ป่วย และคำนึงถึงเด็กที่ต้องอยู่กับมารดา ต้องกินนม ถ้าเป็นตัวเธอเองก็อาจจะเตรียมตัวไม่ทันเพราะความฉุกเฉินเหมือนกัน สำหรับความกังวลเรื่องการติดเชื้อเธอไม่กังวลมากนักเพราะเองได้รับวัคซีนครบสองเข็มแล้วและคิดว่าหากติดเชื้อขึ้นมาก็น่าจะไม่เป็นอะไรมาก

จากบทสัมภาษณ์ที่หยิบยกมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงคำจำกัดความและการตีความการดูแลที่ดีได้เป็นอย่างดีว่า การดูแลที่ดีไม่ได้เป็นสิ่งที่เปราะบางปราศจากความหมาย แต่กลับขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชนหรือสิ่งที่สังคมนั้นให้คุณค่า



และการดูแลไม่จำเป็นต้องประสบความสำเร็จเสมอไป และการดูแลไม่ใช่การควบคุม แต่ต้องมีการสำรวจตรวจสอบและปรับตัวอยู่เสมอ

นอกจากความกังวลว่าคนไข้จะเบื่อ จะหนีออกจากโรงพยาบาลสนาม หรือศูนย์พักคอยแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลแรงงานข้ามชาติยังพบปัญหาด้านภาษาและวัฒนธรรม คุณหม่อมเล่าว่า การที่เธอไม่สามารถสื่อสารภาษาของคนไข้ได้ ไม่ว่าภาษาพม่า กัมพูชา หรือภาษาอังกฤษที่เธอพูดได้บ้างเล็กน้อย อาจจะทำให้คนไข้รู้สึกว่าไม่ได้รับการเอาใจใส่และบริการอย่างเพียงพอ ถ้าเธอสามารถสื่อสารกับคนไข้ได้โดยตรง หรือมีล่ามที่เชี่ยวชาญแต่ละภาษาก็จะช่วยให้มาก ยกตัวอย่าง มีคนไข้ชาวกัมพูชากลุ่มหนึ่งได้ประท้วงขึ้นมาเพราะรู้สึกไม่พอใจที่ไม่ได้รับการปฏิบัติเท่าเทียมกับแรงงานพม่า เนื่องจากในโรงพยาบาลมีเพียงล่ามภาษาพม่า ส่วนอาหารที่แจกผู้ป่วยก็รสชาติถูกปากชาวพม่ามากกว่า ทั้งที่จริงแล้วแม่ครัวที่ทำอาหารก็ทำอาหารไทย แต่รสชาติอาจจะถูกปากชาวพม่ามากกว่าเนื่องจากเคยชินกับการปรุงอาหารให้แรงงานชาวพม่ารับประทาน

ปัญหาลักษณะนี้เกิดขึ้นในศูนย์พักคอยในอำเภอแม่สอดเช่นกัน คุณต้าเจ้าหน้าที่จากองค์กรเอกชนที่ให้การช่วยเหลือด้านสุขภาวะแก่แรงงานในแม่สอด และเป็นผู้ประสานงานกับทีมแพทย์โรงพยาบาลแม่สอดทั้งการตรวจเชิงรุกและขอตั้งศูนย์พักคอย ได้เล่าประสบการณ์ว่า เธอได้รับโทรศัพท์จากอาสาสมัครในศูนย์พักคอยแห่งหนึ่งซึ่งโทรมาด้วยน้ำเสียงตระหนกกว่า คนไข้ชาวมุสลิมไม่ยอมกินอาหารที่แจกไป เพราะไม่มั่นใจว่าในอาหารนั้นมีหมูหรือไม่ และขอให้เอาอาหารฮาลาลมาให้ หรืออย่างน้อยก็ปรุงโดยชาวมุสลิมเพื่อจะได้มั่นใจ ไม่อย่างนั้นก็ให้เขาได้ออกไปซื้อวัตถุดิบมาทำอาหารเอง สำหรับเจ้าหน้าที่องค์กรแล้ว เธอเข้าใจความต้องการของคนไข้ แต่เธอบอกว่า การหาแม่ครัวมาปรุงอาหารฮาลาลให้ที่นี่น่าจะยากกว่าการหาชุดตรวจ ATK ตอนขาดตลาดเสียอีก ซึ่งคุณต้าบอกว่า ล่ามและอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วยด้วยกันเองนั้นช่วยได้มาก ทั้งการเจรจาไกล่เกลี่ย และเกลี้ยกล่อมให้คนไข้ไม่หนีออกไปจากศูนย์ก่อนกำหนดเวลา เพราะแม่สอดมีมาตรการกัก



