



101

ใครดูแล 'ผู้ดูแล'?: ภาระบบบ่า 'ลูกสาว' ในนามของความกตัญญู

🕒 วนา วสสา漾กุง 🕒 29 Mar 2026

📁 Life & Culture / Gender & Sexuality, Social Issues / Social Problems

READ

LATER

ลองนึกดูว่าหากวันนี้คนในครอบครัวของคุณเจ็บป่วยจนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และต้องการคนดูแล ใครจะเป็นคนที่ต้องละทิ้งชีวิตประจำวันและการงานมารับบทบาท 'ผู้ดูแล'

ใบหน้าส่วนใหญ่ที่ผู้คนมักนึกถึงคือผู้หญิงสักคนในครอบครัวที่น่าจะพร้อม 'เสียสละ' อาจเพราะเธอหารายได้ได้น้อยกว่าคนอื่น อาจเพราะเธอมีความใส่ใจดูแลความเป็นอยู่ของคนอื่น หรืออาจเพียงเพราะเธอเป็นผู้หญิง

ในสังคมไทย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นลูกสาว โดยเฉพาะการต้องดูแลพ่อแม่ในวาระท้ายของชีวิต หลายคนจำต้องทิ้งชีวิตกลายเป็นผู้ดูแล เนื่องจากสังคมเห็นว่านี่คือหน้าที่ของลูกกตัญญู และลูกที่ดีจะไม่ปริปากบ่นที่ต้องดูแลพ่อแม่ตัวเอง

สภาพที่เกิดขึ้นนี้สะท้อนว่าครอบครัวจำนวนมากไม่มีทางเลือก เมื่อรัฐยังไม่มี การสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ภาระอันจำเป็นก็กลายเป็นของลูกสาวอย่างอัตโนมัติ โดยที่แทบไม่มีใครคาดหวังบทบาทนี้จากลูกชาย



หมายเหตุ – เรียบเรียงจากงานเสวนา (สตรีนิยมกับ) การเมืองเรื่องการดูแล : ข้อถกเถียง ความท้าทาย และสิ่งที่หายไป จัดโดย คณะนิติรัฐศาสตร์และงานวิทยบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

‘ตายดี’ มีราคาที่ต้องจ่าย

แม้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องการใช้วาระท้ายของชีวิตที่บ้าน แต่เงื่อนไขที่ตามมาคือใครจะกลายมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและงานดูแลนั้นจะกินเวลายาวนานเพียงใด

แสงเดือน กิ่งแก้ว อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อธิบายว่า ผู้ป่วยแต่ละโรคจะมีวิธีการดำเนินของโรคที่แตกต่างกัน บางโรคมีอาการขึ้นลง เพราะมีภาวะแทรกซ้อน ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการแย่งจะเพิ่มงานให้ผู้ดูแลซึ่งมักเป็นคนในครอบครัว

“ตัวอย่างกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสื่อมจะมีปัญหาต่อความจำระยะยาว บางคนมีปัญหาสุขภาพจิต สูญเสียความสามารถในการดูแลตัวเองและใช้เวลานานกว่าจะเสียชีวิต คนกลุ่มนี้ทำให้ผู้ดูแลมีภาระงานเยอะมาก การเข้าใจวิธีการดำเนินของโรคจะส่งผลต่อภาระงานและสุขภาพของผู้ดูแล

“มีกรณีตัวอย่างผู้หญิงคนหนึ่ง แม้ครอบครัวของเธอจะมีสมาชิกหลายคน แต่ทุกคนมีภาระงานและมอบหน้าที่การดูแลแม่ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเสื่อมให้ผู้หญิงคนนี้ ตอนที่ไปเยี่ยมบ้านและตรวจสุขภาพปรากฏว่าผู้หญิงคนนี้ความดันสูงมาก เขาบอกว่าตัวเองกินยาลดความดันตามปกติ แต่ช่วงนั้นเขาไม่ได้นอน เพราะแม่ไม่ยอมนอน จะเดินออกจากบ้านอยู่ตลอด ทำให้สุขภาพกายผู้ดูแลแย่งไปด้วย ส่วนสุขภาพจิตก็แย่ เขาดูแลตลอดเวลา ไม่มีใครมาช่วยสลับดูแลเลย” เรื่องที่แสงเดือนเล่าเป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งของชีวิตผู้ดูแลที่เจอปัญหาหลากหลายกว่านี้นัก สิ่งสำคัญคือต้องมีระบบการสนับสนุนจากชุมชนและภาครัฐ

“ปัญหาเช่นนี้จะเกิดขึ้นต่อไปหากหน้าที่การดูแลเป็นของคนในครอบครัวเท่านั้น หากชุมชนไม่เข้ามามีบทบาทสนับสนุนและช่วยเหลือเพียงพอ งานการดูแลจะตกอยู่ที่ครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลเจอภาวะที่ยากลำบากมาก

