

อรรถปริวรรตศาสตร์ของกัตตาเมอร์ในกฎหมายสิทธิการตายสำหรับผู้ป่วยทางจิต Gaddamer's Hermeneutics in Medical Assistance in Dying for Mentally Illness Patients.

ฉัตรทอง มีเมศกุล*

Chatthong Meemeskul

ภาควิชาปรัชญาและศาสนา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, ประเทศไทย

Doctoral Student of Philosophy and Religion, Faculty of Humanities, Kasetsart University, Thailand

Email: chattunkk@gmail.com

Received: March 06, 2025

Revised: June 07, 2025

Accepted: June 09, 2025

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตีความกฎหมายสิทธิการตาย (Medical Assistance in Dying: MAiD) สำหรับผู้ป่วยทางจิตในประเทศแคนาดาผ่านกรอบแนวคิดของอรรถปริวรรตศาสตร์ของฮันส์-จอร์จ กัตตาเมอร์ (Hans-Georg Gadamer) โดยเน้นการวิเคราะห์ “อคติ” (Prejudice) และ “การหลอมรวมขอบฟ้า” (Fusion of Horizon) ของกลุ่มผู้เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยต่อการขยายขอบเขตกฎหมาย MAiD ให้ครอบคลุมผู้ป่วยทางจิต โดยการตีความที่แตกต่างกันนั้นมิได้เกิดจากข้อเท็จจริงทางการแพทย์หรือจิตเวชเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นผลของบริบททางวัฒนธรรม จริยธรรม ความเชื่อเรื่องศักดิ์ศรีของชีวิต และความกลัวต่อการถูกใช้สิทธิการตายในทางที่ไม่เหมาะสม

คำสำคัญ: อรรถปริวรรตศาสตร์ของกัตตาเมอร์; กฎหมายสิทธิการตาย; ผู้ป่วยทางจิต

Abstract

The purpose of this academic article is to study the interpretation of the Medical Assistance in Dying (MAiD) law for mentally ill patients in Canada through the framework of Hans-Georg Gadamer's hermeneutics. The focus is on the analysis of the “prejudice” and “fusion of horizons” of those who support and those who oppose the extension of

* ฉัตรทอง มีเมศกุล นิสิตปริญญาเอก ภาควิชาปรัชญาและศาสนา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ประเทศไทย Doctoral Student of Philosophy and Religion, Faculty of Humanities, Kasetsart University, Thailand

the MAiD law to cover mentally ill patients. The different interpretations are not solely based on medical or psychiatric facts, but are also the result of cultural context, ethics, beliefs about the dignity of life, and fears of inappropriate use of the right to die.

Keywords: Gaddamer's hermeneutics; Medical Assistance in Dying law; Mentally Illness

บทนำ

เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า “ความตาย” เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของมนุษย์ ไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงได้ และสำหรับบางคน ความตายกลับกลายเป็นทางออกจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานที่ยากเกินจะรับมือ ในกรณีของผู้ที่ประสบปัญหาทางสุขภาพจิตเรื้อรัง บ่อยครั้งพวกเขาต้องเผชิญกับความทุกข์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งบางรายอาจถึงขั้นตั้งคำถามถึงความหมายของการมีชีวิตอยู่ และปรารถนาที่จะจบชีวิตตนเองอย่างไรก็ตาม โดย โจเซลิน ดาวนี่^๑ กล่าวว่า การกระทำอัตวินิบาตกรรมไม่ใช่เรื่องที่สามารถกระทำได้ง่าย ทั้งในเชิงกายภาพ จิตใจ และจริยธรรม การตัดสินใจเช่นนั้นเต็มไปด้วยความขัดแย้งภายใน ความกลัว ความลังเล และผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ผู้เขียนเองเคยอยู่ในสถานการณ์ทั้งในฐานะผู้ช่วยเหลือและผู้ที่เคยตกอยู่ในภาวะเช่นนั้น จึงเข้าใจเป็นอย่างดีว่าความปรารถนาจะ “จบชีวิต” แต่ไม่สามารถกระทำได้ เป็นภาวะที่ทรมานยิ่งกว่าความตายเสียอีก แต่ในแคนาดา มีกฎหมายที่ชื่อว่า Medical Assistance in Dying (MAiD) ซึ่งให้สิทธิแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ที่มีความเจ็บปวดจากโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาได้ ให้ได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์ในการจบชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี คาร์ลอส โรดริเกซ กล่าวว่า^๒ เมื่อไม่นานมานี้ ได้มีข้อเสนอในการขยายสิทธิดังกล่าวให้ครอบคลุมถึง “ผู้ป่วยทางจิตเวช” ซึ่งก่อให้เกิดกระแสวิพากษ์วิจารณ์ในวงกว้าง ฝ่ายที่เห็นด้วยให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยทางจิตบางรายมีอาการทุกข์ทรมานเรื้อรังไม่แพ้ผู้ป่วยทางกาย และมีสิทธิที่จะจบชีวิตของตนเองเช่นเดียวกับผู้อื่น ขณะที่ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วยมองว่าการขยายกฎหมายเช่นนี้อาจเป็นการ “ทำให้ความตายกลายเป็นทางเลือกปกติ ซึ่งอาจนำไปสู่การเข้าใจผิดในระดับสังคม และเพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายโดยไม่ตั้งใจ

^๑ Downie, J., & Chandler, J. A. Interpreting Canada's Medical Assistance in Dying Legislation, Canadian Journal of Bioethics, Vol. 3 No. 1 [2020] : 31–40.

^๒ Rodriguez, C., & Kogan, E. Medical Assistance in Dying and Mental Illness: Ethical and Legal Considerations. Journal of Ethics in Mental Health, Vol. 17 No. 2 [2022] : 45–53.

