

ชื่อผลงานเรื่อง การศึกษาสถานการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ตุลาคม 2547 – 30 กันยายน 2550

สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ 100 %

ผู้ร่วมจัดทำผลงาน (ถ้ามี)

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังเพื่อหาสถานการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2550 จากทารกเกิดมีชีพ 872 ราย พบว่าทารกเกิดมีชีพน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม 49 ราย ทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,000 – 1,500 กรัม (VLBW) 6 ราย ร้อยละ 12.24 ทารกน้ำหนัก 1,500 – 2,000 กรัม 43 ราย ร้อยละ 87.76 จำแนกตามประวัติการฝากครรภ์และการคลอด ดังนี้ มารดาฝากครรภ์ ร้อยละ 84.44 มารดาไม่ฝากครรภ์ ร้อยละ 15.56 ฝากครรภ์ครบคุณภาพ ร้อยละ 2.63 ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ ร้อยละ 52.63 มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 17.78 อายุครรภ์ที่คลอด < 37 สัปดาห์ ร้อยละ 60 อายุครรภ์ที่คลอด > 37 สัปดาห์ ร้อยละ 40 ครรภ์แรก ร้อยละ 51.11 ครรภ์หลัง ร้อยละ 48.89

ผลการศึกษาในครั้งนี้ ทำในกลุ่มวิชาการแม่และเด็กของโรงพยาบาลได้ทราบข้อมูลและสามารถนำมาเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา

บทนำ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (Low birth weight) คือ ทารกที่คลอดแล้ว น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม อาจเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด หรือมีภาวะการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth retardation) โดยที่เด็กมีภาวะชะงักในการเจริญเติบโต อาจเป็นเด็กคลอดก่อนกำหนด หรือคลอดครบกำหนดก็ได้ แต่พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย เป็นทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 70 และอีกร้อยละ 30 เป็นทารกที่มีปัญหาการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทำให้คลอดออกมาแล้ว ตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ (small for gestational age - SGA) สาเหตุของทารกน้ำหนักตัวน้อย อาจเกิดจากปัจจัยของมารดาเอง ที่มีปัญหาการศึกษาต่ำ ฐานะการเงินไม่ดี มีโรคประจำตัว ไม่มาฝากครรภ์ ปัจจัยจากตัวทารกที่มีปัญหาเอง ได้แก่ fatal distress, multigestation, chromosome disorder, chronic fetal infection, ความพิการแต่กำเนิด และทารกแฝด หรือจากปัญหาของรก ได้แก่ placenta previa, abruptio placenta, decrease placenta weight, decrease placenta surface area เป็นต้น ทารกที่คลอดแล้ว น้ำหนักตัวน้อยเหล่านี้ มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนระยะคลอดได้ง่าย และในการดูแลทารกเหล่านี้ อาจมีภาวะแทรกซ้อน บางคนอาจรอดชีวิตโดยมีสมองพิการ ตาบอด หูหนวก ซึ่งเป็นปัญหาถาวรจนโต ทำให้เป็นการเพิ่มภาวะค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษา เป็นปัญหาครอบครัว และสังคมในอนาคต ประมาณ 75% ของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด เกิดในกลุ่มทารกน้ำหนักน้อย หรือถ้ารอดตายในช่วงต้นของชีวิต ก็อาจมีปัญหาในด้านการเจริญเติบโต หรือพัฒนาการตามมา เช่น ปัญหาในด้านการเรียน การมองเห็น โรคทางเดินหายใจ โรคทางเดินอาหาร หรือการเป็นเด็กพิการ ปัญญาอ่อน ในประเทศไทย มีเด็กเกิดใหม่ปีละ 800,000 รายต่อปี และมีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยประมาณ ร้อยละ 9 เท่ากับมีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยปีละ 72,000 คน จะเห็นว่า

ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเด็กกลุ่มนี้ เป็นจำนวนสูงมาก และบางรายที่มีความพิการนั้น ต้องเป็นภาระแก่ครอบครัว และประเทศในการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต ครอบครัวที่มีลูกเป็นทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อย โดยเฉพาะทารกที่น้ำหนักน้อย มากกว่า 1,500-2,000 กรัม หรือน้อยกว่า ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ในการเลี้ยงดูและรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิด รวมทั้งมีภาระในการเลี้ยงดู หรือความพิการซ้ำซ้อนที่ตามมา ทารกน้ำหนักน้อยเป็นปัญหาที่สำคัญ ของงานอนามัยแม่และเด็ก ในประเทศไทย โดยเฉพาะทางภาคเหนือและภาคอีสาน กลุ่มชาวเขาฐานะยากจนพื้นที่เฉพาะ เช่น กลุ่มชนเร่ร่อน ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมาย ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่แผนฯ 7 จนถึงแผนฯ 9 (2535-2549) ที่จะลดอัตราการทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยให้มีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ไม่เกินร้อยละ 7 จะเห็นได้ว่า สถานการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ตั้งแต่ปี 2533 ถึงปี 2540 ลดลง จนใกล้เป้าหมาย คือ ร้อยละ 7.7 แต่เนื่องจากปี พ.ศ.2540 เป็นต้นมา ได้มีวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ ทำให้มีผลกระทบอย่างมาก ต่อการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และทารกแรกเกิด ทำให้อัตราเพิ่มขึ้น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลที่มีการดูแลด้านอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งมีทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ในปี 2548 2549 และ 2550 อยู่ในอัตราร้อยละ 6.89 7.39 และ 7.12 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย และเนื่องจากทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วยและการตายปริกำเนิดของทารก จึงทำให้ต้องมีการศึกษาสถานการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและการแก้ปัญหาในปีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2550
2. เพื่อนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้มาเป็นแนวทางในการหาวิธีลดอัตราการทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาโดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยเก็บข้อมูลจากใบย่อคลอดของมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่คลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2550

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน โดยแบ่งข้อมูลในการจัดเก็บเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของมารดา ได้แก่ อายุ อาชีพ ภูมิลำเนา และการศึกษา
2. ข้อมูลการฝากครรภ์ ได้แก่ การฝากครรภ์ ไม่ฝากครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ การฝากครรภ์ ครบ 4 ครั้งคุณภาพ จำนวนครรภ์ ผล Hct ระหว่างตั้งครรภ์
3. ข้อมูลการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ที่คลอด วิธีคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด

การประมวลผลข้อมูล

ใช้สถิติแบบพรรณนา วิเคราะห์โดยแสดงในรูปของการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการหาความสัมพันธ์ใช้ Chis – square โดย P – value < 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการดำเนินงาน / ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง พบว่าจากมารดาที่มาคลอดทั้งหมด 866 ราย มารดาที่คลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 45 ราย (ร้อยละ 5.20) และจากทารกเกิดมีชีพ 872 ราย พบทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 49 ราย (ร้อยละ 5.62)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของมารดา

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1.อายุ (ปี)		
< 20	9	20.00
$\geq 20 - 35$	30	66.66
> 35	6	13.33
2. อาชีพ		
แม่บ้าน	4	8.89
นักเรียน/นักศึกษา	10	22.22
ค้าขาย	2	4.44
เกษตรกร	1	2.22
รับจ้าง	28	62.22
รับราชการ	0	0
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	0	0
3. ภูมิลำเนา		
จ.นครราชสีมา	39	86.67
จ.อื่นๆ	6	13.33
4. การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	2.22
ประถมศึกษา	2	4.44
มัธยม/ปวช.	40	88.89
ปริญญาตรี	2	4.44
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0

ผลการศึกษาพบว่าอายุของมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม แบ่งได้ดังนี้ มารดาอายุ $\geq 20 - 35$ ปี 30 ราย (ร้อยละ 66.66) มารดาอายุ < 20 ปี 9 ราย (ร้อยละ 20) มารดาอายุ > 35 ปี 6 ราย (ร้อยละ 13.33) อาชีพของมารดา ได้แก่ รับจ้าง 28 ราย (ร้อยละ 62.22) นักเรียน / นักศึกษา 10 ราย (ร้อยละ 22.22) แม่บ้าน 4 ราย (ร้อยละ 8.89) เกษตรกร 1 ราย (ร้อยละ 2.22) ภูมิลำเนาของมารดาในขณะตั้งครรภ์ จังหวัดนครราชสีมา 39 ราย (ร้อยละ 86.67) จังหวัดอื่นๆ 6 ราย (ร้อยละ 13.33) จำแนกตามการศึกษา ได้ดังนี้ มัธยม / ปวช. 40 ราย (ร้อยละ 88.89) ประถมศึกษา 2 ราย (ร้อยละ 4.44) ปริญญาตรี 2 ราย (ร้อยละ 4.44) ไม่ได้เรียนหนังสือ 1 ราย (ร้อยละ 2.22) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ข้อมูลการฝากครรภ์

