

**ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ปี พ.ศ. 2556**

ผู้ร่วมวิจัย : นางเริงฤทัย หลีเส้น, นายแพทย์ประวิทย์ ชัยกองเกียรติ,นางสมศรี ขุนตามา

บทคัดย่อ : การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study)

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

สถานที่ศึกษา : ห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

ประชากรที่ศึกษา : ได้แก่ มารดาคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 182 ราย

วิธีการวิจัย : เก็บข้อมูลกลุ่มศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2556 โดยใช้ข้อมูลจากสมุดจดคลอดของมารดาทุกคนที่คลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ยะลา และวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติวิเคราะห์ด้วยค่า Chi – Square Test

ผลการวิจัย : พบว่า มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 182 ราย ร้อยละ 8.74 ส่วนใหญ่เป็นมารดาคลอดทารกที่อายุ ระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 69.23 มีอาชีพรับราชการและพนักงานบริษัท ร้อยละ 57.69 ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 48.35 อาศัยอยู่ใน 3 จังหวัด ยะลา ปัตตานี นราธิวาส ร้อยละ 73.07 มารดาส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 68.13 ปัจจัยทางมารดาที่พบ ส่วนหนึ่งฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 31.3 มีส่วนน้อยที่ไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่ครบ ร้อยละ 30.76 มีส่วนสูงมากกว่า 150 เซนติเมตร ร้อยละ 85.71 มารดามีน้ำหนักเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กก. ร้อยละ 56.04 ขณะคลอดมารดาอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ร้อยละ 62.08 มีลูกห่างกันมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 92.30 มีระดับความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด น้อยกว่า 33 %. ร้อยละ 3.2 มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม คือ คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 37.9 น้ำเดินก่อนคลอด (PROM) ร้อยละ 6.5 มารดาคลอดทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ร้อยละ 6.04 ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 1.09 และภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ที่ 1 นาทีและ 5 นาที หลังคลอด ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่นอายุ อาชีพ การแท้ง ความสูง และวิธีคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย ผลการศึกษานี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานพัฒนาฐานและปรับปรุงการปฏิบัติงานได้มาตรฐานการดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็กให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยทารกน้ำหนักน้อย

บทสรุป : ถ้ามีการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการ ของสตรีก่อนตั้งครรภ์ และระหว่างตั้งครรภ์ อย่างเหมาะสม ร่วมกับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่สามารถป้องกันได้ น่าจะเป็นวิธีที่เหมาะสมในการลดอุบัติการณ์ การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เพื่อให้ลูกน้อยน้ำหนักดีชีวิตมีคุณภาพ

Abstract

Maternal Risk Factors of Low Birth Weight

Research Associate: Roengrutai leesen ,Dr. Pravitt chaikongkeat, Somsri kuntama

Objective : to identify maternal risk factors of newborns weighing less than 2,500 grams.

Study design: This was a descriptive study retrospectively reviewed. (Retrospective study)

Places to study: Health Promotion Hospital yala in delivery room. Health Centre in 12

Population: include maternal birth weight less than 2,500 g , 182 Case.

Materials and Methods : The study based was conducted during October 1th , 2012 To September 30th , 2013. Maternal can find the delivery records and patient records. Collected data form records. Data were analyzed using percentage.

Results : Found that the devil that birth weight infants less than 2, the 500 g were 182 cases were 8.74%, Most birth mothers aged 20-35 years 69.23 %, with civil servants and employees 57.69 %, Education Bachelor's degree or higher 48.35 %, live three provinces of Yala, Pattani, Narathiwat residents 73.07 %, mostly mothers after pregnancy 68.13 %,. Maternal factors that The risk factors of Early ANC 12 week and ANC 4 visits 31.3 %, of pregnancy and reaches the threshold. There are only a few No ANC prenatal 30.76 %, . Height over 150 cm in maternal 85.7 % weight gain during pregnancy less than 10 kg at birth 56.4 %, at birth mothers gestational age more than 37 week 62.08 % ,had a more than 2 years before the birth 92.30 %, the blood concentrations of less than 33%. 3.20 % Conditions. obstetric complications is premature 37.9 % . PROM 6.5 %, high blood pressure during pregnancy 1.09 % . Slow growth in the womb, birth mothers 6.04 % . Birth asphyxia between 1 minute and 5 minutes after birth , other factors such as age, occupation, height, and how birth abortion was not associated with birth weight less. The results of this study can be used as basic data base development and operational improvements in the standard of care for maternal and child to have better performance.

