

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การอนามัยแม่และเด็กเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และเป็นรากฐานของการพัฒนาสาธารณสุขและการพัฒนาประเทศ เนื่องจากการเจริญเติบโตของร่างกายและสมองเป็นสิ่งที่ต้องสร้างเสริมมาตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือจำนวนแม่และเด็กมีถึง 2 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ หากประชากรกลุ่มนี้ได้รับการพัฒนาก็เท่ากับเป็นการพัฒนาคุณภาพของประชากรมากกว่าครึ่งหนึ่งของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2531)

สภาวะทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศมีสิ่งบ่งชี้ที่สำคัญ คืออัตราการตายของมารดาและอัตราการตายของทารกปริกำเนิด แต่เนื่องจากไม่มีรายงานที่สมบูรณ์ของอัตราการตายทารกปริกำเนิด จึงมิได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแต่ได้กำหนดอัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 1 ปีไว้แทน (วิทยาลัยสูตินรีแพทย์, 2534) จากรายงานของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปีพ.ศ. 2533 อัตราตายทารกของประเทศไทยเท่ากับ 39 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิตซึ่งอยู่ในอัตราที่สูงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น มาเลเซีย สิงคโปร์ ซึ่งมีอัตราการตายทารกอายุต่ำกว่า 1 ปีดังตารางที่ 1 สะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยยังต้องเร่งรัดการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กอีกมาก เพื่อให้ก้าวหน้าทัดเทียมประเทศอื่นๆ

ตารางที่ 1 อัตราตายทารกอายุต่ำกว่า 1 ปีต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิตในปี พ.ศ. 2533
เปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วและประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน

ประเทศ	อัตราตายทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี
สหรัฐอเมริกา	9.1
อังกฤษ	8.4
ออสเตรเลีย	7.7
ญี่ปุ่น	4.5
มาเลเซีย	29.0
สิงคโปร์	6.6
ไทย	39.0

ที่มา : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อพิจารณาการตายของทารกโดยการสำรวจของกองอนามัยครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ป้องกันได้เช่นการตายทารกปริกำเนิดพบว่าร้อยละ 80 เป็นการตายเน่าเปื่อยในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และการขาดออกซิเจน (วิทยาลัยสูตินรีแพทย์, 2534) นอกจากนี้ยังเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นสิ่งพยากรณ์ถึงอัตราตายปริกำเนิด (Avery GB., 1981) การลดอัตราตายของทารกจึงจำเป็นต้องหาทางลดอุบัติเหตุของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยลงด้วยเป็นสิ่งสำคัญ สรุปได้ว่าคุณภาพของประชากรจะเป็นเช่นไรส่วนหนึ่งถูกกำหนดด้วยการมีชีวิตรอด สุขภาพอนามัย การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก ซึ่งดัชนีสำคัญที่ชี้ถึงสิ่งเหล่านี้ประการหนึ่งคือน้ำหนักแรกคลอดของทารก

ลำดับความสำคัญของงานบริการอนามัยแม่และเด็กในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว อันดับแรกคือ การบริการวางแผนครอบครัว รวมถึงการให้สุขศึกษาแก่คู่สมรสเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดอันตรายทั้งมารดาและทารกจากการตั้งครรภ์ อันดับสองคือการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด ที่เหมาะสมกับภาวะ

เสี่ยงภัย (วิฑูร โอสถานนท์, 2532) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดนี้ไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 เพื่อจำแนกมารดาในกลุ่มที่มีแนวโน้มว่าจะมีอัตราเสี่ยงสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ การคลอดและการดูแลหลังคลอดออกไปรับการรักษา ป้องกันและเฝ้าติดตามต่างหาก ซึ่งถือเป็นหัวใจของการฝากครรภ์ ช่วยให้อัตราตายและทพผลภพของมารดาและทารกลดลง

การฝากครรภ์เป็นมาตรการที่สำคัญ ซึ่งได้รับการยอมรับว่าช่วยลดอัตราตายของมารดาและทารกดังกล่าวลงได้ จุดมุ่งหมายของการฝากครรภ์ก็เพื่อช่วยให้มารดาและทารกมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ หากมารดาได้รับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์และผู้ดูแลได้จัดการแก้ไข รักษาโรคหรือภาวะต่างๆ ที่มีอันตรายต่อการตั้งครรภ์ หรือป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นเกิดขึ้น หรือควบคุมไม่ให้กำเริบรุนแรงจนเป็นอันตรายต่อมารดาและ/หรือทารก ตลอดจนได้เตรียมสุขภาพกายและจิตของมารดา ให้สมบูรณ์เพียงพอต่อการคลอดแล้ว ก็สามารถลดอันตรายจากการตั้งครรภ์และการคลอดลงได้มาก และยังช่วยให้การส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารกหลังคลอดเป็นไปด้วยดี ผู้ให้บริการมีหน้าที่ที่จะตรวจหาโรค ภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ ให้การรักษา แนะนำ ส่งเสริมสุขภาพกายและจิตของมารดา การให้บริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานจะช่วยให้มารดาปลอดภัย และได้บุตรที่แข็งแรงสมบูรณ์

วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์และคณะ (2531) ได้ศึกษาการตายคลอดในร.พ. จุฬาลงกรณ์ ในพ.ศ. 2529 - 2530 พบอัตราเด็กตายคลอด ร้อยละ 0.55 ของการคลอด ในจำนวนนี้เป็นเด็กตายเน่าเปื่อยในครรภ์ร้อยละ 64 เมื่อพิจารณาสาเหตุหรือพยาธิสภาพที่พบร่วมในเด็กตายคลอดพบว่าร้อยละ 72 ควรจะป้องกันได้ถ้าผู้ให้บริการที่ห้องฝากครรภ์ตื่นตัวและวินิจฉัยได้ทันการ

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 ได้บรรจุการฝากครรภ์ไว้ในแผนงานอนามัยแม่และเด็ก โดยได้กำหนดเป้าหมายให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลขณะตั้งครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้งร้อยละ 70 และได้พยายามเร่งรัดการดำเนินงานให้เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มเป้าหมายเป็นร้อยละ 75 ในโครงการปีทองของเด็กไทยพ.ศ. 2533-2534 ซึ่งบรรจุอยู่ในแผนงานนี้ (วัลลภ ไทยเหนือ, 2532) แต่จากผลสรุปการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของประเทศปีพ.ศ. 2533 พบว่าความครอบคลุมของการดูแลขณะตั้งครรภ์ครบ 4 ครั้งมีเพียงร้อยละ 68.04 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (กองอนามัยครอบครัว, 2534)

ยังมีสตรีมีครรภ์อีกจำนวนไม่น้อยที่ไม่เคยฝากครรภ์เลย บางรายฝากครรภ์เมื่อใกล้ครบกำหนดคลอดแล้ว อย่างไรก็ตามการมารับบริการตรวจครรภ์นี้ยังมีข้อถกเถียงกันอีกหลายประการถึงความเหมาะสมและต้นทุน - ผลได้ ผู้คลอดที่ไม่มาฝากครรภ์อาจเป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรงดีและการตั้งครรภ์ไม่ได้มีผลต่อสุขภาพจนต้องมาพบแพทย์ (กนธีร์ สังขวาสิ, 2532) Hall และคณะ (2523) เคยศึกษาประเมินการฝากครรภ์ พบว่าเพียงร้อยละ 44 ของเด็กที่เจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth retardation = IUGR) เท่านั้นที่วินิจฉัยได้จากการฝากครรภ์ มารดาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าทารกเป็น IUGR จำนวน 289 ราย จะมีภาวะนี้จริงเพียง 83 รายเท่านั้น นั่นคือจะมีการวินิจฉัยผิดร้อยละ 72.8 Hall กล่าวว่า การวินิจฉัยที่ผิดพลาดเช่นนี้ นำมาซึ่งการตรวจเพิ่มเติมที่ไม่จำเป็น และสิ้นเปลือง สิ่งที่ต้องคำนึงในการตรวจครรภ์คือการนัดตรวจถี่เกินไปหรือไม่ เพราะการมารับการตรวจแต่ละครั้งต้องเสียทั้งเวลาค่าใช้จ่ายไม่ว่าจะเป็นค่ายา ค่าเดินทาง ค่าตรวจพิเศษอื่นๆ และบางคนขาดรายได้อันพึงได้รับ (กนธีร์ สังขวาสิ, 2532) การใช้เครื่องมือเสริมในการฝากครรภ์โดยการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของมารดาแต่ละคน น่าจะช่วยในการจัดบริการเพื่อการดูแลขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมแก่มารดาได้

โรงพยาบาลราชวิถีเป็นสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีสถิติการคลอดมากที่สุดแห่งหนึ่งในประเทศไทย เดิมให้บริการเฉพาะด้านอนามัยแม่และเด็กมารวม 40 ปี แม้ต่อมาจะเปิดให้บริการด้านอื่นๆ แต่บริการด้านนี้ก็ยังมีผู้ให้บริการเป็นอันดับหนึ่งมาตลอด จากสถิติผู้ให้บริการในปีงบประมาณพ.ศ. 2533 ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นผู้ป่วยสุติกรรม ร้อยละ 35 และ 56 ตามลำดับ (โรงพยาบาลราชวิถี, 2533) มีทารกที่คลอดในแต่ละปีเป็นจำนวนถึง 1 ใน 6 ของทารกที่คลอดในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร (สถิติ พ.ศ. 2531 เด็กคลอดในร.พ.ของรัฐ 99,000 รายคลอดในร.พ.ราชวิถี 16,331 รายหรือร้อยละ 16.7)