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. การฝากครรภ์		
ฝากครรภ์	38	84.44
ไม่ฝากครรภ์	7	15.56
2. สถานที่ฝากครรภ์		
รพ.ส่งเสริมสุขภาพ	29	76.32
รพ.อื่นๆ	9	23.68
3.การฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง		
ใช่	18	47.36
ไม่ใช่	20	52.63
4. จำนวนครรภ์		
ครรภ์แรก	23	51.11
ครรภ์หลัง	22	48.89
5.ผล HCT ระหว่างตั้งครรภ์		
< 33 %	8	17.78
≥ 33 %	37	82.22

ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีประวัติการฝากครรภ์ดังนี้ ฝากครรภ์ 38 ราย (ร้อยละ 84.44) ไม่ฝากครรภ์ 7 ราย (ร้อยละ 15.56) การฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งคุณภาพ 18 ราย (ร้อยละ 47.36) ฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้งคุณภาพ 20 ราย (ร้อยละ 52.63) มารดาที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 29 ราย (ร้อยละ 76.32) โรงพยาบาลอื่น 9 ราย (ร้อยละ 23.68) จำนวนครรภ์ ที่คลอดครรภ์นี้ ครรภ์แรก 23 ราย (ร้อยละ 51.11) ครรภ์หลัง (ร้อยละ 48.89) ผล Hct ระหว่างตั้งครรภ์ < 33 % 8 ราย (ร้อยละ 17.78) ผล Hct ระหว่างตั้งครรภ์ ≥ 33 % 37 ราย (ร้อยละ 82.22) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ข้อมูลการคลอด

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. อายุครรภ์ที่คลอด		
< 37 สัปดาห์	27	60
\geq 37 สัปดาห์	18	40
2. วิธีคลอด		
NL	39	86.67
V/E	0	0
F/E	0	0
C/S	6	13.33
3. น้ำหนักทารกแรกเกิด		
< 1,000 กรัม	0	0
1,000 - 1,500 กรัม	6	12.24
1,500 - 2,500 กรัม	43	87.76

จากผลการศึกษาพบว่ามารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม แยกตามข้อมูลการคลอดดังนี้ อายุครรภ์ที่คลอด < 37 สัปดาห์ 27 ราย (ร้อยละ 60) อายุครรภ์ \geq 37 สัปดาห์ 18 ราย (ร้อยละ 40) วิธีการคลอด คลอดปกติทางช่องคลอด (NL) 39 ราย (ร้อยละ 86.67) ผ่าเอาเด็กออกจากหน้าท้อง (C/S) 6 ราย (ร้อยละ 13.33) และทารกแรกเกิดแยกตามน้ำหนักตัวน้อยดังนี้ น้ำหนักแรกเกิด < 1,000 กรัม (ELBW) 0 ราย น้ำหนักแรกเกิด 1,000 - 1,500 กรัม (VLBW) 6 ราย (ร้อยละ 12.24) น้ำหนักแรกเกิด 1,500 - 2,500 กรัม 43 ราย (ร้อยละ 87.76) ดังตารางที่ 3

สรุปและอภิปรายผล

ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย เป็นสาเหตุสำคัญ ในการเจ็บป่วยและตาย ทารกเหล่านี้ อาจเป็นทารก คลอดก่อนกำหนด หรือครบกำหนดแต่ตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ก็ได้ ทารกน้ำหนักตัวน้อยเหล่านี้ เมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ก็อาจ มีภาวะแทรกซ้อนได้มากมาย ในการศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ครั้งนี้ พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เกิดมาจาก มารดาที่ฝากครรภ์ 38 ราย (ร้อยละ 84.44) ไม่ฝากครรภ์ 7 ราย (ร้อยละ 15.56) และเป็นการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งคุณภาพ 18 ราย (ร้อยละ 47.36) ฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้ง คุณภาพ 20 ราย (ร้อยละ 52.63) ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อย ได้แก่ การไม่มาฝากครรภ์ ซึ่งมีโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย 3.35 เท่า จากรายงานของ Palo P.⁽¹⁾ ได้ศึกษาถึงความสำคัญของการฝาก ครรภ์ พบว่า การฝากครรภ์ที่ดีจะช่วยลดปัญหาของทารกแรกเกิด ที่ตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ (Small for gestational age) ลง

