

รายงานการเข้าร่วมประชุมเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขและสังคม
ของ ประธานราชวิทยาลัยสูติแพทย์แห่งประเทศไทย
เรื่อง ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมวิชาชีพ
เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ ภายใต้กฎหมายอาญามาตรา 305
จัดโดย

กรมอนามัย ร่วมกับ แพทยสภา โดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก
ระหว่างวันที่ 5-7 กุมภาพันธ์ 2546

ณ บ้านสวนพฤกษศาสตร์ Botanic Residence อ.แมริม จ.เชียงใหม่

สรุป

1. ได้มีการประชุมระดมความคิด เรื่อง “ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรม เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ ภายใต้กฎหมายอาญามาตรา 305” โดยแพทยสภา ร่วมกับ กรมอนามัย โดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก ณ บ้านสวนพฤกษศาสตร์ Botanic Residence อ.แมริม จ.เชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 5-7 กุมภาพันธ์ 2546
2. มีผู้เข้าร่วมประชุมจากส่วนต่าง ๆ ของผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้เสียในภาคอื่น เช่น สถาบันการศึกษา แพทยศาสตร์ องค์การต่างประเทศ สื่อมวลชน ราชวิทยาลัยสูติฯ ราชวิทยาลัยกุมารฯ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ องค์การเอกชน นักกฎหมาย และแพทยสภา
3. ประเด็นที่มีการอภิปรายเริ่มด้วย คำถามว่าทำไมต้องยกเว้นข้อบังคับแพทยสภาเกี่ยวกับการทำแท้ง
4. ได้มีการแสดงข้อมูลถึงสถานการณ์ในปัจจุบัน เรื่องการทำแท้งจากผลการวิจัยของกองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งสรุปว่ามีผลทางลบกับสุขภาพและอนามัยของหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์
5. ได้มีการเสนอข้อมูลในเรื่องวิวัฒนาการกฎหมายทำแท้งของทั่วโลก ตั้งแต่ไม่ให้ทำเลย จนถึงทำโดยสมัครใจของหญิงที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อกำกับเรื่องอายุครรภ์ เพื่อให้เห็นธรรมชาติและแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงในแนวคิดในโลกใบนี้
6. ได้มีการอภิปรายในเรื่องค่านิยมของ “สุขภาพ” ใน 3 ประเด็นหลัก
การทำแท้งเพื่อสุขภาพกายหรือจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ในมุมมองของนักกฎหมายและจิตแพทย์ สูติแพทย์ และสังคมวิทยา
การทำแท้งในครรภ์ที่ทารกมีปัญหาสุขภาพ (ทางร่างกายและสติปัญญา รวมถึงโรคติดต่อจากบิดา/มารดา) ในมุมมองของสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และแพทย์จากชมรมเวชศาสตร์พันธุศาสตร์
การควบคุมมาตรฐานและจริยธรรมในการทำแท้ง “ทำที่ไหน ควบคุมอย่างไร รพ.เอกชน และคลินิกทำได้ไหม” ผู้ให้บริการต้องเป็นสูติแพทย์เท่านั้นหรือ ในมุมมองของแพทยสภา กองการประกอบโรคศิลป์ และสูติแพทย์

7. ทางผู้จัดงานคงจะเอาข้อคิดเห็นและข้อมูล ไปรวบรวมเพื่อแก้ไขหรือพัฒนาร่างข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยกฎหมายทำแท้งต่อไป
8. ราชวิทยาลัยสูติฯ ในฐานะผู้ดูแลสุขภาพของหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ มีหน้าที่โดยตรงที่จะต้องให้ ข้อมูลทางวิชาการและแสดงความคิดเห็นผ่านสมาชิกโดยตรงและ/หรือผ่านองค์กรวิชาชีพ เช่น ราชวิทยาลัยสูติฯ ของเราให้ผู้มีอำนาจในการดูแลปรับเปลี่ยนนโยบาย และกฎหมายเพื่อความผาสุกของ ปวงชนชาวไทย รับทราบข้อมูลสุขภาพในบริบทของสังคมใหม่ ที่มุ่งเน้นเสริมสร้างมากกว่าซ่อม สุขภาพ และมุ่งเน้นสิทธิพื้นฐานในการเข้าถึงการบริการที่ปลอดภัยและมีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมตามรัฐธรรมนูญฉบับ 2540

