

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ทารกที่เกิดจากการดาวน์รุ่นในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

Infants of Adolescent Mothers in Dumneonsaduak Hospital

เสมอใจ เห็นประเสริฐแท้, พบ., วว.กุมารเวชศาสตร์

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม

โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

Samerjai Henprasertthae M.D, Certificate in Pediatrics

Division of Pediatrics

Dumneonsaduak Hospital, Ratchaburi Province

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาในช่วงเวลาดังแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2546 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2547 ที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี มีหญิงตั้งครรภ์มาคลอดบุตรทั้งหมด 1,165 ราย เป็นวัยรุ่น 237 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.34 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.63 ปี และมีทารกที่เกิดจากการดาวน์รุ่น 238 ราย ปัญหาที่พบในมารดาวัยรุ่น เช่น การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ภาวะซีด คลอดก่อนกำหนด ตั้งครรภ์ซ้ำภายใน 2 ปี ปัญหาของเด็กที่เกิดจากการดาวน์รุ่นกลุ่มนี้ที่พบในช่วงแรกเกิด ได้แก่ ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอด โดยพบว่าปัจจัยเสี่ยงของน้ำหนักแรกเกิดน้อยคือ มารดาการศึกษาอายุ ไม่ได้ฝากครรภ์ น้ำหนักตัวมารดาเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า 50 กิโลกรัม และปัจจัยเสี่ยงของภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอดคือ การคลอดก่อนกำหนด การผ่าตัดคลอด การใช้เข็มช่วยคลอด และน้ำหนักแรกเกิดน้อย ทารกทุกรายได้รับการตรวจคัดกรองในช่วงแรกเกิดโดยกุมารแพทย์ แต่เมื่อนัดทารกมารับวัคซีนและตรวจสุขภาพซ้ำในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาล มีทารกเพียงร้อยละ 70.59 ที่มาตรวจตามนัด ติดตามดูทารกกลุ่มนี้พบว่าร้อยละ 74.1 สามารถ catch up growth ได้ในช่วง 1 ปีแรก ส่วนรายที่มีพัฒนาการช้าพบว่าเป็นผลจากปัจจัยด้านสุขภาพของทารกเอง

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive study in teenage pregnant and their babies in Dumneonsaduak Hospital. During 1 October 2003 to 30 September 2004, we found 237 teenage mothers and 238 babies. The mean of teenage mothers age was 17.63 years. These patients had many problems such as poor antenatal care, anemia, preterm labour, poor birth control and repeated pregnancy. Problems of the newborns were LBW and perinatal asphyxia. Risk factors of low birth weight were low maternal education, poor antenatal care and body weight under 50 kgs. at first ANC. Risk factors of perinatal asphyxia were preterm labour, cesarean section, forceps extraction and low birth weight. All of the babies received neonatal screening in postpartum ward by pediatricians but 70.59% of them came back to re-checkup in Well baby clinic at 1 month. 74.1% of the LBW infants caught up growth in one year. Causes of developmental delay in three infants were Prader-Willi syndrome, cerebral palsy and sequelae of prematurity.