ได้ และถ้าทราบล่วงหน้าว่า ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ ก็จะมีการเตรียมการคลอดที่ดีไว้ เพราะเด็กที่ตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ มักมีภาวะ fetal distress และมีภาวะเป็นกรด ทำให้การคลอดแล้วเกิดภาวะขาดออกซิเจนระยะคลอดได้ การฝากครรภ์ตามปกติทั่วไป จะสามารถตรวจพบทารกที่ตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ได้ร้อยละ 14⁽²⁾ ดังนั้น ถ้ามีการเพิ่มประสิทธิภาพของการฝากครรภ์ในปัจจุบัน ก็จะช่วยลดปัญหาทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ลงได้ และจากการศึกษาของ Coria soto⁽³⁾ IL และคณะ พบว่า การฝากครรภ์ที่ประกอบด้วย การวัดความดันโลหิต วัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจอุ้งเชิงกราน จะสามารถลดการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยลงได้ร้อยละ 18 มีรายงานในประเทศฝรั่งเศส⁽⁴⁾ พบว่า มารดาที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง และมาฝากครรภ์เมื่อตั้งครรภ์ 6 เดือนไปแล้ว มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่าคนที่มาฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป 3.3-5.8 เท่า และการฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 2 และ 3 ที่ดี จะช่วยลดการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อยลงได้อย่างชัดเจน^(5,6) ปัจจัยเรื่องภาวะซิดของมารดา ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงอีกปัจจัยหนึ่ง ที่พบในการศึกษาครั้งนี้ โดยพบว่า ผล Hct ระหว่างตั้งครรภ์ < 33 % 8 ราย (ร้อยละ 17.78) ผล Hct ระหว่างตั้งครรภ์ \geq 33 % 37 ราย (ร้อยละ 82.22) มีการศึกษาพบว่า ภาวะซิดทำให้มารดา คลอดน้ำหนักตัวน้อยได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁷⁻⁸⁾ ภาวะซิดของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก และขาดโฟเลต⁽⁷⁻⁹⁾ ซึ่งได้จากอาหารไม่เพียงพอ อาจเกิดจากมารดามีบุตรหลายคน มีลูกถี่เกินไป (ควรวินระยะห่างการตั้งครรภ์ 24 เดือน) การฝากครรภ์ที่ไม่ดี มารดาขาดอาหาร สูบบุหรี่ หรือการติดเชื้อมาเลเรีย ในไตรมาสแรกนั้น มารดาไม่ควรมีฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัม และในไตรมาสที่ 2 และ 3 ไม่ควรน้อยกว่า 10 กรัม⁽¹¹⁾ ถ้าซิดมาก ทารกอาจเสียชีวิตได้ การที่มารดาซิดจะไปลด fetal iron store ของทารกที่เกิดมาในขวบปีแรก⁽¹²⁾ และทำให้ทารกเกิด Iron deficiency anemia มีการศึกษาที่แสดงว่า มารดาที่ซิด ฮีโมโกลบินน้อยกว่า 8.9 กรัม เสี่ยงที่จะเกิดการคลอดผิดปกติมากกว่า คนที่ฮีโมโกลบินมากกว่า 11 กรัม 4-6 เท่า⁽¹³⁾ และยังเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย และเพิ่มอัตราการตายในทารก อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁹⁻¹⁰⁾ และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า มารดาตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น ได้แก่ มารดาอายุ < 20 ปี 9 ราย (ร้อยละ 20) คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ในปัจจุบันพบว่า วัยรุ่นมีโอกาสตั้งครรภ์ง่ายขึ้น จากภาวะในปัจจุบัน ที่โภชนาการดีขึ้น เด็กตัวโตเร็วขึ้น ใกล้ชิดกับเพื่อนต่างเพศง่ายขึ้น สภาพสังคม และชุมชนที่เปลี่ยนไป ค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง ขาดความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องเพศ ไม่รู้จักคุมกำเนิดเมื่อตั้งครรภ์ การดูแลตนเองและบุตรในครรภ์ก็ไม่ดี ระหว่างตั้งครรภ์ก็เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง โรคไต เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด มารดาและทารกอาจเสียชีวิตได้ มากกว่ามารดาที่ไม่ใช่วัยรุ่น^(14,15-19) และเมื่อมารดาวัยรุ่นคลอดทารกออกมา ก็พบว่า มีโอกาสจะเกิดทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย หรือตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ สูงกว่ามารดาที่ไม่ได้เป็นวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁵⁻¹²⁾ สาเหตุก็เพราะว่า