ผมได้รับเชิญไปร่วมเป็นวิทยากรและผู้นำอภิปรายเพื่อแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ ในเรื่อง การ ยุติการตั้งครรภ์บนพื้นฐานของสาระสำคัญที่บรรจุในข้อบังคับแพทยสภา หลักวิชาการและประเด็นอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้องกับเรื่องสำคัญที่เป็นปัญหาทาง Public Health ในหญิงไทย จึงขอรายงานการประชุมและตั้งข้อสังเกตต่าง ๆ ตามที่ผมได้เคยปฏิบัติและรายงานให้มวลสมาชิกได้ทราบตั้งแต่ผมได้เข้ามารับใช้ท่านในฐานะประธานราช วิทยาลัยฯ ดังต่อไปนี้

1. การเดินทาง

วันพุธที่ 5 กุมภาพันธ์ 2546 ออกเดินทางจากกรุงเทพมหานคร ร่วมกับคณะที่จะไปประชุมโดย เทียวบินที่ TG112 เวลา 13.15 น. ถึงจังหวัดเชียงใหม่ 14.25 น. เดินทางเข้าที่พัก ซึ่งห่างจากสนามบิน ประมาณ 30 กิโลเมตร โดยแวะชมพืชพันธุ์ไม้ดอกไม้ประดับที่หายากในสวนพฤกษศาสตร์ สมเด็จพระ นางเจ้าสิริกิติ์ ที่ตั้งอยู่ตรงกันข้ามกับสถานที่พักและประชุม

เดินทางกลับโดยเที่ยวบินที่ TG121 เวลา 19.00 น. ถึงกรุงเทพมหานคร เวลา 20.10 น. วันศุกร์ ที่ 7 กุมภาพันธ์ 2546

2. มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้นประมาณ 50 กว่าคน โดยมาจากแพทยสภา ผู้แทนจากหน่วยงานเวชศาสตร์ การเจริญพันธุ์ สถาบันการศึกษาแพทย์ต่าง ๆ สมาคมอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ราช วิทยาลัยกุมารแพทย์ฯ ราชวิทยาลัยสูติฯ WHO สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ กองการประกอบโรคศิลปะ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้แทนจากภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา จากมหาวิทยาลัยต่างๆ ผู้แทน จาก Global project, New York มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง แพทย์จากกลุ่มงานสูติ นรีเวชกรรม จากโรงพยาบาลหลายแห่งในภาคต่าง ๆ ผู้ปฏิบัติงานในกองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรม อนามัย ผู้แทนศูนย์อนามัย ที่ 10 จ.เชียงใหม่ มีกรรมการบริหารราชวิทยาลัยสูติฯ และสมาชิกราช

วิทยาลัยฯ หลายท่านในฐานะหัวหน้าสาขาอนามัยเจริญพันธุ์/วางแผนครอบครัว กลุ่มสูตินรีแพทย์ ของโรงพยาบาลในเมืองใหญ่จากภาคต่าง ๆ เข้าร่วมด้วย

3. วันพฤหัสบดีที่ 6 กุมภาพันธ์ 2546 เวลา 09.00 น. หลังจากการลงทะเบียน พญ.สุวรรณา วรคามิน ผู้อำนวยการกองอนามัยเจริญพันธุ์ กล่าวรายงาน โดยมี พญ.ศิริพร กัญชนะ รองอธิบดีกรมอนามัย เป็นผู้เปิดประชุม และ ท.พ.สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่ (แทน ส.จ.) ในฐานะเจ้าของสถานที่เป็นผู้กล่าวต้อนรับ

หลังจากพิธีเปิดแล้ว ศ.นพ.ประมวล วีรุตมเสน เลขานุการแพทยสภา (ซึ่ง ณ วันรายงานนี้ได้ เป็นอดีต) และ พญ.สุวรรณา วรคามิน ผู้อำนวยการกองอนามัยเจริญพันธุ์ ได้กล่าวถึงความเป็นมา “ทำไมต้องยกร่างข้อบังคับแพทยสภา เกี่ยวกับการทำแท้ง” “ร่างปรับปรุงกฎหมายอาญา มาตรา 305 และสาระสำคัญของร่างข้อบังคับแพทยสภา”

