

The effectiveness of teenage antenatal care program to reduce unwanted pregnancy

Siraya Kitiyodom M.D., Siranee Chamsingkam B.N.S.*, Panida Rattanaruang B.N.S.*,
Kannika Soontornmuang B.N.S.*, Arunothai Intarakumhaeng B.N.S.**

ABSTRACT

- Background :** Risk of adolescent pregnancy is increased with multiple complications during pregnancy and the delivery period. Maharat Nakhon Ratchasima hospital therefore had established “Teenage Antenatal Care Program” to cope with this problem. The purpose of the program is to reduce unwanted pregnancy by psychosocial support with multidisciplinary team.
- Objective :** To compared maternal and fetal adverse outcome of teenage pregnant receiving antenatal care program compare with other conventional antenatal care program.
- Setting :** Obstetrics and gynecology department, Maharat Nakhon Ratchasima hospital.
- Study design :** Retrospective Cohort study
- Methods :** Data was collected from medical records of adolescent pregnant women who delivered at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital during October 2012 to September 2014. The subjects were divided into two groups according to antenatal care program (teenage antenatal care programs and other conventional antenatal care). Pregnancy outcomes were collected and analyzed by Chi-square.
- Results :** The incidence of teenage pregnancy was 14.7% (2,673 cases) of overall pregnancy. There were 14.9% of pregnant teenagers receiving teenage antenatal care program while 13.8% received other conventional antenatal care program. Pregnant teenagers receiving teenage antenatal care programs had significantly lower incidence of premature delivery (less than 34 weeks) than those who receiving other conventional antenatal care program (RR = 0.46, 95%CI 0.25-0.85) and premature delivery rate (less than 37 weeks) was also lesser (RR = 0.69, 95%CI 0.47-0.99). Incidence of low birth weight (less than 1500 grams) and operative delivery was significantly lower, RR = 0.32 (95% CI 0.12–0.88) and 0.74 (95% CI 0.58–0.95) respectively.
- Conclusion :** Teenage antenatal care programs had efficacy to reduce poor pregnancy outcomes such as preterm delivery, low birth weight and operative delivery.
- Keywords :** teen, antenatal care, pregnancy outcome

**Department of Obstetrics and Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, Thailand*

ประสิทธิผลโปรแกรมการฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่น เพื่อลดผลการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

สิริยา กิติโยดม, พ.บ.*, ศิราณี จามสิงห์คำ, พย.บ.*, พนิดา รัตนเรือง, พย.บ.*
กรรณิกา สุนทรเมือง, พย.บ.*, อรุโณทัย อินทรกำแหง พย.บ.*

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการตั้งครรภ์ที่สำคัญต่อมารดาและทารก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจัดโปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นโดยการดูแลแบบองค์รวมแบบสหวิชาชีพ ทั้งด้านอารมณ์ความรู้สึกพร้อมในการตั้งครรภ์ การช่วยเหลือปรับตัวต่อการตั้งครรภ์และให้ความรู้ส่งเสริมการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์และเตรียมความพร้อมต่อการเป็นมารดาวัยรุ่นตลอดการตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นในการลดผลการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เปรียบเทียบกับฝากครรภ์แบบอื่น

สถานที่ศึกษา : กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

รูปแบบการศึกษา : การศึกษาแบบ Retrospective Cohort study

วิธีการศึกษา : ศึกษาในสตรีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาคลอดบุตรระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555–30 กันยายน พ.ศ. 2557 แบ่งกลุ่มการศึกษาตามลักษณะการฝากครรภ์ โดยกลุ่มตัวอย่างได้แก่ สตรีวัยรุ่นฝากครรภ์โปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่น และกลุ่มควบคุมได้แก่ สตรีวัยรุ่นฝากครรภ์แบบอื่น โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติและสมุดจดย่อคลอด ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการศึกษา : พบสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 2,673 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.7 ของสตรีที่มาคลอดบุตรทั้งหมด เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์โปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่น 399 ราย (ร้อยละ 14.9) ฝากครรภ์แบบอื่น 371 ราย (ร้อยละ 13.8) พบสตรีวัยรุ่นฝากครรภ์โปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่ำกว่าในการเกิดคลอดก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ 0.46(0.25-0.85) คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 0.69(0.47-0.99) ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม 0.31 (0.09-0.92) การใช้หัตถการช่วยคลอด 0.67 (0.47-0.94) เมื่อเทียบกับการฝากครรภ์แบบอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบความแตกต่างการเกิดภาวะซีดและภาวะทารกพร่องออกซิเจน

