

การผ่าตัดคลอดบุตรสิทธีสตรี หรือความพอสี่ที่ควรเป็น

"If a Caesarean section is done, women and her baby take the risks while if the Caesarean section is not done, the doctor take the risk"
 -Marsden Wagner, Choosing caesarean section



ยศ ตีระวัฒนานนท์ พ.บ., โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์การคลังสาธารณสุข, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

การผ่าตัดเพื่อนำบุตรออกจากมดลูกผ่านทางหน้าท้องของแม่เริ่มมีมาตั้งแต่เมื่อใดไม่มีใครทราบ แต่เชื่อว่าเริ่มมาช้านานตามเรื่องเล่าของชาวกรีก ฮินดู อียิปต์ กรีกเซียน โรมัน หรือแม้กระทั่งจีนโบราณ ล้วนมีการพูดถึงหัตถการที่มีลักษณะเดียวกันนี้ แต่คนส่วนใหญ่คงเคยได้ยินว่าทารกคนแรกที่คลอดออกมาด้วยวิธีนี้คือ กษัตริย์โรมันผู้ยิ่งใหญ่จูเลียส ซีซาร์ หากหลักฐานบางส่วนคัดค้านว่าไม่น่าจะเป็นจริงได้ เพราะพบว่าต่อมามารดาของจูเลียส ซีซาร์ยังคงมีชีวิตอยู่ภายหลังจากคลอดซึ่งขัดแย้งกับหลักฐานในสมัยนั้นที่การผ่าตัดคลอดจะกระทำในมารดาที่เสียชีวิตแล้วเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อพยายามช่วยเหลือชีวิตลูกที่ยังคงอยู่ในท้อง ซึ่งพ้องกับคำในภาษาละติน 'caedere' ที่แปลว่าตัด และคำว่า 'caesones' ที่หมายถึง ทารกที่คลอดจากมารดาที่เสียชีวิตแล้ว.'

ความเป็นมาของการผ่าตัดคลอด

การคลอดบุตรแต่ในอดีตทั้งในยุโรปและแหล่งอารยธรรมอื่นๆ ของโลกล้วนแต่เป็นเรื่องของสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชนที่อยู่บ้านใกล้เรือนเคียงเป็นวิถีชีวิตปกติตามธรรมชาติ แน่หนอนว่าความเสี่ยงต่อมารดาและทารกจากการคลอดบุตรย่อมอยู่ในระดับสูง จึงเป็นเรื่องท้าทายความสามารถของมนุษย์มาโดยตลอดที่ต้องการลดภาวะเสี่ยงที่ควรหลีกเลี่ยงได้ดังกล่าว จนกระทั่งต้นศตวรรษที่ 17 จึงมีผู้ประดิษฐ์เครื่องมือที่มีลักษณะคล้ายคีมเพื่อใช้ดึงทารกที่เสียชีวิตแล้วออกจากช่องคลอดของมารดา นับเป็นครั้งแรกที่การคลอดบุตรเป็นสิ่งที่ถูกควบคุมโดยกลุ่มวิชาชีพและสืบเนื่องมาจาก 3 ศตวรรษจากนั้น, กลางศตวรรษที่ 19 ทนดแพทย์มอร์ดัน ชาวสหรัฐอเมริกาได้ทดลองใช้ diethyl ether เพื่อระงับอาการปวดของคนไข้ผ่าตัดเนื้องอกบริเวณ