ตามด้วย “สถานการณ์ปัจจุบันเรื่องการทำแท้ง” โดย นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ผู้อำนวยการสำนักงาน พัฒนาระบบสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นการรายงานผลการวิจัย จากการเก็บข้อมูลจากทั่วประเทศ ในปี 2543 ที่บ่งบอกถึงปัญหาทางสาธารณสุขของการทำแท้ง ซึ่งมีอันตราย (ไม่รวมถึงทุพพลภาพ) ของมารดาจากการทำแท้งสูงกว่าอัตราการตายจากการคลอด 10 เท่า (300/100,000 VS 30/100,000 คลอด) ตัวเลขนี้น่าจะเป็น การประเมินค่าต่ำกว่าความเป็นจริง (under estimate) เหมือนกับตัวเลขของการตายของมารดาในประเทศที่กำลังพัฒนา แต่ก็ยังเป็นดัชนีชี้ถึงปัญหาสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในสังคมไทยตัวหนึ่ง

ต่อมาเป็นการปาฐกถา เรื่อง A global perspective on abortion law โดย Miss Julia Zajkowski จาก สถาบัน Global Projects นคร New York เป็นการบรรยายถึงสถานะปัจจุบันของกฎหมายทำแท้งทั่วโลกมี สาระสำคัญว่า กฎหมายทำแท้งแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม

- กลุ่มแรกไม่อนุญาตให้ทำแท้งหรือเฉพาะในกรณีช่วยชีวิตมารดา มี 76 ประเทศในโลก ครอบคลุม 26% ของประชากรโลก
- กลุ่มที่ 2 อนุญาตให้ทำแท้งได้เพื่อสุขภาพ (ทางกาย) ของมารดา ประเทศที่อยู่ในกลุ่มนี้ โลกมี 33 ประเทศ คิดเป็นร้อยละ 9.9 ของประชากรโลก **ประเทศไทย** ถูกบรรจุในกลุ่มนี้ ด้วย
- กลุ่มที่ 3 อนุญาตให้ทำแท้งได้ในกรณีสุขภาพจิต (+สุขภาพและช่วยชีวิตมารดา) มี 20 ประเทศ คิดเป็นร้อยละ 2.6 ของประชากรโลก
- กลุ่มที่ 4 อนุญาตในกรณีข้อบ่งชี้ทางเศรษฐกิจและสังคม (+สุขภาพและช่วยชีวิตมารดา) มี 14 ประเทศ ร้อยละ 21 ของประชากรโลก
- กลุ่มสุดท้าย อนุญาตในทุกกรณี มี 50 ประเทศ ร้อยละ 41 ของประชากรโลก

กลุ่มสุดท้ายเป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุด มีประเทศกัมพูชาและเวียดนามอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย
ถ้าท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมอาจเข้าดูได้ใน Website : www.crlp.org

ตอนบ่ายมีปาฐกถาพิเศษจากผู้แทนขององค์การอนามัยโลกในประเทศไทย Dr. Bjorn Melgaard
จากนั้นตามด้วยการเปิด **ประเด็นที่ 1** การทำแท้งตามมาตรา 305 ฉบับปัจจุบัน โดยให้ข้อคิดในเรื่อง “สุขภาพ”
ในมุมมองของนักกฎหมาย และในเรื่องการข่มขืนจะพิสูจน์ได้อย่างไร จะรวม Incest ด้วยหรือไม่ โดย ศ.นพ.วิฑูร
อึ้งประพันธ์ และ รศ.ดร.ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ จากคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สรุปว่า “สุขภาพ” น่าจะต้องรวมถึงสุขภาพที่นิยามโดยองค์การอนามัยโลก ที่รวมถึงสุขภาพจิตด้วย แต่
ในปัจจุบันตีความแคบว่าเป็น “สุขภาพกาย” ทั้งนี้ ศ.นพ.วิฑูร อึ้งประพันธ์ เสนอข้อคิดว่า สุขภาพน่าจะนิยามตาม
องค์การอนามัยโลก และออกเป็นเกณฑ์การปฏิบัติโดยแพทยสภา และกระทรวงสาธารณสุขเหมือนเกณฑ์สมอง
ตาย ทั้ง 2 วิทยาการเห็นว่า Incest น่าจะรวมอยู่ในกลุ่มของการถูกข่มขืน

ประเด็นที่ 1.1 ประเด็นย่อยต่อไป เรื่อง ปัญหาสุขภาพจิตของมารดา นำเสนอโดย ผู้แทนราชวิทยาลัย
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย รศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ ซึ่งมีความเห็นว่าควรใช้ ICD 10 Section F เป็นเกณฑ์การ
วินิจฉัย อีกทั้งเสนอให้มีคณะกรรมการเพื่อตัดสิน จำนวน 3 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ และแพทย์อื่นอีก 2 คน
ถามว่าจิตแพทย์ในประเทศไทยมีกี่คน ตอบว่าประมาณ 400 คน (ในจำนวนประชากร 62 ล้านคน) มีการตั้ง
ข้อสังเกตจากที่ประชุม เรื่องการเข้าถึงในบริการนี้ อีกทั้งความล่าช้าในการตัดสิน จะมีผลทำให้การยุติการ
ตั้งครรภ์โดยวิธีทางศัลยกรรม (Surgical Termination) ในไตรมาสที่ 2 (ซึ่งจะยากกว่า และมี complication มาก
กว่าการยุติการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก ที่อาจใช้วิธีทางยาหรือ Medical Termination ที่มีประสิทธิภาพสูง)

ประเด็นที่ 1.2 เรื่องปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม (เช่น แม่ลูกมาก แม่ยากจน แม่วัยรุ่น แม่วัยเรียน
ท้องหลังทำหมัน ท้องก่อนแต่งงาน ฯลฯ) นำประเด็นโดย ศ.นพ.สุพร เกิดสว่าง นายกสมภาคอนามัยการเจริญ
พันธุ์ และ รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล แห่งสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

จากการสำรวจของกรมอนามัย ปี 2542 พบว่าหญิงที่ทำแท้งอยู่ในกลุ่มนี้มากที่สุด การให้ความรู้และการ
บริการคุมกำเนิดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา แต่สำหรับผู้ที่พักหลังใน
สถานการณ์ปัจจุบันจะมีทางออกให้เธออย่างไรบ้าง นอกจากการแนะนำให้คุมท้องต่อไปจนคลอด และรัฐมี
สวัสดิการเพื่อช่วยเหลือเธออย่างไรบ้าง ครอบคลุมเพียงพอและเข้าถึงได้หรือไม่

มีหลายมุมมองจากผู้เข้าร่วมประชุม ผู้นำประเด็นฝ่ายแพทย์นั้นเน้นเรื่อง Counseling หรือการแนะนำให้
คำปรึกษาเป็นหลัก (ซึ่งส่วนใหญ่แนะนำให้คุมท้องต่อไป เพราะไม่มีการบริการยุติการตั้งครรภ์จากข้อบ่งชี้) ส่วนผู้นำ
ประเด็นทางสังคมวิจารณ์ เรื่อง ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม จากรายงานผลการวิจัยในเรื่อง
ดังกล่าว

ประเด็นที่ 2 ในวันศุกร์ที่ 7 กุมภาพันธ์ 2546 ได้มีการเปิดประเด็นที่ 2 เรื่อง “การทำแท้งกรณีทารกในครรภ์มีปัญหาสุขภาพ : ทารกเป็นโรคทางพันธุกรรม หรือมีความพิการทางกาย สติปัญญา” ดำเนินรายการ โดย ศ.พญ.เพ็ญศรี พิชัยสนธิ ประธานมูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง และนำประเด็นโดย นพ.สุนทร อ้อเผ่าพันธ์ ผู้แทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ฯ ผมในฐานะประธานราชวิทยาลัยสูติฯ พอ.(พิเศษ) พญ.อาภรณ์ภิรมย์ เกตุปัญญา รองผู้อำนวยการกองการศึกษาวิทยาลัยแพทย์พระมงกุฎเกล้า และเป็นผู้แทนชมรมเวชศาสตร์พันธุศาสตร์

โดย นพ.สุนทร ได้นำเสนอภาพของทารกที่มีความพิการทางกายที่หลากหลาย และ พอ.(พิเศษ) พญ.อาภรณ์ภิรมย์ ได้บรรยายถึงวิธีการวินิจฉัยโรคต่าง ๆ ทางพันธุกรรมผ่านห้องทดลอง และเน้นความสำคัญของการให้คำอธิบาย/ปรึกษา/แนะนำ (Counseling) ทั้งก่อนและหลังการวินิจฉัย แต่การบรรยายมิได้ครอบคลุมถึงขนาดของปัญหา โอกาสในการเข้าถึงบริการ และผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจของการวินิจฉัยโรคต่าง ๆ เหล่านี้ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาสังคมที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์จากเหตุผลทางพันธุกรรมหรือพิการทางร่างกายและสติปัญญา

ผมได้เรียนให้ที่ประชุมทราบถึงความรู้สึก “Déjà vu” ที่เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ ที่ได้เคยมีการสัมมนาพูดคุยกันมาอย่างน้อย 2 ครั้งในชีวิตวิชาการของผม ตั้งแต่ผมได้กลับมารับใช้ประเทศชาติหลังจบการศึกษาจากประเทศอังกฤษเมื่อ 30 กว่าปีที่แล้ว และได้ตั้งข้อสังเกตดังต่อไปนี้

- (ก) มาตรา 305 ของกฎหมายไทยที่ใช้ในปัจจุบัน ไม่แตกต่างกับกฎหมายที่ใช้ในประเทศอังกฤษเมื่อ 40 กว่าปีที่แล้ว (ซึ่งอาจจะเป็นต้นแบบของกฎหมาย มาตรา 305 ที่ได้ตราขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2499) และสูติแพทย์ในประเทศอังกฤษก็สามารถยุติการตั้งครรภ์ของสตรี โดยตีความสุขภาพของสตรีให้กว้างและครอบคลุมสุขภาพที่นิยามโดยองค์การอนามัยโลก และได้มีสูติแพทย์อาวุโสในมหานครลอนดอนชื่อ Alec Bourne ได้ทำแท้งให้สตรีรายหนึ่ง และแจ้งความให้ตำรวจดำเนินคดีเขาในศาล ซึ่งในที่สุดศาลตัดสินให้เขาไม่ผิดเพราะทำเพื่อสุขภาพของมารดา
- (ข) ส่วนหนึ่งของสูติแพทย์ในประเทศอังกฤษ ก็จะไม่ทำหัตถการนี้ถึงแม้ว่ากฎหมายอนุญาตให้ทำได้ (เพราะคัดค้านด้วยความรู้สึกผิดชอบในใจ หรือ “Conscientious Objection”) ซึ่งเป็นธรรมชาติของมนุษย์ทั่ว ๆ ไป ที่มีความแตกต่างกันในความคิดที่สังคมที่เจริญแล้วยอมรับได้
- (ค) ในเวลาดังกล่าว (40 กว่าปีที่แล้ว) การยุติการตั้งครรภ์ยังคงใช้วิธีทางศัลยกรรม (Surgical Technique) เพราะความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการยังไม่อำนวยความสะดวกในการใช้ Medical Technique (หรือการใส่ยาในการยุติการตั้งครรภ์เหมือนสมัยนี้)

