ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกที่คลอดในโรงพยาบาลนครปฐม

ปฐม วงษ์อุบล
รพ. นครปฐม

ABSTRACT :

Wong-ubol P. Factors Affecting Maternal and Fetal Health in Pregnant Women Who Delivered in Nakhonpathom Hospital. (Region 4 Medical Journal 1999 ; 1 : 55-66).

Department of Obstetrics and Gynecology, Nakhonpathom Hospital, Nakhonpathom, Thailand.

The purpose of this research was maternal and fetal study about health status and factors that affected maternal and fetal health. Socio-economic factors, antenatal care service, pregnancy complications and health behaviors during pregnancy were included. 300 pregnant women who delivered in Nakhonpathom hospital from August 1, to October 31, 1998 were interviewed. The results were that 90% of mothers had good health status and the other 10% had not. Factors that affected maternal health were maternal education, maternal weight gain and the use of condom to prevent sexually transmitted diseases during pregnancy. In this study, 92% of newborns had good health. Maternal age was the factor that affected newborn health status. The place of antenatal care service, prepregnant maternal weight and maternal weight gain were factors that affected fetal weight. Finally APGAR Score was affected by the place of antenatal services and qualified antenatal visits.

บทคัดย่อ :

ปฐม วงษ์อุบล. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกที่คลอดในโรงพยาบาลนครปฐม. (วารสารแพทย์เขต ๔ ๒๕๔๒ ; ๑ : ๕๕-๖๖).

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว, รพ. นครปฐม.

การศึกษาครั้งนี้เพื่อหาภาวะสุขภาพของมารดาและทารกที่คลอดในโรงพยาบาลนครปฐม และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยเกี่ยวกับการฝากครรภ์และโรคแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ รวมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมอนามัยขณะตั้งครรภ์ โดยศึกษาหญิงตั้งครรภ์จำนวน ๓๐๐ คนที่มาคลอดในโรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่ ๑ สิงหาคมถึง ๓๑ ตุลาคม ๒๕๔๑ โดยใช้แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า มารดามีสุขภาพดีร้อยละ ๙๐ อีกร้อยละ ๑๐ มีสุขภาพไม่ดี ส่วนทารกมีสุขภาพดีร้อยละ ๙๒ และสุขภาพไม่ดีร้อยละ ๘ ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของมารดาได้แก่ การศึกษา น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างตั้งครรภ์ ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของทารกคือ อายุของมารดา ปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกคลอดได้แก่ สถานที่ฝากครรภ์ น้ำหนักของมารดาก่อนตั้งครรภ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนสถานที่ฝากครรภ์และการฝากครรภ์ครบคุณภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคะแนน APGAR

บทนำ

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เพื่อลดอัตราตายของมารดาและทารกโดยการใช้โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย[1] รวมทั้งใช้การฝากครรภ์เพื่อดูแลสุขภาพมารดาและทารกเป็นกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ซึ่งปัญหาสุขภาพของมารดาและทารกมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมอนามัย การบริการด้านสาธารณสุขในการดูแลมารดาก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด สำหรับโรงพยาบาลนครปฐม ปัญหาสุขภาพของมารดาและทารกยังพบค่อนข้างสูง โดยพบว่า การตายของทารกปริกำเนิดของโรงพยาบาลนครปฐมเท่ากับ 8.3, 9.4 และ 9.0 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี 2539-2541 ตามลำดับ[2] โดยมีสาเหตุการตายคือ การตายเปื่อยยุ่ย ทารกพิการแต่กำเนิด และภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด ซึ่งสามารถลดได้ด้วยการดูแลก่อนคลอด คือการฝากครรภ์ การดูแลระหว่างคลอดในห้องคลอด รวมถึงการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกแรกคลอด เช่นการศึกษาของมารดา[3,4] อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์[5] และการใช้สารเสพติด หรือดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์เป็นต้น[6-9] โดยปัจจัยต่าง ๆ ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านพฤติกรรมอนามัยของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ ปัจจัยเกี่ยวกับการฝากครรภ์ ยังไม่เคยมีการศึกษาในโรงพยาบาลนครปฐมมาก่อนว่ามีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกหรือไม่ จึงได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารก ซึ่งคาดว่าจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และหลังคลอดของมารดาและทารก และหลีกเลี่ยงหรือป้องกันปัจจัยที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพมารดาและทารก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกที่คลอดในโรงพยาบาลนครปฐม โดยพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลนครปฐม
2. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลนครปฐม
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกที่คลอดในโรงพยาบาลนครปฐม ทางด้านสังคมและ เศรษฐกิจของมารดา ปัจจัยเกี่ยวกับการฝากครรภ์และโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของมารดาและทารก และทางด้านพฤติกรรมอนามัยขณะตั้งครรภ์