Conclusion : There should be more concerns for pre-pregnant and pregnant women with appropriate nutritional education and good supplement must be given to the mothers with poor weight gain. Also appropriate antenatal care is an essential factors to improve pregnancy outcome.

Keywords : Low birth weight, Risk factor

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ปี พ.ศ. 2556

1 บทนำ

1.1.ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low birth weight) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ปัญหาหนึ่งของประเทศไทย เนื่องจากน้ำหนักทารกแรกเกิดถือเป็นต้นทุนที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ โดยนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ ได้ให้ความสำคัญของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (2530-2534) ซึ่งกำหนดเป้าหมาย ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ไม่เกินร้อยละ 9 เมื่อสิ้นปี 2534 ผลการดำเนินการไม่ได้เป้าหมายโดยลดได้เหลือ 9.4 และ ตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 เป็นต้นมา ได้กำหนดเป้าหมายทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ไม่เกินร้อยละ 7 และจนถึงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (2545-2549) ก็ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งถือว่าเป็นดัชนีวัดผลกระทบของงานสาธารณสุข ดัชนีหนึ่ง

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีความเสี่ยงต่อการตายในระยะปริกำเนิดและระยะขวบปีแรกของชีวิต และยังมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ภาวะทุโภชนาการ พัฒนาการล่าช้าในทุกด้านมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,500 กรัม ขึ้นไป

การที่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยตาย ในสัดส่วนที่สูง ถือเป็นการตั้งครุฑที่สูญเปล่า ก่อให้เกิดความโศกเศร้าต่อครอบครัว มีผลกระทบต่อภาวะการณ์เจริญพันธุ์และเศรษฐกิจในภาพรวม นอกจากนี้ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยย่อมมีต้นทุนต่ำ จึงมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในระยะต่อมา ในสัดส่วนที่สูงกว่าเด็กที่มีน้ำหนักปกติ และต้องได้รับการเอาใจใส่ดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่ปกติ นอกจากนั้นทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาด้านการเรียน ทักษะทางสังคมมากกว่าเด็กน้ำหนักตัวปกติ

ผลกระทบดังกล่าว มักมีผลต่อเนื่องระยะยาว ซึ่งมีผลต่อความผาสุกของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ต้องใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่ำ ดังนั้นการป้องกันการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจึงเป็นสิ่งจำเป็น และการที่ป้องกันปัญหานี้ได้ จำเป็นต้องเข้าใจสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของจังหวัดยะลา มีคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดยะลา (MCH Borad) รับผิดชอบติดตาม วิเคราะห์และแก้ปัญหาที่มาโดยตลอด โดยผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2554 เท่ากับ ร้อยละ 8.41 สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ยะลา เท่ากับร้อยละ 8.76 ซึ่งเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ ไม่เกินร้อยละ 7 จึงยังถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดและประเทศ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทั้งในและต่างประเทศ ก็พบปัจจัยที่แตกต่างกันไปขึ้นกับบริบทของสังคมนั้น ๆ การศึกษาปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่และนำผลการศึกษามาใช้เพื่อลดอุบัติการณ์การคลอดทารกน้ำหนักน้อย (Low birth weight) แต่อุบัติการณ์การคลอดทารกน้ำหนักน้อยไม่มีแนวโน้มลดลง ผู้วิจัย สนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยทำการศึกษาที่ ห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา มุ่งหวังค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ (Preventive Factors) เพื่อนำปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้มาวางแผนการดูแลมารดาตั้งแต่ครรภ์ เพื่อลดจำนวนมารดาคลอดบุตรน้ำหนักน้อย และเพื่อลดอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา และประเทศต่อไป

1.2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงในมารดาต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย กว่า 2,500 กรัมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ยะลา จังหวัดยะลา

1.3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

- 1.เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนหาแนวทางป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยให้มีประสิทธิภาพ
- 2.เป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม
- 3.เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมเฝ้าระวังของบุคลากร เพื่อป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่มีประสิทธิภาพ

1.4. นิยามตัวแปร

1. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย(Low birth weight) หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัม
2. ทารกที่คลอดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์
3. ทารกที่คลอดครบกำหนด หมายถึง ทารกที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 37-42 สัปดาห์
4. ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุในครรภ์ (Small for Gestation Age : SGA) หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ ไทล์ ที่ 10 เมื่อเทียบกับทารกปกติที่มีอายุครรภ์เดียวกัน
5. ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักเหมาะสมกับอายุครรภ์ (Appropriate for Gestation Age : AGA) หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวเหมาะสมกับอายุในครรภ์ เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