- (ง) การตั้งครุฑและการยุติการตั้งครุฑ มีหลายมิติที่เกี่ยวข้อง เช่น ทางการแพทย์ กฎหมาย สังคม ความเชื่อทางศาสนา สุขภาพ เศรษฐกิจ การเมือง จริยธรรม ปรัชญา
- (จ) ไม่มีผู้หญิงคนไหนอยากมาทำแท้งโดยไม่จำเป็น เพราะเป็นการกระทำที่ทั้งเจ็บใจ (ที่ถูกดูถูก และ “พิพากษา” โดยสังคม รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์บางส่วน) และเจ็บตัวอีกต่างหาก อีกทั้งเสี่ยงตายจาก Complication ในการรับบริการ
- (ฉ) ไม่มีหญิงหรือคู่สมรสใดที่อยากมีลูกที่พิการแต่กำเนิดไม่ว่าทางกายหรือทางสมอง เพราะขนาด “มีครบ 32” ยังมีปัญหาเลี้ยงดูในสังคมปัจจุบัน
- (ช) ไม่มีใครอยากเสี่ยงตายโดยไม่จำเป็น เพราะการทำ “แท้งเถื่อน” มีอัตราการตายสูงกว่าการคลอดอย่างน้อย 8-10 เท่า (จากสถิติงานวิจัยของกรมอนามัย และข้อมูลอื่น ๆ 30-10/100,000 VS 300/100,000) ซึ่งสถิติเหล่านี้ยังเป็นสถิติที่น่าจะต่ำกว่าความจริง (under estimate) เนื่องจากเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย
- (ซ) ในปัจจุบันคนที่มีการศึกษาและเศรษฐกิจดีซึ่งมีอำนาจต่อรองในสังคมสูงจะเข้าถึงการบริการของการยุติการตั้งครุฑที่ปลอดภัยได้ง่ายกว่าผู้ด้อยโอกาส หรือผู้ที่อ่อนแอกว่าในสังคม
- (ฅ) ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่หาทางช่วยเหลือตนเองมากกว่ามาขอความช่วยเหลือจากแพทย์
- (ญ) เจตคติของผู้ให้บริการขึ้นกับสถาบันการศึกษาของผู้ให้บริการนั้น หรืออีกนัยหนึ่งคือขึ้นกับ Role model หรือครูของเขาว่าดูแลคนไข้ในมุมมองแบบ Legalistic หรือแบบ Humanistic แบบแยกส่วนหรือแบบองค์รวม แบบเครื่องจักรหรือแบบมนุษย์ผู้ร่วมทุกข์
- (ฎ) คำถามที่จะเกิดขึ้นในการให้บริการยุติการตั้งครุฑ (ถ้ามีการเปลี่ยนกฎหมาย)
1. การเข้าถึงของผู้รับบริการ
 2. คุณภาพและมาตรฐานของการบริการทั้งระบบรวมถึงสถานที่ เครื่องมือ บุคลากร การฝึกอบรม ฯลฯ
 3. ความปลอดภัย
 4. ความเสมอภาค
 5. ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ
 6. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม ฯลฯ

ทั้งหมดนี้ต้องการการวิจัยและการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ เพื่อสุขภาพที่ดีของประชากรวัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทย

ประเด็นที่ 2.2 ประเด็นย่อยอีกประเด็นหนึ่งคือ การยุติการตั้งครรภ์ในทารกที่แม่ติดเชื้อหัดเยอรมัน เออดส์ และอื่น ๆ ได้มีการพูดถึงโอกาสเสี่ยงต่อความผิดปกติของทารกในครรภ์ ที่แม่ติดเชื้อหัดเยอรมันในไตรมาสแรก และโอกาสเป็นโรค HIV ของทารกในครรภ์

การยุติการตั้งครรภ์ในหญิงกลุ่มนี้จะมีหลักเกณฑ์หรือเงื่อนไขในบริบทของมาตรา 305 หรือไม่

ประเด็นที่ 3 ว่าด้วยการควบคุมมาตรฐานและจริยธรรมในการทำแท้งภายใต้ข้อบังคับฯ ในประเด็นย่อยเรื่อง “ทำที่ไหน ควบคุมอย่างไร รพ.เอกชนและคลินิกทำได้ไหม” และ “ผู้ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ : หมอสูติ เท่านั้นหรือ”

ผมได้ให้ข้อคิดเห็นในการนิยามคำว่า “สุขภาพ” ให้กว้างตามที่องค์การอนามัยโลกได้นิยามไว้ และได้ชี้ให้เห็นอีกว่าเมื่อ 40 กว่าปีที่แล้ว กฎหมายในประเทศอังกฤษก็ไม่แตกต่างจากกฎหมายไทยในปัจจุบัน แต่แพทย์ในอังกฤษนิยามคำว่า “สุขภาพ” ครอบคลุมถึงความผาสุกทางกายใจ และสังคม มิใช่การปราศจากโรคทางกายเท่านั้น และได้ให้บริการแก่ประชากรของเขาอย่างมีคุณภาพ ทำให้อัตราการตายและทุพพลภาพจากการทำแท้งนอกกฎหมายลดลงอย่างเห็นได้ชัด