ตัว 21 วัน ซึ่งแรงงานข้ามชาตินั้นกังวลเรื่องรายได้หรือการตกงานมากกว่าเรื่องความเจ็บป่วย หากว่ามีคนไข้หนีออกไป ตัวล่ำเองก็จะโทรแจ้งเจ้าหน้าที่ที่ยังช่วยประสานงานให้ ทำให้มีคนที่หายคนที่เจ้าหน้าที่สามารถติดตามกลับมาอีกตัวเผ่าสังเกตอาการได้

เรื่องเล่าจากคุณพยาบาล คุณชูกัส คุณหม่อม แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คุณมุก และคุณต้า สะท้อนให้เห็นว่า พื้นที่ของโรงพยาบาลสนามเป็นพื้นที่ของการห่วงใย-ดูแล (caring space) ดังเช่นในงานของโมลและฮาร์ดอน (2020) ในแนวคิดที่ว่า การดูแลที่ดีมีหลายความหมาย ซึ่งต้องเข้าใจทั้งมุมของคนไข้และบริบทของสถานการณ์ตรงหน้าด้วย การที่บุคลากรทางการแพทย์ดูแลและรับมือกับความต้องการที่หลากหลายของคนไข้ด้วยความใส่ใจ สะท้อนให้เห็นว่าพื้นที่โรงพยาบาลสนามนั้นไม่ได้เป็นพื้นที่ของการควบคุม ตรวจสอบ สอดส่องคนไข้แบบเดียวเท่านั้น แต่ความหมายของพื้นที่ได้ถูกต่อรองแลกเปลี่ยนผ่านตัวผู้กระทำการในพื้นที่นั้น ทั้งหมด พยาบาล และตัวคนไข้ ผ่านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อกันและกัน ดังนี้

1) ความหมายของพื้นที่ กล่าวคือ การตั้งกล้องวงจรปิด การเปิดให้มีการเข้าออกทางเดียว หรือแม้แต่การติดตั้งราวคานาไว้บนกำแพงเพื่อป้องกันคนไข้อยากหนี การกักตัว 14 วันสะท้อนการมองและจัดการพื้นที่โรงพยาบาลสนามในฐานะที่เป็นพื้นที่ควบคุม หรืออีกนัยหนึ่งคือ พื้นที่ที่ปนเปื้อนไปด้วยเชื้อโรค (contaminated space) เป็นพื้นที่ที่ไม่มีชีวิตทางสังคม เป็นพื้นที่ที่สะท้อนมุมมองของรัฐ ซึ่งตอกย้ำในสิ่งที่พิสแซงได้วิจารณ์ถึงการควบคุมดูแลร่างกาย ซึ่งชีวอำนาจนั้นปฏิบัติต่อร่างกายของทุกคนเหมือน ๆ กัน แต่มองไม่เห็นถึงชีวิตทางสังคมและการเมืองอันแตกต่างกันที่คนไข้เผชิญอยู่ในกรณีของแม่และเด็ก รวมถึงแรงงานข้ามชาติที่แข็งแรงหรือไม่แสดงอาการป่วย กลุ่มคนเหล่านี้ “ยินยอม” นำร่างกายของตนเข้ามาอยู่ในพื้นที่ของการควบคุม เพราะเขาเห็นด้วยว่าไวรัสนั้นเป็นภัยทั้งต่อตัวเขาเองและคนอื่น ๆ ในสังคม ทั้งที่เขาสามารถเลือกที่จะไม่บอก หรือจะหนี



นอกจากการควบคุมก็ได้ ซึ่งนั่นอาจส่งผลเสียต่อการควบคุมโรคระบาดของรัฐบาลไทย กระนั้น ตัวแสดงที่กระทำการอยู่ในพื้นที่นี้ ไม่ว่าจะเป็นพยาบาล หมอ ล่าม หรือแรงงานเอง เป็นผู้กระทำการที่มองเห็น “ชีวิตทางสังคม” ของคนใช้ การกระทำของพวกเขาได้สร้างและให้ความหมายใหม่กับพื้นที่ แทนที่จะเป็นพื้นที่ควบคุม หรือพื้นที่ปนเปื้อน ก็ได้กลายมาเป็นพื้นที่กึ่งกลาง (in-between space) ของการควบคุม-ดูแล

2) การต่อรองเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดี ในมุมมองของ อสม. หรือพยาบาลที่ต้องรักษาภาระเบียด ต้องยับยั้งการเกิดโรคระบาด ก็ยังมีมุมมองอีกด้านที่มองเห็นชีวิต มีความเข้าอกเข้าใจในมนุษย์ด้วยกัน ช่วงเวลา 14 วันนั้น สำหรับกลุ่มคนที่มีเงื่อนไขและข้อจำกัดต่าง ๆ (เช่น แม่และเด็ก แรงงานข้ามชาติ ชาวแก้มพูชา แรงงานที่อาจจะตกงาน หรือกลุ่มชาวมุสลิม) การต้องมาอยู่ในพื้นที่ที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐานและภาษาหรือวัฒนธรรมที่ไม่คุ้นชิน ส่งผลต่อกระทบต่อชีวิตทางสังคมของพวกเขาด้วย ดังนั้น การให้การดูแลที่ดีอาจไม่สามารถมองได้จากมุมมองของรัฐอย่างเดียว แต่ต้องมองจากบริบทและใช้ความเข้าอกเข้าใจในตัวคนใช้ด้วย (caring in context) (Mol & Hardon, 2020) การกระทำของบุคลากรทางการแพทย์ได้เปลี่ยนแปลงความหมายของการดูแล และวิธีคิดเรื่องการดูแล (ว่าไม่ใช่แค่การควบคุม-ดูแล) รวมถึงความคิดเรื่องความแตกต่างระหว่างคนไทยและแรงงานข้ามชาติ ได้เปลี่ยนแปลงปฏิบัติการของการดูแล (ให้มีความเข้าอกเข้าใจมากขึ้น) ผลลัพธ์ทั้งสองเรื่องนี้ได้สร้างและกำหนดความหมายของการดูแลในโรงพยาบาลสนามขึ้นมาใหม่ แต่ไม่ใช่โรงพยาบาลสนามทุกแห่งจะเปลี่ยนพื้นที่ของการควบคุม-ดูแลให้เป็นไปในลักษณะนี้

ในส่วนต่อไปจะแสดงให้เห็นว่านโยบายควบคุมโรคระบาดของรัฐไทยนั้น ทำให้ความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมกว้างขึ้น เมื่อการระบาดของไวรัสแพร่กระจายอย่างหนัก โรงพยาบาลสนามที่มีไม่เพียงพอ แรงงานข้ามชาติ คนจน



เมือง ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ และได้สร้างให้เกิดพื้นที่แห่งความแตกต่างทางสังคม

