

ครูแพทย์กับปัญหาการทำแท้ง

น.พ. ธนพันธ์ ชูบุญ

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เมื่อวันที่ 20-22 กุมภาพันธ์ ที่ผ่านมา ผมมีโอกาสได้ไปเข้าร่วมประชุมประเมินผล “โครงการดูแลสุขภาพหญิงเกี่ยวกับการแท้ง” ซึ่งจัดโดยกองอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ณ Cabbages & Condoms Resort เมืองพัทยา ในงานประชุมครั้งนี้ เราได้พบปะพูดคุยกันถึงเรื่องราวราวข้อดี ที่พวกเราหมอสูติทั้งหลายเฝ้ารอมาเป็นเวลานาน นั่นก็คือ การมีราชกิจจานุเบกษาลงประกาศข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา เป็นอันว่าปัญหาหนักอกหัวใจของใครต่อใครสามารถคลี่คลายไปได้ระดับหนึ่ง ผมต้องขออภัยว่า นี่เป็นเพียงระดับหนึ่งเท่านั้น ตราบเท่าที่ทัศนคติหรือมุมมองของแพทย์ต่อผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ประสบปัญหาและต้องการยุติการตั้งครรภ์อันสืบเนื่องมาจากปัญหาใดๆก็ตาม ยังไม่เปลี่ยนแปลง ข้อบังคับแพทยสภาก็คงไม่มีประโยชน์อันใดที่จะช่วยป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัยได้เลย มาถึงตรงนี้ ทำให้ผมมองย้อนตามตัวเองกลับไปครั้งที่ยังเพิ่งเริ่มต้นเรียนรัฐฝึกอบรม เพื่อที่จะเป็นสูตินรีแพทย์ บริบทของการเป็นลูกศิษย์ในช่วงเวลานั้น เราพยายามที่จะเก็บเกี่ยวความรู้จากการอ่าน การปฏิบัติ และพยายามเดินตามรอยของครูแพทย์ผู้ที่เราเคารพนับถือ และอยากจะทำให้ท่านเป็นแม่พิมพ์ของเรา ผมจำได้ว่าในครั้งนั้น ผมหรืออาจจะรวมถึงใครอีกหลายคนคงจะได้รับการสอนสั่งว่า **การทำแท้งเป็นบาป** เราสามารถทำได้เพียงสองกรณีตามกฎหมาย กับอีกหนึ่งกรณีตามเวชปฏิบัติปกติของสูติแพทย์ทั่วไป คือกรณีทารกในครรภ์มีความผิดปกติอย่างรุนแรง (อย่าเพิ่งสงสัยว่ารุนแรงนั้นเอาแค่นี้ เพราะแต่ละคนคงให้นิยามต่างกัน) **นอกเหนือจากนี้ ให้พึงหลีกเลี่ยง** ตอนนั้นก็เกิดความสงสัยว่า ถ้าเราไม่ทำให้ เขาก็คงไปทำแท้งที่อื่นอยู่ดี ทำไม่ไม่ทำไปเลยล่ะ เพราะเราเป็นสูติแพทย์นี่ ยิ่งไงก็ทำได้เก่งกว่าคนอื่นอยู่แล้ว ใครจะไปรู้จักมดลูกได้ดีกว่าเราอีก คำตอบในตอนนั้นสร้างความประจักษ์ว่า **สูติแพทย์ก็ไม่ใช่ว่าตัดสินให้ใครต่อใคร ว่าควรท้องต่อหรือแท้งดี** การที่มีการตั้งครรภ์มันก็มีสาเหตุของมัน เขาไม่ป้องกันตัวเขาเอง เขาก็ควรจะได้รับสิ่งที่เขากระทำลงไป หากเราไปช่วยเขาซะทุกครั้ง มันก็จะมีที่สิ้นสุดหรือหากที่เราส่งไปให้แพทย์คนอื่นช่วยทำแท้งให้ มันก็คือการจ้างคนอื่นหรือยืมมือคนอื่นทำ มันก็ไม่ต่างอะไรไปจากการทำแท้งเองหรอก หน้าทีของเราคือ หากมีภาวะแทรกซ้อนเข้ามา ก็รักษาไปตามหน้าที่ที่สูติแพทย์ที่ดีพึงกระทำ เป็นอันว่า เราถูกสอนให้วางเฉยเสีย (อุเบกขา ที่ขาด เมตตาและกรุณา)

หลายคนคงนึกเห็นภาพบรรยากาศภายในห้องตรวจฝากครรภ์หรือห้องตรวจรีเวช ที่แพทย์ถูกร้องขอให้ยุติการตั้งครรภ์ในกรณีที่เขาไม่พร้อมจะมีลูกในตอนนี้ แพทย์บางคนพูดจา ส่อเสียด ผู้รับบริการบางคนอาจจะโดนดูค่าง่าว่ากล่าว ผู้หญิงหลายคนเดินออกไปทั้งน้ำตาที่ไม่ได้ เกิดจากความเจ็บปวดทางกาย แพทย์บางคนลงโทษผู้หญิงที่เคยทำแท้งมาด้วยวิธีต่างๆกัน (ย่ำว่า แค่เคยทำแท้ง) เช่น การเขียนบันทึกในสมุดฝากครรภ์ว่า “เคยทำแท้ง” “ทำแท้งเถื่อน” “criminal abortion” รวากับเป็นกิตติกรรมประกาศให้สตรีตั้งครรภ์ผู้นั้นติดตัวไปเลย หรือลองหลับตานึกภาพ บรรยากาศในห้องฉุกเฉิน ที่มีการรับปรึกษาให้มาดูแลผู้ป่วยที่ไปทำแท้งเถื่อนมา แล้วเกิด ภาวะแทรกซ้อน การพูดจาของแพทย์ก็ไม่หวานหู การซักประวัติก็ดูราวกับเป่าปุ้นเงินแห่งศาลโคฟง การพูดจาท่านองเสียดสี เช่น “ไหนว่าไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ไง ท้องกับพระพายหรือ” เป็นต้น การขูด มดลูกอาจจะใช้ยากระตุ้นปวดน้อยๆ เพื่อให้เกิดความหลาบจำ คงปฏิเสธไม่ได้ว่าพวกเราได้เคยเจอ เหตุการณ์เหล่านี้มาแล้วทั้งนั้น ไม่มากก็น้อย

ผมเป็นครูแพทย์ครับ เวชปฏิบัติเรื่องการดูแลหญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ของผมก็ไม่ ต่างไปจากในช่วงฝึกอบรม ต่างไปก็คือต้องสอน ดูแลอบรมลูกศิษย์เพิ่มขึ้นมาเป็นหนึ่งในงานหลัก จนกระทั่งเมื่อ 3 ปีที่ผ่านมา ผมได้เริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ “การดูแลสุขภาพหญิงเกี่ยวกับการแท้งบุตร” ได้มีโอกาสพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องการทำแท้งกับอาจารย์แพทย์ผู้ อาวุโสหลายท่าน รวมถึงอาจารย์ท่านอื่นๆที่ไม่ใช่แพทย์ แต่เป็นนักกฎหมายบ้าง นักวิจัยบ้าง รวมถึงคนในองค์กรอิสระหลายต่อหลายคน มันเหมือนกันได้ออกนอกกะลา ได้ลองเปลี่ยนมุมมอง ลองใช้สติปัญญา นำอุเบกขาที่พ่วงเมตตาและกรุณาไปด้วย จึงได้เริ่มคิดว่า คนที่จะไปขอให้หมอ ทำแท้งนั้น เขาคิดอย่างไรบ้าง เขารู้สึกอย่างไร ผู้ชายของเขา รู้สึกอย่างไร ใครเจ็บปวดหัวใจ และ ใครเจ็บปวดร่างกาย

เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้นแล้ว ใครต้องร่วมรับผิดชอบบ้าง หลายคนเริ่มคิด คำตอบว่า “กรรม ย่อมเป็นผลมาจากการกระทำนั่นเอง” ไม่ว่ากันครับ แต่ช่วงหลังๆ ผมกลับ คิดว่า เราเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องร่วมรับผิดชอบ เราไม่ดูแลผู้หญิงของเรา (อย่าลืมว่าเราเป็นสูตินรี แพทย์นะครับ) เราไม่ได้ปกป้องเขาจากการไปทำแท้งเถื่อน ทั้งๆที่เรารู้ดีว่ามันก่อให้เกิดปัญหาได้ สูงมาก แล้วใครเป็นคนที่ยื่นมือต่อ ก็ต้องตอบว่าเราอีกนั่นแหละ รู้กันดีว่า การรักษาภาวะแท้งติด เชื้อมันเหนือกว่าชัดๆ ผมเริ่มมองคนที่มีปัญหาจากการตั้งครรภ์อย่างเห็นใจและเข้าใจมากกว่า สะใจ จริงอยู่ ผมเองก็ไม่ทำแท้ง ไม่อยากทำแท้ง แต่ผมก็เริ่มหาคนที่เขาเต็มใจและสามารถทำแทน ได้ ผมสามารถคุยกับหญิงที่มาขอยุติการตั้งครรภ์ได้นานขึ้น แนะนำให้เขาทราบว่า ทางเลือกของ เขามีอะไรบ้าง การตั้งครรภ์ของเขาจะจบลงด้วยการแท้งหรือมีลูกต่อไปก็ตาม แต่หากเขาเดินออก จากห้องตรวจของผมด้วยรอยยิ้มแล้ว นั่นหมายความว่า อุเบกขาที่มีเมตตาและกรุณาเป็น ส่วนประกอบ ได้ช่วยทำให้ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการพึงพอใจ

ในบริบทของการเป็นครูแพทย์ขณะนี้ คือการสอน สอนให้พวกเขามองผู้รับบริการอย่างเห็นใจและเข้าใจ การเรียนในชั่วโมงจริยธรรมทางการแพทย์เรื่องการทำแท้ง จะเห็นว่านักเรียนของเราซึ่งมีความเกรงใจครู ไม่กล้าพูด ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น เพราะกลัวว่าครูจะเพ่งเล็งคนที่เห็นด้วยกับการทำแท้ง บทสรุปจากการเข้าเรียน (เรียกว่าเสวนาดีกว่า) ออกมาว่า เราจะไม่ทำแท้งในกรณี.....เหมือนเดิมทุกอย่าง จากนั้นมาก็เริ่มใหม่ คราวนี้ลองให้เขาพยายามมองเข้าหาตัวเองว่า หากหญิงคนนั้นเป็นคนรู้จัก เป็นเพื่อน เป็นพี่น้อง เป็นลูกหลาน หรือแม้กระทั่งเกิดขึ้นกับตัวเอง จะเปลี่ยนความคิดหรือไม่ ลองตั้งใจฟังดูสิครับ จะพบว่าคำตอบมันหลากหลายดี มีกระทั่งที่ว่าอย่างไรก็ไม่ทำแท้งให้ หรือทำให้โดยมีไม่มีเงื่อนไข หรือแม้กระทั่งจะมาขอให้อาจารย์ช่วยทำให้นักเรียนแพทย์บางคนก็บอกว่า อยากรู้เสียก็มากกว่าด้วย double standard อยู่เสมอ นั่นก็เป็นอีกข้อคิดหนึ่งที่ได้มาจากการเรียนแบบเสวนาประจำสัปดาห์

ทุกวันนี้ความเปลี่ยนแปลงเริ่มมีให้เห็น ลูกศิษย์ (ทั้งนักเรียนแพทย์ แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้าน) เริ่มมีทัศนคติต่อผู้ป่วยที่แท้งมาหรือต้องการยุติการตั้งครรภ์ในทางที่ดีขึ้น เริ่มไม่เห็นการเขียนประวัติทำแท้งถือนลงไปใบบันทึกครรภ์ เขาจะบันทึกลงไปว่าแท้งหรือต้องขูดมดลูก แทนคำว่า criminal abortion เขามองเพื่อนร่วมงานหรือแพทย์รุ่นพี่ที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในทางที่ดีขึ้น เขารู้ว่า ถ้าไม่มีผู้ให้บริการเหล่านั้น เราจะเหนื่อยจากการที่ต้องดูแลภาวะแทรกซ้อนของการทำแท้งอีกมาก

คนไทยมักจะบอกว่า อายุ 25 ปี เป็นวัยเบญจเพส มักจะมีเรื่องราวร้ายๆเกิดขึ้นบ่อยๆ หรือมีความหักเหตของชีวิตในช่วงนี้ แต่ในวิชาชีพสูติรีแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการทำแท้ง เบญจเพสของผมอยู่ที่อายุ 30 ปีครับ ก่อน 30 คือความเกลียดและต้องชดใช้ หลัง 30 คือเห็นใจและร่วมกันแก้ไข สิ่งที่แพทย์พึงกระทำคือการมองปัญหาอย่างองค์รวม และช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่ใช่ซ้ำเติม

.....