

# ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6

พีระยงก์ สาณกุล<sup>1\*</sup> และ เพียงจิตต์ ธารไพโรสานนท์<sup>2</sup>

<sup>1</sup> กลุ่มบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

<sup>2</sup> หน่วยวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\* Corresponding author: [drpeerayoot@hotmail.com](mailto:drpeerayoot@hotmail.com)

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นที่คลอดบุตรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังโดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและทะเบียนคลอดของวัยรุ่นที่คลอดบุตรระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2550 – 31 ธันวาคม 2550 ศึกษาปัจจัยทางประชากรศาสตร์ ลักษณะทางสูติกรรม ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ผลด้านทารกแรกเกิดและภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด นำเสนอผลการศึกษาโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk; RR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) เทียบกับวัยรุ่นใหญ่ที่มาคลอดในช่วงเวลาเดียวกัน ผลการศึกษา พบว่าในช่วงเวลาที่ศึกษามีผู้คลอดบุตรทั้งสิ้น 2,095 ราย เป็นวัยรุ่น 368 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร้อยละ 17.6 อายุเมื่อตั้งครรภ์เฉลี่ย 17.2 ปี ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก (ร้อยละ 82.9) อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด 38.6 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 53.5) และกำลังศึกษา (ร้อยละ 14.9) น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3,058 กรัม เมื่อเทียบกับวัยรุ่นใหญ่ พบว่าวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง (RR = 1.63; 95% CI = 1.34 – 1.98) และการคลอดก่อนกำหนด (RR = 2.30; 95% CI = 1.70 – 3.11) แต่วัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่ำกว่าต่อการผ่าตัดคลอด (RR = 0.64; 95% CI = 0.50 – 0.82) ส่วนภาวะอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งได้แก่ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะผิสดัดส่วนของศีรษะทารกกับช่องเชิงกราน ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์เป็นเวลานาน (prolonged premature rupture of membrane) ภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ (fetal distress) ภาวะน้ำคร่ำมีขี้เทาเหนียวข้น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะทารกต้องการความช่วยเหลือแรกคลอด (คะแนน Apgar ที่ 1 นาที  $\leq$  7) และ ภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนหลังคลอด (คะแนน Apgar ที่ 5 นาที  $\leq$  7) โดยสรุป การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางของแม่และการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าครรภ์ในวัยรุ่นใหญ่ แต่โอกาสเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดลดลง

**คำสำคัญ:** การตั้งครรภ์, วัยรุ่น, การคลอด, ภาวะแทรกซ้อน

*Thai Pharm Health Sci J 2008;3(1):97-102*<sup>§</sup>

## บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหมายถึง การตั้งครรภ์ขณะที่มีอายุระหว่าง 10 - 19 ปี<sup>1</sup> ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ขณะอายุน้อยเพิ่มสูงขึ้น หากตั้งครรภ์ในวัยนี้จะเกิดปัญหาเนื่องจากเป็นวัยกำลังศึกษา ทำให้ต้องหยุดหรือออกจากการศึกษา ส่งผลให้ประเทศขาดบุคลากรที่มีคุณภาพเกิดปัญหาบุตรที่ไม่ต้องการ และนำไปสู่การลักลอบทำแท้ง

มากขึ้น เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าการตั้งครรภ์ทั่วไปถึง 3 เท่า เป็นภาระทางเศรษฐกิจเรื่องค่ารักษาพยาบาลขณะตั้งครรภ์ การคลอดบุตร และการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากยังไม่มีงานทำ นอกจากนี้ ยังมีความเสี่ยงที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และคลอด ทั้งต่อตนเองและต่อทารกแรกเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่พบว่าเพิ่มขึ้นได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด เสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอด การคลอดโดยใช้

<sup>§</sup> 13<sup>th</sup> year of Srinakharinwirot Journal of Pharmaceutical Science

อุปกรณ์ช่วยคลอด ภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และทารกตายในครรภ์ อย่างไรก็ตาม มีบางรายงานที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยตระหนักถึงปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) ได้กำหนดเป้าหมายวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่เกินร้อยละ 10<sup>2</sup> ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมสถิติผู้มาคลอดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 - 2550 พบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงวิจัยเพื่อเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับวัยรุ่นผู้ใหญ่ เพื่อให้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอด เพื่อนำผลการศึกษาไปวางแผนป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อน และอาจช่วยในการวางแผนลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป

## วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยในและทะเบียนคลอดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2550 - 31 ธันวาคม 2550 โดยวิจัยที่ศึกษาได้แก่ ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของวัยรุ่นประกอบด้วย อายุ อาชีพ ความสูง น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ลักษณะทั่วไปทางสูติกรรม ประกอบด้วยการคลอดบุตร (parity) ประวัติการกล่อมท่าแท้งในการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งการฝากครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มระหว่างตั้งครรภ์โดยนำน้ำหนักที่เพิ่มตลอดการตั้งครรภ์เทียบกับดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ของตนเอง โดยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์ หมายถึง น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือน้อยกว่า น้ำหนักตัวที่แนะนำ กรณีวัยรุ่นมีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ หากมีน้ำหนักตัวตลอดการตั้งครรภ์เพิ่มน้อยกว่า 11.5 กิโลกรัม ถือว่าน้ำหนักเพิ่มต่ำกว่าเกณฑ์ แต่หากน้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่า 16 กิโลกรัม ถือว่าน้ำหนักเพิ่มมากกว่าเกณฑ์ เป็นต้น จาก Institute of Medicine 1992<sup>3</sup> นอกจากนี้ ศึกษาความเข้มข้นของเลือด การติดเชื้อฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี และเอดส์ อายุครรภ์เมื่อคลอด และวิธีการคลอด

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ประกอบด้วยภาวะโลหิตจาง ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอดนานเกิน 24 ชั่วโมง ภาวะผิวด้านของศีรษะทารกกับช่องเชิงกราน ภาวะความ

ดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะซีเทา เหนียวชั้นในน้ำคร่ำขณะเจ็บครรภ์คลอด ภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ (fetal distress)

ผลด้านทารกแรกเกิดและภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิดประกอบด้วย น้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกเกิด ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (low birthweight) ภาวะทารกแรกเกิดต้องการความช่วยเหลือแรกคลอด (คะแนน Apgar ที่ 1 นาที  $\leq$  7) ภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนหลังคลอด (คะแนน Apgar ที่ 5 นาที  $\leq$  7) การคลอดก่อนกำหนด (preterm delivery) ภาวะทารกพิการแต่กำเนิด (congenital anomaly) และภาวะคลอดทารกตายในครรภ์ (stillbirth)

## การวิเคราะห์ทางสถิติ

รายงานผลการศึกษาในรูปแบบสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรศาสตร์ และภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและภาวะแทรกซ้อน ใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ผลด้านทารกแรกเกิดและภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด เปรียบเทียบระหว่างวัยรุ่นกับวัยรุ่นผู้ใหญ่ โดยคำนวณอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk; RR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS และ STATA

## ผลการศึกษา

ระหว่างปีที่ศึกษา มีวัยรุ่นคลอดบุตร 368 ราย จากจำนวนผู้มาคลอดทั้งสิ้น 2,095 ราย (ตารางที่ 1) คิดเป็นอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร้อยละ 17.6 อายุเฉลี่ยของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ คือ 17.2 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 53.5) วัยรุ่นที่ประกอบอาชีพมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 16.3) มีวัยรุ่นจำนวนหนึ่งที่ตั้งครรภ์ระหว่างกำลังศึกษาอยู่ (ร้อยละ 14.9) ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 61.1) ตามด้วยกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และมากกว่าเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 34.5 และ 3.5 ตามลำดับ)

เกี่ยวกับลักษณะทางสูติกรรม พบว่าอายุครรภ์เฉลี่ยของวัยรุ่นเมื่อคลอดเท่ากับ 38.6 สัปดาห์ ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก (ร้อยละ 82.6) พบว่าร้อยละ 3.2 มีประวัติกล่อมท่าแท้งมาก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 12 - 20 สัปดาห์ (ร้อยละ 51.7) ส่วนมากฝากครรภ์

มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 89.1) น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์เฉลี่ย 13.6 กิโลกรัม นอกจากนี้พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวต่ำกว่าน้ำหนักที่แนะนำให้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 43.2 วัยรุ่นมีอัตราการผ่าตัดคลอด