พื้นที่แห่งความแตกต่างทางสังคม

ความแตกต่างทางสังคมในช่วงการแพร่ระบาดโควิด-19 ได้สะท้อนให้เห็นในสื่อ บทความ และมุมมองทางวิชาการทั้งจากต่างประเทศ เช่น กรณีของประเทศสิงคโปร์ที่หลังล้มและไม่นับรวมชุมชนแรงงานข้ามชาติ จนก่อให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างหนักในชุมชนแรงงาน จนรัฐบาลสิงคโปร์ถูกเรียกร้องให้ออกมาดูแลกลุ่มคนเหล่านั้น ในประเทศไทย รายงานของบีบีซีไทย (ชีวิตในแคมป์ก่อสร้างของแรงงานข้ามชาติที่ติดโควิด) นอกจากแสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวในการจัดการการแพร่ระบาดของรัฐบาลไทย ยังสะท้อนให้เห็นประเด็นทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ที่สำคัญ คือ อคติทางชาติพันธุ์และชนชั้น ซึ่งเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันในหมู่นักศึกษาและคณาจารย์ในสาขาวิชานี้มานานหลายทศวรรษ และก็ยังเป็นประเด็นที่เห็นได้ชัดเจนในการแพร่ระบาดของโควิด-19

เมื่อการระบาดเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ได้นำไปสู่สภาวะวิกฤติร้ายแรง โรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนามที่เคยมีมากมายกลับไม่เพียงพอกับจำนวนคนไข้ ผู้ป่วยหลายคนต้องนอนรอเตียงอยู่ที่บ้าน แต่การกักตัวที่บ้านไม่มีประสิทธิภาพไม่สามารถติดต่อบุคลากรทางการแพทย์ผ่านคอลเซ็นเตอร์ได้ ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับยา หรือยาส่งไปไม่ถึง หลายรายอาการแย่ลงถึงขั้นวิกฤติ แต่ก็ยังไม่สามารถหาเตียงได้ไม่ว่าในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนามก็ตาม เครื่องวัดออกซิเจนและถังออกซิเจนขาดตลาด รถพยาบาลวิ่งทั้งวันทั้งคืนก็ไม่เพียงพอ ในวอร์ดคนไข้เด็กติดโควิดที่แยกผู้ป่วยเด็กออกมาจากผู้ปกครองที่มีอาการโคมา มีเด็กหลายคนหลกหลายอายุที่พบว่า ไม่มีใครจะมารับเขาออกจากวอร์ดเพราะบิดาหรือมารดาของเขาได้เสียชีวิตแล้ว เขาหรือเธอกลายเป็นเด็กกำพร้า มีคนไร้บ้านหรือคนที่ต้องกลายเป็นคนไร้บ้านในช่วงนั้นที่ติดเชื้อแล้วไม่ได้เข้ารักษาจนต้องนอนเสียชีวิตอยู่ข้างถนน แม้กระนั้น ก็ผ่านไปหลายชั่วโมงกว่าจะมีหน่วยกู้ภัยมาเก็บร่างของเขาไป



ภาพเหล่านี้สะท้อนความล้มเหลวของการจัดการกับโรคระบาดของรัฐบาลแน่นอน
ว่าภาวะวิกฤติที่ทรัพยากรมีจำกัดอาจทำให้การรักษาพยาบาลนั้นไม่ทั่วถึง แต่ชีวิต
ของใครสำคัญกว่า ใครควรมีชีวิตที่ยืนยาว ภายใต้เงื่อนไขใด?

ตามนิยามของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า พื้นที่
โรงพยาบาลสนามเป็นพื้นที่ที่เป็นกลาง ไม่มีการเลือกปฏิบัติ มีไว้เพื่อรักษา ช่วยชีวิต
หรือสอบสวนโรค (อ้างอิงในช่วงต้นของบทความ) แต่ในความเป็นจริงมันกลับไม่ได้
มีไว้สำหรับทุกคน แรงงานก่อสร้าง คนไทยที่เดินทางกลับมาจากประเทศเกาหลีใต้
มาเลเซีย หรือแรงงานข้ามชาติ ไม่สามารถเข้าถึงโรงพยาบาลสนามได้ และถูกจัดให้
อยู่ในพื้นที่กึ่งโรงพยาบาลสนาม ที่ทำหน้าที่ควบคุม-ดูแลเหมือนกัน แต่ไม่ได้ดูแลทุก
คนอย่างเท่าเทียมกัน คำถามที่ผู้เขียนมี ไม่ใช่แค่เรื่องของความไม่เท่าเทียมกันใน
การเข้าถึงการรักษาหรือการบริการ แต่เป็นคำถามว่า เมื่อใดที่ความยุติธรรมทาง
สังคมจะถูกใช้/นบวรมในการดูแลโรคระบาด ในอีกความหมายหนึ่ง เมื่อใดความ
แตกต่างทางเชื้อชาติ ภูมิมาย หรือชนชั้น จะไม่เป็นอุปสรรคที่ลดทอนการได้รับ
การปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน

การระบาดระลอกที่สามในแคมป์คนงานก่อสร้างที่หลักสี่ พื้นที่อื่น ๆ ใน
กรุงเทพฯ และที่ชายแดนอำเภอแม่สอด สังคมสงคมไม่พอใจไปยังกลุ่มแรงงาน
ข้ามชาติมากกว่ารัฐบาลที่บริหารจัดการอย่างไม่มีคุณภาพ เห็นได้ชัดเจนว่า แรงงาน
ถูกทำให้เป็นคนนอกอยู่ตลอดเวลา และในหมู่แรงงานข้ามชาติ เชื้อชาติได้กลายมา
เป็นปัจจัยหนึ่งของการได้รับการบริการที่แตกต่างกัน เรื่องเล่าจากสองพื้นที่ คือที่
พักแรงงานข้ามชาติในกรุงเทพฯ และ CI เกือบในอำเภอแม่สอด สะท้อนให้เห็นการ
ปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมกันที่แรงงานข้ามชาติได้รับในพื้นที่ที่ควรจะเป็นโรงพยาบาล
สนาม

จากการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการระหว่างนางสิ่งของไปบริจาคให้แก่กลุ่ม
แรงงานที่ถูกกักบริเวณไว้ในไซต์งานใจกลางกรุงเทพฯ ผู้ประสานงานกลุ่มบอกว่า
แทบจะทันทีที่ข่าวออกว่ามีคลัสเตอร์ผู้ติดเชื้อเป็นแรงงานก่อสร้างที่หลักสี่และอีก



หลายแห่งในกรุงเทพฯ รัฐบาลได้สั่งปิดไซต์ก่อสร้าง นายจ้างก็สั่งกักบริเวณ ห้ามไม่ให้ใครออกนอกพื้นที่ แต่ก็มีคนที่มีญาติอยู่ที่อื่นแอบหนีออกไปบ้าง แต่คนส่วนใหญ่โดยเฉพาะคนมีครอบครัวก็ต้องอยู่ที่นี้ เพราะไม่มีที่อื่นให้ไป เพราะกลัวว่าจะโดนไล่ออกจากงานถ้าไม่กักตัว และกลัวจะติดโควิด เพราะไม่รู้ว่ามีใครติดบ้าง ไม่มีแรงงานคนใดได้ตรวจเชื้อ ทุกวันจะมีอาหาร น้ำดื่ม และขนมส่งมาบ้าง แต่สิ่งที่ไม่เพียงพอก็คือห้องน้ำ สิ่งที่พวกเขากังวลคือ การติดโควิดจากการต้องมาอยู่รวมกัน บางครอบครัวมีผู้สูงอายุและเด็กอยู่ด้วย ผู้สูงอายุหลายคนมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว กลัวว่าการที่ต้องมาอยู่รวมกันจะทำให้ติดโรคนานกว่าเดิม และเวลาฝนตกหนัก น้ำท่วมไซต์งาน ห้องน้ำไม่สามารถเข้าได้ ในไซต์ที่เธออยู่ยังไม่พบแรงงานคนใดที่มีอาการบ่งชี้ว่าติดโควิด แต่ก็กลัวว่ามีใครเป็นหรือไม่ ในเพจเฟซบุ๊ก “กลุ่มคนดูแลกันเอง” ซึ่งเป็นกลุ่มอาสาสมัครที่ลงไปช่วยแรงงานที่ได้รับผลกระทบและมีอาการหนัก เล่าว่าผู้ป่วยไม่มีเครื่องช่วยหายใจ ไม่ได้รับยาต้านไวรัส สะท้อนให้เห็นว่า รัฐบาลสั่งให้กักบริเวณแรงงานข้ามชาติ แต่ไม่ได้ให้การบริการด้านสาธารณสุขต่าง ๆ แก่พวกเขาเลย ทำเหมือนแรงงานเป็นเพียงเครื่องจักรที่ไม่มีชีวิต “นโยบายของรัฐที่สั่งปิดไซต์ 30 วัน ฟังดูเหมือนจะดีกับการยับยั้งโรคระบาด แต่ไม่ดี ไม่เห็นถึงชีวิตของแรงงานที่อยู่ในนั้น”