เพื่อตีความปรากฏการณ์นี้ ผู้เขียนขอใช้แนวคิดของ Hans-Georg Gadamer^๗ นักปรัชญาแห่งแนวคิดอรรถปริวรรตศาสตร์ (Hermeneutics) โดยเฉพาะแนวคิดเรื่อง “การหลอมรวมขอบฟ้า” (Fusion of Horizons) และ “อคติ (prejudice)” ซึ่งในที่นี้ไม่ได้หมายถึงอคติในเชิงลบ แต่คือการรอบการมองโลกที่แต่ละคนมีจากประสบการณ์และภูมิหลังทางประวัติศาสตร์ ฝ่ายที่เห็นด้วยกับสิทธิการตายของผู้ป่วยทางจิต อาจมี “ขอบฟ้า” ที่เน้นเสรีภาพ ความเมตตาทางการแพทย์ และสิทธิในการกำหนดชะตาชีวิตของตน ขณะที่ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย อาจมี “ขอบฟ้า” ที่เน้นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ และความเชื่อว่าทุกชีวิตมีศักยภาพที่จะได้รับการฟื้นฟู หากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม กัตตาเมอร์เสนอว่า การเข้าใจซึ่งกันและกันจะเกิดขึ้นได้ผ่านกระบวนการ “หลอมรวมขอบฟ้า” (Fusion of Horizons) ซึ่งมีใช้การเลือกฝั่งใดฝั่งหนึ่ง แต่เป็นการเปิดพื้นที่ให้ทั้งสองฝ่าย “ฟัง” และตีความมุมมองของอีกฝ่ายอย่างแท้จริง การอภิปรายในประเด็นนี้จึงควรดำเนินไปบนฐานของความเข้าใจ มิใช่เพียงเพื่อเอาชนะกันทางความคิด แต่เป็นการหลอมรวมขอบฟ้าของทั้งสอง ที่นำไปสู่แนวทางที่ประนีประนอมระหว่าง “สิทธิ” และ “การคุ้มครอง” กล่าวคือ ต้องไม่เพิกเฉยต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทางจิต แต่ขณะเดียวกันต้องมีการคัดกรองและประเมินอย่างเข้มงวด โดยใช้จริยธรรมทางการแพทย์และมนุษยธรรม เพื่อไม่ให้สิทธินี้ถูกใช้ในทางที่นำไปสู่การผลักผู้เปราะบางออกจากระบบสังคม

นิยามของผู้ป่วยทางจิต

คำว่า “ผู้ป่วยทางจิต” หรือ “ผู้ป่วยจิตเวช” มักถูกเข้าใจอย่างคลาดเคลื่อนในสังคม โดยหลายคนอาจนิยามผู้ที่มีภาวะทางจิตเวชว่าเป็น “คนบ้า” หรือ “คนวิกลจริต” ซึ่งเป็นคำเรียกขานที่แฝงด้วยอคติ และทำให้เกิดการตีตราทางสังคม อย่างไรก็ตาม ในทางวิชาการนั้น พรพรรณ มีฤทธิ์^๘ ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเวชหมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ หรือพฤติกรรม ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ หรือสังคม โดยความผิดปกติดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการคิด การรับรู้ การควบคุมอารมณ์ ความจำ การตัดสินใจ และพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑^๙ ของประเทศไทย ให้คำนิยามผู้ป่วยจิตเวชไว้ว่า “บุคคลที่มีอาการผิดปกติทางจิตใจอย่างรุนแรงหรือมีอาการวิกลจริต จนไม่สามารถดูแลตนเองหรือดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม” ซึ่งรวมถึงกลุ่มโรคจิตเภท

^๗ Gadamer, *Gadamer Truth and Method*, Translated by Weinsheimer J. and Marshall G., (Continuum, 1985), pp 435-462.

^๘ พรพรรณ มีฤทธิ์, “เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน และแบบแผนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย: กรณีศึกษาญาติผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัว”, *ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต*, (สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๕๙), หน้า ๑๐-๑๒.

^๙ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิต, *พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑*, [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://www.dmh.go.th>. [๒ มิถุนายน ๒๕๖๘].

(Schizophrenia), โรคซึมเศร้าเรื้อรัง, โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) และโรควิตกกังวลชนิดรุนแรง ในบริบทของประเทศแคนาดา คำว่า ผู้ป่วยทางจิต (Mental Illness หรือ Psychiatric Disorder) ถูกกำหนดและใช้อย่างเป็นทางการในทางการแพทย์ กฎหมาย และนโยบายสาธารณสุข โดยมีนิยามและกรอบการพิจารณาอยู่ภายใต้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและคู่มือวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล รัฐบาลแคนาดาให้ความหมายของผู้ป่วยทางจิตไว้ว่า^๖ บุคคลที่ประสบกับความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความผิดปกติเหล่านี้อาจเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรืออย่างต่อเนื่อง เช่น โรคซึมเศร้า (Major Depression), โรควิตกกังวล (Anxiety Disorders), โรคจิตเภท (Schizophrenia), โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) และภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD)

แม้ทั้งสองประเทศจะอิงหลักวิชาการจิตเวชร่วมกันในการวินิจฉัยโรคจิตเวช แต่บริบททางสังคม วัฒนธรรม และนโยบายกลับส่งผลให้เกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในเชิงปฏิบัติ ในแคนาดา มีการดำเนินนโยบายเกี่ยวกับ สิทธิในการตายโดยการช่วยเหลือจากแพทย์ หรือ Medical Assistance in Dying (MAiD) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย รวมถึงผู้ป่วยจิตเวชบางประเภทที่มีความทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถรักษาให้หายขาด มีสิทธิในการยุติชีวิตของตนเองโดยได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ ภายใต้ข้อจำกัดทางจริยธรรมและการพิจารณาทางการแพทย์อย่างเข้มงวด โดยจะอธิบายเนื้อหาอย่างละเอียดในหัวข้อถัดไป ตรงกันข้าม ประเทศไทยยังไม่มีกรอบกฎหมายที่อนุญาตให้มีการรณฆาตหรือการฆ่าตัวตาย โดยความช่วยเหลือของแพทย์ในลักษณะเดียวกัน แม้จะมีการให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วยและการพัฒนาระบบสุขภาพจิต แต่ความเข้าใจของสังคมต่อผู้ป่วยทางจิตนั้นเป็นเรื่องที่ยาก ดังนั้น หากประเทศไทยมีความประสงค์จะปรับนโยบายให้ครอบคลุมและให้เกียรติสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วยทางจิตมากขึ้น การศึกษาตัวอย่างจากประเทศแคนาดาอาจเป็นแนวทางที่มีคุณค่าทั้งในมิติของจริยธรรมทางการแพทย์ กฎหมายสิทธิมนุษยชน และการสร้างระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพในบริบทของสังคมไทยเอง

นิยามของกฎหมายสิทธิการตาย

ในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา หลายประเทศทั่วโลกเริ่มตระหนักถึงความสำคัญของการเคารพสิทธิของมนุษย์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การอนุญาตให้บุคคลสามารถเลือกที่จะเสียชีวิตอย่างสงบโดยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานอีกต่อไป ถือเป็น การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

^๖ Government of Canada, **About mental health**, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/about-mental-health.html>. [๔ มิถุนายน ๒๕๖๘].

และเป็นแนวคิดที่เริ่มได้รับการยอมรับมากขึ้นในบริบทของสิทธิมนุษยชน ดารณี ภัทรมังกร^๗ ได้กล่าวว่า แนวปฏิบัติเช่นนี้เรียกรวมกันว่า “การุณยฆาต” (Euthanasia) ซึ่งมีรากศัพท์จากภาษากรีก โดยคำว่า *eu* หมายถึง “ดี” และ *thanatos* หมายถึง “ความตาย” รวมความแล้วหมายถึง “การตายอย่างดี” หรือ “การตายอย่างสงบ” ซึ่งหมายถึงการเสียชีวิตโดยปราศจากความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทั้งทางกายและใจ ภายใต้กรอบแนวคิดดังกล่าว ยังมีอีกหนึ่งแนวทางที่มีลักษณะคล้ายกัน คือ “การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์” (Physician-assisted Suicide หรือ PAS) ซึ่งหมายถึง การที่แพทย์ให้คำแนะนำหรือจัดเตรียมเครื่องมือหรือยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจบชีวิตของตนเองได้ โดยที่การกระทำนั้นต้องกระทำโดยผู้ป่วยเองเท่านั้น แพทย์จะไม่เป็นผู้ลงมือโดยตรง แนวปฏิบัตินี้เป็นที่แพร่หลายในหลายประเทศ เช่น เนเธอร์แลนด์ เบลเยียม สวิตเซอร์แลนด์ และแคนาดา โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บปวดเรื้อรังหรืออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แม้ว่าประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่อนุญาตให้มีการุณยฆาตในรูปแบบเดียวกับประเทศตะวันตก แต่มีความก้าวหน้าในแง่การยอมรับสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะในวาระสุดท้ายของชีวิต ตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒^๘ ซึ่งระบุว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติความทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ” แม้ว่ามาตราดังกล่าวยังไม่ถือว่าเป็นการรับรอง “การุณยฆาต” หรือ “การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์” โดยตรง แต่ก็ถือเป็น การเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนวาระสุดท้ายของตนเองอย่างมีศักดิ์ศรี และหลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่จำเป็นหรือยืดชีวิตออกไปโดยปราศจากคุณภาพชีวิต การอภิปรายเกี่ยวกับการุณยฆาตในประเทศไทยยังคงเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน ทั้งในด้านจริยธรรม ศาสนา และวัฒนธรรม แต่กระแสการยอมรับในสิทธิของผู้ป่วยกำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในสังคม โดยเฉพาะในหมู่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ จิตวิทยา และกฎหมาย

ในงานวิจัยของ นพพล วิทย์วรพงศ์^๙ ได้มีการกล่าวถึงกฎหมายซึ่งเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย โดยความช่วยเหลือของแพทย์ในประเทศแคนาดาว่า แคนาดานั้นต่างจากประเทศอื่นเพราะมีกฎหมาย Medical Assistance in Dying ที่มีการบังคับใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ประเทศแคนาดานับว่าเป็นประเทศล่าสุดในโลกที่มีกฎหมายคุ้มครองการุณยฆาต (Euthanasia) และการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของ

^๗ ดารณี ภัทรมังกร, “สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ”, *วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต*, (มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ๒๕๔๘), หน้า ๔๔-๔๕.

^๘ *Lawsiam. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : <https://www.lawsiam.com/?file=Thai-National-Health-Security-Act>. [๒ มิถุนายน ๒๕๖๘].

^๙ นพพล วิทย์วรพงศ์, “การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตกับสังคมไทย: บทเรียนจากประสบการณ์ของต่างประเทศ”, *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์*, (คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, ๒๕๖๓), หน้า ๗๖-๘๔.

แพทย์ (Physician-Assisted Suicide) และเรียกการกระทำนี้ว่า การให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการตาย หรือ MAiD โดยหากจะเข้าร่วมโครงการได้จะต้องผ่านขั้นตอนการตรวจสอบทั้ง ๕ ข้อก่อนดังนี้

๑. ผู้เข้าร่วมโครงการต้องเป็นชาวแคนาดาและมีสัญชาติแคนาดาเท่านั้นเพื่อป้องกันนักท่องเที่ยวหรือชาวต่างชาติเข้าร่วมโครงการได้
๒. ผู้เข้าร่วมโครงการต้องมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘ ปี
๓. ผู้เข้าร่วมโครงการต้องอยู่ในสถานะที่โคม่าหรือเจ็บป่วยระยะสุดท้าย หรืออาการป่วยที่เรื้อรังจนไม่สามารถทำการรักษาให้หายขาดได้
๔. ผู้เข้าร่วมโครงการยื่นคำร้องขอเข้าร่วมอย่างสมัครใจและปราศจากแรงจูงใจจากภายนอก
๕. ผู้เข้าร่วมโครงการต้องได้รับข้อมูลและทางเลือกในการรักษาหรือจบชีวิตและยังรวมถึงการรักษาเพื่อยืดเวลาชีวิตด้วย

ตามรายงานจากรายการข่าว ทันโลก Express^{๑๐} ได้มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการถกเถียงในประเด็นการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการตาย (Medical Assistance in Dying: MAiD) โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ประเทศแคนาดาได้มีแนวคิดที่จะขยายขอบเขตของผู้มีสิทธิ์เข้าถึงการช่วยเหลือในการตายโดยแพทย์ ให้ครอบคลุมถึงผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเวช เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง หรือผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตในระดับลึกซึ้ง โดยกระบวนการพิจารณายังคงอยู่ภายใต้ความเห็นชอบของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเช่นเดียวกับผู้ป่วยในกลุ่มอื่นที่มีสิทธิ์อยู่เดิมอย่างไรก็ตาม แนวคิดดังกล่าวได้จุดกระแสการถกเถียงในสังคมอย่างกว้างขวาง โดยมีฝ่ายที่ไม่เห็นด้วยจำนวนมากให้เหตุผลว่า การบรรจุกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเข้าไปในกลุ่มผู้มีสิทธิ์ได้รับการช่วยเหลือในการตาย อาจก่อให้เกิดผลเสียในเชิงจริยธรรมและสังคม อาทิ การส่งเสริมค่านิยมการฆ่าตัวตายในสังคมอย่างไม่เหมาะสม และอาจเป็นการลดทอนคุณค่าของชีวิตมนุษย์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังสามารถได้รับการรักษาฟื้นฟูได้ ท่ามกลางความขัดแย้งในสังคม กระทรวงสาธารณสุขของแคนาดาได้มีมติระงับการดำเนินการบรรจุกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชไว้ในกฎหมาย MAiD โดยให้เหตุผลว่า ระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศยังไม่มีความพร้อมทั้งในด้านจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และขาดแนวทางที่ชัดเจนเพียงพอในการประเมินภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในบริบทของการตัดสินใจยุติชีวิตอย่างมีเหตุผล การตัดสินใจดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความไม่พอใจในกลุ่มผู้สนับสนุนแนวคิดนี้โดยมีความเห็นว่ากรณีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยทางจิตจำนวนมากนั้นเต็มไปด้วยความทุกข์ทรมาน และ