จากการศึกษาของสุนทร อ้อเผ่าพันธ์ (2532) ได้รวบรวมข้อมูลทารกทุกคนที่คลอดในช่วงปีพ.ศ. 2526-2530 และผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลในช่วงปีพ.ศ. 2532-2533 เพิ่มเติม พบอัตราการตายทารกปริกำเนิดต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ และอุบัติการณ์ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อัตราตายทารกปริกำเนิดและอุบัติการณ์การทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย ใน
ร.พ.ราชวิถี ปี พ.ศ. 2526 - 2533

ปี พ.ศ.	No. of birth	Low birth weight (%)	Perinatal death
2526	22,521	10.44	15.45
2527	20,879	9.58	15.52
2528	20,918	7.8	14.72
2529	19,865	9.6	13.44
2530	16,873	9.6	13.69
2532*	17,132	11.03	
2533*	17,309	9.16	

* จากการรวบรวมของผู้วิจัย



จากการศึกษาข้างต้น พบว่าอุบัติการณ์การทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยเฉลี่ยร้อยละ 9.42 อัตราตายทารกปริกำเนิดเฉลี่ย 14.49 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 รายซึ่งประมาณ 1 ใน 3 เป็นการตายเน่าเปื่อยในครรภ์ และพบว่าน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีอัตราตายสูงกว่าทารกที่มีน้ำหนักปกติถึง 23 เท่า เมื่อเปรียบเทียบอัตราตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลใหญ่ๆ ในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีแนวโน้มลดลงคือ ในร.พ.รามาศิบัติ ลดลงจาก 14 ในปีพ.ศ.2518 เหลือ 6.7 ในปีพ.ศ.2528 (กำแพง จาตุรจินดา และประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, 2530) ร.พ.ศิริราชลดลงจาก 18 ในปีพ.ศ.2519 เหลือ 10.8 ในปีพ.ศ.2529 ร.พ.จุฬาลงกรณ์ ลดลงจาก 15.17 ในปีพ.ศ.2523 เหลือ 11.17 ในปีพ.ศ. 2532 (วงศ์กุลพันธ์ สนิทวงศ์และคณะ, 2534) แม้ว่าโรงพยาบาลราชวิถีจะมีแนวโน้มลดลงเช่นกันแต่ก็ยังคงสูงกว่าสถานบริการในระดับเดียวกันอยู่มาก การลดอัตราตายของทารกเหล่านี้ สิ่งสำคัญคือจะต้องหาทางลดอุบัติการณ์การทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยลงด้วย เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับอัตราตายทารกอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ทารก

แรกคลอดน้ำหนักน้อยยังเกิดความพิการทางสมอง พัฒนาการของสติปัญญาและความผิดปกติอื่นๆได้สูงกว่าทารกที่มีน้ำหนักปกติ (Fitzardinge, 1989) ซึ่งจะเป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมต่อไป

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นผู้หนึ่งซึ่งปฏิบัติงานในฝ่ายสูติรีเวช ร.พ.ราชวิถี ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของมารดาและทารกตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์โดยตรง และเป็นกลุ่มผู้ใช้บริการมากที่สุดของโรงพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนี้ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขคือ "ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย มีอนามัยสมบูรณ์" กลุ่มผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีเศรษฐกิจและการศึกษาปานกลางและต่ำ ซึ่งมักไม่มารับบริการรับคำแนะนำก่อนตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมความพร้อมและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกได้ การจัดบริการดูแลมารดาเมื่อตั้งครรภ์แล้วจึงเป็นสิ่งสำคัญ และเนื่องจากปัจจุบันฝ่ายสูติรีเวช ได้ให้บริการรับฝากครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์โดยไม่จำกัดประเภทและจำนวน ทำให้มีผู้มารับบริการถึงวันละ 300-500 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้การบริการไม่ได้ประสิทธิภาพเต็มที่และผู้มารับบริการก็ไม่ได้รับความสะดวก เวลาในการเดินทางและรอตรวจแต่ละครั้งใช้เวลานาน เสียค่าใช้จ่ายส่วนทางโรงพยาบาลก็สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูง ความละเอียดรอบคอบในการดูแลผู้ใช้บริการทำไม่ได้เต็มที่เนื่องจากผู้ใช้บริการมาก ทำให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์จากการฝากครรภ์ไม่เต็มที่ และเนื่องจากมารดาแต่ละรายจะมีภาวะเสี่ยงภัยต่างกัน บางรายอยู่ในภาวะเสี่ยงสูงซึ่งต้องการการดูแลเป็นพิเศษ บางรายไม่ได้จัดในกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่ง Hall และคณะ ได้ให้ข้อคิดว่าการนัดตรวจติดตามในจำนวนครั้งลดลงแต่ในเวลาที่เหมาะสมจะยังคงมีประสิทธิภาพในการทำนายหรือตรวจพบความผิดปกติของการตั้งครรภ์ และให้ประโยชน์แก่มารดาในกลุ่มนี้ไม่เปลี่ยนแปลง (อนุรักษ์ โภชิตต, 2533) การให้บริการในปัจจุบันมีข้อจำกัดในด้านบุคลากร และยังมีได้ใช้เครื่องมือใดๆ ที่จะช่วยคัดกรองมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่าง ๆ กัน เพื่อจัดบริการให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม และให้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด ลดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลาทั้งของมารดาและโรงพยาบาล ที่ใช้กับมารดาที่ไม่จำเป็นต้องตรวจถี่เกินไปและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลมารดาที่ต้องการการดูแลมากขึ้น ประกอบกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่ผ่านมา ยังไม่มีผู้ศึกษาถึงผลของการฝากครรภ์ในแต่ละกลุ่มมารดาซึ่งมีภาวะเสี่ยงภัยใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่