ที่แม่สอด พบการระบาดอย่างหนักทั้งในชุมชนคนไทยและแรงงานข้ามชาติทั้งชาวพุทธและมุสลิม ซึ่งทางองค์กรเอกชนและโรงพยาบาลแม่สอดทำงานอย่างหนักเพื่อตรวจเชิงรุก รวมถึงขอให้ทางราชการเปิดโรงพยาบาลสนาม และศูนย์พักคอย โรงพยาบาลสนามแห่งแรกที่แม่สอดตั้งอยู่ในตำบลท่าสายลวด ใกล้กับสะพานมิตรภาพไทย-พม่าแห่งที่สอง และมีศูนย์พักคอยแห่งอื่น ๆ เปิดตามมา แต่อย่างไรก็ดี ยังพบว่าโรงพยาบาล/ศูนย์พักคอยเต็ม บางแห่งไม่ยอมรับแรงงานเข้ามารักษา หรือไม่สามารถขอเปิดได้ด้วยข้อจำกัดทางกฎหมายและสถานะของแรงงานข้ามชาติ ในแม่สอดพื้นที่ชายแดนที่ถูกทำให้เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษ แรงงานหลายคนเข้ามาตามข้อตกลงระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลพม่า ที่



อนุญาตให้ชาวพม่าเข้ามาทำงานได้เป็นเวลา 15 วัน ทุก ๆ 15 วัน แรงงานต้องเดินทางกลับไปฝั่งพม่า แล้วค่อยกลับมาฝั่งไทยใหม่ แรงงานกลุ่มนี้ไม่มีสถานะทางกฎหมายเหมือนกับแรงงานที่มีวีซ่าการทำงาน ดังนั้นการเปิดศูนย์พักคอยจึงไม่สามารถทำได้ และไม่มียงบประมาณในการดำเนินการมาให้

ศูนย์กักตัว/ศูนย์พักคอยเถื่อน หรือ CI เถื่อนถูกเรียกโดยเจ้าหน้าที่องค์กรเอกชนที่เข้ามาดูแลและประสานงานกับโรงพยาบาลแม่สอด เนื่องจากศูนย์ฯ เหล่านี้เกิดขึ้นเองโดยไม่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ แต่ละชุมชนจะมีอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วยในนั้นคอยดูแลประสานงานกับเจ้าหน้าที่และแพทย์ โดยทำหน้าที่เช่นการวัดอุณหภูมิ ติดตามดูว่าใครมีอาการรุนแรงขึ้นหรือไม่ ตลอดจนประสานเรื่องอาหาร น้ำดื่ม ยาต้านไวรัส รวมถึงเป็นล่ามคอยช่วยแปลภาษาระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และช่วยพูดคุยให้ผู้ป่วยไม่หนีออกจากศูนย์พักคอยก่อนระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยหายป่วยและปราศจากเชื้อไวรัสแล้วจริง