1. ตัวมารดา และทารกในครรภ์ต่างก็แย่งอาหารซึ่งกันและกัน⁽¹⁹⁾ ตัวมารดาเองก็ยังต้องการการเจริญเติบโตอยู่ เนื่องจากยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ มีรายงานเกี่ยวกับการเจริญเติบโต ของมารดาในขณะตั้งครรภ์ โดยวัดระดับ Leptin⁽²²⁾ ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เด็กวัยรุ่นสูง และน้ำหนักเพิ่มขึ้น ในมารดาวัยรุ่นเหล่านี้ จะหลังออกมาก โดยเฉพาะเมื่อตั้งครรภ์ 28 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับมารดาที่ไม่ใช่วัยรุ่น สารเหล่านี้จะมีระดับปกติ นอกจากนั้น สารนี้ยังป้องกันไม่ให้มีการสลายไขมันที่สะสมไว้ไปใช้อีก จึงทำให้ทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นตัวเล็ก

2. สารอาหารพวก micronutrient ในมารดาวัยรุ่นมีไม่เพียงพอ
3. มีการติดเชื้อ และเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ได้ง่าย

ทั้งหมดนี้อาจทำให้มีปัญหาาระหว่างคลอด เกิดภาวะเจ็บป่วย และการตายของทารกเพิ่มขึ้น ในแต่ละปีของประเทศที่กำลังพัฒนา จะมีมารดาวัยรุ่นประมาณ 13 ล้านคน⁽¹⁴⁾ มารดาเหล่านี้ยังเด็ก ขาดความรับผิดชอบ คุณกำเนิดได้ไม่ดี มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำอีก และทารกที่คลอดออกมาก็จะมีปัญหาเรื่อง น้ำหนักตัวน้อย หรือคลอดก่อนกำหนด ซึ่งทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนระยะคลอดได้บ่อย ซึ่งจะมีปัญหาอื่นๆ ตามมาภายหลังอีกมากมาย และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า มารดาที่คลอดเป็นครรภ์แรก ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 23 ราย (ร้อยละ 51.11) ซึ่งอาจเกิดจากการขาดประสบการณ์ในการดูแลตนเองหรือเป็นครรภ์แรกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นรวมอยู่ด้วย ซึ่งถ้าเป็นครรภ์แรก การฝากครรภ์อาจต้องดูแลเป็นพิเศษ

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังดังนั้นข้อมูลที่ได้จึงได้แต่ข้อมูลที่บันทึกไว้เท่านั้น ปัจจัยอื่นๆ เช่น เศรษฐฐานะของมารดา ภาวะโภชนาการของมารดาจึงไม่มีข้อมูลซึ่งก็จะเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งต่อไป ที่จะต้องนำมาวิเคราะห์ด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ก็ได้ข้อมูลเป็นบรรทัดฐาน สำหรับเป็นแนวทางในการแก้ไข ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในครั้งนี้ งานวิชาการแม่และเด็กของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ก็จะใช้เป็นแนวทางในการแก้ไข ปรับปรุงการทำงาน เพื่อลดปัญหาการขาดออกซิเจนระยะคลอด และปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ภายในโรงพยาบาลต่อไป

การนำไปใช้ประโยชน์

1. นำไปวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยในปีงบประมาณต่อไป
2. เป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาล

ความยุ่งยากในการดำเนินงาน

1. การลงข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยไม่ครบถ้วน
2. ลายมือของเจ้าหน้าที่เมื่อลงบันทึกข้อมูลไม่ชัดเจน และอ่านยาก

ข้อเสนอแนะ / วิจารณ์

1. ควรมีการเก็บข้อมูลและนำมาวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง
2. มีแนวทางพิเศษเพิ่มขึ้นกว่า การฝากครรภ์ตามปกติ สำหรับมารดากลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้แก่ มารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และมากกว่า 35 ปี
3. วิเคราะห์สาเหตุของการไม่มาฝากครรภ์ โดยสอบถาม และบันทึกเก็บข้อมูลจากมารดา ที่ไม่มาฝากครรภ์ในเด็กผู้ป่วยหลังคลอด แล้วนำมาวิเคราะห์ปัญหา

4. ประชุมคณะทำงานแม่และเด็ก และผู้เกี่ยวข้องหากิจกรรมเชิงรุก เข้าไปในโรงเรียนมัธยม เพื่อให้มีความรู้ เรื่องการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ

นายแพทย์สุเทพ เพชรมาศ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา

แพทย์หญิงนงนุช ภัทรอนันตคนพ รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้านวิชาการแม่และเด็ก

คุณสุรจิตยา ค้อยสมบัติ รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้านบริการ

ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้และให้การช่วยเหลือในทุกๆด้าน

แพทย์ และ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมาทุกท่านที่มีส่วนช่วยในการ

ดูแลผู้ป่วยและบันทึกข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Palo P. Significance of antenatal detection and the choice of the delivery place of severity small for gestational age fetuses. Am J Perinatal. 1992 May;9(3):135-8.
2. Backe B, Nakling J. Effectiveness of antenatal care: a population based study. Br J Obstet Gynaecol. 1993 Aug;100(8):727-32.
3. Coria soto IL, Bodadilla JL, Notzon F. The effectiveness od antenatal care in preventing intrauterine growth retardation and low birthweight due to preterm delivery. Int J Qual Health Care. 1996 Feb;8(1):13-20.
4. Blondel B, Marshall B. Poor antenatal care in 20 French districts: risk factors and pregnancy outcome. J Epidemiol Community Health. 1998 Aug;52(8):501-6.
5. Ahmed FU, Das AM: Bacterial effects. Three ANC visits might be the divergent point in lowering low birth babies. Bangladesh. Integration. 1992 Aug;(33):50-3.
6. Hueston WI, Gilbert GE, Davis L, Sturgill V. Delayed prenatal care and the risk of low birth weight delivery. J community Health. 2003 Jun;28(3):199-208.
7. Marchant T, Armstrong Schellenberg JR, Edgar T, et al. Anemia during pregnancy in southern Tanzania. Ann Trop Med Parasital. 2002 Jul;96(5):477-87.
8. Bondevik GT, Lie RT Ulstein M, Kvale G. Maternal hematological Status and risk of low birth weight and preterm delivery in Nepal. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001 May;80(5):402-8.

9. Chang SC, O' Brien KO, Nathanson MS, Mancini J, Witter FR. Hemoglobin concentration influence birth outcome in pregnant African American adolescents. *J Nutr.* 2003 Jul;133(7):2348-55.
10. Khalida H, Shah GN, Farooq F. Some obstetric and foetal correlations in association with anemia in pregnancy. *Indian J Matern child Health.* 1997 Apr-Jun;8(2):48-50.
11. Sifakis S, Pharmakides G. Anemia in pregnancy. *Ann N Y Acad Sci.* 2000;900:125-36.
12. Allen LH. Anemia and Iron deficiency: effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr.* 2000 May;71(5 suppl):1280S-4S.
13. Malhotra M, Sharma JB, Batra S, Sharma S, Murthy NS Arora R. Maternal and perinatal outcome in varying degree of anemia. *Int J Gynaecol Obstet* 2002 Nov;79(2):93-100.
14. Monroy De velasco A. Consequences of early childbearing. *Draper Fund Rep.* 1982 Dec;(11):26-27.
15. Treffers pregnancy and childbirth. *Int J Gynecol obstet.* 2001 Nov;75(2):111-21.
16. Chauliac M, Raimbault AM. Adolescent pregnancy. *Dev Sante.* 1992;(98):23-25.
17. Gortzak-Uzan L, Hallak M, Katz M, Shoham - Vardi L. Teenage pregnancy : risk factors for adverse perinatal outcome. *J Matern Fetal Med.* 2001 Dec;10(6):393-7.
18. O Igwegbe G O Udigwe A. Teenage pregnancy : Still and obstetric risk. *J Obstet Gynaecol.* 2001;21(5):478-481.
19. Haaga JG. How are young maternal age and primi parity related to infant health? *Malays J Report Health.* 1989 Jun;7(1):27-40.
20. Combs - orme T. Health effects of adolescent pregnancy : implications for Social workers. *Fam Soc.* 1993 Jun;74(6):344-54.
21. Burt MR. Public costs and policy implications of Teenages Childbearing. *Adv Adolesc Mental Health.* 1990;4:265-80.
22. School TO, Stein TP, Smith WK. Leptin and maternal growth during adolescent pregnancy. *Am J Clin Nutr.* 2000 Dec;72(6):1542-7.
23. วราภรณ์ แสงทวีสิน. Low Birth Weight Infants. ใน : ปัญหาทารกแรกเกิด. วิไล ราตรีสวัสดิ์ และสุนทร อ้อเผ่าพันธุ์ บรรณาธิการ. บริษัท ดีไซน์ จำกัด กรุงเทพมหานคร หน้า 69-81, 2540.
24. สมบูรณ์ ขอสกุล และคณะ : ปฏิญญาสากลเพื่อเด็ก. วารสารเพื่อนสุขภาพ. 10 (2) : 3-6,2541.