

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ในมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลหัวหิน Factors Related to Complications During Pregnancy of Mothers Who Delivered at Hua Hin Hospital

วิชัย ศรีอุทธารวงศ์, พ.บ.
ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
โรงพยาบาลหัวหิน
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Vichai Sriautharawong, M.D.
Thai Board of Obstetrics and Gynecology
Division of Obstetrics and Gynecology
Hua Hin Hospital
Prachuap Khiri Khan

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลหัวหิน

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลหัวหิน ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2557 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559 จำนวน 8,309 คน โดยเก็บข้อมูลของมารดาวัยรุ่นและมารดาผู้ใหญ่ที่ตั้งครรภ์ได้แก่ อายุมารดา เชื้อชาติ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนการฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด ภาวะโลหิตจาง ผลการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ผลการตรวจเชื้อเอชไอวี ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และคลอด ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด ภาวะพร่องออกซิเจนของทารกที่ 1 นาทีหลังคลอด ภาวะพร่องออกซิเจนของทารกที่ 5 นาที หลังคลอด และน้ำหนักตัวทารกแรกคลอด เพื่อนำมาศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในมารดา โดยใช้สถิติ chi square test

ผลการศึกษา: มารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลหัวหิน เป็นมารดาอายุ 20-34 ปี ร้อยละ 70.2 เชื้อชาติไทย ร้อยละ 90.8 ตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก ร้อยละ 42.8 อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก 12 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 56.3 จำนวนการฝากครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 85.1 อายุครรภ์เมื่อคลอด 37-41 สัปดาห์ ร้อยละ 91.1 ผลตรวจไม่พบภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 79.6 การตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียผลปกติ ร้อยละ 99.3 และการตรวจเอชไอวี ผลลบร้อยละ 95.8

จากการวิเคราะห์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลหัวหิน พบว่ามีการคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ร้อยละ 6.9 มีภาวะพร่องออกซิเจนของทารกที่ 1 นาที หลังคลอด ร้อยละ 1.2 มีภาวะพร่องออกซิเจนของทารกที่ 5 นาที หลังคลอด ร้อยละ 0.5 และน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 10.4

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

1. พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 คือ มารดาที่เป็นต่างชาติและมารดาที่มีจำนวนการฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง
2. พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพร่องออกซิเจนของทารกที่ 1 นาที หลังคลอดและภาวะพร่องออกซิเจนของทารกที่ 5 นาที หลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 คือ มารดาที่เป็นต่างชาติและมารดาที่มีอายุครรภ์เมื่อคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์
3. พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 คือ มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก มารดาที่มีอายุครรภ์เมื่อคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ และมารดาที่มีภาวะโลหิตจาง

สำหรับผลการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย และผลการตรวจเชื้อเอชไอวี ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน

สรุป : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลหัวหิน ได้แก่ มารดาต่างชาติ มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี มารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก มารดาที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง มารดาที่มีภาวะโลหิตจาง และมารดาที่มีอายุครรภ์เมื่อคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์

คำสำคัญ : การเกิดภาวะแทรกซ้อน การตั้งครรภ์

วารสารแพทย์เขต 4-5 2562 ; 38(2) : 126-139.

ABSTRACT

Objective: To study factors related to complications of pregnancy in pregnant women who delivered at Hua Hin Hospital.

Research Design: This was a retrospective descriptive research. 8,309 maternal birth records in Hua Hin Hospital during January 1, 2014 to December 31, 2016, were reviewed. Data were collected from pregnant women including age, race, number of pregnancies, gestational age at first antenatal care, number of antenatal care, blood concentration and the results of the HIV testing. Factors that related with the complications of pregnancy using were analyzed by chi square test.

Results: Women who delivered at Hua Hin Hospital were mostly 20-34 years old (70.2%), Thai nationality (90.8%) and primigravida (42.8%). Gestational age at antenatal clinic for the first time was 12 weeks or more (56.3%). Number of antenatal care was more than 5 times (85.1%). Gestational age at delivery was 37-41 weeks (91.1%). Blood concentration was normal (79.6%). The results of thalassemia screening were normal (99.3%) and HIV testing was negative (95.8%).

The complications of pregnancy were preterm delivery (6.9%), Infants with low APGAR score at 1 and 5 minutes (1.2% and 0.5%) and low birth weight (10.4%).

Factors associated with complications :

1. Preterm birth was statistically significant in foreign pregnant women and pregnant women who had antenatal care less than 5 visits.
2. Infants with low APGAR score at 1 and 5 minutes postpartum were statistically significant in foreign pregnant women and pregnant women who had preterm delivery.
3. Low birth weight was statistically significant in teenage pregnancy, primigravida, preterm delivery and pregnant women with anemia.

