

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัญหาของการตั้งครรภ์และการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี

Problems of Obstetrics and Perinatal Outcome of Adolescent Nulliparous Pregnant Women in Health Promotion Hospital Region 4 Rachaburi.

ธีระ ภิรมย์สวัสดิ์ พ.บ.

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี

Theera Piromsawasdi M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology

Health Promotion Hospital

Region 4 Ratchaburi

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากผู้มาคลอดครรภ์แรกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรีตั้งแต่ มกราคม พ.ศ.2545 ถึงเมษายน พ.ศ.2546 จำนวน 1,314 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลเสียต่อการตั้งครรภ์และการคลอดของหญิงวัยรุ่นคลอดครรภ์แรกที่อายุน้อยกว่า 20 ปี เปรียบเทียบกับกลุ่มอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยดังกล่าว เมื่อมีการแบ่งหญิงคลอดครรภ์แรกออกเป็น 4 ช่วงอายุ ได้แก่ ช่วงอายุน้อยกว่า 17 ปี, ช่วงอายุ 17-19 ปี, ช่วงอายุ 20-24 ปี และช่วงอายุตั้งแต่ 25 ปี ขึ้นไป จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สูงขึ้นชัดเจนในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นคือ การฝากครรภ์ ไม่ครบเกณฑ์ ($P = 0.01$) และการคลอดก่อนกำหนด ($P = 0.023$) นอกจากนั้นยังพบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยลง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ < 17 ปี ยิ่งพบปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อการตั้งครรภ์และการคลอดเพิ่มสูงขึ้นอีก ได้แก่ ความสูงที่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร ผลเลือด HBsAg Positive ภาวะโลหิตจาง และมีภาวะ Asphyxia ที่ 5 นาที

จากการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดปัญหาต่อการตั้งครรภ์และการคลอดที่ชัดเจนคือการฝากครรภ์ ไม่ครบตามเกณฑ์และการคลอดก่อนกำหนด และพบปัญหาสูงขึ้นมากถ้าหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยลง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ < 17 ปี ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นควรต่างจากการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ทั่วไป ควรเน้นระวังปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และต้องดูแลด้านจิตใจให้มากขึ้นโดยเฉพาะในวัยรุ่นตอนต้น นอกจากนั้น ควรหาหนทางให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ให้ครบตามเกณฑ์ให้ได้มากกว่าในปัจจุบัน รวมถึงการจัดตั้งคลินิกฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นโดยเฉพาะ อาจเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อแม่และลูกได้

ABSTRACT

Data were collected from 1,314 nulliparous pregnant women who delivered at Health Promotion Hospital Region 4 Ratchaburi from Jan. 2002 - Apr. 2003. To study risk factor of adolescent pregnancy group (< 20 yrs.) compared with adult pregnancy group (≥ 20 yrs.) and to study risk factor trend by divided population into 4 range of age. (< 17 yrs. , 17-19, 20-24 and ≥ 25 yrs) We found poor antenatal care ($P = 0.01$) and preterm labor ($P = 0.023$) in adolescent pregnancy were significant higher than adult pregnancy. And we also found more risk factor were significant higher in the youngest group (< 17 yrs.) such as height less than 1.5 meter, blood HBsAg positive, anemia and birth asphyxia at 5 minute.

From this study we concluded that poor antenatal care and preterm labor were higher in adolescent pregnancy and more problems were found in younger adolescent especially < 17 yrs. We should take care of adolescent pregnancy more closely than adult pregnancy about risk factor and mental health especially in younger age. We suggested that adolescent pregnancy should have good antenatal care and special teenage pregnancy clinic should be set up to improve better pregnancy outcome.