บทนำ

วัยรุ่น เป็นวัยที่เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายอย่างต่อร่างกาย จิตใจ และวุฒิภาวะทางอารมณ์ ทั้งยังต้องมีการปรับบทบาทจากภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้ใหญ่มาสู่ภาวะการพึ่งพาตนเอง ซึ่งความไม่รู้จักการขาดประสบการณ์อาจทำให้เด็กวัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ ตัวอย่างปัญหาที่พบ เช่น ปัญหาด้านอุบัติเหตุจราจร ยาเสพติด ด้านความรุนแรง โรคซึมเศร้า และปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จากการศึกษาของสุวรรณ และคณะ¹ พบอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในกรุงเทพฯ อยู่ที่อายุ 14.5 ปี มีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การทำแท้ง ผิดกฎหมาย และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ จากรายงานของกรมอนามัย^{2,3} พบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี สูงถึงร้อยละ 13-15 ของการตั้งครรภ์ทุกอายุ ซึ่งกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์นี้จะมีโรคแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ได้สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า สำหรับข้อมูลการคลอดในโรงพยาบาลดำเนินสะดวกย้อนหลัง 3 ปี (2545-2547) พบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 14.92, 19.23, 20.34 (ตามลำดับ) ของการตั้งครรภ์ทุกอายุ โดยเกณฑ์ของกรมอนามัยกำหนดให้มีการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นไม่เกินร้อยละ 10 ข้อมูลของปีงบประมาณ 2548 ในช่วง 6 เดือนแรกพบสูงถึงร้อยละ 25.05 ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาถึงปัญหาที่พบในมารดาและทารก ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอดของวัยรุ่นที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ค้นหาประวัติการรักษาเดิมของมารดา และติดตามดูมารดาและทารกในช่วง 1 ปีแรก เพื่อสำรวจปัญหาและนำข้อมูลที่ได้มาเผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบของการวิจัย (Research Design)

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Design) เพื่อสำรวจข้อมูลโดยทั่วไปของมารดาวัยรุ่นและทารก เปรียบเทียบปัญหาที่พบในประชากรกลุ่มนี้กับกลุ่มทารกและมารดาที่มีอายุมากกว่า

ประชากรที่ศึกษา

ทารกและมารดาที่มีอายุนับถึงวันคลอดบุตรอยู่ในช่วง 11-19 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2546 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2547

เครื่องมือ

เป็นข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการค้นแฟ้มผู้ป่วยนอกของมารดาและทารก และบันทึกการคลอดของมารดา โดยข้อมูลที่น่ามาศึกษาได้แก่ ข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอด ปัญหาที่พบในช่วงแรกเกิด ข้อมูลมารดาเรื่องการเจ็บป่วยในอดีตและการมาตรวจหลังคลอด และข้อมูลทารกเมื่อมารดาคลอดและการตรวจร่างกายซ้ำจากกุมารแพทย์ในช่วง 1 ปีแรก

การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล (Data collection & Data analysis)

บันทึกข้อมูลที่ได้ลงในคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ คำนวณค่า Odds Ratio และหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรโดย Pearson Chi-square แสดงผลในรูปแบบตาราง และการพรรณนา

ผลการศึกษา

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2546 ถึง 30 กันยายน 2547 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวกทั้งหมด 1,165 ราย เป็นวัยรุ่น 237 ราย (คิดเป็นร้อยละ 20.34) และมีทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น 238 ราย (มารดาวัยรุ่นคลอดบุตรแฝด 1 ราย) พบว่าในมารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อนี้มากกว่ากลุ่มอื่น ได้แก่ ไม่ฝากครรภ์ ชีดระหว่างการตั้งครรภ์ การติดเชื้อซิฟิลิส คลอดก่อนกำหนด การช่วยคลอดโดยวิธี Vacuum extraction และ Forceps

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุมารดา กับปัญหาในการตั้งครรภ์และการคลอด

ข้อมูลการฝากครรภ์	มารดาวัยรุ่น		มารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป		Odds Ratio
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
ด้านมารดา					
ฝากครรภ์ 4 ครั้งครบตามเกณฑ์*	166	70.04	725	78.1	0.654
ไม่ฝากครรภ์	6	2.53	15	1.61	1.580
มีภาวะซีด	31	13.9	82	8.83	1.665
มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					
โรคเอดส์*	2	0.84	12	1.3	0.649
ซิฟิลิส	1	1.42	3	0.32	1.306
ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์					
การคลอดก่อนกำหนด	23	9.70	54	5.82	1.739
ครรภ์เป็นพิษ	3	1.27	16	1.72	0.730
การช่วยคลอด					
Vacuum extraction	28	11.81	105	11.31	1.050
Forceps extraction	1	0.42	1	0.1	3.927
Cesarean section	33	13.92	173	18.64	0.705
ด้านทารก					
น้ำหนักน้อย*	34	14.29	81	8.63	1.765
Birth Asphyxia*	6	2.55	22	2.36	1.086

