

นิพนธ์ต้นฉบับ

การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น : ปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อทารก

ปัญญา สนั่นพานิชกุล, พ.บ.*

ยศพล เหลืองโสมนภา, ปร.ค.**

Adolescent Pregnancy: Maternal Factors Effect on Fetal Outcomes**Panya Sananpanichkul, M.D.*****Yosapon Leungsomnapa, Ph.D.****

* Department of Obstetrics and Gynaecology, Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province.

** Department of Pediatric, Adult and Elderly, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi Province.

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2015;32:147-156

Abstract

Background: Teenage pregnancy is increased in Thailand and leads to increase in maternal and fetal mortality and morbidity.

Objective : To compare maternal factors and fetal adverse outcome between teenage and normal age pregnancy in Prapokklao hospital.

Method : This was a retrospective analytic study. Data was collected from medical record of all singleton pregnant women of aged below 35 years old who delivered at Prapokklao hospital during January,1 2013 to June, 30 2013. Maternal and neonatal data were compared between teenage pregnancy and normal age pregnancy using unpair t-test, chi-square test and multivariate logistic regression.

* กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

** วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- Results** : One thousand six hundred and eighty three pregnant women were recruited. The rate of teenage pregnancy in this study was 18.4 percent. Most of the teenage pregnancy were primiparous and stay in urban. When compared to the normal age pregnant women, teenage pregnancy significantly showed lower prepregnancy body mass index, less weight gain during pregnancy, less completion of antenatal care program and lower percent of hematocrit. Teenage pregnancy caused 1.68 more risk for low birth weight (Adjust Odd Ratio[OR] 1.685, 95 % confidence interval [CI] 1.169-2.429, p-value 0.005), 1.75 times more risk for preterm birth (Adjust OR 1.751, 95%CI 1.236-2.482, p-value 0.002) and 3.59 times more risk for stillbirth (Adjust OR 3.585, 95%CI 1.249-10.287, p-value 0.018). Anemia in teenage pregnancy found 2.38 times more risk when compared to normal age pregnancy.
- Conclusion** : Preterm birth, low birth weight, stillbirth and maternal anemia were all associated with greater risk of teenage pregnancy. A suggestion of an effective campaign for girls and teenage pregnant women as an integral part of primary health care should be promoted.
- Keyword** : teenage pregnancy, adolescent pregnancy, low birthweight, preterm, stillbirth.

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศไทย และเป็นสาเหตุชักนำให้อัตราตายและคุณภาพของมารดา และทารกเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลของมารดาและภาวะแทรกซ้อนของทารกเปรียบเทียบระหว่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กับหญิงตั้งครรภ์วัยปกติที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการเก็บข้อมูลวิเคราะห์ย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนการคลอดของหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวอายุน้อยกว่า 35 ปีทุกคนที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2556 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2556 ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาแยกกลุ่มเพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ของ

มารดา และทารกเปรียบเทียบระหว่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ โดยใช้สถิติ unpaired t-test, การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปร

ผลการศึกษา

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ในการศึกษานี้คือ 1,683 คน พบเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 18.4 ส่วนมากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักเป็นครรภ์แรก และอาศัยอยู่ในเมือง จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อย พบมีการเพิ่มน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ได้น้อย มีจำนวนการฝากครรภ์ครบถ้วน แต่พบภาวะโลหิตจางมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยง 1.68 เท่าที่จะให้กำเนิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย (Adjust Odd Ratio[OR] 1.685, 95% confidence interval [CI] 1.169-2.429, p-value 0.005) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีความเสี่ยง 1.75 เท่าที่ทารกจะคลอดก่อนกำหนด (Adjust OR 1.751, 95%CI 1.236-2.482, p-value 0.002) มีความเสี่ยง 3.59 เท่าที่ทารกจะเสียชีวิตในครรภ์ (Adjust OR 3.585, 95%CI 1.249-10.287, p-value 0.018) และพบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะโลหิตจางเป็น 2.38 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ

สรุป

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพิ่มความเสี่ยงที่จะมีทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทารกตายคลอด และ ภาวะซีดของมารดาสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ ควรที่จะมีแผนในการป้องกัน ตั้งแต่ยังเป็นวัยเด็ก และรวมทั้งพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อบุรณาการ เป็นการพัฒนาสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน

คำสำคัญ : วัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การคลอดก่อนกำหนด ทารกตายคลอด