“การเสียชีวิตที่บ้านเป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยเสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการหรือเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี แต่หากไม่มีการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลที่บ้านจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีปัญหาทั้งสุขภาพกายและใจ ระบบบริการสุขภาพต้องมองเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น โดยต้องมองถึงผู้ดูแลด้วยว่าต้องมีการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ” แสงเดือนกล่าว



เมื่อ 'งานดูแล' ถูกสังคมมองว่าเป็นงานของ 'ผู้หญิง' ภาระหน้าที่การดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ที่บ้านจึงกลายเป็นงานของผู้หญิงทั่วโลก คนที่กลายมาเป็นผู้ดูแลมักเป็นลูกสาวที่มีอำนาจและความสามารถทางเศรษฐกิจน้อยกว่าคนอื่นในครอบครัว ส่วนครอบครัวในประเทศพัฒนาแล้วก็มักนำเข้าแรงงานหญิงราคาถูกลงมาเป็นผู้ดูแล

ทั้งหมดนี้สะท้อนให้เห็นความเป็นการเมืองในเรื่องการดูแล ผศ.ชนิดา ชิตบัณฑิตย์ อาจารย์คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จึงชวนมองเรื่องการดูแลในมุมมองสตรีนิยม

"การดูแลเป็นประเด็นสตรีนิยม ปัจจุบันงานดูแลเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่อยู่ในชีวิตของทุกคน เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมาก แต่กลับถูกด้อยค่า ถูกทำให้มองไม่เห็น และผลักให้เป็นภาระหน้าที่ตามธรรมชาติของผู้หญิง แรงงานอพยพ คนชายขอบ และคนเปราะบางที่โอบอุ้มสังคมไว้

"แนวคิดสตรีนิยมพยายามชี้ให้เห็นว่า ภายใต้ระบบทุนนิยมแบบเสรีนิยมชายเป็นใหญ่ รัฐถ่ายโอนความรับผิดชอบในการดูแลไปสู่ปัจเจกบุคคลและคนในครอบครัว ทุนนิยมและกลไกตลาดก็ทำให้การดูแลกลายเป็นสินค้าเชิงพาณิชย์ที่ขายบริการการดูแลและสามารถซื้อหาได้หากมีความสามารถทางเศรษฐกิจ

"ประเด็นเรื่องการดูแลยังเป็นประเด็นที่ถูกลดทอนให้กลายเป็นเรื่องส่วนบุคคล เน้นเรื่องการดูแลตัวเอง (self-care) นี่คือการไม่ตั้งคำถามต่อระบบโครงสร้างว่ามีความไม่เท่าเทียม จนถึงสะท้อนความล้มเหลวเชิงนโยบายโดยรัฐและระบบทุนนิยม" ชนิดาตั้งต้นประเด็น

แนวคิดของสังคมต่อเรื่องการดูแลมีส่วนสร้างผลกระทบต่อผู้หญิง ผู้ถูกมองว่ามีหน้าที่รับผิดชอบต่องานนี้

"การเน้นบทบาทและหน้าที่ในการดูแลให้เป็นหน้าที่ของผู้หญิง โดยตอกย้ำผ่านแนวคิดในเชิงหน้าที่หรือความกตัญญู จนหน้าที่นี้มักเป็นของผู้หญิงหรือลูกสาวในครอบครัว ทำให้ขาดการตั้งคำถามต่อการดูแลในมิติโครงสร้างทางสังคมว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมทำให้ผู้หญิงต้องแบกรับหน้าที่นี้ อีกทั้งการทำหน้าที่การดูแลทำให้ตัวตนของผู้หญิงหายไป

"นักสตรีนิยมจึงพยายามเปิดโปงว่าการดูแลควรเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยและทรัพยากรพื้นฐานที่รัฐและชุมชนจะต้องสร้างกลไกให้เกิดการออกแบบโครงสร้างหรือพื้นที่ในการดูแลที่คนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้ และต้องรองรับความต้องการที่หลากหลายโดยไม่ผลักภาระให้กลายเป็นของผู้หญิงในเชิงปัจเจกบุคคล" ชนิดากล่าว

ปัจจุบันสังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงจำเป็นที่เราจะต้องพูดคุยกันอย่างจริงจังถึงการออกแบบระบบการดูแลให้มีที่ทางอย่างชัดเจนในสังคม เพื่อไม่ให้งานนี้ต้องตกเป็นภาระส่วนตัวของผู้หญิงสักคนหนึ่ง



(internationality) เพราะระบบการดูแลเชื่อมโยงกับระบบเศรษฐกิจการเมืองโลกที่เชื่อมโยงประเทศซีกโลกเหนือและใต้ ชนชั้นแรงงาน และแรงงานอพยพข้ามพรมแดน