^{๑๐} ทันโลก EXPRESS, แคนาดาระงับ กม.สิทธิในการตายสำหรับผู้ป่วยทางจิต, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : <https://www.pptvhd36.com/video/news/166084> [๒๓ มกราคม ๒๕๖๘].

ควรได้รับสิทธิในการเลือกที่จะจบชีวิตอย่างสงบเช่นเดียวกับผู้ป่วยทางกาย โดยยกตัวอย่างกรณีของ นายอาดัม ไมเออร์-เคลย์ตัน^{๑๑} ซึ่งเป็นผู้ที่ประสบกับความทุกข์ทรมานจากอาการป่วยทางจิตมาอย่างยาวนาน และเคยรณรงค์ให้มีการบรรจุกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเข้าไปในระบบ MAiD แต่ท้ายที่สุดคำเรียกร้องของเขาก็ไม่ได้รับการตอบสนอง เขาจึงตัดสินใจจบชีวิตตนเอง ซึ่งกลายเป็นกรณีศึกษาที่สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการทบทวนแนวทางเชิงนโยบายในประเด็นนี้ต่อไป

กรณีนี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้จะไม่มี “การอนุญาตโดยกฎหมาย” แต่การตัดสินใจจบชีวิตตนเองก็เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ขาดโอกาสในการเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ได้รับความเข้าใจจากคนรอบข้าง ทั้งนี้ เหตุการณ์ลักษณะดังกล่าวทำให้เกิดกระแสเรียกร้องในสื่อสังคมออนไลน์ให้มีการตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิต และเรียกร้องให้ภาครัฐมีมาตรการดูแลเชิงระบบอย่างเป็นรูปธรรมในระดับนานาชาติ กรณีของแคนาดาที่เสนอให้รวมผู้ป่วยทางจิตเข้าในโครงการการอนุญาตโดยการช่วยเหลือจากแพทย์ (MAiD) ได้ก่อให้เกิดข้อถกเถียงอย่างกว้างขวาง ฝ่ายที่เห็นด้วยให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยทางจิตจำนวนมากต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจไม่แตกต่างจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บปวดทรมานร่างกาย เช่น กรณีของ อาดัม ไมเออร์-เคลย์ตันที่ได้กล่าวไว้ และในขณะเดียวกัน ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วยกลับมีความกังวลว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทางจิตเข้าถึงบริการ MAiD อาจนำไปสู่การตัดสินใจที่ไม่สมเหตุสมผล ซึ่งเกิดจากความผิดปกติทางความคิดในช่วงที่อาการกำเริบ อีกทั้งยังเป็นการส่งสารที่ผิดไปยังสาธารณชน และอาจเป็นการขยาย “วัฒนธรรมการฆ่าตัวตาย” โดยไม่ตั้งใจ

อรรถปริวรรตศาสตร์ของกัตตาเมอร์

ศาสตร์การตีความเชิงปรัชญา (philosophical hermeneutics) ที่เสนอโดย Hans-Georg Gadamer^{๑๒} ถือเป็นการพัฒนาต่อยอดจากขนบการตีความแบบดั้งเดิม โดยมุ่งเน้นไปที่กระบวนการเข้าใจความหมายในบริบทของมนุษย์ (human understanding) ที่มีรากฐานทางประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมเฉพาะตน อรรถปริวรรตศาสตร์ของกัตตาเมอร์จึงมิใช่เพียงการถอดความหรือตีความตัวบท (text) หากเป็นการค้นหาความจริงในเชิงภววิสัย (objective truth) ผ่านการโต้ตอบอย่างต่อเนื่องระหว่างประสบการณ์ ความรู้เดิม และสิ่งใหม่ที่ถูกนำเสนอในการสื่อสารหรือบทสนทนา ด้วยเหตุนี้กัตตาเมอร์จึงได้เสนอว่าบทสนทนาคือกระบวนการที่จะตีความให้การเข้าใจและเข้าถึงตัวบริบทได้ แนวคิดของกัตตาเมอร์ได้แบ่งการเข้าใจในการตีความออกเป็นสองประเภทคือ *อคติ* และ *ขอบฟ้าแห่งความเข้าใจ*

^{๑๑} ปีซีไทย, *คนควรได้รับสิทธิในการตายหรือไม่ ?*, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : <https://www.bbc.com/thai/international-40692105> [๒๗ มกราคม ๒๕๖๘].

^{๑๒} Gadamer, *Gadamer Truth and Method*, Translated by Weinsheimer J. and Marshall G., (Continuum, 1985), pp 435-462.

