

ผลการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นและกลางกับตอนปลาย เปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์วัยอื่น

สิริยา กิติโยดม, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลต่อมารดาและทารกของการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นตอนต้นและกลาง วัยรุ่นตอนปลาย และสตรีตั้งครรภ์วัยอื่น **ผู้ป่วยและวิธีการ:** เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบตัดขวางชนิด hospital-based โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและใบย่อคลอดของสตรีที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 9,276 ราย ในช่วงเวลาตั้งแต่ เดือน มกราคม พ.ศ. 2554 จนถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2554 โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มศึกษาได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี (กลุ่ม 1) สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18-20 ปี (กลุ่ม 2) และกลุ่มควบคุม ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 21-34 ปี (กลุ่ม 3) ทำการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการคลอด ผลการคลอด นำไปวิเคราะห์ ข้อมูล ผลการศึกษา: การคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพบได้ร้อยละ 15.0 (สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนต้นและกลางร้อยละ 7.0 และวัยรุ่นตอนปลายร้อยละ 8.0) พบสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ในการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง OR 1.82 (1.46-2.27) ภาวะโลหิตจาง OR 2.66 (2.15-3.27) ภาวะคลอดก่อนกำหนด OR 2.16 (1.79-2.61) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย OR 4.36 (3.54-5.35) ค่าแอฟการ์ด้า OR 1.57 (1.12-2.16) สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยอื่น สตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 2 พบมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อภาวะโลหิตจาง OR 2.17 (1.76-2.67) ภาวะคลอดก่อนกำหนด OR 1.59 (1.31-1.92) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย OR 1.61 (1.31-1.97) สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยอื่น **สรุป:** อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาพบได้ร้อยละ 15.0 และมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ในการฝากครรภ์คือคุณภาพ ภาวะโลหิตจาง ภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะทารกพร่องออกซิเจน เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์วัยอื่น **คำสำคัญ:** สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น, ผลการตั้งครรภ์

Abstract : Maternal Youth and Pregnancy Outcomes: Early and Middle Adolescent Versus Late Adolescent Compared with Women beyond the Teen Years

Siriya Kitiyodom, M.D.*

*Department of Obstetrics and Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima 30000

Nakhon Racth Med Bull 2012 ; 36 : 113 - 20.

Objective: To compare the maternal and fetal risk of adverse pregnancy outcome in early and middle adolescent and late adolescent with women beyond the teen years. **Patients & Method:** This is a retrospective hospital-based cross sectional study. Data were collected from medical records of 9,276 pregnant women, who attended the antenatal care clinic and delivered at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital between January 2011 and December 2011. The subjects were divided into three groups according to maternal age (group 1: early and middle adolescent, group 2: late adolescent, group 3: women beyond the teen years). Antenatal complication, intervention in labor, route of delivery, maternal morbidity, birth weight and neonatal outcomes were collected and analyzed. **Results:** The prevalence of adolescent pregnant women was 15.0% (group 1 was 7.0% and group 2 was 8.0%). Compared to women beyond the teen years, the following outcomes were significantly more common in group 1 (OR with 95% confidence interval); inadequate antenatal care 1.82 (1.46–2.27), anemia 2.66 (2.15–3.27), preterm delivery 2.16 (1.79–2.61), low birth weight 4.36 (3.54–5.35), low apgar score 1.57 (1.12–2.16) and in group 2; anemia 2.17 (1.76–2.67), preterm delivery 1.59 (1.31–1.92), low birth weight 1.61 (1.31–1.97). **Conclusion:** The prevalence of adolescent pregnant woman was 15.0%. Early and middle adolescent pregnant women had higher prevalence of inadequate antenatal care, anemia, preterm delivery, low birth weight and low apgar score. Late adolescent pregnant women had higher prevalence of anemia, preterm delivery and low birth weight

