

# ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ การใช้บริการสุขภาพ และผลลัพธ์ของการมีครรภ์ ระหว่างมารดาวัยรุ่น กับมารดาผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ศรีสมัย เชื้อชาติ\*

## บทคัดย่อ

การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ, การใช้บริการสุขภาพ และผลลัพธ์ของการมีครรภ์ของสตรีอายุ ๑๓-๑๕ ปี กับสตรีอายุ ๒๐-๒๕ ปี ที่ได้จากการสัมภาษณ์และจากเวชระเบียนของสตรีอายุ ๑๓-๒๕ ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงวันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๘ ถึงวันที่ ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๐, ได้มารดาวัยรุ่น ๑๕๐ ราย และมารดาผู้ใหญ่ ๒๕๕ ราย. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและนำเสนอเป็นจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, และใช้การทดสอบไค-สแควร์ หรือ Fisher's exact test ในการเปรียบเทียบสัดส่วนของข้อมูลมารดาทั้ง ๒ กลุ่ม. ตัวอย่างการศึกษากลุ่มมารดาวัยรุ่นมีอายุเฉลี่ย ๑๗.๕ ปี; ร้อยละ ๕๔.๐ มีอายุ ๑๘-๑๙ ปี และร้อยละ ๔.๑ มีอายุ ๑๓-๑๕ ปี. มารดาวัยรุ่นมีระดับการศึกษาสูงกว่า, แยกกันอยู่กับสามี, มีอาชีพไม่มั่นคง, รายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ และไม่มีบ้านเป็นของตัวเอง. ในสัดส่วนที่มากกว่ามารดาผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. การมาฝากครรภ์ครบ ๔ ครั้งตามเกณฑ์และการกินยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอพบในกลุ่มมารดาวัยรุ่นต่ำกว่ากลุ่มมารดาผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. มารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก มีความเครียด มีความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ และมีประวัติแท้งมากกว่ากลุ่มมารดาผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. สำหรับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์พบว่า มารดาวัยรุ่นมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างมีครรภ์โดยเฉพาะภาวะเลือดจาง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อย และทารกน้ำหนักตัวน้อย มากกว่ามารดาผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. เนื่องจากวัยรุ่นเป็นมารดาที่มีภาวะเสี่ยง ควรให้การดูแลก่อนคลอดเป็นพิเศษเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น. การส่งเสริมให้หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ในช่วงอายุที่เหมาะสมน่าจะช่วยลดภาวะเสี่ยงจากการมีครรภ์และการคลอดลงได้.

**คำสำคัญ:** มารดาวัยรุ่น, ผลลัพธ์ของการมีครรภ์, น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อย

\*กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

**Abstract**    **Difference in Socio-economic Status, Service Utilization, and Pregnancy Outcomes between Teenage and Adult Mothers**

Srisamai Chaechat\*

\*Department of Obstetrics and Gynecology, Samroiyod Hospital, Prachuap Kiri Khan Province

The objective of this study was to determine the differences in socio-economic status, service utilization, and pregnancy outcomes between teenage and adult mothers aged 20-25 years old. Data were collected by interviewing and reviewing the medical records of all mothers 13-25 years old who gave birth in Samroiyod Hospital, Prachuap Khiri Khan Province, during the period September 1, 2006 to August 31, 2007. The study consisted of 150 teenage mothers whose age was 13-19 years old and 255 mothers whose age was 20-25 years old. Descriptive statistics including proportion, mean, and standard deviation were used to present the analysis. The chi-square test or the Fisher's exact test was used to compare between the proportions of the two groups. Among the pregnant women giving birth in the hospital during the study period, 29.0 percent were teenage mothers. About 54.0 percent of the teenage mothers were 18-19 years old and 9.3 percent were between 13 and 15 years of age. Their mean age was about 17.5 years old. The teenage mothers had significantly higher educational levels than the adult cases. Insufficient earnings, no home of their own, and being separated were significantly more common in the teenage mothers than the adults. The proportions of teenage mothers completing the antenatal care of four visits and taking iron supplement tablets regularly were significantly lower than those of the adults. The teenage mothers were significantly more likely to be in their first and unplanned pregnancies and have a history of abortion than the adults. Stress was significantly more common in the teenage mothers than the adults. The teenage mothers significantly had a higher incidence of antenatal complications, including anemia and low weight gain during pregnancy, and low birth weight infants than the adult mothers. Good antenatal care should intensively be provided to these risky pregnancies. A reduction of the numbers of teenage pregnancies in the community is essential.