Conclusion: Factors related to the complications of pregnancy were race, maternal age less than 20 years old, primigravida, numbers of antenatal care less than 5 visits, anemia and pregnancy with preterm delivery.

Keywords : complications, pregnancy

Reg 4-5 Med J 2019 ; 38(2) : 126-139.

บทนำ

ระยะตั้งครรภ์ เป็นจุดเริ่มต้นที่มีความสำคัญสำหรับการให้กำเนิดทารกที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา แม้ว่าจะเป็นการเกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่ในระหว่างการตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย ทั้งทางด้านร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบต่างๆ รวมไปถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอดส่งผลให้เกิดอันตรายต่อทั้งมารดาและทารก ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกแรกคลอดขาดออกซิเจน และภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย

ในทุกๆ ปี มีรายงานทารกคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 คน ต่อทารก 10 คน และในทุกๆ ปีทั่วโลกมีประมาณ 15 ล้านคน (ร้อยละ 11) ที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ในจำนวนนี้ทารกมากกว่า 1 ล้านคนเสียชีวิต^{1,2} อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด (preterm birth rate) จะพบประมาณร้อยละ 5-7 ในประเทศที่พัฒนาแล้ว และมีอุบัติการณ์ที่มากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา³ สำหรับในประเทศไทยนั้นอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดในปี 2010 คิดเป็น

ร้อยละ 12 (จำนวน 100,700 คน จากทารกคลอดมีชีพทั้งหมด 838,300 คน) เป็นอันดับที่ 55 ของโลก¹ รายงานจากโรงพยาบาลศิริราชอัตราการคลอดก่อนกำหนดมีสูงถึงร้อยละ 12.9⁴ และยังพบว่าทารกที่คลอดกำหนด 6-7 คน ใน 100 คน จะมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม⁵

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการทบทวนสถานการณ์สุขภาพ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เพื่อนำมาเป็นปัจจัยที่สำคัญในการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) หนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญ คือการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) โดยมีรายละเอียดพอสังเขปดังนี้ ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา อัตราตายมารดาและเด็กอายุ 0-5 ปี ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง โดยอัตราตายมารดาลดลงจาก 374.3 ต่อเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2505 เป็น 23.3 ต่อเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2557 แต่ก็ยังสูงกว่าเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ (MDGs) ที่กำหนดไว้เท่ากับ 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการแท้ง

และการคลอด สำหรับภาวะโภชนาการและพัฒนาการ
ของเด็กในกลุ่มนี้ พบว่า อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิด
น้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ยังเป็นปัญหาและยังไม่บรรลु
เป้าหมายที่กระทรวงกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7 และจาก
ผลการตรวจคัดกรองและประเมินพัฒนาการของเด็กใน
กลุ่มนี้ พบว่ามีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 99.3 และ 98.7
ซึ่งเกินกว่าค่าที่กระทรวงกำหนดไว้ที่ ร้อยละ 85⁶

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะแทรกซ้อน
ที่เกิด เช่น ภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกแรก
คลอดขาดออกซิเจน และภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย
เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อชีวิตของ
ทารกได้ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม
ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ในมารดา
ที่มาคลอดในโรงพยาบาลหัวหิน เพื่อป้องกันและลดการ
เกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้มารดาและทารกเกิดความ
ปลอดภัยตามเป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ
20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ตลอดจนเป็น
แนวทางในการศึกษาวิจัยต่อเนื่องต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ
เก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน
มารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลหัวหิน ในระหว่างวันที่
1 มกราคม 2557 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559 จำนวน
8,309 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึก
ข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดา ได้แก่ อายุ
มารดา เชื้อชาติ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์
เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนการฝากครรภ์ อายุครรภ์
เมื่อคลอด ภาวะโลหิตจาง ผลการตรวจคัดกรองโรค
ธาลัสซีเมีย และผลการตรวจเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และ
คลอด ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด ภาวะพร่องออกซิเจน

ของทารกที่ 1 นาที่หลังคลอด ภาวะพร่องออกซิเจน
ของทารกที่ 5 นาที่หลังคลอด และน้ำหนักตัวทารก
แรกคลอด

ส่วนที่ 3 นำแบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้
ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และการสาธารณสุข จำนวน
3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา แล้วนำ
มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS
for Windows version 21 เพื่อหาค่าร้อยละ ของข้อมูล
ประชากรและข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล รวมทั้งวิเคราะห์
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ
การตั้งครรภ์ในมารดา โดยใช้สถิติ chi square test ที่
กำหนดค่าความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาล
หัวหิน วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2561 เลขที่ RECHHH
058/2561