หมายเหตุ *ตัวชี้วัดหนึ่งของงานอนามัยแม่และเด็ก

extraction ส่วนทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นก็พบความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาน้ำหนักแรกเกิดน้อย และการขาดออกซิเจนในระยะคลอด มากกว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่อายุมากกว่า 20 ปี

ปัญหาที่พบในการดูแลเด็กในช่วง 1 ปีแรก ได้แก่ การผสมนมไม่ถูกต้อง การเริ่มอาหารเสริมเร็วเกินไป ภาวะทุพโภชนา (ทั้งน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และเกินเกณฑ์) ปัญหาด้านพฤติกรรมและอุบัติเหตุภายในบ้าน

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า ทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นมีอัตราเสี่ยงในการเกิดปัญหาเรื่องน้ำหนักแรกเกิดน้อย และภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอดมากกว่าทารกที่เกิดจากมารดากลุ่มอื่น เมื่อพิจารณาในเรื่องน้ำหนักแรกเกิดน้อย พบว่าปัญหาในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาวัยรุ่นที่พบมากกว่ากลุ่มมารดาอื่น คือ ปัญหาเรื่องการไม่ได้ฝากครรภ์ ภาวะซีดระหว่างตั้งครรภ์ การ

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลของมารดาวัยรุ่น

ปัจจัยที่ศึกษา	ผลการศึกษา	ร้อยละ
อายุ	Range 14-19 ปี Mean 17.6 ปี	
การศึกษา	ไม่เกินประถมศึกษา	42.17
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	34.48
สถานภาพสมรส	สมรสตามกฎหมาย	2.95
	แยกทางกับสามีแล้ว	1.70
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ซิฟิลิส	0.40
	เชซไอวี	0.80
Adolescent risk	ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต	5.07
	เคยถูกล่วงละเมิดทางเพศ (เฉพาะที่มีหลักฐานที่โรงพยาบาล)	2.11
	เคยตั้งครรภ์	15.19
	เคยแท้งบุตร	5.07
การติดตามหลังคลอด	มาตรวจหลังคลอด	38.82
	คุมกำเนิดหลังคลอด	27.01
	ตั้งครรภ์ซ้ำในสองปีแรก	16.46

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลของทารกที่เกิดจากการดาวน์

ปัจจัยที่ศึกษา	ผลการศึกษา	ร้อยละ
อายุครรภ์	ก่อนกำหนด	9.7
น้ำหนักแรกเกิด	Range 980-3900 กรัม Mean 2926 กรัม	
ปัญหาที่พบในช่วงแรกเกิด	ต่ำกว่า 2500 กรัม	14.28
	แอสฟีกเซียแรกคลอด	2.55
	(25.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	
	เสียชีวิต	1.26
การตรวจสุขภาพที่อายุ 1 เดือน	มาตรวจ	70.59

ตารางที่ 4 แสดงผลการติดตามมารดาและทารกที่พบมีความผิดปกติช่วงแรกเกิดใน 1 ปีแรก

น้ำหนักแรกเกิดน้อย		มีภาวะขาดออกซิเจน ระยะคลอด	หมายเหตุ
จำนวนทั้งหมด	34	6	BA & LBW 3 คน
มาตรวจตามนัดที่อายุ 1 เดือน (WB clinic)	27	5	ทารกที่มี BA & LBW เสียชีวิต 1 คน
Exclusive BF			
ที่อายุ 1 เดือน	12	0	มารดา HIV infection 1 ราย
ที่อายุ 4 เดือน	2	0	(LBW)
ที่อายุ 6 เดือน	1	0	
น้ำหนักตัว 1 ปีแรก			
ต่ำกว่าเกณฑ์	7	1	
เกินเกณฑ์	0	0	
ติดตามได้ทั้งหมด	27	4	
พัฒนาการช้า	3	0	Delay growth & development 2 ราย
ติดตามได้ทั้งหมด	7	4	
ตรวจหลังคลอด			
มาตรวจทั้งหมด	9	2	มารดาที่บุตรเสียชีวิตมาตรวจ
คุมกำเนิด	6	1	หลังคลอดแต่ไม่ได้คุมกำเนิด
ตั้งครรภ์ซ้ำใน 2 ปี	8	1	ตั้งครรภ์ซ้ำใน 2 ปี