*Key words:* teenage mother, pregnancy outcome, low birth weight

**ภูมิหลังและเหตุผล**

การตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นเป็นภาวะวิกฤติที่หญิงวัยรุ่นมีครรภ์ต้องเผชิญ ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติเกี่ยวกับพัฒนาการทางด้านจิตใจ โดยความไม่พร้อมของวุฒิภาวะจะก่อให้เกิดความเครียด เนื่องจากต้องเตรียมตัวรับบทบาทใหม่ ซึ่งมีการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ และต้องพร้อมรับภาระในการรับผิดชอบอีกชีวิตหนึ่งที่จะเกิดมา. สำหรับในด้านพัฒนาการทางร่างกาย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมาทั้งต่อมารดาและทารก เนื่องจากเป็นการมีครรภ์ในขณะที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโต ซึ่ง Naeye เชื่อว่าการมีครรภ์ในวัยรุ่นนั้นมดลูกจะยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์และยังไม่สัมพันธ์กับฮอร์โมนของรังไข่ จึงเป็นการเสี่ยง

อันตรายทั้งต่อมารดาและทารก ทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด<sup>(๑)</sup>. ผลต่อมารดาคือการเสี่ยงอันตรายต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และการไม่ได้สัดส่วนของทารกกับอุ้งเชิงกราน เพราะการเจริญเติบโตของกระดูกเชิงกรานยังไม่สมบูรณ์. ส่วนผลทางด้านทารกพบว่าจะทำให้กำเนิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม และการคลอดก่อนกำหนดบ่อย อาจเป็นสาเหตุให้เด็กเสียชีวิตในระหว่างคลอดและหลังคลอดได้; โอกาสที่ทารกน้ำหนักตัวน้อยจะเสียชีวิตภายในขวบปีแรกหลังคลอดสูงเป็น ๓ เท่าของทารกน้ำหนักปกติ และทารกน้ำหนักตัวน้อยจะมีปัญหาในเรื่องความผิดปกติของระบบประสาท อาการชัก หูหนวก ตาบอด และพิการ มากกว่าทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า

๒,๕๐๐ กรัม<sup>(๒)</sup>.

การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยจากสังคมชนบทสู่สังคมเมืองเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีเทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น รวมทั้งกระแสวัฒนธรรมตะวันตก ซึ่งมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของมนุษย์เพิ่มขึ้น ทำให้วัยรุ่นมีอิสระทางเพศสัมพันธ์ และหญิงวัยรุ่นมีโอกาสตั้งครรภ์มากขึ้น. ในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่ออัตราการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นประมาณ ๑ ล้านคนในแต่ละปี<sup>(๓)</sup>. สำหรับประเทศไทยยังไม่มียุทธศาสตร์ที่แน่นอนเนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนหนึ่งจะสิ้นสุดลงด้วยการทำแท้ง. จากสถิติมารดาวัยรุ่นที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบมารดาวัยรุ่นร้อยละ ๒๐ ในพ.ศ. ๒๕๔๘ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๕ ในพ.ศ. ๒๕๔๙ ซึ่งแสดงว่ามารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๙ ที่กำหนดให้มีมารดาวัยรุ่นไม่เกินร้อยละ ๑๐<sup>(๔)</sup>. รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างของลักษณะสังคมและเศรษฐกิจ, การใช้บริการสุขภาพ และผลจากการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นอายุ ๑๓-๑๙ ปี เปรียบเทียบกับมารดาอายุ ๒๐-๒๕ ปี เพื่อทราบปัญหาของการมีครรภ์ในวัยรุ่น ภาวะแทรกซ้อน และผลการคลอดของมารดาวัยรุ่น และนำผลมาใช้เพื่อพัฒนางานบริการอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งป้องกันหรือลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดในมารดาวัยรุ่นต่อไป.

### ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเชิงวิเคราะห์นี้ทำโดยรวบรวมข้อมูลหญิงมีครรภ์อายุ ๑๓-๒๕ ปี ๔๐๕ รายที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงวันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๙ ถึงวันที่ ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ จากสมุดบันทึกการฝากครรภ์, บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและผลการคลอดและสภาพทารกจากเวชระเบียนรายงานการคลอด รวมทั้งการสัมภาษณ์เพิ่มเติม แล้วศึกษาเปรียบเทียบระหว่างมารดาวัยรุ่นอายุ ๑๓-๑๙ ปี จำนวน ๑๕๐ ราย กับมารดาผู้ใหญ่อายุ ๒๐-๒๕ ปี จำนวน ๒๕๕ ราย.

### ข้อมูลที่ได้รับรวบรวมและวิเคราะห์ ประกอบด้วย

๑. ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความมั่นคงของอาชีพ รายได้ และการมีบ้านเป็นของตนเอง.

๒. การได้รับบริการฝากครรภ์และประวัติการเจริญพันธุ์ ซึ่งได้แก่ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก, การได้ฝากครรภ์ครบ ๔ ครั้งตามเกณฑ์, การกินยาเสริมธาตุเหล็ก, การประเมินความเครียด, ลำดับการตั้งครรภ์, ความพร้อมของการตั้งครรภ์ และประวัติการแท้งหรือมีครรภ์ผิดปกติ.

๓. ผลของการมีครรภ์ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนในระยมีครรภ์และระยะคลอด, ลักษณะการคลอด, น้ำหนักทารกแรกคลอด, คะแนนเอพการ์ที่ ๕ นาที และสภาวะผิดปกติหลังคลอด.

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS เสนอจำนวน, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน. สำหรับการศึกษาระหว่างข้อมูลระหว่างกลุ่มมารดาวัยรุ่นและกลุ่มมารดาผู้ใหญ่ใช้สถิติการทดสอบไค-สแควร์ หรือ Fisher's exact test โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับค่าที่ ๐.๐๕.

### ผลการศึกษา

ในช่วงวันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๙ ถึง ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ มีหญิงมาคลอดที่โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ๕๑๗ ราย เป็นมารดาวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี รวม ๑๕๐ ราย (ร้อยละ ๒๙.๐) มารดาอายุ ๒๐-๒๕ ปี รวม ๒๕๕ ราย (ร้อยละ ๔๙.๓) และมารดาอายุมากกว่า ๒๕ ปี รวม ๑๑๒ ราย (ร้อยละ ๒๑.๗). สำหรับกลุ่มมารดาวัยรุ่นอายุเฉลี่ย ๑๗.๕ ปีและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๖ ปี มีอายุต่ำสุด ๑๓ ปี; ร้อยละ ๕๔.๐ มีอายุ ๑๘-๑๙ ปี และร้อยละ ๙.๓ มีอายุ ๑๓-๑๕ ปี.

เมื่อเปรียบเทียบสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจระหว่างมารดาวัยรุ่นกับมารดาผู้ใหญ่ พบว่ามารดาวัยรุ่นร้อยละ ๕๗.๓ มีระดับการศึกษาเท่ากับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือสูงกว่า ซึ่งมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ร้อยละ ๓๘.๕ อย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ. ส่วนสถานภาพสมรสพบว่า มารดาวัยรุ่นแยกกันอยู่ กับสามี ร้อยละ ๒๑.๓ มากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ ๗.๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. มารดาวัยรุ่นมีอาชีพที่ไม่มั่นคง รายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ และไม่มีบ้านเป็นของตัวเอง ใน สัดส่วนที่สูงกว่า มารดาวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ ๑).

สำหรับการฝากครรภ์พบว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างมารดาทั้งสองกลุ่ม. ส่วนการฝาก ครรภ์ครบ ๔ ครั้งตามเกณฑ์ และการกินยาเสริมธาตุเหล็ก อย่างสม่ำเสมอ พบในกลุ่มมารดาวัยรุ่นต่ำกว่ากลุ่มมารดาวัย ผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. มารดาวัยรุ่นร้อยละ ๒๙.๓ มีความเครียดสูงกว่าปรกติ เปรียบเทียบกับร้อยละ ๑๐.๒ ของมารดาวัยผู้ใหญ่ ความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. มารดา วัยรุ่นร้อยละ ๘๒.๗ ตั้งครรภ์แรกมากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่

(ร้อยละ ๒๔.๓) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. มารดาวัยรุ่นร้อยละ ๕๓.๓ มีความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ และร้อยละ ๘.๗ มี ประวัติแท้งหรือการตั้งครรภ์ผิดปกติ ซึ่งพบมากกว่ากลุ่ม มารดาวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ ๘.๗ และ ๒.๔ ตามลำดับ) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ ๒).