นิยามศัพท์

สุขภาพมารดาดี หมายถึง มารดาที่ปราศจากภาวะดังนี้ คือ การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อหลังคลอด โรคพิษแห่งครรภ์ โรคธาลัสซีเมีย โรคไตอักเสบ โรคธัยรอยด์เป็นพิษ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน น้ำหนักที่เพิ่มระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม หรือมากกว่า 20 กิโลกรัม ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า ร้อยละ 30 VDRL-Reactive Anti HIV-Positive

สุขภาพทารกดี หมายถึง ทารกที่ปราศจากภาวะดังนี้ คือ น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม คะแนน APGAR ที่ 1 นาทีต่ำกว่า[8] ตายคลอด ตัวเหลืองที่ต้องให้การรักษา เจริญเติบโตช้าในครรภ์ ติดเชื้อหลังคลอด เหนื่อยหอบที่ต้องรักษาโดยให้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจพิการแต่กำเนิด

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษามารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 300 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่ได้จากการคำนวณขนาดของประชากรที่จะทำการศึกษา โดยแบ่งมารดาที่มาคลอดเป็นระยะเวลา 12 เดือน แล้วสุ่มมาทำการศึกษาจำนวน 1 เดือน ซึ่งได้ทำการศึกษาในเดือนสิงหาคม 2541 โดยศึกษาตั้งแต่รายที่ 1 ถึงรายที่ 300 โดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 1 สิงหาคม - 31 ตุลาคม 2541 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกที่สร้างขึ้น ซึ่งทดสอบความเป็นไปได้และความเที่ยงของเครื่องมือโดยการทดลองใช้กับมารดาจำนวน 30 คน ทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก บันทึกข้อมูลจาก

บันทึกในสมุดฝากครรภ์ บัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก และเวชระเบียนผู้ป่วยใน สัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในเรื่องข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเศรษฐกิจและพฤติกรรมอนามัย แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย Chi-square โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistic Package for the Social Sciences)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป มารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลนครปฐม มีอายุระหว่าง 14-44 ปี พบมากที่สุดในช่วงอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 30.6 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 27.4 ส่วนอายุน้อยกว่า 20 ปีพบร้อยละ 15.1 และอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป พบน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 8.6 การศึกษาของมารดาที่ศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดถึงร้อยละ 65.4 รองลงมาคือมัธยมศึกษา-ปวช. ร้อยละ 24.3 และมีมารดาที่ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 2.7 อาชีพของมารดาที่พบถึงร้อยละ 50.6 คือ รับจ้าง ซึ่งจังหวัดนครปฐมและจังหวัดใกล้เคียงมีโรงงานอุตสาหกรรมมาก จึงน่าจะเป็นอาชีพส่วนใหญ่ รองลงมาคือ งานบ้าน ร้อยละ 26 และทำไร่เพียงร้อยละ 10 มารดาที่ศึกษาครั้งนี้กำลังอยู่กินกับสามีขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 96 และมีรายได้ของครอบครัวพอเพียงกับค่าใช้จ่ายร้อยละ 62.2

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มารดาที่มาคลอดเป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ที่ 1-6 โดยเป็นการตั้งครรภ์แรกมากที่สุดร้อยละ 47 ซึ่งสัมพันธ์กับการพบว่ามารดาไม่เคยคลอดบุตรมาก่อนร้อยละ 50 และไม่เคยแท้งถึงร้อยละ 86 ส่วนมารดาตั้งครรภ์ที่ 2 พบร้อยละ 27.3 และตั้งครรภ์ที่ 3 ร้อยละ 18.3 ส่วนการตั้งครรภ์ที่ 4 ขึ้นไปพบเพียงร้อยละ 2.7

มารดาที่มาคลอดได้รับการฝากครรภ์ร้อยละ 95.6 และเป็นการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐมเพียงร้อยละ 58.7 อีกร้อยละ 24.4 ฝากครรภ์ที่คลินิก และฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชนเพียงร้อยละ 10.1 แสดงว่ามารดาที่มาคลอดอีกประมาณครึ่งหนึ่งยังไม่นิยมฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐม โดยคลินิกเป็นสถานที่ที่มารดานิยมฝากครรภ์มากเป็นลำดับที่ 2 และพบว่าการฝากครรภ์ของมารดาทั้งหมดเป็นการฝากครรภ์ครบคุณภาพร้อยละ 71 ขณะมาคลอดมารดามีอายุครรภ์ระหว่าง 37-41 สัปดาห์เป็นส่วนมาก (ร้อยละ 88.3)

น้ำหนักของมารดาก่อนตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 31-86 กิโลกรัม โดยพบว่าน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 40-49 กิโลกรัมมากที่สุดร้อยละ 48.0 รองลงมาคือน้ำหนักระหว่าง 50-59 กิโลกรัม ร้อยละ 32.0 และระหว่าง 60-69 กิโลกรัม ร้อยละ 12.0 สำหรับจำนวนมารดาที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ในช่วง 10-20 กิโลกรัม พบมากที่สุดถึงร้อยละ 58.3 ส่วนจำนวนมารดาที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัมพบร้อยละ 36.0 และเพิ่มมากกว่า 20 กิโลกรัมร้อยละ 5.7

3. ข้อมูลพฤติกรรมอนามัยระหว่างตั้งครรภ์ พบว่ามารดากินยาบำรุงในระหว่างตั้งครรภ์สม่ำเสมอเพียงร้อยละ 69.7 และยังมีมารดาที่ไม่ได้กินยาบำรุงเลยเป็นจำนวนร้อยละ 6.3 ซึ่งมารดาควรรับประทานยาบำรุงเพื่อเสริมธาตุเหล็ก ส่วนพฤติกรรมอนามัยอื่น ๆ พบได้ดังตารางที่ 1

4. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ พบว่ามารดามีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์คือ การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดมากที่สุด จำนวนร้อยละ 13.0 รองลงมาคือ โลหิตจาง จำนวนร้อยละ 1.7 ดังตารางที่ 2

5. ข้อมูลสุขภาพมารดา พบว่ามารดามีภาวะผิดปกติในระหว่างคลอดและหลังคลอด คือ ความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอท ขึ้นไป จำนวนร้อยละ 2.7 อุณหภูมิกายตั้งแต่ 37.8 องศาเซลเซียส จำนวนร้อยละ 0.3 ผลการตรวจเลือดพบว่ามารดามีความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 30 จำนวนร้อยละ 2.3 VDRL และ Anti HIV ให้ผลบวกจำนวนร้อยละ 1.3 เท่ากัน

สำหรับภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดนั้น มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะติดเชื้อหลังคลอด จำนวนร้อยละ 2.3 และ 1.0 ตามลำดับ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า สุขภาพมารดาดี* มีจำนวนร้อยละ 90

6. ข้อมูลสุขภาพทารก พบว่าทารกมีน้ำหนักแรกคลอดระหว่าง 3,000-3,499 กรัม มีจำนวนมากที่สุด รอง

ลงมาคือน้ำหนักระหว่าง 2,500-2,999 กรัม จำนวนร้อยละ 41.3 และ 38.4 ตามลำดับ สำหรับทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบจำนวนร้อยละ 8.6 ดังตารางที่ 3

คะแนน APGAR ที่ 1 นาที ของทารกนั้น พบว่าต่ำกว่า 8 จำนวนร้อยละ 6.7 และภาวะผิดปกติที่พบในทารกคือ ภาวะตัวเหลืองที่ต้องให้การรักษาด้วยการส่องไฟหรือถ่ายเลือด พบจำนวนร้อยละ 9 ส่วนภาวะอื่น ๆ พบได้รองลงมา ดังตารางที่ 4 จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ทารกที่คลอดในโรงพยาบาลนครปฐมมีสุขภาพดี** ร้อยละ 92

7. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพมารดา พบว่า การศึกษาของมารดา น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยขณะร่วมเพศในระหว่างตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมารดามีสุขภาพดีจะมีการศึกษาระดับมัธยมขึ้นไป มารดาที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ตั้งแต่ 10-20 กิโลกรัม จะมีสุขภาพดีมากกว่ามารดาที่มีน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่า 10 กิโลกรัม หรือมากกว่า 20 กิโลกรัม สำหรับมารดาที่ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์มีสุขภาพดีมากกว่ามารดาที่ใช้ถุงยางอนามัย ดังตารางที่ 5 สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ที่พบว่าไม่มีผลต่อสุขภาพมารดาได้แก่ อายุมารดา อาชีพและรายได้ทั้งของมารดาและสามี ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว จำนวนการตั้งครรภ์ (gravida) จำนวนการคลอด (parity) จำนวนการแท้ง การได้รับการฝากครรภ์ สถานที่ที่ฝากครรภ์ การฝากครรภ์ครบคุณภาพ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ น้ำหนักมารดาก่อนตั้งครรภ์ การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อระหว่างตั้งครรภ์ การกินยาบำรุง การดื่มนม การกินอาหารรสจัด อาหารหมักดอง การดื่มน้ำอัดลม การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การดื่มชา กาแฟ การพักผ่อนพอเพียงระหว่างตั้งครรภ์ การออกกำลังกาย การทำงานเร่งรีบให้เสร็จทันเวลา การยกหามของหนัก การร่วมเพศ และการเปลี่ยนท่าร่วมเพศ

8. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทารก ได้แก่ อายุของมารดา ($P < 0.05$) โดยพบว่าจำนวนทารกที่มีสุขภาพดีจะพบมากที่สุดในช่วงอายุของมารดาระหว่าง 30-34 ปี รองลงมาคือช่วงอายุ 20-24 ปี สำหรับปัจจัยอื่น ๆ เช่นเดียวกับปัจจัยของสุขภาพมารดาไม่มีผลต่อสุขภาพทารก ดังตารางที่ 6

9. ปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกคลอด คือ สถานที่ฝากครรภ์ของมารดา น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ของมารดา โดยมารดาที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐมจะคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม จำนวนน้อยกว่ามารดาที่ฝากครรภ์ที่อื่น มารดาที่มีน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 50-59 กิโลกรัม จะพบว่าคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมมีจำนวนน้อยกว่าช่วงน้ำหนักอื่น ๆ และมารดาที่มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ระหว่าง 10-20 กิโลกรัม จะพบว่ามีจำนวนทารกแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมน้อยกว่าช่วงน้ำหนักอื่น ๆ เช่นกัน ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่นเดียวกับปัจจัยของสุขภาพมารดาไม่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกคลอด ดังตารางที่ 7

10. ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนน APGAR ได้แก่ สถานที่ฝากครรภ์ และการฝากครรภ์ครบคุณภาพ โดยมารดาที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐมจะคลอดทารกที่มีคะแนน APGAR ที่ 1 นาทีต่ำกว่า 8 จำนวนน้อยกว่ามารดาที่ฝากครรภ์ที่อื่น ($P < 0.05$) และมารดาที่ฝากครรภ์ครบคุณภาพพบว่าคลอดทารกที่มีคะแนน APGAR ต่ำกว่า 8 จำนวนน้อยกว่ามารดาที่ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ ($P < 0.05$) สำหรับปัจจัยอื่น ๆ เช่นเดียวกับสุขภาพของมารดาไม่มีผลต่อคะแนน APGAR

วิจารณ์

การดูแลสุขภาพของมารดาและทารกในประเทศไทยดำเนินมาเป็นระยะเวลาประมาณ 37 ปี[10] เพื่อลดอัตราตายทั้งของมารดาและทารก โดยอาศัยการฝากครรภ์เป็นหัวใจในการดูแลสุขภาพของมารดาและทารก รวมถึงการพัฒนาการดูแลการคลอดและหลังคลอด โดยมีโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย เป็นโครงการหลักของกระทรวงสาธารณสุข การศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของมารดาและทารกก็เป็นอีกวิธีหนึ่งซึ่งน่าจะมีประโยชน์

ตารางที่ 1 พฤติกรรมอนามัยระหว่างตั้งครรภ์ คิดเป็นจำนวนร้อยละ

	สม่ำเสมอ		เป็นครั้งคราว		ไม่เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กินอาหารครบ 3 มื้อ	247	82.3	52	17.3	1	0.4
กินยาบำรุง	209	69.7	72	24.0	19	6.3
ดื่มนม	143	47.7	146	48.7	11	3.6
ดื่มน้ำอัดลม	36	12.0	212	70.7	52	17.3
กินอาหารรสจัด ของหมักดอง	34	11.3	183	61.0	83	27.7
ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง	5	1.7	13	4.3	282	94.0
ดื่มชา กาแฟ	4	1.3	73	24.3	223	74.4
สูบบุหรี่	3	1.0	6	2.0	291	97.0
ใช้สารเสพติด	1	0.3	3	1.0	296	98.7
ดื่มยาดองเหล้า	0	0.0	6	2.0	294	98.0
ดื่มสุรา	0	0.0	5	1.7	295	98.3
พักผ่อนพอเพียง	222	72.0	72	24.0	6	2.0
ออกกำลังกาย	83	29.3	154	51.3	58	19.4
ทำงานเร่งรีบให้เสร็จทันเวลา	28	9.3	152	50.7	120	40.0
ยก หามของหนัก	22	7.3	138	46.0	140	46.7
การร่วมเพศ	10	3.3	213	71.0	77	25.7
เปลี่ยนแปลงท่าร่วมเพศ	52	17.3	49	16.3	199	66.4
การใช้ถุงยางอนามัย	52	17.3	49	16.3	199	66.4

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ที่พบและไม่พบคิดเป็นจำนวนร้อยละ

	พบ		ไม่พบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด	39	13.0	261	87.0
โลหิตจาง	5	1.7	295	88.3
รกเกาะต่ำ-มีเลือดออก	4	1.3	296	88.7
โรคหัวใจ	4	1.3	296	88.7
โรคพิษแห่งครรภ์	3	1.0	297	99.0
AIDS	2	0.7	298	99.3
ธัยรอยด์เป็นพิษ	2	0.7	298	99.3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

	พบ		ไม่พบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รกลอกตัวก่อนกำหนด	1	0.3	299	99.7
ไตอักเสบ	1	0.3	299	99.7
โรคธาลัสซีเมีย	1	0.3	299	99.7
โรคซิฟิลิส	1	0.3	299	99.7
ทารกตายในครรภ์	1	0.3	299	99.7
โรคเบาหวาน	0	0.0	300	100.0

ตารางที่ 3 น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม) คิดเป็นจำนวนร้อยละ

	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 2,000	7	2.3
2,000-2,499	19	6.3
2,500-2,999	115	38.4
3,000-3,499	124	41.3
3,500-3,999	32	10.7
ตั้งแต่ 4,000 ขึ้นไป	3	1.0
รวม	**300**	**100.0**

ตารางที่ 4 ภาวะผิดปกติของทารก คิดเป็นจำนวนร้อยละ

ภาวะผิดปกติของทารก	มี		ไม่มี		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตัวเหลืองที่ต้องทำการรักษา	27	9.0	271	91.0	298	100.0
Asphyxia	23	7.7	276	93.3	299*	100.0
คลอดก่อนกำหนด	17	5.7	281	94.7	298	100.0
ภาวะเหนื่อยหอบ	9	3.0	289	97.0	298	100.0
เจริญเติบโตช้าในครรภ์	5	1.7	293	98.3	298	100.0
บาดเจ็บขอกช้ำจากการคลอด	2	0.7	296	99.3	298	100.0
ภาวะติดเชื้อ	1	0.3	297	99.7	298	100.0

* ทารกตายในครรภ์โดยไม่มี Asphyxia 1 ราย

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของสุขภาพมารดาที่ดีและไม่ดี จำแนกตามการศึกษา น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างตั้งครรภ์

ปัจจัย	ดี		ไม่ดี		X^2
	N	%	N	%	
การศึกษา					4.887*
ไม่ได้เรียน-ประถมปีที่ 6	104	51.0	100	49.0	
มัธยมศึกษา-สูงกว่าปริญญาตรี	62	64.6	34	35.4	
น้ำหนักมารดาที่เพิ่มระหว่างตั้งครรภ์					218.429**
น้อยกว่า 10 กิโลกรัม	4	3.7	103	96.3	
10-20 กิโลกรัม	160	90.9	16	9.1	
มากกว่า 20 กิโลกรัม	2	11.8	15	88.2	
การใช้ถุงยางอนามัย					4.631**
สม่ำเสมอ/เป็นครั้งคราว	6	31.6	13	68.4	
ไม่เคยใช้	160	56.9	121	43.1	

* $P < 0.05$

** $P < 0.001$

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของสุขภาพทารกที่ดีและไม่ดี จำแนกตามอายุมารดา

ปัจจัย	ดี		ไม่ดี		X^2
	N	%	N	%	
อายุมารดา					9.823*
น้อยกว่า 20 ปี	37	82.2	8	17.8	
20-24 ปี	81	88.0	11	12.0	
25-29 ปี	63	76.8	19	23.2	
30-34 ปี	50	90.9	5	9.1	
ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป	18	69.2	8	30.8	

* $P < 0.05$

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของทารกจำแนกตามน้ำหนัก กับสถานที่ฝากครรภ์ น้ำหนักมารดาก่อนตั้งครรภ์ และน้ำหนักมารดาที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์

ปัจจัย	< 2,500 กรัม		2,500-2,999 กรัม		3,000-3,499 กรัม		> 3,500 กรัม		X^2
	N	%	N	%	N	%	N	%	
สถานที่ฝากครรภ์									12.764*
โรงพยาบาลนครปฐม	8	4.8	58	34.5	81	48.2	21	12.5	
ที่อื่น ๆ	18	13.6	57	43.2	43	32.6	14	10.6	
น้ำหนักมารดาก่อนตั้งครรภ์									44.741**
< 40 กิโลกรัม	1	10.0	7	70.0	2	20.0	0	0.0	
40-44	5	8.8	31	54.4	16	28.1	5	8.8	
45-49	15	17.2	27	31.0	40	46.0	5	5.7	
50-54	2	3.2	26	41.3	29	46.0	6	9.5	
55-59	1	3.0	5	15.2	19	57.6	8	24.2	
≥ 60 กิโลกรัม	2	4.0	19	38.0	18	36.0	11	22.0	
น้ำหนักมารดาที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์									30.606**
< 10 กิโลกรัม	11	10.3	55	51.4	35	32.1	6	5.6	
10-20 กิโลกรัม	13	7.4	59	33.5	82	46.6	22	12.5	
> 20 กิโลกรัม	2	11.8	1	5.9	7	41.2	7	41.2	

* $P < 0.05$

** $P < 0.001$

สำหรับการพัฒนาการดูแลมารดาและทารก การศึกษาภาวะสุขภาพของมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลนครปฐม ในการศึกษาครั้งนี้ พบมารดามีสุขภาพไม่ดีร้อยละ 10 โดยปัจจัยในด้านการศึกษาของมารดาที่ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ลงมาจะพบร่วมกับสุขภาพมารดาที่ไม่ดี ในสหรัฐอเมริกาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาต่ำและไม่ได้ฝากครรภ์[12] สำหรับในประเทศไทยประชากรส่วนใหญ่ยังมีระดับการศึกษาต่ำ ประกอบกับสภาพเศรษฐกิจที่ไม่เพียงพอ น่าจะทำให้สุขภาพของมารดาไม่ดี[13] สำหรับการศึกษาครั้งนี้ รายได้ของครอบครัวไม่พบว่าสัมพันธ์กับสุขภาพของมารดา ซึ่งน่าจะได้ศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สำหรับน้ำหนักของมารดาที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ในช่วง 10-20 กิโลกรัม เป็นช่วงที่ทำให้ได้สุขภาพของมารดาดี แสดงถึงการที่โภชนาการในระหว่างตั้งครรภ์มีความสำคัญ และโภชนาการที่มากหรือน้อยเกินไปมีผลเสียต่อสุขภาพของมารดา[14] ประเทศไทยมีวัฒนธรรมในการบริโภคอาหารที่เริ่มเอนเอียงไปตามวัฒนธรรมตะวันตก

โดยมีแนวโน้มบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ในเรื่องการรับประทานอาหารครบหมู่จะช่วยลดผลเสียต่อสุขภาพของมารดาและทารก[15] ในแง่ของการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์และการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากการศึกษานี้พบว่ามารดายังมีการร่วมเพศระหว่างตั้งครรภ์เป็นส่วนมาก แต่กลับพบว่ามารดาที่ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีผลทำให้สุขภาพของมารดาไม่ดี ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่น เช่น ในสหรัฐอเมริกาที่พบว่าการใช้ถุงยางอนามัยจะป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ โดยเฉพาะ HIV[16] จึงน่าจะเป็นเพราะความแตกต่างในเชื้อชาติ การระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการเปลี่ยนคู่นอน ซึ่งในประเทศไทยพบน้อยกว่าในต่างประเทศ

มารดาที่อายุมากจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของทารกแรกคลอด โดยมารดาที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป คลอดทารกที่มีสุขภาพดีจำนวนน้อยกว่าช่วงอายุอื่น และเสี่ยงที่จะคลอดทารกน้ำหนักน้อย นอกจากนี้พบว่ามีทารกที่เสียชีวิตเพิ่มขึ้นด้วย[17] ในประเทศไทยการให้บริการฝากครรภ์ได้ใช้เกณฑ์เสี่ยงเกี่ยวกับมารดาอายุมากเป็นปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่ต้องให้การดูแลขณะตั้งครรภ์[18] เนื่องจากจะพบโรคแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง และต้องช่วยเหลือการคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการเพิ่มขึ้น[19]

น้ำหนักของมารดาขณะตั้งครรภ์เป็นดัชนีที่ชี้วัดระดับโภชนาการในมารดาขณะตั้งครรภ์ โดยมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกคลอด พบว่าอาหารที่มารดาได้รับระหว่างตั้งครรภ์จะมีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์[20] และน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นน้อยจากการได้รับโภชนาการไม่เพียงพอจะทำให้เกิดทารกน้ำหนักน้อยจำนวนมากขึ้น น้ำหนักของมารดาที่เพิ่มขึ้นระหว่าง 10-20 กิโลกรัม จะมีผลทำให้เกิดทารกน้ำหนักน้อยจำนวนน้อยที่สุด ทั้งนี้ต้องมีการให้โภชนาการในมารดาอย่างเป็นระบบจึงจะสามารถประสบผลสำเร็จในการลดการเกิดทารกน้ำหนักน้อยได้[21] นอกจากนี้การให้การดูแลระหว่างตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพเป็นปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสเกิดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยการศึกษานี้พบว่ามารดาที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐมคลอดทารกน้ำหนักน้อยมีจำนวนน้อยกว่ามารดาที่ฝากครรภ์ที่อื่น การดูแลก่อนคลอดที่ดีไม่ได้ขึ้นกับจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ แต่ขึ้นอยู่กับการดูแลอย่างดีและต่อเนื่องจากผู้ให้บริการโดยทีมงานที่มีความชำนาญและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสูติแพทย์[22] ซึ่งโรงพยาบาลนครปฐมได้พยายามพัฒนาทีมที่ดูแลมารดามาโดยตลอด

ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนน APGAR ของทารกแรกคลอดที่ 1 นาทีนั้น พบว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐมมีโอกาสคลอดทารกที่คะแนน APGAR ต่ำกว่า 8 ได้น้อยกว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ฝากครรภ์ที่อื่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่มารดาที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐมมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมน้อยกว่ามารดาที่ฝากครรภ์ที่อื่นเช่นกัน ซึ่งน่าจะเกี่ยวข้องกับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์โดยแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญ ซึ่งได้มีการศึกษาในมารดาที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่าหากได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้มีความชำนาญจะมีอัตราตายของทารกใกล้เคียงกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากแพทย์[23] นอกจากได้รับการดูแลระหว่างฝากครรภ์แล้ว การฝากครรภ์ครบคุณภาพของมารดาทำให้ทารกมีคะแนน APGAR ต่ำกว่า 8 น้อยกว่ามารดาที่ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพอีกด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ไม่ได้เป็นเป้าหมายหลักในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ แต่การดูแลอย่างมีคุณภาพเป็นเป้าหมายที่ต้องการ เนื่องจากการฝากครรภ์ที่ดีสามารถลดอุบัติการทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักน้อยได้[24]

ข้อเสนอแนะ

1. ปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารก จึงควรนำไปใช้ในการคัดกรองมารดาที่มาฝากครรภ์ ที่หน่วยฝากครรภ์และที่ห้องคลอดเพื่อใช้ดูแลสุขภาพของมารดาและทารก

2. การฝากครรภ์ครบคุณภาพและสถานที่ฝากครรภ์ของมารดามีผลต่อน้ำหนักของทารกและคะแนน

APGAR แสดงถึงความสามารถในการดูแลมารดาและทารก จึงควรพัฒนาปรับปรุงหน่วยฝากครรภ์ของสถานพยาบาลทุกระดับให้บริการอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะโรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ต้องปรับปรุงเพื่อสามารถได้รับการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลได้ (Hospital Accreditation)

3. มารดาที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นมารดาที่ไม่ได้คัดเลือกลักษณะเฉพาะของมารดา จึงควรศึกษามารดากลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะ เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อมารดากลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ เมื่อทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะสามารถลดอัตราป่วยและตายของทั้งมารดาและทารก (Maternal and Perinatal Morbidity and Mortality)

4. การดูแลสุขภาพของมารดาและทารกเป็นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ต้องใช้การดูแลเป็นทีม ทั้งแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน จึงควรนำผลการศึกษาไปพัฒนาการบริบาลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน เป็นการพัฒนาในเชิงรุก นอกจากนี้ยังสามารถนำผลวิจัยไปเป็นข้อมูลในการทำวิจัยในแต่ละพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์วิชิต บุญยวรรธนะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม ศาสตราจารย์บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นายแพทย์วิชัย วัชรปรีชาสกุล หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครปฐม เจ้าหน้าที่กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครปฐม ที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539.
2. โรงพยาบาลนครปฐม, รายงานประจำปี 2541. นครปฐม : ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลนครปฐม, 2541 : 138.
3. Koonin LM, Atrash HK, Lawson HW, Smith JC. Maternal mortality surveillance, United States, 1979-1986. MMWR CDC Surveill Summ 1991 ; 40 : 1-13.
4. Amtzen A, Magnus P, Bakketeig LS. Different effects of maternal and paternal education on early mortality in Norway. Paediatr Perinat Epidemiol 1993 ; 7 : 376-86.
5. Cooper LG, Leland NL, Alexander G. Effect of maternal age on birth outcomes among young adolescents. Soc Biol 1995 ; 42 : 22-35.
6. Graham K, et al. Pregnancy outcome and infant development following gestational cocaine use by social cocaine users in Toronto, Canada. Clin Invest Med 1992 ; 15 : 384-94.
7. Luke B, Williams C, Minogne J, Keith L. The changing pattern of infant mortality in the US : the role of prenatal factors and their obstetrical implication. Int J Gynaecol Obstet 1993 ; 40 : 199-212.
8. Faden VB, Graubard BI, Dufour M. The relationship of drinking and birth outcome in a US national sample of expectant mothers. Paediatr perinat Epidimiol 1997 ; 11 : 167-80.
9. Cloud SJ, Baker KM, DePersio SR, DeCosler EC, Lorenz RR. Alcohol consumption among Oklahoma women : before and during pregnancy. The PRAMS Working Group. Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. J Okla State Med Assoc 1997 ; 90 : 10-7.
10. วิทูร โอสถานนท์, สมพล พงศ์ไทย. ความเป็นมาและการพัฒนาทางสูติกรรมในประเทศไทย. ใน : ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, และคณะ, บรรณาธิการ.

สูติศาสตร์รามาธิบดี 1. กรุงเทพฯ : บริษัทโฮลิสติก-พับลิชชิ่งจำกัด, 2539 : 1-34.

11. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กลุ่มงานอนามัยมารดาและทารกปริกำเนิด. แบบประเมินตนเองในการเป็นโรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย. นนทบุรี : สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2541.
12. Koonin LM, Atrash HK, Lawson HW, Smith JC. Maternal mortality surveillance, United States, 1979-1986. MMWR CDC Surveill Summ 1991 ; 40 : 1-13.
13. ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์, กำแหง จาตุรจินดา. การตายของมารดา. ใน : ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, และคณะ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามาธิบดี 1. กรุงเทพฯ : บริษัทโฮลิสติก พับลิชชิ่งจำกัด, 2539 : 35-58.
14. Worthington-Roberts BS. Prenatal nutrition-general issues. In : Worthing-Roberts BS, Williams SR, eds. Nutrition in pregnancy and lactation. St. Louis : Mosby-Year Book, 1993 : 87-172.
15. Cunningham FG, Mac Donald PC, Grant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. Prenatal care. In : Williams Obstetrics 20th ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1997 : 227-50.
16. Matheson PB, et al. Heterosexual behavior during pregnancy and perinatal transmission of HIV-1 New York city Perinatal HIV Transmission Collaborative Study Group. AIDS 1996 ; 10 : 1249-56.
17. Sipila P, et al. Changes in risk factor for unforable pregnancy outcome among singletons over twenty years. Acta Obstet Gynecol Scand 1994 ; 73 : 612-8.
18. วินิต พัวประดิษฐ์, สมพล พงศ์ไทย. การใช้เกณฑ์เสี่ยงในบริการอนามัยแม่และเด็ก. ใน : วินิต พัวประดิษฐ์, บรรณาธิการ. การบริบาลครรภ์เสี่ยงสูง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2537 : 1-21.
19. Tan KT, Tan KH. Pregnancy and delivery in primigravida aged 35 and over. Singapore Med J 1994 ; 35 : 495-501.
20. Loke B. Nutritional influences on fetal growth. Clin Obstet Gynecol 1994 ; 37 : 538-49.
21. Brown HL, Watkins K, Hiett AK. The impact of the women, infants and children food supplement program on birth outcomes. Am J Obstet Gynecol 1996 ; 174 : 1279-83.
22. Binstock MA, Wolde TG. Alternative prenatal care. Impact of reduced visit frequency, focused visits and continuity of care. J Reprod Med 1995 ; 40 : 507-12.
23. Manugo PN, Peterson DE, Mthamo N. Perinatal mortality in an institution where nurse aides conduct deliveries, Nkayi District, Zimbabwe. Cent Afr Med 1996 ; 42 : 175-7.
24. Barros H, Tavares M, Rodringues T. Role of prenatal care in preterm birth and low birth weight in Portugal. J Public Health Med 1996 ; 18 : 321-8.

อภินันทนาการ

จาก

บริษัท คอนดรักส์ อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด