

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

อุบัติการณ์การตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนของหญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่นที่คลอดในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

The Incidence and Complication of Teenage Pregnancy at Damnoen Saduak Hospital

นวลพรรณ แทนม้วน พ.บ.,

ว.ว. สูติ-นรีเวชวิทยา

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม

โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

Nuanpun Tanmoun M.D.,

Thai Broad of Obstetrics and Gynecology

Division of Obstetrics and Gynecology

Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก และเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนทางด้านการคลอดและทารก ตลอดจนวิธีการคลอดระหว่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กับหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่

วัสดุและวิธีการ: การศึกษาย้อนหลังในหญิงครรภ์แรก โดยแบ่งเป็นกลุ่มศึกษาคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 12-19 ปี ที่มาคลอดในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 30 กันยายน 2555 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบคือหญิงตั้งครรภ์แรกอายุ 20-34 ปี ที่มาคลอดในช่วงเวลาเดียวกัน โดยเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์และทารก ตลอดจนวิธีการคลอดระหว่างทั้งสองกลุ่ม

ผลการศึกษา: กลุ่มศึกษาจำนวน 844 ราย และกลุ่มควบคุม 1,266 ราย พบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่น 27 ราย ต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.2 ต่อการตั้งครรภ์ทั้งหมด กลุ่มศึกษามีระดับการศึกษาต่ำกว่า และมีโอกาสคลอดเองทางช่องคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.4 เท่า (RR = 2.4; 95% CI = 2.0-2.9) มีความเสี่ยงที่จะผ่าตัดคลอด และใช้เครื่องมือช่วยคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (RR = 0.4; 95% CI = 0.3-0.5 และ RR = 0.7; 95% CI = 0.5-0.9, ตามลำดับ) กลุ่มศึกษามีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (1,500-2,500 กรัม) อย่างมีนัยสำคัญ (RR = 1.4; 95% CI = 1.1-1.9 และ RR = 1.5; 95% CI = 1.1-2.0, ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมพบภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับอุ้งเชิงกรานแม่ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ทารกทำกัน และภาวะเครียดของทารกในครรภ์มากกว่ากลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10% VS 4.3%; $p < 0.001$: 18.3% VS 7.1%; $p < 0.001$: 3.7% VS 1.7%; $p = 0.006$ และ 2.9% VS 1.3%; $p = 0.015$, ตามลำดับ)

สรุป: อุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 19.2 ต่อการคลอดทั้งหมด มารดาวัยรุ่นมีระดับการศึกษาต่ำกว่า และภาวะแทรกซ้อนทางด้านการคลอดและทารกที่พบ คือ ภาวะคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ภาวะแทรกซ้อน ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

ABSTRACT

Objective: To determine incidence of teenage pregnancy and compare obstetrics and neonatal complication of teenage pregnancy with adult pregnancy.

Material and method: A retrospective study was conducted at the Department of Obstetrics and Gynecology Damnoen Saduak Hospital. The study group consisted of primigravida women aged 12-19 years who gave birth during October 1st, 2007 to September 30th, 2012. The control group consisted of primigravida women aged 20-34 years who gave birth at the same period. Both groups were compared for demographic data, obstetric and neonatal complications including mode of delivery.

Results: 844 were study group and 1,266 were control group, the incidence of teenage pregnancy was 27 per 1,000 adolescent and 19.2 % of all pregnancies. The study group had lower level education than control group. The study group had the higher risk of vaginal delivery significant than control group (RR = 2.4; 95% CI = 2.0-2.9). The risk of caesarean section and operative vaginal delivery decreased in study group (RR = 0.4; 95% CI = 0.3-0.5 and RR = 0.7; 95% CI = 0.5-0.9, respectively). The study group had significant risk of preterm labour and low birth weight (RR = 1.4; 95% CI = 1.1-1.9 and RR = 1.5; 95% CI = 1.1-2.0, respectively). The control group had statistical significance in cephalopelvic disproportion, prolong rupture of membranes, breech presentation and fetal distress than the study group. (10% VS 4.3%; $p < 0.001$: 18.3% VS 7.1%; $p < 0.001$: 3.7% VS 1.7%; $p = 0.006$ and 2.9% VS 1.3%; $p = 0.015$, respectively).