สำหรับภาวะแทรกซ้อนขณะมีครรภ์ พบว่ามารดาวัยรุ่น มีปัญหาระหว่างมีครรภ์ ร้อยละ ๔๐ มากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ ๑๕.๗ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. มารดาวัยรุ่นร้อยละ ๒๔ มีภาวะโลหิตจาง และร้อยละ ๑๓.๓ น้ำหนักตัวเพิ่มน้อย กว่า ๑๐ กิโลกรัม ซึ่งสูงกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ ๖.๓ และ ๗.๑ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. ส่วนลักษณะการ คลอดและภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด ไม่พบแตกต่างกัน (ตารางที่ ๓).

มารดาวัยรุ่นร้อยละ ๑๖ คลอดบุตรที่มีน้ำหนักน้อยกว่า

ตารางที่ ๑ สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ เปรียบเทียบระหว่างมารดาวัยรุ่นอายุ ๑๓-๑๙ ปี กับมารดาวัยผู้ใหญ่อายุ ๒๐-๒๕ ปี

สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ	มารดาวัยรุ่น ๑๕๐ คน		มารดาวัยผู้ใหญ่ ๒๕๕ คน		ค่าพี
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>การศึกษา</b>					
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	๖๔	๔๒.๖	๑๕๖	๖๑.๕	< ๐.๐๑
สูงกว่าหรือเท่ากับ มัธยมศึกษาตอนต้น	๘๖	๕๗.๓	๙๘	๓๘.๕	
<b>สถานภาพสมรส</b>					
แยกกันอยู่	๓๒	๒๑.๓	๑๘	๗.๑	< ๐.๐๑
อยู่ด้วยกัน	๑๑๘	๗๘.๗	๒๓๗	๙๒.๙	
<b>อาชีพ</b>					
ไม่มั่นคง	๑๕๐	๑๐๐.๐	๒๔๐	๙๔.๑	< ๐.๐๑
มั่นคง	๐	๐.๐	๑๕	๕.๙	
<b>รายได้ครอบครัว</b>					
ไม่เพียงพอ	๑๑๐	๗๓.๓	๑๖๐	๖๒.๗	๐.๐๓
เพียงพอ	๔๐	๒๖.๗	๙๕	๓๗.๓	
<b>มีบ้านเป็นของตัวเอง</b>					
ไม่มี	๑๓๕	๙๐.๐	๑๗๕	๖๘.๖	< ๐.๐๑
มี	๑๕	๑๐.๐	๘๐	๓๑.๔	

ตารางที่ ๒ การฝากครรภ์และประวัติการเจริญพันธุ์ ของมารดาวัยรุ่นและมารดาผู้ใหญ่

การได้รับบริการฝากครรภ์ /ประวัติการเจริญพันธุ์	มารดาวัยรุ่น ๑๕๐ คน		มารดาผู้ใหญ่ ๒๒๕ คน		ค่าพี
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)</b>					
< ๑๔	๕๖	๓๗.๓	๕๐	๓๕.๓	๐.๖๘
≥ ๑๔	๙๔	๖๒.๗	๑๖๕	๖๔.๗	
<b>ฝากครรภ์ครบ ๔ ครั้งตามเกณฑ์</b>					
ครบ	๑๑๒	๗๔.๖	๒๒๐	๙๖.๓	< ๐.๐๑
ไม่ครบ	๓๘	๒๕.๔	๓๕	๑๓.๗	
<b>การกินยาเสริมธาตุเหล็ก</b>					
สม่ำเสมอ	๑๒๐	๘๐.๐	๒๔๓	๙๕.๓	< ๐.๐๑
ไม่สม่ำเสมอ	๓๐	๒๐.๐	๑๒	๕.๓	
<b>การประเมินความเครียด</b>					
ปกติ	๑๐๖	๗๐.๗	๒๒๕	๙๙.๘	< ๐.๐๑
สูงกว่าปกติ	๔๔	๒๙.๓	๒๖	๑๑.๒	
<b>ลำดับการตั้งครรภ์</b>					
ครรภ์แรก	๑๒๔	๘๒.๗	๖๒	๒๗.๓	< ๐.๐๑
ครรภ์หลัง	๒๖	๑๗.๓	๑๖๓	๗๒.๗	
<b>ความพร้อมของการตั้งครรภ์</b>					
พร้อม	๗๐	๔๖.๗	๒๓๓	๙๙.๓	< ๐.๐๑
ไม่พร้อม	๘๐	๕๓.๓	๒๒	๙.๗	
<b>ประวัติการแท้งหรือตั้งครรภ์ผิดปกติ</b>					
ไม่มี	๑๓๖	๙๐.๖	๒๔๕	๙๗.๖	< ๐.๐๑*
มี	๑๔	๙.๔	๖	๒.๔	
- การแท้ง	๑๓	๘.๗	๕	๒.๐	
- ทารกตายในครรภ์	๑	๐.๗	๑	๐.๔	