ผลการศึกษา

มารดาอายุ 20-34 ปี พบร้อยละ 70.2 มารดา
เชื้อชาติไทย ร้อยละ 90.8 การตั้งครรภ์เป็นครรภ์
แรก ร้อยละ 42.8 อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก
12 สัปดาห์ขึ้นไป พบร้อยละ 56.3 จำนวนการฝากครรภ์
5 ครั้งขึ้นไป พบร้อยละ 85.1 อายุครรภ์เมื่อคลอด
37-41 สัปดาห์ พบร้อยละ 91.1 ผลตรวจไม่พบ
ภาวะโลหิตจางร้อยละ 79.6 ผลการตรวจคัดกรอง
โรคธาลัสซีเมียผลปกติ พบร้อยละ 99.3 และผล
การตรวจเอชไอวี ผลลบพบร้อยละ 95.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=8,309)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
อายุมารดา	
<20 ปี	272 (3.3)
20-34 ปี	5,836 (70.2)
35 ปี ขึ้นไป	2,201 (26.5)
เชื้อชาติ	
ไทย	7,546 (90.8)
ต่างชาติ	763 (9.2)
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์	
ครรภ์ที่ 1	3,558 (42.8)
ครรภ์ที่ 2	2,911 (35.0)
ครรภ์ที่ 3 หรือมากกว่า	1,840 (22.1)
อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก	
<12 สัปดาห์	3,632 (43.7)
12 สัปดาห์ ขึ้นไป	4,677 (56.3)
จำนวนการฝากครรภ์	
<5 ครั้ง	1,236 (14.8)
5 ครั้งขึ้นไป	7,069 (85.1)
ไม่ได้ฝากครรภ์	4 (1.0)
อายุครรภ์เมื่อคลอด	
< 37 สัปดาห์	570 (6.9)
37-41 สัปดาห์	7,569 (91.1)
ตั้งแต่ 42 สัปดาห์	170 (2.0)
ภาวะโลหิตจาง	
จาง (Hct < 33%)	1,692 (20.4)
ปกติ (Hct ≥ 33%)	6,617 (79.6)
ผลการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	
ปกติ	8,249 (99.3)
เสี่ยงต่อการเป็น	60 (7.0)
ผลการตรวจเอชไอวี	
Negative	7,961 (95.8)
Positive	348 (4.2)

มารดาที่เป็นต่างชาติมีการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 9.6 ของมารดาที่มาคลอดทั้งหมด ซึ่งมากกว่า คลอดครบกำหนดในมารดาในกลุ่มเดียวกันที่พบร้อยละ 9.0 ของมารดาที่มาคลอดทั้งหมด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .002) มารดาที่มีจำนวนการ

ฝากครรภ์ น้อยกว่า 5 ครั้ง มีการคลอดก่อนกำหนด ในมารดาในกลุ่มเดียวกันที่พบ ร้อยละ 26.4 ซึ่งมากกว่า คลอดครบกำหนด ร้อยละ 13.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .000) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป และความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด

ข้อมูล	N = 8,309 จำนวน (ร้อยละ)	การคลอดก่อนกำหนด			p-value
		จำนวน (ร้อยละ)			
		ก่อนกำหนด (<37 wk)	ครบกำหนด (37-41 wk)	เกินกำหนด (ตั้งแต่ 42 wk)	
อายุมารดา					.584
<20 ปี	272 (3.3)	31 (4.2)	234 (3.2)	7 (3.4)	
20-34 ปี	5,836 (70.2)	506 (69.2)	5,183 (70.3)	147 (72.1)	
35 ปี ขึ้นไป	2,201 (26.5)	194 (26.5)	1,957 (26.5)	50 (24.5)	
เชื้อชาติ					.002
ไทย	7,546 (90.8)	661 (90.4)	6,714 (91.0)	171 (83.8)	
ต่างชาติ	763 (9.2)	70 (9.6)	660 (9.0)	33 (16.2)	
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์					.565
ครั้งที่ 1	3,558 (42.8)	310 (42.4)	3,160 (42.9)	88 (43.1)	
ครั้งที่ 2	2,911 (35.0)	242 (33.1)	2,596 (35.2)	73 (35.8)	
ครั้งที่ 3 หรือมากกว่า	1,840 (22.1)	179 (24.5)	1,618 (21.9)	43 (21.1)	
อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก					.024
<12 สัปดาห์	3,632 (43.7)	342 (46.8)	3,216 (43.6)	74 (36.3)	
12 สัปดาห์ ขึ้นไป	4,677 (56.3)	389 (53.2)	4,158 (56.4)	130 (63.7)	
จำนวนการฝากครรภ์					.000
<5 ครั้ง	1,236 (14.8)	193 (26.4)	988 (13.4)	55 (27.0)	
5 ครั้งขึ้นไป	7,069 (85.1)	538 (73.6)	6,382 (86.5)	149 (73.0)	
ไม่ได้ฝากครรภ์	4 (0.1)	0 (0.0)	4 (0.1)	0 (0.0)	
อายุครรภ์เมื่อคลอด					.000
<37 สัปดาห์	570 (6.9)	564 (77.2)	2 (0.0)	4 (2.0)	
37-41 สัปดาห์	7,569 (91.1)	166 (22.7)	7,371 (100)	32 (15.7)	
ตั้งแต่ 42 สัปดาห์	170 (2.0)	1 (0.1)	1 (0.0)	168 (82.4)	

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป และความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด (ต่อ)

ข้อมูล	N = 8,309 จำนวน (ร้อยละ)	การคลอดก่อนกำหนด			p-value
		จำนวน (ร้อยละ)			
		ก่อนกำหนด (<37 wk)	ครบกำหนด (37-41 wk)	เกินกำหนด (ตั้งแต่ 42 wk)	
ภาวะโลหิตจาง					.959
จาง (Hct<33%)	1,692 (20.4)	150 (20.5)	1,502 (20.4)	40 (19.6)	
ปกติ (Hct≥33%)	6,617 (79.6)	581 (79.5)	5,872 (79.6)	164 (80.4)	
ผลการตรวจคัดกรองโครซาลัสซีเมีย					.538
ปกติ	8,249 (99.3)	728 (99.6)	7,319 (99.3)	202 (99.0)	
เสี่ยงต่อการเป็น	60 (0.7)	3 (0.4)	55 (0.7)	2 (1.0)	
ผลการตรวจเอชไอวี					.328
Negative	7,961 (95.8)	694 (94.9)	7,069 (95.9)	198 (97.1)	
Positive	348 (4.2)	37 (5.1)	305 (4.1)	6 (2.9)	

ในการศึกษานี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องออกซิเจนของทารกหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ สัญชาติของมารดาและอายุครรภ์ของมารดาในขณะคลอด โดยในมารดาต่างชาติ พบภาวะพร่องออกซิเจนของทารกที่ 1 นาที่หลังคลอด ร้อยละ 17.3 ของมารดาที่มาคลอดทั้งหมด ซึ่งมากกว่าทารกที่ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนที่ 1 นาที่หลังคลอดในมารดากลุ่มเดียวกันที่พบ ร้อยละ 9.1 ของมารดาที่มาคลอดทั้งหมด มารดาที่มีอายุครรภ์เมื่อคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ พบว่าทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนที่ 1 นาที่หลังคลอด ร้อยละ 16.3 ซึ่งมากกว่าทารกที่ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนที่ 1 นาที่หลังคลอดที่พบ ร้อยละ 6.7

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = .008 และ .001) ตามลำดับ ส่วนมารดาต่างชาติพบทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนที่ 5 นาที่หลังคลอด ร้อยละ 23.7 ของมารดาที่มาคลอดทั้งหมด ซึ่งมากกว่าทารกที่ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนที่ 5 นาที่หลังคลอด ในมารดากลุ่มเดียวกันที่พบร้อยละ 9.1 ของมารดาที่มาคลอดทั้งหมด มารดาที่มีอายุครรภ์เมื่อคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ พบทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนที่ 5 นาที่หลังคลอด ร้อยละ 18.4 ซึ่งมากกว่าทารกที่ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนที่ 5 นาที่หลังคลอดที่พบ ร้อยละ 6.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = .005 และ .014) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไป และความสัมพันธ์กับภาวะพร่องออกซิเจนของทารกที่ 1 นาที และ 5 นาทีหลังคลอด