Key words: Adolescent pregnant, Pregnancy outcome

ภูมิหลัง

วัยรุ่น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สภาวะทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงนับว่าเป็นวิกฤติช่วงหนึ่งของชีวิต⁽¹⁾ โดยองค์การอนามัยโลกได้แบ่งเป็น 3 ช่วง^(1,2) ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น (early adolescent) อายุ 11-14 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็วเช่นมีเต้านมใหญ่ขึ้น มีประจำเดือนเริ่มมีการสร้างฮอร์โมนทางเพศ มีลักษณะหลงตัวเองมีความคิดเพื่อฝัน เริ่มมีความเป็นอิสระทางความคิดแต่ยังต้องพึ่งพาพ่อแม่ วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescent) อายุ 15-17 ปี เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเริ่มสมบูรณ์เต็มที่ ด้านอารมณ์ยังคงมีความคิดเพื่อฝัน แต่เป็นระยะที่คือเริ่มมีขัดแย้งกับพ่อแม่ เพื่อนมีอิทธิพลสูง เริ่มสนใจเพศตรงข้าม เป็นระยะเริ่มทดลองเกี่ยวกับเรื่องเพศ และวัยรุ่นตอนปลาย (late adolescent) อายุตั้งแต่ 18 ปี แต่น้อยกว่า 20 ปี เป็นระยะที่เจริญเติบโตเข้าสู่ผู้ใหญ่เต็มที่มีลักษณะยอมรับการให้คำแนะนำได้ง่ายกว่าช่วงอื่น รู้จักบทบาทของเพศเริ่มมีความเป็นอิสระเต็มที่ในการดำรงชีพและประกอบอาชีพ

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น นับเป็นปัญหาสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกจึงได้ถือเป็นดัชนีชี้วัดที่จะสะท้อนถึงมิติของการพัฒนาสุขภาพของประชากรในทุกประเทศและในประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ผนวกดัชนีชี้วัดดังกล่าวให้อยู่ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) จนถึงในแผนปัจจุบัน ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) โดยกำหนดเป้าหมายที่จะลดอัตราการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นให้ไม่เกินร้อยละ 10⁽³⁾ จากรายงานโรงพยาบาลสายใยรักของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2554 ยังพบว่าประเทศไทยมีอัตราการคลอดบุตรของแม่ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 18.72⁽⁴⁾ ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด ซึ่งยังสูงกว่าดัชนีชี้วัดดังกล่าว จากข้อมูลในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 พบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงร้อยละ 15.4

ปัญหาที่สำคัญของการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นคือ เสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก ทั้งระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด⁽⁵⁻¹⁶⁾ เช่น ฝากครรภ์

ล่าช้า ภาวะโลหิตจาง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การผ่าตัดคลอด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะบุตรน้ำหนักน้อย ภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนหลังคลอด เป็นต้น

การศึกษานี้จัดทำเพื่อศึกษาผลการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นช่วงวัยรุ่นตอนต้นและกลาง สตรีวัยรุ่นช่วงตอนปลาย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดทั้งต่อมารดาและทารกเปรียบเทียบกับการศึกษาในสตรีช่วงวัยอื่น (20-34 ปี) เพื่อให้ทราบและเข้าใจถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหา รวมทั้งทราบปัญหาในแต่ละกลุ่มช่วงวัยเฉพาะ เพื่อนำผลไปพัฒนา การป้องกันดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเยาวชนรุ่นต่อไป

ผู้ป่วยและวิธีการ

เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบตัดขวางชนิด hospital-based ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และสมุดจดย่อคลอด ของสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 500 กรัมหรืออายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่าง 1 มกราคม 2554 –31 ธันวาคม 2554 โดยศึกษาใน 3 กลุ่ม ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้นและกลาง (11-17 ปี) [กลุ่มที่ 1], วัยรุ่นตอนปลาย (18-20ปี) [กลุ่มที่ 2] และสตรีตั้งครรภ์ช่วงวัยอื่น (อายุตั้งแต่ 20-34 ปี) [กลุ่มที่ 3]

นิยาม

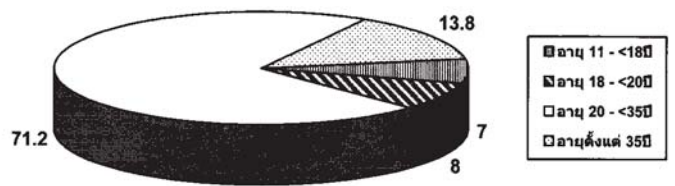
ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก เมื่อมีความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า 30 เปอร์เซ็นต์