ใบหน้าได้สำเร็จและราชนิเวศของอังกฤษก็ทรงยอมรับและได้ใช้คลอโรฟอร์มในการแก้ปวดสำหรับการคลอด พระโอรสแฝดของพระองค์ ทำให้ความนิยมในการใช้ยาระงับปวดเหล่านี้แพร่หลายอย่างรวดเร็ว กระนั้นก็ตามการผ่าตัดคลอดก็เป็นสิ่งที่อันตรายอย่างยิ่งและไม่สามารถใช้เพื่อช่วยชีวิตมารดาได้ ดังที่มีรายงานไว้ในกรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส ไม่พบว่ามีสตรีใดเลยที่รอดชีวิตจากการทำผ่าตัดคลอดบุตรในระหว่างปี ค.ศ. 1876-1878 จนกระทั่งในช่วงก่อนและหลังสงครามโลกครั้งที่สองที่ โจเซฟ ลิสเตอร์ ค้นพบเทคนิคการทำให้ปลอดเชื้อด้วยกรดคาบอริกสำหรับการผ่าตัด หมอเม็กซามวล์เจอร์ แนะนำให้เย็บมดลูกด้วยลวด และเพนิซิลลินถูกพบโดยอเล็กซานเดอร์ เฟลมมิง ทำให้การทำผ่าตัดคลอดบุตรมีการเสียชีวิตลดต่ำลงอย่างมาก. อย่างไรก็ตามการผ่าตัดคลอดบุตรได้พัฒนาและยอมรับมากที่สุดในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 นี้เองเนื่องจากช่วงเวลานั้นในยุโรปมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมส่งผลให้เกิดสังคมเมืองและอาชีพใหม่ในวงการอุตสาหกรรม. สตรีวัยเจริญพันธุ์มีโอกาสดำเนินชีวิตน้อยส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ของโรคริกเก็ต (Ricket) ในทารกสูงและเกิดปัญหาการคลอดยากตามมาจากความผิดปกติของ

แขนและขาของทารก (ภาพที่ 1).

อัตราการผ่าตัดคลอดในช่วงนั้นจึงพุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งแม้ต่อมากความสำเร็จของการนำนมจากสัตว์มาทำเป็นอาหารเสริมสำหรับหญิงตั้งครรภ์จะทำให้โรคริกเก็ตนี้หายไปแต่ก็พบว่าอุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดไม่เคยลดต่ำลงเช่นก่อนการพบโรคนี้เลย ประกอบกับมีการพัฒนาเทคโนโลยีที่เกิดจากช่วงสงครามมาเป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย เช่น เครื่องเอกซเรย์และเครื่องอัลตราซาวนด์ ทำให้เพิ่มข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดมากขึ้นซึ่งก็มีส่วนไม่น้อยต่อการลดอันตรายของการคลอด ในขณะที่เดียวกันการตั้งครรภ์และคลอดบุตรที่เคยเป็นเรื่องธรรมชาติก็ได้กลายเป็นเรื่องของการแพทย์โดยสมบูรณ์.

ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดบุตรเป็นที่รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและไม่ใช่แค่เหตุการณ์ที่ช่วยชีวิตทารกหรือมารดาที่ประสบปัญหาการคลอดเหมือนในอดีตที่ผ่านมาเท่านั้น แต่กำลังจะกลายเป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่ในสังคมยอมรับว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการคลอด เหมือนสินค้าบริการสำหรับผู้มีกำลังทรัพย์สามารถเลือกได้ ทำให้การผ่าตัดคลอดกลายเป็นเหตุการณ์ที่มีกระทำกันมากที่สุดในโลก ดังเห็นได้จากอัตรา

การผ่าตัดคลอดในประเทศต่างๆ เช่น สหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 21)², บราซิล (ร้อยละ 48)³, ชิลี (ร้อยละ 40)⁴, เม็กซิโก (ร้อยละ 33)⁵ รวมทั้งประเทศไทย (ร้อยละ 22.4, ในปี ค.ศ. 1996)⁶ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายหันมาให้ความสนใจ มีงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ในแง่มุมต่างๆ ของการผ่าตัดคลอดทั้งด้านบวกและด้านลบมากมาย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อ่านซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านทางการแพทย์ที่มักจะได้รับคำถามจากผู้คนต่างๆ อยู่เนืองๆ ว่าควรที่จะผ่าตัดคลอดบุตรดีไหม? หรือผ่าคลอดกับคลอดเองอะไรจะดีกว่ากัน? จะได้มีข้อมูลที่ครบถ้วนและรอบด้านมากขึ้นจึงขอรวบรวมเป็นหัวข้อต่างๆ ดังนี้

ประโยชน์ของการผ่าตัดคลอด

เป็นที่ยอมรับอย่างชัดเจนโดยทั่วไปว่ากรณีที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ทั้งจากปัจจัยด้านมารดาหรือทารกการผ่าตัดคลอดก็คือทางเลือกที่ดีที่สุด ซึ่งจากการประมาณโดยนักวิชาการในต่างประเทศพบว่าข้อบ่งชี้เหล่านี้จะพบในมารดาระหว่างร้อยละ 10-20 ของมารดาที่คลอดทั้งหมดจึงเป็นที่มาของคำแนะนำโดยองค์การอนามัยโลกว่าประเทศต่างๆ ควรมีอัตราการผ่าตัดคลอดไม่เกินร้อยละ 15⁷ และประเทศสหรัฐอเมริกาก็ได้นำมาใช้เป็นเป้าหมายสำหรับลดอัตราการผ่าตัดคลอดในประเทศ.⁸

สำหรับประเด็นที่มีข้อถกเถียงกันก็คือ กรณีไม่มีข้อบ่งชี้หรือมีข้อบ่งชี้เพียงบางส่วนการผ่าตัดคลอดจะคงยังมีประโยชน์แก่มารดาหรือทารกอยู่หรือไม่ หากดูจากหลักฐานจะพบว่าสำหรับประเทศที่มีการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น ประเทศในทวีปอเมริกาใต้หรือในเอเชียบางประเทศก็ไม่ได้มีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าอัตราการเสียชีวิตในมารดาและทารกจะลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมาเลย หรือประเทศเหล่านั้นก็ไม่ได้มีอัตราการเสียชีวิตในมารดาและทารกต่ำกว่าในประเทศที่มีสัดส่วนการผ่าคลอดต่ำ⁹ เช่น ประเทศในแถบสแกนดิเนเวียหรือประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกต่ำที่สุดในโลกและมีสัดส่วนของการผ่าตัดคลอดน้อยกว่าร้อยละ 10¹⁰ เป็นต้น. ดังนั้น

หากบอกในเชิงของความน่าจะเป็นแล้ว การผ่าตัดคลอดบุตรโดยไม่มีข้อบ่งชี้ไม่น่าจะส่งผลให้มารดาหรือทารกมีความปลอดภัยมากขึ้นแต่ประการใด. สำหรับข้อดีอื่นๆ ของผ่าตัดคลอดในกรณีไม่มีข้อบ่งชี้ได้แก่การลดความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์และขณะคลอดบุตร ซึ่งต้องยอมรับว่าการให้ยาเพื่อลดความเจ็บปวดในมารดาที่ผ่าตัดคลอด จะมีความได้เปรียบกว่ากรณีการคลอดตามธรรมชาติเพราะสามารถให้ยาเหล่านี้ได้อย่างเต็มที่เนื่องจากไม่ต้องกังวลเรื่องผลข้างเคียงของยาที่จะมีผลต่อทารกในครรภ์ เพราะการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้เหล่านี้มักทำก่อนการเจ็บครรภ์. ดังนั้น ความเจ็บปวดมักเกิดภายหลังการผ่าตัดแล้ว ต่างจากการให้ยาลดปวดในมารดาที่คลอดตามธรรมชาติที่ต้องระมัดระวังในการให้ยาทำให้ไม่สามารถให้ยาได้อย่างเต็มที่เพราะจะส่งผลถึงทารกในครรภ์.

สุดท้ายเรื่องของความกลัวต่อผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการคลอดเองตามธรรมชาติ เช่น อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือกังวลว่าจะมีการหย่อนยานของช่องคลอด.¹¹ อย่างไรก็ตาม พบว่าสาเหตุของอาการดังกล่าวเกิดขึ้นเพียงส่วนน้อยกับมารดาที่คลอดด้วยวิธีธรรมชาติเท่านั้น และเหตุผลบางประการที่กล่าวมาดูเหมือนว่าผู้ที่ได้รับประโยชน์คงเป็นคู่สมรสมากกว่าประโยชน์ที่เกิดขึ้นมิได้ตกแก่สตรีที่เป็นมารดาหรือทารกเลย.

ผ่าคลอดมากกว่า ดีไหม

สูติแพทย์ส่วนใหญ่ยืนยันว่าการผ่าตัดคลอดบุตรในปัจจุบันมีความปลอดภัยมากอย่างไม่เคยเป็นมาก่อนในอดีตแต่นั้นยังไม่ได้หมายความว่ามันเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับว่าที่มารดา. จากผลการวิจัยที่มีชื่อเสียงของฮอลล์และคณะในปี ค.ศ. 1999¹² แสดงให้เห็นว่าในกรณีที่มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์กับมารดาที่คลอดเองตามธรรมชาติ กลุ่มที่คลอดด้วยการผ่าตัดจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่คลอดทางช่องคลอดถึง 2.84 เท่าจากหลายสาเหตุด้วยกันเช่น การเสียชีวิต การติดเชื้อหลังคลอด หรือภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับความ

เจ็บปวดและการผ่าตัด เป็นต้น โดยมีมารดาทั้งสองกลุ่มนี้มีปัจจัยพื้นฐานด้านอื่น ๆ ที่ไม่ต่างกัน. นอกจากนี้ยังมีผลการประมาณกันว่าทุกปีในประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีสตรีถึง 140 รายที่ต้องเสียชีวิตจากการทำผ่าตัดคลอดโดยไม่มีควมจำเป็น นอกจากความเสี่ยงของมารดาแล้วพบว่าทารกก็มีโอกาสที่จะได้รับผลเสียจากการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นเช่นกันจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ต้องเสี่ยงกับการคลอดก่อนกำหนด (iatrogenic prematurity) จากการกระเอนอายุครรภ์ที่คลาดเคลื่อนหรือกรณีผู้คลอดบังคับให้แพทย์ทำผ่าตัดก่อนกำหนดจากการเชื่อถือเรื่องโซคลางโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มชาวเอเชีย ซึ่งทารกที่ถูกผ่าตัดคลอดก่อนกำหนดเหล่านี้จะมีโอกาสสูงต่อการเกิดภาวะที่เรียกว่า Respiratory Distress Syndrome (RDS)¹³ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารก.

งานวิจัยของสมิทและคณะ ยังทำการศึกษพบว่าในสหรัฐอเมริกาการผ่าตัดคลอดทุก 50 รายจะมีทารกจำนวน 1 รายที่ได้รับอุบัติเหตุจากมีดผ่าตัดของแพทย์ในขณะที่ผ่ามดลูกเพื่อเข้าไปดึงทารกออกมา.¹⁴ อย่างไรก็ตาม สาเหตุเหล่านี้จะพบสูงในรายที่มีท่าของทารกที่ผิดปกติร่วมด้วย. นอกจากนี้การผ่าตัดคลอดมากเกินไปจะเพิ่มความจำเป็นยังส่งผลเสียต่อประเทศชาติโดยรวมอีกด้วย เนื่องจากการผ่าตัดคลอดจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรที่มากกว่าการคลอดเองทั้งแพทย์ วัสดุ วัสดุ แพทย์ผู้ช่วย หรือวัสดุอุปกรณ์ทั้งหลาย. ในประเทศอังกฤษจึงมีการประมาณว่าทุกร้อยละ 1 ที่เพิ่มขึ้นของการผ่าตัดคลอดจะทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรคิดเป็นมูลค่าถึง 5 ล้านปอนด์.¹⁵ สำหรับประเทศไทยก็เช่นกันพบว่าหากลดอัตราการผ่าตัดคลอดลงได้ร้อยละ 1 จะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้ถึง 2.5 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี¹⁶ เงินจำนวนเหล่านี้จะมีผลอย่างยิ่งต่อชีวิตผู้อื่นหากมีการนำไปใช้ในการป้องกันหรือรักษาผู้ป่วยที่จำเป็น เช่น นำไปใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยการแจกจ่ายถุงยางอนามัยเพราะในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจที่ผ่านมาประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มสูงขึ้นหลายร้อยคนจากการที่กระทรวงสาธารณสุขต้องลงงบประมาณ

ในการซื้อถุงยางอนามัยลง 30 ล้านบาทเนื่องจากขาดแคลนงบประมาณ¹⁷ นอกเหนือจากเรื่องของการใช้จ่ายหากมองในส่วนของ การสูญเสียโอกาสก็เช่นกัน การผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นอาจทำให้ผู้ป่วยอื่นต้องเสียโอกาสในการใช้ห้องผ่าตัดหรือเตียงนอนในโรงพยาบาลอีกด้วย.

ปัจจัยกระตุ้นให้มีการผ่าตัดคลอดมากขึ้น

สำหรับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งเสริมให้มีการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นมีหลายประการแบ่งได้ดังนี้

ปัจจัยด้านมารดา

- ค่านิยมหรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตร ทั้งนี้ส่วนสำคัญคงได้แก่การได้รับข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือและถูกตั้งคำถามหรือการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของสถานพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง.

- การเชื่อถือในเรื่องโซคลาง จึงต้องการกำหนดวันและเวลาคลอดสำหรับบุตร.

ปัจจัยด้านโรงพยาบาลและสูติแพทย์

- ความต้องการในการบริหารเวลาของแพทย์ เพราะการผ่าตัดคลอดจะใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดไม่นานรวมทั้งสามารถกำหนดตารางเวลาได้ ต่างจากการคลอดธรรมชาติที่ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการคลอดได้และต้องใช้เวลาในการดูแลที่นานกว่า.

- ความแตกต่างของค่าตอบแทนแพทย์ และโรงพยาบาลที่จะได้รับก็พบว่า การผ่าตัดคลอดจะทำให้เกิดผลตอบแทนทั้งแก่แพทย์และโรงพยาบาลในสัดส่วนที่สูงกว่าการคลอดธรรมชาติ.

- การฝากพิเศษกับสูติแพทย์ก็เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็นในโรงพยาบาลรัฐบาล การศึกษาโดย ปิยะ หาญวรงค์ชัย และคณะ พบว่าในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของไทยในปี พ.ศ. 2541 อัตราการผ่าตัดคลอดในกรณีที่ฝากพิเศษกับสูติแพทย์อยู่ที่ร้อยละ 46 เทียบ

กักรณที่มิได้มีการฝากพิเศษที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดเพียงร้อยละ 16 ซึ่งสรุปได้ว่าการฝากพิเศษเป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับโอกาสในการผ่าตัดคลอดของหญิงที่มาคลอดในโรงพยาบาลรัฐบาลขนาดโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป.

• สูติแพทย์บางรายทำการผ่าตัดคลอดมากเกินไปจนจำเป็นก็เพื่อต้องการหลีกเลี่ยงปัญหาการฟ้องร้องของผู้ป่วยและญาติ เป็นการทำให้เวชปฏิบัติเพื่อปกป้องตนเอง (defensive medicine) เพราะในทุกประเทศทั่วโลกยังไม่เคยพบว่ามีสูติแพทย์คนใดที่ถูกผู้คลอดฟ้องร้องเพราะการทำผ่าตัดโดยไม่จำเป็นซึ่งต่างกันอย่างสิ้นเชิงในกรณีที่ต้องผ่าตัดแต่ดำเนินการช้า รวมถึงความเชื่อของคนทั่วไปที่มองว่าแพทย์ที่ทำการผ่าตัดคลอดมากเป็นแพทย์ที่เก่งและดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากกว่า.

นอกเหนือจากที่กล่าวมาทั้งหมดแล้วยังมีปัจจัยอื่นที่สำคัญอีกเช่น วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลข้อมูลในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา^๑ เกาหลีใต้^๒ เม็กซิโก^๓ รวมทั้งในประเทศไทย^๔ ก็พบว่า การจ่ายเงินแบบระบบสวัสดิการข้าราชการหรือระบบประกันสุขภาพเอกชนทำให้มีการผ่าตัดคลอดสูง เนื่องจากผู้คลอดไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายและผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล-แพทย์) สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามปริมาณบริการ (fee for services).

ต้องขอร้องชี้หรือสิทธิที่จะเลือก !