ข้อมูล	N=8,309 จำนวน (ร้อยละ)	APGAR score 1 นาทีหลังคลอด			APGAR score 5 นาทีหลังคลอด		
		จำนวน (ร้อยละ)		p-value	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
		มี	ไม่มี		มี	ไม่มี	
อายุมารดา				.499			.138
< 20 ปี	272 (3.3)	5 (5.1)	267 (3.3)		0 (0.0)	272 (3.3)	
20-34 ปี	5,836 (70.2)	65 (66.3)	5,771 (70.3)		32 (84.2)	5,804 (70.2)	
35 ปี ขึ้นไป	2,201(26.5)	28 (28.6)	2,173 (26.5)		6 (15.8)	2,195 (26.5)	
เชื้อชาติ				.008			.005
ไทย	7,546 (90.8)	81 (82.7)	7,465 (90.9)		29 (76.3)	7,517 (90.9)	
ต่างชาติ	763 (9.2)	17 (17.3)	746 (9.1)		9 (23.7)	754 (9.1)	
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์				.303			.436
ครรภ์ที่ 1	3,558 (42.8)	39 (39.8)	3,519 (42.9)		17 (44.7)	3,541 (42.8)	
ครรภ์ที่ 2	2,911 (35.0)	31 (31.6)	2,880 (35.1)		10 (26.3)	2,901 (35.1)	
ครรภ์ที่ 3 หรือมากกว่า	1,840 (22.1)	28 (28.6)	1,812 (22.1)		11 (28.9)	1,829 (22.1)	
อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก				.133			.308
<12 สัปดาห์	3,632 (43.7)	35 (35.7)	3,597 (43.8)		13 (34.2)	3,619 (43.8)	
>12 สัปดาห์	4,677 (56.3)	63 (64.3)	4,614 (56.2)		25 (65.8)	4,652 (56.2)	
จำนวนการฝากครรภ์				.607			.308
<5 ครั้ง	1,236 (14.8)	18 (18.4)	1,218 (14.8)		9 (23.7)	122 (14.8)	
>5 ครั้งขึ้นไป	7,069 (85.1)	80 (81.6)	6,989 (85.1)		29 (76.3)	7,040 (85.1)	
ไม่ได้ฝากครรภ์	4 (0.1)	2 (2.0)	168 (2.0)		0 (0.0)	4 (0.0)	
อายุครรภ์เมื่อคลอด				.001			.014
<37 สัปดาห์	570 (6.9)	16 (16.3)	554 (6.7)		7 (18.4)	563 (6.8)	
37-41 สัปดาห์	7,569 (91.1)	80 (81.6)	7,489 (91.2)		31 (81.6)	7,538 (91.1)	
ตั้งแต่ 42 สัปดาห์	170 (2.0)	2 (2.0)	168 (2.0)		0 (0.0)	170 (2.1)	
ภาวะโลหิตจาง				.261			.366
จาง (Hct<33%)	1,692 (20.4)	15 (15.3)	1,677 (20.4)		5 (13.2)	1,687 (20.4)	
ปกติ (Hct≥33%)	6,617 (79.6)	83 (84.7)	6,534 (79.6)		33 (89.8)	6,584 (79.6)	
ผลการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย				.803			1.000
ปกติ	8,249 (99.3)	98 (100)	8,151 (99.3)		38 (100)	8,211 (99.3)	
เสี่ยงต่อการเป็น	60 (0.7)	0 (0.0)	60 (0.7)		0 (0.0)	60 (0.7)	

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี พบว่ามีน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม พบร้อยละ 5.0 ซึ่งมากกว่าน้ำหนักทารกแรกคลอด 2,500 กรัมขึ้นไป ที่พบร้อยละ 3.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .006$) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกมีน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม พบร้อยละ 47.4 ซึ่งมากกว่าน้ำหนักทารกแรกคลอด 2,500 กรัมขึ้นไป ที่พบร้อยละ 42.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .016$)

มารดาอายุครรภ์เมื่อคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ มีน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 19.7 ซึ่งมากกว่าน้ำหนักทารกแรกคลอด 2,500 กรัมขึ้นไป ที่พบร้อยละ 5.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .000$) มารดาที่มีภาวะโลหิตจาง ($Hct < 33\%$) มีน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม พบร้อยละ 23.2 ซึ่งมากกว่าน้ำหนักทารกแรกคลอด 2,500 กรัมขึ้นไป ที่พบร้อยละ 20.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .030$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไป และความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกคลอด

ข้อมูล	N=8,309 จำนวน (ร้อยละ)	น้ำหนักทารกแรกคลอด		p-value
		<2,500 กรัม	2,500 กรัม ขึ้นไป	
อายุมารดา				.006
< 20 ปี	272 (3.3)	43 (5.0)	229 (3.1)	
20-34 ปี	5,836 (70.2)	611 (70.6)	5,225 (70.2)	
35 ปี ขึ้นไป	2,201 (26.5)	211 (24.4)	1,990 (26.7)	
เชื้อชาติ				.703
ไทย	7,546 (90.8)	782 (90.4)	6,764 (90.9)	
ต่างชาติ	763 (9.2)	83 (9.6)	680 (9.1)	
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์				.016
ครรภ์ที่ 1	3,558 (42.8)	410 (47.4)	3,148 (42.3)	
ครรภ์ที่ 2	2,911 (35.0)	279 (32.3)	2,632 (35.4)	
ครรภ์ที่ 3 หรือมากกว่า	1,840 (22.1)	176 (20.3)	1,664 (22.4)	
อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก				.401
< 12 สัปดาห์	3,632 (43.7)	366 (42.3)	3,266 (43.9)	
12 สัปดาห์ ขึ้นไป	4,677 (56.3)	499 (57.7)	4,178 (56.1)	
จำนวนการฝากครรภ์				.098
< 5 ครั้ง	1,236 (14.8)	149 (17.2)	1,087 (14.6)	
5 ครั้ง ขึ้นไป	7,069 (85.1)	716 (82.8)	6,353 (85.3)	
ไม่ได้ฝากครรภ์	4 (0.1)	0 (0.0)	4 (0.1)	

