

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เกี่ยวข้องกับหลักการ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับการผ่าตัดท่อน้ำคอคอด
2. แผนงานอนามัยครอบครัว
3. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีเกี่ยวกับการผ่าตัดท่อน้ำคอคอด

การผ่าตัดท่อน้ำคอคอด

สุทัศน์ กลกิจโกวินท์(50) ได้ให้ความหมายของการผ่าตัดท่อน้ำคอคอดไว้ว่า หมายถึง การทำคอคอดได้ก็ออกจากมดลูกทางหน้าท้อง โดยผ่านทางรอยผ่าตัดที่ผนังหน้าท้อง และผ่านทางผนังมดลูก ซึ่งมีความหมายตรงกับ Cunningham และ คณะ(59) กล่าวไว้

อุบัติการณ์

ในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมามีอุบัติการณ์ของการผ่าตัดท่อน้ำคอคอด เพิ่มขึ้นทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศโดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว ในประเทศสหรัฐอเมริกาอุบัติการณ์ เท่ากับร้อยละ 5.5 ในปี ค.ศ.1970 เพิ่มขึ้นสูงสุดเป็นร้อยละ 24.7 ในปี ค.ศ.1988แต่เริ่ม ลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 23.8 ในปี ค.ศ.1989 และปี ค.ศ.1993 คือ ร้อยละ 22.8(5) ส่วนในประเทศไทยนั้น อุบัติการณ์ของการผ่าตัดท่อน้ำคอคอดสูงขึ้นทั้งในโรงพยาบาลรัฐบาลและ โรงพยาบาลเอกชน โดยในโรงพยาบาลรัฐบาล คิดเป็นร้อยละ 20.0 ในปี พ.ศ.2536 ส่วน โรงพยาบาลเอกชน ปี พ.ศ.2539 พบมากกว่าร้อยละ 80.0(10) สำหรับโรงพยาบาลที่เป็น

โรงเรียนแพทย์ก็พบว่า มีอุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอดสูงขึ้นเช่นกันดังกล่าวในบทนำ โดย
 สัทศน์ กลกิจโกวินท์(50) กล่าวถึงสาเหตุที่อุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ
 ทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีเหตุผลดังนี้ คือ

1. จำนวนผู้คลอดที่เป็นครรภ์แรกมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น และสาเหตุของการผ่าท้อง -
 ทำคลอดพบมากในครรภ์แรก
2. อายุของมารดาเพิ่มขึ้น
3. ปัจจุบันการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และการตรวจเด็กด้วยเครื่องไฟฟ้า
 ทำกันมากขึ้น
4. การผ่าท้องทำคลอดในเด็กทำกัน
5. การทำคลอดใน Mid pelvis ลดลง
6. การตัดสินใจทำการผ่าท้องทำคลอดเร็วขึ้น
7. การผ่าท้องทำคลอดบุตรซ้ำมีมากขึ้น
8. องค์ประกอบทางสังคมและเศรษฐกิจดีขึ้น

พิชัย เจริญพานิช(1) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้อุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอด
 เพิ่มขึ้น ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เนื่องจาก

1. ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม ที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์และ
 การเจ็บคลอด ที่อาจเป็นสาเหตุให้มารดาหรือเด็กพิจารณาถ้าปล่อยให้คลอดทางช่องคลอด เช่น
 ความดันโลหิตสูง และการคลอดยาก
2. มารดามีอายุมากขึ้น เนื่องจากอายุที่มากขึ้น โอกาสที่จะต้องผ่าท้องทำคลอด
 เพิ่มขึ้นด้วย เพราะมดลูกทำงานไม่ดี หรือ Soft tissue dystocia โอกาสที่เด็กจะตาย
 เนื่องจากการคลอดที่ล่าช้า หรือจากการหดตัวนาน ๆ ของมดลูกจะเพิ่มมากขึ้น มารดาที่อายุ
 มากโอกาสที่จะตั้งครรภ์ใหม่อีกก็ลดลง ไม่สมควรต่อการเสี่ยงให้มารดาลองคลอดเว้นแต่จะคลอด
 ได้ง่าย
3. การพัฒนาทางการแพทย์ก้าวหน้า ช่วยวินิจฉัยเด็กอยู่ในภาวะวิกฤต (Fetal
 distress) ได้เร็วขึ้นทำให้โอกาสผ่าท้องทำคลอดจาก Fetal distress เพิ่มขึ้น

4. เด็กในครรภ์มีกันเป็นส่วนนำขณะที่มาารดาเจ็บคลอด เด็กกลุ่มนี้มารดาจะคลอดได้ทางช่องคลอดอย่างปลอดภัย แต่มีโอกาสพการสูงกว่าเด็กที่มีศีรษะเป็นส่วนนำ ดังนั้นมักเลือกคลอดโดยการผ่าตัด เพราะปลอดภัยกว่าการคลอดทางช่องคลอด

5. การคลอดด้วยคีมีในกลุ่มมารดาคลอดยากนั้น จะทำกันน้อยลง เพราะจะทำให้ทั้งมารดา และเด็กมีโอกาสสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บจนพการได้

6. เนื่องจากการผ่าท้องทำคลอดเพิ่มขึ้น ดังนั้น การผ่าตัดจากการผ่าท้องทำคลอดซ้ำ (Previous cesarean section) จึงมากขึ้นด้วย

7. การผ่าท้องทำคลอดมีอุบัติการณสูงมากในมารดาที่เศรษฐานะดี โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากเข้าใจว่าการผ่าท้องทำคลอดปลอดภัยกว่าการคลอดทางช่องคลอดไม่เจ็บปวดเหมือนการคลอดทางช่องคลอด

ข้อบ่งชี้

พิชัย เจริญพานิช(1) กล่าวว่า การผ่าท้องทำคลอดที่กระทำมากขึ้นในปัจจุบัน เพราะปลอดภัยต่อมารดาและเด็กสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกรช่วยคลอดอื่น ๆ แต่ก็ยังมีอันตรายมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด แม้ปัจจุบันการผ่าตัดจะมีเทคนิค การวางยาสลบ และการควบคุมการติดเชื้อดีขึ้น แต่มารดาก็ยังมีโอกาสที่จะเสียชีวิตหรือพการได้ถ้าไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนให้ถูกต้อง ดังนั้น การผ่าท้องทำคลอดจึงควรกระทำเมื่อมีข้อบ่งชี้จริง ๆ ดังนี้ คือ

1. ข้อบ่งชี้ทางด้านมารดา ที่การคลอดอาจทำให้เกิดการฉีกขาดของมดลูก ช่องทางคลอด เช่น ปากมดลูก หรือช่องคลอด จนอาจทำให้เกิดการตกเลือดหรือติดเชื้ออย่างรุนแรงทำให้มารดาตายหรือพการ ข้อบ่งชี้ที่สำคัญ ได้แก่ การผิดสัดส่วนระหว่างเด็กในครรภ์กับเชิงกราน (Fetopelvic disproportion), การคลอดยาก (Dystocia), การผ่าท้อง-ทำคลอดซ้ำ (Previous cesarean section) และรกเกาะต่ำ (Placental previa)

2. ข้อบ่งชี้ทางด้านเด็ก การคลอดที่ยาวนานหรือการช่วยคลอดทางช่องคลอด อาจทำให้เด็กตายหรือพการ เนื่องจากอันตรายจากการคลอดหรือขาดออกซิเจนจากการคลอด ข้อบ่งชี้ที่สำคัญ ได้แก่ เด็กอยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งอาจจะวินิจฉัยจากการตรวจทางคลินิกเห็น

Meconium ในน้ำคร่ำ ลักษณะของการเต้นของหัวใจเด็กผิดปกติจากการฟังด้วยหูฟังหรือการใช้เครื่องตรวจ ปัจจุบันนี้สูติแพทย์มักจะผ่าท้องทำคลอดแก่มารดาที่ตั้งครรภ์และพบว่ามีการลอกตัวก่อนกำหนด เพราะเด็กในครรภ์จะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ง่ายและรวดเร็ว

วิลลาร์ดน กรัยวิเชียร(60) กล่าวว่า การผ่าท้องทำคลอดเป็นวิธีที่ปลอดภัยและแพร่หลายในการช่วยคลอดยาก แต่มารดาที่เคยได้รับการผ่าท้องทำคลอดมาแล้ว ไม่จำเป็นต้องได้รับการผ่าท้องทำคลอดในครรภ์ต่อ ๆ ไป ทั้งนี้แล้วแต่ข้อบ่งชี้ ซึ่งสอดคล้องกับ McClain(61) กล่าวไว้

Cunningham และคณะ(59) กล่าวถึง ข้อบ่งชี้ของการผ่าท้องทำคลอดที่มักพบได้เสมอ ๆ ในสหรัฐอเมริกา ไว้ดังนี้

1. การผ่าท้องทำคลอดซ้ำในรายที่เคยผ่าท้องทำคลอดมาก่อน
2. การคลอดยากหรือความผิดปกติของกลไกการคลอด
3. การผ่าท้องทำคลอดในเด็กท่าก้น
4. เด็กในครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤต(Fetal distress)

สุทัศน์ กลกิจโกวินท์(50) กล่าวถึงข้อบ่งชี้ของการผ่าท้องทำคลอดในปัจจุบันได้ใช้กันอย่างกว้างขวาง โดยมีมุ่งความปลอดภัยของมารดาและเด็กเป็นสำคัญ ไม่รอช้าจนเกิดอันตรายต่อมารดาและเด็ก ถ้าหากมีข้อสงสัยว่าอาจจะเกิดอันตรายต่อมารดาและเด็กในครรภ์ให้พิจารณาทำการผ่าท้องทำคลอดทันที ซึ่งการผ่าท้องทำคลอดเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปมากกว่าการคลอดยากทางช่องคลอด บางสถาบันที่มีความพร้อมในการผ่าท้องทำคลอด จะมีนโยบายในข้อบ่งชี้ที่ค่อนข้างเป็นอิสระ

ข้อบ่งชี้ที่สำคัญ มีดังนี้

1. การคลอดยาก ที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของกลไกการคลอดเป็นข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยที่สุดประกอบด้วย

1.1 การผิดสัดส่วนระหว่างเด็กในครรภ์กับช่องเชิงกราน (Fetopelvic disproportion) เป็นความผิดปกติของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งก็ได้ ถ้าการผิดปกติมีชัดเจนควรรีบทำการผ่าท้องทำคลอด เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์หรือเมื่อครรภ์ครบกำหนดก็ได้

1.2 การขวางกั้นของช่องทางคลอด (Soft tissue obstruction) ทำให้ส่วนหน้าของเด็กลงช่องทางคลอดไม่ได้ ซึ่งมีสาเหตุดังต่อไปนี้ คือ มีผนังกั้นในช่องทางคลอดหรือมดลูก, ปากมดลูกแข็งมาก, มีแผลขนาดใหญ่ที่ช่องทางคลอดหรือปากมดลูกและมี Constriction ring

1.3 ความผิดปกติของท่าเด็ก เช่น เด็กท่าขวาง, ท่าก้น, ท่าหน้าผาก การพิจารณาผ่าท้องทำคลอดต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป โดยคำนึงถึงลักษณะของเชิงกราน, ขนาดของเด็ก, อายุและลำดับการคลอดของมารดาประกอบด้วย

1.4 ความผิดปกติของมดลูกในการหดตัว อาจจะเป็นการหดตัวที่รุนแรงและไม่สม่ำเสมอ (Hypertonic uterine dysfunction) หรือมดลูกหดตัวน้อย (Hypotonic uterine dysfunction) ถ้าให้การรักษาลแล้วไม่ได้ผลก็ควรพิจารณาผ่าท้องทำคลอด

2. เด็กที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตราย เด็กจะมีภาวะวิกฤตอย่างกะทันหันหรือเรื้อรังจากภาวะพร่องออกซิเจน เช่น สายสะดือข้อย้อย มารดาตกเลือดก่อนคลอดและภาวะเด็กโตช้าในครรภ์ เป็นต้น

3. ภาวะตกเลือดก่อนคลอด จากรกเกาะต่ำหรือรกลอกตัวก่อนกำหนด

4. รายที่เคยทำการผ่าท้องทำคลอดมาก่อนโดยเฉพาะได้รับการผ่าตัดแบบ

Classical cesarean section

5. รายที่เคยทำการผ่าตัดมดลูกมาก่อน เช่น Myomectomy, Cornual resection

6. โรคทางนรีเวช เช่น เนื้องอกมดลูกที่โตมาก ๆ เนื้องอกของรังไข่ ซึ่งอาจจะไปขัดขวางช่องทางคลอด ติดเชื้อบริเวณช่องทางคลอด มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

7. โรคแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ เช่น โรคเบาหวาน (จะมีอัตราการตายของเด็กในครรภ์และตายแรกคลอดสูง) โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคหัวใจ เป็นต้น

8. ประวัติเกี่ยวกับการคลอด เช่น คลอดยาก เด็กพิการจากการคลอดหรือตายการมีบุตรยากและมารดาอายุมาก

9. องค์ประกอบอื่น ๆ ที่นำมาพิจารณาในการผ่าท้องทำคลอด สิ่งที่ควรนำมาร่วมพิจารณา คือ อายุมารดา, ภาวะการมีบุตร, ประวัติเกี่ยวกับการคลอด, เด็กโตช้าในครรภ์

จากข้อบ่งชี้ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมีความสอดคล้องและใกล้เคียงกันโดยเป็นข้อบ่งชี้ทางคลินิก หรือกล่าวได้ว่า เป็นปัจจัยทางคลินิก

ปัจจัยทางคลินิก

อายุมารดา

อายุมารดาในระยะตั้งครรภ์นั้นมีผลต่อสุขภาพของมารดาและเด็ก โดยพบว่าอายุที่เหมาะสมในการตั้งครรภ์มากที่สุดคือ 20-30 ปี เพราะจะมีความสมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีผลให้การตั้งครรภ์และการคลอดมีความปลอดภัยทั้งมารดาและเด็ก(62) โดยมารดาที่อายุต่ำกว่า 20 ปี มีอุบัติการณ์สูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยต่อภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์(63) นอกจากนี้มีภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การตั้งครรภ์ก็ยังไม่เต็มที่ เมื่อตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา จึงพบว่า มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้นได้ง่าย คือ จะมีอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด ความพิการแต่กำเนิด และภาวะครรภ์เป็นพิษ ซึ่งการทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดเมื่อกำหนดถึงความปลอดภัยของมารดาและเด็ก ก็มักจะเป็นการผ่าท้องทำคลอด(64)