การติดโควิด-19 การต้องกักตัวอยู่ในศูนย์พักคอยเป็นระยะเวลาร่วมเดือน ไม่ใช่แค่ฝันร้ายของแรงงานข้ามชาติ แต่เป็นความจริงที่น่ากลัวกว่าฝันร้าย แรงงานหลายรายถูกนายจ้างไล่ออกจากงานเมื่อพบว่าติดโควิด เมื่อไม่มีที่พัก ไม่มีเงิน ไม่มีงาน ชีวิตของพวกเขาถูกลอยแพ พวกเขาก็จะติดอยู่ในสภาวะกึ่งกลางคือไม่สามารถเดินทางกลับไปฝั่งพม่าได้ ในทางกลับกันก็ไม่มีที่อยู่หรืองานให้ทำในฝั่งไทย

การสั่งปิดแคมป์ไซต์หรือเพิงพักของแรงงาน รวมถึงการขาดระบบรองรับแรงงานที่เข้ามาแบบไม่ถูกกฎหมาย หรือเข้ามาในระบบการจ้างงานที่ยืดหยุ่น มิใช่เป็นเพียงการมองร่างกายของแรงงานในฐานะที่ถูกควบคุมเท่านั้น แต่คือการทำใหมองไม่เห็น พวกเขาตกอยู่ระหว่างความมีชีวิตและไม่มีชีวิต เพราะรัฐสนใจเพียงแค่การลดจำนวนผู้ติดเชื้อ กดหัวกราฟให้ต่ำลง แต่ใครที่ควรจะมีชีวิตอยู่ต่อ และยาวนานแค่ไหน ไม่ใช่คำถามหรือคุณค่าที่รัฐต้องการ นอกจากนั้นอัตลักษณ์ทางสังคม และการแบ่งสถานะและตัวตนทางสังคม (โดยเฉพาะกฎหมาย) สร้างความแตกต่าง



และตอกย้ำความเป็นอื่นให้กับร่างกายที่ถูกควบคุมของแรงงานข้ามชาติ แนวคิดเรื่องความชอบธรรมทางสังคมของระบิनावาจจะไม่สามารถใช้ได้จริงทั้งหมดในกรณีนี้ เพราะแทนที่จะเกิดความเข้าใจกันระหว่างคนไทยและแรงงานข้ามชาติในฐานะผู้ที่ต้องเผชิญสถานการณ์โควิดไปด้วยกัน โดยเฉพาะเมื่อต้องเป็นผู้ป่วยจากโรคระบาดเดียวกัน กลับทำให้เห็นอคติและการแบ่งเขาแบ่งเราที่ชาวไทยมีต่อชาวพม่าหรือชาวมุสลิมมากขึ้นกว่าเดิม วิกฤติโรคระบาดโควิด-19 ได้ตอกย้ำความสำคัญของการคิดเรื่องสถานะข้ามชาติ ข้ามพรมแดน เพราะในสังคมไทยไม่ได้มีแค่คนไทยเท่านั้น แต่ยังประกอบไปด้วยกลุ่มทางสังคมที่มีความแตกต่างหลากหลาย วิธีคิดเรื่องสาธารณสุขที่อยู่ภายใต้กรอบคิดเรื่อง “รัฐ-ชาติ” หรือการแบ่งแยกระหว่าง “พวกเรา-คนอื่น” นั้นไม่ช่วยแก้ไขสถานะวิกฤติที่โรคระบาดไม่ได้เลือกติดเพียงคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

6. บทส่งท้าย

โรงพยาบาลสนามสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความคิดและแนวทางในการจัดการกับโรคโควิด-19 ของรัฐบาลไทย ซึ่งเน้นการควบคุม ยับยั้งการเคลื่อนย้ายของคนในสังคม และการแยกผู้ที่ติดโควิดออกมารักษา ซึ่งแตกต่างจากพื้นที่อย่างชายแดนที่เน้นการควบคุมการเคลื่อนย้ายผู้คน หรือโรงพยาบาลที่เน้นการรักษาเพียงอย่างเดียว โรงพยาบาลสนามเป็นพื้นที่ที่พิเศษออกไป เพราะเกิดขึ้นและถูกจัดการในฐานะพื้นที่ที่ทำหน้าที่สองอย่าง คือ ทั้งควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโรค และรักษาผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการ ตลอดระยะเวลาของการแพร่ระบาด นับตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 มาจนการระบาดระลอกที่สามในเดือนมิถุนายน 2564 โรงพยาบาลสนามมีบทบาทสำคัญในการช่วยชะลอผู้ป่วยที่จะเข้าไปรักษาในโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลสามารถรองรับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ในขณะเดียวกันก็ช่วยยับยั้งไม่ให้เชื้อโรคแพร่ระบาดออกไปด้วย แต่อย่างไรก็ดี โรงพยาบาลสนามก็กลับเป็นพื้นที่แห่งการแบ่งแยกทางสังคม ที่ซึ่งกลุ่มคนที่มีเชื้อ