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไป และความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกคลอด (ต่อ)

ข้อมูล	N=8,309 จำนวน (ร้อยละ)	น้ำหนักทารกแรกคลอด		p-value
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
		<2,500 กรัม	2,500 กรัม ขึ้นไป	
< 37 สัปดาห์	570 (6.9)	170 (19.7)	400 (5.4)	
37-41 สัปดาห์	7,569 (91.1)	689 (79.7)	6,880 (92.4)	
ตั้งแต่ 42 สัปดาห์	170 (2.0)	6 (0.7)	164 (2.2)	
ภาวะโลหิตจาง				.030
จาง (Hct < 33%)	1,692 (20.4)	201 (23.2)	1,491 (20.0)	
ปกติ (Hct 33% ขึ้นไป)	6,617 (79.6)	664 (76.8)	5,953 (80.0)	
ผลการตรวจคัดกรองโครโมโซมซีเมีย				.339
ปกติ	8,249 (99.3)	856 (99.0)	7,393 (99.3)	
เสี่ยงต่อการเป็น	60 (0.7)	9 (1.0)	51 (0.7)	
ผลการตรวจเอชไอวี				.304
Negative	7,961 (95.8)	835 (96.5)	7,126 (95.7)	
Positive	348 (4.2)	30 (3.5)	318 (4.3)	

วิจารณ์

การศึกษานี้พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลหัวหิน ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ร้อยละ 8.8 ซึ่งน้อยกว่ารายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2558 พบร้อยละ 9.6 และที่โรงพยาบาลศิริราชพบ ร้อยละ 9.44-12.98⁷ ส่วนรายงานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบที่ ร้อยละ 9-10⁸

นอกจากนี้พบภาวะพร่องออกซิเจนของทารกที่ 1 นาที่หลังคลอด ร้อยละ 1.2 มีภาวะพร่องออกซิเจนของทารกที่ 5 นาที่หลังคลอด ร้อยละ 0.5 ซึ่งน้อยกว่าข้อมูลของกรมอนามัย ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) ที่ไม่เกิน 30 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ⁹ และจากข้อมูลกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2552 เท่ากับ 24.60 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ¹⁰ ข้อมูลจากการวิจัยนี้ พบว่าภาวะพร่องออกซิเจนของทารกไม่สูงเกินค่าอ้างอิง

สำหรับภาวะแทรกซ้อนเรื่องน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม พบร้อยละ 10.4 ซึ่งน้อยกว่ารายงานขององค์การอนามัยโลก ที่พบร้อยละ 15-20¹¹ แต่สูงกว่ารายงานของประเทศไทยที่พบร้อยละ 9.0¹² กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดเป้าหมายในแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 จนถึงฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2535-2554) ต้องไม่เกินร้อยละ 7¹³ โดยผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2550 และ 2551 พบร้อยละ 8.6 ล่าสุดปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 9¹⁴ และจากข้อมูลของศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี (ตุลาคม 2560 – มีนาคม 2561) พบร้อยละ 8.89¹⁵ จากข้อมูลนั้น หมายถึงน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ของโรงพยาบาลหัวหินยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอยู่

จากการศึกษานี้ เชื้อชาติ มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากมารดาต่างชาติที่มาคลอดในโรงพยาบาลหัวหิน ส่วนใหญ่เป็นมารดาชาวพม่า กะเหรี่ยง และกัมพูชา ซึ่ง

ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มใช้แรงงาน อาจมีปัญหาในเรื่องความรู้พื้นฐาน และเรื่องเศรษฐกิจฐานะการเงิน ทำให้มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ การเดินทาง และภาษาที่ต่างกันทำให้เกิดการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ในช่วงที่มารับการสอนสุขศึกษาระหว่างการมาฝากครรภ์ อาจได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนจากอุปสรรคด้านภาษา รวมทั้งจากการขาดความรู้พื้นฐาน และไม่สามารถแจ้งอาการผิดปกติที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ได้

จำนวนการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ส่งผลให้การดูแลและการรับข้อมูลระหว่างตั้งครรภ์มีประสิทธิภาพน้อยลง ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝากครรภ์ การดูแลตัวเอง และการสังเกตอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อมพร¹⁶ ที่ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลระนอง พบว่า การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ทำให้สตรีตั้งครรภ์ขาดความรู้ไม่ได้รับยาบำรุงเลือด ไม่ได้รับการตรวจประเมินคัดกรองความผิดปกติ ตลอดจนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญตามอายุครรภ์ ซึ่งผลกระทบด้านมารดาที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ส่วนผลกระทบด้านทารก ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาที่ที่ 5 น้อยกว่า 7 คะแนน และเพิ่มอัตราตายของทารกแรกเกิด

เชื้อชาติ มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องออกซิเจนของทารกที่ 1 นาที่หลังคลอด และภาวะพร่องออกซิเจนของทารกที่ 5 นาที่หลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากข้อมูลที่เชื่อมโยงกันว่ามารดาชาวต่างชาติ มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้การทำงานของปอดของทารกยังไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนตามมาได้

อายุครรภ์เมื่อคลอด น้อยกว่า 37 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องออกซิเจนของทารกที่ 1 นาที่หลังคลอด และภาวะพร่องออกซิเจนของทารกที่ 5 นาที่หลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด อวัยวะต่างๆ ยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ และไม่พร้อมทำงาน โดยเฉพาะปอดและระบบทางเดินหายใจ¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ จริฎญา¹⁸ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสตูล พบปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การรับส่งต่อมาเพื่อคลอด ภาวะส่วนน้ำหนักน้าหนัก น้ำคร่ำปานกลางถึงเข้ม ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน และทารกคลอดที่อายุครรภ์ก่อน 37 สัปดาห์

อายุ มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจกมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีวุฒิภาวะน้อย ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพระหว่างที่ตั้งครรภ์ เช่น เรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อการตั้งครรภ์ การรับประทานยาบำรุงสม่ำเสมอ การสังเกตอาการผิดปกติระหว่างที่ตั้งครรภ์ และการพักผ่อนถ้าไม่เพียงพออาจส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตินา¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในโรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทารกน้ำหนักน้อย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชญญา²⁰ ที่ศึกษาการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นที่คลอดครรภ์แรกในโรงพยาบาลใหญ่ พบว่า มารดาวัยรุ่นมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย และมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่ามารดา กลุ่มควบคุม

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจกมารดาที่ตั้งครรภ์แรกอาจมีความกังวล ขาดความรู้ความเข้าใจ และแนวทางในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ทำให้ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

สอดคล้องกับการศึกษาของ ปญญพัฒน์ และคณะ²¹ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกคลอด พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มีผลเชิงบวกต่อน้ำหนักทารกแรกคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การตั้งครรภ์ที่ 2 และมากกว่าหรือเท่ากับครั้งที่ 3 มีโอกาสที่เด็กทารกแรกคลอด มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 3,500 กรัม เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกเนื่องจากประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ครั้งที่ผ่านๆ มาของมารดา และการได้รับการฝากครรภ์ขณะตั้งครรภ์แรก ทำให้มารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และมากกว่าหรือเท่ากับครั้งที่ 3 มีความรู้ ทักษะ และแนวทางในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์มากกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรวิดี²² ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ทำให้ทารกน้ำหนักตัวน้อย คือ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

อายุครรภ์เมื่อคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ถือเป็น การคลอดก่อนกำหนด ทำให้การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัชย์²³ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลเถิน พบว่าอายุครรภ์ขณะคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ เป็นปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (OR= 10.01, 95%CI=3.39-29.55, $p < 0.05$) และยังสอดคล้องกับ อรพินท์²⁴ ที่ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว เท่ากับร้อยละ 6.96 และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ($p = .001$)

ภาวะโลหิตจาง มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการขาดธาตุเหล็กเกิดจากการได้รับสารอาหารไม่

เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เป็นการสะท้อนถึงภาวะโภชนาการระหว่างการตั้งครรภ์ ธาตุเหล็กพบได้ในอาหารชนิด เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ กุ้ง หอย และผักใบเขียว ดังนั้นผู้ที่รับประทานอาหารไม่ครบถ้วนอาจทำให้เกิดโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ และอาจส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกได้²⁵ และมีรายงานว่าภาวะโลหิตจางในระหว่างการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริฉัตร และคณะ²⁷ ที่ศึกษาเรื่องภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง พบคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 15.6 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.8

สรุป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลหัวหิน ได้แก่ มารดาต่างชาติ มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก มารดาที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง มารดาที่มีภาวะโลหิตจาง และมารดาที่มีอายุครรภ์เมื่อคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์

มารดาต่างชาติมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และภาวะพร่องออกซิเจนของทารกแรกคลอด มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีความเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม

มารดาที่ตั้งครรภ์แรก มีความเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม

มารดาที่จำนวนการฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

มารดาที่มีภาวะโลหิตจาง มีความเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม

มารดาที่มีอายุครรภ์เมื่อคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ มีความเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนของทารกแรกคลอด และมีน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาวิจัย และให้คำแนะนำการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล คุณจินตนา กุณทัตทอง พยาบาลหัวหน้าห้องคลอด คุณชุติมาถิ ชยวัฒน์โต พยาบาลหัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และคุณวิวัฒน์ โชติกิตติพงษ์ หัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์สำหรับข้อมูลในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Kinney MV, Lawn JE, Howson CP, et al. 15 Million preterm births annually: what has changed this year? *Reprod Health* 2012;9:28.
2. World Health Organization. Preterm birth [internet]. 2018 [updated 2018 Feb 19; cited 2019 June 10]. Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
3. Beck S, Wojdayla D, Say L, Betran AP, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ* 2010;88(1):31-8.
4. ประนอม บุปศิริ. คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) [อินเทอร์เน็ต]. 2015 [วันที่ปรับปรุงข้อมูล 29 ต.ค. 2559; วันที่สืบค้น 10 มิ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก URL: <http://haamor.com/th/คลอดก่อนกำหนด/>
5. สุวชัย อินทรประเสริฐ. การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. ใน: คู่มือตั้งครรภ์และเตรียมคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 19. กรุงเทพฯ: รักลูกแฟมิลีกรุ๊ป; 2548. หน้า 290-99.
6. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2559.
7. Chawanpaiboon S, Sutantawibul A. Preterm birth at Siriraj Hospital: a seven-year review (2002-2008). *Thai J Obstet Gynecol* 2009;17(4):204-11.
8. ชีระพงษ์ เจริญวิทย์. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน: ชีระพงษ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, และคณะ. บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮ้าส์; 2551. หน้า 317-27.
9. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2550.
10. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลอนามัยแม่และเด็ก ประเทศไทย 2552. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
11. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: low birth weight policy brief (WHO/NMH/NHD/14.5) 2014. [internet]. 2019 [updated 2014; cited 2019 March 27]. Available from: URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149020/WHO_NMH_NHD_14.5_eng.pdf?ua=1
12. เชิดชู อริยศรีวัฒนา. สถานการณ์เด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก URL: <http://nanao.4t.com/health01.htm>
13. กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารรายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ในระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2550-2552). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
14. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงาน ประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558.

15. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. เอกสารตรวจราชการ และนิเทศงาน ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 27 มีนาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก URL: <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2018/07-1018-20180717014616/f802c3d52ecbdb771629d5009914d3cc.pdf>
16. เอี่ยมพร ราชภูติ. การวิเคราะห์สถานการณ์การ ผากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลระนอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
17. ชญาศักดิ์ พิศวง, ปริศนา พานิชกุล. ปัจจัยเสี่ยงที่ สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เวชสารแพทย์ ทหารบก 2554;64(3):109-19.
18. จริญญา แสงจันทร์. ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะขาด ออกซิเจนของทารกแรกเกิด วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2558;29(3):393-402.
19. ชุตินา ไตรนภากุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในโรงพยาบาลราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 2560;36(2):79-87.
20. วิชญา เวชยันต์ศฤงคาร. ผลการตั้งครรภ์ในมารดา วัยรุ่นที่คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลบางใหญ่. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2555;29(2):82-92.
21. ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ, สมเกียรติ วรเดช, ภาณุมาศ พิกุล, และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักทารก แรกคลอด อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง. วารสาร วิชาการสาธารณสุข 2560;26(3):517-24.
22. ภัทรวดี อัญชลีชไมกร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โรงพยาบาล เจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสาร พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2554;21(1):71-9.
23. สุรัชย์ พงศ์หล่อพิสิฎฐ์. ปัจจัยเสี่ยงของมารดา ต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยใน โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง. ลำปางเวชสาร 2552;30(3):146-53.
24. อรพินท์ กอสนาน. ผลต่อการเกิดทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว. วารสาร ศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาล พระปกเกล้า 2556;30(4):287-99.
25. วิฑูรย์ ประเสริฐเจริญสุข. โภชนาการในระหว่าง ตั้งครรภ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2542;14(2):141-5.
26. วรพงศ์ ภูพงศ์. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์. ใน: อีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคนอื่นๆ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พรีนติ้งเฮาส์; 2551. หน้า 445-52.
27. ศิริฉัตร รongศักดิ์, ประนอม พูลพัฒน์, มยุรัตน์ รักเกียรติ. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มา ผากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลนพรัตน ราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแล สุขภาพ 2560;35(3): 39-47.