

การคลอด:

จากวิถีธรรมชาติสู่กระบวนการรอบงำทางการแพทย์

กัตติกา ณะขว่าง

บทคัดย่อ

การคลอดบุตรเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นในกระบวนการเจริญพันธุ์ของมนุษย์ และเป็นมิติทางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติและสังคม จากความเจริญของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ รวมทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีและระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้แบบแผนการคลอดบุตรของสตรีไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไป ตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ และค่านิยมที่เปลี่ยนไปตามกระแสบริโภคนิยมแบบตะวันตก กระบวนการครอบงำทางการแพทย์ จึงเข้ามามีอิทธิพลต่อแบบแผนการคลอดของสตรีด้วยวาทกรรมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่กับความเป็นแม่ที่ปลอดภัย ทำให้การคลอดแบบธรรมชาติเริ่มเลือนหายไป แต่มีการใช้เทคโนโลยี ยา และหัตถการช่วยคลอดมาแทนที่ แบบแผนการคลอดบุตรของสตรีไทยที่เปลี่ยนไปจึงควรได้รับการพิจารณาในฐานะเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม ที่ผู้เกี่ยวข้องควรหันมาพิจารณา

คำสำคัญ: การคลอด, การทำให้เป็นแบบการแพทย์, เทคโนโลยีทางการแพทย์

Abstract

Birth is a natural phenomenon that occurs as part of the human reproductive process and that has a socio-cultural dimension related to both the natural environment and the social context within which it takes place. When the socio-economic environment changes rapidly such as through the development of medical technology, the delivery patterns of Thai women also alters according to both modern medical systems and changing attitudes regarding westernization. Medicalization has influenced delivery patterns, with scientific and modern medicine discourses and symbols constructed to describe safe motherhood. This medicalization has led to the instances of natural birth decreasing, whereas births utilizing advanced medical technologies have consistently increased. Thus, for policy-makers, the changes in the social phenomenon of delivery patterns among Thai women should be of concern, and be taken into consideration, when developing new policies.

Keywords: Birth giving, Medicalization, Medical Technology.

บทนำ

การคลอดเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นในกระบวนการเจริญพันธุ์ของมนุษย์ เป็นเหตุการณ์ที่มีมานานตราบเท่ายุคสมัยที่มีมนุษย์เกิดขึ้นบนโลก โดยในแต่ละสังคมล้วนมีประเพณี และความเชื่อเกี่ยวกับการคลอดบุตรแตกต่างกันไป ในอดีตสตรีจะคลอดบุตรที่บ้าน ทำคลอดโดยหมอดำแย ผดุงครรภ์โบราณ หรือคลอดเองตามธรรมชาติ แต่เมื่อสังคมเปลี่ยนไปจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การพัฒนาระบบบริการทางด้านสาธารณสุข ที่มีการสร้างโรงพยาบาลครอบคลุมทุกอำเภอในประเทศไทย เป็นผลให้สตรีมีครรภ์สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ทำให้นิยมมาคลอดบุตรในโรงพยาบาลมากขึ้น เพราะเชื่อมั่นว่าปลอดภัยกว่าการคลอดที่บ้าน ผู้ทำคลอดจึงเปลี่ยนมาเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ แพทย์ และสูติแพทย์ในปัจจุบัน ซึ่งส่งผลให้แบบแผนการคลอดของสตรีเปลี่ยนไป จากการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของหญิงตั้งครรภ์ และการดูแลรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการคลอดของสตรีไทยในระบบบริการสุขภาพ และระบบการแพทย์สมัยใหม่โดยมีแพทย์เป็นผู้มีอำนาจสูงสุดในระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้กระบวนการจัดการทางการแพทย์เข้ามามีอิทธิพล ควบคุมและครอบงำสตรีตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงคลอด ด้วยวาทกรรมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่กับความเป็นแม่ที่ปลอดภัย ทำให้ระบบความเชื่อและมโนทัศน์ในการมองการตั้งครรภ์และการคลอดของสตรีเปลี่ยนแปลงไปตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ และค่านิยมที่เปลี่ยนไปตามกระแสบริโภคนิยมแบบตะวันตก ที่เชื่อมโยงกับภาพลักษณ์เกี่ยวกับร่างกาย ความเป็นแม่และความเป็นผู้หญิง ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีค่านิยมที่ถูกสร้างขึ้นจากความเชื่อมั่นในเทคโนโลยีทางการแพทย์ กับความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสูติศาสตร์ ส่งผลให้มีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยที่บางครั้งก็เกิดความจำเป็นตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงคลอด เช่น การอัลตราซาวด์เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์หรือเพศของทารก การฝากครรภ์พิเศษกับสูติแพทย์ (ยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ, 2546ก) จนถึงการให้ยาและเทคโนโลยี ยา และหัตถการช่วยคลอดต่างๆ เพื่อไม่ให้ทรมานจากการเจ็บปวดจากการคลอด เช่น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น

เรื่อยๆ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2541; ยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ, 2546 ยกเลิก) ส่งผลให้กระบวนการคลอดธรรมชาติที่หญิงตั้งครรภ์พึงกระทำด้วยตนเอง ถูกเปลี่ยนผ่านมาเป็นกระบวนการครอบงำทางการแพทย์ที่แพทย์สามารถจัดการได้ด้วยการใช้เทคโนโลยีเข้ามาควบคุมกระบวนการคลอด และควบคุมสตรีได้พร้อมๆ กัน นักสตรีนิยมหลายคนให้ความเห็นว่าการแพทย์สมัยใหม่เป็นกลไกหนึ่งที่มีอำนาจแบบปีศาจไปโดยที่กดทับประสบการณ์และความรู้ของผู้หญิง อย่างไรก็ตามการครอบงำหรือการแทรกแซงทางการแพทย์สมัยใหม่บางครั้งทำให้เกิดอันตรายมากกว่าช่วยให้ดีขึ้น ดังที่เห็นได้ชัดเจนจากเรื่องการตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การคุมกำเนิดโดยใช้เครื่องมือหรือยาสอดใส่เข้าไปในร่างกายผู้หญิง หรือการบำบัดด้วยการให้ฮอร์โมนทดแทน เป็นต้น (ฉลาดชาย รมิตานนท์, 2547)

จากความจริงทางด้านการแพทย์ที่รับเอาองค์ความรู้และเทคโนโลยีจากประเทศตะวันตก ที่มีแนวคิดว่าการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นภาวะเสี่ยงต่ออันตราย การดูแลรักษาจึงเน้นที่การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ โดยกระทำการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ดังเช่นสตรีมีครรภ์เป็นผู้ป่วย เช่น ให้ยาเร่งคลอด เจาะถุงน้ำคร่ำ ใช้เครื่องมือช่วยคลอด รวมทั้งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อให้การคลอดรวดเร็วขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลดีต่อการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์จริงๆ แต่กฏเกณฑ์ไม่ได้ว่ามีหญิงตั้งครรภ์หลายคนที่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องการช่วยเหลือโดยการผ่าตัด การคลอด แต่ก็ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตของทารกหรือมารดา จากความไม่เท่าเทียมในการให้บริการในสถานบริการ ในทางตรงกันข้ามยังมีหญิงตั้งครรภ์อีกจำนวนไม่น้อยที่ไม่มีข้อบ่งชี้ และสามารถคลอดบุตรเองตามธรรมชาติได้ กลับได้รับการช่วยเหลือทำคลอดโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เช่นเดียวกัน แต่ถึงแม้ว่าสตรีหลายคนจะได้รับการช่วยคลอดด้วยวิธีสมัยใหม่ ก็ยังมีเหตุการณ์ที่เกิดการเสียชีวิตขึ้นได้จากที่เราเคยได้ยินได้เห็นที่มีการฟ้องร้องค่าเสียหายทางสื่อต่างๆ เป็นประจำ

แม้ว่าการคลอดโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วย เช่น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เป็นยุทธวิธีการคลอดที่แพทย์สามารถนำมาใช้ จนเป็นที่