หญิงตั้งครรภ์ควรหรือไม่ที่จะมีโอกาสในการเลือก

วิธีการคลอดบุตรด้วยตนเอง? การตอบคำถามนี้คงต้องพิจารณาเป็นสองประเด็น ได้แก่ ประการที่หนึ่ง การเลือกนั้นอยู่บนพื้นฐานของการได้รับข้อมูลที่มีอยู่อย่างรอบด้านและครบถ้วนหรือยัง ในกรณีเช่นนี้พบว่า การผ่าตัดคลอดส่งผลดีหลายด้านแก่สูติแพทย์ทำให้มีความเป็นไปได้สูงที่ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับจะมีความไม่เียงโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสูติแพทย์ที่คำนึงถึงประโยชน์ที่เกิดกับตนเองมากกว่าประโยชน์ที่จะเกิดกับมารดาและทารก การชักจูงให้เกิดการผ่าตัดคลอดก็เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ไม่ยาก ประเด็นที่สอง สิทธิของสตรีในการเลือกวิธีการคลอดควรมีเช่นกันตามสิทธิของผู้ป่วยแต่ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงข้อสำคัญที่ว่าสิทธิเลือกนั้นต้องไม่ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น ในกรณีนี้ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นส่งผลเสียต่อผู้อื่นและสังคมโดยรวม ดังเช่นกรณีการฝากพิเศษเพื่อต้องการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลของรัฐสะท้อนให้เห็นผลกระทบต่อเกิดขึ้นต่อผู้ที่มีฐานะยากจนซึ่งไม่สามารถฝากพิเศษได้ เพราะก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติสำหรับผู้คลอดหรือเกิดมีสองมาตรฐานทั้งที่การผ่าตัดนั้นทำในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งใช้งบประมาณจากภาษีอากรของคนทั้งประเทศ.

ที่กล่าวมาทั้งหมดหวังว่าข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านในการพิจารณาเพื่อให้ข้อมูลสำหรับผู้ที่กำลังตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด รวมถึงนำไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อหาจุดสมดุลในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อมารดา-ทารกและประชาชนในสังคมโดยรวม.

เอกสารอ้างอิง

1. Caesarean section : A brief history, National Library of Medicine http://www.nlm.nih.gov/exhibition/caesarean/caesarea_2.html.
2. Editorial. Caesarean section on the rise. The Lancet 2000;356:9243.
3. Wagner M. Choosing caesarean section. The Lancet 2000; 356:1677-80.
4. Murray S. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile : qualitative and quantitative study. BMJ 2000;321:1501-5.
5. Gonzalez-Perez G J, Vega-Lopez M G, Cabrera-Piviral C, et

- al. Caesarean section in Mexico : are there too many? Health Policy and Planning 2001;16:62-7.
6. Tangcharoensathien V, Chantaratsatit N, Sittitoon C, et al. Pattern of hospital delivery in Thailand 1990-1996. Nonthaburi : Health System Research Institute, 1997.
7. WHO Appropriate technology for birth. The Lancet 1985;iii: 436-7.
8. United States Department of Health and Human Services. Healthy people 2000: national health promotion and disease prevention objectives. Washington : Public Health Service, 1990.

9. Notzon F. International differences in the use of obstetric interventions. *JAMA* 1990;263:3286-91.
10. Eckerlund I, et al. Estimating the effect of cesarean section rate on health outcome. Evidence from Swedish hospital data. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1999;15(1):123-35.
11. Right to choose for delivery (in Thai). 2001 <http://www.thaibaby.com>.
12. Hall M, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *The Lancet* 1999;354:776.
13. Wagner M. Pursuing the birth machine : the search for appropriate birth technology. Sydney : ACE Graphics, 1994.
14. Smith J, Hernandez C, Wax J. Fetal laceration injury at caesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1997;90:344-6.
15. Editorial. What is the right number of caesarean section? *The Lancet* 1997;349:815.
16. Hanvoravongchai P, Letiendumrong J, Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V. Implications of Private practice in Public hospitals on the cesarean section Rate in Thailand. *Human Resources for Development Journal* 2000;4:2-12.
17. Social monitor. Thailand's response to AIDS : Building on Success, Confronting the Future. Bangkok; World Bank. Bangkok, 2000:32-5.
18. Grunber J, Kim J, Mayzlin D. Physician fees and procedure intensity : the case of cesarean delivery. *Journal of Health Economics* 1999;18:473-90.
19. Newbrander W (editor). Private Health Sector Growth in Asia Issues and Implementations. New York : John Wiley & Sons, Inc, 1997:70-3.