ร้อยละ 17.1 น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3,058 กรัม พบภาวะทารกพิการแต่กำเนิดมีปากแหว่ง 1 ราย และไม่มีภาวะคลอดทารกตายในครรภ์ (stillbirth)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรศาสตร์และลักษณะทางสูติกรรมของตัวอย่าง

| ข้อมูลส่วนบุคคล/ลักษณะทางสูติกรรม  | จำนวน n= 368 ราย                   | ร้อยละ |
|--|------------------------------------|--------|
| อายุ (ปี): mean $\pm$ SD; range  | 17.16 $\pm$ 1.39; 13 – 19          |        |
| อาชีพ  |                                    |        |
| แม่บ้านไม่ประกอบอาชีพ  | 197                                | 53.5 % |
| รับจ้าง  | 60                                 | 16.3 % |
| นักเรียนนักศึกษา   | 55                                 | 14.9 % |
| ค้าขาย   | 39                                 | 10.6 % |
| เกษตรกร  | 14                                 | 3.8 %  |
| อื่น ๆ   | 3                                  | 0.8 %  |
| ส่วนสูง (เซนติเมตร): mean $\pm$ SD; range                                      | 157.86 $\pm$ 5.26; 142 – 172       |        |
| น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ (กิโลกรัม): mean $\pm$ SD; range                          | 49.02 $\pm$ 7.24; 32 – 75          |        |
| ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> ): mean $\pm$ SD; range          | 19.66 $\pm$ 2.68; 13.49 – 29.27    |        |
| ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> )                                      |                                    |        |
| < 19.8   | 225                                | 61.5 % |
| 19.8-25.9  | 127                                | 34.7 % |
| 26-29  | 13                                 | 3.6 %  |
| > 29   | 1                                  | 0.3 %  |
| มีประวัติกลืนยาแท้ง  | 12                                 | 3.2 %  |
| การตั้งครรภ์   |                                    |        |
| ครรภ์แรก   | 304                                | 82.6 % |
| ครรภ์หลัง  | 64                                 | 17.4 % |
| อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก(สัปดาห์)  |                                    |        |
| < 12   | 86                                 | 23.6 % |
| 12 – 20  | 181                                | 49.7 % |
| 21 – 28  | 77                                 | 21.2 % |
| > 28   | 20                                 | 5.5 %  |
| จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ (ครั้ง)  |                                    |        |
| ไม่เคยฝากครรภ์   | 4                                  | 1.1 %  |
| 1 – 3  | 36                                 | 9.8 %  |
| > 4  | 328                                | 89.1 % |
| โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์  |                                    |        |
| VDRL positive  | 0                                  | 0.0%   |
| HBsAg positive   | 2                                  | 0.5 %  |
| Anti- HIV positive   | 3                                  | 0.8 %  |
| น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์: mean $\pm$ SD; range                   | 13.61 $\pm$ 5.20; 3 – 30.3         |        |
| น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เทียบกับดัชนีมวลกายของตนเอง <sup>3</sup> |                                    |        |
| ต่ำกว่าเกณฑ์   | 158                                | 43.2 % |
| เกณฑ์ปกติ  | 119                                | 32.5 % |
| สูงกว่าเกณฑ์   | 89                                 | 24.3 % |
| อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์): mean $\pm$ SD; range                             | 38.63 $\pm$ 1.69; 31 – 43          |        |
| วิธีการคลอด  |                                    |        |
| คลอดปกติ   | 297                                | 80.7 % |
| ผ่าตัดคลอด   | 63                                 | 17.1 % |
| คีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ  | 8                                  | 2.2 %  |
| น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม): mean $\pm$ SD; range                                | 3,058.8 $\pm$ 372.8; 1,620 – 4,160 |        |
| ภาวะทารกพิการแต่กำเนิด   | 1                                  | 0.3 %  |
| ภาวะคลอดทารกตายในครรภ์   | 0                                  | 0.0%   |

จากตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ที่มาคลอดในเวลาเดียวกัน พบว่าวัยรุ่นมีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง (RR = 1.63; 95% CI = 1.34 – 1.98) ส่วนการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน (prolonged premature rupture of membrane) ภาวะผิดสัดส่วนของศีรษะทารกกับช่องเชิงกราน (cephalopelvic disproportion) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ (fetal distress) ภาวะน้ำคร่ำมีเชื้อเทาเหนียวข้น และภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่แตกต่างกัน และพบว่าวัยรุ่นมีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์น้อยกว่าใน

การต้องรับการผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 0.64; 95% CI = 0.50 – 0.82)

ภาวะแทรกซ้อนต่อทารกแรกเกิดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้คลอดบุตรวัยผู้ใหญ่พบว่า วัยรุ่นมีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการคลอดก่อนกำหนด (preterm delivery) (RR = 2.30; 95% CI = 1.70 – 3.11) ส่วนการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะทารกต้องการความช่วยเหลือแรกคลอด (คะแนน Apgar ที่ 1 นาที  $\leq 7$ ) และภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนหลังคลอด (คะแนน Apgar ที่ 5 นาที  $\leq 7$ ) พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและผลการคลอดของวัยรุ่นเทียบกับวัยผู้ใหญ่

| ภาวะแทรกซ้อน                            | จำนวนวัยรุ่น<br>(ร้อยละ)<br>(n = 368) | จำนวนวัยผู้ใหญ่<br>(ร้อยละ)<br>(n = 1,727) | RR   | 95% CI      | P-value |
|---|---------------------------------------|--|------|-------------|---------|
| Anemia                                  | 121 (32.9)                            | 363 (21.0)                                 | 1.63 | 1.34 - 1.98 | < 0.001 |
| Preterm labor                           | 5 (1.5)                               | 26 (1.5)                                   | 0.92 | 0.41 - 2.06 | 1.00    |
| Prolonged premature rupture of membrane | 4 (1.1)                               | 11 (0.6)                                   | 0.95 | 0.70 - 1.29 | 0.72    |
| Cephalopelvic disproportion             | 38 (10.3)                             | 189 (1.9)                                  | 1.52 | 0.65 - 3.54 | 0.32    |
| Pre-eclampsia                           | 5 (1.4)                               | 18 (1.0)                                   | 1.24 | 0.57 - 2.71 | 0.58    |
| Postpartum hemorrhage                   | 4 (1.1)                               | 33 (1.9)                                   | 0.61 | 0.24 - 1.55 | 0.38    |
| Thick meconium stained amniotic fluid   | 2 (0.5)                               | 10 (0.6)                                   | 0.95 | 0.27 - 3.37 | 1.00    |
| Fetal distress                          | 15 (4.1)                              | 54 (3.1)                                   | 1.25 | 0.79 - 1.97 | 0.35    |
| Preterm delivery                        | 29 (7.8)                              | 46 (2.7)                                   | 2.30 | 1.70 - 3.11 | < 0.001 |
| Cesarean section                        | 63 (17.1)                             | 452 (26.2)                                 | 0.64 | 0.50 - 0.82 | < 0.001 |
| Apgar score at 1 min $\leq 7$           | 6 (1.7)                               | 33 (1.9)                                   | 0.61 | 0.24 - 1.55 | 0.38    |
| Apgar score at 5 min $\leq 7$           | 1 (0.3)                               | 6 (0.3)                                    | 0.81 | 0.13 - 5.00 | 1.00    |

## วิจารณ์ผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น พบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร้อยละ 17.6 อายุเฉลี่ยของวัยรุ่น คือ 17.2 ปี โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.5) เป็นแม่บ้าน และมีวัยรุ่นถึงร้อยละ 14.9 ที่ตั้งครรภ์ขณะกำลังศึกษาอยู่ ความสูงเฉลี่ย 157.9 เซนติเมตร และมีน้ำหนักเฉลี่ยก่อนตั้งครรภ์ 49 กิโลกรัม ร้อยละ 61.1 มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด 38.6 สัปดาห์ ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก (ร้อยละ 82.6) และร้อยละ 3.2 ของวัยรุ่นมีประวัติเคยลักลอบทำแท้งมาก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 12 - 20 สัปดาห์ (ร้อยละ 51.7) ส่วนมากฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง

ขึ้นไป (ร้อยละ 89.1) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์เฉลี่ย 13.6 กิโลกรัม มีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 17.1 น้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ย 3,058 กรัม วัยรุ่นมีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง (RR = 1.63; 95% CI = 1.34 – 1.98) ภาวะคลอดก่อนกำหนด (RR = 2.30; 95% CI = 1.70-3.11) และพบการผ่าตัดคลอดบุตรในวัยรุ่นมีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ต่ำกว่า (RR = 0.64; 95% CI = 0.50 - 0.82) เมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่

อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่ารายงานของ Suwannachat และ Ualalitchoowong ที่พบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร้อยละ 15.9<sup>4</sup> เมื่อเทียบกับเป้าหมายตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) โดยกรม

อนามัยได้กำหนดให้มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่เกินร้อยละ  $10^2$  ซึ่งจากผลการศึกษาพบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงมาก ซึ่งน่าจะเกิดจากการที่ ในสถานการณ์ปัจจุบันเด็กหญิงเข้าสู่วัยรุ่นและมีประจำเดือนครั้งแรกเร็วขึ้น การเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยลง และมีการคุมกำเนิดในอัตราต่ำ<sup>5</sup> การศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรกคิดเป็นร้อยละ 82.6 ซึ่งต่ำกว่ารายงานของ Suebnukarn และ Phupong ที่พบเป็นการตั้งครรภ์แรกร้อยละ 95.6<sup>6</sup> ในเรื่องอาชีพพบว่า มีอาชีพแม่บ้านร้อยละ 53.5 กำลังศึกษาเล่าเรียนถึงร้อยละ 14.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ Thato และคณะ ซึ่งพบว่า มีอาชีพแม่บ้านและกำลังศึกษาร้อยละ 55.2<sup>7</sup> และพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Buhachat และ Pinjaroen ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้านร้อยละ 41.8<sup>8</sup> สำหรับวิธีการคลอด พบอัตราการคลอดปกติร้อยละ 80.7 และผ่าตัดคลอดร้อยละ 17.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Buhachat และ Pinjaroen ที่พบอัตราการคลอดปกติมากกว่าวัยผู้ใหญ่<sup>8</sup> และมีอัตราการผ่าตัดคลอดต่ำกว่าเช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ<sup>4,7-10</sup>

ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบบ่อยที่สุดในการศึกษานี้ โดยพบภาวะโลหิตจางในวัยรุ่นร้อยละ 32.9 เมื่อเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ พบว่าวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับรายงานของ Suwannachat และ Ualalitchoowong [RR (95% CI 1.6) (1.3-1.8)]<sup>4</sup> และรายงานอื่นก่อนหน้านี้อีก<sup>9,10</sup>

จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับรายงานที่ศึกษาก่อนนี้<sup>4,11-14</sup> ซึ่งขัดแย้งกับรายงานของ Jahromi และ Daneohuar ที่พบว่าวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่<sup>15</sup> ซึ่งความแตกต่างของผลวิจัยน่าจะเกิดจากความแตกต่างของเชื้อชาติ วัฒนธรรม และขนาดตัวอย่างที่นำมาศึกษา เนื่องจากเป็นการศึกษาในชาวซาอุดีอาระเบีย และศึกษาในวัยรุ่น 100 รายเทียบกับกลุ่มควบคุม รวมถึงการศึกษาของ Thato และคณะ<sup>7</sup> และการศึกษาของ Raatikainen และคณะ<sup>16</sup>

การศึกษานี้ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม สอดคล้องกับรายงานของ Buhachat และ Pinjaroen<sup>8</sup> แต่ขัดแย้งกับรายงานการศึกษาอื่น<sup>12,14,18,19</sup> การศึกษาพบภาวะผิวดำส่วนหนึ่งของศีรษะทารกกับช่องเชิงกรานไม่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับรายงานของ Suwannachat and Ualalitchoowong<sup>4</sup> ผลด้านทารกแรกเกิด จากการศึกษานี้พบภาวะทารกขาดออกซิเจนหลังคลอดไม่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>4,7,8</sup>

ข้อดีของการศึกษาทำให้ทราบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังมีแนวโน้มสูงขึ้น จำเป็นต้องให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา

และการคุมกำเนิดกับวัยรุ่นอย่างเหมาะสมและทั่วถึง กรณีวัยรุ่นตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ภาวะคลอดก่อนกำหนด การลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจกระทำได้เมื่อวัยรุ่นมาฝากครรภ์ ควรจัดยาบำรุงครรภ์เสริมธาตุเหล็กให้เหมาะสม กรณีเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดให้รีบมาพบแพทย์ เพื่อให้แพทย์พิจารณาหยุดยั้งการคลอดได้ทันเวลา เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ข้อดีของการศึกษานี้ ได้แก่ การที่ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนบางอย่างพบน้อย ทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบในงานวิจัยนี้ได้ เช่น ภาวะทารกพิการแต่กำเนิด เป็นต้น

โดยสรุป การศึกษาพบว่าวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของภาวะคลอดก่อนกำหนดในวัยรุ่น เพื่อใช้เป็นแนวทางดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม สรุปร้อยละวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางและการคลอดก่อนกำหนด แต่มีโอกาสเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดบุตรลดลง

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์ รศ.พญ.เจศฎา ถิ่นคำรพ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำแนะนำระเบียบวิธีวิจัย และเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ทุกท่านที่ช่วยเก็บข้อมูล

## เอกสารอ้างอิง

1. Definitions, in Adolescent Pregnancy. 2004, Department of Reproductive Health and Research World Health Organization Geneva.p.5.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10. (สืบค้นข้อมูลเมื่อ 21 มีนาคม 2551, ที่ <http://bps.ops.moph.go.th/plan10.htm>)
3. Cunningham G, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD (eds.). Prenatal care. In: Williams Obstetrics. New York. McGraw-Hill, 2001; pp. 221-247.
4. Suwannachat B, Ualalitchoowong P. Maternal age and pregnancy outcomes. *Srinagarind Med J* 2007;4:401-407.
5. Treffer PE, Olukoya AA, Ferguson BJ, Liljestrand J. Care for adolescent pregnancy and childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;75:111-121.

6. Suebnukarn K, Phupong V. Pregnancy outcomes in adolescents < or = 15 years old. *J Med Assoc Thai* 2005; 88(12):1758-1762.
7. Thato S, Rachukul S, Sopajaree C. Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: a retrospective study. *Int J Nurs Stud* 2007;44:1158-1164.
8. Buhachat R, Pinjaroen S. Teenage primigravida and low birthweight delivery. *Songkla Med J* 1998;16:113-123.
9. Watcharaseranee N, Pinchantra P, Piyaman S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi hospital. *J Med Assoc Thai* 2006;89(Suppl 4):S118-123.
10. Geist RR, Beyth Y, Shashar D, Beller U, Samueloff A. Perinatal outcome of teenage pregnancies in a selected group of patients. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19: 189-193.
11. Stewart CP, Katz J, Khatry SK, LeClerq SC. Preterm delivery but not intrauterine growth retardation is associated with young maternal age among primiparae in rural Nepal. *Matern Child Nutr* 2007;3(3):174-185.
12. Briggs MM, Hopman WM, Jamieson MA. Comparing pregnancy in adolescents and adults: obstetric outcomes and prevalence of anemia. *J Obstet Gynaecol Can* 2007; 29(7):546-555.
13. Keskinoglu P, Bilgic N, Picakciefte M, Giray H, Karakus N, Gunay T. Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20: 19-24.
14. Gilbert W, Jandial D, Field N, Bigelow P, Danielsen B. Birth outcomes in teenage pregnancies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004;16(5):265-270.
15. Jahromi BN, Daneshvar A. Pregnancy outcome of paturients below 16 years of age. *Saudi Med J* 2005; 26:1417-1419.
16. Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J Public Health* 2006;16(2):157-161.
17. Fisk NM, Shweni PM. Labor outcome of juvenile primiparae in a population with a high incidence of contracted pelves. *Int J Gynaecol Obstet* 1989;28(1):5-7.
18. Isaranurug S, Mo-Suwan L, Choprapawon C. Differences in socio- economic status, service utilization, and pregnancy outcomes between teenage and adult mothers. *J Med Assoc Thai* 2006;89:145-151.
19. Loto OM, Ezechi OC, Kalu BK, Loto A, Ezechi L, Ogunniyi SO. Poor obstetric performance of teenagers: is it age-or quality of care related? *J Obstet Gynaecol* 2004;24(4): 395-398.