การฝากครรภ์มีคุณภาพตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก เมื่อมีการฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป

ผลการศึกษา

พบสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาล

มหาราชนครราชสีมาในช่วงดังกล่าวจำนวน 9,276 รายอายุน้อยสุด 12 ปีและมากที่สุด 47 ปี เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 1,395 ราย (ร้อยละ 15.0) แบ่งเป็นวัยรุ่นตอนต้นและกลาง 649 ราย (ร้อยละ 7.0) และวัยรุ่นตอนปลาย 746 ราย (ร้อยละ 8.0) ดังแผนภูมิที่ 1 ส่วนช่วงวัย 20-34 ปี ร้อยละ 71.2 และอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 13.8



แผนภูมิที่ 1 สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาแบ่งตามกลุ่มช่วงอายุ

ลักษณะทางสูติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ พบเป็นครรภ์แรก ร้อยละ 90.3, 80.2 และ 43.3 ในกลุ่ม 1-3 ตามลำดับ พบไม่มีการฝากครรภ์และฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง ร้อยละ 22.8, 16.6 และ 13.1 ในกลุ่ม 1-3 ตามลำดับ ภาวะโลหิตจางพบร้อยละ 21.4, 18.2 และ 9.3 ในกลุ่ม 1-3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์นั้น พบว่าการเจ็บคลอดก่อนกำหนด (ก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์) พบได้ร้อยละ 28.1, 22.3 และ 15.3 ในกลุ่ม 1-3 ตามลำดับ การคลอดปกติพบได้ร้อยละ 61.8, 56.2 และ 39.0 ในกลุ่ม 1-3 ตามลำดับ ส่วนการผ่าตัดทางหน้าท้องพบได้ร้อยละ 27.7, 33.0 และ 51.8 ในกลุ่ม 1-3 ตามลำดับ น้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยพบได้ร้อยละ 25.5, 19.2 และ 12.8 ในกลุ่ม 1-3 ตามลำดับ ค่าแอปการ์ที่ 1 นาทีต่ำพบได้ร้อยละ 10.0, 7.6 และ 5.9 ในกลุ่ม 1-3 ตามลำดับ ค่าแอปการ์ที่ 5 นาทีต่ำพบได้ร้อยละ 7.2, 6.6 และ 4.7 ในกลุ่ม 1-3 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ และการตกเลือดหลังคลอดไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 ลักษณะทางสถิติกรรมของสตรีตั้งครรภ์

| | กลุ่ม 1 n=649 (ร้อยละ) | กลุ่ม 2 n=746 (ร้อยละ) | กลุ่ม 3 n=6,597 (ร้อยละ) |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 1. ข้อมูลการคลอด | | | |
| จำนวนการตั้งครรภ์ (Gravity) | | | |
| - ครรภ์แรก | 586 (90.3) | 598 (80.2) | 2,857 (43.3) |
| - ครรภ์หลัง | 63 (9.7) | 148 (19.8) | 3,740 (56.7) |
| การฝากครรภ์ (Antenatal care) | | | |
| - ไม่ฝากครรภ์ | 32 (4.9) | 30 (4.0) | 136 (2.1) |
| - ฝากครรภ์ ≤ 4 ครั้ง | 116 (17.9) | 94 (12.6) | 728 (11.0) |
| - ฝากครรภ์ ≥ 4 ครั้ง | 501 (77.2) | 622 (83.4) | 5,733 (86.9) |
| ภาวะโลหิตจาง | 139 (21.4) | 136 (18.2) | 614 (9.3) |
| 2. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ | | | |
| อายุครรภ์เมื่อคลอด | | | |
| - อายุครรภ์ ≤ 36 สัปดาห์ | 182 (28.1) | 166 (22.3) | 1,008 (15.3) |
| - อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ | 450 (69.3) | 553 (74.1) | 5,368 (81.4) |
| - อายุครรภ์ > 42 สัปดาห์ | 17 (2.6) | 27 (3.6) | 221 (3.4) |
| วิธีคลอด | | | |
| - คลอดปกติ | 401 (61.8) | 419 (56.2) | 2,570 (39.0) |
| - หัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอด | 68 (10.5) | 81 (10.8) | 612 (9.2) |
| - ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง | 180 (27.7) | 246 (33.0) | 3,415 (51.8) |
| น้ำหนักทารกแรกคลอด | | | |
| < 2,500 กรัม | 166 (25.5) | 143 (19.2) | 844 (12.8) |
| 2,500 – 3,999 กรัม | 482 (73.9) | 592 (79.4) | 5,618 (85.2) |
| $\geq 4,000$ กรัม | 4 (0.6) | 11 (1.5) | 135 (2.0) |
| ค่าแอปการ์ (Apgar score) | | | |
| 1 นาที < 7 | 65 (10.0) | 57 (7.6) | 388 (5.9) |
| 5 นาที < 7 | 47 (7.2) | 49 (6.6) | 313 (4.7) |
| ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ | | | |
| - ภาวะความดันสูงจากการตั้งครรภ์ | 23 (3.5) | 22 (3.0) | 204 (3.1) |
| - ภาวะคลอดก่อนกำหนด | 182 (28.1) | 166 (22.3) | 1,008 (15.3) |
| - ภาวะตกเลือดหลังคลอด | 3 (0.5) | 3 (0.4) | 26 (0.4) |