ธีระ ทองสง(65) กล่าวว่า การตั้งครรภ์แรก เมื่ออายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป โดยเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย ในทางปฏิบัติแล้วอุบัติการณ์การผ่าท้องทำคลอดจะสูง อาจพิจารณาผ่าท้องทำคลอดได้เลยโดยไม่ต้องพยายามลองให้คลอดทางช่องคลอด เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงอันตรายจากการคลอดยากหรือการคลอดไหล่ยาก เนื่องจากเด็กในครรภ์จะมีขนาดใหญ่โตกว่าปกติ พิชัย เจริญพานิช(1) กล่าวเพิ่มเติมว่า มารดามีอายุมากขึ้นโอกาสที่จะต้องผ่าท้อง-ทำคลอดก็เพิ่มขึ้นด้วย เพราะมดลูกทำงานไม่ดี หรือ Soft tissue dystocia เกิดง่าย โอกาสที่เด็กจะตาย เนื่องจากการคลอดล่าช้า หรือจากการหดตัวนาน ๆ ของมดลูกจะเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ มารดาตั้งครรภ์อายุ 35 ปี พบอุบัติการณ์เกิดรกเกาะต่ำ ได้ 1 ใน 100 แต่มารดาตั้งครรภ์อายุมากกว่า 40 ปี พบได้ 1 ใน 50 ขณะที่มารดาตั้งครรภ์อายุ 20-29 ปี พบได้ 1 ใน 300 เท่านั้น ซึ่งการพิจารณาคลอดในมารดารกเกาะต่ำนั้น กรณีที่

ครรภ์ครบกำหนดหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดมากก็จำเป็นต้องให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง โดยการผ่าท้องทำคลอด(66)จากอัตราการผ่าท้องทำคลอดในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ.1990 พบว่า มารดาที่มีอายุ 35 ปี หรือมากกว่า 35 ปี มีอัตราการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่ามารดาอายุน้อยกว่า 35 ปี ทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน(6)

น้ำหนักมารดา

น้ำหนักมารดาที่เพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ โดยเฉลี่ยควรประมาณ 10 กิโลกรัม หรือ 22 ปอนด์(67) ส่วน ซีรา คัมทวิช(68) กล่าวว่า ตลอดการตั้งครรภ์ มารดาควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 10-12 กิโลกรัม โดยทั่วไปน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นเดือนละ 1 กิโลกรัม

น้ำหนักตัวของมารดาที่เพิ่มขึ้นมากผิดปกตินั้น อาจมีสาเหตุ ได้แก่ เด็กตัวใหญ่ มารดากินจุ ครรภ์แฝด หรืออาจมีภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น ภาวะเหล่านี้ ก่อให้เกิดการคลอดลำบาก ซึ่งแพทย์มักจะพิจารณาโดยใช้การผ่าท้องทำคลอด เพื่อความปลอดภัยของมารดาและเด็ก(67)

เด็กน้ำหนักเกิน 4,000 กรัม (Fetal macrosomia) พบได้ประมาณร้อยละ 5.3-7.7 โดยอาจเกิดจากสาเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน คือ มารดาหรือบิดามีรูปร่างใหญ่ โดยเฉพาะมารดาครรภ์หลัง มารดาเป็นเบาหวาน มารดาอ้วนมาก ตั้งครรภ์เกินกำหนด และมีประวัติการคลอดเด็กน้ำหนักเกิน 4,000 กรัม เด็กที่มีขนาดใหญ่จะบอบช้ำ และมีอัตราการตายปริกำเนิดสูง เนื่องจากการคลอดศีรษะยากและอาจติดส่วนไหล่ ดังนั้น ถ้าวินิจฉัยว่าเด็กมีขนาดใหญ่มากควรพิจารณาการผ่าท้องทำคลอด(69)

ส่วนสูงมารดา

หญิงตั้งครรภ์ที่มีส่วนสูงต่ำกว่า 135-140 เซนติเมตรลงมา มักพบสภาพภายในของช่องเชิงกรานเล็กกว่าปกติ ทำให้เด็กและช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกัน และไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้(67) ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่เตี้ย จึงมีอุบัติการณ์ของการคลอดที่ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการ ซึ่งรวมถึงการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดสูงขึ้น(64)

พิชัย เจริญพานิช(1) กล่าวว่า สตรีร่างเล็กหรือตัวเตี้ย มักจะมีอุ้งเชิงกราน - เล็กแคบด้วย แต่การคลอดยากหรือง่ายนั้นไม่ได้ขึ้นกับอุ้งเชิงกรานอย่างเดียว แต่ขึ้นกับขนาดของศีรษะเด็กในครรภ์ด้วย การตรวจหาสัดส่วนระหว่างศีรษะเด็กในครรภ์และอุ้งเชิงกราน (Feto - pelvic index) เป็นวิธีที่ดี เพราะความแตกต่างระหว่างศีรษะและอุ้งเชิงกราน เป็นปัจจัยที่แน่นอนในการที่จะบ่งชี้ว่าศีรษะคลอดผ่านเข้าอุ้งเชิงกรานได้หรือไม่ เพื่อพิจารณาการคลอดเหมาะสมต่อไป มีหลักสากลที่ต้องการให้เด็กคลอดทางช่องคลอด โดยมารดาและเด็กปลอดภัย แต่ถ้าตรวจพบว่าการคลอดทางช่องคลอด มารดาหรือเด็กอาจเกิดอันตรายก็ให้ช่วยคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด ซึ่งปัจจุบันนี้นิยมมากขึ้น

ประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ และการคลอด

ลำดับครรภ์

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มากขึ้นเท่าใด ภาวะเสี่ยงต่อการตายของมารดาและความพิการแต่กำเนิดก็จะยิ่งมากขึ้นเท่านั้น โดยทั่วไป การตั้งครรภ์ครั้งที่สอง และสาม จะเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการตั้งครรภ์ครั้งที่ห้าขึ้นไป ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในมารดาครรภ์หลังคือ ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ การตกเลือดก่อนคลอด รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด การผ่าท้องทำคลอดมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป(70)

นิมิต เตชไกรชนะ(66) กล่าวว่า สตรีตั้งครรภ์ กรณี Grand multipara อาจพบอุบัติการณ์รกเกาะต่ำสูงถึงร้อยละ 5 ในขณะที่สตรีครรภ์แรก อาจพบได้ต่ำเพียงร้อยละ 0.2 กรณีที่ครรภ์ครบกำหนดแล้ว หรือมีเลือดออกทางช่องคลอดมากก็จำเป็นที่จะต้องทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงโดยการผ่าท้องทำคลอด นอกจากนี้ในสตรีครรภ์หลังๆ จะพบภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดได้บ่อย และในรายที่มีประวัติของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน จะมีโอกาสเกิดซ้ำในครรภ์ต่อไปมากขึ้น ซึ่งพบรายงานการเกิดซ้ำได้ตั้งแต่ 1 ใน 6 ถึง 1 ใน 18 ราย โดยทั่วไปการพิจารณาการคลอด ควรให้คลอดทางช่องคลอด ทั้งนี้เนื่องจากในกรณีรกลอก

ตัวก่อนกำหนด มักจะมีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดเกิดขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาต่อการผ่าท้อง
 ทำคลอด เพราะอาจเกิดเป็นก้อนเลือด (Hematoma) ได้ถ้าเลือดไหลซึมและขังในช่องท้อง
 สำหรับการผ่าท้องทำคลอดจะทำตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ . เว้นแต่ในรายที่เด็กในครรภ์ยังมี
 ชีวิตอยู่และอยู่ในภาวะวิกฤต(Fetal distress) หรือกรณีมารดามีเลือดออกอย่างมาก
 ก็อาจจำเป็นต้องทำให้คลอดอย่างรวดเร็ว เพื่อให้เลือดหยุด ซึ่งส่วนใหญ่พิจารณาการ
 ผ่าท้องทำคลอด

อายุครรภ์

ธีรา ตัณฑวิช(68) กล่าวว่า การตั้งครรภ์ปกติจะนานประมาณ 40 สัปดาห์ หรือ
 280 วัน

การตั้งครรภ์เกินกำหนด หมายถึง การตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 42 สัปดาห์เต็มหรือ
 มากกว่า นับจากวันแรกของระดูที่มาปกติครั้งสุดท้าย การตั้งครรภ์เกินกำหนด ทำให้เกิดภาวะ
 แทรกซ้อนต่อเด็กในครรภ์และมารดาเพิ่มขึ้น อัตราตายของเด็กเพิ่มขึ้น 2 เท่า จึงเป็นปัญหา
 ที่สูติแพทย์ต้องช่วยทำคลอดในเวลาและวิธีคลอดที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราตายของเด็ก ซึ่งการ
 ตั้งครรภ์เกินกำหนด จะเจ็บครรภ์คลอดนานกว่าปกติ เนื่องจากเด็กมีขนาดโต ศีรษะแข็ง ศีรษะ
 อยู่ในท่าผิดปกติ ทำให้คลอดยากหรือคลอดเองไม่ได้ เด็กพวกนี้เมื่อศีรษะคลอดแล้วอาจเกิดการ
 ติดไหล่ เนื่องจากตัวเด็กโต สูติแพทย์จะพิจารณาผ่าท้องทำคลอด เมื่อปากมดลูกไม่สุก สุขภาพ
 ของเด็กและรกเสื่อมลง มี Fetopelvic disproportion หรือมี Acute fetal
 distress(71)

การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การเจ็บครรภ์และคลอดตั้งแต่
 เริ่มสัปดาห์ที่ 28 ไปจนก่อนครบสัปดาห์ที่ 37 การเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด เป็นอันตราย
 ต่อเด็กอย่างยิ่ง ซึ่งถ้าคลอดก่อนกำหนดมากเท่าใด เด็กมีโอกาที่จะเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ
 มากขึ้นเท่านั้น(72) การดำเนินการคลอดและการช่วยคลอดทางช่องคลอดอาจทำให้เกิดอันตราย
 เนื่องจาก Birth trauma ต่อเด็กคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยได้ แพทย์บางกลุ่มจึงช่วย
 คลอดด้วยการผ่าท้องทำคลอดในเด็กน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม ที่เป็นท่าศีรษะและทุกรายที่

เป็นทำกัน(1) เด็กที่มีอายุครรภ์น้อยนี้จะทนต่อภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอดได้น้อยกว่าเด็กที่ครบกำหนด การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ตรวจพบ และแสดงลักษณะผิดปกติไม่มากหรือไม่น่าจะทำให้เกิดอันตรายต่อเด็กทั่วไป แต่อาจเกิดอันตรายต่อเด็กที่มีอายุครรภ์น้อยได้ ดังนั้นการเฝ้าดูแลการคลอดของเด็กที่มีอายุครรภ์น้อย จึงต้องการความถี่ถ้วนรอบคอบ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดความพิการของสมอง และการผ่าตัดท้องทำคลอดก็ควรจะใช้การผ่าตัดด้วยวิธี Low vertical technique(73)

ลำดับการคลอด

พิชัย เจริญพานิช(1) กล่าวว่าจำนวนครั้งของการคลอดหลายครั้ง(มากกว่า 4 ครั้ง) ทำให้มีอัตราเสี่ยงมากขึ้นเกี่ยวกับการเกิดรกเกาะต่ำ เพิ่มอุบัติการณ์ของผ่าแฝดไขหลายใบ ซึ่งการพิจารณากรณีรกเกาะต่ำที่ครรภ์ครบกำหนดหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดมาก จำเป็นต้องให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงโดยการผ่าตัดท้องทำคลอด(66) ส่วนการตั้งครรภ์แฝดนั้นถ้าเด็กในครรภ์คนแรกเป็นท่าผิดปกติ ค่ะเนว่าเด็กคนที่ 2 มีน้ำหนักมากกว่าคนแรกมาก การตั้งครรภ์ตั้งแต่แฝดสามขึ้นไปเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์และการเจ็บครรภ์ไม่เกิดขึ้นเอง หรือมีอาการแสดงถึงเด็กอยู่ในอันตรายหรือการคลอดไม่ดำเนินไปตามปกติ เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี สูติแพทย์จะผ่าตัดท้องทำคลอด โดยทำ Low vertical cesarean section(74)

จำนวนครั้งของการแท้ง

วิรัช วิศวะสุขมงคล(75) กล่าวว่า การแท้งที่เกิดขึ้นเองติดต่อกันตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป หรือการแท้งเป็นอาจิม koonin และคณะ(76) กล่าวเพิ่มเติมว่า การเคยแท้งเองมาก่อน จะทำให้มีโอกาสแท้งมากขึ้นเมื่อตั้งครรภ์อีก ยิ่งเคยแท้งหลายครั้งโอกาสที่จะแท้งซ้ำยังมีมากขึ้น ดังนั้น มารดาที่เคยแท้งเป็นอาจิม จะรู้สึกผิดหวังและต้องการความเห็นใจ ตลอดจนคาดหวังที่จะมีบุตร สูติแพทย์จึงพยายามช่วยคลอดแก่มารดาประเภทนี้ ที่สามารถผ่านการแท้งมาได้ โดยให้มารดาและเด็กปลอดภัยมากที่สุด มักจะพิจารณาให้คลอดโดยการผ่าตัดท้องทำคลอด เมื่อคาดว่าจะการคลอดทางช่องคลอด อาจเกิดอันตรายต่อมารดาและเด็ก

การฝากครรภ์

วราวุธ สุมาวงศ์(67) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การดูแลหญิงมีครรภ์ระหว่างการตั้งครรภ์ ถือเป็นส่วนหนึ่งของเวชศาสตร์ป้องกัน โดยมีจุดประสงค์เพื่อ

1. เพื่ออัตราการตั้งครรภ์และการคลอดปกติ
2. วินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อตรวจหาสาเหตุ และแก้ไขความผิดปกติ
3. ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนของมารดาที่เกิดจากการคลอด ได้แก่ การคลอดผิดปกติ การติดเชื้อ การเสียเลือดและสูติศาสตร์หัตถการ
4. ลดอัตราการตายเกิด อัตราตายของเด็กในระยะแรกคลอด และในช่วงปรกษาเน็ด
5. ช่วยเหลือทางด้านจิตใจ โดยลดความวิตกกังวลของมารดาทั้งก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด

การฝากครรภ์ที่ถูกต้อง ต้องการการตรวจติดตามกันหลายครั้ง เป็นระยะๆ โดยตลอด การตั้งครรภ์และมารดาควรมาฝากครรภ์ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการตั้งครรภ์ เพราะหญิงตั้งครรภ์ต้องการการดูแลเป็นระยะไปจนถึงกำหนดคลอด เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในระยะใดของการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญและจำเป็น การฝากครรภ์ครั้งแรก การสังเกตและความพยายามค้นหาสิ่งผิดปกติในการฝากครรภ์แต่ละครั้งต่อมา เป็นหัวใจสำคัญของการฝากครรภ์

ภาวะแทรกซ้อนในการคลอด ที่สูติแพทย์มักพิจารณาช่วยเหลือโดยการผ่าท้องทำคลอด

วราวุธ สุมาวงศ์(67) ได้แบ่งภาวะแทรกซ้อนในการคลอดไว้ ดังนี้

ภาวะแทรกซ้อนในการคลอดระยะที่หนึ่ง ได้แก่

- ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ คือ การที่ถุงเยื่อหุ้มเด็กแตกหรือปริออก ทำให้มีน้ำคร่ำซึมรั่วหรือไหลออกมาในช่องคลอดสู่ภายนอกก่อนเข้าสู่ระยะคลอด การพิจารณาให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงในกรณีการตั้งครรภ์นั้นใกล้หรือครบกำหนด (36-37 สัปดาห์ขึ้นไป)

และคาดคะเนน้ำหนักเด็กได้มากกว่า 2,500 กรัม หรือมีการเจ็บครรภ์ หรือตรวจพบว่ามี การอีกเสบติดเชื้อเกิดขึ้นแล้ว โดย เยื่อน ต้นนิรันดร(72) กล่าวเพิ่มเติมว่า การก่อให้เกิดการ ตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ถ้ามีข้อบ่งชี้ของการผ่าท้องทำคลอด เช่น ท่าขวาง ท่าก้น ในครรภ์ที่ยังไม่ครบกำหนด ควรผ่าท้องทำคลอดหลังจากใช้ยาปฏิชีวนะไปแล้วอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ถ้าระหว่างการผ่าท้องทำคลอด พบว่า มีการติดเชื้อรุนแรง เช่น มีหนองหรือการติดเชื้อลุกลามออกนอกตัวมดลูกไปแล้ว อาจจะต้องพิจารณาการผ่าท้องทำคลอดพร้อมกับการตัดมดลูก

- สายสะดือแฉก ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตต่อเด็ก ซึ่งผู้ทำคลอดต้องรีบให้การช่วยเหลือโดยเร็วที่สุด เพราะเด็กเสียชีวิตได้ง่ายจากการขาดออกซิเจน เด็กจะรอดชีวิตหรือไม่ขึ้นกับ ความรวดเร็วของการวินิจฉัยเด็กจะคลอดออกมาได้เร็วที่สุดเพียงใด ภาวะนี้จัดเป็นภาวะวิกฤตที่สุดต่อเด็กซึ่งแพทย์ต้องช่วยเหลืออย่างรีบด่วน การช่วยเหลือการคลอด ในกรณีครรภ์แรก ปากมดลูกเปิดไม่หมดช่วยเหลือโดยการผ่าท้องทำคลอด ถ้าเป็นครรภ์หลัง พบว่าเด็กศีรษะอยู่สูง แนวขวางหรือท่าก้นหรือปากมดลูกเปิดน้อยให้ช่วยเหลือโดยการผ่าท้องทำคลอด

- การคลอดยึดเยื่อและการคลอดยาก การคลอดที่ยึดเยื่อยาวนานล่าช้ากว่าปกติ และการคลอดที่ชะงักเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ แต่ประการสำคัญ ได้แก่ การคลอดยาก หรือ Dystocia ซึ่งหมายถึง การคลอดที่ไม่ดำเนินไปตามปกติ โดย สัทสน์ กลกิจโกวินท์(50) กล่าวถึงสาเหตุที่พบบ่อย คือ การผิดสัดส่วนระหว่างเด็กในครรภ์กับช่องเชิงกราน การขวางกั้นของช่องทางคลอดทำให้ส่วนหน้าของเด็กลงไม่ได้ ท่าเด็กผิดปกติ หรือความผิดปกติของมดลูกในการหดตัว การคลอดยากนี้จะทำให้การคลอดดำเนินไปล่าช้าและสิ้นสุดลงอย่างผิดปกติ (Abnormal labor) หรือไม่สามารรถคลอดทางช่องคลอดได้ (Obstructed labor) ซึ่งแพทย์จะพิจารณาผ่าท้องทำคลอด กรณีที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ รวมทั้งการคลอดที่เป็นไปไม่ได้ อรุณ อมาตยกุล และสมชาย ธนวัฒนาเจริญ(69) กล่าวว่า โดยทั่วไปการหดตัวของมดลูกผิดปกติร่วมกับความผิดปกติของกระดูกเชิงกราน เป็นสาเหตุร่วมกันที่พบบ่อยที่สุดของการคลอดยาก ซึ่งนำไปสู่การผ่าท้องทำคลอด

ภาวะแทรกซ้อนในการคลอดระยะที่สอง ได้แก่

- ปากมดลูกบวม ภาวะที่ปากมดลูกบวมมีความสำคัญโดยจะขัดขวางการเคลื่อนตัวของศีรษะเด็ก การคลอดจะดำเนินต่อไปไม่ได้ทราบใดที่ปากมดลูกบวมนี้ยังขวางทางคลอดอยู่ซึ่งมักเกิดขึ้นในรายที่ถุงน้ำแตกก่อนกำหนดและผู้คลอดแบ่งก่อนกำหนด ภาวะนี้เป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การดำเนินของการคลอดต้องชะงัก อาจแสดงถึงการฝืดคัสส่วนระหว่างตัวเด็กและช่องเชิงกราน กรณีที่ปากมดลูกบวมมากถ้าช่วยเหลือให้คลอดทางช่องคลอดไม่สำเร็จ อาจต้องช่วยเหลือโดยการผ่าตัดคลอด ถ้าเด็กยังมีชีวิตอยู่

- การฝืดคัสส่วนระหว่างตัวเด็กและช่องเชิงกราน หมายถึง ภาวะที่ตัวเด็กมีขนาดใหญ่เกินไปไม่สามารถผ่านช่องเชิงกรานคลอดออกมาได้ หรืออาจเกิดจากความผิดปกติของศีรษะเด็กมีขนาดใหญ่เกินไปหรือจากช่องเชิงกรานมีขนาดเล็กกว่าปกติหรือช่องเชิงกรานมีรูปร่างผิดปกติ เป็นเหตุให้ศีรษะเด็กที่มีขนาดปกติไม่อาจผ่านลงมาได้ ซึ่งการฝืดคัสส่วนนี้อาจเกิดขึ้นที่ส่วนใดของช่องเชิงกรานก็ได้ เช่น บริเวณช่องเข้าเชิงกราน ภายในช่องเชิงกรานหรือบริเวณช่องออกเชิงกราน การช่วยเหลือการคลอด โดยทั่วไปที่ปฏิบัติมี 2 วิธี คือ การทดลองให้คลอดทางช่องคลอด (Trial of labor) หรือการผ่าตัดคลอด (Cesarean section) ซึ่งจะกระทำเมื่อการทดลองให้คลอดทางช่องคลอดไม่เป็นผลสำเร็จ หรือเกิดภาวะวิกฤตต่อเด็กและมารดาระหว่างนั้น หรือเมื่อตรวจพบที่มีการฝืดคัสส่วนระหว่างตัวเด็กและช่องเชิงกรานชัดเจน แน่นอน ไม่ว่าจะเป็นส่วนใดของช่องเชิงกราน

ประวัติการคลอด

สุทัศน์ กลกิจโกวินท์(50) กล่าวว่า มารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดมาก่อน โดยเฉพาะรายที่เคยทำ Classical cesarean section หรือ มารดาเคยได้รับการผ่าตัดมดลูกมาก่อน เช่น Myomectomy หรือ Cornual resection แพทย์มักพิจารณาให้คลอดต่อไปโดยการผ่าตัดคลอด ซึ่งสอดคล้องกับ พิชัย เจริญพานิช(77) กล่าวคือ มารดาที่มีประวัติการผ่าตัดที่มดลูกจะทำให้เกิดผลเป็นที่มดลูก การคลอดในมารดาในกลุ่มนี้มักพิจารณาให้รับการผ่าตัดคลอด ก่อนมารดาปวดท้องคลอด

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ที่พบได้เสมอ ๆ และนำไปสู่การผ่าตัดคลอด โดยกล่าวเพิ่มเติมจากภาวะแทรกซ้อนในการคลอด ได้แก่

รกเกาะต่ำ (Placental previa)

นิมิต เดชไกรชนะ(66) กล่าวว่า อุบัติการณ์การพบรกเกาะต่ำมักพบใน Grand multipara สูงถึงร้อยละ 0.20 หรือขึ้นกับอายุของสตรี คือ สตรีตั้งครรภ์อายุ 20-29 ปี พบได้ 1 ใน 300 ในสตรีอายุ 35 ปี พบได้ 1 ใน 100 และในสตรีอายุมากกว่า 40 ปี พบได้ 1 ใน 50 กรณีที่เกิดภาวะรกเกาะต่ำในมารดาตั้งครรภ์ครบกำหนดหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น จำเป็นต้องทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงโดยการผ่าตัดคลอด ซึ่งมีเหตุผล คือ การผ่าตัดคลอด เป็นวิธีการคลอดเด็กและรกได้อย่างรวดเร็ว ทำให้มดลูกสามารถหดตัวได้ทันทีและทำให้เลือดที่ไหลจากตำแหน่งที่รกเกาะหยุดได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ การผ่าตัดคลอดจะเป็นการป้องกันการฉีกขาดของปากมดลูก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนอันเกิดได้จากการคลอดทางช่องคลอด ในรายที่มีรกเกาะต่ำ

รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption)

นิมิต เดชไกรชนะ(66) กล่าวว่า อุบัติการณ์โดยทั่วไปพบได้เฉลี่ย 1 ใน 150 รายของการคลอด แต่ที่มีอาการรุนแรงมากจนสามารถทำให้เด็กในครรภ์เสียชีวิต พบเพียง 1 ใน 500 รายของการคลอด มักพบในสตรีครรภ์หลัง ๆ การพิจารณาการคลอด โดยทั่วไปแล้ว ควรให้คลอดทางช่องคลอด เนื่องจากกรณีรกลอกตัวก่อนกำหนดมักมีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดเกิดขึ้น สำหรับการผ่าตัดคลอดจะทำตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ เว้นแต่ในรายที่เด็กยังมีชีวิตอยู่และอยู่ในภาวะวิกฤต(Fetal distress) หรือในกรณีที่มารดามีเลือดออกอย่างมาก ต้องทำให้การคลอดสิ้นสุดรวดเร็ว เพื่อทำให้เลือดหยุด ซึ่งส่วนใหญ่ คือ การผ่าตัดคลอด

ความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ (Hypertensive disorders in pregnancy)

กัษร พฤษานานนท์(78) กล่าวว่า การตั้งครรภ์สามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีที่มีความดันโลหิตปกติอยู่เดิม หรือทำให้สูงขึ้น ในสตรีที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้ว ภาวะการบวมและ/หรือการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ อาจพบร่วมไปกับภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอาจทำให้เกิดภาวะชักตามมา

ธีระ ทองสง(63) กล่าวว่า ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่พบได้บ่อยนับเป็นหนึ่งในสาเหตุสามอันดับแรกของอัตราการตายมารดา การรวบรวมจากรายงานทั่วโลกพบว่า เป็นสาเหตุของการตายทั้งในมารดาและการตายปริกำเนิด ประมาณร้อยละ 15-40 ของการตายของมารดาสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ และการตายของเด็กสูงถึงร้อยละ 30 ของมารดาที่เป็น Eclampsia การทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงกรณีความดันโลหิตสูงโดยไม่มีโปรตีนในปัสสาวะหรือบวมผิดปกติ หรือ Preeclampsia หรือ Eclampsia กระทำได้ 2 ทางคือ ให้คลอดทางช่องคลอด ซึ่งมารดาอาจเจ็บครรภ์เองหรือเกิดจากการชักนำก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์ และคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดแต่กระบวนการของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เพียงประการเดียว ยังไม่เป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าท้องทำคลอด อย่างไรก็ตามภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มีโอกาสที่จะคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดสูงกว่าปกติ เนื่องจากเด็กในครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤต (Fetal distress) ได้บ่อยหรือชักนำก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์ไม่สำเร็จ

เด็กโตช้าในครรภ์ (Small for gestational age หรือ Intrauterine growth retardation)

บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ(79) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง เด็กที่มีอัตราการเติบโตลดลง ซึ่งจะทราบต่อเมื่อทำการตรวจติดตามเป็นระยะ การตรวจวัดจะใช้น้ำหนักเป็นเกณฑ์ตัดสิน ดังนั้น ความหมายที่ใช้ส่วนใหญ่จึงเป็นเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ ในระหว่างเจ็บครรภ์เด็กในครรภ์มีโอกาสขาดออกซิเจนง่าย เนื่องจากการทำงานของรกที่ลดลงร่วมกับการกดทับสายสะดือ และปริมาณน้ำคร่ำลดลง แพทย์ควรสนใจสีและปริมาณน้ำคร่ำขณะทำการเจาะถุงน้ำ ควรติดตามตรวจการเต้นของหัวใจเด็กในครรภ์อย่างใกล้ชิด หากพบความผิดปกติอาจต้องพิจารณาผ่าท้องทำคลอด ในขณะที่ผ่าท้องทำคลอดควรมีกุมารแพทย์พร้อมอยู่เสมอ เนื่องจากเด็กแรกเกิดมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนและสลักซี่เทาได้ง่าย

ภาวะน้ำคร่ำน้อย (Oligohydramnios)

บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ(80) กล่าวว่า ภาวะน้ำคร่ำน้อย พบได้ประมาณร้อยละ 0.5-5.5 ของการตั้งครรภ์ ซึ่งจะพบร่วมกับการเพิ่มของอัตราทุพพลภาพและอัตราการตายปริกำเนิดของเด็กในครรภ์ ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดน้ำคร่ำจะทำหน้าที่เหมือนกันชนสำหรับสายสะดือ เพื่อป้องกันการกดทับสายสะดือระหว่างเด็กกับผนังมดลูก หากมีน้ำคร่ำน้อยและมีการกดทับสายสะดือขณะมดลูกบีบรัดตัว จะทำให้เกิด Fetal heart rate deceleration เกิดภาวะกรดในเลือดของเด็ก Apgar score ของเด็กแรกคลอดจะต่ำ เพิ่มอุบัติการณ์ของการผ่าท้อง-ทำคลอด และอัตราการตายปริกำเนิด

ภาวะแทรกซ้อนทางนรีเวช

สุทัศน์ กลกิจโกวินท์(50) กล่าวว่า ที่พบได้บ่อย ๆ และเป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าท้องทำคลอด ได้แก่

เนื้องอกมดลูกกับการคลอด

คำร้อง ตริสุโกศล(81) กล่าวว่า เนื้องอกในมดลูกมักพบในสตรีที่มีอายุมากกว่า 30 ปี สตรีในปัจจุบันมักแต่งงานช้าและตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก ดังนั้น อาจพบโรคเนื้องอกมดลูกในสตรีตั้งครรภ์บ่อยขึ้น

ผลของเนื้องอกมดลูกในระยะเจ็บครรภ์คลอด

1. เพิ่มการผ่าท้องทำคลอด ถ้าก้อนเนื้องอกขัดขวางการคลอดทางช่องคลอด ถือว่าเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าท้องทำคลอด
2. Uterine atony ระยะหลังคลอดจะต้องระวังและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในรายที่ตกเลือดรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อยาทุกชนิด อาจเป็นข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อช่วยชีวิต (Cesarean hysterectomy)

มะเร็งปากมดลูกกับการคลอด

คำร้อง ตริสุโกศล(81) ให้ความหมายว่า หมายถึง มะเร็งปากมดลูกที่พบในขณะที่ตั้งครรภ์จนถึงระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด

ผลของการตั้งครรภ์ต่อมะเร็งปากมดลูก เมื่อตั้งครรภ์การไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงบริเวณปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นก่อนเนื้องอกของปากมดลูกอาจใหญ่และนุ่มขึ้น ทำให้เลือดออกรุนแรง แต่มะเร็งมิได้แพร่กระจายหรือลุกลามรุนแรงมากไปกว่ารายไม่ได้ตั้งครรภ์

การพิจารณาของแพทย์ กรณีที่ยอมให้ตั้งครรภ์ต่อไปจนกระทั่งครบกำหนดนั้น มักให้คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด แบบ Classical ทุกราย เพื่อป้องกันการตกเลือดที่เกิดจากการฉีกขาดของปากมดลูก เพราะเนื้อเยื่อมะเร็งไม่มีความยืดหยุ่น แต่ทั้งนี้แพทย์อาจพิจารณาให้คลอดก่อนกำหนด ขึ้นอยู่กับระยะการลุกลามของโรคและอายุครรภ์

เนื้องอกรังไข่กับการคลอด

เนื้องอกรังไข่พบร่วมกับการตั้งครรภ์ได้น้อย ชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด ได้แก่ Dermoid cyst ส่วนชนิดร้ายที่เป็นมะเร็งพบได้น้อยกว่าร้อยละ 5

ผลของเนื้องอกรังไข่ต่อการตั้งครรภ์ อาจไปรบกวนต่อการเจริญเติบโตของเด็กในครรภ์ได้และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ คือ แท้งและเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือ Obstructed labor พบในขณะที่อยู่ในระยะเจ็บครรภ์ ซึ่งก่อนเนื้องอกอาจขวางช่องทางคลอด เรียกว่า Tumor previa

การพิจารณาคลอด ถ้ามีข้อบ่งชี้อื่น ๆ ในการผ่าท้องทำคลอด หรือถ้าก้อนเนื้องอกไปขวางการคลอดและทำให้คลอดยาก ให้ผ่าท้องทำคลอดและตัดเนื้องอกรังไข่ไปด้วย(81)

การติดเชื้อเริม (Herpes simplex virus).

ตุลย์ สิทธิสมวงศ์(82) กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเริมบริเวณอวัยวะเพศ ในระยะหลังของการตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้ แต่เชื้อเริมไม่เพิ่มอัตราการแท้ง เด็กมักได้รับเชื้อเมื่อคลอดผ่านช่องคลอดที่มีรอยโรคอยู่ ถ้าคลอดขณะเกิดการติดเชื้อครั้งแรกเด็กแรกเกิดจะติดเชื้อร้อยละ 50 ส่วนในกลุ่มที่มีอาการกลับซ้ำเกิดการติดเชื้อของเด็กแรกเกิดร้อยละ 4-5 เมื่อเกิดการติดเชื้อของเด็กแรกเกิดมักจะมีอาการรุนแรง นอกจากมีรอยโรคที่ผิวหนังแล้ว ยังเกิดการติดเชื้อของตา สมอ ปอด ตับ โดยเฉพาะถ้าเกิดจากการติดเชื้อครั้งแรก มีอัตราการตายของเด็กแรกเกิดสูงถึงร้อยละ 60 และในรายที่รอดชีวิตก็มักเกิดความผิดปกติทางพัฒนาการด้านต่าง ๆ ดังนั้น หลักการดูแลรักษาที่สำคัญ คือ ป้องกันไม่ให้เด็กได้รับเชื้อขณะคลอด ถ้ามีหลักฐานว่ากำลังมีการแพร่เชื้อในระยะเจ็บครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อครั้งแรก หรือมีอาการกลับซ้ำ ให้พิจารณาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด เพื่อหลีกเลี่ยงมิให้เด็กสัมผัสเชื้อในช่องคลอด

กรณีที่ถุงน้ำคร่ำแตก และหญิงตั้งครรภ์มีรอยโรคที่อวัยวะเพศภายนอกร้อยละ 20-40 จะมีรอยโรคที่ปากมดลูก จึงห้ามตรวจภายในหรือใส่เครื่องมือเข้าไปในโพรงมดลูก เพื่อป้องกันการติดเชื้อของเด็กในครรภ์และนำไปผ่าท้องทำคลอดโดยไม่คำนึงถึงระยะเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตก

การติดเชื้อหูดหงอนไก่ (Condyloma accuminata)

หูดหงอนไก่ นอกจากจะมีรอยโรคที่บริเวณอวัยวะเพศภายนอก ยังอาจพบที่ปากมดลูก และช่องคลอดได้ ผลต่อเด็ก อาจได้รับเชื้อในขณะที่คลอดจากช่องคลอด ทำให้เกิดหูดหงอนไก่ที่กล่องเสียง (Laryngeal papillomatosis) แต่ภาวะนี้พบน้อยมาก การติดเชื้อหูดหงอนไ้ระหว่างตั้งครรภ์จึงไม่เป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าท้องทำคลอด แต่ถ้ามีขนาดใหญ่จนขวางทางคลอด จึงพิจารณาผ่าท้องทำคลอด(82)

ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์

สุทัศน์ กลกิจโกวินท์(50) กล่าวว่าที่พบได้บ่อย ๆ และเป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าท้องทำคลอด ได้แก่ โรคหัวใจกับการคลอด

ดำรง ตรีสุโกศล(83) กล่าวว่า โรคหัวใจขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญพบได้ประมาณร้อยละ 0.6 ต่อการคลอดทั้งหมด

วิธีการคลอด

ก. เลือกให้คลอดทางช่องคลอด เพื่อหลีกเลี่ยงอัตราป่วยและอัตราการตายที่อาจเกิดจากกระบวนการผ่าท้องทำคลอด ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ว่าไม่ควรคลอดทางช่องคลอด อาจช่วยคลอดด้วยคีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ โดยเฉพาะถ้าศีรษะเด็กอยู่ในท่าผิดปกติหรือท่า Deep transverse arrest

ข. ในระยะเจ็บครรภ์ หัวใจต้องทำงานหนัก เพราะการหดตัวของมดลูกทำให้ Stroke volume เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะเร็วขึ้นด้วยเป็นเหตุให้ Cardiac output สูงขึ้น การเลือกระงับการเจ็บครรภ์มักใช้ยาชาเฉพาะที่

ค. การผ่าท้องทำคลอด เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์

โรคเบาหวานกับการคลอด

สัทสน์ กลกิจโกวินท์(84) กล่าวว่า โรคเบาหวานจะพบมากขึ้นเมื่อมารดาอายุมากขึ้น อายุ 35-44 ปี พบมากกว่า 15-24 ปี ถึง 5 เท่า รายงานอุบัติการณ์จากหลายสถาบันไม่ตรงกัน เพราะความแตกต่างในประเภทของมารดา เศรษฐกิจ อายุ และวิธีการติดตาม บางครั้งโรคเบาหวานจะได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกเมื่อแรกคลอด เด็กตายคลอดและสถาบันที่เข้มงวดในการตรวจหาสาเหตุของเด็กตายคลอด ก็จะพบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานสูง

วิธีการคลอด

เนื่องด้วยเด็กมักมีขนาดโตมาก ดังนั้น ปัจจุบันจึงนิยมทำการผ่าท้องทำคลอดมากขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากการคลอดทางช่องคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดไหล่ ในรายของเบาหวานที่มีโรคแทรกโดยเฉพาะ เป็นโรคที่เส้นเลือดจำเป็นต้องเอาเด็กออกก่อนกำหนด ให้นำไปผ่าท้องทำคลอด

รายงานที่มีอัตราการตายปริกำเนิดต่ำ จะมีอัตราการผ่าท้องทำคลอดสูง ร้อยละ 55 ที่ Los Angeles และร้อยละ 81 ที่ Dallas

ข้อบ่งชี้ในการผ่าท้องทำคลอด ได้แก่ เคยผ่าท้องทำคลอดมาก่อน เด็กท่าก้น เด็กท่าขวาง เด็กเปลี่ยนท่าอยู่เรื่อย ๆ เด็กตัวโตและมีการตรวจพบว่ารกเสื่อมสภาพ

อันตรายที่สำคัญจากการคลอดทางช่องคลอด คือ ความชอกช้ำ และ Fetal acidosis สิ่งสำคัญที่ต้องระวังเป็นพิเศษถ้าพิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ หรือถ้าคิดว่าเด็กโตและการคลอดดำเนินไปช้าหรือมี Fetal distress ให้ผ่าท้องทำคลอด

ภาวะเสี่ยงต่ออันตรายของเด็กในครรภ์

การตรวจสุขภาพของเด็กในครรภ์ในระยะก่อนคลอด

เยื่อน ตันนรินทร์(85) กล่าวว่า การตรวจสุขภาพของเด็กในครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์ก่อนคลอด จะทำให้ทราบถึงภาวะของเด็กในครรภ์ เมื่อพบว่ามารดาหรือเด็กในครรภ์อยู่ในภาวะอันตรายถ้าปล่อยให้การเจ็บครรภ์คลอดดำเนินต่อไป สูติแพทย์ต้องพิจารณาให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง โดยช่วยเหลือการคลอดตามความเหมาะสมต่อไป ซึ่งอาจใช้เครื่องมือช่วยคลอดทางช่องคลอด หรือการผ่าตัดทำคลอด

ปัจจัยทางสังคม

เชื้อชาติ

เชื้อชาติมีอิทธิพลต่ออุบัติการณ์ของภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการตั้งครรภ์ อาจเนื่องจากปัจจัยทางพันธุกรรม ซึ่งสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงที่ซ่อนเร้นแอบแฝงอยู่ โดยภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการตั้งครรภ์เป็นข้อบ่งชี้หนึ่งที่น่าไปสู่การผ่าตัดทำคลอดเมื่อสูติแพทย์เห็นว่าอยู่ในภาวะอันตราย(63)

พิชัย เจริญพานิช(77) กล่าวว่า เชื้อชาติซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม เป็นสาเหตุหนึ่งที่ชัดเจนต่อการเกิดภาวะเด็กโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth retardation) โดยพบว่า ครอบครัหรือญาติใกล้ชิดที่คลอดเด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อย ก็มักจะคลอดเด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยเช่นเดียวกัน และเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งที่น่าไปสู่การคลอดโดยการผ่าตัดทำคลอด ซึ่งบุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ(79) กล่าวเสริมว่า น้ำหนักเด็กแรกเกิดถูกกำหนดโดยเชื้อชาติ เป็นผลมาจากพันธุกรรม เห็นได้ชัดในเด็กอเมริกันผิวดำ จะมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กอเมริกันผิวขาว และระหว่างเจ็บครรภ์เด็กมีโอกาสขาดออกซิเจนได้ง่าย นอกจากนี้ พิชัย เจริญพานิช(77) ยังกล่าวว่า ประเทศอเมริกานั้นผลเมืองที่ผิวดำหรือจากประเทศเปอโตริโกมีโอกาสที่จะคลอดก่อนกำหนดมากกว่าผลเมืองผิวขาว โดยเยื่อน ตันนรินทร์(72) กล่าวเพิ่มเติมว่า ถ้าคลอด

ก่อนกำหนดมากเท่าใด เด็กมีโอกาสเสียชีวิตและทุพพลภาพมากขึ้นเท่านั้น Haesslein และ Goodlin(73) แนะนำให้พิจารณาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดวิธี Low vertical technique เพื่อความปลอดภัยของมารดาและเด็กในครรภ์ กรณีที่คลอดก่อนกำหนด

อาชีพ

พิชัย เจริญพานิช(77) กล่าวว่า ระบาดวิทยาของการคลอดก่อนกำหนด มีความสัมพันธ์กับอาชีพ โดยบุคคลที่ทำงานในระดับผู้จัดการหรือผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพอื่น ๆ มีอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดเพียงร้อยละ 4.3 ขณะที่บุคคลที่ทำงานเป็นช่างฝีมือถึงผู้ใช้แรงงานมีอุบัติการณ์สูงที่สุดถึงร้อยละ 10.9 ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งของการผ่าท้อง-ทำคลอด ทั้งนี้อาชีพย่อมเกี่ยวเนื่องมาจากระดับการศึกษาด้วยเช่นกัน

ฐานะทางเศรษฐกิจ

บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ(79) กล่าวว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มักจะคลอดเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน อาจเป็นผลจากการขาดสารอาหารระหว่างตั้งครรภ์ เมื่อเจ็บครรภ์คลอดหากพบความผิดปกติอาจต้องพิจารณาผ่าท้องทำคลอด ซึ่งสอดคล้องกับพิชัย เจริญพานิช(77) กล่าวไว้

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าท้องทำคลอด

ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าท้องทำคลอดที่สำคัญ ซึ่งสุทัศน์ กลกิจโกวินท์ กมล สังขวาสิ และชัยรัตน์ คุณาวิทิจกุล(50,86,87) กล่าวไว้ ได้แก่

1. อัตราตายของมารดา สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ การตกเลือด Pulmonary embolism และอาการแทรกซ้อนจากยาสลบ ได้แก่ การสำลักเศษอาหาร เข้าไปในปอด ทำให้หัวใจและปอดหยุดทำงานเฉียบพลัน

2. อันตรายต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนใหญ่พบที่กระเพาะปัสสาวะ มักเกิดในรายที่เคยผ่าตัดทำคลอดมาก่อน และมีพังผืดมาเกาะระหว่างกระเพาะปัสสาวะกับ Low uterine segment ถ้าไม่ได้เย็บซ่อมแซมหรือเย็บไม่ดีจะเกิดรูรั่วติดต่อกันระหว่างกระเพาะปัสสาวะและช่องคลอด

3. การติดเชื้อ เป็นอาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดจากการผ่าตัดทำคลอด เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ การผ่าตัดทำคลอดเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของมดลูกติดเชื้อหลังคลอด ความเสี่ยงขึ้นอยู่กับว่าเป็นการผ่าตัด Primary หรือไม่ ได้รับยาปฏิชีวนะป้องกันหรือไม่ อัตราการติดเชื้อมดลูกหลังคลอดเกิดตามหลังการคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 1-3 ในขณะที่เกิดตามหลังการผ่าตัดทำคลอดร้อยละ 6-18 แต่ในกลุ่มมีความเสี่ยงสูงแล้วผ่าตัดทำคลอด คือ มีการเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำแตกอาจมีอัตราป่วยจากการติดเชื้อสูงมากถึงร้อยละ 95 โดยรวมแล้วการผ่าตัดทำคลอดทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อมดลูกติดเชื้อหลังคลอดประมาณ 30 เท่า และยังมีแนวโน้มของการติดเชื้อรุนแรงกว่า เช่น มดลูกติดเชื้อหลังคลอดในการคลอดทางช่องคลอด มี bacteremia เกิดขึ้นร้อยละ 5 แต่รายผ่าตัดทำคลอด มีร้อยละ 20 มดลูกติดเชื้อในรายที่คลอดทางช่องคลอดมีภาวะแทรกซ้อน (Pelvic abscess, Peritonitis, Pelvic thrombophlebitis) เพียงร้อยละ 1.9 แต่ในรายหลังผ่าตัดทำคลอดอาจเกิดได้ถึงร้อยละ 4

4. การตกเลือด ปกติจะเสียเลือดประมาณ 1,000 มิลลิลิตร ในการผ่าตัดทำคลอด โรคบางชนิดทำให้การเสียเลือดเพิ่มมากขึ้น เช่น รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด และการผ่าตัดทำคลอดชนิด Classical จะเสียเลือดมากกว่าชนิด Low vertical incision

การเสียเลือดที่สำคัญเกิดจากการฉีกขาดของกล้ามเนื้อมดลูกไปด้านข้าง ทำให้เส้นเลือดตัวมดลูกฉีกขาด

5. อันตรายและพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับเด็ก แตกต่างกันได้มาก เพราะมีสาเหตุหลายประการได้แก่ อันตรายจากการผ่าตัดทำคลอด เช่น ถูกมีดบาด กระดูกหักหรือข้อกระดูกเคลื่อนจากการทำคลอดเด็ก นอกจากนี้การผ่าตัดทำคลอดมักกระทำในครรภ์ครบกำหนดบ่อยครั้ง กรณีเด็กคลอดก่อนกำหนดโดยการผ่าตัดทำคลอด จะทำให้มีอัตราสูงเพิ่มขึ้นทั้งพยาธิสภาพ อันตรายและอัตราตาย

ทั้งนี้ สาเหตุการตายหรือความชอกช้ำของเด็กขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของการผ่าท้อง-
ทำคลอด

แผนงานอนามัยครอบครัว

แผนงานอนามัยครอบครัว กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวง -
สาธารณสุข(58) ได้มุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมและการพัฒนาสุขภาพอนามัยของ
ประชาชน เริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดาซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระยะ
ต่อไป โดยการผสมผสานการให้บริการวางแผนครอบครัวกับการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก
เร่งสร้างจิตสำนึกขึ้นทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องมีขนาดครอบครัวที่ -
เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง
ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ เลือกคลอดอย่างปลอดภัยและการดูแลหลังคลอดเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่าง ๆ
รวมทั้งการปรับปรุงด้านการบริหารจัดการ การสนับสนุนเวชภัณฑ์ให้เพียงพอตรงกับความต้องการ
ของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ต่าง ๆ และการติดตามแก้ไขการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเหมาะสม

จุดมุ่งหมายของงานอนามัยครอบครัวในทศวรรษหน้า ปี 2543 คือ

1. ให้แต่ละครอบครัวมีบุตร 2 คน
2. อัตราตายของมารดาและทารกลดลงร้อยละ 50
3. มารดาที่อายุ 21-35 ปี ทุกคนมีคุณสมบัติของแม่ตัวอย่าง
4. ครอบครัวมีการพัฒนาตามมาตรฐานองค์การศึกษาศาสนาและวัฒนธรรม

แห่งสหประชาชาติ (UNESCO) เน้นความสำคัญของสถาบันครอบครัว

งานอนามัยแม่และเด็ก

งานอนามัยแม่และเด็กมุ่งเน้นที่จะลดอัตราป่วยและตายของมารดาและทารกเป็นสำคัญ
ปัจจุบันแม้ว่าอัตราตายของมารดาและทารกจะลดลง แต่เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น
ประเทศญี่ปุ่น พบว่า อัตราตายของมารดาและทารกของประเทศไทยสูงกว่า หรือถ้าเปรียบเทียบกับ
ประเทศเพื่อนบ้านซึ่งมีสภาพเศรษฐกิจและสังคมไม่แตกต่างจากประเทศไทยเท่าใดนัก เช่น

ประเทศสิงคโปร์, สหพันธ์มาเลเซีย อัตราตายทารกของประเทศไทยก็ยังคงสูงกว่า

หากพิจารณาสาเหตุการตายของมารดาและทารกแล้ว ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ ซึ่งสาเหตุนี้สามารถป้องกันและแก้ไขได้ หากหญิงมีครรภ์ สตรีที่เป็นแม่และผู้ใกล้ชิดในครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพสตรีในช่วงระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ตลอดจนปฏิบัติตนได้ถูกต้อง นอกจากจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจและมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องแล้วยังมีปัจจัยสำคัญอื่น ๆ เช่น บริการอนามัยแม่และเด็กที่มีคุณภาพและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึง ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและศักยภาพของสถานบริการที่ได้เกณฑ์มาตรฐานจะช่วยให้การเจ็บป่วยและตายของมารดา ทารกและเด็กลดลง ดังนั้น เพื่อส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพอนามัยของสตรีและเด็ก ในช่วงสำคัญ 3 ช่วง คือ ช่วงก่อนแต่งงานและมีบุตร ช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด ช่วงวัยทารกและก่อนวัยเรียน เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า แผนงานอนามัยแม่และเด็กในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) จึงเน้นคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการอนามัยแม่และเด็กให้เหมาะสมตามวัย ทั้งนี้ได้คำนึงถึงความครอบคลุมของบริการที่ทั่วถึงและเป็นธรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดา ทารกและเด็ก มีสุขภาพดีถ้วนหน้า เด็กเกิดรอด ปลอดภัย อนามัยแม่และเด็กที่มีคุณภาพและครอบคลุมอย่างทั่วถึง

กลวิธีดำเนินการ

1. เพิ่มคุณภาพและความครอบคลุมของบริการอนามัยแม่และเด็ก
2. ปรับปรุงระบบบริหารจัดการ
3. พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครและชุมชน
4. เสริมสร้างทัศนคติและการปฏิบัติตามแบบแผนการดูแลสุขภาพมารดา - และเด็ก
5. สนับสนุนการประสานงานและการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรเอกชนและหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรม

1. เพิ่มคุณภาพและความครอบคลุมของบริการอนามัยแม่และเด็ก
 - 1.1 ค้นหา ควบคุมและป้องกันโรคทางพันธุกรรม ความพิการ รวมถึงโรคที่ถ่ายทอดระหว่างตั้งครรภ์ โดยดูแลตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และระหว่างตั้งครรภ์
 - 1.2 บริการให้คำปรึกษาแนะนำก่อนตั้งครรภ์
 - 1.3 ส่งเสริมการใช้เกณฑ์เสี่ยงภัยในบริการฝากครรภ์ และให้การดูแลที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงโดยใช้ระบบส่งต่อ
 - 1.4 ส่งเสริมการใช้กราฟดูแลการคลอด(พาร์โทแกรม)
 - 1.5 ส่งเสริมการใช้เกณฑ์เสี่ยงภัยเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย ในการดูแลมารดาหลังคลอดและทารก
 - 1.6 ส่งเสริมและขยายการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้ครอบคลุมในทุกสถานบริการของรัฐ
 - 1.7 ส่งเสริมการดูแลเด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อย
 - 1.8 ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - 1.9 ส่งเสริมการดูแลการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กที่เหมาะสม -
ตามวัย
 - 1.10 ส่งเสริมการแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนและธาตุเหล็กในแม่และเด็ก
 - 1.11 ขยายและก่อสร้างอาคารศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต เพื่อการบริการให้เต็มรูปแบบครบทุกเขต
 - 1.12 ศึกษาวิจัยรูปแบบการให้บริการแนวใหม่เพื่อเพิ่มความครอบคลุม
 - 1.13 ศึกษาวิจัยสภาวะการตายปริกำเนิด การตายของทารกและมารดาและหารูปแบบการดูแลรักษาที่เหมาะสมในสถานบริการแต่ละระดับตั้งแต่ระดับตำบลถึงจังหวัด
2. ปรับปรุงระบบบริหารจัดการ
 - 2.1 ส่งเสริมการใช้ระบบเครือข่ายเพื่อประสานทรัพยากรและการดำเนินงานระหว่างส่วนกลาง เขต และจังหวัด ตลอดจนความร่วมมือจากทบวงมหาวิทยาลัย
 - 2.2 ขยายและปรับปรุงระบบการขึ้นทะเบียนหญิงมีครรภ์

- 2.3 ปรับปรุงและพัฒนาาระบบส่งต่อในงานอนามัยแม่และ เด็กทุกระดับ
- 2.4 ปรับปรุงและพัฒนาาระบบข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยแม่และ เด็กที่ไหลเวียน
อย่างมีประสิทธิภาพในทุกระดับ เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย
วางแผนปฏิบัติการและประเมินผลงาน
- 2.5 พัฒนาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตให้เป็นศูนย์ข้อมูลสารสนเทศและวิชาการ
ด้านอนามัยแม่และ เด็ก
- 2.6 จัดระบบสนับสนุนการนิเทศ ติดตาม และประเมินผล
- 2.7 ศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุงระบบบริหารจัดการ
3. พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร และชุมชน
 - 3.1 พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในการให้บริการที่มีคุณภาพตาม
เกณฑ์มาตรฐาน
 - 3.2 เพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่ทุกระดับและอาสาสมัครในด้านบริหารจัดการ
วิเคราะห์ จัดทำแผน และประเมินผล
 - 3.3 ปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร เน้นการถ่ายทอด -
ทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติงานและการบริหารจัดการ
 - 3.4 ผลิตพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น
 - 3.5 ดำเนินการศึกษาต่อเนื่องหลักสูตรพยาบาลศาสตร์
 - 3.6 ขยายและก่อสร้างอาคารวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์
 - 3.7 ศึกษารูปแบบและหลักสูตรการพัฒนาความสามารถของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
และอาสาสมัคร โดยเน้นการแก้ไขปัญหาของชุมชน
4. เสริมสร้างทัศนคติและการปฏิบัติตนตามแบบแผนการดูแลสุขภาพของแม่
และ เด็ก
 - 4.1 ชี้นำแบบแผนการปฏิบัติตนของแม่ตามเกณฑ์คุณสมบัติแม่ตัวอย่าง
 - 4.2 สร้างทัศนคติ จิตสำนึกและค่านิยมในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในระหว่าง
การตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด
 - 4.3 เผยแพร่และให้ความรู้เรื่องการเตรียมตัวเป็นพ่อแม่ในกลุ่มวัยรุ่น
และบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี

4.4 ศึกษาวิจัยรูปแบบและสื่อการเผยแพร่ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อ
สร้างทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมการดูแลแม่และเด็กให้ได้มาตรฐาน

5. สนับสนุนการประสานงานและการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กร เอกชนและ
หน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง

5.1 ส่งเสริมให้ชุมชนและ เอกชนเผยแพร่ทัศนคติและแนวทางปฏิบัติการดูแล
สุขภาพของแม่และเด็กที่ถูกต้อง

5.2 ส่งเสริมการดำเนินงานอนามัยแม่และ เด็กตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน
ได้แก่ พัฒนาการคัดเลือกและสร้างแม่ตัวอย่าง การเลี้ยงดูและติดตามพัฒนาการของเด็กโดย
ครอบครัว บทบาทของแม่ตัวอย่าง ระบบหมู่บ้านหลักและหมู่บ้านขยายและพัฒนาความสามารถ
ของชุมชนในการค้นหาปัญหา

5.3 ส่งเสริมแม่และครอบครัวให้เห็นคุณประโยชน์และใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่
และเด็กอย่างถูกต้อง

