

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของความถี่ของการฝากครรภ์ ที่มีต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์

Effect of Frequency of Antenatal Care Visits on Obstetric Outcome

วีระเดช เฉลิมพลประภา พ.บ.,
ว.ว. สูติ - นรีเวชวิทยา
กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม
โรงพยาบาลนครปฐม

Veeradej Chalermopolprapa M.D.,
Thai Board of Obstetrics and Gynecology
Division of Obstetrics and Gynecology
Nakhonpathom Hospital

บทคัดย่อ

ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2545 จนถึง 31 ธันวาคม 2549 สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนครปฐมโดยที่ไม่ได้ฝากครรภ์ 743 คน ฝากครรภ์ 4 ครั้งครบตามเกณฑ์ 85 คน ฝากครรภ์ 8 ครั้ง 3,237 คน ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ 8 ครั้ง จะมีอายุ อายุครรภ์ ความเข้มข้นเลือด น้ำหนักทารกมากกว่ากลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จะมีลำดับครรภ์ คะแนนความเสี่ยงและจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV จำนวนทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวนทารกที่มี Apgar score ที่ 1 และ 5 นานที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ทารกตายในครรภ์ น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ 4 ครั้งครบตามเกณฑ์จะมีอายุครรภ์ ความเข้มข้นเลือดและน้ำหนักทารกมากกว่ากลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จะมีลำดับครรภ์และคะแนนความเสี่ยง จำนวนทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ABSTRACT

Study of pregnant women who gave birth at Nakhonpathom hospital, from January 1st, 2002 to December 31th, 2006. There were 743 pregnant women with no antenatal care, 85 pregnant women with 4 visits and 3,237 pregnant women with 8 visits. The pregnant women with 8 visits have higher age, gestational age, hematocrit and infant's weight than pregnant women with no antenatal care significantly. But tend to have lower gravida, risk score, pregnant women with HIV infection, infant with low birth weight, infant with lower or equal to 7 in Apgar score at 1 and 5 min and death fetus in utero than pregnant women with no antenatal care significantly. The pregnant women with 4 visits have higher gestational age, hematocrit and infant's weight than pregnant women with no antenatal care significantly. But tend to have lower gravida, risk score and infant with low birth weight than pregnant women with no antenatal care significantly.

บทนำ

การฝากครรภ์เป็นกระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อสร้างความมั่นใจว่า การตั้งครรภ์นั้นสามารถคลอดทารกที่มีสุขภาพดี โดยไม่บั่นทอนสุขภาพมารดา การฝากครรภ์ประกอบด้วย ประการแรกเพื่อให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย การทำงาน การพักผ่อน การถ่ายอุจจาระ การใช้ยาและการเฝ้าสังเกตสิ่งผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ประการที่สองเพื่อประเมินสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์โดยอาศัยวิทยาการและเครื่องมือมาช่วย ทำให้สามารถแยกสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (high risk pregnancy) ออกได้จากสตรีตั้งครรภ์ปกติ โดยสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด แม้การฝากครรภ์จะไม่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ แต่ก็ทำให้ตรวจพบได้เร็วขึ้นจนสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ ทำให้สามารถลดอัตราการตายของมารดาและทำให้ทารกคลอดมีชีวิตรอดและสุขภาพแข็งแรงดี

โดยปกติจะมีสตรีตั้งครรภ์กลุ่มหนึ่งที่ไม่สามารถเข้าถึงการบริการการฝากครรภ์ได้ ด้วยเหตุผลและปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายและการเสียเวลาในการฝากครรภ์ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงสูงสามารถลดจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ลงเหลือเพียง 4 ครั้ง ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะได้รับการดูแลตามความจำเป็นของแต่ละคน โดยที่ภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรงในระยะหลังคลอด ภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia) และการชักจากพิษแห่งครรภ์ (eclampsia) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย ตลอดจนการเสียชีวิตของมารดาและทารกไม่แตกต่างจากการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามมาตรฐานเดิม การดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่นี้ เน้นการให้สุศึกษาและคำแนะนำ บรรจุกิจกรรมต่าง ๆ ให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับในเวลาที่เหมาะสม¹