ยอมรับทางสังคมว่ามีความปลอดภัย สะดวก รวดเร็ว และไม่ต้องเจ็บท้องคลอด แต่ในทางกลับกันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ทำลายค่านิยมการคลอดด้วยวิธีทางธรรมชาติให้หมดไป (พนา พวงมะลิ, 2541) ซึ่งหากเชื่อว่าการคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ การเข้าไปกระทำการหรือแทรกแซงกระบวนการคลอด ก็อาจจะเป็นผลเสียมากกว่าผลดี ดังเช่นการศึกษามากมายที่พบว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาและทารกสูงกว่าการคลอดทางช่องคลอด 4-8 เท่า จากสาเหตุหลักที่สำคัญคือการติดเชื้อหลังคลอด การอุดตันของเส้นเลือดในปอด ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก และการตกเลือด (ภิเศก ลุมภิกานนท์, 2533; อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2539) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราป่วยของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง สูงกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดถึง 10 เท่า โดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดเป็นสาเหตุหลัก ซึ่งการติดเชื้อจะมีผลให้เกิดการตีบตันของท่อนำไข่ซึ่งจะมีผลต่อการมีบุตรยากในอนาคต (Shearer, 1993) ส่วนภาวะแทรกซ้อนในทารกนั้นพบว่า ทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดมีภาวะการถูกกดการหายใจ (Respiratory Distress Syndrome) สูงกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอดถึง 4 เท่า (Shearer, 1993) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับการพิสูจน์แล้วว่าส่งผลเสียต่อทั้งมารดาและทารกมากกว่า เมื่อเทียบกับการคลอดธรรมชาติผ่านทางช่องคลอด

บทความนี้ต้องการนำเสนอแบบแผนการคลอดของสตรีไทยในอดีตในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม และวิเคราะห์ให้เห็นถึงแบบแผนการคลอดบุตรของสตรีไทยในปัจจุบันที่ได้เปลี่ยนแปลงไป ที่การคลอดธรรมชาติทางช่องคลอดที่กระทำด้วยผู้คลอดเองค่อยๆ ลดลง พร้อมกับการเข้ามากำหนด ควบคุม ธรรมชาติการคลอด ด้วยวิธีการรักษาพยาบาล การใช้ยา เครื่องมือทางการแพทย์ และหัตถการช่วยคลอดต่างๆ ในระบบการแพทย์สมัยใหม่ โดยผู้เรียนพยายามชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการคลอดของสตรีไทยนั้น ถูกครอบงำโดยอำนาจแพทย์ผ่านกระบวนการจัดการทางการแพทย์ (Medicalization) ที่เข้ามาควบคุมและครอบงำสตรีมีครรภ์ ด้วยวาทกรรมวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ อย่างไร ที่เชื่อมโยงกับแนวคิดเรื่องร่างกาย

ภาพลักษณ์ของร่างกาย และความเป็นแม่ของผู้หญิง รวมทั้งเสนอทางออกของการแก้ไขปัญหาในเรื่อง Medicalization กับการคลอด

แบบแผนการคลอดบุตรของสตรีไทยในอดีต

1. การคลอดคือวิถีแห่งธรรมชาติ

การคลอดเป็นสัญญาณของความเป็นแม่ที่เกิดขึ้นได้ในเฉพาะเพศหญิงเท่านั้น การคลอดบุตรนับเป็นความยิ่งใหญ่ของสตรีที่ได้รับการยอมรับและสดุดีในความอดทน เสียสละ และกล้าหาญ เนื่องจากการคลอดเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่เปรียบเหมือนการเดิมพันด้วยชีวิตของมารดา เพราะต้องผ่านการเจ็บปวดอย่างแสนสาหัส การเสียเลือด และการเบ่งคลอดทารกออกมาที่มารดาต้องกระทำด้วยตนเองและไม่อาจคาดคะเนประสบการณ์หรือผลลัพธ์ที่แน่นอนล่วงหน้าได้ การให้กำเนิดทารกจึงเป็นวีรกรรมที่ยิ่งใหญ่ของสตรีที่ได้รับการกล่าวถึงและเปรียบเปรยว่ายิ่งใหญ่กว่าการออกรบทัพจับศึกของชายชาติทหาร และเป็นพระคุณที่ยิ่งใหญ่เทียบเท่ากับผืนฟ้าหรือมหาสมุทรที่บุตรธิดาต้องพึ่งพิงสังวร

การคลอดเป็นกระบวนการที่ทารก รก และน้ำคร่ำ เคลื่อนตัวจากโพรงมดลูก ผ่านช่องทางคลอดของสตรีสู่ภายนอก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกระบวนการดังกล่าวจะดำเนินไปแตกต่างกันในแต่ละบุคคล หรือแม้ในบุคคลเดียวกันแต่ต่างเวลากัน การคลอดธรรมชาติจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อผู้คลอดกระทำด้วยตนเองเท่านั้น กระบวนการคลอดเริ่มต้นและสิ้นสุดในตัวของผู้คลอดเอง แม้ว่าในความเป็นจริงมีสตรีบางรายไม่สามารถคลอดได้เองตามธรรมชาติ แต่นับว่าเป็นส่วนน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนการคลอดทั้งหมด (เจียรนัยโพธิ์ไทรย์, 2544) นอกจากนี้การคลอดยังมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ในแต่ละสังคมมีทัศนคติ ค่านิยม และความเชื่อ และวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการคลอดแตกต่างกันไป การคลอดจึงเป็นเรื่องปกติธรรมดาของชีวิต เป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามธรรมชาติของสตรี ไม่ถือว่าเป็นความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามแม้ในสังคมที่นิยมการคลอดว่าเป็นเรื่องปกติ แต่ก็ถือว่าเป็นช่วงอันตรายที่สร้างความวิตกกังวลจึงมีข้อห้ามหลายอย่างแก่สตรีมีครรภ์ มีการจัดพิธีกรรมต่างๆ เพื่อปกป้อง

คุ้มครองแม่และลูก และเป็นการให้กำลังใจตลอดจนเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของสตรีมีครรภ์

2. การคลอด: มุมมองในมิติทางสังคมวัฒนธรรมแบบองค์รวม

ในอดีตการคลอดเป็นมิติทางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติ และสังคม เป็นกลไกทางธรรมชาติในการดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ การคลอดบุตรจึงเป็นเหตุการณ์สำคัญของสตรีผู้คลอด สามี ครอบครัวยุติพันธุ์ และชุมชน ที่เกี่ยวเนื่องกับมิติของจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ อย่างลึกซึ้ง โดยมีความเชื่อ การให้คุณค่า และค่านิยมที่แตกต่างกันไปในแต่ละสังคม ผ่านข้อห้าม หรือพิธีกรรม ในการปฏิบัติตัวของสตรีมีครรภ์ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ที่ปฏิบัติสืบทอดต่อกันมา แม้ว่าปัจจุบันรูปแบบการคลอดของสตรีจะเปลี่ยนไป จากความเจริญทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุข ผ่านงานอนามัยแม่และเด็ก ทำให้ข้อห้ามหรือพิธีกรรมบางอย่างเริ่มเลือนหายไป แต่ก็ยังคงหลงเหลืออยู่ (Remnant or Artifact) ในบางพื้นที่ โดยเฉพาะในชนบท หรือแม้แต่ในเมืองที่สตรีมีครรภ์อยู่ร่วมกันญาติผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุ

ในสังคมไทยถือกันว่า เมื่อหญิงสาวซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวเกิดตั้งครรภ์ขึ้น นั้นแสดงถึงนิมิตหมายอันดีของการให้กำเนิดชีวิตใหม่ให้กับครอบครัว และชุมชน มโนทัศน์ในเรื่องของการตั้งครรภ์และการคลอดจึงถือว่าเป็นเรื่องของสุขภาพ มากกว่าเรื่องความเจ็บป่วย โดยถือว่าสุขภาพดี คือภาวะแห่งสมดุล หรือมีดุลยภาพทั้งภายในและภายนอก สมดุลที่ว่านี้มีพื้นฐานมาจากการแพทย์ระบบธาตุ เกี่ยวกับคุณลักษณะ “ร้อน-เย็น” และ “เปียก-แห้ง” การตั้งครรภ์ทารกในท้องเป็นเพียงก้อนเลือดก้อนหนึ่งในร่างกาย และการให้กำเนิดทารกถือเป็นภาวะที่ไม่สมดุลของร่างกายชั่วคราว จึงต้องมีการดูแลเอาใจใส่เพื่อรักษาสมดุล โดยมักจะใช้วิธีการควบคุมอาหารและกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามคำแนะนำ นอกจากนี้ในช่วงที่มารดาอยู่ในระยะหลังคลอดนั้นเชื่อว่าเป็นช่วงที่อยู่ในภาวะเย็น เพราะเสียเลือดจากการคลอดบุตร จึงต้องหลีกเลี่ยงสิ่งที่เย็น มีการอยู่ไฟ ห้ามอาบน้ำ ห้ามกินอาหารเย็น ให้กินอาหาร หรือเครื่องดื่ม และยาที่ร้อน เพื่อรักษาสุขภาพที่สมดุล ของผู้เป็นแม่ ทำให้มดลูกเข้าอู่ได้เร็วและทำให้สุขภาพของแม่กลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น (ธีระศักดิ์ มูลสาร, 2542)

การมีมโนทัศน์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดว่าเป็นเรื่องของสุขภาพและความสมดุลของร่างกาย ที่สัมพันธ์กับมิติทางสังคมวัฒนธรรมแบบองค์รวมที่เกี่ยวข้องทั้งหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งระบบความเชื่อค่านิยมต่างๆ แบบพื้นบ้านที่สืบทอดต่อกันมา ทศนะในเรื่องของการตั้งครรภ์และการคลอดในหลายสังคมของโลกที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่อดีตนั้น จึงเห็นว่าภาวการณ์ตั้งครรภ์และการคลอดเป็นเรื่องปกติธรรมดาของชีวิต และเป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามธรรมชาติของสตรี

การคลอดในยุคสมัยใหม่กับการครอบงำทางการแพทย์

1. แบบแผนการคลอดในปัจจุบัน

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นและส่งเสริมให้สตรีมาคลอดบุตรที่สถานบริการสาธารณสุข ส่งผลต่อแบบแผนการคลอดของสตรีไทยที่ในอดีตหญิงตั้งครรภ์มักจะคลอดที่บ้าน แต่ในปัจจุบันหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้หันมานิยมคลอดบุตรที่โรงพยาบาล ดังเช่นจากการศึกษาของยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ (2546) พบว่าในปี 2544 สตรีไทยมารับบริการคลอดบุตรที่โรงพยาบาลทุกสังกัดสูงถึงร้อยละ 93 เช่นเดียวกันจากการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ และคณะ (2546) พบว่ามีสตรีมาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลร้อยละ 94.2 และคลอดที่บ้านเพียงร้อยละ 5.8 เท่านั้น ดังนั้นผู้ทำคลอดจึงเปลี่ยนจากหมอกกลางบ้าน หมอตำแย หรือผู้อาวุโสในชุมชนที่มีประสบการณ์ในการทำคลอด มาเป็นพยาบาล หรือแพทย์ ในโรงพยาบาล

การคลอดบุตรในโรงพยาบาลมีหลายชนิดทั้งการคลอดทางช่องคลอดแบบธรรมชาติ การคลอดผ่านทางช่องคลอดโดยใช้ยาหรือหัตถการช่วยคลอดต่างๆ เช่น การคลอดโดยใช้คีม (Forceps extraction) การคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum extraction) รวมทั้งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Caesarean section) (เจียรนัย โพธิ์ไทรย์, 2544; ยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ, 2546) จากการศึกษานี้ของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2541) พบว่าใน

ช่วงปี พ.ศ. 2533-2539 อัตราการคลอดบุตรทางช่องคลอดแบบธรรมชาติมีแนวโน้มลดลง และอัตราการคลอดโดยใช้เข็ม หรือใช้เครื่องดูดสุญญากาศมีแนวโน้มคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่อัตราการคลอดโดยการผ่าตัดกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาแบบแผนการคลอดบุตรในรอบ 12 ปี ของสตรีไทย (พ.ศ. 2533-2544) ของ ยศ ตีระวัฒนานนท์และคณะ (2546ข) พบว่าอัตราการคลอดบุตรปกติในโรงพยาบาลทั่วประเทศลดลงจากร้อยละ 74 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 71 ในปี 2544 แต่อัตราการคลอดบุตรด้วยวิธีผ่าตัดทั้งประเทศกลับเพิ่มสูงขึ้นทุกปีจากร้อยละ 14.8 ในปี 2533 จนถึงร้อยละ 20.7 ในปี 2544 โดยโรงพยาบาลที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุดได้แก่โรงพยาบาลเอกชน ที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดในปี 2544 ร้อยละ 53.9 รองลงมาได้แก่โรงพยาบาลระดับจังหวัดที่ร้อยละ 29.6 และโรงพยาบาลอื่นๆ ของรัฐที่ร้อยละ 24.9 ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราผ่าตัดคลอดต่ำที่สุดที่ร้อยละ 5.6

การมาคลอดบุตรในโรงพยาบาลนั้นผู้มีอำนาจสูงสุดในระบบบริการและการตัดสินใจคือแพทย์ ตามระบบการจัดการทางการแพทย์สมัยใหม่ ทั้งนี้ความเจริญทางด้านทางการแพทย์รวมทั้งเทคโนโลยีสมัยใหม่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการคลอดด้วย ทำให้การคลอดตามธรรมชาติลดลง แต่การคลอดที่ใช้เทคโนโลยีในการช่วยคลอดกลับเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ มาควบคุมการคลอดของสตรีมีครรภ์นั้น แปรผันตามลักษณะของโรงพยาบาลและตามจำนวนสูติแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนส่วนมากเป็นแพทย์จบใหม่ การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เช่น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีน้อยซึ่งทำตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์จริงๆ และเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลจังหวัดตามจำนวนสูติแพทย์ที่มี (ยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ, 2546ก, 2546ข) โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชน แทบจะไม่มี การคลอดแบบธรรมชาติเลย

2. กระบวนการครอบงำทางการแพทย์: จากผู้คลอดสู่ผู้ป่วยที่ต้องเยียวยา

การจัดการทางการแพทย์ (Medicalization) เป็นการอาศัยพลังอำนาจทางการแพทย์ องค์ความรู้ทางการแพทย์และเทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อขยายอาณาจักรด้านการรักษาในการควบคุมสังคมในเรื่องของสุขภาพและความเจ็บป่วยตลอดจนปัญหาทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ให้กลายเป็นปัญหาทางการแพทย์และอยู่ภายใต้กระบวนการในการควบคุมของแพทย์ที่สังคมยอมรับว่าถูกต้องชอบธรรม ภายใต้ไปประกอบโรคศิลปะทางเวชกรรม (Freund & Mcquire, 1995) โดยเฉพาะในเรื่องการคลอดบุตร ซึ่งเป็นภาวะธรรมชาติของการเจริญพันธุ์ แต่เมื่อสตรีหันมานิยมคลอดที่โรงพยาบาลซึ่งใช้ระบบการแพทย์แบบตะวันตกเป็นกระแสหลัก จึงปฏิเสธไม่ได้ว่ารูปแบบการคลอดของสตรีจะต้องเปลี่ยนไปตามการครอบงำของอำนาจแพทย์จากกระบวนการจัดการทางการแพทย์ โดยความเจริญทางเทคโนโลยีและการศึกษาทางการแพทย์ที่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขาสตรีเวชศาสตร์ที่ดูเหมือนจะเพิ่มศักยภาพทางการแพทย์ให้มีความเหนือชีวิตและร่างกายของผู้หญิงมากยิ่งขึ้น ทำให้กระบวนการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรซึ่งผู้หญิงเห็นว่าเป็นกระบวนการธรรมชาติที่สตรีเป็นผู้กำหนดเอง ให้กลายเป็นกระบวนการทางการแพทย์ (Medicalised process) ที่จะต้องอยู่ภายใต้การกำกับจัดการและดูแลของแพทย์หรือสูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ฉลาดชาย รมิตานนท์, 2547)