สรุป : โปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นโดยดูแลสตรีวัยรุ่นแบบองค์รวมในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาพบว่ามีประสิทธิผลในการลดผลการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย และการใช้หัตถการช่วยคลอด ซึ่งสามารถนำแนวทางการดูแลนี้ไปพัฒนาระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระบบสาธารณสุขประเทศไทยต่อไป

คำสำคัญ : สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น, การฝากครรภ์, ผลการตั้งครรภ์

หลักการและเหตุผล

วัยรุ่นหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 10-19 ปี⁽¹⁾ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สภาวะ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นวิกฤติช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงต่อของวัยเด็กและผู้ใหญ่ ภาวะการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากเป็นช่วงวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงและเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการตั้งครรภ์ที่สำคัญต่อมารดาและทารก ทั้งระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอด⁽¹⁻⁴⁾ เช่น มาฝากครรภ์ล่าช้า ภาวะโลหิตจาง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การผ่าตัดคลอด ภาวะบุตรน้ำหนักน้อย ภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนหลังคลอดเป็นต้น นอกจากนี้ผลไม่พึงประสงค์ข้างต้น ยังส่งผลกระทบต่อระยะยาวต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และการปรับตัวของมารดาต่อสภาพสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงร้อยละ 15.0 (สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนต้นและกลางร้อยละ 7.0 และวัยรุ่นตอนปลายร้อยละ 8.0) พบสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยอื่น ในการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง ภาวะโลหิตจาง ภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ค่าแอฟการ์ต่ำ และพบภาวะดังกล่าวสูงขึ้นในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนต้นและตอนกลาง⁽³⁾

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้ตระหนักถึงปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้จัดตั้งคลินิกสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นขึ้นในปี 2555 และได้มีการจัดโปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นโดยการดูแลแบบองค์รวมโดยสหวิชาชีพพร้อมกันทั้งสูตินรีเวชกรรม สุขศึกษา สังคมสงเคราะห์ จิตเวช โดยมีการให้การดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่ฝากครรภ์ครั้งแรก มีการจัดทำแบบคัดกรองความเสี่ยงด้านอารมณ์ความพร้อมในการตั้งครรภ์ จัดบริการให้การช่วยเหลือการปรับตัวต่อสภาวะการณ

ตั้งครรภ์และให้ความรู้ส่งเสริมการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์และเตรียมความพร้อมต่อการเป็นมารดาวัยรุ่นตลอดการจัดตั้งครรภ์ เพื่อลดผลการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และเตรียมความพร้อมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นในการลดผลการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เปรียบเทียบกับฝากครรภ์แบบอื่น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Cohort study) โดยเก็บข้อมูลจากบัตรผู้ป่วยนอกบันทึกเวชระเบียน และสมุดจดย่อคลอด ของสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 500 กรัม หรืออายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555-30 กันยายน พ.ศ.2557 โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ฝากครรภ์โปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่น หมายถึง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มากฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานการฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และมีการจัดการดูแลแบบองค์รวมโดยสหวิชาชีพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ กลุ่มควบคุมคือ ฝากครรภ์แบบอื่น หมายถึงสตรีวัยรุ่นที่มากฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไปในสถานพยาบาลเขตอำเภอเมืองที่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานการฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และมีการส่งหญิงตั้งครรภ์มาตรวจอัลตราซาวด์และคัดกรองความเสี่ยงการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ร่วมกับมีการออกหน่วยแพทย์จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาไปตรวจอัลตราซาวด์และคัดกรองความเสี่ยงที่

สถานพยาบาลร่วม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ
เชิงพรรณนา ร้อยละและไคสแควร์

ผลการศึกษา

ในการศึกษานี้พบสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด
บุตรที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจำนวน
18,146 ราย อายุน้อยสุด 12 ปีและมากที่สุด 47 ปี พบ
สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 2,673 ราย คิดเป็นร้อยละ
14.7 ของสตรีที่มาคลอดบุตรทั้งหมด เป็นสตรีตั้งครรภ์
วัยรุ่นฝากครรภ์โปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่น 399
ราย (ร้อยละ 14.9) ฝากครรภ์แบบอื่น 371 ราย

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์โปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่น และฝากครรภ์
แบบอื่น

ลักษณะพื้นฐาน	การฝากครรภ์			
	โปรแกรมวัยรุ่น N=399 (%)	แบบอื่น N=371 (%)	RR (95%CI)	p-value
ลำดับการตั้งครรภ์				
ครรภ์แรก	321 (80.5)	284 (76.5)	1.05(0.98-1.31)	p=0.187
ครรภ์หลัง	78 (19.5)	87 (23.5)	1	-
ช่วงอายุ				
วัยรุ่นตอนต้นและกลาง	194 (48.6)	199 (53.6)	0.90(0.79-1.04)	p=0.153
วัยรุ่นตอนปลาย	205 (51.4)	171 (46.4)	1	-

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ (ตารางที่ 2) พบว่าสตรี
วัยรุ่นฝากครรภ์กลุ่มที่ 1 มีความเสี่ยงต่ำกว่ากลุ่มที่ 2
ในการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด 34 สัปดาห์
(RR 0.46 (0.25-0.85) การเกิดภาวะคลอดก่อน
กำหนด 37 สัปดาห์ (RR 0.69 (0.47-0.99) และภาวะ
ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1500 กรัม (RR 0.32

(ร้อยละ 13.8) ฝากครรภ์ที่อื่นหรือฝากครรภ์น้อยกว่า
4 ครั้ง 1,846 ราย (ร้อยละ 69.1) ไม่ได้ฝากครรภ์ 56
ราย (ร้อยละ 2.1)

ลักษณะทางสูติกรรมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
ฝากครรภ์โปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่น (กลุ่มที่ 1)
เป็นครรภ์แรกร้อยละ 80.5 และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
ฝากครรภ์แบบอื่น (กลุ่มที่ 2) เป็นครรภ์แรกร้อยละ
76.5 ทั้งสองกลุ่มพบครรภ์หลังมีลำดับครรภ์มากที่สุดที่
สาม ไม่พบความแตกต่างกันของทั้งสองกลุ่มในลำดับ
การตั้งครรภ์และช่วงวัย (ตารางที่ 1)

(0.12-0.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สตรีฝากครรภ์
กลุ่มที่ 1 พบว่ามีความเสี่ยงต่ำกว่าในการใช้หัตถการ
ในการคลอด (หัตถการทางช่องคลอดและการผ่าตัด
หน้าท้อง) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์โปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นและฝากครรภ์แบบอื่น