ชาติหรือชนชั้นแตกต่างกัน ไม่สามารถเข้าถึงหรือได้รับการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียมกัน ยังมีโรงพยาบาลสนามที่สร้างขึ้นเพื่อใช้รองรับกลุ่มเชื้อชาติหรือชนชั้นที่ต่างกันอีกด้วย แม้จะความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันมานานหลายทศวรรษ แต่การศึกษาโรงพยาบาลสนามในวิกฤติโรคระบาดโควิด-19 ครั้งนี้ เรียกร้องให้ตั้งคำถามถึงความสำคัญของชีวิต ว่าชีวิตของใครที่ควรได้อยู่ และอยู่ได้ยืนยาว ภายใต้เงื่อนไขอะไร รวมถึงคำถามที่ว่า เมื่อใดความยุติธรรมทางสังคมควรจะถูกคำนึงถึงในการควบคุม-ดูแล จัดการและการรับมือภายใต้สภาวะวิกฤติ

7. กิตติกรรมประกาศ

บทความชิ้นนี้ได้รับทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ภายใต้โครงการวิจัย โครงการโควิด-19 กับสังคมไทย โดยศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร

References

- Agamben G. (2005). **State of Exception**. University of Chicago Press; 1st edition.
- Andrejevic, M., & Volcic, Z. (2021). Pandemic lessons: total surveillance and the post-trust society. **The Political Economy of Communication**, 9(1), 4-21.
- Department of Medical Service. (2021). **Guideline for Field hospital preparation in case of Covid- 19 infection**. Retrieved from <http://covid19.dms.go.th>: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g06.pdf (In Thai)
- Dr. Aim, BBC Thai. (2021). **Covid-19: Experience the medical team to care of migrant workers at Field Hospital, Samut Sakhon**. Retrieved from <https://www.bbc.com/thai/thailand-55643096> (In Thai)



- Fassin, D. (2009)., as cited in Foucault, (1979). Another politics of life is possible. **Theory, Culture&Society**, 26(5), <https://doi.org/10.1177/0263276409106349>.
- Lemke, T. (2011). **Biopolitics : an advanced introduction**. New York: New York University Press.
- Mol, A., & Hardon, A. (2021). Caring. In J. R. Bowen, N. Dodier, J. W. Duyvendak, & A. Hardon, **Pramatic inquiry critical concepts for social sciences**, Oxon: Routledge (pp. 185-204).
- Rabinow, P. (1996). Artificiality and enlightenment: from sociobiology to biosociality. **Politix**, 90(2), 21-46.
- The Thai government gazette. (2020) **Declaration of state of emergency in the kingdom of Thailand**, 137(69) D. Retrieved 1November, 2021 <https://www.nsc.go.th/wp-content/uploads/2020/05/CV19-02.pdf>
- Ticktin, M. (2006). Where ethics and politics meet: the violence of humanitarianism in france. **American Ethnologist**, 33(1), 33-49.
- World Health Organization. (2003). **WHO-PAHO Guidelines for the Use of Foreign Field Hospitals in the Aftermath of Sudden- Impact Disasters**. Retrieved from WHO.int: <https://www.who.int/hac/techguidance/pht/FieldHospitalsFolletto.pdf>
- Wun'Geao, S. et al. (2007). **Sociology of Tsunami: Disaster Preparedness and Management**, Bangkok: Duentula (pp.1-421).