5.4 ส่งเสริมการจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันของหน่วยราชการ เพื่อ
ส่งเสริมบริการในส่วนที่ระบบราชการไม่เอื้ออำนวย

งานวางแผนครอบครัว

จากสภาพเศรษฐกิจ สังคมและโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากใน
ช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 และยังคงเปลี่ยนแปลงต่อไปในแผนพัฒนาสาธารณสุข
ฉบับที่ 7 กลุ่มเฉพาะที่มีภาวะสังคมและภาวะ เจริญพันธุ์แตกต่างจากกลุ่มทั่วไปและสมควร
ดำเนินการ ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น คู่สมรสใหม่ กลุ่มเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนา กลุ่มที่ควร
ชลอการมีบุตร กลุ่มผู้ใช้ภาษาและวัฒนธรรมเฉพาะพื้นที่ ชุมชนแออัด คนงานในโรงงาน
อุตสาหกรรมและผู้อยู่พื้นที่ห่างไกล พร้อมกันนี้ควรมีระบบสวัสดิการหรือมาตรการที่จะ เป็น
เงื่อนไขในการกำหนดขนาดของครอบครัว

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมการวางแผนครอบครัว ซึ่งจะช่วยควบคุมอัตราเกิดและอัตราเพิ่มของ
ประชากร ให้สอดคล้องกับนโยบายประชากร ในแผนพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ฉบับที่ 7 ที่กำหนดให้มีอัตราเพิ่มประชากร คือ ร้อยละ 1.2 ต่อปี ในปี พ.ศ.2539 ทั้งนี้เพื่อ
 ผ่อนคลาปัญหาที่จะมีผลกระทบต่อสภาวะเศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อมของประเทศและเพื่อ
 ยกระดับสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของมารดาและเด็ก ด้วยการวางแผนครอบครัว

กลวิธีดำเนินการ

1. เพิ่มคุณภาพและความครอบคลุมของบริการวางแผนครอบครัว
2. ปรับปรุงระบบบริหารจัดการ
3. พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครและชุมชน
4. เสริมสร้างทัศนคติและพฤติกรรมวางแผนครอบครัวของประชาชน
5. สนับสนุนการประสานงานและการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรเอกชนและ
 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
6. ปรับปรุงมาตรการทางสังคมเพื่อการพัฒนาประชากร

กิจกรรม

1. เพิ่มคุณภาพและความครอบคลุมของบริการวางแผนครอบครัว
 - 1.1 ให้บริการด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง ประหยัด ปลอดภัยและเป็นที่ยอมรับ
 - 1.2 ให้บริการคุมกำเนิดเพื่อชลอการมีบุตรคนแรก และเลือกวิธีใช้ให้
 เหมาะสมกับวัย จำนวนบุตรและลักษณะทางสังคม
 - 1.3 สนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่สถานบริการสำหรับค่าบริการวางแผนครอบครัว
 แบบถาวรและกึ่งถาวร
 - 1.4 ให้บริการโดยไม่คิดมูลค่าแก่กลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานะไม่อำนวย
 - 1.5 ส่งเสริมบริการวิธีคุมกำเนิดที่มีผู้นิยมน้อย เน้นวิธีกึ่งถาวรและถาวร
 - 1.6 เร่งรัดบริการในพื้นที่ที่มีอัตราคุมกำเนิดต่ำ และในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
 6 กลุ่ม คือ วัยรุ่น คู่สมรสใหม่ ผู้อยู่ห่างไกล กลุ่มผู้ใช้ภาษาและวัฒนธรรมเฉพาะ ชุมชนแออัด
 และคนงานในโรงงาน
 - 1.7 สนับสนุนให้มีบริการให้คำปรึกษาควบคู่ไปกับบริการวางแผนครอบครัวใน
 สถานบริการทุกระดับ
 - 1.8 ให้บริการตรวจสุขภาพ ตรวจเต้านม และตรวจมะเร็งปากมดลูกแก่ผู้รับ
 บริการวางแผนครอบครัวเป็นระยะ

1.9 ศึกษาวิจัยวิธีคุมกำเนิดชนิดใหม่ เพื่อระวางวิธีที่กำลังใช้และศึกษารูปแบบการขยายความครอบคลุมของบริการ

2. ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการ

2.1 กระจายความรับผิดชอบด้านการบริหารจัดการไปสู่ภูมิภาค

2.2 กำหนดตัวชี้วัดและวิธีการประเมินผลที่เหมาะสมในระดับต่าง ๆ

2.3 พัฒนาการจัดเก็บข้อมูล การประมวลผลและการใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานวางแผนครอบครัวทุกระดับ นับตั้งแต่ระดับหมู่บ้านขึ้นไป

2.4 พัฒนาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตให้เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารสนเทศและวิชาการด้านประชากรและการวางแผนครอบครัว

2.5 จัดระบบสนับสนุนการนิเทศ ติดตามและประเมินผล

3. พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครและชุมชน

3.1 เพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครและชุมชน ในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ ระบุปัญหา วางแผนและดำเนินการแก้ไขได้ด้วยตนเองอย่างมีแบบแผน

3.2 เพิ่มความสามารถของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร ในการให้บริการคุมกำเนิดวิธีต่าง ๆ ให้เหมาะสม

3.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการฝึกอบรม การศึกษาต่อและการทำวิจัยสำหรับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ

3.4 ศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครและชุมชน โดยเน้นการแก้ปัญหาชุมชน

4. เสริมสร้างทัศนคติและพฤติกรรมวางแผนครอบครัวของประชาชน

4.1 ชี้นำแบบแผนการมีบุตรที่เหมาะสมโดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีบุตรคนแรกเมื่อมารดาอายุเกิน 20 ปี มีบุตรห่างกันอย่างน้อย 3 ปี และมีบุตรไม่เกิน 2 คน

4.2 พัฒนาและปรับปรุงรูปแบบเนื้อหาในการให้ความรู้ และวิธีการเผยแพร่เกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่

4.3 เผยแพร่และให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อสร้างจิตสำนึกและ เกิดพฤติกรรมการคุมกำเนิดที่เหมาะสม

4.4 เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการใช้วิธี-

คุมกำเนิด ข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละวิธี และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสม

4.5 เผยแพร่และให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างประชากรกับการพัฒนา

4.6 ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม

5. สนับสนุนการประสานงานและการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรเอกชนและหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง

5.1 ส่งเสริมอาสาสมัครในเขตเมืองและชนบทให้มีบทบาทเผยแพร่และให้บริการ

5.2 ขยายการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครวัยรุ่นในเมืองและชนบทให้มีบทบาทเผยแพร่และให้บริการ

5.3 ส่งเสริมและประสานการดำเนินงานระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคธุรกิจ เพื่อเข้าร่วมพัฒนาประชากรและพัฒนาบริการวางแผนครอบครัว

5.4 ส่งเสริมภาคธุรกิจให้บริการที่สะดวกและมีคุณภาพแก่ผู้อยู่ในเขตเมือง

5.5 จัดระบบสนับสนุนเอกชนเพื่อให้บริการและเผยแพร่ข้อมูลวิธีคุมกำเนิดชนิดถาวรในเขตเมือง

5.6 สนับสนุนการผลิตวัสดุและเวชภัณฑ์คุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและราคาเหมาะสมภายในประเทศ

5.7 สนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและสถิติด้านประชากรและการวางแผนครอบครัว

5.8 ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรเอกชน

6. ปรับปรุงมาตรการทางสังคมเพื่อการพัฒนาประชากร

6.1 ศึกษารูปแบบเพื่อปรับปรุง กฎและระเบียบทางด้านสวัสดิการแก่ผู้มีบุตรไม่เกิน 2 คน

6.2 ช่วยเหลือครอบครัวที่คุมกำเนิดให้ได้รับโอกาสเพิ่มรายได้เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิต

เป้าหมายและผลงานอนามัยแม่และเด็กและงานวางแผนครอบครัว ปี พ.ศ.2538

การดำเนินงานของกองอนามัยครอบครัว ประกอบด้วยงานอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัว ซึ่งสรุปผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ.2538 ที่สำคัญเป็นดัชนีวัดความสำเร็จของงาน เมื่อเทียบกับเป้าหมายงานอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัว เมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) ดังรายละเอียดตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เป้าหมายและผลงานอนามัยแม่และเด็กและงานวางแผนครอบครัว ปี พ.ศ.2538

ดัชนี/เครื่องชี้วัด	เป้าหมายสิ้นแผนฯ 7	ผลงานปี 2538
<u>งานอนามัยแม่และเด็ก</u>		
1. อัตราตายของมารดา(ต่อพันการเกิดมีชีพ)	0.3	0.2
2. อัตราตายของทารก(ต่อพันการเกิดมีชีพ)	23.0	26.5
3. อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อพันการเกิดมีชีพ)	35.0	40.1
4. ทารกน้ำหนักน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม	ไม่เกินร้อยละ 7	8.1
5. ทารกน้ำหนักมากกว่า 3,000 กรัม	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	57.6
6. แม่ตัวอย่าง(อายุ 21-35 ปี)	ร้อยละ 30	23.0
<u>งานวางแผนครอบครัว</u>		
1. อัตราเพิ่มประชากร	ร้อยละ 1.2	1.2
2. อัตราคุมกำเนิด	ร้อยละ 77	75.0
3. อัตราคุมกำเนิดวิธีถาวร	ร้อยละ 34	27.2
4. สตรีแต่งงานแล้วและมีบุตรคนแรกเมื่ออายุ ต่ำกว่า 20 ปี	ไม่เกินร้อยละ 10	12.0

แหล่งข้อมูล : กองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข

แนวคิดและวิธีการสร้างแม่ตัวอย่าง

แผนงานอนามัยครอบครัว มุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของมารดาและเด็ก เด็กวัยเรียนและการวางแผนครอบครัว โดยให้ความสำคัญของการพัฒนาบริการเด็กเกิดรอดและแม่ปลอดภัย เป็นสิ่งสำคัญที่เป็นพื้นฐานในการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ดังนั้นแผนงานอนามัยครอบครัว กรมอนามัย จึงได้ดำเนินการคัดเลือกและสร้างแม่ตัวอย่าง โดยมีวัตถุประสงค์(88)

1. ชี้นำข้อพึงปฏิบัติของสตรีที่ยังไม่มีบุตร และกำลังตั้งครรภ์
2. เผยแพร่ข้อพึงปฏิบัติของมารดาโดยชุมชน ด้วยการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกมารดาที่มีคุณสมบัติตามมาตรฐานทางสาธารณสุข ขึ้นเป็นบุคคลตัวอย่างและเป็นสื่อเผยแพร่ความรู้และสร้างทัศนคติที่ดี
3. ใช้จำนวนและอัตราแม่ตัวอย่างเป็นเครื่องชี้วัดความสำเร็จของงานวางแผน - ครอบครัว งานอนามัยแม่และเด็ก งานโภชนาการ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อพึงปฏิบัติสำหรับสตรีที่ยังไม่มีบุตร และหญิงมีครรภ์ 10 ประการ คือ

1. มารดาต้องรักษาสุขภาพ ให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ
 2. เมื่อตั้งครรภ์ต้องฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีและตรวจตามกำหนดที่เจ้าหน้าที่นัดหมาย (อย่างน้อย 4 ครั้ง ตามเกณฑ์)
 3. มารดาต้องได้รับการฉีควัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักครบตามกำหนด ในขณะที่ตั้งครรภ์
 4. คลอดบุตรทุกครั้งกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว
 5. มารดาต้องเว้นระยะการมีบุตร โดยห่างกันอย่างน้อย 2 ปี ด้วยการใช่วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง
 6. บุตรทุกคนต้องมีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 กิโลกรัม
 7. บุตรทุกคนสมบูรณ์และมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 8. บุตรทุกคนได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และหัด
- ครบตามวัย

9. เลี้ยงบุตรทุกคนด้วยนมมารดาอย่างน้อย 12 เดือน
10. มารดาต้องเป็นผู้ที่ช่วยเหลือผู้อื่น และมีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

เป้าหมายของงานอนามัยแม่และเด็ก เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 - 2539) คือ ร้อยละ 30 ของมารดาที่มีอายุระหว่าง 21-35 ปี มีคุณสมบัติเป็นแม่ตัวอย่าง

แผนงานอนามัยครอบครัว กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่กล่าวเบื้องต้นนี้ มุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของมารดา และเด็ก เด็กวัยเรียนและการวางแผนครอบครัว โดยให้ความสำคัญของการพัฒนาบริการเด็ก เกิดรอดและแม่ปลอดภัย คือ ให้การส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ยังไม่ตั้งครรภ์ เริ่มปฏิสนธิในครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด และสืบเนื่องแต่ละกลุ่มอายุ ทั้งนี้การพัฒนาบริการเด็ก เกิดรอด-แม่ปลอดภัย เป็นสิ่งสำคัญที่เป็นพื้นฐานในการพัฒนางานในด้านต่าง ๆ ซึ่งจุดหมายสูงสุดของการบริการสาธารณสุข" เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี" ซึ่งเป็นหน้าที่หลักของกรมอนามัย ในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ โดยการสนับสนุนการประสานงานและการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรเอกชนและหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางคลินิกของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางคลินิกของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด มีปัจจัยอะไรบ้างและปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดอย่างไร ได้มีผู้ศึกษาไว้บ้างแล้ว ดังนี้ คือ

คาจาโนจา และ วิคโฮล์ม (Kajanoja and Widholm)(89) ศึกษาการตั้งครรภ์และการคลอดในมารดาอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่โรงพยาบาลเฮลซิงกิ(Helsinki University Central Hospital)ในช่วงระยะเวลา 7 ปี คือ ปี ค.ศ.1969-1975 จำนวน 558 ราย พบว่ามารดาที่มีการเจ็บป่วยในขณะที่ตั้งครรภ์ เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ มีอุบัติการณ์การผ่าท้องทำคลอดสูงกว่ามารดาที่ไม่มีการเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์

จาโนวิทส์ และคณะ (Janowitz, et al.)(90) ศึกษาการผ่าท้องทำคลอดในกลุ่มประเทศลาตินอเมริกา ช่วงระหว่าง ปีค.ศ.1979-1980 โดยการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) รวบรวมข้อมูลจากรายงานการแพทย์ของโรงพยาบาลในกลุ่มประเทศลาตินอเมริกา ซึ่งมีรายงานจากโรงพยาบาลใน Honduras, Brazil, Chile และ Venezuela จำนวนทั้งหมด 8,258, 9,117, 9,937 และ 13,586 รายงานตามลำดับ พบว่ามารดาที่คลอดครั้งแรกทุกกลุ่มอายุมีอัตราการผ่าท้องทำคลอดสูงกว่ามารดาที่คลอดครั้งที่ 2 ขึ้นไป

เพรค และคณะ (Placek, et al.)(91) ศึกษาเรื่องอัตราการผ่าท้องทำคลอดในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาแบบย้อนหลัง(Retrospective study) ใช้ข้อมูลจาก National Hospital Discharge Survey ระหว่างปี ค.ศ.1965-1981 และสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมาจากรายงานทางการแพทย์(Medical record) จากโรงพยาบาลประมาณ 400 แห่ง

ซึ่งได้ จำนวนประมาณ 225,000 ฉบับ พบว่ากลุ่มมารดาที่อายุสูงมีอัตราการผ่าท้องทำคลอด สูงกว่ากลุ่มมารดาที่อายุต่ำกว่า

พัทธกา ปิยะภิญโญ(92) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนัก, ความสูงและน้ำหนัก เพิ่มระหว่างตั้งครรภ์ของมารดากับการคลอดในโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยศึกษาย้อนหลังจาก แบบสอบถามและข้อมูลที่เก็บไว้แล้วของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นหญิงที่มาฝากครรภ์และคลอดที่ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 8,322 ราย อายุระหว่าง 16-44 ปี ตั้งครรภ์เดี่ยว ไม่มีโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกระหว่าง 7-20 สัปดาห์ อายุครรภ์เมื่อคลอดระหว่าง 28-42 สัปดาห์ และความสูงของมารดาระหว่าง 135-170 เซนติเมตร ผลการศึกษาพบว่า น้ำหนักของมารดา มีความสัมพันธ์กับวิธีการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในมารดาครรภ์แรกและครรภ์หลัง ($P < .005$) เมื่อน้ำหนักมารดาเพิ่มขึ้นการคลอดปกติมีน้อยลง อุบัติการณ์การคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและการคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วยคลอดจะเพิ่มขึ้น ทั้งในมารดาครรภ์แรกและครรภ์หลัง สำหรับความสูง มีความสัมพันธ์กับวิธีการคลอดอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .005$ ในครรภ์แรก $P < .01$ ในครรภ์หลัง) คือ อุบัติการณ์การคลอด โดยการผ่าท้องทำคลอดและการใช้เครื่องมือช่วยคลอดจะน้อยลงเมื่อความสูงของมารดาเพิ่มขึ้น ทั้งในมารดาครรภ์แรกและครรภ์หลัง

อานวย ลอยกุลนันท์(93) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงบางประการที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ ของการตั้งครรภ์เดี่ยวในมารดาอายุ 35 ปีขึ้นไป ศึกษาย้อนหลังจากบันทึกการฝากครรภ์ และการคลอด โดยกลุ่มศึกษา ได้แก่ มารดาครรภ์เดี่ยว อายุ 35 ปีขึ้นไป ทุกรายที่คลอดบุตร ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 1,099 ราย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ มารดาครรภ์เดี่ยว อายุ 20-34 ปี จำนวน 1,099 ราย คลอดบุตรที่โรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ผลการศึกษาพบว่า มารดาอายุ 35 ปีขึ้นไป มีอุบัติการณ์ของ การคลอดผิดปกติสูงกว่ามารดาอายุ 20-34 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$) โดยมีความเสี่ยงของการคลอดผิดปกติเป็น 2.11 เท่าของมารดาอายุ 20-34 ปี ปัจจัยที่มีผล สนับสนุนให้เกิดการคลอดผิดปกติทั้งในมารดาอายุ 35 ปีขึ้นไป และมารดาอายุ 20-34 ปี ได้แก่ ลำดับการคลอดครั้งที่ 4 ขึ้นไป การเจ็บป่วยของมารดาขณะตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อน

ระหว่างการตั้งครรภ์ ส่วนภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด ไม่พบว่าเป็นเหตุสนับสนุนให้เกิด การคลอดผิดปกติ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดผิดปกติของกลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ได้แก่ ลำดับการคลอด ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการคลอด ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดผิดปกติ ได้แก่ การเจ็บป่วยของ มารดาขณะตั้งครรภ์

อดิศักดิ์ จินตนาดิกล(94) ศึกษาการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในรายเคผ่าตัดคลอดทาง- หน้าท้องและแนวทางแก้ไขในโรงพยาบาลตากสิน โดยศึกษาในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ช้ำ ในโรงพยาบาลตากสิน ช่วงเวลาดั้งแต่ มกราคม ถึง ธันวาคม 2535 จำนวน 143 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดไม่ฉุกเฉินเมื่ออายุครรภ์ครบ 38 สัปดาห์ขึ้นไป โดยยืนยันจาก ประจำเดือนและ/หรือ โดยคลื่นเสียงความถี่สูง และกลุ่มผ่าตัดฉุกเฉิน ซึ่งศึกษาย้อนหลังจาก เวชระเบียน จากการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การผ่าท้องทำคลอดช้ำในโรงพยาบาลตากสินสูงขึ้น ทุกปี โดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินจะมาฝากครรภ์สม่ำเสมอทั้งหมด ส่วนมารดาที่ ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินจะมาฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอหรือไม่มาฝากครรภ์ สำหรับมารดาที่มา ฝากครรภ์สม่ำเสมอแต่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดหรือแพทย์ไม่ได้กำหนดวันคลอดให้แน่นอนจากประวัติ ประจำเดือนและโดยคลื่นเสียงความถี่สูง ก็ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินเช่นกัน ผลเสียของการ ผ่าตัดช้ำแบบฉุกเฉิน คือ การผ่าตัดในขณะที่เด็กยังไม่ครบกำหนดหรือน้ำหนักตัวน้อย ดังนั้นการ ฝากครรภ์สม่ำเสมอและการดูแลเอาใจใส่ของสูติแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญที่จะลดอุบัติการณ์การ - ผ่าตัดฉุกเฉินลงได้ อย่างไรก็ตามการผ่าตัดช้ำทุกรายในมารดาเคผ่าท้องทำคลอด ควรมีการ เปลี่ยนแปลงถ้าสามารถให้คลอดทางช่องคลอดได้ซึ่งทางกลุ่มงานสูตินรีเวช โรงพยาบาลตากสิน จะพยายามนำมาปฏิบัติ เมื่อปัญหาด้านบุคลากรและความพร้อมต่าง ๆ ได้รับการแก้ไข

ศรীরรณ ไชยประสิทธิ์(95) ศึกษาอัตราการผ่าท้องทำคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า อัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.3 ของผู้มาคลอดทั้งหมดใน พ.ศ.2527 เป็นร้อยละ 18.4 ใน พ.ศ. 2537 โดยข้อบ่งชี้หลักของอัตราการผ่าท้องทำคลอด คือ เคผ่าท้องทำคลอดมาก่อน การผิสดส่วนระหว่างเด็กในครรภ์กับเชิงกราน การคลอดไม่ก้าวหน้า เด็กท่าก้น เด็กใน ครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤตและภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ตามลำดับ

จิตเกษม สุวรรณรัฐ(96) ศึกษาการตั้งครรภ์ในสตรีอายุมากในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า กลุ่มศึกษา คือ สตรีตั้งครรภ์แรกและครรภ์เดี่ยว อายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป คลอดบุตรที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2532 ถึง 31 ธันวาคม 2535 จำนวน 139 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ คือ สตรีครรภ์แรกและครรภ์เดี่ยว อายุ 20 - 25 ปี จำนวน 961 ราย ซึ่งคลอดในช่วงเวลาเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษามีอัตราการผ่าท้องทำคลอดสูงกว่าถึงร้อยละ 53.2 และมีอัตราเสี่ยงของการผ่าท้องทำคลอดเป็น 4.5 เท่าของกลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ส่วนนำการคลอดผิดปกติ และการผิสดส่วนระหว่างเด็กในครรภ์กับเชิงกราน ร้อยละ 1.4 , 6.5 , 10.8 และ 23.0 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สันทนา เจริญกุล(97) ศึกษาการเปรียบเทียบการชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์ 6 และ 12 ชั่วโมง โดยศึกษาหญิงตั้งครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป 103 ราย ที่มีน้ำเดินและปากมดลูกยังไม่พร้อมที่จะชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์ เพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นของมารดาและเด็ก ในการให้ Oxytocin ชักนำให้เจ็บครรภ์เมื่อน้ำเดิน 6 ชั่วโมง(53 ราย) และรอจนกระทั่ง 12 ชั่วโมง(50 ราย) โดยวิธี Randomized controlled clinical trial ที่กลุ่มงานสูติรีเวชกรรมวชิรพยาบาล ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2535 ถึงกรกฎาคม 2537 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมหรือสูติกรรม จำเป็นต้องให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงทันทีถูกคัดออกจากการวิจัยนี้ หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มชักนำให้เจ็บครรภ์ที่มีน้ำเดิน 6 ชั่วโมงทุกรายคลอดภายใน 24 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มที่รอจนกระทั่งน้ำเดิน 12 ชั่วโมง ร้อยละ 78 คลอดภายใน 24 ชั่วโมงหลังน้ำเดิน เจ็บครรภ์คลอดเองร้อยละ 24 การศึกษานี้พบเด็กแรกเกิดติดเชื้อเพียง 1 ราย เกิดในกลุ่มชักนำให้เจ็บครรภ์เมื่อน้ำเดิน 6 ชั่วโมง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในอัตราการผ่าท้องทำคลอด การติดเชื้อของมารดา จำนวนวันที่รับไว้ในโรงพยาบาลในทั้ง 2 กลุ่ม ดังนั้นไม่มีประโยชน์ที่จะชะลอการชักนำให้เจ็บครรภ์คลอดเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล

มานิต ศรีประมอทย์ และ ไพโรจน์ สิวะภิญโญ(98) ศึกษาการใช้ยาแอมพิซิลิน ป้องกันการติดเชื้อในการผ่าตัดคลอดผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ: กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ คลอดโดยการผ่าตัดทำคลอดที่วชิรพยาบาล จำนวน 160 ราย ระหว่าง 1 กันยายน 2536 ถึง 31 สิงหาคม 2537 ซึ่งได้วางแผนการผ่าตัดคลอดตั้งแต่ยังไม่เจ็บครรภ์หรือเพิ่งเริ่มเข้าสู่ระยะ Latent phase โดยมีอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ ไม่มีภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ ไม่มี อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์หรือระบบอื่น ๆ ไม่เคยได้รับยา ปฏิชีวนะภายใน 7 วันก่อนการผ่าตัด ไม่มีประวัติแพ้ยากลุ่มเพนิซิลินและไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อ ซึ่งศึกษาแบบ Randomized clinical trial เปรียบเทียบอุบัติการณ์ของภาวะไข้ หลังการผ่าตัดทำคลอด ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ ระหว่างกลุ่มที่ได้ยาแอมพิซิลิน และกลุ่มที่ ไม่ได้ยาปฏิชีวนะ กลุ่มละ 80 ราย กลุ่มที่ได้รับยาแอมพิซิลินจะได้ยาฉีดเข้าเส้นขนาด 1 กรัม หลังการตัดสายสะดือเด็กแรกเกิดและให้อีก 2 ครั้ง ทุก 6 ชั่วโมง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในปัจจัยเกี่ยวกับ อายุ อายุครรภ์ จำนวนการคลอด การแท้ง การศึกษา อาชีพ น้ำหนัก ความเข้มข้นของเลือด ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดทำคลอดและลักษณะการ ผ่าตัด กลุ่มที่ได้ยาแอมพิซิลินและกลุ่มที่ไม่ได้ยา เกิดภาวะไข้หลังผ่าตัดทำคลอด ร้อยละ 6.25 และ 11.25 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.401$) จาก การศึกษาสรุปได้ว่า การให้ยาแอมพิซิลินในผู้ป่วยผ่าตัดทำคลอดที่มีความเสี่ยงต่ำไม่สามารถ ลดอุบัติการณ์ของภาวะไข้หลังผ่าตัดได้

คทาพร อติชาติ(99) ศึกษาการรักษาภาวะสายสะดืออักเสบในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ประสพการณ์ 5 ปี โดยศึกษามารดาคลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ตั้งแต่ตุลาคม 2532 ถึง กันยายน 2537 รวม 5 ปี พบมารดา สายสะดืออักเสบ 19 ราย จากจำนวนมารดาคลอดทั้งหมด 11,152 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 1:587 ของการคลอด มีอัตราการตายของเด็กร้อยละ 57.9 การรักษาโดยการแก้ไขภาวะเด็ก ในครรภ์ขาดออกซิเจนในมารดาที่พบว่าเด็กในครรภ์ยังมีชีวิตอยู่แล้วรีบนำไปผ่าตัดทำคลอดเป็น วิธีที่ดีที่สุด

สุรัตน์ ชำรงค์ศักดิ์(100) ศึกษาทารกโตเกินขนาดในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ: อุบัติการณ์และภาวะแทรกซ้อน โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างทารกโตเกินขนาด 136 ราย(น้ำหนักตั้งแต่ 4,000 กรัมขึ้นไป)กับทารกกลุ่มควบคุม 5,466 ราย(น้ำหนักระหว่าง 2,500-3,000 กรัม) ตั้งแต่ 1 มกราคม 2533 ถึง 31 ธันวาคม 2537 พบว่ามารดาที่คลอดทารกโตเกินขนาดมีอุบัติการณ์ของการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดสูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าทารกโตเกินขนาดที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดจะมีอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บจากการคลอดน้อยกว่าและมี Apgar score สูงกว่าทารกโตเกินขนาดที่คลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อัตราตายของทารกแรกเกิดในระยะต้น 7 วันแรกในการคลอดทั้งสองวิธีไม่แตกต่างกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด มีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

แมคเคน (McClain)(61) ศึกษาเกี่ยวกับการคลอดทางช่องคลอดของมารดาที่เคยคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมาก่อน ในโรงพยาบาล 3 แห่งที่ซานฟรานซิสโก ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ.1983 โดยโรงพยาบาลดังกล่าวให้การสนับสนุนการคลอดทางช่องคลอดในมารดาที่เคยได้รับการผ่าท้องทำคลอด กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่าท้องทำคลอดมาก่อน 2 ครั้ง, 3 ครั้ง และที่เคยคลอดทางช่องคลอด 1 ครั้งหรือมากกว่า ก่อนที่จะมารับการผ่าท้องทำคลอดในครรภ์ที่ผ่านมา จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย ทั้งนี้การพยายามให้คลอดทางช่องคลอดจะต้องไม่เกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ผิวขาวต้องการคลอดทางช่องคลอดส่วนมาก มีเพียงร้อยละ 16 เท่านั้นที่ต้องการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดซ้ำ ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ผิวดำ ต้องการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดซ้ำร้อยละ 50 ซึ่งส่วนมากหญิงตั้งครรภ์ผิวขาวจะมีระดับการศึกษาสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ผิวดำ แสดงว่า เชื้อชาติ สังคม วัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยม การศึกษามีความสัมพันธ์กับการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้อง-

ท่าคลอด

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาคลอดโดยการผ่าท้องท่าคลอด มีปัจจัยอะไรบ้าง และปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการผ่าท้องท่าคลอดอย่างไร มีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

พูนสุข ช่วยทอง(101) ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและสังคมบางประการ ระหว่างมารดาที่ผ่าท้องท่าคลอดครั้งแรกและคลอดปกติ ในโรงพยาบาลรามาริบัติ:พ.ศ.2527 โดยศึกษาย้อนหลังจากสมุดประวัติคลอดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มศึกษา ได้แก่ มารดาที่ผ่าท้องท่าคลอดครั้งแรกทุกราย ในโรงพยาบาลรามาริบัติ ช่วงระหว่าง 1 มกราคม 2527 ถึง 31 ธันวาคม 2527 รวม 893 ราย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ มารดาคลอดปกติ ในโรงพยาบาลรามาริบัติ ช่วงเวลาดังกล่าว โดยการสุ่มแบบมีระบบ ให้ได้จำนวนเท่ากับกลุ่มศึกษา คือ 893 ราย ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุมารดา ลำดับการคลอด ส่วนสูงมารดา อายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิดของเด็กคนที่ 1 และที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ น้ำหนักมารดา ส่วนลักษณะทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการผ่าท้องท่าคลอดครั้งแรก คือ อายุมารดา ลำดับครรภ์ ส่วนสูงมารดา อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิดของเด็กคนที่ 1 ท่าของเด็ก และการชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์ ยกเว้นประเภทการตั้งครรภ์และน้ำหนักมารดา ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการผ่าท้องท่าคลอดครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำลักษณะทางคลินิกมาวิเคราะห์ความเสี่ยงพบว่า ลักษณะทางคลินิกของมารดาในระดับที่เสี่ยงต่อการผ่าท้องท่าคลอดสูงกว่าระดับอื่นคือ ตั้งครรภ์แรก คลอดครั้งแรก มีรูปร่างเตี้ย (น้อยกว่า 150 เซนติเมตร) น้ำหนักแรกเกิดของเด็กคนที่ 1 เท่ากับ 4,000 กรัมขึ้นไป มารดามีอายุ 35 ปีขึ้นไป อายุครรภ์ 41 สัปดาห์ขึ้นไป และการชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์ สำหรับลักษณะทางสังคม พบว่าชนิดผู้ป่วย (Private,Service) มีความสัมพันธ์กับการผ่าท้องท่าคลอดครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาค่าความเสี่ยง พบว่า ผู้ป่วย Private เสี่ยงต่อการผ่าท้องท่าคลอดครั้งแรกสูงกว่าผู้ป่วย Service ทุกกรณี ยกเว้น การชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์

สุภารัตน์ สุวารี(102) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงด้านชีวการแพทย์และจิตสังคมของมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ โดยเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านชีวการแพทย์ ลักษณะการฝากครรภ์และผลลัพธ์ของการคลอด จากรายงานการฝากครรภ์และการคลอด ส่วนข้อมูลปัจจัยด้านจิตสังคมนั้น ได้ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมร่วมด้วย ซึ่งแบ่งเป็น อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรสและรายได้ครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ มารดาที่คลอดบุตรและพักฟื้นหลังคลอดที่แผนกสามัญสูติกรรม โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนธันวาคม 2530 ถึงเดือนมกราคม 2531 โดยระบุผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ไว้ 4 ประเภทคือ ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าอายุครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ค่ะแนแอฟการต่ำและการคลอดผิดปกติ ซึ่งในที่นี้ การคลอดผิดปกติ ได้กำหนดไว้ คือ การคลอดโดยใช้คีม การคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ การคลอดทำกันและการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านชีวการแพทย์ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการคลอดผิดปกติเป็นอันดับ 1 หมายความว่า การมีปัจจัยเสี่ยงด้านชีวการแพทย์เพิ่มขึ้น จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการคลอดผิดปกติสูงขึ้น จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ พบว่า เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการคลอดผิดปกติเป็นอันดับที่ 2 โดยหมายความว่า การมาฝากครรภ์จำนวนครั้งมากขึ้น จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการคลอดผิดปกติสูงขึ้น คือการมาฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป มีอัตราการคลอดผิดปกติร้อยละ 26.2 สำหรับปัจจัยด้านจิตสังคมนั้น พบว่า ลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมที่สัมพันธ์กับการคลอดผิดปกติ คือ อาชีพ พบว่า อัตราการคลอดผิดปกติพบมากที่สุดในกลุ่มประกอบอาชีพไม่ใช้แรงงาน (งานบริษัท, รับราชการ) ร้อยละ 25.6 แต่ความสัมพันธ์นี้อาจจะออกมาพร้อมกับตัวแปรทางเศรษฐกิจสังคมซึ่งไม่ใช่ความสัมพันธ์โดยตรง, ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อการคลอดผิดปกติเช่นกัน หมายความว่า การมีระดับการศึกษาสูงขึ้น จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการคลอดผิดปกติสูงขึ้น, สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสหย่า แยก มีอัตราการคลอดผิดปกติสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่เล็กน้อย คือ ร้อยละ 23.0 และ 30.5 ตามลำดับ, รายได้ครอบครัว พบว่า อัตราการคลอดผิดปกติพบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 6,000 บาทแต่ไม่เกิน 9,000 บาทต่อเดือน คือค่าเฉลี่ยของรายได้ครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มที่คลอดผิดปกติสูงกว่ากลุ่มที่คลอดปกติเล็กน้อย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวสูง มีแนวโน้มที่จะคลอดผิดปกติสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้

ครอบครัวยุติ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่คลอดผิดปกตินั้น เป็นการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากที่สุด ร้อยละ 13.4

ประเสริฐ จิระพัฒน์สกุล และ ชัญวลี ศรีสุโข(103) ศึกษาทารกทำกัน การเลือกวิธีการคลอดและผลของการคลอดในโรงพยาบาลพิจิตร ช่วงระยะเวลา 23 เดือน คือ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2529 ถึง 31 สิงหาคม 2531 รวมทารกทำกัน 94 ราย พบว่า ทารกทำกันที่เกิดจากมารดาอายุ 20-25 ปี , ลำดับครรภ์แรก , มารดาอาชีพรับราชการ , น้ำหนักแรกเกิด 2,501-3,000 กรัม คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่าคลอดทางช่องคลอด และทารกที่เกิดจากมารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์ , มารดาที่ไม่ทราบอายุครรภ์แน่นอน คลอดทางช่องคลอดมากกว่าคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด โดยทารกทำกันที่คลอดทางช่องคลอดพบอัตราตายมากกว่าทารกทำกันที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด คือ ตายจากสาเหตุ ขาดออกซิเจนรุนแรง เนื่องจากการติดของคีรีระ ร้อยละ 3.6 และภาวะขาดออกซิเจนปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 20 สำหรับการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดไม่พบการตายโดยตรงจากการคลอด แต่พบการตายจากรกลอกตัวก่อนกำหนดและเด็กแรกเกิดไม่มีสมอง อย่างละ 1 ราย ดังนั้น การเลือกวิธีการคลอดให้มารดาไม่เหมาะสม ซึ่งปัจจัยหนึ่งมาจาก ไม่ทราบข้อมูลในการตั้งครรภ์อย่างละเอียด เพราะมารดาไม่มาฝากครรภ์และไม่มีเครื่องมือตรวจพิเศษนอกเวลาราชการ หรือมารดามาโรงพยาบาลขณะมีความก้าวหน้าของการคลอดมากแล้ว ตลอดจนปัญหาความชำนาญของผู้ทำคลอดและความไม่พร้อมของห้องผ่าตัด ทำให้อัตราตายของทารกทำกันเพิ่มขึ้น

พิมพ์สุรางค์ เพชรบุรณิน(104) ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มารับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซ้ำ ในโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 อายุระหว่าง 20-40 ปี สภาพสมรสคู่ ตั้งครรภ์ปกติ อายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ และแพทย์นัดให้มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซ้ำ โดยมีข้อบ่งชี้ คือ เคยได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในครรภ์แรก ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มจะถูกจัดแบ่งเป็นคู่ ๆ ให้คล้ายคลึงกันในด้านอายุ

สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษาและอาชีพ อายุของบุตรคนแรก กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนโดยผู้วิจัยเอง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับข้อมูลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย ซึ่งเก็บข้อมูลระหว่างมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ.2535 โดยวิธีสัมภาษณ์และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนั้น การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี คือ จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 47.5 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.5 และระดับประถมศึกษา ร้อยละ 10 ตามลำดับ, อาชีพพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอาชีพที่ไม่ได้ใช้แรงงานและส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ โดยกลุ่มทดลองมีร้อยละ 37.5 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 42.5 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้างทำงานบริษัท แม่บ้าน ค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัวตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม, รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน จัดอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนในช่วง 10,000-19,000 บาท ร้อยละ 47.5, สถิติการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับสถิติการในการรักษาพยาบาล เนื่องจากส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ โดยกลุ่มทดลองมีร้อยละ 75 และกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 82.5 ตามลำดับ

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ(57) ศึกษาประโยชน์ทดแทนการคลอดบุตรภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 โดยการสำมะโนค่าขอรับประโยชน์ทดแทนจากสำนักงานประกันสังคมในกรุงเทพมหานครและอีก 8 จังหวัดใน 4 ภาค ระหว่างตุลาคม 2534 ถึงมีนาคม 2535 พบว่าลำดับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับลักษณะการคลอดโดยครรภ์แรกมีอัตราการผ่าท้องทำคลอด 15% ในขณะที่ครรภ์ที่ 2, 3 และ 4 มีอัตรา 14, 14 และ 11% ตามลำดับ อัตราการผ่าท้องทำคลอดในครรภ์แรกนั้นจะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการผ่าท้องทำคลอดในครรภ์ต่อ ๆ ไปด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยจากการผ่าท้องทำคลอดในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร คือ 5,267 บาท ในขณะที่คลอดปกติ คือ 1,696 บาท ส่วนมารดาคลอดบุตรที่เป็นผู้ประกันตนนั้น คลอดโดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการและผ่าท้องทำคลอดมีอัตราร้อยละ 19 ซึ่งสูงกว่ามารดาคลอดบุตรที่เป็นภรรยาของผู้ประกันตน ซึ่งพบเพียงร้อยละ 16

แทฟเฟล (Taffel)(105) ศึกษาการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ.1990 จากประวัติการคลอดของมารดา พบว่า มารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูง สถานภาพสมรสคู่ ตั้งครรภ์แรกเมื่ออายุมาก คลอดก่อนกำหนด เด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยหรือมากกว่าปกติ ตั้งครรภ์แฝด มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์หรือขณะคลอด เด็กในครรภ์ผิดปกติ แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะเชื้อชาติแล้ว พบว่า มารดาผิวดำมีอัตราการผ่าท้องทำคลอดสูงกว่ามารดาผิวขาว คือ มารดาผิวดำคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดร้อยละ 23.0 ขณะที่มารดาผิวขาวคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด ร้อยละ 22.1 ซึ่งมารดาผิวดำส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามารดาผิวขาว สถานภาพสมรสส่วนมาก หม้าย หย่า แยก หรือตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย เด็กแรกเกิดส่วนใหญ่ น้ำหนักน้อยหรือน้อยมากและคลอดก่อนกำหนดเป็น 2 เท่าของมารดาผิวขาว แสดงว่า เชื้อชาติ มีความสัมพันธ์กับการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด แต่สำหรับปัจจัยทางคลินิกอื่น ๆ และภาวะแทรกซ้อนของการคลอดหรือความผิดปกติของเด็กแรกเกิด พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างมารดาผิวขาวและมารดาผิวดำ อย่างไรก็ตามยังคงพบอัตราการผ่าท้องทำคลอดในมารดาผิวดำเพิ่มขึ้นมากกว่ามารดาผิวขาว

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น พบว่า มีปัจจัยทางคลินิกและสังคมหลายประการ ที่แตกต่างกันระหว่างมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด และคลอดทางช่องคลอด นอกจากนี้ปัจจัยทางคลินิกและสังคมดังกล่าวนี้ มีความสัมพันธ์กับการผ่าท้องทำคลอดร่วมด้วย งานวิจัยส่วนมากเป็นการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งมีข้อจำกัดสำหรับตัวแปรบางตัวที่ไม่อาจศึกษาได้ ส่วนการศึกษาจากข้อมูลปฐมภูมิมีผู้ศึกษาค่อนข้างน้อยตลอดจนเวลา สถานที่และประชากรที่ศึกษาต่างกัน ประกอบกับยังไม่มีการศึกษามาก่อนในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาจากข้อมูลปฐมภูมิถึงปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ช่วงระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2538 ถึง 31 ธันวาคม 2538 ว่าเป็นอย่างไร สัมพันธ์กับการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดหรือไม่ อย่างไร ตลอดจนปัจจัยดังกล่าว แตกต่างจากมารดาคลอดทางช่องคลอด หรือไม่อย่างไร เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณาและสนับสนุนส่งเสริมให้เด็กเกิดรอดและแม่ปลอดภัยต่อไป