ผลการตั้งครรภ์	การฝากครรภ์			
	โปรแกรมวัยรุ่น N=399 (%)	แบบอื่น N=371 (%)	RR (95%CI)	p-value
ภาวะซีด	60 (15.0)	59 (15.9)	0.95 (0.68 -1.32)	p=0.740
อายุครรภ์				
Extremely and very preterm ^a (GA<32wks)	8 (2.0)	16 (4.3)	-	-
Moderate preterm ^b (GA32-<34wks)	7 (1.7)	14 (3.8)	-	-
Late preterm ^c (GA34-<37wks)	27 (6.8)	27 (7.3)	-	-
Term ^d (GA>37wks)	357 (89.5)	314(84.6)	1	-
Preterm (GA<37wks) ^{a+b+c}	42 (10.5)	57 (15.4)	0.69 (0.47-0.99)*	p=0.0451
a+b compared c+d			0.46 (0.25-0.85)*	p=0.0105
วิธีการคลอด				
คลอดปกติ	314 (78.7)	264 (71.2)	1	-
Operative vaginal delivery a	13 (3.3)	12 (3.2)	-	-
Cesarean section b	72 (18.0)	95 (25.6)	-	-
Operative delivery a+b	85 (21.3)	107 (28.8)	0.74 (0.58-0.95)*	P=0.016
น้ำหนักทารกแรกคลอด				
< 1500 g	5 (1.3)	15 (4.0)	0.32 (0.12-0.88)*	p=0.019
< 2500 g	60 (15.0)	55 (14.8)	1.02 (0.73-1.43)	p=0.912
2500 - <4000 g	336 (84.2)	315 (84.9)	1	1
> 4000 g	3 (0.7)	1 (0.3)	2.80(0.29-26.74)	p=0.351
ค่าแอปการ์				
1 นาที < 7	8 (2.0)	12 (3.2)	0.62(0.26-1.50)	p=0.284
5 นาที < 7	0 (0.0)	3 (0.8)	NA	NA

วิจารณ์

จำนวนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีอุบัติการณ์ลดลงจากในปี 2554 เล็กน้อย จากร้อยละ 15.0⁽³⁾ เป็นร้อยละ 14.7 การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของประชากรในกลุ่มฝากครรภ์โปรแกรมฝากครรภ์วัยรุ่นและฝากครรภ์แบบอื่นในเรื่องลำดับการตั้งครรภ์ และช่วงวัยของการตั้งครรภ์

พบภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดบุตรทั้งหมดร้อยละ 20.4 ซึ่งไม่แตกต่างกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽³⁾ พบร้อยละ 19.4 แต่เมื่อศึกษาในกลุ่มที่มีการฝากครรภ์โปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นและฝากครรภ์แบบอื่นพบการเกิดภาวะโลหิตจางร้อยละ 15.0 และ 15.9 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเกิดโลหิตจางน้อยกว่าประชากรทั้งหมดเนื่องจากในสองกลุ่มหลังเป็นสตรีที่ฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้งซึ่งน่าจะลดปัจจัยในด้านพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางและยังได้รับธาตุเหล็กเสริมตลอดการฝากครรภ์แต่อย่างไรงี้ตามยังพบภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเนื่องจากสรีระวัยรุ่นที่กำลังเจริญเติบโตและต้องการสารอาหารปริมาณสูงโดยเฉพาะเมื่อมีการตั้งครรภ์ ความต้องการเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า นอกจากนี้วัยรุ่นยังมีพฤติกรรมทานอาหารไม่เหมาะสมมีภาวะเลือกรับประทานทำให้เกิดภาวะขาดธาตุเหล็ก อันเป็นสาเหตุภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์⁽⁵⁾ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะโลหิตจางในวัยรุ่นได้จากการแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้ธาตุเหล็กเสริม⁽⁶⁾ ในการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการพบภาวะโลหิตจางระหว่างกลุ่มที่มีการฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นและฝากครรภ์แบบอื่น

ภาวะคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะที่สำคัญทางสุติกรรมเนื่องจากสัมพันธ์โดยตรง (direct cause)