ด้านความเสี่ยงสัมพัทธ์ลักษณะทางสูติกรรมนั้น ในกลุ่ม 1 พบลักษณะการฝากครรภ์ที่ไม่มีคุณภาพทั้งไม่ฝากครรภ์และฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้งมีความเสี่ยงสัมพัทธ์สูงกว่าสตรีวัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่ม 2 พบลักษณะการไม่ฝากครรภ์มีความเสี่ยงสัมพัทธ์สูงกว่าสตรีวัยอื่น แต่

ไม่พบความเสี่ยงในภาวะฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง และทั้งสองกลุ่มพบความเสี่ยงสัมพัทธ์ในการเกิดภาวะโลหิตจางสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยอื่น ดังตารางที่ 3

ด้านผลลัพธ์การตั้งครรภ์นั้น ในกลุ่ม 1 และ 2 มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อการคลอดก่อนกำหนด, น้ำหนักทารก

ตารางที่ 3 ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของลักษณะทางสูติกรรมและผลลัพธ์การตั้งครรภ์เปรียบเทียบกับสตรีวัยอื่น

| | กลุ่ม 1 n=649 OR (95%CI) | กลุ่ม 2 n=746 OR (95%CI) |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. ลักษณะทางสูติกรรม | | |
| ครรภ์แรกของการตั้งครรภ์ | 12.18 (9.33 – 16.12) | 5.29 (4.37 – 6.40) |
| การฝากครรภ์ | | |
| -ไม่ฝากครรภ์ | 2.69 (1.75 – 4.03)* | 2.03 (1.31 – 3.07)* |
| -ฝากครรภ์ <4 ครั้ง | 1.82 (1.46 – 2.27)* | 1.19 (0.76 – 1.79) |
| ภาวะโลหิตจาง | 2.66 (2.15 – 3.27)* | 2.17 (1.76 – 2.67)* |
| 2. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ | | |
| อายุครรภ์เมื่อคลอด | | |
| -อายุครรภ์ <36 สัปดาห์ | 2.15 (1.78 – 2.60)* | 1.59 (1.31 – 1.92)* |
| -อายุครรภ์ >42 สัปดาห์ | 0.92 (0.52 – 1.52) | 1.19 (0.76 – 1.79) |
| วิธีคลอด (Mode of delivery) | | |
| -หัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอด | 0.71 (0.53 – 0.94) | 0.81 (0.62 – 1.05) |
| -ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง | 0.34 (0.28 – 0.41) | 0.44 (0.37 – 0.52) |
| น้ำหนักทารกแรกคลอด | | |
| < 2,500 กรัม | 4.36 (3.54 – 5.35)* | 1.61 (1.31 – 1.97)* |
| > 4,000 กรัม | 0.35 (0.09 – 0.91) | 0.77 (0.37 – 1.44) |
| ค่าเอปการ์ (Apgar score) | | |
| 1 นาที < 7 | 1.78 (1.33 – 2.36)* | 1.32 (0.97 – 1.77) |
| 5 นาที < 7 | 1.57 (1.12 – 2.16)* | 1.41 (1.00 – 1.93) |
| ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ | | |
| -ภาวะความดันสูงจากการตั้งครรภ์ | 1.15 (0.71 – 1.79) | 0.95 (0.58 – 1.49) |
| -ภาวะคลอดก่อนกำหนด | 2.16 (1.79 – 2.61)* | 1.59 (1.31 – 1.92)* |
| -ภาวะตกเลือดหลังคลอด | 1.17 (0.23 – 3.85) | 1.02 (0.20 – 3.34) |