ในทำนองเดียวกันโรคติดต่อต่าง ๆ ที่ผ่านจากแม่ (พ่อ) ไปสู่ลูกทำให้ลูกพิการก็จะทำให้สุขภาพของแม่ (และครอบครัว) ไม่สมบูรณ์

ในเรื่องของ “ทำที่ไหน ใครเป็นคนทำ – หมอสูติเท่านั้นหรือ” ในประเด็นนี้เราควรพิจารณาถึง 1. อุบัติการณ์ของปัญหานี้ว่ามีจำนวนมากน้อยเท่าไร 2. Technique ของการให้บริการ 3. ผลกระทบทางสุขภาพของการให้บริการ (Mortality and Morbidity) 4. คุณภาพการฝึกอบรมของผู้ให้บริการ 5. การควบคุมคุณภาพการบริการ รวมถึงสถานบริการเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ น่าที่ผู้มีสติปัญญาจะสามารถวิเคราะห์และหาคำตอบได้โดยไม่ยากนัก

ก่อนจบผมขอตั้งข้อสังเกตและมีข้อคิด ดังนี้

1. การทำแท้งเป็นปัญหาที่มีหลายมิติ – มิติทางสุขภาพ การแพทย์ ความเชื่อ ศาสนา ปรัชญา สังคม เศรษฐกิจ การเมือง กฎหมาย และศีลธรรม
2. ผู้รับบริการจะเสี่ยงและประสบกับอัตราการตายและทุพพลภาพที่สูงกว่าการคลอดบุตร ประมาณ 8-10 เท่า
3. ผู้รับบริการในปัจจุบันที่ด้อยโอกาสต้องพึ่งพาผู้ให้บริการนอกระบบที่ด้อยคุณภาพ โดยเสียค่าบริการที่สูง และได้รับอันตรายจากการกระทำสูงกว่าการทำในระบบ
4. ณ ปัจจุบัน ผู้รับบริการที่มีอำนาจต่อรองในสังคมสูง มีโอกาสเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยมากกว่าผู้ด้อยโอกาส

5. ไม่มีผู้ใดในสังคมไทย (หรือสังคมโลก) ที่ต้องการมีบุตรที่พิการทางกายและปัญญา
6. ไม่มีผู้ใดในสังคมไทย ต้องการเสี่ยงกับความตายและทุพพลภาพในการรับบริการทางการแพทย์นอกระบบ ถ้าเขาเหล่านั้นมีทางเลือกที่ดีกว่า
7. การแก้ปัญหายุติการตั้งครรภ์ มีทั้งระยะใกล้และระยะไกล ซึ่งต้องรวมถึงการแก้ปัญหาใน “คน” ปัญหาทาง Technology และปัญหาของระบบด้วย
8. จากประสบการณ์ที่ผมได้เห็นทั้งโลกตะวันตก และโลกตะวันออก การเปลี่ยนผ่านของแนวคิดจะตามมาด้วยปัญหามากขึ้นก่อนที่จะลดลง ในเรื่องการยุติการตั้งครรภ์ก็เช่นกัน ผู้ขอรับบริการในช่วงแรกจะมีอายุครรภ์มากกว่าในช่วงหลัง ๆ เพราะได้รับข้อมูลและการศึกษาไม่เพียงพอและไม่ทันการณ์ถึงความยากง่ายในการยุติการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ที่อ่อน (ภายในไตรมาสแรก) มากกว่าอายุครรภ์ที่แก่ (เกินไตรมาสแรก)
9. คุณภาพในการบริการจะไม่สูงกว่าในช่วงแรก เพราะสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ มิได้มีการฝึกอบรมและละเอียดในการให้วิทยากรของการยุติการตั้งครรภ์ต่อ “นักศึกษา” ซึ่งต้องการทั้งทักษะในการคิดและทักษะในการกระทำ เพื่อนำมาใช้ในการบริการ
10. การเปลี่ยนแปลงจะสำเร็จมิได้ ถ้าขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง แน่วแน่ และจริงจังทางการเมืองทางวิชาชีพ และทางสังคม

.....

โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์กำแหง จาตุรจินดา
 ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย