

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

คุณภาพของการดูแลมารดาขณะตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญและต้องมีมาตรฐาน ถ้าหย่อนคุณภาพเนื่องจากข้อจำกัดในการบริหารจัดการต่าง ๆ เช่นผู้มารับบริการมากเกินไปกว่ากำลังของเจ้าหน้าที่ อาจทำให้การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ต่างๆและการรักษาที่ถูกต้องซึ่งควรได้รับตั้งแต่เริ่มแรกต้องล่าช้าออกไป นอกจากนี้การให้สุขศึกษแก่มารดาเพื่อส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องย่อมทำได้ไม่เต็มที่ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการตั้งครรภ์ได้มากขึ้น เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ หลายประการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ เช่น ปัจจัยด้านชีววิทยา, ภาวะโภชนาการ โรคประจำตัวของมารดาหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

การให้การดูแลตามระบบเกณฑ์เสี่ยงภัย (Risk Approach) มีจุดมุ่งหมายเพื่อคัดกรองมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง เพื่อให้การป้องกัน ฝ้าติดตามดูแลรักษาต่างหากเพื่อความคุ้มครองลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นไม่ให้กำเริบรุนแรง ขณะเดียวกันมารดาที่ไม่ได้อยู่ในภาวะดังกล่าวก็อาจลดจำนวนครั้งที่ต้องมาตรวจครรภ์ให้เหมาะสมได้ การดูแลมารดาที่มาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลราชวิถี ยังไม่มีเครื่องมือคัดกรองที่ชัดเจนเพื่อแบ่งมารดาออกเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงภัยต่างๆ กัน ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการการให้บริการที่เกิดประโยชน์แก่ผู้มารับบริการได้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝากครรภ์ที่แตกต่างกันต่อน้ำหนักและสุขภาพทารกแรกคลอด ในมารดาแต่ละกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงภัยใกล้เคียงกัน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาที่ฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ ของโรงพยาบาลราชวิถีเพียงแห่งเดียวเท่านั้น เนื่องจากผู้วิจัยต้องการนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อเป็นพื้นฐานในการศึกษาและปรับปรุงการให้บริการต่อไป ประกอบกับการใช้แบบประเมินเกณฑ์เสี่ยงภัยต้องใช้ข้อมูลจากบันทึกการฝากครรภ์ ซึ่งมารดาที่ไม่ฝากครรภ์

จะขาดข้อมูลที่ประเมินภาวะเสี่ยงภัยหลายประการ เช่น น้ำหนักที่เพิ่มระหว่างตั้งครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น และจากประสบการณ์ของผู้วิจัย พบว่ามารดาที่ฝากครรภ์ที่อื่นๆ มักไม่นำใบฝากครรภ์มา โดยเฉพาะมารดาที่ฝากครรภ์ที่ต่างจังหวัด หรือแม้จะนำใบฝากครรภ์มาก็มักจะมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ เช่น ไม่มีผลการตรวจเลือดบันทึกไว้ซึ่งควรทำการศึกษาวิจัย และนำเสนอผู้บริหารที่เกี่ยวข้องเพื่อหาทางปรับปรุงแก้ไข ปัญหาต่อไป กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นผู้ที่ได้รับการตรวจครรภ์จากระบบมาตรฐานเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะเสี่ยงภัย เป็นแบบประเมินอย่างง่ายซึ่งสร้างขึ้นจากการประยุกต์แบบประเมินจากหลายๆ การศึกษาโดย น.พ.บุญปรีดี ศิริวงศ์ และ สุกัญญา ปาริฉัญญกุล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นเครื่องมืออย่างง่ายที่เจ้าหน้าที่ในระดับต่างๆ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองมารดาเพื่อจัดบริการให้เหมาะสม ซึ่งเหมาะที่จะนำมาใช้เป็นแนวทาง ปรับปรุงใช้ในโรงพยาบาลใหญ่ๆ เช่น ร.พ.ราชวิถีซึ่งมีผู้ใช้บริการมากและ บุคลากรมีความรู้ และประสบการณ์แตกต่างกันในหลายระดับ ทั้ง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ฝึกหัด พยาบาล นักศึกษาแพทย์ และ นักศึกษาพยาบาล แม้ว่าแบบประเมินภาวะเสี่ยงภัยในการศึกษาครั้งนี้จะมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกับแบบประเมินของกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้ในปัจจุบัน แต่ยังมีปัจจัยบางด้านที่ควรนำมาศึกษาเพิ่มเติมในการคัดกรองภาวะเสี่ยงของมารดา เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น การสูบบุหรี่ ลักษณะงานที่ทำ ปัจจัยบางตัวควรนำมาศึกษาเพิ่มเติมถึงผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก เช่น การมีบุตรยาก อายุมารดา ควรใช้คำนิยามที่ป็นจริงเหมาะสม แล้วทำการศึกษาวิจัยแบบไปข้างหน้า (Prospective study) สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สามารถเก็บตัวแปรที่ต้องการศึกษาให้ครบถ้วน อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จะขาดความครบถ้วนของปัจจัยบางด้านและเป็นแบบประเมินทั่วไปไม่ใช่แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อทารกแรกคลอด น้ำหนักน้อยโดยตรง ผลการศึกษาก็ยังพบว่ามารดาในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงขึ้นมีอัตราการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ทารกน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ ค่ะแนนแอฟการ์ด้า อัตราตายปริกำเนิด และการคลอดผิดปกติ ต่างจากมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งน่าจะใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดกรองมารดาตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงได้

สิ่งที่ควรตระหนักประการหนึ่งคือการให้แบบประเมินเกณฑ์เสียงภัยนี้ ไม่ได้นำมาใช้แทนอาการทางคลินิกของผู้ตั้งครรภ์ซึ่งจะทำให้เกิดการดูแลผิดทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อมารดาและทารกในครรภ์ แบบประเมินนี้เป็นเพียงเครื่องมือเสริมในการตัดสินใจเสียงเพราะผลของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ทุกรายการให้แบบประเมินนี้จะช่วยให้ความตื่นตัวและเฝ้าระวังมากขึ้น และช่วยลดความผิดพลาดในการคัดกรองมารดาได้