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

แรกคลอได้น้อยกว่า 2,500 กรัม สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนทารกแรกเกิดค่าแอปการ์ที่ 1 นาทีและ 5 นาทีต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้นพบเฉพาะในกลุ่ม 1

วิจารณ์

จำนวนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นจากข้อมูลการคลอด 10 ปี ก่อน ซึ่งพบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร้อยละ 11.3 เป็นร้อยละ 15.0 ในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นในต่างประเทศเช่น สหรัฐอเมริกาคลดลงจากร้อยละ 11.7 เป็น 5.3 ในช่วงปี พ.ศ. 2533-2545 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2551⁽¹⁵⁾ พบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ร้อยละ 17.6 และโรงพยาบาลสุรินทร์ ปี พ.ศ. 2554⁽¹⁶⁾ พบร้อยละ 13.8 ซึ่งสูงเกินเป้าหมายร้อยละ 10 ของกรมอนามัย⁽³⁾ ในประเทศที่พัฒนาแล้วจะพบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ต่ำ และมีแนวโน้มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลงเนื่องจากการสอนเพศศึกษาที่มีประสิทธิภาพ และอัตราการเข้าถึงการคุมกำเนิดสูง ในการศึกษาที่ยังพบ แนวโน้มอุบัติการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงขึ้น อาจเนื่องจากสาเหตุหลายอย่าง เช่น การเข้าถึงการคุมกำเนิด ความรู้และทัศนคติในเรื่องเพศศึกษาของวัยรุ่นที่ไม่พร้อมเป็นต้น ซึ่งอาจได้ทำการศึกษาต่อไปในอนาคต

ลักษณะทางสูติกรรมที่พบในการศึกษานี้ การฝากครรภ์ไม่ได้คุณภาพตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก ในสตรีวัยรุ่นตอนต้น, กลางและปลาย มีความเสี่ยงสัมพัทธ์สูงกว่าสตรีวัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการไม่มาฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ล่าช้าอาจเกิดจากการปกปิดเนื่องจากครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้มารับการตรวจวินิจฉัยและฝากครรภ์ล่าช้า โดยพบว่าสตรีกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นและกลางยังคงเป็นสตรีในกลุ่มนักเรียนนักศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การไม่มาฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ล่าช้าในสตรีกลุ่มนี้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งต่างจากในกลุ่มสตรีวัยรุ่นตอนปลายที่มีประชากรส่วนหนึ่งมีครอบครัวและตั้งครรภ์โดยพึงประสงค์ ทำให้

การฝากครรภ์ล่าช้าในสตรีกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ไม่แตกต่างจากสตรีวัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญ

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนต้น, กลางและปลาย มีความเสี่ยงภาวะโลหิตจางมากกว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 2.66; 95%CI=2.15-3.27 และ OR 2.17; 95%CI=1.76-2.67 ตามลำดับ) ซึ่งคล้ายกับการศึกษาที่ผ่านมา^(5, 9, 15, 16, 18) โดยเชื่อว่าภาวะโลหิตจางเกิดจากสรีระวัยรุ่นที่กำลังเจริญเติบโตและต้องการสารอาหารปริมาณสูงเมื่อมีการตั้งครรภ์ความต้องการเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า นอกจากนี้วัยรุ่นยังมีพฤติกรรมการทานอาหารไม่เหมาะสมมีภาวะเลือกรับประทานทำให้เกิดภาวะขาดธาตุเหล็กอันเป็นสาเหตุภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์^(16,18)