บทนำ

การตั้งครรภ์ในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี หรือ Teen-age Pregnancy มีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนขึ้น โดยในเขต 4 จะพบว่ามี การตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี ประมาณร้อยละ 16 และทั่วประเทศพบประมาณร้อยละ 11-12 ซึ่งการตั้งครรภ์ในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา ทั้งปัญหาทางด้านการแพทย์ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาทางด้านสังคมอีกมากมาย เช่น ปัญหาการทำแท้งผิดกฎหมาย ปัญหาไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ดีเท่าที่ควรจากปัญหาทางเศรษฐกิจ อาจทำให้มารดาขาดการศึกษาต่อหลังจากการคลอดบุตรแล้ว ปัญหาการทอดทิ้งลูก ซึ่งเป็นปัญหาต่อสังคมในระยะยาวอย่างมากต่อไป กระทรวงสาธารณสุขจึงตั้งเป้าหมายลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้อยู่ต่ำกว่าร้อยละ 10

แนวทางในการจัดการกับปัญหาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกคือมาตรการในการป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี ได้แก่ การให้การศึกษาโดยเฉพาะในเรื่องเพศศึกษา การให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด การปลูกฝัง

ค่านิยมในเรื่องการไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส ในขณะที่เดียวกันมาตรการในการรองรับสำหรับหญิงตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี ก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน การศึกษาวิจัยในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี จึงเป็นเรื่องที่จำเป็น เพื่อรับทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในเขต 6-7 จะได้รองรับปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น ส่วนมากมักเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เนื่องจากส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยเรียน ไม่ต้องการให้ผู้ปกครองหรืออาจารย์ทราบ บางส่วนจึงแก้ปัญหาโดยวิธีทำแท้งเถื่อน ซึ่งหลายครั้งเกิดปัญหาแทรกซ้อนรุนแรงเกิดขึ้น จากการทำแท้งด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง แต่ยังมีวัยรุ่นบางส่วนไม่ได้ตัดสินใจทำแท้ง ร่วมกับมีวัยรุ่นอีกส่วนหนึ่งที่ตั้งใจจะตั้งครรภ์จริง ๆ แต่เนื่องจาก การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นถือว่าเป็นครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกได้สูงกว่าการตั้งครรภ์ในผู้ใหญ่ เนื่องจากวัยรุ่นนั้นสภาพร่างกายยังไม่พร้อม สภาพเส้นใยของกล้ามเนื้อมดลูก (uterine fiber) ยังไม่แข็งแรง และขณะตั้งครรภ์มักมีความเครียดสูงมาก²¹ รวม

กับการที่ต้องการปิดบังการตั้งครรภ์ไว้ ทำให้มาฝากครรภ์ช้ามากหรือบางครั้งไม่ได้ฝากครรภ์เลย⁹ จากสาเหตุทั้งหมดก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอดได้หลายประการ เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะครรภ์เป็นพิษ คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (asphyxia) ซึ่งพบได้บ่อยกว่าการตั้งครรภ์ในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸

จากหลาย ๆ งานวิจัย สรุปสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในการตั้งครรภ์และการคลอดของหญิงวัยรุ่นนั้นเกิดจากการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ เริ่มฝากครรภ์ช้าหรือไม่ได้ฝากครรภ์⁹ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการฝากครรภ์ที่ดี หรือเข้าคลินิกพิเศษที่ดูแลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยเฉพาะ มักจะมีผลของการตั้งครรภ์และการคลอดที่ดีไม่ต่างจากการตั้งครรภ์ในกลุ่มผู้ใหญ่¹⁰⁻¹²

สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นมีการฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์เนื่องจากการมักเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม มักไม่ได้รับความยอมรับจากผู้ปกครองหรือญาติ รวมทั้งยังอาจไม่ต้องการให้อาจารย์หรือเพื่อนรับรู้ จึงต้องปิดบังไว้ไม่กล้าเปิดเผย รอจนครรภ์ใหญ่มาแล้วจึงได้มาฝากครรภ์¹³ ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ขาดโอกาสที่ดีในการได้รับการดูแล เรียนรู้วิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ได้รับยาบำรุง และเรียนรู้อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่จะได้จากการฝากครรภ์ ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ปัญหา จึงมีบางแห่งตั้งคลินิกพิเศษของมารดาวัยรุ่นโดยเฉพาะ¹⁴ เพื่อให้ง่ายในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข และมีการดูแลเป็นระบบจากผู้ที่มีประสบการณ์ มีการดูแลต่อเนื่อง ทำให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดลงได้

ทารกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนั้น มีโอกาสที่จะเสียชีวิตสูงถึง 1.3-1.9 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-24 ปี¹⁵ เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักตัวน้อย จึงมีสถาบันหลายแห่งหาหนทางแก้ไข เช่น ปรับระบบการฝากครรภ์ให้ดีขึ้น หาวิธีที่ทำให้น้ำหนักทารกแรกเกิดดีขึ้น เช่น การจัดโปรแกรม

อาหารสำหรับหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ มีการเพิ่มอาหารพวกโปรตีน วิตามินและเกลือแร่ พบว่าสามารถเพิ่มน้ำหนักทารกแรกคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ แต่จะต้องระวังในมารดาวัยรุ่นที่น้ำหนักขึ้นมากและเร็ว หลังคลอดมักจะลดน้ำหนักไม่ค่อยได้ ทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพและมีผลให้เพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอดในท้องถัดไป^{17,18}

เมื่อมารดาวัยรุ่นคลอดบุตรแล้ว แต่ปัญหาทั้งหลายยังไม่ได้หมดไป เนื่องจากในภายภาคหน้ายังมีปัญหาอีกมาก เช่น ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นจึงควรจัดตั้งระบบเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไปในระยะยาวเพื่อเป็นการลดปัญหาทางสังคมที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย¹⁹

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น นอกจากจะพบปัญหาต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีการศึกษาถึงผลกระทบต่อสุขภาพและการเจริญเติบโตของวัยรุ่นหลังจากคลอดบุตร ในบางรายงานพบว่าหลังคลอดแล้วความสูงของมารดาแทบจะไม่เพิ่มขึ้นเลย²⁰ หรือมารดาหลังคลอดไม่สามารถลดน้ำหนักได้ทำให้กลายเป็นโรคอ้วน^{17,18} ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพของสังคมในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดของหญิงคลอดครั้งแรก ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี กับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
2. ศึกษาแนวโน้มของปัจจัยที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ของหญิงคลอดครั้งแรก แบ่งตามช่วงอายุต่าง ๆ ได้แก่ ช่วงอายุน้อยกว่า 17 ปี, ช่วงอายุ 17-19 ปี, ช่วงอายุ 20-24 ปี และช่วงอายุตั้งแต่ 25 ปี ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

หญิงคลอดครั้งแรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 จังหวัดราชบุรี ในช่วง

เดือน มกราคม พ.ศ. 2545 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2546
จำนวน 1,314 คน โดยแบ่งเป็น

1. กลุ่มศึกษาคือหญิงคลอดครั้งแรกที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งกลุ่มนี้จะแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มอายุน้อยกว่า 17 ปี (51 คน) และกลุ่มที่อายุ 17-19 ปี (252 คน)

2. กลุ่มเปรียบเทียบคือหญิงคลอดครั้งแรกที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่คลอดในช่วงเวลาเดียวกัน กลุ่มนี้จะแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อยคือ ช่วงอายุ 20-24 ปี (603 คน) และช่วงอายุตั้งแต่ 25 ปี ขึ้นไป (408 คน)

วิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็น Retrospective cross sectional study โดยบันทึกข้อมูลจากใบย่อคลอด เกี่ยวกับผู้ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2545 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2546 เฉพาะหญิงคลอดครั้งแรกเท่านั้น โดยมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด

ผลการวิจัยในส่วนของการเปรียบเทียบปัจจัยของการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากรในการวิจัยรวมทั้งสิ้น 1,314 คน มีภูมิลาเนา จำแนกได้ดังนี้ จังหวัดราชบุรีร้อยละ 72.7 จังหวัดเพชรบุรีร้อยละ 9.3 จังหวัดนครปฐมร้อยละ 5.8 จังหวัดสมุทรสงครามร้อยละ 4.4 จังหวัดกาญจนบุรีร้อยละ 3.0 และจังหวัดอื่น ๆ อีกร้อยละ 4.8 เมื่อนำกลุ่มหญิงคลอดครั้งแรก ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นกลุ่มศึกษา และกลุ่มหญิงคลอดครั้งแรก ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยทำการเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด สามารถสรุปดังตารางที่ 1

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่กลุ่มวัยรุ่นพบมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ($P = 0.01$) การคลอดก่อนกำหนด ($P = 0.023$) และ

การคลอดปกติทางช่องคลอด ($P = 0.000$)

ผลการวิจัยเพื่อดูแนวโน้มของปัจจัยที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของช่วงอายุต่าง ๆ

โดยแยกประชากรกลุ่มเดิมออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มที่อายุน้อยกว่า 17 ปี จำนวน 51 คน กลุ่มอายุ 17-19 ปี จำนวน 252 คน กลุ่มอายุ 20 - 24 ปี จำนวน 603 คน และกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปี จำนวน 408 คน โดยทำการเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด สามารถสรุปดังตารางที่ 2

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่กลุ่มวัยรุ่นพบมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ($P = 0.000$) ส่วนสูงของมารดาที่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร ($P = 0.021$) ผลเลือดตับอักเสบบี (HBsAg) Positive ($P = 0.034$) ภาวะโลหิตจาง ($P = 0.008$) การคลอดก่อนกำหนด ($P = 0.001$) การคลอดปกติทางช่องคลอด ($P = 0.000$) และภาวะ Birth Asphyxia ที่ 5 นาที ($P = 0.01$)

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การศึกษครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ต้องการศึกษาแนวโน้มของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นคลอดครั้งแรกในช่วงอายุต่าง ๆ โดยเลือกประชากรเฉพาะหญิงคลอดครั้งแรกเท่านั้น เพื่อลดตัวกวน (confounding factor) ในงานวิจัย เพราะในครรภ์หลังจะมีผลเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่ต้องการศึกษาได้ โดยมีการแบ่งเป็น 4 ช่วงอายุ พบว่ากลุ่มอายุ < 17 ปี มีโอกาสที่จะพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และการคลอดสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ คือ มีการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ความสูงต่ำกว่า 150 เซนติเมตร ผลเลือด HBsAg Positive ภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด และมีภาวะ Asphyxia ที่ 5 นาที เป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งใกล้เคียงและสอดคล้องกับหลาย ๆ งานวิจัย โดยเฉพาะในเรื่องของการคลอดก่อนกำหนด³⁻⁸ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ perinatal morbidity and mortality สูงขึ้น แต่เมื่อ

ตารางที่ 1 สรุปการเปรียบเทียบปัจจัยของการตั้งครรภ์และการคลอดกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบเมื่อมีการทดสอบทางสถิติแล้ว

ปัจจัย	อายุ < 20 ปี	อายุ ≥ 20 ปี	p value
การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์	54.00%	43.40%	<u>0.01</u>
ส่วนสูงของมารดาที่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร	12.50%	13.40%	0.726
ผลเลือด Anti HIV reactive	0.30%	1.10%	0.22
ผลเลือดตับอักเสบบี (HBsAg) Positive	2.30%	3.00%	0.539
ภาวะโลหิตจาง (ความเข้มข้นของเลือด < 33%)	18.30%	14.10%	0.083
การกระตุ้นการดำเนินการคลอด (Augmentation of labor)	43.20%	41.90%	0.682
การใช้ยาเพื่อลดความปวดและความวิตกกังวล ในช่วงการคลอด (Sedative)	76.60%	75.70%	0.776
การตายคลอด (Still birth)	0.00%	0.50%	0.219
การคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์)	16.00%	11.10%	<u>0.023</u>
การคลอดปกติ (Normal labour)	69.40%	51.30%	<u>0.000</u>
เด็กน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม (LBW)	10.60%	10.70%	0.977
ภาวะ Birth Asphyxia ที่ 1 นาที	4.00%	2.60%	0.813
ภาวะ Birth Asphyxia ที่ 5 นาที	0.70%	0.80%	0.361
การคลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ ต่ำกว่า 20 ปีและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยดูเฉพาะคน ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์เท่านั้น	5.80%	4.60%	0.361

ตารางที่ 2 สรุปการเปรียบเทียบในส่วนแนวโน้มของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดของช่วงอายุต่าง ๆ เมื่อมีการทดสอบทางสถิติแล้ว

ปัจจัย	อายุ < 17 ปี	อายุ 17-19 ปี	อายุ 20-24 ปี	อายุ ≥ 25 ปี	p value
การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์	51.10%	54.80%	48.10%	38.00%	<u>0.000</u>
ส่วนสูงของมารดาที่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร	28.20%	9.90%	13.20%	13.30%	<u>0.021</u>
ผลเลือด Anti HIV reactive	0.00%	0.40%	0.80%	1.50%	0.444
ผลเลือดตับอักเสบบี (HBsAg) Positive	7.80%	1.20%	3.50%	2.20%	<u>0.034</u>
ภาวะโลหิตจาง (ความเข้มข้นของเลือด < 33%)	25.00%	16.70%	16.40%	10.40%	<u>0.008</u>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	อายุ < 17 ปี	อายุ 17-19 ปี	อายุ 20-24 ปี	อายุ > 25 ปี	p value
การกระตุ้นการดำเนินการคลอด (Augmentation of labor)	41.20%	43.90%	40.50%	45.10%	0.504
การให้ยาเพื่อลดความปวดและความ วิตกกังวลในช่วงการคลอด (Sedative)	80.90%	75.60%	75.60%	76.40%	0.871
การตายคลอด (Still birth)	0.00%	0.00%	0.80%	0.40%	0.116
การคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์)	22.00%	15.40%	14.40%	7.60%	<u>0.001</u>
การคลอดปกติ (Normal labour)	62.70%	70.40%	59.30%	38.00%	<u>0.000</u>
เด็กน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม (LBW)	13.70%	11.10%	13.20%	9.10%	4.414
ภาวะ Birth Asphyxia ที่ 1 นาที	3.90%	4.30%	2.60%	3.00%	0.489
ภาวะ Birth Asphyxia ที่ 5 นาที	3.90%	0.00%	1.20%	0.20%	<u>0.010</u>

แบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็นเพียง 2 กลุ่ม โดยให้กลุ่มศึกษาอายุน้อยกว่า 20 ปี ส่วนที่เหลือให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวถึงเหลือเพียงการฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ ($P = 0.01$) และการคลอดก่อนกำหนด ($P = 0.023$) ที่กลุ่มศึกษายังมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.00$) นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มศึกษาลับมีอัตราการคลอดปกติสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นสิ่งที่พบได้เป็นบ่อยครั้งในหลายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้^{3,9-12} เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักไม่ได้รับการยอมรับ จึงต้องปิดบังไว้และจะมาฝากครรภ์เมื่อครรภ์ใหญ่แล้ว พบว่าวัยรุ่นยังอายุน้อยยิ่งมาฝากครรภ์ช้า⁹ แต่ถ้าวัยรุ่นนั้นมีการฝากครรภ์ที่ติดลบมีผลของการตั้งครรภ์และการคลอดไม่ต่างจากการตั้งครรภ์ของผู้ใหญ่แต่อย่างใด¹⁰⁻¹² ซึ่งตรงกับการศึกษานี้โดยเมื่อดูเฉพาะประชากรที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์เท่านั้น กลับพบว่าการคลอดก่อนกำหนดของกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ใหญ่มีค่าไม่แตกต่าง

กัน (ค่า $P = 0.361$) ดังตารางที่ 1

ปัจจัยหนึ่งที่ได้ผลตรงข้ามกับความรู้สึก คือการที่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนั้น มักจะสามารถคลอด ปกติทางช่องคลอดได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ ทั้ง ๆ ที่เชิงกรานของวัยรุ่นยังเติบโตไม่เต็มที่นัก น่าจะมีปัญหาเวลาคลอดบุตรทางช่องคลอด แต่เพราะหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักเกิดภาวะการคลอดก่อนกำหนด เด็กจึงมีขนาดเล็ก ทำให้สามารถคลอดปกติได้ ซึ่งตรงกับงานวิจัยอีกหลายแห่งเช่นกัน^{7,8} และนอกจากนั้นความนิยมในเรื่องการผ่าตัดคลอด อาจมีผลต่อปัจจัยข้อนี้ ทำให้ผลที่ออกมาเบี่ยงเบนได้ เมื่อดูปัจจัยในเรื่องความสูงที่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร ไม่พบความแตกต่างกันของทั้งกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ใหญ่ แต่เมื่อดูแนวโน้มใน 4 ช่วงอายุ พบว่าในกลุ่มอายุ < 17 ปี กลับมีความสูงที่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตรถึงร้อยละ 28.2 มากกว่าช่วงอายุอื่น ๆ อย่างชัดเจน ทั้งนี้ถ้ามีประชากรในการวิจัยมากกว่านี้ ผลของวิธีการคลอดที่ได้อาจต่างออกไป

ปัจจัยในเรื่องผล Lab Anti HIV และ HBsAg

positive ไม่มีความแตกต่างกันในสองกลุ่ม แต่เมื่อแยกดูแนวโน้มใน 4 ช่วงอายุ พบว่าในกลุ่มอายุ < 17 ปี มี HBsAg positive สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ 7.8 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่แนะนำ ถือว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างหนึ่ง ข้อมูลนี้อาจทำให้คิดได้ว่า ในหญิงวัยรุ่นอายุน้อย อาจไม่ได้ระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เท่าที่ควร หรือเป็นเพราะมีการเปลี่ยนคู่นอนหลายคน แล้วไม่ใช่วิธีป้องกันอย่างเหมาะสมป้องกัน ถ้าเป็นเช่นนั้นในอนาคตอาจพบ Anti HIV สูงขึ้นในวัยรุ่นก็เป็นได้

พบว่าภาวะโลหิตจางสูงขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มอายุ < 17 ปี โดยสูงถึงร้อยละ 25 น่าจะเกิดจากการตั้งครรภ์ในขณะที่ยังอยู่ในวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างมากอยู่ ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ รวมทั้งมาฝากครรภ์ช้าทำให้ไม่ได้รับยาบำรุง และวิธีการอาหารอย่างถูกต้อง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ซึ่งตรงกับหลายงานวิจัย^{6,10,13} ที่พบว่ายิ่งอายุน้อย ยิ่งมาฝากครรภ์ช้าและยังมีภาวะโลหิตจาง

ปัจจัยในเรื่อง Augmentation of labour และ Sedation พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในสองกลุ่ม อาจเป็นเพราะในหัตถ์คลอดมีการดูแลการคลอดแบบ active labor และใช้กราฟดูแลการคลอด (Partograph) เพื่อควบคุมการคลอดให้เป็นไปตามมาตรฐาน โดยมีใช้ยาเพิ่มการบีบตัวของมดลูก (Oxytocin) ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่การบีบรัดตัวของมดลูกไม่ดี โดยไม่รอจนเกิดปัญหาชัดเจนก่อนแล้วค่อยแก้ไข รวมทั้งมีการให้ Sedation แก่ผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ Active phase of labour โดยไม่รอจนผู้ป่วยปวดมากก่อนจากข้อสังเกตทั้งหมดจึงทำให้ปัจจัยทั้ง 2 ข้อนี้ ไม่มีการแตกต่างในสองกลุ่ม

ปัจจัยการคลอดมีชีพและตายคลอด พบว่ามีการตายคลอด 5 ราย โดยทั้งหมดอยู่ในช่วงอายุ 17-19 ปี เมื่อทดสอบทางสถิติแล้วไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ ตรงกับในบางรายงาน⁹ แต่ในการศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลของ perinatal mortality ไว้ จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์ แต่ในบางงานวิจัยพบมี perinatal mortality สูงขึ้น^{6,15} และพบมีความพิการในทารกสูงขึ้น³

แม้ในหลายงานวิจัยระบุว่าพบ LBW ได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น³⁻⁷ แต่ในการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างในสองกลุ่ม เมื่อดูใน 4 ช่วงอายุก็ไม่พบแนวโน้มที่ชัดเจน อาจเพราะเป็นปัญหาพอ ๆ กันทุกช่วงอายุ เมื่อดูจากประชากรที่ศึกษาทั้งหมดพบ LBW ร้อยละ 11.5 ในอนาคตอาจต้องมีการศึกษาถึงเรื่อง LBW โดยเฉพาะต่อไป

แม้ทั้งกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ใหญ่มีปัจจัย Birth asphyxia ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อแบ่งช่วงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม พบว่าในกลุ่มอายุ < 17 ปี กลับพบ Birth asphyxia ที่ 5 นาที สูงถึงร้อยละ 3.9 เทียบกับช่วงอายุ 20-25 ปี และ > 25 ปี ซึ่งมีร้อยละ 1.2 และ 0.2 ตามลำดับ

การศึกษานี้ นอกจากจะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นแล้ว ยังต้องการดูแนวโน้มของปัญหาด้วย พบว่าแม้แต่ในหญิงวัยรุ่นด้วยกันก็มีปัญหาไม่เท่ากัน โดยอายุของมารดาวัยรุ่นยิ่งน้อยเท่าไร ยิ่งพบปัญหามากขึ้นเท่านั้น⁹ ต่างจากวัยรุ่นตอนปลายซึ่งจะมีผลของการตั้งครรภ์และการคลอด คล้ายกลุ่มผู้ใหญ่ เช่นเมื่อดูปัจจัยคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มอายุ < 17 ปี พบสูงถึงร้อยละ 22 แต่ในกลุ่มอายุ 17-19 ปี และ 20-25 ปี กลับพบว่าใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 15.4 และ 14.4 ตามลำดับ และจะพบแนวโน้มเป็นไปตามลักษณะนี้เกือบทุกปัจจัย ซึ่งตรงกับหลายงานวิจัย^{5,9} ซึ่งผลที่ได้เช่นนี้ จะส่งผลต่อการวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในแง่ของการวางแผนนโยบายและการจัดระบบฝากครรภ์และคลอด โดยต้องมีการเน้นและให้ความสำคัญต่อกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น (< 17 ปี) มากขึ้น เพื่อให้สามารถลดปัญหาจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างเป็นรูปธรรม

ในงานวิจัยนี้ยังมีข้อบกพร่องบางประการ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากใบยอดคลอด ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลในเรื่องของ pregnancy induced hypertension ได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน จึงต้องตัดปัจจัยนี้ออกจากการวิจัย ทั้ง ๆ ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์^{3,6-7} นอกจากนั้นยังขาดข้อมูล

ทางสังคมของวัยรุ่น เช่น รายได้ การศึกษา การแต่งงาน
ทำให้ราย งานนี้ขาดความสมบูรณ์ไปบ้าง

สรุป

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นสิ่งที่ควรให้ความเอาใจ
ใส่เป็นพิเศษ เนื่องจากขาดการฝากครรภ์ที่ดี และพบ
การคลอดก่อนกำหนดได้บ่อย และยิ่งหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย
น้อยลง โดยเฉพาะอายุ < 17 ปี ยิ่งพบปัญหามากขึ้น แต่
ถ้าวัยรุ่นมีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์กลับพบว่าการ
คลอดก่อนกำหนดไม่ได้สูงขึ้นแต่อย่างใด ดังนั้นเพื่อเป็น
การลดปัญหาต่าง ๆ ลง ควรหาทางให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
มาฝากครรภ์ให้ครบเกณฑ์ได้ให้มากขึ้น และให้เจ้าหน้าที่
ที่เกี่ยวข้องตระหนักว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ต่างจากหญิง
ตั้งครรภ์โดยทั่วไป จะต้องมีการดูแลเป็นพิเศษทั้งทางด้าน
สุขภาพและจิตใจ ระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิด
ขึ้น การจัดตั้งคลินิกพิเศษสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อาจ
เป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งควร
มีหน่วยที่ติดตามดูแลผู้ป่วยหลังคลอด เพื่อช่วยแก้ปัญหา
บางอย่างที่พอช่วยได้ ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าสามารถ
เลี้ยงดูบุตรได้ดี และให้ผู้ป่วยรู้จักการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง
มีลูกคนต่อไปเมื่อพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้
ยังน่ามีการศึกษาต่อเนื่องถึงผลกระทบต่อสุขภาพและการ
เจริญเติบโตของวัยรุ่น หลังจากคลอดบุตร ทั้งน้ำหนักและ
ส่วนสูง

บรรณานุกรม

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hankins GDV, Clark SL. Williams obstetrics. 20th ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1997 : 569 - 72.
2. Saleepol K. The primigravida height and the risk of cephalopelvic disproportion in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Thai J Obstet Gynaecol. 1999 ; 11 : 247.
3. Gortzak-Uzan L, Hallak M, Press F, Katz M, Shoham-Vardi I. Teenage pregnancy : risk factors for adverse perinatal outcome. J Matern Fetal Med. 2001 ; 10(6) : 393 - 7.
4. Chandra PC, Schiavello HJ, Ravi B, Weinstein AG, Hook FB. Pregnancy outcomes in urban teenagers. Int Gynaecol Obstet. 2002 ; 79(2) : 117 - 22.
5. Abu-Heija A, Ali AM, Al-Dakheil S. Obstetrics and perinatal outcome of adolescent nulliparous pregnant women. Gynecol Obstet Invest. 2002 ; 53(2) : 90 - 2.
6. Cunningham AJ. What's so bad about teenage pregnancy? J Fam Plann Reprod Health Care. 2001 ; 27(1) : 36 - 41.
7. Bozkaya H, Mocan H, Usluca H, Beser E, Gumustekin D. A retrospective analysis of adolescent pregnancies. Gynecol Obstet Invest. 1996 ; 42(3) : 146 - 50.
8. Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. Obstet Gynecol. 2000 ; 96(6) : 962 - 6.
9. Mahomed K, Ismail A, Masona D. The young pregnant teenager-why the poor outcome? Cent Afr J Med. 1989 ; 35(5) : 403 - 6.
10. Oboro VO, Tabowe TO, Jemikalajah JJ, Bosah JO, Agu D. Pregnancy outcomes among nulliparous teenagers in suburban Nigeria. J Obstet Gynaecol. 2003 ; 23(2) : 166 - 9.
11. Bukulmez O, Deren O. Perinatal outcome in adolescent pregnancies : a case-control study from a Turkish university hospital. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2000 ; 88(2) : 207 - 12.
12. Pavlova-Greenfield T, Sutija VG, Gudavalli M. Adolescent pregnancy : positive perinatal outcome at a community hospital. J Perinat Med. 2000 ; 28(6) : 443 - 6.

13. Gueye MB. An adolescent pregnancy carries grave risk for the mother and her child. *Pop Sahel*. 1990 ; 13 : 14 - 6.
14. Ukil D, Esen UI. Early teenage pregnancy outcome : a comparison between a standard and a dedicated teenage antenatal clinic. *J Obstet Gynaecol*. 2002 ; 22(3) : 270 - 2.
15. Haaga JG. How are young maternal age and primiparity related to infant health? *Malays J Reprod Health*. 1989 ; 7(1) : 27 - 40.
16. Paige DM, Cordano A, Mellits ED, Baertl JM, Davis L. Nutritional supplementation of pregnant adolescents. *J Adolesc Health Care*. 1981 ; 1(4) : 261 - 7.
17. Stevens-Simon C, McAnarney ER. Adolescent pregnancy. Gestational weight gain and maternal and infant outcomes. *Am J Dis Child*. 1992 ; 146(11) : 1359 - 64.
18. Herman AA, Yu KF. Adolescent age at first pregnancy and subsequent obesity. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1997 ; 11 Suppl 1 : 130 - 41.
19. Fullerton D. A review of approaches to teenage pregnancy. *Nurs Times*. 1997 ; 93(13) : 48 - 9.
20. Chauliac M, Raimbault AM. Adolescent pregnancy. *Dev Sante*. 1992 ; 98 : 23 - 5.
21. Nestarez JE, Mathias L, Kanas M, Neme B. Pregnancy in adolescent. II. comparative study between primigravida from 9 to 15 and 17 years old. *J Bras Ginecol*. 1985 ; 95(3) : 93 - 6.