Conclusion: The incidence of teenage pregnancy was 19.2 % of all pregnancies. Teenage mother had lower levels of education than adult pregnancy. Preterm labour and low birth weight were only two complications that found in teenage mothers.

Keywords: teenage pregnancy, complication, low birth weight

บทนำ

การตั้งครรภ์วัยรุ่นหมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีอายุ 10-19 ปี¹ ซึ่งกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญในสังคมปัจจุบัน และมีแนวโน้มจะเป็นปัญหาที่เพิ่มมากขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก มีมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ถึง 16 ล้านคนทั่วโลก โดยร้อยละ 11 เป็นทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น ซึ่งส่วนใหญ่พบในประเทศกำลังพัฒนาถึงร้อยละ 95² สูงสุดในกลุ่มประเทศแถบแอฟริกาใต้ บางประเทศในเอเชียใต้และลาตินอเมริกา ส่วนประเทศที่มีอัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นต่ำสุด คือ ประเทศแถบสแกนดิเนเวีย ญี่ปุ่น เกาหลี และจีน โดยในปี 2010 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราการ

คลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คิดเป็น 34.3 ราย ต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 ราย ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ³ ในประเทศรายได้ต่ำ และปานกลางพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในมารดาวัยรุ่นมากที่สุด นอกจากผลเสียทางด้านมารดาแล้ว ยังพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดมากกว่าร้อยละ 50 ที่เกิดจากมารดาอายุน้อย² สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2553 มีอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นมากถึง 56.1 ราย ต่อ 1,000 ราย เป็นอันดับ 2 ในอาเซียน⁴ สาเหตุที่ทำให้อัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นมากขึ้นเรื่อย ๆ มาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม การเข้ามาและยอมรับวัฒนธรรม

ของชาติตะวันตก จากสื่อต่าง ๆ ซึ่งวัยรุ่นเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ทำให้มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย และขาดการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ

การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น มีผลกระทบต่อตัวหญิงตั้งครรภ์เองและทารกที่คลอดออกมาตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัย เศรษฐกิจ และสังคมตามมา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ในขณะที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโตทั้งอวัยวะสืบพันธุ์และการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งเป็นอันตรายต่อมารดาและทารก จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นส่วนมาก ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย รองลงมาคือภาวะโลหิตจาง⁵⁻¹⁰ ครรภ์เป็นพิษ ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด¹¹⁻¹² แต่บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว¹³⁻¹⁷

ปัจจุบันอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์วัยรุ่น ในอำเภอดำเนินสะดวกมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จึงทำการศึกษา เพื่อหาภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังดูแลรักษา และป้องกันตลอดจนให้คำปรึกษาแนะนำแก่มารดาวัยรุ่น และครอบครัวในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์จนคลอด และดูแลทารกหลังคลอด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นทั้งมารดาและทารก

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และทะเบียนการคลอดของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2555 เพื่อตัดปัจจัยเรื่องจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จึงนำเฉพาะการตั้งครรภ์แรก อายุ 12-19 ปี เป็นกลุ่มศึกษา และมารดาครรภ์แรกอายุ 20-34 ปี เป็นกลุ่มควบคุม ข้อมูลที่ทำการศึกษาได้แก่ อายุ อายุครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเข้มข้นของเลือด การติดเชื้อ HIV จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ วิธีการคลอด ภาวะแทรก

ซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด (preterm labour) ศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับอุ้งเชิงกรานแม่ (CPD) ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (PROM) ทารกท่าก้น (breech presentation) ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ (fetal distress) ภาวะโลหิตจาง (anemia) ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (severe PIH) ครรภ์แฝด (twins pregnancy) เบาหวาน (diabetic mellitus) รกเกาะต่ำ (placenta previa) รกค้าง (retained placenta) และภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) ข้อมูลทางด้านทารกแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนักเฉลี่ยทารกแรกคลอด ภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (birth asphyxia หมายถึงทารกแรกเกิดที่มีคะแนน Apgar score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน) และทารกพิการแต่กำเนิด (fetal anomaly)

การวิเคราะห์ทางสถิติ

รายงานผลการศึกษาในรูปสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะประชากรศาสตร์ และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม วิธีการคลอด และภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด เปรียบเทียบกลุ่มศึกษากับกลุ่มควบคุม โดยคำนวณอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk, RR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญร้อยละ 95 (95% confidence interval, 95% CI) และความแตกต่างของสัดส่วนโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS และ STATA

ผลการศึกษา

ในช่วง 5 ปี ที่ทำการศึกษา (1 ตุลาคม 2550 - 30 กันยายน 2555) พบว่ามีมารดามารดาคลอดทั้งหมด 4,389 ราย เป็นมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก (กลุ่มศึกษา) จำนวน 844 คน มีอายุเฉลี่ย 17.3 ปี และมารดาผู้ใหญ่ครรภ์แรก (กลุ่มควบคุม) จำนวน 1,266 ราย มีอายุเฉลี่ย 24.7 ปี ลักษณะข้อมูลทั่วไปของมารดา ดังแสดงในตาราง

ที่ 1 พบว่ากลุ่มศึกษาจบชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (36.7% VS 30%; $p = 0.001$ และ 50.1% VS 28.2%; $p < 0.001$, ตามลำดับ) ส่วนการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช./ปวส. และปริญญาตรี พบในกลุ่มควบคุม มากกว่ากลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (23.5% VS 10.6%; $p < 0.001$: 5.7% VS 2.1%; $p < 0.001$ และ 12.5% VS 0.1%; $p < 0.001$, ตามลำดับ) กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ทำงานบ้านมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (39.6% VS 19.7%; $p < 0.001$, ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (53.0% VS 37.8%; $p < 0.001$, ตามลำดับ) ความเข้มข้นของเลือด และผลเลือดติดเชื้อ HIV ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ไม่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยส่วนใหญ่ฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้งโดยกลุ่มศึกษาพบถึงร้อยละ 96.8 และกลุ่มควบคุมพบร้อยละ 97.7

วิธีการคลอดในตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มศึกษามีโอกาสคลอดเองทางช่องคลอดได้มากกว่ากลุ่มควบคุม 2.4 เท่า (RR = 2.4; 95% CI = 2.0-2.9) และกลุ่มศึกษายังมีอัตราเสี่ยงน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการผ่าคลอด (RR = 0.4; 95% CI = 0.3-0.5) และการใช้เครื่องมือช่วยคลอด (RR = 0.7; 95% CI = 0.5-0.9)

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มศึกษามีความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด 1.4 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (RR = 1.4; 95% CI = 1.1-1.9) ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบในกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับอุ้งเชิงกรานแม่ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ทารกทำกัน และภาวะเครียดของทารกในครรภ์ (10% VS 4.3%; $p < 0.001$: 18.3% VS 7.1%; $p < 0.001$: 3.7% VS 1.7%; $p = 0.006$ และ 2.9% VS 1.3%; $p = 0.015$, ตามลำดับ) ส่วนภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ ครรภ์แฝด เบาหวาน รกเกาะต่ำ รกค้างและภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่าไม่แตกต่างกัน

ข้อมูลด้านทารกแรกเกิด ดังตารางที่ 4 พบว่าน้ำหนักเฉลี่ยของทารกในกลุ่มควบคุม มากกว่ากลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3,053 กรัม VS 2,977 กรัม; $p = 0.02$) ในกลุ่มศึกษาพบว่าความเสี่ยงต่อภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย (1,500-2,500 กรัม) สูงกว่ากลุ่มควบคุม 1.5 เท่า (RR = 1.5; 95% CI = 1.1-2.0) ส่วนภาวะทารกพิการแต่กำเนิด และภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ไม่แตกต่างกัน

วิจารณ์

จากการศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและทารกในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก เทียบกับมารดา ผู้ใหญ่ครั้งแรก ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์วัยรุ่น 27 รายต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.2 ต่อการตั้งครรภ์ทั้งหมด อายุเฉลี่ยที่มาคลอดคือ 17.3 ปี ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านได้รับการศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ต่างจากมารดาผู้ใหญ่ที่ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง และจบการศึกษาระดับประถมศึกษาเนื่องจากดำเนินสะดวกเป็นอำเภอที่เป็นสังคมเกษตรกรรม เห็นคุณค่าของการศึกษาน้อยกว่าชุมชนเมือง ประกอบกับส่วนใหญ่มีฐานะยากจนจึงต้องออกจากระบบการศึกษาเร็วกว่าปกติ เพื่อมาทำงาน หรือช่วยครอบครัวในด้านเกษตรกรรม ส่วนอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นในการศึกษานี้คือร้อยละ 19.2 ซึ่งมากกว่าเป้าหมายตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) โดยกรมอนามัยที่กำหนดให้มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่เกินร้อยละ 10¹⁸ ซึ่งปัจจัยหลักที่ทำให้การตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงขึ้นเนื่องจากการมีประจำเดือนเร็วขึ้นเป็นผลจากการดูแลสุขภาพ และโภชนาการที่ดีขึ้น การมีค่านิยมทางเพศเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยลง และการมีการคุมกำเนิดน้อย¹⁹ การศึกษานี้เป็นการศึกษาในครรภ์แรกเพื่อเป็นการตัดปัจจัยเรื่องจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ออกไป มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านร้อยละ 39.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดา

ตัวแปร	กลุ่มศึกษา (n = 844)	กลุ่มควบคุม (n = 1,266)	P- value
อายุมารดา (ปี $\pm$ S.D.)	17.3 $\pm$ 1.4	24.7 $\pm$ 4.1	-
อายุครรภ์ (สัปดาห์ $\pm$ S.D.)	38.2 $\pm$ 1.9	38.4 $\pm$ 1.9	0.19
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้ศึกษา (ราย) (%)	3 (0.4)	1 (0.1)	0.31
ประถมศึกษา (ราย) (%)	310 (36.7)	380 (30.0)	0.001*
มัธยมศึกษาตอนต้น (ราย) (%)	423 (50.1)	357 (28.2)	< 0.001*
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ราย) (%)	89 (10.6)	297 (23.5)	< 0.001*
ปวช./ปวส. (ราย) (%)	18 (2.1)	72 (5.7)	< 0.001*
ปริญญาตรี (ราย) (%)	1 (0.1)	159 (12.5)	< 0.001*
อาชีพ			
งานบ้าน (ราย) (%)	334 (39.6)	249 (19.7)	< 0.001*
รับจ้าง (ราย) (%)	319 (37.8)	671 (53.0)	< 0.001*
ทำสวน (ราย) (%)	126 (14.9)	202 (15.9)	0.52
ค้าขาย (ราย) (%)	63 (7.5)	122 (9.6)	0.08
รับราชการ (ราย) (%)	1 (0.1)	16 (1.3)	0.004*
ธุรกิจส่วนตัว (ราย) (%)	1 (0.1)	6 (0.5)	0.25
ความเข้มข้นของเลือด (%) ($\pm$ S.D.)	36.8 $\pm$ 10.9	36.9 $\pm$ 3.0	0.79
Anti HIV positive (ราย) (%)	3 (0.4)	6 (0.5)	0.75
จำนวนครั้งการฝากครรภ์			
ไม่ได้ฝากครรภ์ (ราย) (%)	9 (1.1)	9 (0.7)	0.39
ฝากครรภ์ < 4 ครั้ง (ราย) (%)	17 (2.0)	18 (1.4)	0.30
ฝากครรภ์ $\geq$ 4 ครั้ง (ราย) (%)	817 (96.8)	1,237 (97.7)	0.17

* P-value < 0.05 = มีนัยสำคัญทางสถิติ, n = จำนวนมารดา, S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 2 วิธีการคลอด

ตัวแปร	กลุ่มศึกษา (n = 844)	กลุ่มควบคุม (n = 1,266)	RR (95% CI)	P-value
คลอดปกติ (ราย) (%)	721 (85.4)	895 (70.7)	2.4 (2.0-2.9)	< 0.001*
ผ้าตัดคลอด (ราย) (%)	83 (9.8)	276 (21.8)	0.4 (0.3-0.5)	< 0.001*
ใช้เครื่องมือช่วยคลอด (ราย) (%)	40 (4.7)	95 (7.5)	0.7 (0.5-0.9)	0.01*

*P-value < 0.05 = มีนัยสำคัญทางสถิติ, n = จำนวนมารดา, RR = อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์, 95% CI = ความเชื่อมั่นที่ระดับนัย
ความสำคัญร้อยละ 95

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม

ตัวแปร	กลุ่มศึกษา (n = 844)	กลุ่มควบคุม (n = 1,266)	RR (95% CI)	P-value
ภาวะคลอดก่อนกำหนด (ราย)(%)	102 (12.1)	110 (8.7)	1.4 (1.1-1.9)	0.01*
ภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานแม่ (ราย) (%)	36 (4.3)	126 (10.0)	0.4 (0.3-0.5)	< 0.001*
ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (ราย) (%)	60 (7.1)	232 (18.3)	0.3 (0.3-0.5)	< 0.001*
ทารกท้อก้น (ราย) (%)	14 (1.7)	47 (3.7)	0.4 (0.2-0.8)	0.006*
ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ (ราย) (%)	11 (1.3)	37 (2.9)	0.4 (0.2-0.9)	0.015*
ภาวะโลหิตจาง (Hct < 33%) (ราย) (%)	102 (12.1)	124 (9.8)	1.3 (0.9-1.7)	0.09
ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (ราย) (%)	10 (1.2)	25 (2.0)	0.6 (0.3-1.0)	0.16
ภาวะตั้งครรภ์แฝด (ราย) (%)	7 (0.8)	4 (0.3)	2.6 (0.8-9.0)	0.13
ภาวะเบาหวาน (ราย) (%)	5 (0.6)	3 (0.2)	2.5 (0.6-10.5)	0.28
ภาวะรกเกาะต่ำ (ราย) (%)	2 (0.2)	3 (0.2)	1.0 (0.2-6.0)	1.00
ภาวะรกค้าง (ราย) (%)	2 (0.2)	7 (0.6)	0.4 (0.1-2.1)	0.33
ภาวะตกเลือดหลังคลอด (ราย) (%)	2 (0.2)	2 (0.1)	1.1 (0.2-6.8)	1.00

*P-value <0.05 = มีนัยสำคัญทางสถิติ n = จำนวนมารดา Hematocrit = Hct RR = อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์
95% CI = ความเชื่อมั่นที่ระดับนัยความสำคัญร้อยละ 95

ตารางที่ 4 ข้อมูลด้านทารกแรกเกิด

ตัวแปร	กลุ่มศึกษา (n = 844)	กลุ่มควบคุม (n = 1,266)	RR (95% CI)	P-value
น้ำหนักเฉลี่ยทารกแรกคลอด (กรัม) ($\pm$ S.D.)	2,977 $\pm$ 432.0	3,053.2 $\pm$ 875.0	-	0.02*
น้ำหนัก < 1,500 กรัม (ราย) (%)	1 (0.1)	4 (0.3)	0.4 (0.04-3.6)	0.65
น้ำหนัก 1,500-2,500 กรัม (ราย) (%)	107 (12.7)	112 (8.8)	1.5 (1.1-2.0)	0.005*
น้ำหนัก > 2,500 กรัม (ราย) (%)	736 (87.2)	1,150 (90.8)	0.7 (0.6-0.9)	0.008*
ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (ราย) (%)	17 (2.0)	24 (1.9)	1.1 (0.6-2.0)	0.85
ทารกพิการแต่กำเนิด (ราย) (%)	5 (0.6)	3 (0.1)	2.5 (0.6-10.5)	0.28

*P-value < 0.05 = มีนัยสำคัญทางสถิติ, n = จำนวนมารดา, RR = อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์, 95%CI = ความเชื่อมั่นที่ระดับนัย
ความสำคัญร้อยละ 95

Thato S. et al พบร้อยละ 55.2⁵ และ Buhachat R. et al พบร้อยละ 41.8²⁰ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเฉลี่ยต่ำกว่ามารดาผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{6,11,20-22} โดยพบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 50.1 รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษาร้อยละ 36.7 ดังนั้นการแก้ปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องเน้นไปที่การให้ความรู้ทางเพศศึกษาและการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง ตั้งแต่วัยรุ่นเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกซึ่งเร็วกว่าเดิม โดยเน้นให้การศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาจนถึงมัธยมศึกษาตอนต้นให้มากขึ้น

จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐานของมารดาวัยรุ่น และมารดาผู้ใหญ่สูงถึงร้อยละ 96.8 และร้อยละ 97.7 ตามลำดับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย⁸⁻¹⁰ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Kittipibul S. 2010¹¹ และ Watcharaserance N. et al⁶ เป็นผลจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาระดับอำเภอซึ่งพื้นที่ขนาดเล็กกว่าและประชากรน้อยกว่า เมื่อเทียบกับทางการศึกษาที่ทำในระดับจังหวัด ทำให้หญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มสามารถ

เข้าถึงการบริการทางด้านสุขภาพได้รวดเร็วและสะดวกกว่า ประกอบกับหน่วยฝากครรภ์มีระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มาฝากครรภ์ตามนัด ผ่านทางโทรศัพท์ หรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเขตรับผิดชอบให้ติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้มาตรวจตามนัด นอกจากนี้การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพยังส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนทางด้านสูติกรรม ที่มีอัตราเสี่ยงน้อยกว่าในกลุ่มมารดาวัยรุ่น เทียบกับมารดาผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ ทารกทำแท้ง ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดและภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kittipibul S. 2010¹¹ และ Scholl TO. et al²³ จากการศึกษาของ Rogers MM. et al²⁴ พบว่าการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจะทำให้มารดาวัยรุ่นมีภาวะแทรกซ้อนน้อยลง สอดคล้องกับ Yoder BA. et al²⁵ พบว่าอายุที่น้อยของมารดาไม่ได้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งทางด้านสูติกรรมและทารก โดยปัจจัยที่อาจเพิ่มภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ สังคมต่ำ ผิดศีลธรรมไม่ได้แต่งงาน และฝากครรภ์ไม่ได้มาตรฐาน¹⁴

มารดาวัยรุ่นมีอัตราเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด

มากกว่ามารดาผู้ใหญ่ 1.4 เท่า ($RR = 1.4$; 95% $CI = 1.1-1.9$) เหมือนกับการศึกษาหลายการศึกษาในประเทศไทย^{5-6,9-11,13,15} และต่างประเทศ^{7,12,14-23,26,27} ซึ่งน่าเป็นผลจากขาดความรู้ที่จะนำมาใช้ในการดูแลตัวเองและทารกในครรภ์ประกอบกับมีฐานะยากจน

การศึกษานี้พบว่ามารดาวัยรุ่นสามารถคลอดเองทางช่องคลอดได้มากกว่ามารดาผู้ใหญ่ถึง 2.4 เท่า ($RR = 2.4$; 95% $CI = 2.0-2.9$) สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{6,8,10-11,28} ซึ่งเป็นผลมาจากการคลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่ามารดาผู้ใหญ่ ประกอบกับภาวะการเจริญเติบโตของกระดูกเชิงกรานสมบูรณ์เต็มที่แล้ว เพราะอายุเฉลี่ยถึง 17.3 ปี ซึ่งสูงกว่า Gynecologic age หลายปี ส่วนมารดาผู้ใหญ่มีอัตราการผ่าตัดคลอด และใช้เครื่องมือช่วยคลอดสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (21.8% VS 9.8%; $p < 0.001$ และ 7.5% VS 4.7% ; $p < 0.001$, ตามลำดับ) สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{5-6,8,10-11,13,15,21,23} เป็นผลจากการทารกที่คลอดจากมารดาผู้ใหญ่มีน้ำหนักตัวเฉลี่ยมากกว่า ประกอบกับพบภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานแม่ มากกว่าในมารดาผู้ใหญ่

จากการศึกษาผลทางด้านทารกพบว่ามารดาวัยรุ่นคลอดทารกน้ำหนักตัวเฉลี่ยน้อยกว่ามารดาผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2,977 กรัม VS 3,053 กรัม; $p = 0.02$) โดยพบทารกมีน้ำหนักตัวระหว่าง 1,500-2,500 กรัม มากกว่ากลุ่มมารดาผู้ใหญ่ 1.5 เท่า ($RR = 1.5$; 95% $CI = 1.1-2.0$) สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{5-6,9-14,21,29-31} ซึ่งเกิดจากภาวะโภชนาการไม่ดี และภาวะทางเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำ ส่วนภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดไม่พบความแตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{6,8-9,11,13,29} ภาวะทารกพิการแต่กำเนิดไม่พบแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มเหมือนกับการศึกษาของ Chen Xi-Kuan et al¹⁴ และ Kumar A. et al¹²

ข้อดีของการศึกษานี้คือการเป็นการศึกษาย้อนหลัง ที่ทำการเก็บข้อมูลถึง 5 ปี มีจำนวนประชากรที่ศึกษามาก

พอที่จะนำมาวิเคราะห์ ทำให้เห็นภาพและสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะพื้นที่ได้ชัดเจน เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนทางในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ส่วนข้อดีของการศึกษานี้คือเรื่องภาวะแทรกซ้อนทางด้านมารดา และทารกบางอย่างพบน้อยมากทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบได้ เช่น ภาวะทารกตายคลอด หรือภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

สรุป

จากการศึกษามารดาวัยรุ่นท้องแรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่ามารดาผู้ใหญ่ แต่มารดาผู้ใหญ่มีโอกาสเกิดภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด ทารกทำกัน ความเครียดของทารกในครรภ์ และศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานแม่ มากกว่ามารดาวัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวช และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่อนุญาต และให้คำแนะนำในการทำงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World health organization. Adolescent pregnancy (Issues in Adolescent health and development). Geneva: World health organization; 2004. p. 5.
2. World health organization. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World health organization; 2011.
3. Carmen Solomon-Fears. Teenage pregnancy prevention: statistic and programs, Congressional

- Research Service, April 2012,1-3.
4. มนฤดี เตชะอินทร์, พรพนี ศิริวรรณานา. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลเชียงใหม่ [สื่ออิเล็กทรอนิกส์] 2555 [วันที่สืบค้น 21 พฤษภาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก: URL: http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011index.php?option=com_content&view=article&id=742:adolescent-pregnancy&catid=45:topic-review&Itemid=561.
 5. Thato S, Rachukul S, Sopajaree C. Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: a retrospective study. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44:1158-64.
 6. Watcharaseranee N, Pinchantra P, Piyaman S. The Incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2006;89:S118-23.
 7. Keskinoglu P, Bilgic N, Picakciefe M, et al. Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20:19-24.
 8. พิระยุทธ สาณกุล, เพียงจิตต์ ธารไพโรสานนท์. ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2008;3:97-102.
 9. Phimolthres V. The incidence and complications of teenage pregnancy in Nongyai Hospital Chonburi. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center*. 2012;29:1-8.
 10. Suwannachart B, Ualalitchowong P. Maternal age and pregnancy outcomes. *Srinagarind Med*. 2007;4:401-7.
 11. Kittipibul S. Teenage pregnancy at Trat Hospital. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center*. 2010;27:107-14.
 12. Kumar A, Singh T, Basu S, et al. Outcome of teenage pregnancy. *Indian Journal of pediatrics*. 2007;74:927-31.
 13. Prasitlunkum M. Risk of low birth weight and adverse pregnancy outcomes in adolescent pregnancies at Chainat Hospital. *Thai J Obstet Gynaecol*. 2009;17:93-7.
 14. Chen X, Wen SW, Fleming N, et al. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2007;36:368-73.
 15. Kovavisarach E, Chairaj S, Tosang K, et al. Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2010;93:1-8.
 16. Geist RR, Beyth Y, Shashar D, et al. Perinatal outcome of teenage pregnancies in a selected group of patients. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006;19:189-93.
 17. Jahromi BN, Daneshvar A. Pregnancy outcome of parturient below 16 years of age. *Saudi Med J*. 2005;26:1417-9.
 18. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 - 2554. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [สื่ออิเล็กทรอนิกส์] 2550 [วันที่สืบค้น 21 พฤษภาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Plan/plan10-50.pdf>.
 19. Treffer PE, Olukoya AA, Ferguson BJ, et al. Care for adolescent pregnancy and childbirth. *In J Gynaecol Obstet*. 2001;75:111-21.
 20. Buhachat R, Pinjaroen S. Teenage primigravida

- and low birthweight delivery. Songkla Med J. 1998;16:113-23.
21. Isaranurug S, Mo-Suwan L, Choprapawon C. Differences in socio-economic status, service utilization and pregnancy outcomes between teenage and adult mothers. J Med Assoc Thai. 2006;89:145-51.
22. Taffa N. A comparison of pregnancy and child health outcome between teenage and adult mothers in the slums of Nairobi, Kenya. Int J Adolesc Med Health. 2003;15:321-9.
23. Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. J Adolesc Health. 1994;15:444-56.
24. Rogers MM, Peoples-Sheps MD, Suchindran C. Impact of social support program on teenage prenatal care use and pregnancy outcomes. J Adolesc Health. 1996;19:132-40.
25. Yoder BA, Toung MK. Neonatal outcomes of teenage pregnancy in a military population. Obstet Gynecol. 1997;90:500-6.
26. Eure CR, Lindsay MK, Graves WL. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. Am J Obstet Gynecol. 2002;189:918-20.
27. Suebnukarn K, Phupong V. Pregnancy outcomes in adolescent <15 years. J Med Assoc Thai. 2005;88:1758-62.
28. Jolly MC, Sebire N, Harris J, et al. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. Obstet Gynecol. 2000;96:962-6.
29. Yadav S, Choudhary D, Narayan KC, et al. Adverse reproductive outcomes associated with teenage pregnancy. Megill J Med. 2008;11: 141-4.
30. Briggs MM, Hopman WM, Jamieson MA. Comparing pregnancy in adolescents and adults: obstetric outcomes and prevalence of anemia. J Obstet Gynaecol Can. 2007;29:546-55.
31. Simoes VM, da Silva AA, Bettiol H, et al. Characteristics of adolescent pregnancy in Sao Luis Maranhao, Brazil. Rev Saude Publica. 2003; 37:559-65.