อภิปรายผลการวิจัย

เมื่อใช้แบบประเมินเกณฑ์เสียงภัยอย่างง่ายของบุญปริดี ศิริวงศ์และคณะ แบ่งมารดาตามภาวะเสียงภัยในระยะตั้งครรภ์เมื่อมาคลอดพบว่า มารดาส่วนใหญ่มีระดับเกณฑ์เสียงภัยในกลุ่มปานกลางและต่ำมากที่สุดคือร้อยละ 44.7 และ 41.1 ตามลำดับ มารดาในกลุ่มเสียงสูงพบร้อยละ 14.2 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของบุญปริดี ศิริวงศ์และคณะ (2526) ที่ใช้แบบประเมินนี้ศึกษาในมารดาที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรามาศิริเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์พบมารดาในกลุ่มเสียงต่ำ (คะแนน 0-2) มากที่สุดคือร้อยละ 54.6 กลุ่มเสียงปานกลางพบร้อยละ 38.8 และกลุ่มเสียงสูงพบร้อยละ 6.6 ผลการศึกษาที่แตกต่างกันนี้เนื่องจากมารดาที่ฝากครรภ์ต่างสถานที่กันอาจมีลักษณะที่ต่างกันและการประเมินภาวะเสียงภัยในเวลาที่แตกต่างกัน เมื่อมารดาคลอดอาจพบภาวะเสียงภัยเปลี่ยนแปลงไปได้ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของสุรัตน์ สุวาริ (2531) ซึ่งศึกษาในมารดาทุกคนที่มาคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา โดยให้แบบประเมินเกณฑ์เสียงภัยที่ตัดแปลงจากแบบประเมินของ Cooplend พบมารดาในกลุ่มเสียงต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 76.5) กลุ่มเสียงปานกลางพบร้อยละ 22.0 และกลุ่มเสียงสูงพบเพียงร้อยละ 1.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจินดา จิตติเสรี (2534) ศึกษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบมารดาที่มีเกณฑ์เสียงภัยสูง (ที่ระดับ ≥ 75) ร้อยละ 1.5 ทั้งนี้เนื่องจากรายละเอียดของแบบประเมินที่ใช้ประกอบด้วยตัวแปรที่ต่างกันและคำถามที่ต่างกัน เช่น ประวัติการมีบุตรยาก การศึกษาของ สุรัตน์ สุวาริ หมายถึงระยะเวลาหลังจากแต่งงานจนมีบุตรคนแรกนานเกิน 1 ปีโดยไม่ได้คุมกำเนิด ส่วนการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเกิน 5 ปีนอกจากนี้การศึกษาของสุรัตน์ สุวาริ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยมารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์และ

ฝากครรภ์ที่อื่นซึ่งทำให้ประชากรมีความแตกต่างกันและรายละเอียดจากบันทึกการฝากครรภ์ มีความสมบูรณ์แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาของ ปรียดา แจ้งประดิษฐ์ (2534) ใช้เกณฑ์เสี่ยงภัยของกระทรวงสาธารณสุขศึกษาที่โรงพยาบาล สระบุรี พบมารดามีเกณฑ์เสี่ยงภัยสูงร้อยละ 3.9 การศึกษาของบุญสม ผาสุข (2531) ที่โรงพยาบาลรามาศิตี พบมารดาที่มีเกณฑ์เสี่ยงภัยสูงเพียงร้อยละ 2.7 การศึกษาของ วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยาและคณะ (2532) ศึกษาแบบประเมินเกณฑ์เสี่ยงภัยเพื่อ ทำนายภาวะการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบมารดาที่มีเกณฑ์เสี่ยง ภัยสูงร้อยละ 18.4 การศึกษาของ Holliday และคณะ (2522) ที่โรงพยาบาลชุมชน ขนาดเล็กในสหรัฐอเมริกาพบมารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัยสูงร้อยละ 26 จะเห็นได้ว่าผลการ ศึกษาเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงภัยของมารดาแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มประชากร และแบบประเมิน ภาวะเสี่ยงซึ่งขึ้นกับวัตถุประสงค์ที่ใช้ นอกจากนี้ยังขึ้นกับระยะเวลาที่ประเมินภาวะเสี่ยง เนื่องจากจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์

ลักษณะทางประชากรของมารดา พบว่ามีการกระจายของกลุ่มเสี่ยงภัยตามกลุ่ม อายุ ลำดับการตั้งครรภ์และลำดับการคลอด เท่านั้นที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($P < .001$) โดยพบว่าในกลุ่มอายุที่สูงขึ้นจะพบมารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัยสูงเพิ่มขึ้น อายุ เฉลี่ยของมารดากลุ่มเสี่ยงต่ำ ปานกลางและสูง เท่ากับ 24.2, 25.5 และ 28.9 ตาม ลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรียดา แจ้งประดิษฐ์ (2534) ทั้งนี้เนื่องจากอายุ เป็นเกณฑ์เสี่ยงภัยข้อหนึ่งโดยมารดาที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จะได้คะแนน 2 คะแนน และ มารดาอายุมากขึ้นความสมบูรณ์ของร่างกายลดน้อยลงย่อมมีแนวโน้มว่าจะเกิด ภาวะ ความดันสูง หรือมีความเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน เกิดขึ้นอยู่ก่อนแล้ว ทำให้โรค ต่างๆกำเริบรุนแรงมากขึ้นเมื่อตั้งครรภ์ ประกอบกับมารดาที่มีอายุมากขึ้นย่อมมีโอกาสที่จะ พบปัจจัยเสี่ยงภัยข้ออื่นได้มากขึ้น เช่น ลำดับครรภ์ที่ 5 ขึ้นไป ประวัติสูติกรรมที่ผิดปกติ เช่น การคลอดโดยสูติศาสตร์หัตถการ การมีบุตรยาก การคลอดบุตรน้ำหนักน้อย จาก การศึกษาของ Samueloff และคณะ (2532) พบว่าอายุมารดา 35 ปีขึ้นไป มีความ สัมพันธ์กับอัตราตายทารกปริกำเนิด และการศึกษาของ อำนวย ลอยกุลนันท์ (2529) ก็พบว่ามารดาอายุ 35 ปีขึ้นไปมีอุบัติการณ์ของการคลอดผิดปกติ ทารกเกิดโรซีฟ ทารกแรก คลอดน้ำหนักน้อย มากกว่ามารดาที่มีอายุ 20-34 ปี ส่วนการกระจายของกลุ่มเสี่ยงภัย

ตามลำดับการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่าลำดับการตั้งครรภ์และการคลอดที่มากขึ้นจะพบมารดากลุ่มเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นและพบมารดากลุ่มเสี่ยงต่ำลดลง ทั้งนี้เนื่องจากลำดับการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งในการศึกษานี้เช่นกัน จากการศึกษาของ ภิกเศก ลุมพิกานนท์ (2531) พบว่าลำดับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับทารกตายปริกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะการฝากครรภ์ของมารดา พบว่าอายุครรภ์เมื่อมาฝากครั้งแรกและจำนวนครั้งการตรวจครรภ์ของมารดาทั้ง 3 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดากลุ่มเสี่ยงต่ำและปานกลางส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 2 (ร้อยละ 47.7 และ 48.0 ตามลำดับ) มารดากลุ่มเสี่ยงสูงส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ในไตรมาสแรก (ร้อยละ 47.0) ทั้งนี้อาจเนื่องจากมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงภัยที่มี เช่น อายุมาก มีบุตรยาก เคยผ่าตัดคลอดบุตร มีโรคประจำตัว จึงรีบมาฝากครรภ์ ส่วนมารดากลุ่มเสี่ยงต่ำอาจเป็นผู้ที่รู้สึกว่าไม่มีอาการใดๆผิดปกติและจากประสบการณ์การตั้งครรภ์ที่ผ่านมาไม่มีอันตรายใดๆ ทำให้ไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องรีบมาฝากครรภ์

มารดากลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงภัยสูงขึ้นจะพบในกลุ่มที่มีจำนวนครั้งการตรวจครรภ์มากขึ้นตามลำดับเนื่องจากมารดากลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนหรือปัจจัยเสี่ยงภัย ที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนในมารดากลุ่มเสี่ยงต่ำซึ่งมีถึงร้อยละ 41.5 ที่มีจำนวนครั้งการตรวจครรภ์ 9 ครั้งขึ้นไปน่าจะได้มีการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) โดยลดจำนวนครั้งการตรวจครรภ์ลงแต่เพิ่มเวลาในการตรวจ และให้สูดศึกษาในแต่ละครั้งให้มากขึ้น แล้วเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์กับกลุ่มที่นัดตรวจแบบเดิม ซึ่งอนุรักษ โนธิทัต (2533) เคยศึกษาในร.พ.จุฬาลงกรณ์พบว่ามารดาที่ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง การฝากครรภ์แนวใหม่ซึ่งลดจำนวนครั้งที่ต้องมาตรวจครรภ์ลง ประสิทธิภาพของการดูแลระหว่างการคลอด วิธีการคลอดรวมทั้งผลของทารกแรกคลอดในด้านต่างๆ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มที่ได้รับการตรวจตามมาตรฐานเดิม ซึ่งจะช่วยให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายลงได้ด้วยทั้งนี้คงจะต้องทำการศึกษาต่อไปโดยใช้ขนาดตัวอย่างที่มากขึ้น

สำหรับมารดากลุ่มเสี่ยงสูงซึ่งน่าจะให้ความสนใจมากเป็นพิเศษ คือกลุ่มที่มาฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้งซึ่งมีถึงร้อยละ 9.6 และกลุ่มที่มาฝากครรภ์เข้าไตรมาสที่ 2 ขึ้นไปซึ่งมีถึงร้อยละ 53 เนื่องจากมารดากลุ่มนี้จะพบผลของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้สูงดังนั้น การได้รับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ที่ไม่เพียงพอจะทำให้ไม่สามารถป้องกันหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงภัยได้ ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาถึงตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ช้าและไม่มาตรวจตามนัดโดยศึกษาทั้งในด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการเพื่อหาทางปรับปรุงแก้ไขต่อไป

น้ำหนักรากแรกคลอด

ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย

ผลการศึกษาค้างนี้พบว่าอัตราทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยร้อยละ 8.6 ซึ่งต่ำกว่า การศึกษาของสุนทร อ้อเผ่าพันธ์ (2532) ที่รวบรวมข้อมูลทารกทุกคนที่คลอดในโรงพยาบาล ราชวิถีช่วงปีพ.ศ. 2526-2530 พบอัตราทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยเฉลี่ยร้อยละ 9.4 และ การศึกษาของสุภารัตน์ สุวาริ (2531) ศึกษาในโรงพยาบาลราชวิถีพบร้อยละ 5.5 ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาของสุภารัตน์ สุวาริ นับเฉพาะมารดาที่มีอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ขึ้นไปและ อาจเนื่องจากกลุ่มประชากรในการศึกษาดังกล่าวข้างต้นรวมมารดาที่ไม่ฝากครรภ์ ซึ่งการ ศึกษาของทสสนิ นุชประยูร (2530) พบว่าการไม่ฝากครรภ์เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการคลอด ทารกน้ำหนักน้อย 1.8 เท่าของมารดาที่ฝากครรภ์ และ เต็มศรี ขำนิจารกิจ (2531) พบ 2.26 เท่า ของมารดาที่ฝากครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป นอกจากนี้การไม่ฝากครรภ์ย่อมแสดง ถึงการละเลยไม่เอาใจใส่ต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ การศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529) พบว่ามารดาที่ไม่ฝากครรภ์สูง ได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีการศึกษาหรือมีการ ศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ตั้งครรภ์ครั้งที่ 5 ขึ้นไป อายุ 35 ปีขึ้นไป มีรายได้ต่ำ อาชีพทำนาทำสวน ซึ่งลักษณะดังกล่าวล้วนแต่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ทารกแรกคลอดมีน้ำหนัก น้อยทั้งสิ้น

เมื่อแยกมารดาตามคะแนนเกณฑ์เสี่ยงภัย พบว่ามารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัยต่างกัน จะให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อยต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยพบว่า มารดาที่มีคะแนนเสี่ยงภัยสูงขึ้น จะพบอุบัติการณ์ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยสูงขึ้น (ร้อยละ 5.2, 8.9 และ 17.3 ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ปานกลางและสูงตามลำดับ) และน้ำหนักเฉลี่ยลดลง ในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงภัยสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชปริติ ศิริวงศ์และคณะ (2527) การศึกษาของสุภารัตน์ สุวาริ (2531) การศึกษาของ A.T. Coopland (2520) และการศึกษาของ Akhtar และ Sehgal (2523) ที่พบว่ามารดากลุ่มเสี่ยงสูง จะให้ กำเนิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยต่างกับมารดากลุ่มเสี่ยงต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอุบัติการณ์ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยจะพบมากขึ้นตามคะแนนเกณฑ์เสี่ยงภัยที่สูงขึ้น