\*เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่มี และกลุ่มที่มีประวัติการแท้งหรือตั้งครรภ์ผิดปกติ

๒,๕๐๐ กรัม แตกต่างกับร้อยละ ๕.๙ ของมารดาผู้ใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. ส่วนคะแนนแอฟการ์ที่ ๕ นาทิ และสภาพทารกผิดปกติหลังคลอด ไม่แตกต่างกันระหว่างมารดาทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ ๔).

## วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบมารดาวัยรุ่นถึงร้อยละ ๒๙ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้มี

มารดาวัยรุ่นไม่เกินร้อยละ ๑๐<sup>(๔)</sup> แสดงให้เห็นว่าความพยายามที่จะลดจำนวนมารดาวัยรุ่นอาจยังไม่มากพอ, โครงการต่าง ๆ อาจจะเริ่มกับวัยรุ่นล่าช้าเกินไป. จากการศึกษาที่พบมารดาวัยรุ่นอายุต่ำสุด ๑๓ ปี เพิ่งจบชั้นประถมศึกษาตอนปลาย จึงควรส่งเสริมความรู้เรื่องเพศศึกษา และวิธีการคุมกำเนิดแก่นักเรียนตั้งแต่เริ่มชั้นประถมศึกษาตอนปลาย. การพบมารดาวัยรุ่นในการศึกษานี้มีระดับการศึกษาสูงกว่ามารดาผู้ใหญ่ แตกต่างจากการศึกษาอื่นที่พบมารดาวัยรุ่นมีระดับการศึกษาต่ำ



ตารางที่ ๓ ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ของมารดาวัยรุ่น และมารดาผู้ใหญ่

ภาวะแทรกซ้อน	มารดาวัยรุ่น (๑๕๐ คน)		มารดาผู้ใหญ่ (๒๕๕ คน)		ค่าพี
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ผลต่อมารดาในระยะมีครรภ์</b>					
ไม่มี	๕๐	๖๐.๐	๒๑๕	๘๔.๓	< ๐.๐๑
มี*	๖๐	๔๐.๐	๔๐	๑๕.๗	
- ภาวะโลหิตจาง	๓๖	๒๔.๐	๑๖	๖.๓	
- ไข้หวัดในปัสสาวะ	๑	๐.๗	๑	๐.๔	
- โรคเบาหวาน	๑	๐.๗	๑	๐.๔	
- น้ำหนักเพิ่ม < ๑๐ กิโลกรัม	๒๐	๑๓.๓	๑๘	๗.๑	
- ไวรัสตับอักเสบบี	๒	๑.๓	๕	๒.๐	
- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	๑	๐.๗	๑	๐.๗	
<b>ผลต่อมารดาในระยะคลอด</b>					
ไม่มี	๑๓๖	๙๐.๖	๒๓๔	๙๑.๘	๐.๐๘
มี*	๑๔	๙.๔	๒๑	๘.๒	
- ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	๒	๑.๓	๒	๐.๘	
- เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	๓	๒.๐	๕	๑.๙	
- มีน้ำเดินก่อนกำหนด	๖	๔.๐	๖	๒.๔	
- รกเกาะต่ำ	๔	๒.๗	๒	๐.๘	
- ตกเลือดหลังคลอด	๑	๐.๗	๒	๐.๘	
<b>วิธีคลอด</b>					
ปรกติ	๑๔๓	๙๕.๓	๒๔๓	๙๕.๓	๐.๙๙
ผิปรกติ	๗	๔.๗	๑๒	๔.๗	
- ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	๗	๔.๗	๘	๓.๑	
- ช่วยคลอดท่าก้น	๐	๐.๐	๒	๐.๘	
- คลอดโดยใช้คีม	๐	๐.๐	๑	๐.๔	
- คลอดโดยใช้เครื่องดูด	๐	๐.๐	๑	๐.๔	

\*บางรายมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า ๑ อย่าง

กว่า<sup>(๕,๖)</sup>. ทั้งนี้อาจเนื่องเพราะในปัจจุบันมีการขยายโอกาสทางการศึกษามากขึ้น ทั้งระบบในโรงเรียนและนอกโรงเรียน.

ด้านสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจพบว่า มารดาวัยรุ่นมักมีรายได้ไม่เพียงพอ ไม่มีบ้านเป็นของตัวเอง และหลายรายแยกกันอยู่กับสามี ซึ่งแสดงว่ามารดาวัยรุ่นเหล่านี้อาจไม่ได้แต่งงาน ยังคงอาศัยอยู่กับพ่อแม่ และไม่มีงานทำ ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Otterblad-Olausson และคณะ<sup>(๗)</sup>. ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจอาจมีส่วนทำให้หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์บางราย พยายามสิ้นสุดการมีครรภ์ด้วยการทำแท้ง ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นอาจช่วยลดปัญหานี้ลงได้ ซึ่งควรดำเนินงานไปพร้อมกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย. การ

ตารางที่ ๔ เปรียบเทียบผลต่อทารกของมารดาวัยรุ่น และมารดาผู้ใหญ่

ผลต่อทารก	มารดาวัยรุ่น (๑๕๐ คน)		มารดาผู้ใหญ่ (๒๕๕ คน)		ค่าพี
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)					
< ๒,๕๐๐	๒๔	๑๖.๐	๑๕	๕.๕	< ๐.๐๑
≥ ๒,๕๐๐	๑๒๖	๘๔.๐	๒๔๐	๙๔.๕	
Apgar score ที่ ๕ นาที					
< ๘	๕	๓.๓	๖	๒.๔	๐.๕๔
≥ ๘	๑๔๕	๙๖.๗	๒๔๙	๙๗.๖	
สภาพผิดปกติหลังคลอด					
ไม่มี	๑๔๑	๙๔.๐	๒๔๑	๙๔.๕	๐.๘๖
มี	๙	๖.๐	๑๔	๕.๕	
- ขาดอากาศหายใจตอนคลอด	๔	๒.๗	๖	๒.๔	
- ไข้	๔	๒.๗	๖	๒.๔	
- เมโคเนียมขึ้นเหนียว	๑	๐.๗	๒	๐.๘	

รณรงค์ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนของเด็กวัยรุ่นและเด็กวัยรุ่น อาจช่วยลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลงได้บ้าง.

อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกของมารดาวัยรุ่นไม่แตกต่างจากมารดาผู้ใหญ่ แต่การมาฝากครรภ์ครบ ๔ ครั้งตามเกณฑ์ พบว่าต่ำกว่ามารดาผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา ล้อทวีสวัสดิ์<sup>(๘)</sup>. การที่มารดาวัยรุ่นกินยาเสริมธาตุเหล็กไม่สม่ำเสมอ จึงมีภาวะโลหิตจาง และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อยกว่า ๑๐ กิโลกรัมในช่วงมีครรภ์ มากกว่ามารดาผู้ใหญ่ ซึ่งแสดงว่ามารดาวัยรุ่นขาดความเอาใจใส่ในการดูแลตัวเองทางด้านโภชนาการ และไม่ได้ให้ความสำคัญแก่การกินยาเสริมธาตุเหล็ก รวมทั้งส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรกทำให้ยังขาดประสบการณ์ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ความรู้ทางด้านโภชนาการ, ประโยชน์ของยาเสริมธาตุเหล็ก และการดูแลตัวเองอย่างถูกต้อง แก่มารดาวัยรุ่นให้มากขึ้น. สำหรับการประเมินระดับความเครียดด้วยตัวเองพบว่ามารดาวัยรุ่นมีความเครียดสูงกว่าปรกติมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ ทั้งนี้อาจ

เนื่องจากความไม่พร้อมของวุฒิภาวะ ซึ่งควรได้รับคำปรึกษาแนะนำจากนักจิตวิทยาเพื่อคลายความเครียด ไม่เช่นนั้นอาจเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดตามมาได้. มารดาวัยรุ่นมักเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก และไม่มีความพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ ส่วนมารดาวัยรุ่นครรภ์หลังมีประวัติการแท้งมาก่อนมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ถึง ๔ เท่า ซึ่งแสดงว่าการตั้งครรภ์ครั้งแรกในวัยรุ่นดังกล่าวอาจสิ้นสุดลงด้วยการทำแท้ง ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้และการให้บริการคุมกำเนิดที่เหมาะสมน่าจะมีประโยชน์ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ถัดไปในกรณีที่ยังไม่พร้อม.

สำหรับภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดและลักษณะการคลอดไม่แตกต่างระหว่างมารดาวัยรุ่นกับมารดาผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรักชาติ บุหงาชาติ<sup>(๙)</sup>. ส่วนผลต่อทารกพบว่ามารดาวัยรุ่นคลอดทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยสูงกว่ามารดาผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาส่วนใหญ่<sup>(๑๐,๑๑)</sup> ทั้งนี้เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมักมีรูปร่างเล็กยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่, มีปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ, ขาด



บริการฝากครรภ์ รวมทั้งขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตัวเองและทารกในครรภ์ ทำให้ภาวะโภชนาการไม่ดี มีอาหารไปเลี้ยงทารกไม่เพียงพอ และส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักตัวน้อยได้.

### สรุป

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังพบมากอยู่ และมักมีปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในช่วงมีครรภ์ และทารกแรกเกิดมีโอกาสที่จะมีน้ำหนักตัวน้อย. ฉะนั้นมารดาวัยรุ่นจึงจัดเป็นมารดาที่มีภาวะเสี่ยง ควรให้การดูแลก่อนคลอดเป็นพิเศษเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งควรให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะมีครรภ์ และประโยชน์ของการมารับบริการฝากครรภ์. การส่งเสริมให้หญิงวัยรุ่นได้มีการตั้งครรภ์ในช่วงอายุที่เหมาะสมจะช่วยลดภาวะเสี่ยงจากการมีครรภ์และการคลอด.

### กิตติกรรมประกาศ

คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กประจำโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่ห้องคลอด และนายแพทย์วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์ ได้กรุณาเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำงานการศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี.

### เอกสารอ้างอิง

๑. Naeye RL. Teenage and pre-teenaged pregnancies: consequences of the fetal-maternal complication for nutrients. *Pediatrics* 1981; 67: 146-50.
๒. สุวชัย อินทรประเสริฐ. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ใน: กำแหง จาตุรจินดา, สมพล พงศ์ไทย, สมศักดิ์ ตั้งตระกูล, สมาน ภิรมย์สวัสดิ์, อร่าม โรจน์สกุล (บรรณาธิการ). *สูติศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ ๑.* กรุงเทพมหานคร: O.S. Printing House; ๒๕๓๐. หน้า ๕๑๑-๒๒.
๓. May KA, Malmeister LR, editors. *Maternal and neonatal nursing: family center care.* 3rd ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1994. p. 197-211.
๔. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๕. *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙.* วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๔: ๔๕-๑๖๗.
๕. East PL, Felice ME. Outcomes and parent-child relationships of former adolescent mothers and their 12-year-old children. *J Dev Behav Pediatr* 1990; 11: 175-83.
๖. Jimenez MA, Martin AR, Garcia JR. Comparing the biological and psychosocial risks of pregnancy between groups of adolescents and adults. *Eur J Epidemiol* 2000; 16: 527-32.
๗. Otterblad-Olausson P, Cnattingius S, Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Br J Obstet Gynecol* 1999; 106: 116-21.
๘. สุจิตรา ลือทิวสวัสดิ์. ภาวะแทรกซ้อนและผลการคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลมารชากรราชสีมา ปี พ.ศ. ๒๕๓๐. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และการวางแผนประชากร, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๓๒.
๙. รักชาติ นุหงาชาติ, สุธรรม ปิ่นเจริญ. มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกับการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. *ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; ๒๕๔๑.*
๑๐. Van Eyk N, Allen LM, Sermer M, Davis VJ. Obstetric outcome of adolescent pregnancies. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000; 13: 96.
๑๑. Gortzak-Uzan L, Hallak M, Press F, Katz M. Teenage pregnancy: risk factors for adverse perinatal outcome. *J Matern Fetal Med* 2001; 10: 393-7.