โรงพยาบาลนครปฐมได้ปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข วรรณะให้สตรีตั้งครรภ์ฝากครรภ์

ตั้งแต่เนิ่น ๆ โดยเฉพาะก่อน 12 สัปดาห์ แต่ก็มีสตรีตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนครปฐมไม่ฝากครรภ์ การศึกษานี้จึงมุ่งหวังที่ศึกษาผลลัพธ์ของการไม่ฝากครรภ์ และการฝากครรภ์ 4 ครั้งครบตามเกณฑ์

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง (retrospective study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในห้องคลอดโรงพยาบาลนครปฐม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2545 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2549 รวมระยะเวลา 5 ปี โดยศึกษาเฉพาะกรณีที่เป็นครรภ์เดียวและแบ่งสตรีที่มาคลอดเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่ไม่ได้ฝากครรภ์
2. กลุ่มที่ฝากครรภ์ 4 ครั้งตามเกณฑ์ดังนี้
 - ครั้งที่ 1 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 1-24 สัปดาห์
 - ครั้งที่ 2 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 25-28 สัปดาห์
 - ครั้งที่ 3 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 29-32 สัปดาห์
 - ครั้งที่ 4 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 33-36 สัปดาห์

3. กลุ่มที่ฝากครรภ์ 8 ครั้ง ซึ่งเป็นค่ามัธยฐาน (median) ของจำนวนครั้งการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งเท่ากับค่ามัธยฐาน (median) จากการศึกษาการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของสตรีที่มาคลอดในแต่ละกลุ่มได้แก่ อายุ ลำดับครรภ์ (gravida or G) อายุครรภ์ (gestational age or GA) น้ำหนักทารก (body weight or BW) ความเข้มข้นของเลือด (hematocrit or Hct) คะแนนความเสี่ยง (risk score) และจำนวนของสตรีที่ติดเชื้อ HIV

2. เปรียบเทียบวิธีการคลอด จำนวนทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม Apgar score ที่ 1 และ 5 นาทิน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 และจำนวนทารกตายในครรภ์ (death fetus in utero or DFU) ในแต่ละกลุ่ม

3. เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังคลอดในแต่ละกลุ่ม

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent-samples T test, Chi-square, Relative risk, 95% confidence interval โดยใช้โปรแกรม SPSS 13.0 for windows และ epi info 6

ผลการศึกษา

ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2545 จนถึง 31 ธันวาคม 2549 มีทารกเกิดมีชีพ 25,382 คน สตรีตั้งครรภ์ไม่ฝากครรภ์ 743 คน ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 18,379 คน ในจำนวนนี้ฝากครรภ์ 4 ครั้งครบตามเกณฑ์จำนวน 85 คน มีสตรีตั้งครรภ์ฝากครรภ์ 8 ครั้งจำนวน 3,237 คน คิดเป็นอัตราส่วนการไม่ฝากครรภ์ 2.93 ต่อจำนวนการเกิดมีชีพ 100 คน อัตราส่วนการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 72.41 ต่อจำนวนการเกิดมีชีพ 100 คน แต่ถ้าคำนวณเฉพาะการฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปโดยไม่คำนึงถึงว่าครบตามเกณฑ์หรือไม่จะมีอัตราส่วนการฝากครรภ์ 89.28 ต่อจำนวนการเกิดมีชีพ 100 คน ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ 8 ครั้งจะมีอายุ อายุครรภ์ ความเข้มข้นเลือด น้ำหนักทารกมากกว่ากลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่จะมีลำดับครรภ์ คะแนนความเสี่ยงและจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ 4 ครั้งครบตามเกณฑ์จะมีอายุครรภ์ ความเข้มข้นเลือดและน้ำหนักทารกมากกว่ากลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จะมีลำดับครรภ์และคะแนนความเสี่ยงน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์วิธีการคลอดในแต่ละวิธี จำนวนทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม Apgar score ที่

1 และ 5 นาทิ ≤ 7 และทารกตายคลอด พบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

เมื่อวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่า APH PIH และ PPH ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น Pre-term delivery ที่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

จากการวิเคราะห์ทางสถิติโดยให้กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์เป็นกลุ่มควบคุม (control) พบว่าในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ 8 ครั้งจะพบ HIV + ve น้อยกว่า (RR 0.22, CI 0.12-0.40) คลอดปกติ น้อยกว่า (RR 0.76, CI 0.73-0.79) น้ำหนักทารกแรกคลอด < 2,500 กรัม น้อยกว่า (RR 0.44, CI 0.37-0.52) Apgar score ที่ 1 นาทิ ≤ 7 น้อยกว่า (RR 0.26, CI 0.17-0.39) Apgar score ที่ 5 นาทิ ≤ 7 น้อยกว่า (RR 0.11, CI 0.06-0.23) ทารกตายในครรภ์ น้อยกว่า (RR 0.17, CI 0.08-0.37) Preterm delivery น้อยกว่า (RR 0.27, CI 0.20-0.37) แต่จะมีการผ่าตัดคลอดมากกว่า (RR 2.35, CI 1.95-2.83) ส่วนในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ 4 ครั้งครบตามเกณฑ์จะพบคลอดปกติ น้อยกว่า (RR 0.87, CI 0.76-0.99) น้ำหนักทารกแรกคลอด < 2,500 กรัม น้อยกว่า (RR 0.52, CI 0.29-0.95) แต่จะมีการผ่าตัดคลอดมากกว่า (RR 1.77, CI 1.17-2.66) (ตารางที่ 4)

จากการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ ร้อยละ 58.28 มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครปฐม มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 49.80 อาชีพแม่บ้านร้อยละ 34.86 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.07 (ตารางที่ 5-7)

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ได้ตามคำแนะนำ 8 ครั้งจะมีอายุ อายุครรภ์ ความเข้มข้นเลือด น้ำหนักทารกมากกว่ากลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จะมีลำดับครรภ์ คะแนนความเสี่ยงและจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

การฝากครรภ์ (ครั้ง)	0 (n = 743)	4 (n = 85)	8 (n = 3,237)	p-value
อายุ	25.40 ± 6.90	24.91 ± 6.72	26.45 ± 6.22*	< .05
ลำดับครรภ์ (Gravida)	2.37 ± 1.38	1.92 ± 0.94*	1.82 ± 0.92*	< .05
อายุครรภ์ (GA)	37.67 ± 4.98	38.32 ± 2.10*	38.13 ± 1.86*	< .05
ความเข้มข้นเลือด (Hct)	26.58 ± 14.66	34.08 ± 5.54*	35.22 ± 4.32*	< .05
คะแนนความเสี่ยง (risk score)	1.83 ± 1.85	1.15 ± 1.43*	1.10 ± 1.70*	< .05
น้ำหนักทารก (BW, gm)	2,768.31 ± 653.49	2,939.18 ± 480.34*	3,022.90 ± 449.66*	< .05
HIV +ve (%)	21 (2.83)	1 (1.18)	20 (0.62)*	< .05

หมายเหตุ * หมายถึงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

วิเคราะห์โดยใช้ ANOVA ในภาพรวมและใช้ LSD แยกเป็นคู่ ๆ ยกเว้น HIV +ve ใช้ chi-square

ตารางที่ 2 แสดงผลของการตั้งครรภ์ (obstetric outcome)

การฝากครรภ์ (ครั้ง)	0 (n = 743) (%)	4 (n = 85) (%)	8 (n = 3,237) (%)	p-value
คลอดปกติ (ราย)	625 (84.12)	62 (72.94)	2,071 (63.98)	< .05
ผ่าตัดคลอด (ราย)	104 (14.00)	21 (24.71)	1,065 (32.90)	< .05
คลอดโดยใช้หัตถการ (ราย) %	14 (1.88)	2 (2.35)	101 (3.12)	< .05
น้ำหนักทารก < 2,500 กรัม (ราย) %	167 (22.48)	10 (11.76)	321 (9.92)	< .05
Apgar score ที่ 1 นาที ≤ 7 (ราย) %	42 (5.65)	1 (1.18)	47 (1.45)	< .05
Apgar score ที่ 5 นาที ≤ 7 (ราย) %	24 (3.23)	1 (1.18)	12 (0.37)	< .05
ทารกตายในครรภ์ (ราย) %	15 (2.02)	0 (0)	11 (0.34)	< .05

หมายเหตุ วิเคราะห์โดยใช้ chi-square หรือ fisher's exact ในภาพรวม

ที่ฝากครรภ์ 4 ครั้งครบตามเกณฑ์ก็จะเป็นในทำนองเดียวกัน ยกเว้นอายุและจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ที่ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์จะทำให้ทราบปัจจัยที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่ฝากครรภ์ เพื่อที่จะได้หาแนวทางแก้ไขต่อไป กรณีที่

ตารางที่ 3 แสดงภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์หรือการคลอด

การฝากครรภ์ (ครั้ง)	0 (n = 743) (%)	4 (n = 85) (%)	8 (n = 3,237) (%)	p-value
APH	7 (0.94)	0 (0)	26 (0.80)	> .05
PIH	13 (1.75)	4 (4.71)	78 (2.41)	> .05
Preterm delivery	76 (10.23)	3 (3.53)	91 (2.81)	< .05
PPH	3 (0.40)	0 (0)	8 (0.25)	> .05

หมายเหตุ วิเคราะห์โดยใช้ chi-square หรือ fisher's exact ในภาพรวม

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ Relative Risk และ 95% CI โดยให้กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์เป็นกลุ่มควบคุม

การฝากครรภ์ (ครั้ง)	Relative Risk (95 % CI)	
	4	8
HIV +ve	0.42 (0.06 - 3.06)	0.22 (0.12 - 0.40)*
คลอดปกติ	0.87 (0.76 - 0.99)*	0.76 (0.73 - 0.79)*
ผ่าตัดคลอด	1.77 (1.17 - 2.66)*	2.35 (1.95 - 2.83)*
น้ำหนักทารก < 2,500 กรัม	0.52 (0.29 - 0.95)*	0.44 (0.37 - 0.52)*
Apgar score ที่ 1 นาที ≤ 7	0.21 (0.03 - 1.49)	0.26 (0.17 - 0.39)*
Apgar score ที่ 5 นาที ≤ 7	0.36 (0.45 - 2.66)	0.11 (0.06 - 0.23)*
ทารกตายในครรภ์		0.17 (0.08 - 0.37)*
Preterm delivery	0.35 (0.11 - 1.07)	0.27 (0.20 - 0.37)*

หมายเหตุ วิเคราะห์ relative risk เฉพาะข้อมูลที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากตารางที่ 2 และ 3

* หมายถึงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเทียบกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์

ตารางที่ 5 แสดงภูมิลาเนาของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์

ภูมิลาเนา	จำนวน (ร้อยละ)
นครปฐม	433 (58.28)
ต่างจังหวัด	310 (41.72)

ตารางที่ 6 แสดงอาชีพของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์

อาชีพ	จำนวน (ร้อยละ)
รับจ้าง	370 (49.80)
แม่บ้าน	259 (34.86)
ค้าขาย	55 (7.40)
เกษตรกร	39 (5.25)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17 (2.29)
ข้าราชการ-รัฐวิสาหกิจ	3 (0.40)

1. สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์มีอายุน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Raatikainen K และคณะ² การที่สตรีตั้งครรภ์อายุน้อยอาจทำให้ขาดความพร้อมทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ขาดความรับผิดชอบ ไม่เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์

2. สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์มีลำดับครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Couillet M และคณะ³ อาจเป็นเพราะเคยมีประสบการณ์กับการตั้งครรภ์และการคลอดมาก่อน และถ้าการตั้งครรภ์และการคลอดนั้นไม่มีปัญหา ในครรภ์หลังจึงไม่มาฝากครรภ์ เพราะคิดว่าการฝากครรภ์ไม่จำเป็น

3. สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์มีอายุครรภ์น้อยกว่าและจำนวนทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Curry MA.⁴ เนื่องจากการฝากครรภ์เป็นการตรวจและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ถ้าตรวจพบได้เร็วจะสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ ถ้าไม่ฝากครรภ์ปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจทำให้คลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้การได้รับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การแนะนำการพักผ่อน จากการให้สุขศึกษาระหว่างการฝากครรภ์ก็มีผลต่อน้ำหนักทารกด้วย

4. สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์มีความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ อาจเป็นเพราะสตรี

ตารางที่ 7 แสดงระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์

ระดับการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีการศึกษา	115 (15.48)
ประถมศึกษา	372 (50.07)
มัธยมต้น	148 (19.91)
มัธยมปลาย-ปวช.	87 (11.71)
ปวส.-อนุปริญญา-ปริญญาตรี	21 (2.83)

ที่ฝากครรภ์ได้รับธาตุเหล็กเสริม ทำให้ปัญหาโลหิตจางลดลง ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ ปัญหาโลหิตจางยังคงอยู่และอาจจะรุนแรงเพิ่มขึ้นถ้ามีโภชนาการที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม Dim CC และคณะ⁵ ได้แนะนำว่าการฝากครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ยังน้อยจะทำให้พบปัญหาโลหิตจางและรักษาได้เร็ว

5. สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์มีคะแนนเสี่ยง (risk score) มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ อาจเป็นเพราะปัญหาแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ไม่ได้รับการรักษา ตรงกันข้ามกับสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ ปัญหาแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้รับการรักษา ทำให้มีความเสี่ยงลดลง

6. สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์ติดเชื้อ HIV มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ อาจเป็นเพราะสตรีตั้งครรภ์ฝากครรภ์ที่อื่นแล้วมาคลอดที่โรงพยาบาลนครปฐมโดยไม่ได้นำสมุดฝากครรภ์มาทำให้เข้าใจว่าไม่ได้ฝากครรภ์ เพื่อปิดบังผลเลือดเพราะกลัวว่าบุคลากรทางการแพทย์จะรังเกียจหรืออาจรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ขาดกำลังใจ ไม่สนใจที่จะมาฝากครรภ์

นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า

1. สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์ส่วนหนึ่งมีภูมิลำเนามาจากต่างจังหวัดมาทำงานในจังหวัดนครปฐม ทำให้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพไม่ได้ ทำให้ไม่มีเงินมาฝากครรภ์ แม้แต่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดนครปฐมเอง ถ้า

ระยะทางจากบ้านอยู่ไกลจากสถานบริการก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่มาฝากครรภ์สอดคล้องกับการศึกษาของ Brown CA และคณะ⁶ ที่ว่าถ้าบ้านอยู่ไกลจากสถานบริการ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์

2. สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์มีการศึกษาน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Tough SC และคณะ⁷ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ขาดความเข้าใจถึงความสำคัญของการฝากครรภ์

3. สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและแม่บ้าน อาจต้องทำงานหรือเลี้ยงบุตร ไม่มีเวลาหรือหาคนพาไปฝากครรภ์ไม่ได้

นอกจากปัจจัยข้างต้นที่ได้จากการศึกษาแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นอีก เช่น รายได้ สถานภาพการสมรส แรงสนับสนุนทางสังคม⁷ ตลอดจนผู้ให้บริการเอง อาจจะขาดแคลนบุคลากร เครื่องมือเครื่องใช้หรือขั้นตอนการบริการที่ยุ่งยาก ใช้เวลานาน