เมื่อแยกมารดาแต่ละกลุ่มตามลักษณะการฝากครรภ์ที่แตกต่างกันพบว่ามารดาทุก กลุ่มให้กำเนิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยสูงที่สุดในกลุ่มที่ตรวจครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง และ พบลดลงตามลำดับในกลุ่มที่มีจำนวนครั้งการตรวจครรภ์มากขึ้น แต่ผลการทดสอบทางสถิติ

พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะกลุ่มเสียงสูงและกลุ่มเสียงปานกลาง เท่านั้น ($P < 0.05$ และ 0.001 ตามลำดับ) ส่วนอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกพบว่า มีเพียงกลุ่มเสียงปานกลางเท่านั้น ที่พบอัตราทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ต่างกันโดยพบต่ำสุดในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสแรก และพบสูงขึ้นเป็นลำดับในกลุ่มที่มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี อารีเอื้อ (2526) จริยาวัตร คมพัยค์ (2527) Donalson และ Billy (2527) จารุวรรณ ริวไพบูลย์ (2532) ซึ่งพบว่า อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกและจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้คล้ายกับว่ายิ่งฝากครรภ์มากครั้งยิ่งมีโอกาสเกิดทารกน้ำหนักน้อยลดลง แต่สิ่งที่ควรคำนึงประการหนึ่งคือ จำนวนครั้งการตรวจครรภ์เป็นตัวแปรรวมตัวหนึ่งซึ่งขึ้นกับอายุครรภ์เมื่อคลอดด้วย หากคลอดบุตรไม่ครบกำหนดโอกาสที่จะตรวจครรภ์หลายครั้งก็น้อยและโอกาสเกิดทารกน้ำหนักน้อยก็มีมากขึ้นตามอายุครรภ์ที่ไม่ครบกำหนด

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ามารดาที่มาฝากครรภ์เร็ว และมาตรวจครรภ์บ่อยครั้ง เป็นผู้ที่มิภาวะเศรษฐกิจและสังคมดีกว่ามารดาที่มาฝากครรภ์ช้าและมาตรวจครรภ์น้อยครั้ง (รายละเอียดในภาคผนวก ค. ตารางที่ 7, 8 ค.) และการมาฝากครรภ์เร็วย่อมแสดงถึงการสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมให้มารดามีภาวะโภชนาการที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อน้ำหนักแรกคลอดของทารก ส่วนการฝากครรภ์เร็วและตรวจครรภ์ตามนัดจะช่วยให้มารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัยได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆแล้วให้การรักษาอย่างทันที่ รวมทั้งได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อความคุมและป้องกันมิให้ภาวะแทรกซ้อนกำเริบรุนแรง ซึ่งจะทำให้ช่วยลดผลกระทบของปัจจัยอันตรายดังกล่าวต่อทารกในครรภ์ มีส่วนช่วยให้การตั้งครรถ์ดำเนินไปได้อย่างปกติจนครบกำหนด ทำให้ได้ทารกที่ปกติสมบูรณ์ตลอดจนมีน้ำหนักแรกคลอดที่เหมาะสม

ในกลุ่มเสียงต่ำพบว่าอัตราทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในมารดาที่มีลักษณะการฝากครรภ์ต่างกัน และผลการศึกษากลับพบว่ามารดาที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสแรกพบอัตราทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยสูงที่สุด และลดลงตามลำดับในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 2 และ 3 (ร้อยละ 7.7, 4.3 และ 2.7) ทั้งนี้ควรทำการศึกษาต่อไป เพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนโดยใช้ขนาดตัวอย่างที่มากขึ้น เนื่องจาก

ศึกษาครั้งนี้แบ่งกลุ่มมารดาเป็นกลุ่มย่อยตามลักษณะการฝากครรภ์ซึ่งอาจทำให้เกิดผล ที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาเพิ่มเติมจะทำให้ได้คำตอบที่ชัดเจนขึ้น และการพิจารณาผลจำนวนครั้งการตรวจครรภ์ในมารดากลุ่มนี้ และเพิ่มการให้สูติศึกษาเมื่อมาตรวจครรภ์แต่ละครั้ง ให้มารดามีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นเพื่อให้ดูแลสุขภาพตัวเองได้อย่างถูกต้อง น่าจะทำให้มารดาได้รับประโยชน์มากขึ้นเนื่องจากทำให้ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ลดลง และไม่ต้องสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ อีกทั้งยังทำให้ลดค่าใช้จ่ายและเวลาของผู้ให้บริการได้ด้วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรทำการศึกษาต่อไป

สำหรับมารดากลุ่มเสี่ยงสูงพบว่ามารดาที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสที่ต่างกัน อัตราการคลอดน้ำหนักร้อยไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) แต่พบในกลุ่มที่มาครรภ์ในไตรมาสที่ 3 สูงที่สุดคือร้อยละ 20 (รายละเอียดในตารางที่ 15) และการตรวจครรภ์บ่อยครั้งขึ้นจะพบทารกแรกคลอดน้ำหนักร้อยลดลง ทั้งนี้แม้ว่ามารดากลุ่มนี้จะมีปัจจัยเสี่ยงภัยที่ส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยได้สูง แต่การฝากครรภ์เร็วจะช่วยให้อินจันและรักษาภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่เริ่มต้น ช่วยควบคุมภาวะดังกล่าวไม่ให้กำเริบรุนแรงขึ้น ทำให้มารดาที่ฝากครรภ์เร็วมีอัตราการคลอดทารกน้ำหนักร้อยไม่ต่างจากมารดาที่มาฝากครรภ์ช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรียดา แจ็งประดิษฐ์ (2534) ที่พบว่ามารดากลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดที่เพียงพอ อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักร้อยลดลง

ความเหมาะสมของน้ำหนักทารกแรกคลอดกับอายุครรภ์

ผลการศึกษาค้นคว้าพบทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในมารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัยต่างกัน โดยพบสูงขึ้นในมารดาที่มีคะแนนเกณฑ์เสี่ยงภัยสูงขึ้น (รายละเอียดในตารางที่ 8) และพบในกลุ่มเสี่ยงสูงมากเป็น 2.1 และ 3.6 เท่าของกลุ่มเสี่ยงปานกลางและต่ำตามลำดับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ สุวาริ (2531) ซึ่งพบว่าปัจจัยเสี่ยงด้านชีวการแพทย์เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการคลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าอายุครรภ์เป็นอันดับ 1 เมื่อวิเคราะห์โดยสมการจำแนกประเภท มีเครื่องหมายหน้าสัมประสิทธิ์จำแนกประเภทเป็นบวก (0.8889) หมายถึงการมีคะแนนปัจจัยเสี่ยงด้านชีวการแพทย์เพิ่มขึ้น จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์สูงขึ้น