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น adolescents คือช่วงอายุ 15-19 ปี และ younger adolescents คือช่วงอายุ 10-14 ปี¹ ในแต่ละปีมีหญิงวัยรุ่นคลอดบุตรทั่วโลกราว 14 ล้านคน และประมาณ 12.8 ล้านคน หรือมากกว่าร้อยละ 90 อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา² ในสหรัฐอเมริกาจำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จากข้อมูลปี

พ.ศ. 2555³ พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 15 ถึง 19 ปีร้อยละ 10 ของเพศหญิงทั้งหมด ขณะที่ข้อมูลประเทศไทย มีหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปีจำนวน 133,027 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.59⁴ โดยพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคกลาง มีอัตราที่ค่อนข้างสูง คือร้อยละ 19.07, 18.43 และ 18.10 ตามลำดับ สำหรับภาคใต้และกรุงเทพมหานครมีอัตราหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นน้อยกว่าภาคอื่นๆ ค่อนข้างชัดเจน คือ 13.74 และ 10.64 ตามลำดับ⁴ ในขณะที่โรงพยาบาล

พระปกเกล้า มีแนวโน้มในทางที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.3 ในปีพ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 17.3 ในปีพ.ศ. 2553⁵

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากในปัจจุบัน เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังต้องศึกษาเล่าเรียน ดังนั้น หากตั้งครรภ์ก็จะทำให้เกิดผลกระทบตามมาได้หลายๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สำหรับผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทางด้านสุขภาพอนามัยของมารดาและทารกนั้น ในบางรายงานพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูง¹ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด และถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด อัตราตายและทุพพลภาพ จากการตั้งครรภ์ การคลอดและการแท้งมีมากกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ ในขณะที่มีความขัดแย้งที่ไม่พบความแตกต่างในเรื่องครรภ์เป็นพิษ⁶⁻¹⁰ ภาวะโลหิตจาง^{6,8,10} การคลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนของทารกเปรียบเทียบระหว่างการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นกับในหญิงทั่วไป ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า

2. เพื่อหาอุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นของโรงพยาบาลพระปกเกล้า

รูปแบบการวิจัย

cross sectional retrospective analytic study

วัสดุและวิธีการ

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรีแล้ว ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนการคลอดของหญิงตั้ง

ครรภ์เดี่ยว อายุน้อยกว่า 35 ปี ที่มาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลพระปกเกล้าทุกราย ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2556 โดยกำหนดให้มารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปีเป็นกลุ่มศึกษา และมารดาอายุ 20 ถึง 34 ปี ถือเป็นอายุปกติ จัดเป็นกลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลในเรื่อง อายุ จำนวนบุตร น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักคลอด ถิ่นที่อยู่ จำนวนการฝากครรภ์ ความเข้มข้นเลือด การติดเชื้อ HIV ส่วนนำของทารกในครรภ์ วิธีการคลอด น้ำหนักและความยาวของทารกเมื่อคลอด เส้นรอบศีรษะทารก (occipito-frontal diameter) การเกิดมีชีพ และคะแนน APGAR ของทารกที่เวลา 1 นาทีหลังคลอด ค่าดัชนีมวลกายและน้ำหนักที่สมควรเพิ่มขึ้นในแต่ละกลุ่มย่อยของดัชนีมวลกายที่ใช้ข้อมูลตามการรายงานของ internal of medicine¹¹ ปัจจัยคัดออกคือหญิงตั้งครรภ์แฝด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive analysis) ในการอธิบายการกระจายของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ด้วย chi square, unpair t-test และ multivariate logistic regression test ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ < 0.05

ผลการศึกษา

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลพระปกเกล้าในช่วง เดือนมกราคม ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2556 มีจำนวนทั้งสิ้น 2,012 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี (advance age) จำนวน 329 ราย คงเหลือเป็นกลุ่มประชากรที่จะศึกษา 1,683 ราย แบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี) 371 ราย (ร้อยละ 22) และหญิงตั้งครรภ์อายุปกติ (20 ถึง 34 ปี) 1,312 ราย (ร้อยละ 78)

โดยค่าเฉลี่ยของอายุมารดา และอายุครรภ์ขณะมาคลอด คือ 24.68 ± 5.4 ปี และ 38.34 ± 1.99 สัปดาห์ ตามลำดับ

พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอายุเฉลี่ยที่ 17.4 ± 1.4 ปี มีอายุครรภ์เมื่อคลอด 38.1 ± 2.2 สัปดาห์ที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ประชากรที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 57.5) การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในระหว่างตั้งครรภ์พบว่าประมาณหนึ่งในสาม เพิ่มได้ปกติ ขณะที่อีกมากกว่าหนึ่งในสามส่วน พบว่าไม่สามารถเพิ่มน้ำหนักได้ตามเกณฑ์ ประชากรร้อยละ 48 อาศัยอยู่ในชนบทร้อยละ 3.8 ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่อง พบมีภาวะซีด ร้อยละ 12.5 และพบการติดเชื้อ

เอดส์ร้อยละ 0.7 พบการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ถึงร้อยละ 14.3 ซึ่งมากกว่าในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 8.7) อย่างมีนัยสำคัญ น้ำหนักเฉลี่ยก่อนตั้งครรภ์ของกลุ่มวัยรุ่นเท่ากับ 51.1 ± 9.5 กิโลกรัม ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีน้ำหนักเฉลี่ย 55.4 ± 12.6 กิโลกรัม อย่างมีนัยสำคัญ และพบว่ามีการเพิ่มของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์น้อย (ต่ำกว่าเกณฑ์) เป็นส่วนมาก (ร้อยละ 44.7) เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ ส่วนใหญ่ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (ร้อยละ 76) เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก และมักอาศัยอยู่ในเมือง (ร้อยละ 64.2) พบมีภาวะซีดร้อยละ 21 ซึ่งสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุปกติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปัจจัยด้านมารดา ระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยปกติในประชากรที่ศึกษา (n=1683)

ข้อมูล	ทั้งหมด(n=1683) Mean±SD/No(ร้อยละ)	วัยรุ่น(n=371) Mean±SD/No(ร้อยละ)	วัยปกติ(n=1312) Mean±SD/No(ร้อยละ)	p-value
อายุมารดา (ปี)	24.7 ± 5.4	17.4±1.4	26.7±4.2	<0.001*
ถิ่นที่อยู่- ชนบท	801 (47.6)	133(35.8)	668(50.9)	<0.001*
สถานะ- ถูกส่งต่อมารับการรักษา	64(3.8)	15(14.1)	49(3.7)	0.785
ฝากครรภ์ไม่ครบ (< 5 ครั้ง)	642 (38.1)	183(49.3)	459(35.0)	<0.001*
ครรภ์แรก	694 (41.2)	282(76.0)	412(31.4)	<0.001*
ดัชนีมวลกาย ^c	21.8 ± 4.6	20.5±3.4	22.2±4.8	<0.001*
น้อย (BMI < 18.5)	391 (23.2)	111(29.9)	280(21.3)	
ปกติ (BMI 18.5 - 24.9)	967(57.5)	224(60.4)	743(56.6)	
มาก และ อ้วน (BMI > 25)	325(19.3)	36(9.7)	289(22.0)	
การเพิ่มของน้ำหนักในแต่ละกลุ่มของดัชนีมวลกาย ^c				0.001*
เพิ่มได้น้อยกว่าเกณฑ์	618 (36.7)	166(44.7)	452(34.5)	
เพิ่มได้ตามเกณฑ์	555 (33.0)	109(29.4)	446(34.0)	
เพิ่มได้มากกว่าเกณฑ์	510(30.3)	96(25.9)	414(31.6)	
น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)	54.4 ± 12.1	51.1±9.5	55.4±12.6	<0.001*
น้ำหนักเพิ่มระหว่างตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)	12.7 ± 6.0	12.3±6.0	12.9±6.0	0.150

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปัจจัยด้านมารดา ระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยรุ่นปกติในประชากรที่ศึกษา (n=1683) (ต่อ)

ข้อมูล	ทั้งหมด(n=1683) Mean±SD/No(ร้อยละ)	วัยรุ่น(n=371) Mean±SD/No(ร้อยละ)	วัยรุ่นปกติ(n=1312) Mean±SD/No(ร้อยละ)	p-value
ความเข้มข้นเลือด (ร้อยละ)	36.6 ± 3.6	35.9±3.7	36.8±3.5	<0.001*
โลหิตจาง (Hct < 33%)	210 (12.5)	78(21.0)	132(10.1)	<0.001*
อายุครรภ์ขณะคลอด	38.3 ± 1.9	38.1±2.2	38.4±1.9	0.022*
< 37 สัปดาห์	167 (9.9)	53(14.3)	114(8.7)	
37 - 42 สัปดาห์	1509 (89.7)	318(85.7)	1191(90.8)	
> 42 สัปดาห์	7 (0.4)	0(0.0)	7(0.5)	
ติดเชื้อ HIV	12 (0.7)	3(2.6)	9(0.7)	0.734
การผ่าตัดคลอด	726(43.1)	64(17.4)	662(41.1)	<0.001*

*Statistical significant p-value < 0.05 , using chi square or unpair t-test depending on cell size.

