การศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลนางรอง

สุธารัตน์ ศรีเมือง พ.บ.
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ 31110

Abstract: A Comparative Study of Pregnancy Outcome between Teenage Pregnancy and Adult Pregnancy in Nangrong Hospital

Srimuang S.
Department of Obstetrics and Gynecology, Nangrong Hospital, NangRong, BuriRam, 31110
(E-mail: sutarat20092009@hotmail.com)

Background: Teenage pregnancy has been social and public health problems in Thailand. The number of teenage pregnancy has been increasing in which contrast to those of developed countries. Teenage pregnant has low ability to manage antenatal and child care consequently resulted in poor obstetric outcomes. **Objectives:** To compare maternal outcomes and neonatal outcomes between teenage pregnancy (age 10-19 years) and adult pregnancy (age 20-25 years) delivered at Nangrong Hospital, Buriram Province. **Methods:** A cross-sectional analytic study was conducted at department of Obstetrics and Gynecology, Nangrong Hospital. The study group consisted of all teenage women (10-19 years) who gave birth at Nangrong Hospital between October 1st 2015 and January 31st 2016. The control group consisted of all pregnant women (20-25 years) who gave birth during the same period. Demographic data, obstetric and neonatal complications were collected and compared between two groups. **Results:** The study group consisted of 205 women (accounted for 19.1% of total pregnancy) and the control group consisted of 306 women. The study group had more incomplete antenatal care than control group (22.4% VS 12.7%, p<0.05). The study group had higher preterm delivery rate than those of control group (11.7% VS 5.6%, p<0.05). Obstetric complications as anemia were also found higher in study group compared to control group (34.1% VS 25.5%, p<0.05), and low birth weight (13.2% VS 4.6%, p <0.05). Vaginal delivery was the major route of delivery in study group while rate of cesarean section was higher in control group. **Conclusions:** The teenage pregnancy rate at Nangrong Hospital was 19.1%. Obstetric and neonatal complications of teenage pregnancy were anemia, preterm delivery, low birth weight and birth asphyxia

Keywords: Teenage pregnancy, Obstetric complication

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นปัญหาทางสังคม และปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย โดยมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งแตกต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลง วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีความพร้อมที่จะตั้งครรภ์ ขาดการดูแลสุขภาพและทารกในครรภ์ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์กับการตั้งครรภ์ได้ **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการตั้งครรภ์ด้านมารดาและทารกระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี) กับสตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ (อายุ 20-25 ปี) ที่มาคลอดในโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ **วิธีการ :** การศึกษาฉบับนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง กลุ่มศึกษาประกอบด้วยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกรายที่มาคลอดในโรงพยาบาลนางรองตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2559 กลุ่มเปรียบเทียบประกอบด้วยสตรีตั้งครรภ์ทุกราย อายุ 20-25 ปี ซึ่งมาคลอดช่วงเวลาเดียวกัน **ผล :** การคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 205 รายคิดเป็นร้อยละ 19.1 และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 306 ราย กลุ่มศึกษามีการฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 22.4 กับ ร้อยละ 12.7, p < 0.05) กลุ่มศึกษามีอัตราการคลอดก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจาง ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 11.7 กับร้อยละ 5.6, p < 0.05 และร้อยละ 34.1 กับร้อยละ 25.5, p < 0.05 และร้อยละ13.2 กับร้อยละ 4.6, p < 0.05 ตามลำดับ) กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่คลอดเองทางช่องคลอดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 81กับร้อยละ 69.6, p < 0.05) และมีอัตราการผ่าท้องทำคลอดน้อยกว่า (ร้อยละ16.1 กับร้อยละ 28.8, p < 0.05) **สรุป :** การคลอดของสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่โรงพยาบาลนางรอง พบร้อยละ 19.1 สตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีการฝากครรภ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ 20 - 25 ปี ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบคือภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และภาวะทารกขาดออกซิเจนขณะคลอด

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์

บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือการตั้งครรภ์ขณะที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี[1] เป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) กำหนดให้การลดอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และอายุ 15-19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัยที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573[2] เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง

เนื่องจากการตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะการคลอดก่อนกำหนด เสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอด การคลอดโดยใช้อุปกรณ์ช่วยคลอด ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์[3] มีความเสี่ยงต่อการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต นอกจากนี้ ยังทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา หน้าที่การงาน รวมทั้งรายได้ในอนาคต