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า การฝากครรภ์ 8 ครั้ง ให้ผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอด (obstetric outcome) ดีกว่าการไม่ฝากครรภ์ โดยมีจำนวนทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม Apgar score ที่ 1 และ 5 นาทีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ทารกตายในครรภ์และทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm delivery) น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์ ในขณะที่การฝากครรภ์ 4 ครั้งครบตามเกณฑ์ เฉพาะจำนวนทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมที่น้อยกว่ากลุ่มไม่ฝากครรภ์เท่านั้น Khatun S และคณะ⁸ ก็ได้ศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาถึงแม้ว่ารายได้จะเป็นเท่าไรถ้าฝากครรภ์ 4 ครั้งจะลดจำนวนทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมลงได้

จากการศึกษานี้พบว่า แนวโน้มของผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอด (obstetric outcome) ดีขึ้น ถ้ามีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์เพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าการฝากครรภ์ 8 ครั้งจะมีผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอด (obstetric outcome) ดีกว่าการฝากครรภ์ 4 ครั้งตามเกณฑ์ และการฝากครรภ์ 4 ครั้งตามเกณฑ์ก็ดีกว่าการไม่ฝาก

ครรภ์ การลดจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ตามการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก (WHO) แม้จะได้รับการพิสูจน์แล้วว่าไม่เพิ่มจำนวนทารกแรกคลอด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมและการตายของทารกระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด (perinatal mortality)⁹ ประหยัดค่าใช้จ่าย¹⁰ และเกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการในบางส่วน แต่ทั้งนี้ยังมีผู้รับบริการและผู้ให้บริการบางส่วนยังกังวลเกี่ยวกับระยะห่างของการฝากครรภ์ที่นานเกินกว่าการฝากครรภ์ปกติ¹¹

สรุป

การฝากครรภ์มีความสำคัญทำให้การตั้งครรภ์นั้นปลอดภัยทั้งมารดาและทารก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอด (obstetric outcome) สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์มักจะมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งคือ อายุน้อย ครรภ์หลัง อายุครรภ์น้อย น้ำหนักทารกแรกคลอดน้อย ชีต ติดเชื้อ HIV มีคะแนนความเสี่ยงสูง (risk score) ผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอด (obstetric outcome) มักไม่ดีเท่ากับสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO antenatal care randomized trial : Manual for the implementation of the new model. Geneva : WHO : 2002.
2. Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. BMC Public Health. 2007 Sep 27 ; 7 : 268.
3. Couillet M, Serhier Z, Tachfouti N, Elrhazi K, Nejari C, Perez F. The use of antenatal services in health centres of Fès, Morocco. J Obstet Gynaecol. 2007 Oct ; 27(7) : 688-94.
4. Curry MA. Factors associated with inadequate

- prenatal care. Community Health Nurs 1990 ; 7(4) : 245-52.
5. Dim CC, Onah HE. The prevalence of anemia among pregnant women at booking in Enugu, South Eastern Nigeria. MedGenMed 2007 Jul 11 ; 9(3) : 11.
6. Brown CA, Sohani SB, Khan KS, Lilford RJ, Mukhwana W. Antenatal care and perinatal outcomes in Kwale district, Kenya. BMC Pregnancy Childbirth. 2008 Jan 10 ; 8(1) : 2.
7. Tough SC, Siever JE, Johnston DW. Retaining women in a prenatal care randomized controlled trial in Canada : implications for program planning. BMC Public Health 2007 Jul 6 ; 7 : 148.
8. Khatun S, Rahman M. Quality of antenatal care and its dose-response relationship with birth weight in a maternal and child health training institute in Bangladesh. J Biosoc Sci 2007 Nov ; 1-17.
9. Lumbiganon P, Winiyakul N, Chongsomchai C, Chaisiri K. From research to practice : the example of antenatal care in Thailand. Bull World Health Organ. 2004 Oct ; 82(10) : 746-9.
10. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2001 ; (4) : CD000934.
11. Langer A, Villar J, Romero M, Nigenda G, Piaggio G, Kuchaisit C, et al. Are women and providers satisfied with antenatal care? Views on a standard and a simplified, evidence-based model of care in four developing countries. BMC Womens Health. 2002 Jul 19 ; 2(1) : 7.