วัยรุ่น = มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี, วัยปกติ = อายุมารดา 20-34 ปี

c = classified as the guideline of Institute of medicine weight gain recommendations for pregnancy.(11) The appropriate weight gain should be 12.5-18, 11.5-16, 7-11.5 and 5-9 kgs. in underweight, normal weight, overweight and obese pregnant women, respectively.

ในส่วนของการพบเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด (ก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์) จำนวน 167 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 9.9 พบทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (low birth weight newborn) ร้อยละ 4.7 และเป็นการเกิดมีชีพร้อยละ 99.2 ทารกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีน้ำหนักเฉลี่ย 2874.0±440.9 กรัม ซึ่งน้อยกว่าน้ำหนักเฉลี่ยของทารกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุปกติ (3062.5±465.6 กรัม) อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

กับโอกาสที่จะให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่าทารกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความยาวทารก และเส้นรอบศีรษะ (occipito-frontal) น้อยกว่าทารกของหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ และมีโอกาสที่ทารกจะเสียชีวิตในครรภ์ (ทารกตายคลอด) มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่คะแนน APGAR ที่ 1 นาที ไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่ม (p-value = 0.151) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยด้านทารก ระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยปกติในประชากรที่ศึกษา (n=1683)

ข้อมูล	ทั้งหมด(n=1683) Mean±SD/No(ร้อยละ)	วัยรุ่น(n=371) Mean±SD/No(ร้อยละ)	วัยปกติ(n=1312) Mean±SD/No(ร้อยละ)	p-value
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	3020.9 ± 466.7	2874.0±440.9	3062.5±465.6	<0.001*
ความยาวทารก (crown to heel) (เซนติเมตร)	48.8±2.7	48.5±3.1	49.1±2.4	<0.001*
เส้นรอบศีรษะ (occipito-frontal) (เซนติเมตร)	33.1±1.6	32.7±1.7	33.4±1.5	<0.001*
ส่วนหน้าของทารก-ไม่ใช่ศีรษะ	79 (4.7)	7(1.9)	72(5.5)	<0.001*
ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (< 2500 กรัม)	151 (4.7)	47(12.7)	104(7.9)	0.007*
ทารกคลอดมีชีวิตรอด	1669(99.2)	364(98.1)	1305(99.5)	0.027*
APGAR score (at 1 minute) < 7	59(3.5)	18(4.9)	41(3.1)	0.151

*Statistical significant p-value < 0.05 , using chi square or unpair t-test depending on cell size.

วัยรุ่น = มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี, วัยปกติ= อายุมารดา 20-34 ปี

ตารางที่ 3 Multivariate logistic regression แสดง adjusted Odd Ratio ของผลที่เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (แสดงปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

ภาวะแทรกซ้อน	อายุมารดา	Adjusted OR	95%CI	p-value
ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (NBW : LBW = 1532 : 151)	วัยปกติ ^(R) วัยรุ่น	1 1.685	1.169-2.429	0.005*
การคลอดก่อนกำหนด (term : preterm = 1516 : 167)	วัยปกติ ^(R) วัยรุ่น	1 1.751	1.236-2.482	0.002*
ทารกตายในครรภ์ (livebirth : stillbirth = 1669 : 14)	วัยปกติ ^(R) วัยรุ่น	1 3.585	1.249-10.287	0.018*
ภาวะโลหิตจาง (normal : anemia = 1473 : 210)	วัยปกติ ^(R) วัยรุ่น	1 2.380	1.749-3.237	<.001*

NBW, normal birthweight; LBW, low birthweight; GA= gestational age; *Statistical significant p-value < 0.05; Adjusted OR , Adjusted Odd Ratio; CI = 95% confidence interval; (R) , reference group.