สำหรับประเทศไทย พบการคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุข พบว่า วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีคลอดบุตรเพิ่มขึ้นจากประมาณ 95,873 คน ในปี พ.ศ. 2546 เป็นประมาณ 104,289 คน ในปี 2558 ในจำนวนนี้เป็นการคลอดบุตรโดยวัยรุ่นที่มีอายุน้อย คือ อายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณปีละ 3,000 คน นอกจากนั้น วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ที่คลอดบุตรซ้ำหรือคลอดเป็นครั้งที่สองขึ้นไปมีมากถึง 12,702 คน หรือเท่ากับร้อยละ 12.2 ของการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปีทั้งหมด[4] ผลของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะมีความเสี่ยงสูงขึ้นจากปัจจัยของอายุเอง และปัจจัยส่งเสริมต่างๆ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 จัดทำแผนยุทธศาสตร์ กำหนดเป้าหมายของการตั้งครรภ์วัยรุ่นให้อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ลดลงไม่เกิน 25 ซึ่งปัจจุบันอยู่ที่ 44.8 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน ลดลงไม่เกิน 0.5 ซึ่งปัจจุบันอยู่ที่ 1.5 และร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไปต่อจำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่มารับบริการด้วยเรื่องการคลอดทั้งการคลอดมีชีพ การคลอดไร้ชีพ และการแท้งทุกประเภทเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10[4]

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาถึงอุบัติการณ์การตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์วัยรุ่นเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ อายุ 20-25 ปี ที่คลอดในโรงพยาบาลนางรอง จ.บุรีรัมย์ เพื่อนำผลการศึกษามาช่วยในการวางแผน เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่น ตลอดจนวางแผนดูแลการฝากครรภ์อย่างมีมาตรฐานเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

วัตถุและวิธีการ

เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ อายุ 20-25 ปี ที่มาคลอดในโรงพยาบาลนางรอง และนำผลการศึกษาไปพัฒนาการดูแลรักษาเฝ้าระวังการตั้งครรภ์และการคลอดของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง กลุ่มศึกษา คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งหมด กลุ่มเปรียบเทียบ คือสตรีตั้งครรภ์อายุระหว่าง 20-25 ปีทั้งหมดที่มาคลอดในโรงพยาบาลนางรองตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2559 โดยบันทึกรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้ ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ การศึกษา จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ ผลการตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย โรคซิฟิลิส โรคไวรัสตับอักเสบบี และโรคเอดส์ ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนช่วงระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอด โรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ข้อมูลประเภทของการคลอด ซึ่งมี 4 วิธี ได้แก่ การคลอดทางช่องคลอด การผ่าท้องทำคลอด การใช้คีมคีบ และการคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ข้อมูลข้อบ่งชี้กรณีผ่าท้องทำคลอด การใช้คีมคีบและการคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนหลังการคลอด ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะรกค้างและมดลูกไม่หดรัดตัวหลังคลอด ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด ได้แก่ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คะแนนแอฟการ์ที่ 1 และ 5 นาที การขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ความผิดปกติของทารก เกณฑ์คัดออก คือสตรีตั้งครรภ์ที่มีการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์หรือก่อนที่ทารกในครรภ์จะมีน้ำหนักตัวเกิน 500 กรัม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ mean, standard deviation, percentage, chi-square, t-test และแปลผลเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value น้อยกว่า 0.05

ผล

โรงพยาบาลนางรองเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S (Standard - level Hospital) ที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน รับดูแลผู้ป่วยทั้งในเขต อ.นางรองและนอกเขตอีก 7 อำเภอใน จ.บุรีรัมย์ การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2559 จำนวน 1,072 ราย เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 205 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.1 และกลุ่มเปรียบเทียบสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-25 ปี จำนวน 306 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.5

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า โดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในช่วงมัธยมศึกษาตอนต้น อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่ากลุ่มเปรียบเทียบอายุครรภ์เฉลี่ย 16 ± 6.7 สัปดาห์และ 13.2 ± 6.5 สัปดาห์ ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้งร้อยละ 22.4 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 12.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดเฉลี่ย 38.3 สัปดาห์ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 38.7 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในช่วงฝากครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะโลหิตจาง ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า ร้อยละ 33 ร้อยละ 34.1 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 25.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 11.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 5.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่คลอดเอง อัตราการผ่าท้องทำคลอดร้อยละ 16.1 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 28.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนหัตถการช่วยคลอดไม่มีความแตกต่างกัน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 13.2 ซึ่งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 4.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

	สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน (ร้อยละ)	สตรีตั้งครรภ์อายุ 20-25 ปี จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุ (ปี)	17.4 ± 1.3	22.4 ± 1.7	
ภูมิลำเนา (ร้อยละ)			
ในเขต อ.นางรอง	77 (37.6)	106 (34.6)	
นอกเขต อ.นางรอง	128 (62.4)	200 (65.4)	
ระดับการศึกษาสูงสุดจำนวน (ร้อยละ)			
ประถมศึกษา	30 (14.6)	16 (5.2)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	112 (54.6)	96 (31.4)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	53 (25.9)	136 (44.5)	
ปวช./ปวส.	10 (4.9)	38 (12.4)	
ปริญญาตรี/ปริญญาโท	0	20 (6.5)	
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์)	38.3 ± 1.6	38.7 ± 1.3	0.003*
อายุครรภ์ขณะมาฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)	16.0 ± 6.7	13.2 ± 6.5	0.000*
การฝากครรภ์			
ไม่ฝากครรภ์	1 (0.5)	1 (0.3)	
ฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง	46 (22.4)	39 (12.7)	0.006*
ฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง	158 (77.1)	266 (86.9)	
ความเข้มข้นเลือด (Hematocrit %)			
เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก	33.8 ± 3.9	34.8 ± 3.7	0.004*
เมื่อตรวจเลือดครั้งที่สอง	34.7 ± 3.3	35.3 ± 3.8	0.073
ผลไวรัสตับอักเสบบี positive	1 (0.5)	2 (0.7)	0.810
ผล HIV positive	1 (1.2)	0	

* = Significant difference

ตารางที่ 2 วิธีการคลอด

	สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน (ร้อยละ)	สตรีตั้งครรภ์อายุ 20-25 ปี จำนวน (ร้อยละ)	p-value
คลอดปกติ	166 (81.0)	213 (69.6)	0.003*
หัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอด (เครื่องดูดสุญญากาศ/คีม)	6 (2.9)	5 (1.6)	0.351
ผ่าท้องทำคลอด	33 (16.1)	88 (28.8)	0.001*

* = Significant difference

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์

	สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน (ร้อยละ)	สตรีตั้งครรภ์อายุ 20-25 ปี จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ภาวะเลือดจาง (ความเข้มข้นเลือด <33%)			
ผลเลือดครั้งที่ 1	70 (34.1)	78 (25.5)	0.034*
ผลเลือดครั้งที่ 2	50 (24.4)	57 (18.6)	0.117
ภาวะคลอดก่อนกำหนด	24 (11.7)	17 (5.6)	0.012*
ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์	10 (4.9)	7 (2.3)	0.136
โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์	0	1 (0.3)	-
ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	14 (6.8)	16 (5.2)	0.452
ภาวะผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา	18 (8.8)	35 (11.4)	0.335
ภาวะเคยผ่าท้องทำคลอดในครรภ์ก่อน	1 (0.5)	27 (8.8)	0.000*
ภาวะส่วนนำผิดปกติ	7(3.4)	8 (2.6)	0.600
ภาวะรกเกาะต่ำ	0	1 (0.3)	-
ภาวะน้ำคร่ำน้อย	0	1 (0.3)	-
ภาวะครรภ์แฝด	1 (0.5)	2 (0.7)	-
ภาวะตกเลือดหลังคลอด	16 (7.8)	14 (4.6)	0.148

* = Significant difference

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด

	สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน (ร้อยละ)	สตรีตั้งครรภ์อายุ 20-25 ปี จำนวน (ร้อยละ)	p-value
น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย (กรัม)	2973.6 ± 448.0	3148 ± 403.7	0.000*
ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	27 (13.2)	14 (4.6)	0.001*
คะแนนแอฟการ์ที่ 1 นาทีน้อยกว่า 7	5 (2.4)	1 (0.3)	0.046*
คะแนนแอฟการ์ที่ 5 นาทีน้อยกว่า 7	2 (1.0)	0	0.158

* = Significant difference

วิจารณ์

จากการศึกษาพบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ร้อยละ 19.1 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเหมือนการศึกษาที่ผ่านมาในรอบ 10 ปี[5-7] โดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอายุเฉลี่ยที่ 17.4 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งสองแสดงให้เห็นว่าปัจจัยพื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะได้รับการศึกษาน้อยกว่า และการฝากครรภ์ช้าหรือไม่ครบตามเกณฑ์มากกว่า[5-8] ในช่วงฝากครรภ์ผลการตรวจดูความเข้มข้นเลือดครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะโลหิตจาง (ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 33) ร้อยละ 34.1 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 25.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา[5-10] แต่เมื่อให้ธาตุเหล็กและโฟเลตเสริม และตรวจดูความเข้มข้นเลือดครั้งที่สอง พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะโลหิตจาง (ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 33) ลดลงเหลือร้อยละ 24.4 ซึ่งภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่พบจากการตรวจดูความเข้มข้นเลือดครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ อาจเป็นผลเนื่องจากภาวะทุพโภชนาการก่อนการตั้งครรภ์ การรับประทานอาหาร การได้รับธาตุเหล็กและโฟเลตเสริมไม่เพียงพอ ซึ่งภาวะโลหิตจางสามารถรักษาได้ในช่วงของการฝากครรภ์ แต่เนื่องจากสตรีวัยรุ่นมักฝากครรภ์ช้า จึงทำให้พบอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางได้มากกว่า