กับทารกเสียชีวิตใน 28 วันแรกของชีวิต (neonatal death) มีผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาวต่อทารกคลอดก่อนกำหนด⁽⁷⁾ อาทิเช่นพบความผิดปกติของการพัฒนาสมอง การได้ยินการมองเห็นที่ผิดปกติและโรคต่างๆ ในวัยผู้ใหญ่เช่นภาวะอ้วน โดยภาวะคลอดก่อนกำหนดมีการแบ่งกลุ่มย่อยเป็น 5 กลุ่ม⁽⁸⁾ ได้แก่ อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ (extremely preterm) อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ถึงน้อยกว่า 32 สัปดาห์ (very preterm) อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ถึงน้อยกว่า 34 สัปดาห์ (moderate preterm) อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ถึงน้อยกว่า 37 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม Centers for disease control and prevention (CDC)⁽⁹⁾ ได้จัดแบ่งเป็นสองกลุ่ม คืออายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ (early preterm) และอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ถึงน้อยกว่า 37 สัปดาห์ (late preterm) เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างภาวะคลอดก่อนกำหนดและการเสียชีวิตของทารก ไม่ได้สัมพันธ์เป็นเส้นตรงแต่จะลดลงอย่างมากใน late preterm⁽¹⁰⁾ เนื่องจากเป็นภาวะที่เริ่มมีการเจริญของปอดและปอดมีการสร้างสาร surfactant ในการศึกษาพบว่าในกลุ่มฝากครรภ์ด้วยโปรแกรมฝากครรภ์วัยรุ่นและฝากครรภ์แบบอื่นทั้งสองกลุ่มพบอัตราการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.5 และ 15.4 ตามลำดับซึ่งต่ำกว่าสตรีวัยรุ่นทั้งหมดทั้งในการศึกษานี้ (ร้อยละ 24.2) และการศึกษาก่อนหน้า (ร้อยละ 24.9)⁽¹¹⁾ เนื่องจากสองกลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่ฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง ซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้าพบว่าฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจะช่วยลดการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดลง⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มที่ฝากครรภ์ด้วยโปรแกรมฝากครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.46 เท่าและ 0.69 เท่า ในการเกิดภาวะคลอดก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์และ 37 สัปดาห์ตามลำดับ เมื่อเทียบกับฝากครรภ์แบบอื่น เนื่องจาก

โปรแกรมฝากครรภ์วัยรุ่นมีการดูแลแบบองค์รวมในด้านจิตใจและการปรับตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งคล้ายกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การดูแลทั้งร่างกายและจิตใจในสตรีฝากครรภ์วัยรุ่นจะช่วยลดการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดลง⁽¹²⁻¹³⁾

ACOG⁽¹⁴⁾ ได้กำหนดให้ทารกน้ำหนักตัวทารก 2500-4000 กรัม คือ กลุ่มน้ำหนักตัวปกติ (normal birth weight) น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัมเป็นกลุ่ม very low birth weight และทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าเป็นกลุ่ม 2,500 กรัม เป็นกลุ่ม low birth weight น้ำหนักตัวของทารกแรกคลอด เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายสุขภาพทารก อาทิเช่นการรอดชีวิต และส่งผลกระทบยาวต่อการพัฒนาของทารก ทารกน้ำหนักตัวน้อยยังพบภาวะแทรกซ้อน อาทิเช่น ภาวะอุณหภูมิต่ำ น้ำตาลต่ำ ภาวะทารกขาดออกซิเจน การหายใจผิดปกติ (respiratory distress) ภาวะซีด ภาวะทุโภชนา ภาวะติดเชื้อ การเจริญเติบโตทางสมอง และการได้ยินบกพร่อง โดยพบว่าทารกกลุ่มน้ำหนักตัวยิ่งน้อยยิ่งพบภาวะแทรกซ้อนสูงและอัตราการรอดชีวิตลดลงโดยเฉพาะในทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1500 กรัม⁽¹⁴⁾ ในการศึกษาพบว่าสตรีวัยรุ่นฝากครรภ์ โปรแกรมสำหรับวัยรุ่นพบความเสี่ยงสัมพันธ์ในการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม น้อยกว่ากลุ่มฝากครรภ์อื่นๆ อย่างมีนัยสถิติ 0.31 เท่า ซึ่งภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยอาจเกิดจากภาวะการคลอดก่อนกำหนดหรือการเจริญเติบโตที่ไม่เหมาะสมของทารก