ซึ่งอคติหมายถึง พื้นฐานของความคิดของมนุษย์ คำว่าอคติของกัทตาเมอร์ ไม่มีถูกหรือผิด การไม่มีอคติก็เท่ากับว่าไร้ซึ่งความเข้าใจ กล่าวคือไม่มีความเข้าใจใดที่ปราศจากอคติ ดังนั้นอคติจึงมีสถานะแบบเดียวกันกับความเข้าใจต่อตัวเอง ซึ่งอคติของแต่ละบุคคลนั้นไม่เหมือนกันโดย พิริยา แยมนิล^{๑๓} ได้กล่าวว่า อคติคือหลักความเข้าใจพื้นฐานของตัวเราเอง คืออาจเป็นความรู้ที่เราได้เรียนรู้มา หรือประสบการณ์ของเราที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ ทำให้เราเข้าใจในเรื่องนั้นแบบนั้น ส่วนอคติของแต่ละคนก็จะไม่เหมือนกันโดยต่างกันจากหลายสาเหตุเช่น การเรียนรู้ การอบรมสั่งสอนจากทางบ้าน หรือภูมิหลังของประเทศที่ตนอาศัยอยู่ เป็นต้น อคตินั้นไม่มีถูกผิด แต่อคตินั้นสามารถทำให้เราเข้าใจในสิ่งที่ผู้สนทนากล่าวได้ โดยจะต้องดำเนินการไปในทิศทางที่ถูกต้อง เพื่อจะเข้าไปถึงการเข้าใจที่ถูกต้องได้ โดยการไม่ปิดกั้นในการที่จะรับรู้ในสิ่งที่อาจจะขัดกับอคติของเรา โดยไม่มีความคิดที่จะเห็นแย้งหรือปฏิเสธความเข้าใจใหม่ ๆ ซึ่งวิธีการทำความเข้าใจในอคติของอีกฝ่ายกัทตาเมอร์เรียกวิธีการแบบนี้ว่า การเชื่อมขอบฟ้า (Fusion of horizons) คือ อคติจะดำเนินไปควบคู่กับขอบฟ้าของแต่ละบุคคล โดยขอบฟ้าคือ การรวมถึงทุกสิ่งอย่างในอคติของเราที่สามารถเห็นกระจ่างและยังเปรียบเหมือนวงกลมที่ครอบอคติของเราเอาไว้ ซึ่งกัทตาเมอร์ต้องการทำให้อคติและขอบฟ้าดำเนินไปในแนวทางเดียวกัน เนื่องจากทุกคนนั้นมีความคิดเป็นของตนเองโดยสมบูรณ์ จึงต้องหาคำตอบว่าความคิดของตัวเองนั้นตรงกันกับความคิดของผู้อื่นหรือไม่ จึงจำเป็นต้องเปิดใจพูดคุยหรือแลกเปลี่ยนมุมมองความคิด ว่ามีสิ่งใดเหมือนหรือต่างกัน ถ้าเหมือนกันก็จะเรียกได้ว่ามีความคิดเดียวกันกับผู้อื่น จากการศึกษางานวิจัยของ นิติ มณีกาญจน์^{๑๔} พบว่า ทฤษฎีการหลอมรวมขอบฟ้าช่วยให้เราเข้าใจภูมิหลังและวัฒนธรรมของกันและกันได้ดีขึ้น จึงเหมาะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่เราสามารถใช้ได้เข้าใจบริบทของตัวบทความหรือการสนทนาได้อย่างชัดเจนและแม่นยำ สำหรับกัทตาเมอร์บทสนทนาคือการปะทะกันในความแตกต่างของกระบวนการของความเข้าใจและความคิดอันมีรูปแบบในการเห็นร่วมไปในทิศทางเดียวกันกับสาระสำคัญของตัวบทของผู้สนทนา การเห็นด้วยในที่นี้ไม่ได้มีความหมายเป็นการเห็นด้วยอย่างไม่คัดค้าน และไม่ใช้เห็นด้วยกับทุกอย่างที่ตัวผู้สนทนาอธิบายออกมา โดยกัทตาเมอร์จะให้ผู้ที่รับฟังนั้นทำการขยายขอบฟ้าของตนเอง กล่าวคือผู้รับฟังต้องเปิดใจและไม่ยึดติดว่าความคิดที่เป็นรากฐานของตัวเองนั้นถูกต้องเสมอไป และผู้รับฟังควรเคารพและเปิดกว้างต่อทัศนะของผู้สนทนา เพื่อทำการวิเคราะห์และขัดเกลาความเข้าใจของตนมากให้มากขึ้น และอาจจะทำให้มีความเข้าใจในส่วนหนึ่งที่มากขึ้นและคล้อยตามบทสนทนาของอีกฝ่าย กล่าวคือเป็นการปรับขอบฟ้าเชื่อมกับความแตกต่างของกันและกัน

^{๑๓} พิริยา แยมนิล, “บทสนทนา ในฐานะรูปแบบของความเข้าใจของศาสตร์การตีความในกัทตาเมอร์”, **วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต**, (สาขาวิชาปรัชญา ภาควิชาปรัชญา คณะอักษรศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๖๓).

^{๑๔} นิติ มณีกาญจน์, “ความจริง และ วิธีการ: แนวคิดการตีความตัวบทของ Hans-Georg Gadamer”, **วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**, ปีที่ ๑๖ (ธันวาคม ๒๕๕๖).

จากการศึกษาแนวคิดอรรถปริวรรตศาสตร์ของกัตตาเมอร์ ผู้เขียนขออธิบายเพิ่มเติมดังนี้ ความเข้าใจในศาสตร์การตีความคือการเชื่อมขอบฟ้า ซึ่งเราดำรงอยู่ในขอบฟ้า ต่อจากนี้จะใช้คำว่า วิธีชีวิตแทน เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจได้ง่าย วิธีชีวิตของเรานั้นจะดำเนินและเคลื่อนไปในแนวทางเดียวกับเรา ในจุดนี้จึงแสดงให้เห็นว่าสำหรับกัตตาเมอร์ การเชื่อมขอบฟ้าหรือการเชื่อมวิธีชีวิตนั้น เป็นผลสำเร็จของบทสนทนาที่ผู้ถามได้พยายามที่จะมีข้อตกลงร่วมกันกับผู้รับฟัง จึงเหมือนกับเป็นการตีความที่พยายามจะเข้าใจในบทสนทนาของผู้พูด ให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้และมีความคิดที่ดำเนินไปในทางเดียวกันทั้งสองฝ่าย วิธีที่เกิดความเข้าใจนั้นคือการสื่อสารที่กำลังส่งมาสู่ภาษาของสิ่งนั้นอย่างที่มีนัยเป็น แต่ตามปกติของมนุษย์แล้วนั้น ย่อมมีความคิด พินภูมิและการถูกเลี้ยงดูที่ไม่เหมือนกัน จึงทำให้ทุกคนนั้นมีชุดความคิดเป็นของตนเองโดยจะตรงกับคำว่าอคติในทฤษฎีของกัตตาเมอร์ เพื่อให้แนวคิดนี้เข้าใจได้ง่ายขึ้น ผู้เขียนขอใช้คำว่า “วิธีชีวิต” แทนคำว่า “ขอบฟ้า” และใช้คำว่า “ชุดความคิด” แทนคำว่า “อคติ”