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบบ่อยคือ การคลอดก่อนกำหนด ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพบร้อยละ11.7 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 5.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา[5-13] สาเหตุส่วนหนึ่งเชื่อว่าเกิดจากการเจริญเติบโตที่ไม่เต็มที่ของร่างกายวัยรุ่น การศึกษา การดำรงชีวิต และสภาพแวดล้อม การใช้ยาหรือสารเสพติด หรือแม้กระทั่งขาดการดูแลในระยะก่อนคลอดที่เหมาะสม

วิธีการคลอด จากการศึกษาพบว่า วิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันโดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นคลอดปกติร้อยละ 81.0 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 69.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการผ่าท้องทำคลอดร้อยละ 16.1 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 28.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)[5-8,12] แตกต่างจากการศึกษาของเอกชัย[11] ซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการผ่าท้องทำคลอดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ 20 - 34 ปี แต่จากการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบผ่าท้องทำคลอดจากภาวะผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับช่องเชิงกรานมารดา ร้อยละ11.4 มากกว่าที่พบในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 8.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มเปรียบเทียบทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเฉลี่ย 3,148.0 กรัม ซึ่งมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น 2,973.6 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เหตุที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการผ่าท้องทำคลอดน้อยกว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มเปรียบเทียบมีอัตราการผ่าท้องทำคลอดจากภาวะเคยผ่าท้องทำคลอดในครรภ์ก่อนมากกว่าถึงร้อยละ 8.8 (สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 0.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อีกทั้งน้ำหนักของทารกที่คลอดน้อยกว่า และการคลอดก่อนกำหนดจึงทำให้คลอดเองได้ง่าย

ภาวะแทรกซ้อนของทารกในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ13.2 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 4.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เหมือนการศึกษาที่ผ่านมา[5-12, 14-19] และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (คะแนนแอฟการ์ที่ 1 นาทีน้อยกว่า 7) ร้อยละ 2.4 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 0.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ[6, 11-12] ซึ่งน่าจะเกิดจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ไม่เอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ มีภาวะโลหิตจาง การฝากครรภ์ช้า และฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ อัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่า น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า จึงส่งผลต่อสุขภาพทารกแรกเกิด ขาดออกซิเจนหลังคลอด

การศึกษานี้อัตราการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นอาจพบน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากมีสตรีวัยรุ่นส่วนหนึ่งที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ไปลักลอบทำแท้งอย่างผิดกฎหมายนอกโรงพยาบาล หรือมาแท้งในโรงพยาบาลที่น้ำหนักทารกน้อยกว่า 500 กรัม ซึ่งไม่นับรวมในการศึกษาครั้งนี้

จากภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งมีผลกระทบทั้งมารดาวัยรุ่นและทารกที่คลอดออกมา ต้องใช้งบประมาณและบุคลากรในการดูแลรักษามากกว่าปกติ ควรที่จะมีแนวทางในการลดปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการ กล่าวคือการร่วมมือของหลายฝ่าย เริ่มจากครอบครัว โรงเรียน สื่อสารมวลชน และสังคมรอบข้าง เพื่อป้องกันไม่ให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร ให้ความรู้เพศศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด โดยใช้ความใกล้ชิดและให้ความอบอุ่นกับวัยรุ่นหากวัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์ผู้ปกครองควรรีบนำมาฝากครรภ์โดยเร็ว และสูติแพทย์ควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิดหรือการจัดคลินิกพิเศษของวัยรุ่นตั้งครรภ์ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ การดูแลตัวเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการคลอดที่เหมาะสม ให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีการฝากครรภ์คุณภาพ มีโภชนาการที่ดี การได้รับธาตุเหล็กที่เพียงพอเพื่อลดภาวะโลหิตจาง เฝ้าระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการศึกษานี้คือ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน จะทำให้ปัญหาจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดน้อยลงได้ และการแก้ปัญหาหลักสำคัญที่สุด คือทำอย่างไรไม่ให้สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ซึ่งก็คือ การให้วัยรุ่นได้เข้าถึงการคุมกำเนิดอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร ยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งควรมีการพัฒนาระบบต่อยอดต่อไป