จะศึกษาเรื่องดังกล่าว โดยใช้แบบประเมินอย่างง่ายในการให้คะแนนเกณฑ์เสียงภัยซึ่ง
บุญปรีดี ศิริวงศ์ และคณะสร้างขึ้น และเคยทดสอบใช้ในร.พ.รามาศิบัติ เพื่อศึกษาถึง
การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ที่แตกต่างกันในมารดาที่มีภาวะเสียงต่ำ ปานกลางและสูง ต่อ
น้ำหนักและสุขภาพทารกแรกคลอด วิธีการคลอด ผลการวิจัยคาดว่าจะประโยชน์ใน
การวางแผนให้บริการดูแลระหว่างตั้งครรภ์แก่มารดาให้เหมาะสมตามภาวะเสียง และเป็น
แนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไป

คำถามของการวิจัย

คำถามหลัก การฝากครรภ์ที่ต่างกันในการดาที่มีภาวะเสียงภัยต่างๆ มีผลต่อน้ำหนักและ
สุขภาพทารกแรกคลอดหรือไม่

คำถามรอง

1. มารดาที่ฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ ร.พ.ราชวิถี มีภาวะเสียงเป็นอย่างไร
เมื่อใช้แบบประเมินเกณฑ์เสียงภัยอย่างง่ายของบุญปรีดี ศิริวงศ์และคณะ
2. การกระจายของกลุ่มเสียงภัยต่างๆ จำแนกตามลักษณะทั่วไปทางประชากร
และสังคม มีความแตกต่างกันอย่างไร
3. การกระจายของลักษณะการฝากครรภ์จำแนกตามกลุ่มเสียงภัย มีความแตก
ต่างกันอย่างไร
4. น้ำหนักและสุขภาพทารกแรกคลอด วิธีการคลอด ของมารดาแต่ละกลุ่มเสียง
ภัยมีความแตกต่างกันอย่างไร
5. น้ำหนักและสุขภาพทารกแรกคลอด วิธีการคลอด ของมารดาแต่ละกลุ่มเสียง
ภัย จำแนกตามอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และจำนวนครั้งที่มาตรวจครรภ์ มี
ความแตกต่างกันอย่างไร

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการฝากครรภ์ต่อน้ำหนักและสุขภาพทารกแรกคลอด ในแต่ละกลุ่ม มารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัยต่างกัน ในร.พ.ราชวิถี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาอัตราของมารดาในกลุ่มเสี่ยงภัยต่ำ ปานกลางและสูง เมื่อใช้แบบประเมินเกณฑ์เสี่ยงภัยอย่างง่าย ของบุญปรีดี ศิริวงศ์และคณะ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเสี่ยงภัยของมารดา ตามลักษณะทั่วไป ทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของมารดา
3. เพื่อศึกษาลักษณะการฝากครรภ์ของมารดาแต่ละกลุ่ม ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์
4. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักและสุขภาพทารกแรกคลอด วิธีการคลอด ระหว่างมารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัยต่างกัน
5. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักและสุขภาพทารกแรกคลอด วิธีการคลอดของมารดาแต่ละกลุ่มเสี่ยงภัย จำแนกตามอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกและจำนวนครั้งที่มาตรวจครรภ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ทราบภาวะเสี่ยงภัยขณะตั้งครรภ์ของมารดา ซึ่งฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ ร.พ.ราชวิถีโดยใช้แบบฟอร์มในการประเมินอย่างง่ายของบุญปรีดี ศิริวงศ์และคณะ รวมทั้งผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในมารดาแต่ละกลุ่มและในกลุ่มเดียวกันซึ่งมีลักษณะการฝากครรภ์แตกต่างกันเพื่อเป็นแนวทางในการคัดกรองมารดา (โดยใช้แบบประเมินเกณฑ์เสี่ยงภัยอย่างง่าย)
2. เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้เสนอฝ่ายบริหาร

3. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไข, ปรับปรุงและจัดบริการการฝากครรภ์ให้เหมาะสม ในการดูแลและป้องกันผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และจัดบริการให้เหมาะสมตามภาวะเสี่ยงของมารดาเพื่อใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยต่อไป

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

อายุมารดา : อายุเต็ม (ปี) ของมารดาขณะตั้งครรภ์เมื่อนับผ่านวันเกิดครั้งสุดท้าย

ครรภ์เสี่ยงภัย : การตั้งครรภ์ที่อาจมีผลต่อทารกในครรภ์ทำให้ทารกตายก่อนระหว่างหรือหลังคลอดหรือมีความพิการในภายหลัง และมีผลต่อสุขภาพของมารดาตลอดถึงการคลอดที่ผิดปกติ ซึ่งแยกระดับความเสี่ยงโดยใช้แบบฟอร์มอย่างง่ายในการให้คะแนนการเสี่ยงอันตรายจากการตั้งครรภ์และการคลอดซึ่ง ญุประวัติ คีรีวงศ์และสุกัญญา ปาวิสัยญากุล สร้างขึ้นจากการรวบรวมอุบัติการณ์และความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิด ใน ร.พ.รามาศิขิต โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนนตามผลกระทบที่เกิดกับมารดาและทารก เกณฑ์เสี่ยงภัยที่ใช้แบ่งปัจจัยเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ปัจจัยด้านชีววิทยาและประวัติสุติกรรมในอดีต ได้แก่

- อายุมารดา (≤ 16 ปี หรือ ≥ 35 ปี)
- ลำดับครรภ์ (ครรภ์แรกหรือครรภ์ที่ 5 ขึ้นไป)
- ส่วนสูง (ต่ำกว่า 145 เซนติเมตร)
- มีบุตรยาก (แต่งงานนานเกิน 5 ปีแล้วไม่มีบุตรโดยไม่ได้คุมกำเนิด)
- ระยะท้องว่าง (น้อยกว่า 1 ปีหรือเกิน 5 ปี)
- มีประวัติแท้งเอง 3 ครั้งขึ้นไป
- มีประวัติเคยทำแท้งด้วยเหตุผลทางการแพทย์
- มีประวัติชักจากโรคนิซแห่งครรภ์
- มีประวัติคลอดยาก (เจ็บท้องนานเกิน 1 วัน), เคยคลอดโดยสูติศาสตร์

หัตถการหรือผ่าตัดคลอด

- มีประวัติเคยล้วงรก, ตกเลือด

- เคยมีบุตรน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัมหรือเกิน 4,000 กรัม
- เคยคลอดบุตรตายในครรภ์หรือตายใน 7 วันหลังคลอด

2. ปัจจัยด้านความเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม, ศัลยกรรมและนรีเวชวิทยา หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคต่อไปนี้ เคยผ่าตัดที่มดลูกหรือปากมดลูก, มีความผิดปกติของกระดูกเชิงกรานหรือกระดูกสันหลัง, โรคของต่อมไทรอยด์, โรคเบาหวาน หรือมีประวัติเคยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์, โรคของระบบหลอดเลือด, มีความผิดปกติของฮีโมโกลบิน โรคหัวใจ, โรคไต

3. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในครรภ์ปัจจุบัน ได้แก่ ภาวะซีด(ฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 กรัมเปอร์เซ็นต์หรือฮีมาโตคริตต่ำกว่า 30 เปอร์เซ็นต์), VDRL ให้ผลบวก (โดยไม่ได้รับการรักษาจนครบ), ตรวจพบไข่ขาวในปัสสาวะ, ตรวจพบน้ำตาลในเลือดผิดปกติ, น้ำหนักเพิ่มผิดปกติ(มากกว่า 1 กิโลกรัม/สัปดาห์ หรือน้อยกว่า 1 กิโลกรัมต่อเดือนหรือน้ำหนักลดตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์), ภาวะความดันโลหิตสูง (เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท) บวม, มีเลือดออกขณะตั้งครรภ์, เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด (ก่อนอายุครรภ์ 36 สัปดาห์), ครรภ์เกินกำหนด(อายุครรภ์เกิน 42 สัปดาห์), ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ(อายุครรภ์เกิน 36 สัปดาห์) มีภาวะการเจริญเติบโตช้าของทารกในครรภ์, ภาวะน้ำคร่ำมากหรือน้อยกว่าปกติ, ได้รับการผ่าตัดระหว่างตั้งครรภ์

ครรภ์เสี่ยงสูง : มารดาที่มีคะแนนที่ได้จากการประเมินโดยแบบฟอร์มคัดกรองภาวะเสี่ยงภัยเกิน 6 คะแนนขึ้นไป

ครรภ์เสี่ยงปานกลาง : มารดาที่มีคะแนนจากการคัดกรอง ระหว่าง 3-6 คะแนน

ครรภ์เสี่ยงต่ำ : มารดาที่มีคะแนนจากการคัดกรองต่ำกว่า 3 คะแนน

อายุครรภ์ : อายุครรภ์นับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (L.M.P. = Last Menstrual Period) เป็นสัปดาห์ ในรายที่จำประจำเดือนครั้งสุดท้ายไม่ได้ จะประเมินอายุครรภ์จาก

- ประวัติการตรวจทางหน้าท้อง ประวัติเด็กดิ้นและการเคลื่อนไหวของส่วนนำของทารกในครรภ์จากใบบันทึกการฝากครรภ์

- การตรวจวัด BPD (Biparietal diameters) ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โดยจะใช้ผลการตรวจภายในอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ซึ่งถือว่าใช้เทียบอายุครรภ์ได้ดีที่สุด

(สูติ เฝ่าวาล์วดีและคณะ, 2525) ซึ่งสูติแพทย์จะตรวจในรายที่ไม่สามารถประเมินอายุครรภ์ได้หรือการตรวจทางหน้าท้องไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์

- การประเมินอายุครรภ์ของกุมารแพทย์โดยใช้ Ballard score แบ่งอายุครรภ์เป็น 3 กลุ่ม

1) ครรภ์ครบกำหนด (Term) หมายถึง อายุครรภ์ 37 สัปดาห์เต็ม ถึง อายุครรภ์น้อยกว่า 42 สัปดาห์เต็ม

2) ครรภ์ก่อนกำหนด (Pre-term) หมายถึง อายุครรภ์ น้อยกว่า 37 สัปดาห์เต็ม

3) ครรภ์เกินกำหนด (Post-term) หมายถึงอายุครรภ์ 42 สัปดาห์เต็มขึ้นไป

การฝากครรภ์ (Prenatal care) : การดูแลมารดาในระยะตั้งครรถ์โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีหลักฐานบันทึกการตรวจครรภ์ไว้ทุกครั้ง โดยการศึกษาครั้งนี้เลือกเฉพาะมารดาที่ฝากครรภ์ในร.พ.ราชวิถี

อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก : อายุครรภ์ (สัปดาห์) ที่มารดาได้รับการตรวจครั้งแรกจากบุคลากรทางสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

- ไตรมาสที่ 1 หมายถึงอายุครรภ์ 1 - 13 สัปดาห์
- ไตรมาสที่ 2 หมายถึงอายุครรภ์ 14 - 26 สัปดาห์
- ไตรมาสที่ 3 หมายถึงอายุครรภ์ 27 สัปดาห์ ขึ้นไป

จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ : จำนวนครั้งที่มารดามานพบแพทย์หรือพยาบาล เพื่อรับการตรวจร่างกายและตรวจครรภ์นับทุกครั้งที่มิหลักฐานบันทึกไว้ในใบฝากครรภ์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

- กลุ่มที่ 1 ฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง
- กลุ่มที่ 2 ฝากครรภ์ 4 - 8 ครั้ง
- กลุ่มที่ 3 ฝากครรภ์ตั้งแต่ 9 ครั้งขึ้นไป

วิธีการคลอด : แบ่งเป็น

1. การคลอดปกติ หมายถึงวิธีการคลอดทารกท่าศีรษะทางช่องคลอดโดยไม่ใช้สูติศาสตร์หัตถการยกเว้นการตัดฝีเย็บช่วยคลอด

2. การคลอดผิดปกติ หมายถึง

ก. การคลอดทารกท่าศีรษะทางช่องคลอด โดยใช้เครื่องมือช่วยดึงเด็กออก

ได้แก่ การใช้คีมดึง (Forceps extraction) และการใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum extraction) หรือ

ข. การคลอดทารกทางช่องคลอดที่ไม่ใช่ท่าศีรษะ หรือ

ค. การผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้อง (Caesarean section)

น้ำหนักทารกแรกคลอด (Birth weight) : น้ำหนักของทารกครรภ์เดียวที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ ซึ่งภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด

- ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย คือทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัม (Low birth weight = LBW) โดยไม่คำนึงว่าจะคลอดก่อนกำหนดหรือครบกำหนด

- ทารกแรกคลอดน้ำหนักปกติ คือ ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดระหว่าง 2,500-3,999 กรัม (Normal birth weight = NBW)

- ทารกแรกคลอดน้ำหนักมาก คือ ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดตั้งแต่ 4,000 กรัมขึ้นไป (High birth weight = HBW)