การครอบงำของระบบการแพทย์สมัยใหม่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมโนทัศน์ของการคลอดกลายเป็นภาวะของการ “เจ็บป่วย” ที่ต้องตกอยู่ภายใต้อาณัติและการดูแลรักษาของระบบการแพทย์แบบตะวันตกเพียงผู้เดียว ทำให้กระบวนการคลอดที่เป็นธรรมชาติ กลายมาเป็นระบบการคลอดแบบใหม่ภายใต้วาทกรรมของการแพทย์สมัยใหม่ที่อยู่บนพื้นฐานของทัศนคติและกลไกแบบแยกส่วน และจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์มาควบคุม แม้ว่าองค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า การคลอดไม่ใช่การเจ็บป่วย (Birth is not an illness) และได้ให้ข้อเสนอแนะ 15 ประการ สำหรับเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลสตรีในระยะคลอด ที่สำคัญ ได้แก่ สตรีควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความหลากหลาย

ของการดูแลเกี่ยวกับการคลอดเพื่อให้สามารถเลือกรูปแบบการคลอดได้ตามที่ตนเองต้องการ ไม่ควรชักนำให้เกิดการคลอดเพียงเหตุผลว่าเพื่อความสะดวก โดยในแต่ละภูมิภาคไม่ควรมีอัตราชักนำให้เกิดการคลอดเกินร้อยละ 10 การเจาะถุงน้ำคร่ำเมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะคลอดเป็นกิจวัตรไม่ใช่เหตุผลที่เหมาะสมในเชิงวิทยาศาสตร์ ไม่มีหลักฐานแสดงว่าการติดตามเฝ้าระวังทารกโดยใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์เป็นกิจวัตรจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีเสมอไป ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาระงับความเจ็บปวดหรือยาระงับความรู้สึกเป็นกิจวัตรโดยไม่มีข้อบ่งชี้ และในแต่ละภูมิภาคไม่ควรมีอัตราการผ่าตัดดัดนำทารกออกทางหน้าท้องเกินร้อยละ 10-15 เป็นต้น (เจียรนัย โพธิ์ไทรย์, 2544) แต่อย่างไรก็ตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลกนี้ก็ยังไม่ได้มีการตอบสนองเท่าที่ควร ดังที่พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศไทยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีอัตราสูงมากกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนด 2-5 เท่า (ยศ ตีระวัฒนานันท์ และคณะ, 2546ข)

ริทเซอร์ (Ritzer, 2000) กล่าวว่า การคลอดในโรงพยาบาลที่ผู้คลอดต้องเข้าไปในกระบวนการ (Step) ของ กระบวนการจัดการแบบวิทยาศาสตร์ (Assembly line) เป็นกระบวนการลดทอนความเป็นมนุษย์ (Dehumanization) และเป็นความมีเหตุผลแบบยุคทันสมัยที่เริ่มถูกตั้งคำถามว่าดีจริงหรือ ซึ่งในการใช้กระบวนการนี้ตามแนวคิด McDonaldization ที่มีหลักการ 4 มิติ คือ 1) ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) 2) การคำนวณได้ (Calculability) 3) การทำนายได้ (Predictability) และ 4) การใช้เทคโนโลยีโดยไม่ใช้มนุษย์ (Nonhuman technology) นอกจากนี้ ริทเซอร์ ได้กล่าวถึงอิทธิพลของ McDonaldization ที่มีต่อการเกิด (McBirth) ซึ่งการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการเกิดของมนุษย์แสดงให้เห็นว่าเห็นคุณประโยชน์ในการนำระบบนี้มาจัดการกับการให้บริการในกระบวนการตั้งครรภ์ การดูแลครรภ์และการคลอด แต่สิ่งที่มองข้ามหรือมองไม่เห็นคือด้านลบของกระบวนการดังกล่าวที่ดูเหมือน “มีเหตุผล” แต่ก่อให้เกิด “ความไม่มีเหตุผลของความมีเหตุผล” (Irrationality of rationality)

ในกระบวนการคลอดนั้นเมื่อสตรีมาคลอดที่โรงพยาบาลก็ถูกจัดกระทำในลักษณะของการลดทอนความเป็นมนุษย์ เนื่องจากกระบวนการแพทย์สมัย

ใหม่มองว่าผู้คลอดเป็นเสมือนผู้ป่วย รูปแบบการดูแลผู้คลอดโดยใช้ระบบสนับสนุนให้เป็นไปตามธรรมชาติ กลับกลายเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ทำให้เจตคติที่บุคคลมีต่อการคลอดเปลี่ยนไป เพราะเป็นไปตามกระบวนการจัดการแบบวิทยาศาสตร์โดยมีแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจหลัก โดยปราศจากการตัดสินใจของผู้คลอดหรือสามีร่วมกับแพทย์ในการเลือกวิธีคลอดหรือเลือกการใช้บริการด้วยตนเอง การปฏิบัติการณ์ต่างๆ ในห้องคลอดจะเป็นลักษณะกิจวัตรเดียวกัน (Routine) สถานที่คลอด ถูกปรับเปลี่ยนไปเป็นลักษณะคล้ายห้องผ่าตัด ยิ่งกว่านั้นสามี สมาชิกในครอบครัวยังถูกกันออกจากการมีส่วนร่วมในประสบการณ์การคลอด ดังนั้นผู้คลอดจึงต้องเผชิญกับเหตุการณ์สำคัญในชีวิตท่ามกลางบุคคลแปลกหน้าและสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การคลอดถูกกำหนดให้ดำเนินไปเป็นขั้นตอนและได้รับการเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดคล้ายคลึงกันทั้งในรายปกติและในรายที่มีภาวะเสี่ยง การปฏิบัติจริงนั้นจึงตรงข้ามกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ด้วยเหตุผลทางการแพทย์อีกด้านหนึ่งที่มุ่งให้กระบวนการคลอดเสร็จสิ้นโดยเร็วที่สุด ได้แก่ การงดอาหารและน้ำเมื่อปากมดลูกเปิด 3 ซม. ขึ้นไป การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Intravenous uid) การชักนำคลอดด้วยยาเร่งคลอด (Oxytocin) การเจาะน้ำคร่ำเมื่อเข้าสู่ระยะ Active phase เป็นต้น โดยเฉพาะสตรีที่ฝากครรภ์พิเศษกับสูติแพทย์ก็จะได้รับการดูแลรักษาให้สบาย ให้เจ็บปวดจากการคลอดน้อยที่สุด (Painless Labour) เช่น การให้ยาระงับปวด ใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ในการเฝ้าระวังทารก (Fetal Monitoring) การได้รับหัตถการช่วยคลอด และท้ายสุดคือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Johanson & Mary, 2002) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบัน และโรงพยาบาลหลายแห่งแทบจะหาการคลอดโดยวิธีธรรมชาติไม่ได้เลยเพราะแม้จะเป็นการคลอดผ่านทางช่องคลอด แต่กระบวนการดูแลระหว่างคลอดจะเป็นแบบแผน (Pattern) เดียวกัน ตามแนวทางการปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) ของสูติแพทย์ รวมไปถึงการใช้ยา และเครื่องมือช่วยคลอด ซึ่งการรักษาเป็นกิจวัตรเดียวกันแบบนี้ต้องใช้การดูแล สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เนื่องจากใช้วิทยาการสมัยใหม่ไปรบกวนหรือเร่งกระบวนการคลอดที่จะเป็นไปตามธรรมชาติ รวมถึงการตัดสินใจช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเมื่อมีเหตุการณ์ผิด