วัยรุ่น,มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี; วัยปกติ, อายุมารดา 20-34 ปี

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีโอกาสเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย 1.7 เท่า เทียบกับการตั้งครรภ์ในหญิงวัยปกติ (adjusted Odd Ratio [OR]=1.685, 95% confidence interval [CI] =1.169-2.429,

p-value=0.005) นอกจากนี้ยังพบว่า การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น มีโอกาสที่ทารกจะคลอดก่อนกำหนด และเสียชีวิตในครรภ์ 1.8 เท่า และ 3.6 เท่า เทียบกับในหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ (adjusted OR=1.751 และ 3.585, 95%CI=1.236-2.482 และ 1.249-10.287, p-value = 0.002 และ 0.018 ตามลำดับ) ในขณะที่ภาวะซีดพบได้ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นคิดเป็น 2.4 เท่าของหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ (OR=2.38, 95% CI =1.749-3.237, p-value <0.001)

วิจารณ์

ทั่วโลกพบมีการคลอดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นราว 14 ล้านคนในแต่ละปี ในจำนวนนี้มากกว่าร้อยละ 90 อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา² ในสหรัฐอเมริกา พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระหว่างปี พ.ศ. 2534 ถึงพ.ศ. 2548 มีแนวโน้มจะลดลง แม้ว่าจะมีการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงปี พ.ศ. 2548 ถึงพ.ศ. 2550 แต่โดยรวมแล้ว ในสหรัฐอเมริกา พบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นลดลงจนถึงปี พ.ศ. 2555³ หญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ถือเป็นร้อยละ 10 ของเพศหญิงทั้งหมด ในจำนวนนี้เกือบร้อยละ 20 จะตั้งครรภ์เมื่อมีเพศสัมพันธ์ และส่วนมากจะเป็นครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์^{12,13} คนกลุ่มนี้มีการคุมกำเนิดเพียงร้อยละ 50 โดยที่คิดว่าตัวเองคงไม่ตั้งครรภ์ (ร้อยละ 31) มีปัญหาในการใช้การคุมกำเนิด (ร้อยละ 13) และ บางส่วนก็ไม่ได้สนใจเรื่องของการตั้งครรภ์เลย (ร้อยละ 22)¹⁴ พบว่าเป็นการตั้งครรภ์ช้าถึงร้อยละ 20¹⁵ และส่วนมากฝ่ายชายจะมีอายุมากกว่าฝ่ายหญิง 5-6 ปี¹³

ในประเทศไทย ข้อมูลของกรมอนามัยพบว่า การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 10 ในปี พ.ศ.2544 เป็นร้อยละ 40

ในปี พ.ศ.2552 และวัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ที่อายุน้อยลงเรื่อยๆ^{16,17} ในปีพ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีสถิติหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชีย และเป็นอันดับที่ 2 ของโลก รองจากประเทศแอฟริกาใต้⁴ ข้อมูลการแจ้งเกิดจากสำนักทะเบียนราษฎร และกระทรวงมหาดไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2551 มีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ 20 มาคลอดในโรงพยาบาล ซึ่งตัวเลขนี้สูงกว่า ในปี พ.ศ. 2547 (ร้อยละ 18) อุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าในการศึกษานี้ เท่ากับร้อยละ 18.4 (371/2012) สิ่งที่น่าสนใจคือ ตัวเลขนี้ อาจจะน้อยกว่าความเป็นจริงเนื่องจากข้อมูลดังกล่าวนี้เป็นข้อมูลที่รวบรวมจากผู้ที่มารับบริการในหน่วยงานของรัฐเท่านั้น เพราะมีรายงานการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และจบลงด้วยการทำแท้งนอกโรงพยาบาลถึงร้อยละ 40¹⁸

การคลอดก่อนกำหนดมีผลทั้งต่อสุขภาพทารกและอาจถึงเสียชีวิตได้ เหตุส่งเสริมให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด อาจเกิดจากเชื้อชาติ เช่น ที่พบการคลอดก่อนกำหนดในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว การถูกทารุณกรรม การสูบบุหรี่และการได้รับสารเสพติด การมี gynecologic age ที่น้อย (น้อยกว่า 2 ปี) และการฝากครรภ์ช้าหรือไม่สมบูรณ์ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ไม่สมบูรณ์สูงกว่าในหญิงวัยปกติอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้มีรายงานพบอุบัติการณ์ของการแท้งแรกเกิดน้ำหนักร้อย และการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น (odd ratio = 2.64 เท่า) และจากการศึกษาครั้งนี้ก็พบอุบัติการณ์ของการแท้งน้ำหนักร้อย และการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น (odd ratio = 1.75 เท่า และ 1.69 เท่าตามลำดับ) สอดคล้องกับที่เคยมีการรายงานมาก่อน^{1,6,7,9,10}

พบอุบัติการณ์ของการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้นในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่วนมากพบเป็นการคลอดก่อนกำหนด¹ โดยเฉพาะในรายที่การฝากครรภ์ไม่เพียงพอ และอยู่ในเขตเมืองหลวง ซึ่งในการศึกษานี้ก็พบในแนวทางเดียวกัน คือในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการตายของทารกในครรภ์สูงขึ้น คิดเป็น 3.6 เท่าของกลุ่มมารดาวัยปกติ ในขณะที่มีรายงานบางส่วนที่ขัดแย้งเนื่องจากไม่พบความแตกต่างของอัตราการตายปริกำเนิดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อเทียบกับในผู้ใหญ่^{8,10} ในการศึกษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าครั้งนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความเสี่ยงจะมีภาวะโลหิตจาง 2.38 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2547¹ ที่พบอุบัติการณ์ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าในหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ แม้จะมีบางรายงานที่ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกัน^{6,8,10}

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้คือเป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ทำให้ขาดข้อมูลบางส่วนในการนำมาวิเคราะห์ข้อมูล เช่น อายุของสามี การสูบบุหรี่ ทั้งของหญิงตั้งครรภ์และสามี รวมทั้งข้อมูลทั้งหมดเป็นข้อมูลของโรงพยาบาลพระปกเกล้า ซึ่งเป็นที่รับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลข้างเคียง ที่อาจไม่ได้เป็นตัวแทนของข้อมูลระดับจังหวัดหรือระดับประเทศ และไม่มีข้อมูลของการแท้งบุตรทั้งที่ทำในโรงพยาบาลของรัฐ หรือที่ลักลอบทำ ซึ่งน่าจะเป็นปัญหาใหญ่ที่รอการแก้ไขในอนาคต

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับชาติ เนื่องจากก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาเองและทารกในครรภ์ เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

และเพิ่มอัตราตายของทารกในครรภ์ นอกจากการเพิ่มประสิทธิภาพและจำนวนครั้งของการฝากครรภ์แล้ว การลดจำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการให้ความรู้ปลูกฝังค่านิยมแก่หญิงวัยรุ่น การขยายความสามารถในการเข้าถึงการคุมกำเนิด การพิจารณายุติการตั้งครรภ์ และอาจรวมถึงการแก้กฎหมายเรื่องอายุที่จะแต่งงานได้อาจต้องมาบูรณาการเพื่อแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมในการลดอัตราหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นลงในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization . Adolescent Pregnancy (Issues in Adolescent health and Development). Geneva: World Health Organization; 2004.
2. World Health Organization. Pregnant adolescent: delivering on global promise of hope. Geneva: World Health Organization; 2006.
3. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Curtin SC, Mathews TJ. Births: Final data for 2012. Natl Vital Stat Rep 2013;62:1-20.
4. แม่วัยทีน ประเด็นเก่า ... เล่าใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic55/%E0%B9%81%E0%B8%A1%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B8%99%20%20%20%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B9%87%E0%B8%99%E0%B9%80%E0%B8%81%E0%B9%88%E0%B8%B2.pdf>

5. ปัญญา สนั่นพานิชกุล. การวิเคราะห์ปัญหาทางอนามัยแม่และเด็ก ด้วยการใช้แผนภูมิควบคุม. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2554;28:187-94.
6. 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.
7. พีระยุทธ สาณกุล, เพ็ญจิตต์ ธารไพโรธพันธ์. ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2551; 3:97-102.
8. Isaranurug S, Mo-suwan L, Choprapawon C. Differences in socio-economic status, service, utilization, and pregnancy outcomes between teenage and adult mother. J Med Assoc Thai 2006; 89: 145-51.
9. Watcharasseranee N, Pinchantra P, Piyawan S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi hospital. J Med Assoc Thai 2006; 89 (suppl4): s118-23.
10. Koravisarach E, Chairaj S, Tosang K, Asavapiriyant S, Chotigeat U. Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi hospital. J Med Assoc Thai 2010; 93:1-8.
11. Rasmuseen KM, Yaktine AI. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington DC: National Academies Press; 2009.
12. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. Contraception 2011; 84:478-85.
13. Smid M, Martins S, Whitaker AK, Gilliam M. Correlates of pregnancy before age 15 compared with pregnancy between the ages of 15 and 19 in the United States. Obstet Gynecol 2014; 123: 578-83.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prepregnancy contraceptive use among teens with unintended pregnancies resulting in live births - Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2004-2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2012; 61: 25-9.
15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: Repeat births among teens - United States, 2007-2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2013; 62: 249-55.
16. คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา. รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: สำนักกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2554.
17. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามัธยมศึกษาแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2553-2557). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
18. โสภณ เมฆธน. ทิศทางและนโยบายงานส่งเสริมสุขภาพปี 2553. นนทบุรี. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2553.