การศึกษานี้พบว่าสตรีที่ฝากครรภ์ด้วยโปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นมีอัตราการคลอดด้วยวิธีการใช้หัตถการช่วยคลอดทั้งการผ่าตัดคลอด

และการใช้เครื่องดูดสุญญากาศต่ำกว่ากลุ่มฝากครรภ์แบบอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งคล้ายกับการศึกษาอื่นก่อนหน้านี้พบว่าการให้การดูแลฝากครรภ์แบบองค์รวมในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำจะสามารถลดอัตราการผ่าตัดคลอดลง⁽¹²⁻¹³⁾

จากผลการศึกษาข้างต้นพบว่าโปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นที่ให้การดูแลแบบองค์รวมสามารถช่วยลดผลการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญได้แก่ ภาวะคลอดก่อนอายุครรภ์ 34 และ 37 สัปดาห์ และทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังช่วยลดการใช้หัตถการช่วยคลอดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยได้พบถึงข้อจำกัดของการศึกษารั้งนี้ อันเนื่องมาจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังทำให้มีข้อจำกัดของข้อมูลอาจไม่ครอบคลุมประเด็นทั้งหมด

สรุป

สตรีวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นช่วงวัยที่ยังไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ การดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแบบองค์รวมเพื่อช่วยในการปรับตัวทั้งร่างกายและจิตใจต่อการตั้งครรภ์ทำให้ลดผลการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ โปรแกรมฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นโดยดูแลสตรีวัยรุ่นแบบองค์รวมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมาพบว่ามีประสิทธิภาพในการลดผลการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ อาทิเช่น การเกิดภาวะคลอดก่อนอายุครรภ์ 34 และ 37 สัปดาห์ ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม และการใช้หัตถการช่วยคลอด ซึ่งสามารถนำแนวทางการดูแลนี้ไปพัฒนาระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระบบสาธารณสุขประเทศไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Definitions, in Adolescent Pregnancy. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization Geneva. 2004:5.
2. Jeha D, Usta I, Ghulmiyyah L, Nassar A. A review of the risks and consequences of adolescent pregnancy. J Neonatal-Perinat Med 2015; 18:17;8:1:1-8.
3. Kitiyodom S. Maternal youth and pregnancy outcomes: Early and middle adolescent versus late adolescent compared with women beyond the teen years. Maharat Nakhon Ratchasima Hospital med bull. 2013;7(16):62-74.
4. Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, pregnancy, and mental health. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2014;27(3):135-50.
5. Gupta N, Kiran U, Bhal K. Teenage pregnancies : Obstetric characteristics and outcome. European Journal of obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2008;137:165-71.
6. Ikeanyi EM, Ibrahim AI. Does antenatal care attendance prevent anemia in pregnancy at term?. Niger J Clin Pract. 2015;18(3):323-7.
7. Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. BMC Pregnancy Childbirth. 2010;10 suppl1:S1.
8. Martin JA, Osterman MJ; Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Preterm births—United States, 2006 and 2010. MMWR Surveill Summ. 2013; 62 Suppl 3: 136-8.
9. Alexander GR, Kogan M, Bader D, Carlo W, Allen M, Mor J. US birth weight/gestational age-specific neonatal mortality: 1995-1997 rates for whites, Hispanics, and blacks. Pediatrics. 2003 ; 111(1): e61-6.
10. Hollowell J, Oakley L, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Gray R. The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and preterm birth in socially disadvantaged and vulnerable women in high-income countries: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2011;11:13.
11. Quinlivan JA, Evans SF. Teenage antenatal clinics may reduce the rate of preterm birth: a prospective study. BJOG. 2004; 111:6:571-578.
12. Sukhato K, Wongrathanandha C, Horsuwansak P, Anothaisintawee T. Effectiveness of psychosocial intervention for teenage pregnancy on low birth weight and preterm birth outcomes: a systemic review and meta-analysis. BMC Health Services Research. 2014; 14:S2:120.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Perinatal care at the threshold of viability. ACOG Practice Bulletin 38. American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington DC 2002.