ปกติอย่างไรเกิดขึ้น ดังนั้นคุณภาพการบริการ ความเท่าเทียมในการให้บริการ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแล ซึ่งก็มีปัญหาการฟ้องร้องเกิดขึ้นในหลายโรงพยาบาลที่มีปัญหาการเสียชีวิตของทารกหรือมารดาที่เกิดจากความไม่เท่าเทียมในการรับบริการ ผู้คลอดจึงกลายเป็นผู้ถูกกระทำ จึงมีสถานะเป็นเหมือนผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลจากกระบวนการจัดการทางการแพทย์แผนใหม่ ไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แทนที่จะเป็นผู้กระทำ คือเลือกให้กำเนิดทารกด้วยตนเอง หรือเลือกวิธีคลอดได้ตามสิทธิที่พึงมี จากการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนและรอบด้านจากผู้ให้บริการ

3. เงื่อนไขปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนการคลอดของสตรีไทยในยุคปัจจุบัน

แบบแผนการคลอดบุตรที่เปลี่ยนไปของสตรีไทยในยุคปัจจุบันที่สัมพันธ์กับกระบวนการจัดการและการครอบงำทางการแพทย์ ที่ส่งผลต่อการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่และหัตถการช่วยคลอดต่างๆ โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง น่าจะเกิดจากปัจจัยดังต่อไปนี้

3.1 อำนาจแพทย์ในระบบการแพทย์สมัยใหม่

ในระบบการดูแลสุขภาพมีหลากหลายระบบตามแต่บริบทของสังคมแต่ระบบการแพทย์ภายใต้กระบวนทัศน์แบบวิทยาศาสตร์ที่เริ่มต้นในประเทศตะวันตกที่เจริญขึ้นอย่างรวดเร็ว ตามความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและแพร่ขยายเข้ามาสู่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็วในกระแสโลกาภิวัตน์ มีบทบาทที่อยู่ในฐานะครอบงำทำให้ระบบการแพทย์แบบดั้งเดิม หรือภูมิปัญญาที่มีอยู่เดิมในแต่ละประเทศถูกละเลย ถูกทอดทิ้ง จนสูญหายไป ในที่สุดความก้าวหน้าในความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่พัฒนาและเจริญขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้ระบบสุขภาพเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น ทำให้แพทย์มีอำนาจเพิ่มขึ้นจากความรู้ที่ซับซ้อนของตนที่ประชาชนไม่อาจจะเข้าใจได้ สุขภาพที่เคยเป็นเรื่องที่คนในชุมชนร่วมกันรับผิดชอบและดูแลตนเองมาก่อน ต้องตกไปอยู่ในมือแพทย์มากขึ้น ต้องใช้ยา และเทคโนโลยีขั้นสูงช่วยในการบำบัดรักษา จนกลายเป็นว่าแพทย์คือผู้ที่รู้เรื่องสุขภาพดีที่สุด ระบบการแพทย์

จึงขยายอำนาจเข้าไปแทรกและกิจกรรมต่างๆ ของมนุษย์ตั้งแต่ก่อนปฏิสนธิ จนถึงตาย (วิจิต เปานิล, 2546) ประกอบกับในปัจจุบันจากการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ ทำให้มีการแข่งขันหาผลประโยชน์ในระบบทุนนิยม และ เกิดค่านิยมของสังคมที่มาสนองในลัทธิทุนนิยม จึงก่อให้เกิดอุตสาหกรรมทางการแพทย์ ที่ทำรายได้อย่างมหาศาลกับเจ้าขององค์ความรู้ และเทคโนโลยีขั้นสูง ภาวะหรือเรื่องที่เคยเป็นวิถีชีวิตปกติ ที่เป็นเรื่องธรรมชาติ ธรรมดา หรือ เป็นเรื่องที่ช่วยเหลือกันเองได้ การแพทย์ก็ได้พยายามทำให้กลายเป็นความผิดปกติ ที่ต้องเข้ามาจัดการโดยใช้กระบวนการจัดการทางการแพทย์

ภายในโรงพยาบาลผู้มีอำนาจสูงสุดในกระบวนการดูแลผู้คลอด คือ สูติแพทย์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาสุนิเวศศาสตร์ ภายใต้สถานการณ์ขององค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ทำให้แพทย์มีพลังอำนาจเพิ่มขึ้นมากมาย แต่อำนาจของผู้ป่วยลดลงหรือเกือบไม่มีเลยเมื่อเทียบกับอำนาจของแพทย์ที่เพิ่มขึ้น ยิ่งสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้หญิงกับแพทย์แล้วจะพบว่ามีความไม่เสมอภาค ที่อำนาจทางการแพทย์ถูกใช้เพื่อควบคุมผู้หญิงและหนทางต่างๆ โดยเฉพาะการควบคุมเหนือการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร (ฉลาดชาย รมิตานนท์, 2547) สูติแพทย์จึงมีอำนาจต่อร่างกายผู้หญิงรวมทั้งสามารถที่จะตัดสินใจว่าหญิงตั้งครรภ์จะต้องคลอดแบบไหน เมื่อไหร่ เพราะผู้หญิงมักจะเชื่อว่าแพทย์มีการศึกษา การฝึกฝน ประสบการณ์ ที่เหนือกว่าจะนำไปสู่การตัดสินใจที่ไม่ผิดพลาด และเกิดความรู้สึกลึกว่าต้องพึ่งพาแพทย์เท่านั้น การตัดสินใจในกระบวนการคลอด จึงอยู่ที่แพทย์ ทำให้มีการใช้เทคโนโลยี และหัตถการต่างๆ มาช่วยในการคลอดมากขึ้น โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดังเช่นในสหรัฐอเมริกา หากมีสูติแพทย์เพิ่มขึ้น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก็ยิ่งสูงขึ้น (Perkins, 2004) เช่นเดียวกับการศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2541) ที่พบว่า จำนวนสูติแพทย์ในโรงพยาบาลของประเทศไทยที่ศึกษาเพิ่มขึ้น จาก 648 คนในปีพ.ศ.2533 เป็น 882 คน ในปี พ.ศ. 2539 หรือเพิ่มขึ้น 36 % ในช่วงดังกล่าว ปริมาณการผ่าตัดคลอดบุตรก็เพิ่มขึ้นจาก 58,183 รายในปี พ.ศ. 2533 เป็น 109,867 ราย ในปี พ.ศ. 2539 หรือเพิ่มขึ้นถึง 89 % ในช่วงเดียวกัน

จากการศึกษาของยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ (2546ก) พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ถึง 1 ใน 3 (ร้อยละ 33) ที่มีการฝากครรภ์พิเศษกับสูติแพทย์ ให้ดูแลเป็นพิเศษ ซึ่งรายได้ของสูติแพทย์จากการรับฝากครรภ์พิเศษมีสัดส่วนจำนวนไม่น้อยเมื่อเทียบกับรายได้ประจำที่ได้รับจากระบบราชการ ผลตอบแทนที่ได้รับจากการฝากพิเศษนี้ ถือเป็นแรงจูงใจที่สำคัญอันหนึ่งทำให้สูติแพทย์รับฝากพิเศษ ซึ่งต้องตอบสนองต่อความคาดหวังและการเรียกร้องที่สูงกว่าทั่วไป สร้างแรงกดดันต่อสูติแพทย์ไม่น้อย จึงพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากพิเศษจะได้รับการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฝากครรภ์พิเศษ และพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์พิเศษ อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ซึ่ง ลีโอนี (Leonie, 2004) กล่าวถึง การตัดสินใจทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยไม่มีข้อบ่งชี้ของสูติแพทย์ อาจได้รับประโยชน์ดังนี้ คือ ลดเวลาในการดูแลผู้คลอด เนื่องจากการคลอดตามธรรมชาติต้องใช้เวลานานกว่าการผ่าตัดคลอด หลีกเลี่ยงภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นจากการคลอด ช่วยให้ภาระงานน้อยลงในการทำงานหรือดูแลผู้คลอดที่ห้องคลอดโดยการลงทุนด้านเวลาให้น้อยลง (ผ่าตัดคลอดใช้เวลาแค่ 45 นาที แต่การคลอดธรรมชาติใช้เวลานานกว่าบางทีก็ไม่สามารถคาดการณ์ได้) และได้ค่าตอบแทนจากการผ่าตัดคลอดสูงกว่าการทำคลอดแบบธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงธรรมชาติการคลอดมาอยู่ในอุ้งมือของแพทย์ที่ใช้ความรู้และเทคโนโลยีสมัยใหม่มาควบคุมกระบวนการคลอดของผู้หญิง ก่อให้เกิดปัญหาได้ทั้งในแง่ของจริยธรรม การใช้เทคโนโลยีที่เกินความจำเป็น เกิดธุรกิจการแพทย์ที่ตามมา เช่น การรับฝากครรภ์พิเศษ รวมทั้งความไม่เท่าเทียมในการใช้บริการของสตรีที่มีฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ การศึกษาแตกต่างกัน สตรีที่ไม่ได้ฝากครรภ์พิเศษ รวมถึงการใช้ทรัพยากรที่เกินความจำเป็นในโรงพยาบาล เป็นต้น