ในการศึกษานี้พบผลการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้แก่ พบการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นในสตรีวัยรุ่นตอนต้นและกลาง ร้อยละ 28.1 และกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ร้อยละ 22.3 ซึ่งมากกว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 4.36; 95%CI=3.54-5.35 และ OR 1.61; 95%CI=1.31-1.97 ตามลำดับ) คล้ายการศึกษาที่ผ่านมา^(8-10,16) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นคือ การเจริญเติบโตไม่เต็มที่ของอวัยวะต่างในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น การถูกละเลยทางสังคม การใช้สารเสพติด การไม่ฝากครรภ์หรือการฝากครรภ์ไม่ดีพอและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์^(5,16)

พบการคลอดทารกน้ำหนักน้อย (<2,500กรัม) เพิ่มขึ้นสูงในสตรีวัยรุ่นตอนต้นและกลาง ร้อยละ 25.5 และกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ร้อยละ 19.2 ซึ่งมากกว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 2.15; 95%CI=1.78-2.60 และ OR 1.59; 95%CI=1.31-1.92 ตามลำดับ) คล้ายการศึกษาที่ผ่านมา^(7,8,16) ซึ่งอาจเกิดจากพบการคลอดก่อนกำหนดสูงในสตรีกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นและกลาง และกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย พบค่าแอปการ์ต่ำที่ 1 และ 5 นาทีในสตรีวัยรุ่นตอนต้นและกลาง สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.78; 95%CI=1.33-2.36 และ OR 1.57; 95%CI=1.12-2.16) แต่ในสตรีวัยรุ่นตอนปลายไม่พบความแตกต่างจากกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ปกติ

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนต้น, กลางและปลาย พบ

มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและการใช้หัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอดน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญ ตรงกับรายงานของ Konje JC et al⁽⁵⁾ รวมทั้งสัมพันธ์กับการศึกษาของ ยศ ตีระวัฒนานนท์และคณะ⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาหาสมการทำนายโอกาสการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยศึกษาปัจจัยต่าง ๆ พบว่าตัวแปรการฝากพิเศษมีค่า Odds ratio สูงที่สุดที่สามารถทำนายโอกาสการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าสตรีกลุ่มปกติมีการฝากครรภ์และฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้งสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งในสตรีกลุ่มปกติมักมีความพร้อมในด้านความต้องการมีบุตรที่มากกว่ามักมีการฝากครรภ์พิเศษสูงกว่าซึ่งน่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ในการวัยรุ่นมีความเสี่ยงสัมพันธ์ที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลการศึกษาแตกต่างจากบางรายงานที่ว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักเกิดปัญหาคลอดยาก (dystocia)⁽¹⁹⁾ จากศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับกระดูกเชิงกรานมารดาวัยรุ่นที่ยังขยายตัวไม่ดีพอและวัยรุ่นมักไม่ให้ความร่วมมือขณะคลอดทำให้มีการใช้หัตถการช่วยคลอดหรือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนหลายประการที่สูงกว่าและสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ดังนั้นควรมีการตระหนักถึงการป้องกันและดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในทุกด้าน การเน้นการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การรณรงค์ให้ตระหนักถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอด การเยี่ยมบ้านหลังคลอด ส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกได้ดียิ่งขึ้น

จากผลการศึกษาข้างต้นพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มตอนต้นและกลางมีความเสี่ยงสัมพันธ์ในการไม่ฝากครรภ์ ฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง ซึ่งถือเป็นการฝากครรภ์ด้วยคุณภาพ ภาวะโลหิตจาง ภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะทารกพร่องออกซิเจน (ค่าแอฟการ์ที่ 1 และ 7 นาที < 7) สูงกว่าสตรีกลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนปลายพบความเสี่ยงสัมพันธ์ในการไม่ฝากครรภ์ ภาวะโลหิตจาง ภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

สูงกว่าสตรีกลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญแต่มีความเสี่ยงสัมพันธ์ที่ต่ำกว่าในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นและกลาง

ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งสองกลุ่มจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายพิเศษ โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนต้นและกลาง ที่สังคมต้องให้ความสนใจ ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ตั้งแต่ การคุมกำเนิด เพศศึกษาที่ปลอดภัย รัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐมีนโยบายที่เหมาะสมทั้งเชิงรุกและรับในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เพราะการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นเรื่องแก้ไขได้ยากและมีความเชื่อมโยงกับทุกภาคส่วน ทั้งตัววัยรุ่น ครอบครัว โรงเรียน เพื่อน สังคม และเชื่อมโยงถึงภาคเศรษฐกิจ ระบบการศึกษา ค่านิยมในสังคม ดังนั้นการแก้ไขจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ซึ่งเป็นการศึกษาย้อนหลัง จึงมีข้อจำกัดของข้อมูลที่อาจไม่ครอบคลุมประเด็นทั้งหมด

สรุป

อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาพบได้ร้อยละ 15.0 กลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนต้นและกลางมีความเสี่ยงสัมพันธ์ในการฝากครรภ์ด้วยคุณภาพ ภาวะโลหิตจาง ภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะทารกพร่องออกซิเจน ส่วนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนปลายมีความเสี่ยงสัมพันธ์ในภาวะโลหิตจาง ภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Definitions, in Adolescent Pregnancy. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization Geneva. 2004: 5.
2. Phupong V, Aribarg A. Pediatrics and Adolescent Gynecology. In: Tantayaporn K, Limpongsanulak S, Tannirandom Y, Taneepanichkul S, Tresukosol D, editors. Textbook of Gynecology. 3rd ed. Bangkok :O.S. Printing House; 2001: p.30-45.
3. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554. แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-

2554. นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. Available at http://www.saiyairakhospital.com/newdemo/admin/user_report.html
 5. Konje JC, Palmer A, Watson A, Hag DM, Imrie A, Ewings P. Early teenage pregnancy in Hull. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 969-73.
 6. Otterblad Olausson PM, Cnattingius S, Haylund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Br J Obstet Gynecol* 1999; 106: 116-21.
 7. Alison M, John E. Association of young maternal age with adverse reproductive outcome. *N Engl J Med.* 1995; 322: 1113-7.
 8. Saeid B, Patrick M, Leroy J, Leon I. Birth to teenagers: trends and obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 668-74.
 9. รักษา บุญงาชาติ, สุธรรม ปิ่นเจริญ. มารดาวัยรุ่นครั้งแรกกับการกำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. *Songkla Med J* 1998; 16: 113-23.
 10. ฉวีวรรณ ธรรมชาติ, นางอุทุมพร ลิมสวัสดิ์, นางมลณี แสนใจ. การศึกษาลักษณะสำคัญของมารดาที่มีบุตรคนแรกขณะอายุต่ำกว่า 20 ปี, จังหวัดนครพนม. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2541; 4: 1-8.
 11. Lao TT, Ho LF. Obstetric outcome of teenage pregnancies. *Hum Reprod* 1998; 13: 3228-32.
 12. Chandra PC, Schiavello HJ, Ravi B, Weinstein AG, Hook FB. Pregnancy outcome in urban teenagers. *Int J Obstet Gynecol* 2002; 79: 117-22.
 13. Ziadeh S. Obstetric outcome of teenage pregnancies in North Jordan. *Arch Gynecol Obstet* 2001; 265: 26-9.
 14. Corde-Agudelo A, Belizan Jm, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 342-9.
 15. พิระยุทธ สานุกุล, เพ็ญจิตต์ ธารไพโรธฉาย. ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6. *Thai Pharm Health Sci J* 2008; 3: 97-102.
 16. ชวัมย์ สืบบุญการณ. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นในโรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ อนุรักษ์* 2554; 26: 124-38.
 17. Isaranurug S, Mo-suwan L, Choprapawon C. Differences in Socio-Economic Status, Service Utilization, and Pregnancy Outcomes between Teenage and Adult Mother. *J Med Assoc Thai* 2006; 89: 145-51.
 18. Gupta N, Kiran U, Bhal K. Teenage pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 137: 165-71.
 19. Aruda MM, McCabe M, Burke P, Litty C. Adolescent Pregnancy Diagnosis and Outcomes: A Six-Year Clinical Sample. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008; 21: 17-9.
 20. ยศศิริวัฒนานนท์, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, จงกล เลิศเรียรดำรง, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การทำนายโอกาสของการผ่าตัดคลอดบุตรสำหรับหญิงไทย กรณีศึกษา โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 29 แห่ง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2545; 11: 630-7.