ความเหมาะสมของน้ำหนักแรกคลอดกับอายุครรภ์ : ให้เกณฑ์จากการศึกษา น้ำหนักทารกแรกคลอดตามอายุครรภ์ของเด็กไทยที่คลอดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ของ พิมพ์รัตน์ ไทยธรรมยานนท์และคณะ (วงศ์กุลพันธ์ สนิทวงศ์และคณะ, 2530)

- น้ำหนักเหมาะสมกับอายุครรภ์ (Appropriated for gestational age = AGA) คือ ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดอยู่ระหว่างเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 10 - 90 ของอายุครรภ์

- น้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ (Small for gestational age = SGA) หมายถึงทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 10 สำหรับอายุครรภ์

- น้ำหนักมากกว่าอายุครรภ์ (Large for gestational age = LGA) หมายถึงทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่าเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 90 สำหรับอายุครรภ์

ภาวะสุขภาพทารกแรกคลอด : สภาพทารกเมื่อคลอดจากครรภ์มารดา แบ่งเป็น

1. ทารกเกิดมีชีวิต (Live birth) หมายถึงทารกที่หลังจากคลอดจากครรภ์มารดาแสดงสัญญาณชีพให้เห็น เช่น การหายใจ การเต้นของหัวใจ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ประเมินสภาพโดยให้ Apgar score เด็กแต่ละคนต้องการความช่วยเหลือมากน้อยเท่าใดขึ้นกับคะแนน Apgar ที่ 1 นาที (สุจิต เพ่าสวัสดิ์และคณะ, 2525)

Apgar score 0 - 6 คะแนน ถือว่า ต่ำ

Apgar score 7 - 10 คะแนน ถือว่า ปกติ

2. ทารกตายคลอด (Stillbirth) หมายถึงทารกที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ เมื่อคลอดจากครรภ์มารดาไม่แสดงสัญญาณชีพ แบ่งเป็น

2.1 ตายเน่าเปื่อยในครรภ์ (Macerated) ทารกตายก่อนคลอดอย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง ผิวหนังเปื่อยลอก

2.2 ตายสด (Fresh stillborn) ทารกตายก่อนคลอดภายใน 24 ชั่วโมง ยังไม่ปรากฏลักษณะเน่าเปื่อย

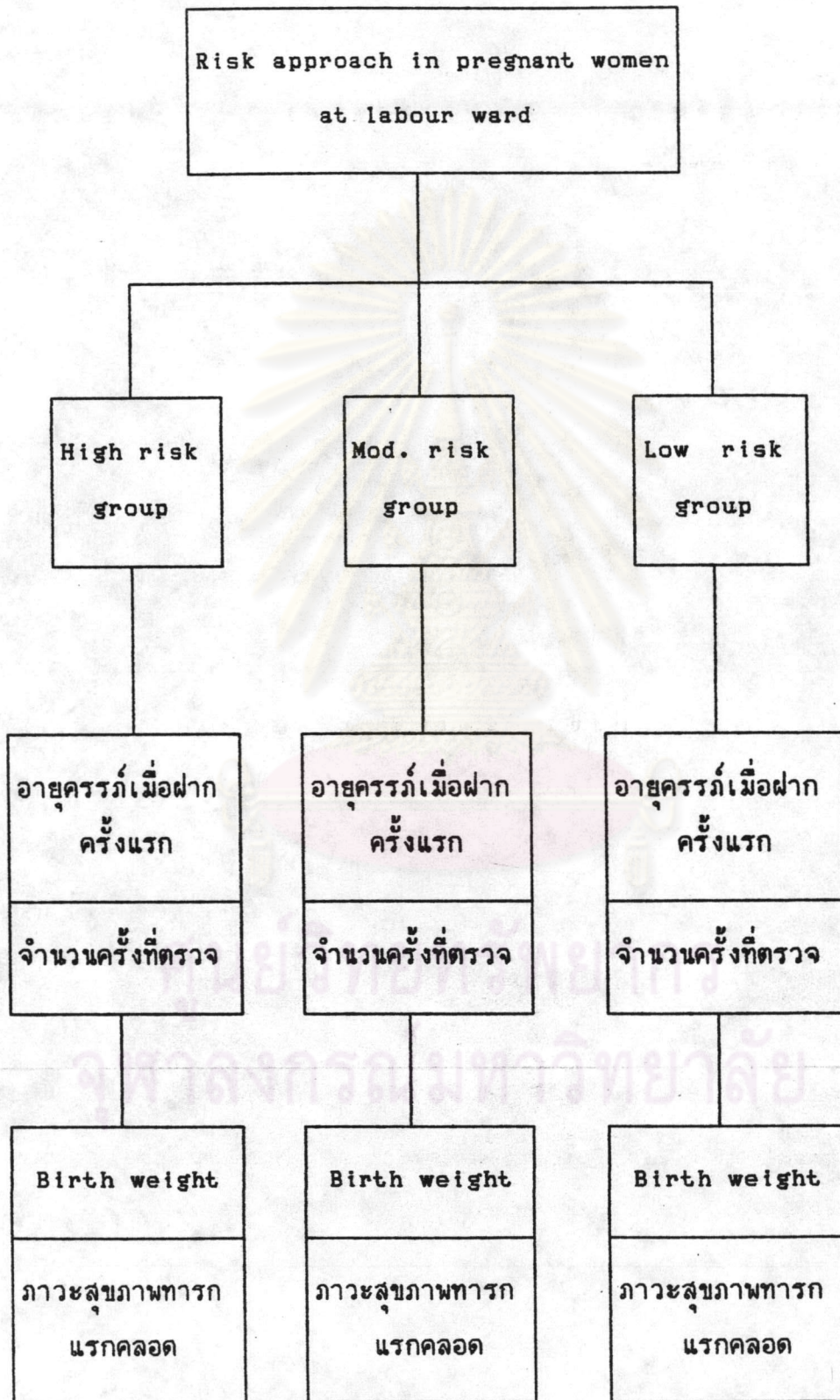
3. ความพิการแต่กำเนิด (Congenital anomalies) หมายถึงความพิการที่มองเห็นหรือตรวจได้โดยกุมารแพทย์ใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด

อัตราตายทารกปริกำเนิด (Perinatal Mortality) : อัตราทารกในครรภ์ที่เสียชีวิตตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์จนถึงเวลาคลอด (Stillbirth) รวมกับเด็กคลอดมีชีพตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ แต่เสียชีวิตภายใน 7 วันหลังคลอด (Neonatal Death) ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย (วงศ์กุลพันธ์ สนิทวงศ์ ๔, 2523)

อัตราตายทารก (Infant Mortality) : อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)



ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย

- ข้อมูลที่ได้จากใบบันทึกการฝากครรภ์ แฟ้มประวัติผู้คลอดและจากการซักประวัติถือว่าถูกต้องและเชื่อถือได้
- น้ำหนักมารดาที่เพิ่มขึ้นผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นเกณฑ์เสี่ยงภัยข้อหนึ่งตามแบบประเมินของนพฐปรีดี ศิริวงศ์และสุกัญญา ปาริสาัญญากุล หมายถึง น้ำหนักเพิ่มมากกว่า 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ หรือเพิ่มน้อยกว่า 1 กิโลกรัมต่อ 1 เดือนหรือน้ำหนักลด ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ เนื่องจากในระยะไตรมาสที่ 3 น้ำหนักที่เพิ่มเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของทารกในครรภ์ ซึ่งการให้คะแนนเกณฑ์เสี่ยงภัยในข้อนี้จะต้องใช้ข้อมูลจากใบบันทึกรายงานการตรวจครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์จนครรภ์ครบกำหนด มารดาที่ไม่ได้มาตรวจครรภ์ตามนัดในเวลาดังกล่าว และไม่สามารถประเมินน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในช่วงนี้ได้ ผู้วิจัยจะให้คะแนนเกณฑ์เสี่ยงภัยข้อนี้โดย

1. ในรายที่มารดาฝากครรภ์ครั้งสุดท้ายก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ใช้น้ำหนักเฉลี่ยจาก น้ำหนักเมื่อมาคลอด - น้ำหนักเมื่อมาตรวจครั้งสุดท้าย

2. มารดาที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 3 ใช้น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นทั้งหมดขณะตั้งครรภ์ (Total weight gain) = น้ำหนักเมื่อมาคลอด - น้ำหนักครั้งสุดท้ายก่อนตั้งครรภ์ โดยใช้เกณฑ์น้ำหนักเพิ่มต่ำกว่า 10 กิโลกรัมหรือมากกว่า 15 กิโลกรัม ถือว่าผิดปกติ (ภิเศก ลุมภิกานนท์, 2530 ทัสสนี นุชประยูร, 2530 เต็มศรี ขำนิจารกิจ, 2531)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ระยะเวลาในการวิจัยจำกัดและขนาดตัวอย่างมาก ผู้วิจัยจึงไม่สามารถติดตามคุณภาพสุขภาพของทารกจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้
2. การประเมินอายุครรภ์ที่แม่นยำควรใช้การตรวจลักษณะทารกหลังคลอดเทียบกับมาตรฐานการเจริญเติบโตตามอายุครรภ์ซึ่งจะต้องตรวจโดยกุมารแพทย์ แต่เนื่องจากแต่ละวันมีจำนวนทารกคลอดจำนวนมากซึ่งแพทย์ไม่ประเมินอายุครรภ์ทุกราย แต่จะทำในรายที่ลักษณะทั่วไปไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์