“ความต้องการแรงงานดูแลราคาถูกในประเทศพัฒนาแล้วนำไปสู่ ‘ห่วงโซ่การดูแลระดับโลก (global care chains)’ เราพบปรากฏการณ์ที่ผู้หญิงจากประเทศยากจนต้องละทิ้งครอบครัวตัวเองเพื่อไปทำงานดูแลในต่างประเทศแล้วเผชิญความเปราะบางในสถานภาพทางกฎหมาย การแบ่งแยกเชื้อชาติ และการเอาเปรียบทางเศรษฐกิจ จนไม่มีหลักประกันในการดำรงชีวิตและใช้ชีวิตอยู่ภายใต้ข้อจำกัดในฐานะแรงงานราคาถูก” ชนิดากล่าว

ห่วงโซ่เหล่านี้เองที่ทำให้ประสบการณ์ในการทำงานดูแลของแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามมิติเชื้อชาติ ชนชั้น เพศสภาพ เพศวิถี ความพิการ ดังที่ผู้หญิงผิวสี แรงงานชนกลุ่มน้อย ผู้ลี้ภัย แรงงานข้ามชาติ ผู้พิการ และผู้มีสถานะทางสังคมเศรษฐกิจต่ำมักถูกผลักให้รับภาระงานดูแลที่หนักกว่าและเสี่ยงกว่า

นอกจากนี้ ในภาวะวิกฤตอย่างสงครามหรือช่วงโควิด-19 ผู้ให้การดูแลเหล่านี้ถูกทำให้เป็น ‘ทรัพยากรที่ใช้แล้วหมดไป’ ของระบบทุนนิยม นำไปสู่ความเหนื่อยล้า ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง และการขาดหลักประกันจากรัฐอย่างถาวร

สังคมแห่งการดูแล

“สิ่งที่นักสตรีนิยมพบก็คือ ผู้หญิงทั่วโลกอยู่ในฐานะผู้ดูแล แต่ไม่ค่อยถูกมองเห็น ผู้ดูแลมักถูกทำให้ตัวตนหายไปในการะบวนการดูแล เพราะเวลาที่สูญเสียไปในการดูแลไม่ถูกนับและไม่มียุทธศาสตร์ อีกทั้งต้องอยู่ในสภาวะไร้สวัสดิการ ภายใต้นามของหน้าที่ ความกตัญญู และการไร้ทางเลือก” ชนิดากล่าว

หากได้รับฟังเรื่องเล่าของผู้ดูแลแต่ละคนจะพบประสบการณ์อันหลากหลายของการถูกลดทอนตัวตนจนถึงการตั้งคำถามต่อบทบาทหน้าที่ของตัวเอง

เรื่องของหญิงโสดที่ต้องดูแลพ่อแม่ที่ป่วยติดเตียงจนเสียชีวิต และต่อมาต้องดูแลน้องชายที่ป่วยติดเตียงจนทำให้หลานสาวตั้งคำถามว่า นี่คือน้ำใจของลูกสาวในครอบครัวนี้หรือไม่ และในอนาคตเธออาจต้องรับหน้าที่นี้เช่นกันในฐานะลูกสาวคนหนึ่งของครอบครัว

เรื่องของลูกสาววัยรุ่นที่ต้องดูแลแม่ที่ป่วย ทั้งที่เธออยู่ในช่วงวัยที่ยังต้องการการดูแลจากแม่ นำมาสู่ความรู้สึกถึงบทบาทอันขัดแย้งและไม่สามารถเรียกคืนชีวิตวัยรุ่นที่สูญหายไปได้

ฯลฯ



จากสภาพที่เกิดขึ้นในโครงสร้างสังคมทั่วโลกทำให้ขบวนการสตรีนิยมเสนอว่า เราจำเป็นต้องสร้าง 'สังคมแห่งการดูแล'

"การดูแลควรเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม ไม่ใช่หน้าที่เฉพาะผู้หญิง เราควรปรับแนวคิดจากการดูแลเป็นเรื่องของคนในครอบครัว มาสู่การดูแลเป็นเรื่องของรัฐและพวกเราในฐานะผู้สร้างสังคมแห่งการดูแล การดูแลไม่ใช่เรื่องส่วนตัว ประสบการณ์การดูแลและความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ร่วมกันของคนในสังคม เราต้องเปลี่ยนให้การดูแลเป็นรากฐานของการสร้างสังคมใหม่ ที่เราเรียกว่า 'สังคมแห่งการดูแล'

"มุมมองนี้ทำให้การดูแลเป็นเรื่องการขับเคลื่อนทางการเมือง นั่นคือการเรียกร้องให้มีระบบการดูแลในรูปแบบ universal care เมื่อเกิดการดูแลในฐานะพื้นที่ทางสังคมจะทำให้การดูแลเป็นธรรมและเข้าถึงคนทุกกลุ่มได้ ไม่ใช่การดูแลเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง โดยต้องเปิดพื้นที่ให้การดูแลเป็นการสนับสนุนคนทุกกลุ่มและเป็นทรัพยากรสำคัญที่โอบรับคนทุกกลุ่มในสังคม" ชนิตากล่าว

ชนิตามองว่าแนวคิดสตรีนิยมจำเป็นต่อการศึกษาเรื่องการดูแล เพราะสตรีนิยมเสนอถึงความจำเป็นที่จะต้องมองเห็นประสบการณ์ที่แตกต่างหลากหลาย เมื่อการใช้มุมมองแบบรวมศูนย์ไม่เพียงพอต่อการทำความเข้าใจความทับซ้อนในชุดประสบการณ์ของผู้หญิงที่อยู่ในพื้นที่และประสบการณ์การดูแลที่มีความซับซ้อนของความสัมพันธ์เชิงอำนาจในหลากหลายระดับ

ความทับซ้อนดังกล่าวมีตั้งแต่ความไม่เท่าเทียมในเชิงกีดกันของรัฐรวมศูนย์, การแบ่งงานกันทำในเชิงระบบที่มาพร้อมแนวคิดทุนนิยมที่เน้นผลิตภาพ (productivity) ในขณะที่งานดูแลถูกมองว่าไม่ใช่งานที่สร้างมูลค่า หากไม่ถูกปรับให้กลายเป็นสินค้าและบริการในระบบทุน, การผลักระให้การดูแลเป็นเรื่องปัจเจกบุคคล ฯลฯ

"สตรีนิยมบอกว่าเราจำเป็นต้องชี้ให้เห็นความซับซ้อนของโครงสร้างเหล่านี้ รวมถึงให้ความสำคัญต่อความแตกต่างหลากหลายในชุดประสบการณ์ของผู้หญิงที่ไม่เหมือนกันเลย แนวคิดสตรีนิยมจึงหันมาให้ความสำคัญต่อประสบการณ์ของร่างกายที่ไม่ได้แยกขาดจากจิตใจ และชี้ให้เห็นประสบการณ์ของการสร้างความรู้-องค์ความรู้ที่มาจากชุดประสบการณ์ที่หลากหลายแตกต่าง" ชนิตากล่าว

สตรีนิยมและการดูแลในบริบทสังคมไทย

จากทฤษฎีเรื่องการดูแลเชิงสตรีนิยม ชนิตาชวนมองถึงการนำมาเชื่อมโยงกับสังคมไทย สิ่งสำคัญคือต้องมีการเรียนรู้จากประสบการณ์การดูแลทั้งของผู้หญิง ผู้ชาย และคนหลากหลายทางเพศ ความแตกต่างในประสบการณ์ของผู้หญิง และการเชื่อมต่อดังกล่าวของความรู้ของผู้หญิงกับแนวคิด female genealogy



ธรรมก็คือ การคำนึงถึงรากฐานแห่งความแตกต่างหลากหลายของชุดประสบการณ์ผู้หญิง เปิดพื้นที่ให้เกิดการสนทนาในกระบวนการสร้างความรู้จากแนวคิดสตรีนิยมที่ให้ผู้หญิงเป็นศูนย์กลางและเจ้าของประสบการณ์ในการสร้างองค์ความรู้ในการดูแลโดยคำนึงถึงความแตกต่างหลากหลาย และสร้างความสัมพันธ์ในการดูแลแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกระบวนการดูแลที่ไม่ลดทอนให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลกลายเป็นวัตถุ (objectify)

มุมมองจากผู้ดูแล

ชนิตาชวนมองเรื่ององค์ความรู้ของผู้ดูแล โดยยกตัวอย่างงานเขียนบางชิ้น คือ หนังสือ *เธอเป็นลูกสาว* และบทความสองชิ้นจากวารสาร Miss คือ *บันทึกของหญิงบ้าที่วิวัฒนาการ: แม่ (และฉัน) ในฐานะผู้ประสบความรุนแรงทางเพศที่ถูกชุมชนและรัฐทอดทิ้ง* และ *ฉันเป็นลูกสาวคนบ้า: เกะรอยตามหาชีวิต (ที่หล่นหาย) ของแม่ผ่านเอกสารจดหมายเหตุ* ซึ่งทำให้เห็นว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่คือผู้หญิงและมักเป็นลูกสาวในครอบครัว มักเป็นผู้หญิงโสดหรือไม่มีอาชีพหลัก หากเคยมีอาชีพหลักก็ต้องออกจากงานหรือหาอาชีพอื่นที่จะทำงานดูแลไปด้วยได้

“การบันทึกประสบการณ์ของผู้ดูแลและการดูแลเป็นพื้นที่สำคัญที่จะสร้างองค์ความรู้ชุดใหม่ได้ เราต้องแสวงหาวิธีการดูแลใหม่ๆ ที่ไม่ผลิตซ้ำให้ผู้ป่วยเป็นวัตถุซ้ำซ้อนในกระบวนการดูแลซึ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าการดูแลรักษาทางกาย นอกจากนี้การรักษาโรคทางใจที่เชื่อมโยงกับมิติทางสังคมวัฒนธรรมเป็นเรื่องซับซ้อนและจำเป็นต้องใช้แนวคิดสตรีนิยม

“ประสบการณ์การดูแลมักทำให้ตัวตนของผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนจากปัจเจกบุคคลกลายเป็นผู้ดูแล เกิดภาวะการสูญเสียสลายของตัวตน ทำให้ผู้ดูแลเบิร์นเอาต์ เป็นภาวะไร้หนทางและทางออก เพราะระบบหลักการการดูแลให้เป็นของผู้หญิง” ชนิตายังชี้ให้เห็นว่าบันทึกประสบการณ์เหล่านี้จะนำไปสู่การออกแบบทางออกใหม่ให้การดูแล

หนังสืออีกเล่มที่แนะนำคือ *วิญญาณของการดูแล: การบ่มเพาะทางศีลธรรมของแพทย์คนหนึ่ง* เรื่องเล่าของแพทย์อเมริกันที่ดูแลภรรยาป่วย ซึ่งตระหนักว่าผู้ชายชนชั้นกลางอย่างเขาไม่เคยถูกฝึกฝนให้เป็นผู้ดูแลและเขาต้องเรียนรู้ที่จะดูแลโดยระวังเรื่องความเป็นชายที่เป็นพิษ (toxic masculinity) และเวลาที่เสียไปของผู้ดูแลไม่เคยถูกนับ

“ผู้เขียนเรื่องนี้มองเห็นมุมมองของความไม่เท่าเทียมที่ฝังอยู่ในจริยธรรมของการดูแลที่เห็นว่า มีบางคนสมควรได้รับการดูแลน้อยกว่าคนอื่น แนวคิดนี้ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนมุมมองว่าการดูแลต้องเป็นไปเพื่อทุกคนได้ ท่ามกลางสภาพเหล่านี้จุดเปลี่ยนที่จะทำให้เกิดสังคมแห่งการดูแลจึงต้องมาจากความใส่ใจและมุมมองที่เข้าใจของผู้ดูแล” ชนิตากล่าว



อีกด้านหนึ่งคือองค์ความรู้และมุมมองของผู้ป่วย ตัวอย่างคือหนังสือ *ตราบที่ฉันยังหายใจ* โดยพร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม อาจารย์พยาบาลที่ป่วยโรคผิวหนังแข็ง ซึ่งสะท้อนองค์ความรู้ของการเป็นผู้ป่วยและการสร้างตัวตนโดยไม่ถูกลดทอนในสังคมที่ไม่มีระบบการดูแล

“ผู้เขียนบอกว่าความรู้ไม่ได้มาจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เสมอไป แต่มาจากการฟังเสียงร่างกายของตัวเองและจากการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน

“ในกระบวนการการดูแล นอกจากจะทำให้ตัวตนของผู้ดูแลหายไปแล้ว สิ่งที่ย้ายไปมากกว่าคือเสียงจากผู้ป่วยที่พูดถึงความต้องการในการดูแลที่จะไม่ลดทอนตัวตนและไม่ทำร้ายผู้ป่วยซ้ำซ้อนในกระบวนการดูแล” ชนิดากล่าว

การศึกษาองค์ความรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญต่อการออกแบบการดูแล เช่น ความต้องการเพื่อนและสังคมของผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำสิ่งที่เคยทำได้เพื่อรักษาตัวตนเดิมและไม่ได้เป็นเพียงผู้ป่วย จนถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพึ่งพาตัวเองทางเศรษฐกิจได้

“การสร้างความรู้จากมุมมองของผู้ป่วยเป็นเครื่องมือยืนยันถึงการดำรงอยู่ของตัวตนผู้ป่วยในฐานะผู้สร้างความรู้ไม่ได้เป็นเพียงผู้ป่วย แล้วทำอย่างไรที่เราจะมองผู้ป่วยในฐานะเจ้าของประสบการณ์ที่มีสิทธิเลือกในการมีชีวิตอยู่ การจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี และได้รับการเคารพในฐานะปัจเจกบุคคล ซึ่งอาจเริ่มได้จากการสนทนาเรื่องอื่นๆ ที่ไม่ใช่เรื่องความเจ็บป่วย

“ภาวะความเจ็บป่วยหรือความพิการไม่ควรเป็นเหตุให้พวกเขาถูกจำกัดสิทธิในการมีชีวิตและการเข้าถึงทรัพยากร เราจำเป็นต้องคิดว่าจะจัดสรรทรัพยากรและนโยบายอย่างไรโดยคำนึงถึงการใช้ชีวิตที่เคารพหลักพื้นฐานของทุกคน เช่น เรื่องการเดินทางสาธารณะ” ชนิดากล่าวและย้ำถึงการออกแบบการดูแลที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเป็นวัตถุ แต่เป็นพื้นที่ของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

อย่าปล่อยให้ใครแบกรับอย่างโดดเดี่ยว

ถึงที่สุดแล้ว ชนิดาเห็นว่าคุณูปการของสตรีนิยมในเรื่องการดูแลคือ การชี้ให้เห็นว่าเราจำเป็นต้องเปิดพื้นที่ให้เกิดการสนทนาด้วยท่าทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เคารพทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความแตกต่างหลากหลายของชุดประสบการณ์

“เราต้องสร้าง ‘หลักการพื้นฐานในการดูแล’ คือหลักการดูแลที่มาจากพื้นฐานของการเคารพความแตกต่างและไม่ลดทอน เพราะการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่คือการดูแลระยะท้าย จุดหมายไม่ใช่การหายจากโรค แต่คือการอยู่และจากไปอย่างมีความสุข และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์



เหล่านี้” ชนิดา กล่าวปิดท้าย

ด้านแสงเดือนกล่าวเสริมว่า การดูแลที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและไม่ใช่ว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคล เพราะต้องมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว การเตรียมความรู้ของผู้ดูแล จนถึงความพร้อมของบ้าน แม้ปัจจุบันในบางท้องถิ่นมีอุปกรณ์ให้ยืมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แต่ก็ยังไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่ รวมถึงอุปกรณ์อาจไม่ได้อยู่ในสภาพดี ทั้งหมดนี้ต้องการการสนับสนุนเชิงนโยบาย

“วิทยาลัยพยาบาลเองก็เคยเปิดหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคอง แต่คนมาสมัครน้อยมากจนจะต้องปิดหลักสูตร เพราะไม่เป็นที่ต้องการของตลาด เรื่องนี้ยังไม่ถูกให้ความสำคัญเชิงนโยบายที่เน้นการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้สูงอายุมากกว่า ทั้งที่การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องมีการออกแบบอย่างดีเพื่อไม่ให้ภาระตกอยู่ที่ครอบครัว นอกจากนี้เราควรให้มีการกลางานเพื่อไปดูแลคนในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะท้าย”

แสงเดือนทิ้งท้ายไว้ว่า “อยากให้เรื่องการดูแลไม่ใช่เรื่องของคนในครอบครัว แต่เป็นวาระของสังคมที่ต้องให้คุณค่ากับผู้ดูแลและมีการสนับสนุนให้ผู้ดูแลถูกมองเห็น ไม่ให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบเรื่องนี้อย่างโดดเดี่ยว”

101 SUPPORT

สแกนเพื่อริวากันที่ผ่าน QR Code นี้





ร่วมแชร์พอร์ตให้ 'วันไอวัน'
ทำงานสื่อความรู้สร้างสรรค์
ชวนสังคมตั้งคำถามที่ 'ใช่' ในเรื่องสำคัญต่อชีวิต
ตรวจสอบอำนาจรัฐและกฏอย่างตรงไปตรงมา
และเป็นตลาดวิชาให้สังคมไทย

[ดูเพิ่มเติม คลิก](#)

กตัญญู

การดูแล

ชนิดา ชิตบัณฑิตย์

ผู้ดูแล

ผู้ป่วย

ผู้หญิง

ระบบสุขภาพ

ลูกสาว

วงนา วสสยางกูร

สตรีนิยม

สังคมไทย

สาธารณสุข

เฟมินิสม์

แสงเดือน กิ่งแก้ว



Print

เรื่อง: วงนา วสสยางกูร

บรรณาธิการ The101.world อดีตนักข่าวหนังสือพิมพ์ อดีตนักเรียนการละครและปรัชญา



GENERAL NEWS

มธ. เผยผลวิจัยทางเลือกปฏิรูปภาษีสรรพสามิตบุหรี่ “อัตราเดียว” ชี้แก้วิกฤตรายได้รัฐถดถอย สกัดบุหรี่เถื่อน ลดความเหลื่อมล้ำและต้นทุนด้านสาธารณสุข



trademax — 30 มีนาคม 2026 | 11

ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ERTC) จัดการประชุมเผยแพร่ผลงานวิชาการ เรื่อง “การศึกษาผลกระทบของการปรับโครงสร้างภาษีสรรพสามิตบุหรี่แบบอัตราเดียวต่อเศรษฐกิจและสังคมไทย” และการเสวนา หัวข้อ “ภาษีสรรพสามิตยาสูบ: ดุลยภาพระหว่างเป้าหมายการคลังและผลกระทบทางสังคม” เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2569 ณ โรงแรมเดอะสุโกศล กรุงเทพฯ เพื่อเสนอทางเลือกนโยบายบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based Policy) มุ่งแก้ปัญหาโครงสร้างอุตสาหกรรมบุหรี่ที่ถูกบิดเบือนและการหดตัวอย่างต่อเนื่องรุนแรง วิกฤตบุหรี่ผิดกฎหมายแพร่ระบาด ซึ่งส่งผลให้รายได้รัฐโดยเฉพาะภาษีสรรพสามิตและภาษีเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะ (Earmarked Taxes) ซึ่งนำไปใช้เพื่อพัฒนาและ

สนับสนุนสังคมและชุมชนลดลงอย่างต่อเนื่องรวมถึงต้นทุนประสิทธิภาพของนโยบายต่อเป้าหมายด้านสาธารณสุข

นับตั้งแต่มีการใช้โครงสร้างสรรพสามิตบุหรี่ชีกาแรตแบบจัดเก็บสองขาทั้งตามปริมาณและภาษีตามมูลค่าแบบสองอัตรา (25% และ 42%) โดยมีระดับราคาขายปลีกแนะนำ 72 บาทต่อซองเป็นตัวแบ่ง พบว่ารายได้ภาษีสรรพสามิตยาสูบของรัฐมีความผันผวนและถดถอยอย่างมีนัยสำคัญและต่อเนื่อง โดยลดลงจากประมาณ 68,603 ล้านบาทในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 สู่ประมาณ 47,489 ล้านบาทในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เนื่องจากผู้บริโภครีบพฤติกรรมหันไปหาบุหรี่ราคาถูก (Down-trading) และบุหรี่ผิดกฎหมายซึ่งปัจจุบันครองส่วนแบ่งตลาดสูงถึง 25% (ณ ไตรมาส 3/2568) ในขณะที่อุตสาหกรรมบุหรี่ก็ปรับตัวเช่นกัน เห็นได้จากอุปทานบุหรี่ที่กว่าร้อยละ 95 กระจุกตัวอยู่ในกลุ่มราคาไม่เกิน 72 บาทต่อซอง เพื่อเลี่ยงการเสียภาษีที่สูง ณ 42% ทำให้รัฐไม่สามารถจัดเก็บภาษีได้ตามตรงตามเป้าหมายที่วางไว้จาก การออกแบบภาษีหลายอัตราส่งผลให้รัฐสูญเสียรายได้มหาศาล ในขณะที่ประชาชนและสังคมสูญเสียโอกาสในการได้รับสวัสดิการจากภาษีเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะที่จัดเก็บได้ลดลงในเวลาเดียวกัน

ผศ.ดร.ภริภาพ พักทอง คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เปิดเผยว่า “แบบจำลองพลวัตระบบชี้ชัดว่าระบบภาษีสรรพสามิตบุหรี่ชีกาแรตสองอัตราคือต้นเหตุของอาการรายได้แกว่งและถดถอย การเปลี่ยนสู่ระบบอัตราเดียว (Single-tier) ที่คงอัตราภาษีตามมูลค่าไว้ ณ 25% และปรับขึ้นเฉพาะอัตราภาษีตามปริมาณ 0.05 บาทต่อมวนทุก 2 ปี จะช่วย ‘รีเซ็ต’ ฐานรายได้ภาษีสรรพสามิตให้คงที่และช่วยให้การพยากรณ์รายได้แม่นยำขึ้น ทั้งนี้ ผลการศึกษายังชี้ว่ารัฐจะต้องดำเนินมาตรการปราบปรามการค้าบุหรี่ผิดกฎหมายควบคู่ไปพร้อมกัน เพื่อรักษารายได้รัฐได้มั่นคงที่สุด และลดต้นทุนทางสุขภาพสังคมให้เหลือเพียง 347 ล้านบาทต่อปีโดยประมาณในระยะยาว โดยรัฐต้องทำให้ระบบ Track and Trace หรือระบบตรวจสอบ ติดตามและแกะรอยแสมเปียสูบและอุปทานยาสูบให้มีประสิทธิภาพจริงในการปราบปรามบุหรี่ผิดกฎหมาย”