และเนื่องจากโรงพยาบาลนางรองเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S รับดูแลผู้ป่วยทั้งในเขต อ.นางรองและนอกเขตอีก 7 อำเภอ และจากการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนางรองร้อยละ 62.4 มีภูมิลำเนานอกเขต อ.นางรอง ส่วนในเขต อ.นางรองเองมีเพียงร้อยละ 37.6 แสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์นอกเขตอ.นางรอง มีจำนวนที่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับในเขต อ.นางรอง ดังนั้นการแก้ปัญหาสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นนอกจากโรงพยาบาลนางรองจะเป็นแม่แบบแล้ว ยังต้องจัดทีมเชิงรุกเข้าไปดูแลเครือข่ายอีก 7 อำเภอ ด้วยว่าเพราะเหตุใดอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงสูง เพื่อแก้ไขปัญหาสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างเป็นระบบต่อไป

สรุป

ผลการศึกษาพบการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่โรงพยาบาลนางรองตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2559 ร้อยละ 19.1 สตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีการฝากครรภ์ช้าและน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ 20 - 25 ปี ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบคือ ภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และทารกขาดออกซิเจนขณะคลอด

References

1. World health organization. Adolescent pregnancy: issues in adolescent health and development. Geneva: World health organization; 2004:5.
2. United Nations Thailand.2015." The global goals for sustainable development" [online]. Available http://www.un.or.th/globalgoals/th/the-goals/ (11 June 2017).
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Strong CY. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw - Hill; 2010:10-1.
4. สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์.2558."สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน"[ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index (11 มิถุนายน 2560).
5. Watcharaseranee N, Pinchantra P, Piyaman S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi Hospital. J Med Assoc Thai 2006; 89 (Suppl4) :S118-23.
6. Kittipibul S. Teenage pregnancy at Trat Hospital. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2010; 27: 107-14.
7. Pattanapisalsak C. Obstetric outcomes of teenage primigravida in Su-Ngai Kolok Hospital, Narathiwat, Thailand. J Med Assoc Thai 2011; 94:139-46.
8. Supachavalit K, Udomdachawate N, Sukabut M, Duangkumjan A,Periyasupong T. Complications of in the Youth and normal age mothers. Khonkaen Med J 2011; 35:23-30.
9. Mahavarkar SH, Madhu CK, Mule VD. A comparative study of teenage pregnancy. J Obstet Gynecol 2008; 28: 604-7.
10. Prasitlumkum M. Risk of low birth weight and adverse pregnancy outcomes in adolescent pregnancies at Chainat Hospital. Thai J Obstet Gynaecol 2009; 17:93-7.
11. Kovavisarach E, Chairaj S, Tosang K, Asavapiriyanont S, Chotigeat U. Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi Hospital. J Med Assoc Thai 2010; 93: 1-8.
12. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M.Teenage pregnancy and adverse birth outcome: a large population based retrospective cohort study. Int J Epidemiol 2007;36:368-73.
13. Suwannachat B, Ualalitchoowong P. Maternal age and pregnancy outcomes. Srinagarind Med J 2007;22:401-07.
14. Kositworakitkun L, Watcharoton W, Junlapakee C. Comparison of maternal and neonatal outcomes of teenage versus adult pregnancies at Buddhachinaraj Hospital. Thai J Obstet Gynaecol 2016; 24:163-8.
15. Tantayakom C, Prechapanich J. Risk of low birth infants from adolescent mothers: Review case study in Siriraj Hospital. Thai J Obstet Gynaecol 2008; 16:103-8.
16. Tanmoun N. The incidence and complication of teenage pregnancy at Damnoen Saduak Hospital. Reg 4-5 Med J 2013; 32:184-92.
17. Hoque M, Hoque S. Comparison of perinatal and obstetrics outcomes among early adolescents, late adolescents and adult pregnant women from rural South Africa. East Afr J Public Health 2010; 7:171-6.
18. Yadav S, Choudhary D, Narayan KC, Mandal RK, Sharma A, Chauhan SS, et al. Adverse reproductive outcomes associated with teenage pregnancy. Mcgill J Med 2008; 11:141-4.
19. Omole-Ohonsi A, Attah RA. Obstetric outcome of teenage pregnancy in Kano, North-western Nigeria. West Afr J Med 2010; 29:318-22.