เมื่อพิจารณาการฝากครรภ์ของมารดาแต่ละกลุ่มพบว่ามารดาทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า ลัดส่วนของทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในมารดา ที่มีลักษณะการฝากครรภ์ต่างกัน ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Elster (2527) ที่พบว่ามารดาที่มาฝากครรภ์ช้าในไตรมาสที่ 3 หรือไม่ฝากครรภ์มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และแตกต่างจากการศึกษาของสตุาร์ตัน สุวาริ (2531) ที่พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าอายุครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์สมการ จำแนกประเภทเป็นอันดับ 2 รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านชีวการแพทย์ คือ จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้นิยามของทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยคือ ทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเปอร์เซนไทล์ที่ 10 เมื่อเทียบกับอายุครรภ์ โดยใช้ตารางเปรียบเทียบของ นิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์ ซึ่งศึกษาทารกที่คลอดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งหมายถึงมารดาที่คลอดก่อนกำหนดด้วย ดังนั้นมารดาในกลุ่มนี้จะมีจำนวนครั้งการตรวจครรภ์ที่น้อยลงตามอายุครรภ์ที่คลอดด้วย นอกจากนี้การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดเรื่องอายุครรภ์ที่แน่นอน เนื่องจากกุมารแพทย์ไม่สามารถตรวจอายุครรภ์จากสภาพทารกหลังคลอดได้ทุกราย ซึ่งจะทำให้มีความคลาดเคลื่อนของอายุครรภ์น้อยกว่าการประเมินจากการตรวจทางหน้าท้อง และประวัติประจำเดือนของมารดา ซึ่งในการศึกษาต่อไปควรจะได้ทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า เพื่อที่จะสามารถควบคุมตัวแปรที่ทำให้การศึกษาได้ข้อเท็จจริงมากที่สุด อย่างไรก็ตามปัจจัยที่น่าจะมีผลโดยตรงนอกจากภาวะแทรกซ้อนของมารดาแล้ว ภาวะโภชนาการของมารดาก็เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าอายุครรภ์ ซึ่งการมาฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มแรก และสม่ำเสมอ จะทำให้มารดาได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการและการปฏิบัติตัวอื่นๆ รวมทั้งการรักษาและควบคุมภาวะแทรกซ้อนในมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงให้มิต ผลกระทบต่อสุขภาพของทารกในครรภ์น้อยที่สุด

คะแนนแอฟการ์ด ที่ 5 นาที

คะแนนแอฟการ์ดที่ 5 นาทีจะบอกถึงผลเสียทางระบบประสาทในอนาคต ผลการศึกษพบว่าทารกทั้ง 3 กลุ่มมีคะแนนแอฟการ์ดที่ 5 นาทีต่ำกว่า 7 ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยพบเพิ่มขึ้นตามภาวะเสี่ยงที่สูงขึ้น (รายละเอียดในตารางที่ 9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ A.T. Coopland (2520) Sokol และคณะ (2520)

Holliday และคณะ (2522) บุญปรีดี ศิริวงศ์และคณะ (2527) และสตาร์ตัน สุวาริ (2531) ที่พบว่าคะแนนแอฟการ์ที่ 1 และ 5 นาที ลดลงเมื่อคะแนนเสียงภัยสูงขึ้น ทั้งนี้ จากการศึกษาของ Nesbitt และ Aubry (2512) พบว่ามารดาในกลุ่มเสียงสูงจะมีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดมากเป็น 3 เท่าของกลุ่มเสียงต่ำ ซึ่งทำให้ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะอันตรายเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นการประเมินภาวะเสียงภัยเมื่อมารดามาคลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลและเฝ้าระวัง พิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสมเพื่อลดอัตราป่วยและตายของทารกแรกเกิดลงได้

เมื่อพิจารณาการดูแลในระยะตั้งครรภ์ของมารดาแต่ละกลุ่ม พบว่าเมื่อจำแนกมารดาที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสที่ต่างกันและจำนวนครั้งที่มาตรวจครรภ์ต่างกัน สัดส่วนของทารกที่มีคะแนนแอฟการ์ต่ำในมารดาทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันเมื่อมาฝากครรภ์ในไตรมาสแรก หรือไตรมาสที่ 2 ขึ้นไป และในกลุ่มที่ตรวจครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง หรือตรวจ 4 ครั้งขึ้นไป อย่างไรก็ตามผลการศึกษาก็ยังพบว่าอัตราทารกที่มีคะแนนแอฟการ์ต่ำในมารดาทุกกลุ่ม จะพบสูงสุดในมารดาที่มาฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง และพบลดลงตามลำดับในกลุ่มที่มีจำนวนครั้งการตรวจครรภ์มากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจากรูวรรณ ธีวไพบูลย์ (2532) ที่พบว่าจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนแอฟการ์ที่ 5 นาที ($P < 0.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากมารดาที่มาฝากครรภ์น้อยครั้งจะได้รับคำแนะนำความรู้ ไม่เพียงพอ ดังนั้นเมื่อมีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนจึงไม่มาพบแพทย์ในทันที ซึ่งกนธีร์ สังขวาสิ (2532) พบว่ามารดาที่ไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์น้อยครั้งจะพบปัญหาระหว่างการคลอดมากกว่ากลุ่มที่ตรวจครรภ์ 10 ครั้งขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ น้ำเดินเกิน 24 ชั่วโมง ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง โลหิตจาง คลอดก่อนกำหนด ภาวะพร่องออกซิเจนของทารกแรกคลอด เมื่อมาคลอดทำให้การวินิจฉัยต้องล่าช้าออกไปการตัดสินใจในการรักษาจึงต้องล่าช้าออกไปด้วยทารกจึงมีโอกาสเกิดอันตรายได้สูง

ความพิการแต่กำเนิด

การศึกษาของแพทย์หญิงประมวล สุนากร (2531) ศึกษาขนาดตัวของทารกพิการแต่กำเนิดในประเทศไทยพบอัตรา 9.5 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งพบอัตราความพิการแต่กำเนิด 23.7 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต ใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุจินดา จิตีเสวี (2534) ศึกษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาซึ่งพบ

22.4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาล ศูนย์ของกรมการแพทย์ซึ่งเป็นที่รู้จักมานานในด้านสูติกรรม และมีเครื่องมือต่างๆ ที่ทันสมัย อีกทั้งไม่มีข้อจำกัดในการรับบริการฝากครรภ์และทำคลอดแก่ผู้ให้บริการ ดังนั้นจึงทำให้ มารดาที่มีประวัติโรคแทรกซ้อนอยู่เดิม หรือมีภาวะเสี่ยงต่างๆที่จะให้กำเนิดทารกพิการเช่น มีบุตรยาก อายุมาก มีโรคประจำตัว ฯลฯ มาฝากครรภ์มากกว่าโรงพยาบาลทั่วไป แม้ จะต้องเดินทางไกลจากที่อยู่ ซึ่งจะพบได้อยู่เสมอ

เมื่อจำแนกมารดาตามเกณฑ์เสี่ยงภัยพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($P > 0.05$) ของทารกพิการแต่กำเนิดในมารดาทั้ง 3 กลุ่มแต่เนื่องจากขนาดตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ยังน้อยเกินไป และแบบประเมินเกณฑ์เสี่ยงภัยเป็นแบบประเมินทั่วไป ไม่ได้เป็นแบบประเมินภาวะเสี่ยงภัยต่อทารกพิการแต่กำเนิดโดยตรง ซึ่งจากการศึกษาของ แพทย์หญิงประมวญ สุนากร (2531) พบว่าปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่ให้กำเนิดทารกที่มีความ พิการแต่กำเนิดประกอบด้วยปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ประวัติด้านการแพทย์ก่อนการตั้ง ครรภ์ พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม และประวัติด้านการแพทย์ในครรภ์ปัจจุบัน ซึ่งการนำ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มาประกอบการให้คะแนนเกณฑ์เสี่ยงภัย น่าจะทำให้พบความพิการแต่ กำเนิดในกลุ่มเสี่ยงสูงมากที่สุด แต่การศึกษาครั้งนี้กลับพบว่ากลุ่มเสี่ยงสูงพบอัตราทารก พิการแต่กำเนิดต่ำสุด ซึ่งจะต้องทำการศึกษาต่อไป

เมื่อจำแนกมารดาแต่ละกลุ่มตามลักษณะการฝากครรภ์ พบว่ามารดาทั้ง 3 กลุ่ม ไม่พบทารกพิการแต่กำเนิดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) เมื่อมาฝาก ครรภ์ในไตรมาสที่ต่างกันและจำนวนครั้งการตรวจครรภ์ต่างกัน แต่จากการศึกษาของ แพทย์หญิงประมวญ สุนากร พบว่าการไม่ฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับความพิการของระบบ สมองและประสาท แต่โดยทั่วไปแล้วการไม่ได้ฝากครรภ์ มีอัตราเสี่ยงมากกว่าการฝาก ครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (RR 1.3 และ C.I. RR 0.9-1.8) และการฝากครรภ์ เพียง 1 ครั้ง มีอัตราเสี่ยงสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR 1.7 และ C.I. RR 1.2-2.4) ความจริงการฝากครรภ์น่าจะลดอัตราเสี่ยงได้ เนื่องจากการฝากครรภ์เป็นการ ตรวจหาปัจจัยเสี่ยงและหาทางแก้ไขถ้ามีซึ่งน่าจะทำการศึกษาในเรื่องนี้ต่อไป เนื่องจาก ขนาดตัวอย่างยังไม่เพียงพอที่จะตอบคำถามนี้ให้ชัดเจนได้

การตายของทารก

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าทารกตายคลอดจะพบมากขึ้น ในมารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัยสูงขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบการตายปริกำเนิดพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ระหว่างมารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัยต่างกัน คิดเป็นอัตราตายทารกปริกำเนิดต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต เท่ากับ 7.9, 10.3 และ 37.9 ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ปานกลางและสูงตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hobel และคณะ (2516) Coopland (2520) Morrison และ Olsen (2521) และการศึกษาของปรียดา แจ้งประดิษฐ์ (2534) ซึ่งพบว่ามารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง จะมีอัตราตายทารกปริกำเนิดสูงกว่ามารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Coopland ยังพบว่าทารกตายปริกำเนิดจะพบมากขึ้นตามคะแนนเสี่ยงภัยที่เพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาการฝากครรภ์ที่ต่างกันของมารดาแต่ละกลุ่ม พบว่าสัดส่วนของการตายปริกำเนิดไม่แตกต่างกันในกลุ่มที่มารดามีลักษณะการฝากครรภ์ที่แตกต่างกัน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ใช้ข้อบ่งชี้การฝากครรภ์แรกเกิดน้ำหนักน้อยในการคำนวณ ขนาดตัวอย่างจึงไม่เพียงพอที่จะตอบคำถามนี้ แต่อย่างไรก็ดีการศึกษาครั้งนี้พบว่ามารดาที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสแรกทุกกลุ่มจะมีอัตราตายทารกปริกำเนิด ต่ำกว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 2 ขึ้นไป และอัตราตายปริกำเนิดของทารกทุกกลุ่มจะพบสูงที่สุดในกลุ่มที่มารดาตรวจครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้งและลดลงตามลำดับในกลุ่มที่มีจำนวนครั้งการตรวจครรภ์มากขึ้น โดยเฉพาะการตายเน่าเปื่อยในครรภ์ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพในการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ryan และคณะ (2523) ศึกษาทารกที่มามีภาวะเสี่ยงภัยคล้ายคลึงกัน โดยแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มที่ตรวจฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้งและกลุ่มที่ตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป พบว่าอัตราตายคลอดและอัตราตายปริกำเนิดในมารดาที่ฝากครรภ์ต่ำกว่า 4 ครั้ง สูงกว่ามารดาที่ตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.005$) และสูงกว่าถึง 3 เท่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการฝากครรภ์ที่เพียงพอจะช่วยลดอัตราทารกตายคลอด และทารกตายปริกำเนิดลงได้เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hassen และ Fall (2507) พบว่ามารดาที่มีการฝากครรภ์ไม่เพียงพอ มีอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์สูงกว่ามารดาที่มาฝากครรภ์เพียงพอ และพบว่าอุบัติการณ์ทารกเกิดไว้ชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของปรียดา แจ้งประดิษฐ์ (2534) ก็พบว่ามารดาตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดที่เพียงพอจะให้กำเนิดทารกเกิดไว้ชีพไม่แตกต่างจากกลุ่มเสี่ยงต่ำ เช่นเดียวกัน