ในมิติด้านกฎหมาย **ดร.ภริเกียรติ พระทัย คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์** ระบุว่า “โครงสร้างภาษีสรรพสามิตบุหรี่แบบหลายอัตราตามช่วงราคาขายปลีกมีผลทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติทางภาษี (Tax Discrimination) ซึ่งขัดต่อหลักความเป็นกลางทางภาษี (Tax Neutrality) และหลักความเป็นธรรมทางภาษี (Tax Equality) เพราะสินค้าที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับใกล้เคียงกันกลับมีภาระภาษีต่อหน่วยแตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเลื่อนไหลไปสู่อุบัติราคาต่ำและเพิ่มความไม่แน่นอนของฐานรายได้ภาษีดังนั้น การปรับไปสู่โครงสร้างแบบอัตราเดียวมีศักยภาพในการลดแรงจูงใจบิดเบือนราคาตลาดเพื่อเลี่ยงภาษี (Tax Avoidance) ลดการใช้ดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ และลดข้อพิพาทระหว่างพนักงานเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาความสอดคล้องของภาระภาษีระหว่างผลิตภัณฑ์ยาสูบแต่ละประเภทซึ่งใช้ทดแทนกันได้ เช่น บุหรี่และยาเส้น เพื่อก่อให้เกิดความเป็นธรรมทางภาษี นอกจากนี้ ภาครัฐยังควรดำเนินมาตรการป้องกันเยาวชนในการเริ่มสูบบุหรี่และเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบราคาถูกได้ง่าย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ชัดเจน”

ด้านผลกระทบต่อห่วงโซ่อุปทาน **คุณอัจฉริยะ วัฒนาพร ตัวแทนสมาคมชาวไร่ยาสูบ** สะท้อนภาพความเดือดร้อนว่า “ตลอด 8-9 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่มีการปรับโครงสร้างภาษีในปี 2560 เกษตรกรหลายหมื่นครัวเรือนได้รับผลกระทบอย่างหนักจากโควตาซื้อใบยาสูบที่ลดลงตามยอดขายบุหรี่ไทย เพราะโครงสร้างภาษียาสูบที่ซับซ้อน บิดเบือนกลไกราคาตลาด ขณะที่อัตราภาษีที่สูงแบบก้าวกระโดด ส่งผลให้บุหรี่ถูกกฎหมายแพงขึ้นมาก

บุหรี่เถื่อนและบุหรี่ไฟฟ้าโตขึ้น รัฐจำเป็นต้องจริงจังในการปราบปรามบุหรี่ผิดกฎหมาย ป้องกันการรั่วไหลของรายได้ภาษี พร้อมบังคับใช้กฎหมายกับผู้ค้าของเถื่อนอย่างถอนรากถอนโคน ขณะเดียวกันต้องปรับระบบภาษีให้มีความเหมาะสม ไม่สร้างภาระให้กับชาวไร่ ซึ่งเป็นต้นทางของห่วงโซ่อุปทาน และอยากขอให้รัฐพิจารณาจัดตั้งกองทุน เพื่อช่วยเหลือชาวไร่ยาสูบขึ้นมาเป็นการเฉพาะ เพื่อช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้น และช่วยรับมือกับความความท้าทายต่าง ๆ ในอนาคต”

การศึกษายังหยิบยกกรณีศึกษาจากฟิลิปปินส์ (Sin Tax Reform) ที่ประสบความสำเร็จในการปรับสู่ระบบอัตราเดียวจนรายได้ภาษีโตขึ้น 2 เท่าภายใน 5 ปี โดยเน้นย้ำว่าการปฏิรูปของไทยควรใช้แนวทาง “ค่อยเป็นค่อยไป” พร้อมโรดแมปที่ชัดเจน และต้องมองเป็น “Policy Package” ที่รวมการปรับฐานภาษี การปราบปรามเชิงรุก และการสนับสนุนบริการเลิกบุหรี่เข้าด้วยกัน เพื่อสร้างสมดุลที่ยั่งยืนระหว่างเสถียรภาพการคลังและสุขภาวะของประชาชน โดยไม่ทิ้งใครในห่วงโซ่อุปทานไว้ข้างหลัง

ERTC มธ. ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



[← PREVIOUS ARTICLE](#)

“KJL” เดินหน้าพลังงานสะอาด จัดสัมมนา “รวมพลคนไฟฟ้า โซลาร์รูฟ (Rooftop)” ที่อุดรธานี ยกระดับภาคอุตสาหกรรมสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน

[NEXT ARTICLE >](#)

เอพี ไทยแลนด์ ยกระดับวงการอสังหาฯ ด้วย AP CODE – THE CODE OF LIVING QUALITY คุณภาพที่เริ่มจากความเข้าใจชีวิตจริง พร้อมรุก Q2 เปิด 12 โครงการ มูลค่า 17,150 ล้านบาท

RELATED POSTS

TNT SPACE บุกงาน TTE 2026 อย่างยิ่งใหญ่!
บนทัพ 3 สุดยอด IP ยอดฮิตเยือนกรุงเทพฯ