ในมุมมองของกัตตาเมอร์ การเข้าใจไม่ได้เกิดขึ้นลอย ๆ หากเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของวิธีชีวิตที่แต่ละบุคคลดำรงอยู่ ซึ่งอาจตีความได้ว่าเป็นชุดของประสบการณ์ ความรู้ และวิธีชีวิตที่หล่อหลอมขึ้นจากบริบททางประวัติศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งในความหมายของกัตตาเมอร์มิได้มีนัยยะในทางลบ หากหมายถึงโครงสร้างเบื้องต้นที่ทำให้มนุษย์สามารถเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้ กล่าวได้ว่าวิธีชีวิตของแต่ละบุคคลจะดำเนินไปตามชุดความคิดที่ตนยึดถือ และแนวคิดของกัตตาเมอร์ได้ชี้ให้เห็นว่าการเข้าใจในความหมายของกันและกันจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมี “การเสวนา” (*dialogue*) ที่เปิดกว้างและจริงใจ โดยการเสวนานี้มิใช่เพียงการแลกเปลี่ยนข้อมูล แต่เป็นกระบวนการของการฟัง การไตร่ตรอง และการเคลื่อนขอบฟ้าของตนเองไปหาขอบฟ้าของผู้อื่นจนเกิด “การหลอมรวมขอบฟ้า” ซึ่งเป็นจุดที่ความเข้าใจใหม่สามารถปรากฏขึ้นได้ เพื่อความเข้าใจในทฤษฎีอรรถปริวรรตศาสตร์ของกัตตาเมอร์กระชับและชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้เขียนขอยกตัวอย่างเชิงเปรียบเทียบ ดังนี้

นาย ก. มีชุดความคิดว่าการมาเรียนสายเป็นเรื่องยอมรับได้ และวิธีชีวิตของเขาก็สะท้อนชุดความคิดนั้นผ่านการเข้าเรียนสายเป็นประจำ ในขณะที่นาย ข. ถือว่าการมาเรียนตรงเวลาหรือก่อนเวลาคือสิ่งที่พึงกระทำ วิธีชีวิตของเขายึดถือวินัยเรื่องเวลาอย่างเคร่งครัด หากทั้งสองไม่มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดกัน ความเข้าใจระหว่างกันก็ย่อมไม่เกิดขึ้น และต่างฝ่ายจะยังคงดำรงอยู่ในวิธีชีวิตของตนเองอย่างแยกขาด อย่างไรก็ตาม หากเกิดการเสวนาขึ้น เช่น นาย ข. ให้เหตุผลถึงผลกระทบของการมาเรียนสาย และนาย ก. เปิดใจรับฟัง พร้อมทั้งทบทวนพฤติกรรมของตน จนท้ายที่สุด นาย ก. ตัดสินใจปรับเวลาการมาเรียนให้เร็วขึ้น ขณะเดียวกัน นาย ข. ก็อาจผ่อนปรนชุดความคิดของตนโดยยอมรับว่าการมาสายเล็กน้อยในบางสถานการณ์อาจไม่ใช่เรื่องเสียหาย ทั้งสองจึงได้ “ขยับ” วิธีชีวิตของตนเอง

เข้าหากัน โดยต่างฝ่ายต่าง “ขยายขอบฟ้า” ของตน เพื่อให้เข้าใจในมุมมองของอีกฝ่ายมากขึ้น กระบวนการดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงสาระสำคัญของการหลอมรวมขอบฟ้าในทฤษฎีของกัทตาเมอร์ ซึ่งมีได้มุ่งหมายให้ฝ่ายหนึ่งเปลี่ยนแปลงจนหมดสิ้น หากคือการประสานความเข้าใจภายใต้ความแตกต่าง เพื่อสร้างความหมายร่วม (*shared understanding*) ที่เกิดขึ้นจากการฟังและการยอมรับในความหลากหลายของมนุษย์ในสังคม

จากการศึกษากฎหมายสิทธิในการตายสำหรับผู้ป่วยทางจิตในประเทศแคนาดา ร่วมกับแนวคิดอรรถปริวรรตศาสตร์ของฮันส์-จอร์จ กัทตาเมอร์ (Hans-Georg Gadamer) ผู้เขียนได้วิเคราะห์มุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย Medical Assistance in Dying (MAiD) ผ่านกรอบแนวคิดเรื่อง “อคติ” (Prejudices) และ “การหลอมรวมขอบฟ้า” (Fusion of Horizons) ซึ่งสามารถจำแนกกลุ่มผู้เกี่ยวข้องออกเป็น ๔ กลุ่มหลัก ดังนี้

๑. รัฐบาลแคนาดา กล่าวคือ ชุดความคิดของรัฐบาลแคนาดาที่มีต่อการบรรจุผู้ป่วยทางจิตเข้าไปในกฎหมาย MAiD นั้นเป็นไปในเชิงบวก คือเป็นการตกลงและพยายามที่จะบรรจุผู้ป่วยทางจิตเข้าไปเพื่อที่จะให้การจบชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้สามารถทำได้ เพื่อเป็นการจบความทรมานของตัวเองโดยสมัครใจ

๒. กระทรวงสาธารณสุขแคนาดา กล่าวคือ ชุดความคิดของกระทรวงสาธารณสุขแคนาดาที่มีต่อการบรรจุผู้ป่วยทางจิตเข้าไปในกฎหมาย MAiD นั้นเป็นไปในเชิงลบ คือมองว่าสิ่งที่จะใช้กฎหมายนี้ได้นั้น แพทย์จะต้องเป็นผู้วินิจฉัยและตัดสินใจ แต่ทีมแพทย์และบุคลากรของแคนาดายังคงมีไม่มากพอต่อการบังคับใช้กฎหมายนี้ หากประกาศใช้กฎหมายนี้ออกไปอาจทำให้มีความผิดพลาดในการวินิจฉัยขึ้นได้

๓. ประชาชนและผู้ป่วยที่เห็นด้วย กล่าวคือ ชุดความคิดของประชาชนและผู้ป่วยทางจิตที่เห็นด้วยกับการบรรจุผู้ป่วยทางจิตเข้าไปในกฎหมาย MAiD นั้นเป็นไปในเชิงบวก คือพวกเขาให้คำตอบกับเรื่องนี้ว่าเป็นการให้สิทธิเสรีภาพที่แท้จริงต่อผู้ป่วยที่ต้องทุกข์ทรมานกับโรคและอาการที่พวกเขากำลังเผชิญอยู่ นั่นคือการที่ผู้ป่วยสามารถจบชีวิตของตนเองได้โดยสมัครใจ โดยพวกเขาจะได้ไม่ต้องรับความทรมานอีกต่อไป