การศึกษาของบุญสม ผาสุข (2531) ที่โรงพยาบาลรามาศิริบดีก็พบว่า การกระจายของทารกตายปริกำเนิดระหว่างมารดาในกลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับการดูแลในคลินิกตรวจครรภ์ภาวะเสี่ยงสูง กับมารดาที่ได้รับการตรวจครรภ์ในคลินิกตรวจครรภ์ปกติไม่มีความแตกต่างกันทั้งนี้ เนื่องจากมารดาในกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างเพียงพอและเหมาะสม จึงช่วยลดโอกาสเสี่ยงของมารดาและทารกในครรภ์ลงได้

การคลอดผิดปกติ

การศึกษาครั้งนี้พบว่ามารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัยต่างกัน มีวิธีการคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยมารดาภาวะเสี่ยงภัยสูงขึ้นพบที่มีการคลอดผิดปกติสูงขึ้น โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอด อัตราการคลอดผิดปกติในกลุ่มเสี่ยงสูงพบถึงร้อยละ 53 สอดคล้องกับการศึกษาของบุญปรีดี ศิริวงศ์และคณะ (2527) สดาร์ตัน สุวารีย์ (2531) ที่พบว่าอัตราการคลอดผิดปกติพบสูงขึ้นตามคะแนนเกณฑ์เสี่ยงภัยที่สูงขึ้น การศึกษาของ Holliday และคณะ (2522) พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอด (Caesarean section) มีความสัมพันธ์กับคะแนนเกณฑ์เสี่ยงภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (< 0.05) ทั้งนี้เนื่องจากมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีปัจจัยต่างๆหลายประการ เช่น ท่าเด็กผิดปกติ ครรภ์เกินกำหนด มารดามีโรคแทรกซ้อน ซึ่งทำให้มารดาและทารกอยู่ในภาวะอันตรายได้สูงขึ้นเมื่อเข้าระยะคลอด ซึ่งจำเป็นต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการหรือผ่าตัดคลอดเพื่อช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัยที่สุด

ในกลุ่มเสี่ยงต่ำพบอัตราการคลอดผิดปกติร้อยละ 17.1 ซึ่งค่อนข้างสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ให้นิยามการคลอดผิดปกติหมายถึงการคลอดวิธีอื่นๆ ยกเว้นการคลอดท่าศีรษะที่ไม่ใช้เครื่องมือใดๆ ช่วยคลอด ซึ่งการคลอดผิดปกติ จะรวมถึงการคลอดที่แพทย์ใช้เครื่องมือช่วยโดยไม่มีข้อบ่งชี้ซึ่งมักพบในมารดาที่ฝากครรภ์กับแพทย์พิเศษ ทำให้อัตราการคลอดผิดปกติสูง

เมื่อพิจารณาการฝากครรภ์ของมารดาแต่ละกลุ่ม พบว่ามารดาทุกกลุ่มมีอัตราการคลอดผิดปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสที่ต่างกัน ($P < 0.001$ ในกลุ่มเสี่ยงต่ำและปานกลาง $P < 0.05$ ในกลุ่มเสี่ยงสูง) โดยมารดาที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสแรกจะพบอัตราการคลอดผิดปกติสูงที่สุด และมารดาที่มีจำนวนครั้งการตรวจครรภ์ต่างกัน พบอัตราการคลอดผิดปกติต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงปานกลางเท่านั้น โดยพบอัตราการคลอดผิดปกติต่ำสุดใน

มารดาที่มารับตรวจครรภ์ น้อยกว่า 4 ครั้ง และพบเพิ่มขึ้นเป็นลำดับในกลุ่มที่มีจำนวนครั้งการตรวจครรภ์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนธีร์ สังขวาลี (2532) ที่พบว่ามารดาที่ตรวจครรภ์ 10 ครั้งขึ้นไป มีอัตราการคลอดผิดปกติมากกว่ากลุ่มที่ตรวจครรภ์น้อยกว่า 10 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากมารดาที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสแรกและมาตรวจครรภ์บ่อยครั้ง เป็นผู้มีภาวะเศรษฐกิจและสังคมดีกว่าผู้ที่มาฝากครรภ์ช้าและมาตรวจครรภ์น้อยครั้ง (รายละเอียดในภาคผนวก ค. ตารางที่ 7, 8 ค.) ซึ่งทำให้มารดากลุ่มนี้ฝากครรภ์กับแพทย์พิเศษมากกว่า ซึ่งจากการศึกษานี้ก็พบว่าอัตราการคลอดผิดปกติโดยเฉพาะการผ่าตัดทางหน้าท้อง (Caesarean Section) ของมารดาที่ฝากครรภ์กับแพทย์พิเศษจะสูงกว่ามารดาที่ฝากครรภ์ตามปกติ (รายละเอียดในภาคผนวก ค. ตารางที่ 9 ค.) นอกจากนี้มารดาที่มาฝากครรภ์เร็วและมาตรวจครรภ์บ่อยครั้งย่อมแสดงถึงความสนใจเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพ และย่อมมีการปฏิบัติตนที่ดีซึ่งจะทำให้มีโอกาสที่จะมีน้ำหนักมากกว่าปกติ โอกาสที่จะคลอดโดยสูติศาสตร์หัตถการหรือผ่าตัดคลอดย่อมมีได้สูง ซึ่งการศึกษาของ กนธีร์ สังขวาลี ก็พบว่ามารดาที่ตรวจครรภ์ 10 ครั้งขึ้นไป จะพบน้ำหนักทารกมีน้ำหนักเกิน 4,000 กรัม ได้มากกว่ามารดาที่ตรวจครรภ์น้อยกว่า 10 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และโดยเฉพาะมารดากลุ่มเสี่ยงสูงการมาฝากครรภ์เร็ว และต้องมาตรวจครรภ์บ่อยครั้งย่อมแสดงว่ามีปัจจัยหรือภาวะแทรกซ้อน ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดซึ่งจะเกิดอันตรายต่อมารดาและทารกได้สูง ดังนั้นมารดากลุ่มนี้ก็จะมิ้อตราการคลอดโดยสูติศาสตร์หัตถการหรือการผ่าตัดทางหน้าท้องได้สูง เพื่อช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัยที่สุดเมื่อเข้าระยะคลอด

อย่างไรก็ดีควรจะได้ทำการศึกษาต่อไปถึงข้อบ่งชี้ในการทำสูติศาสตร์หัตถการและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องว่ามีความจำเป็นมากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากการคลอดโดยวิธีดังกล่าวนอกจากจะมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมาภายหลังได้แล้วยังทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการอีกด้วย

สรุปผลการวิจัย

1. อัตราของมารดาในกลุ่มเสี่ยงภัยต่ำ ปานกลาง และสูง เมื่อใช้แบบประเมินของบุญปริติ ศิริวงศ์และคณะ ผลการศึกษาพบว่ามารดาส่วนใหญ่มีคะแนนเกณฑ์เสี่ยงภัย อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางและต่ำใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 44.7 และ 41.1 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงสูงพบน้อยที่สุด คือร้อยละ 14.2

2. การกระจายของกลุ่มเสี่ยงภัยตามลักษณะทั่วไปทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของมารดา ผลการศึกษาพบว่าการกระจายของกลุ่มเสี่ยงภัย แตกต่างกันตามกลุ่มอายุ และจำนวนครั้งการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยพบมารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัยสูงเพิ่มขึ้น แต่พบกลุ่มเสี่ยงต่ำลดลง ตามกลุ่มอายุและจำนวนการตั้งครรภ์ที่มากขึ้น

3. ลักษณะการฝากครรภ์ของมารดาแต่ละกลุ่มได้แก่อายุครรภ์เมื่อมาฝากครั้งแรก จำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์ ผลการศึกษาพบว่ามารดาในกลุ่มเสี่ยงสูงเป็นกลุ่มที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสแรกมากที่สุด (ร้อยละ 47.0) และเป็นกลุ่มที่ตรวจครรภ์ต่ำกว่า 4 ครั้ง ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขน้อยที่สุด (ร้อยละ 9.6) ส่วนมารดาในกลุ่มเสี่ยงต่ำเป็นกลุ่มที่ฝากครรภ์ในไตรมาสแรกน้อยที่สุด (ร้อยละ 34.8) และมาตรวจครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์มากที่สุด (ร้อยละ 17.2)

4. เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักและสุขภาพทารกแรกคลอด วิธีการคลอด ระหว่างมารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัยต่างกัน ผลการศึกษาพบว่าน้ำหนักทารกแรกคลอด ความเหมาะสมของน้ำหนักทารกกับอายุครรภ์ คะแนนแอฟการ์ด การตายปริกำเนิดและวิธีการคลอด ระหว่างมารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัยต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักและสุขภาพทารกแรกคลอด วิธีการคลอดของมารดาแต่ละกลุ่มเสี่ยงภัย จำแนกตามอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และจำนวนครั้งที่มาตรวจครรภ์ ผลการศึกษาพบว่ามารดาในกลุ่มเสี่ยงต่ำไม่พบน้ำหนักทารกแรกคลอดและผลการตั้งครรภ์อื่นๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบอัตราการคลอดผิดปกติต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในกลุ่มที่มีลักษณะการฝากครรภ์แตกต่างกัน โดยพบว่ามารดาที่ฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 1 และมาตรวจครรภ์ 9 ครั้งขึ้นไป มีอัตราการคลอดผิดปกติสูงที่สุด และลดลงตามลำดับในกลุ่มที่มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น และกลุ่มที่มีจำนวนครั้งการตรวจครรภ์น้อยลง

มารดาในกลุ่มเสี่ยงภัยปานกลางพบอัตราทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย และอัตราการคลอดผิดปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$ และ 0.001) ในกลุ่มที่มีลักษณะการฝากครรภ์ต่างกัน โดยพบอัตราทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยมากที่สุดในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 3 และกลุ่มที่ตรวจครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง และลดลงตามลำดับในกลุ่มที่มาฝากครรภ์เร็วขึ้นและมีจำนวนครั้งการตรวจครรภ์มากขึ้น ส่วนอัตราการคลอดผิดปกติพบสูงสุดในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสแรก และกลุ่มที่มีจำนวนครั้งการตรวจครรภ์ 9 ครั้งขึ้นไป และลดลงตามลำดับในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้า และมีจำนวนครั้งการตรวจครรภ์น้อยลง ส่วนผลการตั้งครรภ์อื่นๆ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มารดาในกลุ่มเสี่ยงภัยสูงพบอัตราทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ในกลุ่มที่มีจำนวนครั้งการตรวจครรภ์ต่างกัน โดยพบมากที่สุดในกลุ่มที่ตรวจครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง และลดลงตามลำดับในกลุ่มที่มีจำนวนครั้งการตรวจครรภ์มากขึ้นและพบอัตราการคลอดผิดปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ต่างกัน โดยพบอัตราการคลอดผิดปกติสูงที่สุดในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 1 และพบลดลงตามลำดับในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้าลง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาวิจัยต่อไป
2. ใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองมารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัย โดยนำแบบประเมินภาวะเสี่ยงภัยไปศึกษาเพิ่มเติมถึงผลกระทบของปัจจัยแต่ละตัว แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมเพื่อให้ง่ายในการคัดกรองมารดา เนื่องจากเป็นแบบประเมินอย่างง่ายที่บุคลากรหลายๆ ระดับสามารถใช้ได้ โดยนำมาออกแบบประยุกต์กับใบฝากครรภ์ที่ใช้ในปัจจุบัน และให้การประเมินเป็นระยะๆ เนื่องจากภาวะเสี่ยงภัยจะเปลี่ยนแปลงได้ตลอดระยะการตั้งครรภ์
3. ใช้เป็นแนวทางในการจัดเตรียมข้อมูลในการจัดบริการให้สูติศึกษาแก่มารดา เพื่อให้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และเป็นแนวทางในการจัดเตรียมเครื่องมือและบุคลากรในการดูแลมารดาและทารกเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยต่อไป

1. ศึกษาผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงภัยที่จะนำมาปรับปรุงใช้ในการคัดกรองมารดา
2. นำรูปแบบของใบฝากครรภ์ และแบบประเมินภาวะเสี่ยงภัยมาปรับปรุงให้ง่ายในการซักประวัติมารดา เมื่อมาฝากครรภ์และสามารถคัดกรองมารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัยต่างกัน ได้ แล้วนำมาทดลองใช้ ศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคในการนำไปใช้ รวมทั้งผลของการดูแลมารดาในระยะตั้งครรภ์เมื่อแบ่งตามภาวะเสี่ยงภัย
3. ศึกษาเชิงทดลองในมารดากลุ่มเสี่ยงต่ำโดยลดจำนวนครั้งในการตรวจลงและเพิ่มการสอนสูติศึกษาเมื่อมาตรวจแต่ละครั้งให้มากขึ้น เปรียบเทียบประสิทธิภาพกับการดูแลตามมาตรฐานเดิม โดยศึกษาผลกระทบทั้งด้านมารดาและทารก