หมายเหตุ BA = Birth asphyxia, LBW = Low birth weight

HIV = Human immunodeficiency virus

ติดเชื้อกามโรค และการคลอดก่อนกำหนด เมื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยในมารดาดังกล่าวต่อการเกิดปัญหาในทารก พบว่าเฉพาะปัจจัยด้านการไม่ได้ฝากครรภ์ และการคลอดก่อนกำหนดที่มีผลต่อการเกิดปัญหาน้ำหนักแรกเกิดน้อย ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁴⁻⁵ โดยจะพบว่านอกจากปัญหาการคลอดก่อนกำหนดแล้วยังพบการตายของทารกกลุ่มนี้มากกว่ากลุ่มมารดาวัยเจริญพันธุ์ด้วย โดยจะมีปัจจัยทางด้านอื่นเช่น สุขภาพ

อนามัยของมารดา และสถานะเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี เป็นองค์ประกอบสำคัญ⁶⁻⁷ เมื่อนำปัจจัยอื่น ๆ มาศึกษาเพิ่มเติม (แสดงในตารางที่ 5) พบว่าการที่มารดาการศึกษาน้อย และน้ำหนักตัวเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า 50 กิโลกรัม มีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยด้วย มีการศึกษาพบว่ามารดาที่อายุน้อยกว่า 15 ปีมีความเสี่ยงที่จะเกิดการคลอดก่อนกำหนดมากกว่ามารดาในกลุ่มอื่น 3.7 เท่า⁸ (95% confidential interval เท่ากับ 1.285 - 10.689)

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านมารดากับภาวะน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม

ปัจจัยนำ	มารดาวัยรุ่น ที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย (n = 34)	มารดาวัยรุ่น ที่คลอดทารกน้ำหนักปกติ (n = 203)	รวม χ^2 , P value
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	60	77 1.003, 0.317
การศึกษาไม่เกินประถมศึกษา	10	87	97 10.601, 0.001*
อายุเมื่อคลอดต่ำกว่า 17 ปี	8	39	47 0.084, 0.773
มารดาเคยตั้งครรภ์	10	26	36 2.429, 0.119
น้ำหนักตัวเมื่อมาฝากครรภ์ ครั้งแรกต่ำกว่า 50 กิโลกรัม	24	69	93 7.795, 0.005*
มารดาไม่ได้ฝากครรภ์	3	3	6 4.056, 0.044*
มารดามีภาวะซีดระหว่าง ตั้งครรภ์	27	4	31 0.456, 0.796
การคลอดก่อนกำหนด	20	3	23 109.807, 0.000*

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติ

แสดงให้เห็นว่าอายุของมารดามีความเสี่ยงต่อการที่จะเกิดปัญหาเองอยู่แล้ว ดังนั้นถ้าจะพิจารณาถึงการแก้ไขสาเหตุน่าจะเป็นการพยายามป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น แต่ในการปฏิบัติอาจเป็นไปได้ยากทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษาด้วย เนื่องจากประชากรในอำเภอดำนินสะดวกเป็นกลุ่มประชากรที่มีวิถีการดำเนินชีวิตแบบชนบท ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรม ซึ่งไม่มีความจำเป็นที่จะต้องจบการศึกษาในระดับสูง จึงเห็นได้ว่ามารดาวัยรุ่นโดยส่วนใหญ่จบการศึกษาแค่ที่ระดับประถมศึกษา ซึ่งการออกจากระบบ