๔. ผู้ที่คัดค้านกฎหมายนี้ กล่าวคือ ชุดความคิดของผู้ที่คัดค้านการบรรจุผู้ป่วยทางจิตเข้าไปในกฎหมาย MAiD นั้นเป็นไปในเชิงลบ คือพวกเขามองว่าการบรรจุผู้ป่วยทางจิตเข้าไปใน MAiD นั้นจะยังทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี เช่น อาจเป็นการเผยแพร่วัฒนธรรมการฆ่าตัวตายให้กับคนในประเทศและมองเห็นถึงช่องโหว่ในการจบชีวิตด้วยกฎหมายนี้อีกด้วย นั่นจึงเป็นสาเหตุหลักที่กฎหมายนี้ยังไม่ถูกประกาศใช้ในตอนนี้

จากชุดความคิดและอคติของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อกฎหมาย Medical Assistance in Dying (MAiD) สำหรับผู้ป่วยทางจิต สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ขอบฟ้าหรือวิถีชีวิตถูกแบ่งแยกออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ตามแนวทางอรรถปริวรรตศาสตร์ของกัตตาเมอร์ กลุ่มแรกคือ ผู้ที่สนับสนุนการบรรจุผู้ป่วยทางจิตไว้ในขอบเขตกฎหมาย MAiD ได้แก่ รัฐบาล ผู้ป่วยทางจิต และประชาชนบางส่วน กลุ่มนี้มีวิถีชีวิตที่ให้ความสำคัญกับ สิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล และ คุณภาพชีวิต มากกว่าการยึดชีวิตด้วยความทุกข์ทรมาน มุมมองของพวกเขาเน้นที่การให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจจบชีวิตของตนได้อย่างมีศักดิ์ศรี โดยเชื่อว่าเป็นทางเลือกที่มีมนุษยธรรมสำหรับผู้ที่ไม่สามารถหาทางรักษาได้อีกต่อไป กลุ่มที่สองคือ ผู้ที่คัดค้านการขยายขอบเขตกฎหมาย MAiD ให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยทางจิต ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขแคนาดาและประชาชนอีกส่วนหนึ่ง กลุ่มนี้มีวิถีชีวิตที่ยึดโยงกับหลักการคุ้มครองผู้เปราะบาง และ ความปลอดภัยในการวินิจฉัย โดยมองว่าการเปิดช่องให้ผู้ป่วยทางจิตจบชีวิตตามกฎหมายอาจนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาด หรือแม้แต่การชักนำให้เกิดค่านิยมการฆ่าตัวตายในสังคม อีกทั้งยังเห็นว่าระบบบริการสุขภาพยังไม่มีความพร้อมเพียงพอ โดยเฉพาะในด้านจำนวนจิตแพทย์และมาตรฐานการประเมินภาวะป่วยทางจิตอย่างละเอียดถี่ถ้วน แม้ในช่วงแรก รัฐบาลจะมีท่าทีที่สนับสนุนการแก้ไขกฎหมายให้ครอบคลุมผู้ป่วยทางจิต แต่แรงกดดันจากกลุ่มคัดค้านที่มีน้ำหนักทางสังคมและข้อกังวลด้านจริยธรรม ได้ส่งผลกระทบต่องบข้อฟ้าแห่งความเข้าใจของรัฐบาลจนทำให้รัฐบาลต้องระงับการดำเนินการไปชั่วคราว นั่นหมายความว่า วิถีชีวิตของรัฐบาลได้เกิดการหลอมรวมขอบฟ้า (Fusion of Horizons) เข้ากับฝ่ายคัดค้าน และเปลี่ยนทิศทางของนโยบายให้สอดคล้องกับกลุ่มที่ไม่เห็นด้วย

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยและประชาชนที่ยังคงสนับสนุนกฎหมายดังกล่าว ยังคงดำรงอยู่ในชุดความเข้าใจและวิถีชีวิตที่แตกต่างอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความขัดแย้งในระดับนโยบายและคุณค่าทางสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความท้าทายในการสร้างความเข้าใจร่วมกัน (Shared Understanding) ในประเด็นทางจริยธรรมที่ซับซ้อนนี้ และเป็นสิ่งที่ต้องติดตามต่อไปว่า กระบวนการสนทนาและการปฏิสัมพันธ์ในทางสังคมจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมอง หรือหลอมรวมขอบฟ้าได้ในอนาคตหรือไม่

ข้อสรุป

จากการศึกษากฎหมายสิทธิในการตายสำหรับผู้ป่วยทางจิตในประเทศแคนาดา และการวิเคราะห์ผ่านกรอบแนวคิดอรรถปริวรรตศาสตร์ของ Hans-Georg Gadamer พบว่าประเด็นการบรรจุผู้ป่วยทางจิตเข้าไปในกฎหมายการตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ (MAiD) เป็นพื้นที่ที่เต็มไปด้วยความขัดแย้งทางจริยธรรม กฎหมาย และวัฒนธรรม เนื่องจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีชุดความเข้าใจหรือวิถีชีวิต (horizons) ที่แตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเชื่อ และเจตจำนงพื้นฐานของแต่ละฝ่ายกลุ่มที่เห็นด้วยกับการขยายสิทธิของผู้ป่วยทางจิต ได้แก่ รัฐบาล ผู้ป่วย และประชาชนบางส่วน

มองว่าการอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถเลือกจบชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ถือเป็นการเคารพในสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นทางออกที่เมตตาสำหรับผู้ที่อยู่ในสภาพทุกข์ทรมานโดยไร้ความหวังในการรักษาในทางกลับกัน กลุ่มที่คัดค้าน ซึ่งประกอบด้วยกระทรวงสาธารณสุขแคนาดา บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนอีกส่วนหนึ่ง เห็นว่าการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทางจิตเข้าถึง MAiD อาจส่งผลกระทบในเชิงลบทั้งในระดับปัจเจกและสังคม เช่น การเร่งเร้าให้เกิดวัฒนธรรมการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยผิดพลาด และการขาดทรัพยากรในการประเมินสภาพจิตอย่างรอบด้านเมื่อวิเคราะห์ผ่านเลนส์ของอรรถปริวรรตศาสตร์ จะเห็นได้ว่าความหมายของ “สิทธิในการตาย” มิได้ยึดโยงอยู่เพียงกับตัวบทกฎหมายเท่านั้น หากแต่เกิดจากการตีความของแต่ละกลุ่มซึ่งต่างก็มี “อคติ” (prejudices) ในเชิงปรัชญา ศีลธรรม และประสบการณ์ส่วนตัว ทั้งนี้ กระบวนการแลกเปลี่ยนและการปะทะของชุดความคิดดังกล่าว ทำให้ขอบฟ้าแห่งความเข้าใจของบางกลุ่มเริ่มเคลื่อนที่ เช่น การที่รัฐบาลแคนาดาตัดสินใจชะลอการบังคับใช้กฎหมาย MAiD กับผู้ป่วยทางจิตชั่วคราว สะท้อนให้เห็นว่าขอบฟ้าแห่งความเข้าใจของรัฐบาลได้เคลื่อนมาใกล้กับฝ่ายคัดค้านในเชิงนโยบาย แม้จะยังไม่หลอมรวมอย่างสมบูรณ์ (fusion of horizons) ข้อค้นพบสำคัญคือ แนวทางการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการตายโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตจะต้องพิจารณาไม่เพียงแค่หลักการทางกฎหมายและจริยธรรม แต่ควรเปิดพื้นที่สำหรับการตีความข้ามขอบฟ้าอย่างลึกซึ้ง โดยอาศัยการรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วย เสียงของบุคลากรทางการแพทย์ และความกังวลของสังคม เพื่อสร้างฉันทามติที่มีความเข้าใจร่วมกันบนฐานของมนุษยธรรมและเหตุผล ท้ายที่สุด บทความนี้ชี้ให้เห็นว่ากฎหมายไม่ใช่เพียงเครื่องมือทางเทคนิค หากแต่เป็นพื้นที่แห่งการตีความ (hermeneutic space) ซึ่งเปิดโอกาสให้เกิดการสนทนาแลกเปลี่ยน ความเข้าใจร่วม (fusion of horizons) และการเรียนรู้ระหว่างชุดความคิดที่แตกต่างกันอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นมุมมองของรัฐ ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ผู้ป่วย หรือประชาชนทั่วไป กระบวนการเช่นนี้ต้องการทั้งเหตุผล ความเห็นอกเห็นใจ และการเปิดพื้นที่ให้เสียงของผู้เปราะบางในสังคมได้ถูกรับฟังอย่างแท้จริง

จากกรณีศึกษาของประเทศแคนาดา ประเทศไทยสามารถนำบทเรียนดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายด้านจริยธรรมทางการแพทย์และสุขภาพจิต โดยเฉพาะการออกแบบกฎหมายหรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในชีวิตและความตายของผู้ป่วยทางจิต ซึ่งยังคงเป็นประเด็นที่อ่อนไหวและมีความซับซ้อนในมิติทางสังคมและวัฒนธรรมไทย การเปิดพื้นที่ให้แก่การตีความจากกลุ่มต่าง ๆ อาทิ ผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ นักจิตวิทยา นักกฎหมาย นักปรัชญา และภาคประชาสังคม จะนำไปสู่การออกแบนโยบายที่ไม่เพียงมีประสิทธิภาพในเชิงบริหาร แต่ยังมีความชอบธรรมในเชิงจริยธรรมและสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมไทย นอกจากนี้การประยุกต์ใช้แนวคิดอรรถปริวรรตศาสตร์ของกัตตาเมอร์ในกระบวนการยกร่างนโยบายหรือกฎหมายในประเด็นที่ซับซ้อนเช่นนี้ ยังช่วยส่งเสริมการตัดสินใจเชิงคุณภาพ

(qualitative reasoning) ที่คำนึงถึงมิติของมนุษยธรรม ความเป็นอยู่ที่ดี และคุณค่าเชิงอัตถิภาวนิยม (existential values) มากกว่าการเน้นเพียงหลักการทางกฎหมายหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว

กล่าวโดยสรุป บทความนี้ไม่เพียงแต่สะท้อนพลวัตของกฎหมายสิทธิในการตายของแคนาดาเท่านั้น แต่ยังเสนอกรอบคิดเชิงปรัชญาที่สามารถต่อยอดเป็นกลไกการเรียนรู้เชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อคุณภาพชีวิตของทุกกลุ่มในสังคม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยทางจิตที่ยังขาดพื้นที่ทางเสียงและสิทธิมาโดยตลอด

บรรณานุกรม

ดารณี ภัทรมังกร. “สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ”. **วิทยานิพนธ์นิติศาสตร์มหาบัณฑิต**, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ๒๕๕๘.

นพพล วิทย์วรพงศ์. “การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตกับสังคมไทย: บทเรียนจากประสบการณ์ของต่างประเทศ”. **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์**. คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, ๒๕๖๓.

พิริยา แยมนิล. “บทสนทนา ในฐานะรูปแบบของความเข้าใจของศาสตร์การตีความในกัตตาเมอรี”. **วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต**. สาขาวิชาปรัชญา ภาควิชาปรัชญา คณะอักษรศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๖๓.

พรพรรณ มีฤทธิ์. “เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน และแบบแผนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย: กรณีศึกษาญาติผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัว”. **ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต**. สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๕๙.

Downie, J., & Chandler, J. A. **Interpreting Canada’s Medical Assistance in Dying Legislation**. Canadian Journal of Bioethics, Vol. 3. No. 1 [2020] : 31–40.

Gadamer. **Gadamer Truth and Method**, Translated by Weinsheimer J. and Marshall G. Continuum, 1985.

Rodriguez, C., & Kogan, E. "Medical Assistance in Dying and Mental Illness: Ethical and Legal Considerations". **Journal of Ethics in Mental Health**. Vol. 17. No. 2 [2022] : 45–53.

ทันโลก EXPRESS. **แคนาดาระงับ กม.สิทธิในการตายสำหรับผู้ป่วยทางจิต**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.pptvhd36.com/video/news/166084> [๒๗ มกราคม ๒๕๖๘].

บีบีซีไทย. **คนควรได้รับสิทธิในการตายหรือไม่ ?**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://www.bbc.com/thai/international-40692105> [๒๗ มกราคม ๒๕๖๘].

ไทยรัฐ. **เศร้า วัยรุ่น 18 ป่วยซึมเศร้า โพสต์ลาโลกก่อนจบชีวิต**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://www.thairath.co.th/news/local/region/1928587> [๒ มิถุนายน ๒๕๖๘].

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิต. **พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://www.dmh.go.th>. [๒ มิถุนายน ๒๕๖๘].

Lawsiam. **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://www.lawsiam.com/?file=Thai-National-Health-Security-Act>. [๒ มิถุนายน ๒๕๖๘].

Government of Canada. **About mental health**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/about-mental-health.html>. [๔ มิถุนายน ๒๕๖๘].