3.2 ความเชื่อ และค่านิยม ในสังคมสมัยใหม่

รูปแบบการคลอดบุตรของสตรีขึ้นกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของในแต่ละสังคม ในสังคมตะวันตกในยุคปัจจุบันหันกลับมานิยมการคลอดแบบธรรมชาติมากขึ้น แต่ในสังคมไทยกลับตรงข้ามที่สตรีมีค่านิยมที่จะใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ช่วยคลอด โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทั้งนี้ อาจมาจากสาเหตุและแนวคิด ดังต่อไปนี้

3.2.1 ค่านิยมต่อการตั้งครรรภ์และการคลอด

ค่านิยม เป็นกระบวนการทางความคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าดี มีคุณค่าพึงปรารถนา และยึดเป็นมาตรฐานในการรับรู้ การประเมิน การเลือก และการตัดสินใจของบุคคล เพื่อแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความคิดความเชื่อดังกล่าว ค่านิยมจึงเป็นความคิด ความเชื่อ ที่เปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก แต่ก็ยังเปลี่ยนแปลงได้เพราะได้รับอิทธิพลมาจากบุคลิกลักษณะหรือลักษณะภายในตัวบุคคลเอง การเรียนรู้ทางสังคม รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคล และประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลได้รับ (พนา พวงมะลิ, 2541)

ในปัจจุบันนี้ค่านิยมเกี่ยวกับการตั้งครรรภ์และการคลอดของสตรีไทยเปลี่ยนไปในทิศทางที่ต้องพึ่งแพทย์ พึ่งเทคโนโลยี ตั้งแต่ตั้งครรรภ์ก็นิยมไปฝากครรรภ์พิเศษกับสูติแพทย์ เพราะเชื่อว่าการฝากพิเศษ เป็นบริการที่ทำให้ตนเองมีความปลอดภัยมากขึ้น ได้รับความสะดวกสบายและความรวดเร็วในการรับบริการเมื่อไปคลอดที่โรงพยาบาล ทำให้มีอำนาจต่อรองกับสูติแพทย์ในการเลือกวิธีคลอดที่ทำให้ตนเองสะดวกสบายมากที่สุด ในสังคมบริโภคนิยมที่ต้องการความสะดวกรวดเร็ว สอดรับการจัดการทางการแพทย์ในการใช้เทคโนโลยีในการจัดการกับความเป็นอยู่ของมนุษย์ให้มีความสะดวกมากขึ้น จากการศึกษาของพัชรา วิชัยดิษฐ์ (2540) ,พนา พวงมะลิ (2541) และ Pirarat Pothong (2002) พบว่า อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราการทำคลอดทางหน้าท้อง จึงเป็นการตอกย้ำความเป็นจริงที่ว่าลักษณะทางด้านประชากรหรือลักษณะภายในตัวบุคคลเอง และสภาพแวดล้อมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับค่านิยมเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กล่าวคือ หญิงตั้งครรรภ์กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีฐานะทางสังคมสูง ทำให้มีโอกาสที่จะฝากครรรภ์พิเศษกับสูติแพทย์ และมีอำนาจต่อรองกับแพทย์ได้ ประกอบกับปัจจุบันภาวะการเจริญพันธุ์ของหญิงไทยได้ลดต่ำลง แต่งานช้า และนิยมมีบุตรแค่ 1-2 คน (ฟิลิป เกสต์, 2539) ความคาดหวังในความปลอดภัยของบุตรและตัวมารดาจึงมีสูงขึ้น บวกกับค่านิยมความเชื่อต่อการคลอดที่ปลอดภัยที่เปลี่ยนไปจึงทำให้หญิงตั้งครรรภ์เหล่านี้เลือกที่จะคลอดบุตรโดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูงช่วยหรือเลือกวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากขึ้น

นอกจากนี้ค่านิยมความเชื่อเกี่ยวกับการคลอดของสตรีไทยที่เชื่อว่าการคลอดเป็นสิ่งที่น่ากลัว ทุกข์ทรมาน และเจ็บปวดมาก ซึ่งน่าจะเกิดมาจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการคือ 1) การปลูกฝังจากสังคมเกี่ยวกับทัศนคติแบบผิดๆ ในการคลอด และ 2) การไม่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอด ทำให้ประสบการณ์กลายเป็นเรื่องน่ากลัว (กาญจนา แก้วเทพ, 2535) ดังที่เราได้พบเห็นจากสื่อทั้งทางโทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์ต่างๆ ที่นำเสนอข่าวสารของการคลอดในภาพผู้หญิงร้องครวญครางขณะคลอด หรือผู้หญิงเสียชีวิตจากการคลอด ทำให้ผู้หญิงจำนวนมากเข้าใจว่าการคลอดบุตรแบบธรรมชาติ เป็นการเจ็บปวดอย่างรุนแรงและเสี่ยงมาก จึงทำให้พวกเธอเชื่อว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะช่วยให้เธอไม่พบกับการปวดท้องและปลอดภัยต่อทั้งเธอและลูก ส่งผลให้พวกเธอเลือกที่จะคลอดบุตรโดยการผ่าตัดมากขึ้น

3.2.2 มโนทัศน์เรื่องร่างกาย และภาพลักษณ์ร่างกาย

นักมานุษยวิทยาและนักสังคมวิทยามุ่งเน้นการอธิบายร่างกายเชื่อมโยงกับเรื่องของตัวตน (Self) และภาพลักษณ์ของร่างกาย (Self image) ซึ่งเป็นการนำเอาความคิดหรือคตินิยมทางปรัชญามาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาชีวิตมนุษย์ในสังคม โดยเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้สร้างสภาวะการณ์ขึ้น และมีตัวตนเป็นส่วนหนึ่งของสภาวะการณ์และลำดับทางสังคม ดังนั้นร่างกายจึงมีความหมายทั้งที่เป็นตัวตนเองกับที่เกิดจากการที่สังคมสร้างและกำหนดขึ้นมา (Freund & Mcquire, 1995) แนวคิดทางร่างกายที่นำเสนอโดย ล็อค และเชฟเปอร์-ฮิวส์ (Lock & Scheper-Hughes, 1990) ที่ได้กล่าวเปรียบเทียบร่างกายไว้ 3 ระดับสามารถนำมาวิเคราะห์ถึงแนวคิดเรื่องร่างกายของผู้หญิงที่สัมพันธ์กับแบบแผนการคลอดที่เปลี่ยนไปของสตรีไทยในยุคปัจจุบัน ได้ดังนี้

1) **ผู้หญิงเป็นร่างกายส่วนปัจเจก (Individual body)** คือ ร่างกายที่เป็นตัวตนส่วนบุคคล ที่เชื่อมโยงกับความรู้สึกนึกคิด จิตใจ จิตวิญญาณ ที่มีต่อแบบแผนการดำรงชีวิตที่รวมเป็นหนึ่งเดียว และรวมทั้งการให้ความเห็นเรื่องภาพลักษณ์ (Body image) ที่มีต่อตนเอง โดยเชื่อมโยงกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะภาพลักษณ์ของความสวยงามทางร่างกายของผู้หญิง ที่มี

ค่านิยมที่เรื้อนร่าง รูปร่าง และสีผิว รวมทั้งการให้ความสำคัญต่ออวัยวะสืบพันธุ์หรือช่องคลอด ที่ผู้หญิงจำนวนมากเชื่อว่าการคลอดบุตรธรรมชาติ จะทำให้ช่องคลอดขยาย หย่อนยาน เสียรูปทรง จึงทำให้สตรีจำนวนมากเลือกที่จะคลอดบุตรโดยไม่ผ่านทางช่องคลอด

2) ผู้หญิงเป็นร่างกายทางสังคม (Social body) เป็นการกล่าวถึงร่างกายผู้หญิงที่เป็นตัวแทนของสัญลักษณ์ตามธรรมชาติที่ถูกสร้างขึ้นทางสังคม และวัฒนธรรม การสร้างกฎเกณฑ์บรรทัดฐานต่างๆ ทางสังคม เพศภาวะ (Gender) การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม วาทกรรม และคติพจน์ต่างๆ ที่สะท้อนภาพผ่านร่างกายของผู้หญิง เช่น การอุปมาอุปไมย ที่เป็นการสร้างภาพพจน์เหมารวม (Stereotype) ของผู้หญิงที่จะทำหน้าที่ต่างๆ ในสังคม เพื่อให้มีการประพฤติปฏิบัติตัวเป็นไปตามการคาดหวังของสังคม เนื่องจากวัฒนธรรมชายเป็นใหญ่ หรือภรรยาเป็นสมบัติของสามี กลไกทางสังคมจึงเป็นตัวกำหนดหรือสร้างความหมายให้กับร่างกายผู้หญิง เช่น การมองร่างกายผู้หญิงเป็นสมบัติของ (สังคม) ผู้ชาย โดยร่างกายของผู้หญิงจะต้องมีความสวยงาม รูปร่างดีเพื่อให้ผู้ชายพึงพอใจ ดังนั้นสังคมจึงสร้างภาพลักษณ์ของผู้หญิงเพื่อสอดคล้องกับความต้องการของผู้ชาย โดยเฉพาะในเรื่องเพศสัมพันธ์ ประกอบกับเหตุผลความเชื่อที่ว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทำให้สามีพึงพอใจในเพศสัมพันธ์มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด ผู้หญิงจึงพยายามรักษาความสวยงามของร่างกายและความสาวไว้ให้นานที่สุด เพื่อรองรับความต้องการและความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ของสามี

นอกจากนี้ในสังคมปัจจุบันมีความเชื่อในเรื่องฤกษ์ยามและเวลาตกฟาก ประกอบกับความเชื่อทางโหราศาสตร์ที่เกี่ยวกับโชคชะตาราศีของบุคคล โดยถือฤกษ์ยามเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อต้องการให้บุตรของตนเกิดในวันเวลาที่เปี่ยมมงคล เพราะเด็กที่เกิดตามฤกษ์ที่ดีจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและความเจริญรุ่งเรืองต่อไปในอนาคต สตรีบางคนจึงเลือกที่จะกำหนดวันคลอดตามฤกษ์นั้นตามช่วงเวลาที่ดีกลงร่วมกันกับสูติแพทย์โดยไม่ต้องรอธรรมชาติ

3) ผู้หญิงเป็นร่างกายทางการเมือง (Political body) หมายถึง

ร่างกายผู้หญิงถูกครอบงำด้วยอุดมการณ์ทางการเมืองเพื่อเป็นไปตามนโยบายทางการเมือง เศรษฐกิจ และการแพทย์ โดยที่ร่างกายถูกครอบงำให้เป็นไปตามนโยบายโดยที่ผู้หญิงไม่มีโอกาสเลือก หรือการถูกให้เลือกโดยอยู่ภายใต้ นโยบายและอำนาจการจัดการที่เหนือกว่า ดังเช่นความสัมพันธ์ของผู้คลอดกับระบบทางการแพทย์สมัยใหม่ผ่านการครอบงำทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้หญิงอาจจำเป็นต้องเลือกการคลอดโดยใช้เทคโนโลยีช่วยคลอด เช่นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จากวาทกรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ที่อ้างถึงประสิทธิภาพของการผ่าตัดที่จะตอบสนองต่อความปลอดภัย ความสะดวกสบาย การไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับภาวะความเจ็บปวด และภาพลักษณ์ที่สวยงามของอวัยวะสืบพันธุ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องรู้สึกพึ่งพาเทคโนโลยีและการจัดการทางการแพทย์ โดยไม่เหลืออำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเองเลย การคลอดบุตรในสังคมปัจจุบันภายใต้การจัดการทางการแพทย์จึงเป็นการนำเอาเทคโนโลยีมาใช้บนร่างกายของผู้หญิงเพื่อผลิตผลผลิต คือ ทารก โดยผู้ผลิตคือ มารดา โรงพยาบาล จึงเป็นเหมือนโรงงานที่ทันสมัย ในขณะที่ แพทย์ คือผู้ประกอบการที่บรรจงประณีตในการผลิตทารกที่สมบูรณ์แบบที่สุด (ธีระศักดิ์ มูลสาร, 2542) กระบวนการเหล่านี้ส่งผลให้มีการกำหนดและควบคุมกระบวนการคลอดตามธรรมชาติได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความหมายของการคลอดที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีมากขึ้นและเกิดขึ้นได้เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น

บทสรุป

มิติการคลอดของสตรีไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิงจากมโนทัศน์ของความเป็นธรรมชาติในอดีต ในมิติขององค์รวม (Holistic) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ความผูกพันกัน และความยิ่งใหญ่ของสตรีในการให้กำเนิดบุตร เข้าสู่มนทัศน์ใหม่ภายใต้ความเจริญของวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีการแพทย์ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบคิดความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ ต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ตามกระแสบริโภคนิยม แบบแผนการคลอดในรูปแบบตามธรรมชาติ ได้เปลี่ยนมาเป็นรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วย ที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาล จากกระบวนการ

จัดการทางการแพทย์ผ่านอำนาจแพทย์ในระบบการแพทย์สมัยใหม่ ส่งผลให้มีการใช้เทคโนโลยี ยา และหัตถการช่วยคลอดเกินความจำเป็น จากการพยายามสร้างวาทกรรม ของการคลอดและความเป็นแม่ที่ปลอดภัยให้กับผู้หญิง แม้การใช้บริการลักษณะดังกล่าวในระยะสั้นจะเห็นผลชัดเจนว่าช่วยลดอัตราตายของมารดาและทารกที่มีภาวะเสี่ยงสูงลงได้ แต่ในขณะเดียวกันก็ไม่อาจปฏิเสธได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้คลอดเช่นนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อผู้คลอดที่สามารถคลอดได้เองตามธรรมชาติอีกไม่น้อยที่ต้องได้รับการปฏิบัติช่วยคลอด และเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น เพราะเป็นที่ชัดเจนมีเอกสารอ้างอิงมากมายว่าการคลอดโดยธรรมชาติเป็นวิธีที่ปลอดภัยที่สุด และการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้เป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารก ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว นั่นก็หมายถึงส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของสตรีด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อความไม่เท่าเทียมในการได้รับการบริการของสตรีที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกัน สตรีที่ไม่ได้ฝากครรภ์พิเศษกับแพทย์ การแบกรับค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่สูงขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีที่เกินความจำเป็น

ผู้เขียนไม่ได้ปฏิเสธการใช้กระบวนการจัดการทางการแพทย์ที่มีต่อการคลอดเพราะเห็นว่ายังเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการทางสุขภาพต่อผู้คลอด โดยเฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ในการช่วยคลอด แต่อย่างไรก็ตามในเมื่อการใช้แนวคิด Medicalization ในระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่แพทย์มักมีอำนาจที่สามารถครอบงำสตรีมีครรภ์ได้ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงควรเพิ่มเติมในสิ่งที่ขาดหายไปซึ่งกำหนดนโยบายหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึง ได้แก่ ประเด็นทางจริยธรรมทางการแพทย์ ความเท่าเทียมต่อการให้บริการ สิทธิผู้รับบริการ รวมถึงการคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของสตรีมีครรภ์หรือผู้คลอด เนื่องจากปัจจุบันยังมีข้อถกเถียงและโต้แย้งในกลุ่มนักวิชาการสตรีนิยม ต่อวาทกรรมของระบบการแพทย์สมัยใหม่ ในประเด็นที่เกี่ยวกับผู้หญิง การตั้งครรภ์และการคลอด ที่อาจถูกตั้งคำถามกับ “ความมีเหตุผล” ว่า “มีจริงหรือ?” “ดีจริงหรือ?” “มีโทษบ้างหรือไม่?” “ใครอยู่เบื้องหลังและใครได้-เสียผลประโยชน์?” ซึ่งเป็นแนวคำถามแบบ Postmodernism ที่กล้าท้าทายต่อความเป็นสมัยใหม่

แบบแผนการคลอดบุตรของสตรีไทยที่เปลี่ยนไปควรได้รับการพิจารณาในฐานะเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม ซึ่งเป็นเหมือนสัญญาณอันตรายที่กำลังเตือนให้สังคมรู้ว่า ระบบความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมดั้งเดิมของวิถีการคลอดตามธรรมชาติ และภาวะของความยิ่งใหญ่ในความเป็นแม่ที่ทำให้กำเนิดบุตรโดยธรรมชาติของสตรีที่เปรียบเปรยว่ายิ่งใหญ่กว่าการออกรบทัพจับศึกของชายชาติทหารกำลังจะถูกทำลาย จากการครอบงำด้วยกระบวนการทัศน และวาทกรรมของระบบการแพทย์สมัยใหม่ ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ควรละเลยกับสัญญาณเตือนเหล่านี้ การให้ความรู้ที่ถูกต้อง รวมถึงการเผยแพร่ภาพลักษณ์ของการคลอดบุตร ในมิติของความภาคภูมิใจ ความเสียสละอดทน ความยิ่งใหญ่ของแม่ที่ผ่านประสบการณ์การคลอด และการสร้างค่านิยมต่อกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ และความพอเพียง ควรได้รับการเผยแพร่สนับสนุนผ่านสื่อต่างๆ ทั้งของรัฐและเอกชน นอกจากนี้ตัวผู้หญิงเองควรศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับกระบวนการตั้งครรภ์และการคลอดทั้งหมดเพื่อให้คลายความวิตกกังวลและสามารถเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งปัจจุบันนี้ชุดความรู้เหล่านี้ไม่ได้หายากเช่นแต่ก่อน เพื่อสามารถทำให้ผู้หญิงมีความรู้ สามารถต่อรองกับแพทย์และตัดสินใจในการเลือกคลอดด้วยตนเองได้

บรรณานุกรม

- กาญจนา แก้วเทพ. 2535. *จิตใต้สำนึก*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส.
- เจียรนัย โพธิ์ไทรย์. 2544. *หลักการส่งเสริมการคลอด้วยตนเอง*. เชียงใหม่: แพรการพิมพ์.
- ฉลาดชาย รมิตานนท์. 2547. “กระบวนการทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพและภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพ”, ในเอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องทฤษฎีสังคมกับการปฏิรูปสังคมและสุขภาพ, ณ ห้องประชุมจุมภฏ-พันธุ์ทิพย์ อาคารประชาธิปก-รำไพพรรณี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 4-5 พฤศจิกายน 2547.
- ธีระศักดิ์ มูลสาร. 2542. “การผ่าตัดคลอทางหน้าท้องกับสัญลักษณ์แห่งความเป็นแม่ที่ปลอดภัยในกระแสวัฒนธรรมบริโภคนิยม”. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ 10 (2): 20-33.
- นภาพร ชัยวรรณ, ชนตติ์ มิลินทรางกูร, บุศริน บางแก้ว, ปรียา รุ่งไธยากุล, มาลินี วงษ์สิทธิ์, รักชนก คชานุกูล, วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2546. *ภาวะเศรษฐกิจกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและครอบครัวในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรา วิชัยดิษฐ์. 2540. *ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอทางหน้าท้องของมารดา*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนา พวงมะลิ. 2541. *การผ่าตัดคลอทางหน้าท้อง: ค่านิยมของหญิงตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภิเศก ลุมภิกานนท์. 2533. “ผ่าท้องคลอดดีจริงหรือ?”. วารสารศูนย์แพทยศาสตร์ 16 (3): 120-128.

ฟิลิป เกสต์. 2539. “การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย: ตัวกำหนดและผลกระทบ”, ใน กุศล สุนทรธาดา (บก.), จุดเปลี่ยนนโยบายประชากรประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ยศ ตีระวัฒนานนท์, ลูติมา สุนทรสัจ, สัญญา ศรีรัตน, ปรีศนี ทิพโสถิตย์, วัชรารัฐไวบูลย์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 2546ก. “ผลดี ผลเสีย การฝากครรภ์พิเศษในโรงพยาบาลของรัฐ”. วารสารวิชาการสาธารณสุข 12 (4): 496 – 508.

ยศ ตีระวัฒนานนท์, , วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สัญญา ศรีรัตน, ปรีศนี ทิพโสถิตย์. 2546ข. “แบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยในรอบ 12 ปี (2533 –2544)”. วารสารวิชาการสาธารณสุข 12 (1): 1-18.

วิชิต เปานิล. 2546. พุทธกระบวนทัศน์เพื่อสุขภาพและการเยียวยาในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, งามจิตต์ จันทราธิต, ชลลดา สิทธิฑูรย์. 2541. แบบแผนการคลอดบุตรในโรงพยาบาล ปี 2533 – 2539. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. 2539. “การบริหารจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข”, ใน เอกสารประกอบการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่องการปฏิรูปเพื่อสุขภาพ: ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ, 1-2 กุมภาพันธ์ 2539. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Freund, P.S. and Mcquire, M.B. 1995. *Health Illness and the Social Body*. New Jersey: Prentice-Hall.

Johanson, R.N. and Mary, M.A. 2002. *Has the Medicalisation of Childbirth Gone Too far?* British Medical Journal 324: 892 –895.

- Leonie, P. 2004. "Caesarean Section on Request for Non-medical Indications". *Current Obstetrics & Gynecology* 14: 220 -223.
- Lock, M. and Scheper-Hughes, N. 1990. "A Critical Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. In M. Thomas, & C. F. Sargent (Eds.)", *Medical anthropology contemporary theory and method*. New York: Praeger.
- Piralrat Pothong. 2002. "Factor Affecting Elective Caesarean Section Among Nulliparous Women". Thesis M.S (Public health) Faculty of graduate studies Mahidol University.
- Perkins, B. B. 2004. *The Medical Delivery Business: Health Reform, Childbirth, and the Economic Order*. New Brunswick NJ: Rutgers University Press.
- Ritzer, G. 2000. "Frontiers of McDonaldization: Birth, Death, and Death-Defying Acts". In *George Ritzer, The McDonaldization of Society*, (pp. 146-165). California: Pine Forge Press.
- Shearer, E. L. 1993. "Cesarean Section: Medical Benets and Costs", *Social Science & Medicine* 37(10): 1223-1231.
- Wyatt, David K. 1966. "The Buddhist Monkhood as an Avenue of Social Mobility, in Traditional Thai Society" *Sinlapakon*, Vol. X No. 1.