การศึกษาและเข้าสู่วัยทำงานเร็วทำให้การมีครอบครัวก็เริ่มเร็วกว่ากลุ่มประชากรที่อยู่ในชุมชนเมืองด้วย แนวทางแก้ไขจึงควรพยายามผลักดันให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการได้รับการศึกษา เพื่อไม่ให้หลุดจากระบบการศึกษาเร็ว และมีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์ ให้ความรู้เรื่องทักษะชีวิตเพศศึกษา และการป้องกันการตั้งครรภ์กับวัยรุ่นในโรงเรียนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียนประชาสัมพันธ์ให้มีการฝากครรภ์โดยเร็วและสม่ำเสมอ และมีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงวัยรุ่น

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านมารดา ทารก การฝากครรภ์และการคลอดกับภาวะทารกขาดออกซิเจนในระยะคลอด

ปัจจัยนำ	มารดาวัยรุ่น ที่ทารกมีภาวะขาด ออกซิเจน (n = 6)	มารดาวัยรุ่น ที่ทารกไม่มีภาวะขาด ออกซิเจน (n = 230)	รวม χ^2 , P value
มารดาไม่ได้ฝากครรภ์	0	5	5 0.134, 0.714
มารดาเคยตั้งครรภ์	2	33	35 1.652, 0.199
มารดามีภาวะซีดระหว่างตั้งครรภ์	1	29	30 1.420, 0.492
น้ำหนักตัวเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ต่ำกว่า 50 กิโลกรัม	3	89	92 0.195, 0.659
การคลอดก่อนกำหนด	2	20	22 4.170, 0.041*
การผ่าตัดคลอด	3	30	33 6.595, 0.010*
การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	2	26	28 2.691, 0.101
การใช้คีม	1	0	1 38.330, 0.000*
น้ำหนักแรกเกิดทารกต่ำกว่า 2,500 กรัม	3	39	42 4.330, 0.037*

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติ

ทารกกลุ่มนี้ร้อยละ 29.41 ไม่ได้มาตรวจตามนัดทำให้ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในรายที่ติดตามได้ร้อยละ 25.92 ยังคงมีปัญหาเรื่องน้ำหนักน้อย ทารกที่มีพัฒนาการช้าไม่ได้มีสาเหตุมาจากภาวะน้ำหนักแรกเกิดน้อย แต่เป็นภาวะที่เกิดร่วมกันเนื่องจากปัจจัยด้านสุขภาพของทารกเอง

คือ Prader willi syndrome, Preterm with extremely low birth weight และ Cerebral palsy ซึ่งรายหลังนี้คลอดก่อนกำหนดและต่อมาสามารถ catch up growth ได้ ในการดูแลเด็กกลุ่มนี้พบปัญหาการขงนมจาง ส่งผลให้เด็กน้ำหนักน้อย มีการให้กล้วยตั้งแต่อายุ 1 เดือนซึ่ง

พบว่าน้ำหนักเด็กกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ไม่ได้มีการบันทึกว่าเด็กคนดังกล่าวมีปัญหาทางด้านระบบทางเดินอาหารหรือไม่ แต่พบมีเด็กในกลุ่มมารดาวัยรุ่น (ที่ไม่ได้มีปัญหาช่วงแรกเกิด) ที่รับประทานกล้วยตั้งแต่ 1 เดือน ต่อมาเกิดภาวะลำไส้กลืนกัน (Intussusception)

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอดได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด การผ่าตัดคลอด การใช้เครื่องมือช่วยคลอด และน้ำหนักแรกเกิดน้อย (ดังตารางที่ 6) จากการศึกษาหาสาเหตุของภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอดที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า⁹ ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ปัญหาในระหว่างการคลอดเช่นการคลอดท่าก้น การช่วยคลอด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของการศึกษาในครั้งนี้ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการที่มารดาอายุน้อยคือการคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย ส่วนปัจจัยอื่นเป็นผลจากปัจจัยของการตั้งครรภ์และการตก ที่เป็นข้อบ่งชี้สำหรับการทำหัตถการช่วยคลอด เช่น ท่าของทารกที่ทำให้คลอดลำบาก การตั้งครรภ์แฝดร่วมกับมีการเสียชีวิตของแฝดที่ การติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ ฯลฯ ซึ่งภาวะเหล่านี้ส่งผลให้มีการขาดออกซิเจนในระยะคลอดได้ในมารดาทุกอายุ ดังนั้นการแก้ปัญหาการขาดออกซิเจนในระยะคลอดของทารกกลุ่มนี้คือการป้องกันภาวะน้ำหนักแรกเกิดน้อย ในการติดตามทารกควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการนัดทารกและมารดาให้กลับมาติดตามเรื่องการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก ส่งเสริมการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ เพราะพบว่าเมื่อนัดทารกกลับมาติดตามอาการที่อายุ 1 เดือนไม่มีทารก รายใดที่ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวเลย และที่สำคัญคือการแนะนำให้มารดาคุมกำเนิดในช่วง 2-3 ปีแรก หรือจนพ้นช่วงวัยรุ่น

ปัญหาที่พบในเด็กที่เกิดจากการดาวน์ซินโดรมสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ ระยะแรกคือช่วงแรกเกิด ระยะต่อมาคือตั้งแต่ช่วงวัยเด็กจนวัยรุ่นผ่านเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งแม้ในการศึกษานี้จะไม่ได้ติดตามดูแลต่อเนื่องนี้ แต่จากข้อมูลต่อไปนี้น่าจะทำนายได้ว่าเด็กที่เกิดจากการดาวน์ซินโดรมมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาได้มาก การเลี้ยงดูถูกเป็น

กระบวนการทางชีวภาพ ทางจิตวิทยาและทางสังคม ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการนี้ ได้แก่

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพ่อแม่แบ่งได้เป็นทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ในการศึกษาที่พบมารดาวัยรุ่นมีการติดเชื้อเอชไอวี และไม่มาตรวจติดตามในคลินิกเฉพาะโรคตามนัด ซึ่งโรคนี้ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจทำให้เด็กต้องกำพร้ามารดาและ/หรือบิดาและเป็นภาระในการเลี้ยงดูของญาติพี่น้องต่อไป ในบางรายที่โชคร้ายมีการติดเชื้อ หรืออยู่ในสังคมที่มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคนี้ก็อาจมีปฏิกิริยาจากสังคมรอบข้างส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของเด็กได้ ทางด้านสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นจากข้อมูลที่สุพรรณา เรื่องกาญจนา เศรษฐี รวบรวมไว้พบว่า^{1,10} พบเด็กในช่วงอายุ 10-19 ปี มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 19-21 และเคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 6.6-8.0 ในการศึกษาที่พบมารดาวัยรุ่นบางรายเคยพยายามฆ่าตัวตาย บางรายก็ต้องใช้ยารักษา ในอดีตบางรายเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีครอบครัวที่แตกแยก หรือออกจากบ้าน ฯลฯ ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมอยู่แล้ว ในขณะที่ตั้งครรภ์อาจมีความรู้สึกได้หลากหลาย ตั้งแต่ดีใจ กังวล รู้สึกผิด กลัว และที่พบได้บ่อยคือภาวะซึมเศร้า¹¹ เมื่อต้องมาดูแลเด็กซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดพร้อม ๆ กับที่ตัวมารดาเองก็ต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและฮอร์โมนในช่วงตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด อาจส่งผลให้มารดาวัยรุ่นมีปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรงขึ้นได้

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็ก แม้ว่าทารกในกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งจะมีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวน้อยแรกเกิด แต่ถ้าหากผ่านช่วง neonatal period ไปได้ ก็จะมีอัตราการเจริญเติบโตเหมือนเด็กทั่ว ๆ ไปตามปกติแต่จะมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาอื่นมากกว่า¹² ได้แก่ Prematurity and its sequelae ในการศึกษาที่พบทารกที่เกิดก่อนกำหนดมี ROP การเจริญเติบโตและการพัฒนาการช้า, Accidental trauma and poisoning การศึกษาที่พบอุบัติเหตุน้ำร้อนลวก อุบัติเหตุจลาจล ฯลฯ และเด็กที่เกิดจากการดาวน์ซินโดรม

มักมีปัญหาด้านพฤติกรรม พัฒนาการช้า สอดตกช้า
ขึ้น สถิติปัญญต่ำ และถูกทอดทิ้งมากกว่าเด็กที่เกิดจาก
มารดาผู้ใหญ่ที่อยู่ในเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมเดียว
กัน¹³

3. *ปัจจัยด้านครอบครัว* โดยส่วนใหญ่มารดา
วัยรุ่นกลุ่มนี้มักมีการศึกษาน้อย ประกอบอาชีพที่มีรายได้
ไม่มาก (ทำสวนและรับจ้าง) ทางด้านความสัมพันธ์
ระหว่างสามีภรรยาจะเห็นได้ว่าโดยส่วนใหญ่ จะไม่ได้จ
ทะเบียนสมรสถึงจะเป็นการคลอดบุตรครั้งแรกหลังกับสามี
เดิมก็ตาม บางรายมีการแยกทางกับสามีแล้วและมีสามี
ใหม่ ความไม่มั่นคงของสถานภาพสามีภรรยา การศึกษา
และสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำ ประกอบกับวุฒิ
ภาวะทางอารมณ์ที่ยังไม่มั่นคงของมารดาวัยรุ่น อาจส่ง
ผลให้เกิดการครอบครัวยุติแตกแยกเกิดปัญหาในเด็กตาม
มาได้ ในสหรัฐอเมริกาที่เมือง Baltimore ได้ติดตาม
มารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตรเป็นเวลานาน 17 ปี พบว่ามี
เพียงร้อยละ 16 ที่ยังคงสภาพการแต่งงานอยู่¹³

4. *ปัจจัยด้านสังคม* มารดาที่มีการตั้งครรภ์ตั้งแต่
อายุน้อยมักมีปัญหาต่อเนื่องมาตั้งแต่วัยเด็ก¹⁴ เช่น ปัญห
ด้านการเรียน มาจากครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจ
และสังคมต่ำ มีประวัติการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นมาก่อน
และมารดามีการศึกษาน้อย สำหรับบิดาก็มักเป็นกลุ่มที่
ไม่ค่อยประสบความสำเร็จด้านการเรียน อาจมีการใช้สาร
เสพติดได้สูง และมักมีพฤติกรรมที่ผิดกฎหมาย เด็กที่เกิด
มาจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่อสังคมได้เช่นกัน
ข้อมูลข้างต้นมีข้อจำกัดที่เป็นการศึกษาย้อนหลังและ
ทราบข้อมูลเฉพาะที่มีการบันทึกไว้ในแฟ้มผู้ป่วยเท่านั้น
แต่เมื่อพิจารณาจากข้อมูลเท่าที่ได้ก็จะพบว่าทารกที่เกิด
จากมารดาวัยรุ่นกลุ่มนี้มีแนวโน้มจะมีคุณภาพชีวิตด้อย
กว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่มีอายุมากกว่า

สรุป

การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อตัวมารดา
เองและเด็ก ทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และ

ต่อครอบครัวและสังคมรอบด้าน ควรที่หลาย ๆ ฝ่ายจะเข้า
มาร่วมมือกันแก้ไขปัญหา การแก้ปัญหาควรเน้นที่การ
ป้องกันการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นและการวางแผนครอบครัว
ที่เหมาะสมในรายที่มีการตั้งครรภ์แล้ว บทบาทของกุมาร
แพทย์ในชุมชนได้แก่ ให้ความรู้แก่วัยรุ่นในเรื่องทักษะชีวิต
ทักษะการปฏิเสธ ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิด
 ฯลฯ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ส่วนของภาครัฐควรมีนโย
บายที่จะส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการศึกษา
แจ้งให้ประชาชนทราบถึงผลกระทบที่จะตามมา ดูแลให้
สื่อต่าง ๆ นำเสนอทัศนคติในเรื่องเพศอย่างเหมาะสม ใน
รายที่ตั้งครรภ์แล้วควรฝากครรภ์โดยเร็วและสม่ำเสมอ ฝ่
ะวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ มีระบบ
การนัดและติดตามมารดาและทารกที่จัดขึ้นเป็นพิเศษ
สำหรับกลุ่มนี้ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาและการ
คุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สุรติ เล็กอุทัย ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ที่เห็นความสำคัญและสนับ
สุนุนการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Ruangchanasetr S, Plitponkarpim A, Hetrakul P,
Kongsakon R. Youth risk behavior survey-Bangkok,
Thailand. J Adolesc Health (in press)
2. สุวรรณ วรคามิน. การประชุมระดมสมองเรื่อง Teen-
age pregnancy and teenage mother และเพศศึกษา :
กรณีศึกษา และบทบาทของแพทย์. จัดโดยราชวิท-
ยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สถาบันสุขภาพ
เด็กแห่งชาติมหาราชินี, กรุงเทพมหานคร, 1 พ.ย. 2545
3. พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย. รศ.พญ. สุวรรณ
เรืองกาญจน์เศรษฐ์. ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. Available
from: URL: <http://www.anamai.moph.go.th/advisor/>

- conference/HT04/Risk.pdf
4. McAnarncy ER. Young maternal age and adverse neonatal outcome. Arch Dis Child 1987 ; 141 : 1053-9.
 5. Battaglia FC, Frazier TM, Hellegers AE. Obstetric and pediatric complications of juvenile pregnancy. Pediatrics 1963 ; 32 : 902-10.
 6. Zuckerman B, Alpert J, Dooling E, Hingson R, Kayne H, Mordock S, et al. Neonatal outcome : is adolescent pregnancy a risk factor? Pediatrics 1983 ; 71 : 489-93.
 7. Horon IL, Strobino DM, MacDonald HM. Birth weights among infants born to adolescent and young adult women. Am J Obstet Gynecol 1983 ; 146 : 444-9.
 8. สุรพล อริยเดช. ปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์การคลอดก่อนกำหนดในผู้คลอด โรงพยาบาลระยอง. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 24 ฉบับที่ 4 ต.ค.-ธ.ค. 44.
 9. สุดารัตน์ วัฒนโยธิน. การวิเคราะห์หาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนระยะคลอด และภาวะแรกเกิดน้ำหนักน้อย ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มี.ค. 47
 10. อุมพร ตรังคสมบัติ, อัมพล สุอำพัน, ชัยยันตร์ สุขบาล, สวณะ พบสุข. พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น : ความชุกและปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง. รายงานผลการวิจัยทุนองค์การอนามัยโลก มีนาคม 2541.
 11. WHEN CHILDREN HAVE CHILDREN. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Available from:URL:<http://www.aacap.org/publications/factsfam/pregnant.htm>
 12. จันทิชาติตา พฤษานานนท์. Adolescent Sexual Health. ใน : พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, วิสวารณ บุญสิทธิ, วิโรจน์ อารีย์กุล, บรรณานิการ. กลยุทธ์การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ 'วัยรุ่น'. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ชัยเจริญ ; 2547. หน้า 113-24.
 13. Steven-Simon C, McAnarncy ER. Adolescent pregnancy. In : McAnarncy ER, Kreipe R, Orr DP, Comerici GD, editors. Textbook of adolescent medicine. Philadelphia: WB Saunders ;1992 : 689-95.
 14. Elfenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnancy. In : Pediatr Clin North Am. 2003 Aug ; 50(4) : 781-800, VIII.