6. ทารกแรกเกิดที่มีภาวะ การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth restriction : IUGR หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุในครรภ์ (Small for Gestation Age : SGA)

7. ทารกคลอดครบกำหนดที่มีภาวะ การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth restriction : IUGR) ในการศึกษาหมายถึง ทารกคลอดครบกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุในครรภ์

8. สตรีตั้งครรภ์มีภาวะ โลหิตจาง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า ร้อยละ 33

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

รักษาย นุหงาชาติ และ สุธรรม ปิ่นเจริญ (1) ศึกษาเปรียบเทียบอุบัติการณ์ ของการคลอด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของมารดาวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี กับมารดาวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20-29 ปี ที่คลอดที่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2537 พบว่า กลุ่มมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกมี อุบัติการณ์ของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คิดเป็นร้อยละ 12.2 สูงกว่ากลุ่มมารดาวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งมี อุบัติการณ์ เพียงร้อยละ 8.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการคลอด ทารกแรก เกิดน้ำหนักน้อย คือโรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะเลือดออกทางช่องคลอดจากรก เกาะต่ำ และรกคลอดตัวก่อนกำหนด ความพิการแต่กำเนิดของทารก การฝากครรภ์ น้อยครั้ง ลำดับครรภ์ จำนวนทารกในครรภ์ ประวัติการคลอดและการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติแล้ว พบว่าอุบัติการณ์ของการคลอดทารก แรกเกิดน้ำหนักน้อยในมารดาวัยรุ่นไม่สูงขึ้น กลับเป็นการฝากครรภ์ของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับมารดา วัยรุ่น ที่พบว่ามารดาวัยรุ่น มีอัตราการฝากครรภ์น้อยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบถึง 3 เท่า

นฤทธิ์ อันพร้อม(2) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยที่มาคลอดที่โรงพยาบาล พระนั่งเกล้า ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2537 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2538 เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ (Case control study) มีสตรีคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย 455 ราย เปรียบเทียบกับสตรีที่คลอดทารกแรกเกิด น้ำหนักปกติ จำนวน 910 ราย ซึ่งคลอดก่อนและหลังทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่นำมาศึกษาในสัดส่วน 1 ต่อ 2 พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คือ อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ การดื่มเหล้าสูบบุหรี่หรือติดสารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ของมารดาน้ำหนักมารดาขณะคลอดน้อยกว่า 60 กิโลกรัม ประวัติการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ประวัติการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ภาวะครรภ์เป็น พิษ ความเข้มข้นของเลือดขณะฝากครรภ์ครั้งแรก ต่ำกว่าร้อยละ 33 ของการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง ความสูง ของมารดาน้อยกว่า 150 เซนติเมตร ระยะห่างจากการตั้งครรภ์ครั้งก่อนน้อยกว่า 3 ปี น้ำหนักของมารดาขณะ ฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า 50 กิโลกรัม การตั้งครรภ์แรก มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี และมารดามีอาชีพรับจ้าง ส่วนระดับการศึกษาของมารดา รายได้ และเพศของทารกไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เต็มศรี ชำนิจารกิจ และคณะ(3) ทำการศึกษาแบบ Multicenter case control study ใน มารดาที่ให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2000 ราย พบว่าปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพของมารดา คือ น้ำหนัก

น้อยกว่า 45 กิโลกรัม มีความสัมพันธ์สูงสุด รองลงมา คืออายุของมารดาที่น้อยกว่า 18 ปี และ 35 ปี ขึ้นไป ลำดับครรภ์ที่ 1 หรือมากกว่าครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป มารดาต้องทำงานหนัก เช่น ทำไร่ทำนา น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม ความเข้มข้นของเลือดน้อย กว่าร้อยละ 30 ระยะห่างระหว่างครรภ์นี้กับการคลอดบุตรคนก่อนน้อยกว่า 12 เดือน ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด ความดันโลหิตสูง ไม่ฝากครรภ์ หรือฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง และประวัติการทำแท้งในอดีต

ปรีดา แด่อารักษ์ (4) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยวิธี Systematic random sampling ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2538 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2539 ในมารดา 243 คน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับน้ำหนักทารกแรกเกิด คือ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ อายุมารดา ความสูงของมารดา และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จะให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่ามารดาที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มารดาที่สูงน้อยกว่า 150 เซนติเมตร มีความเสี่ยงที่จะคลอดทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 3000 กรัม สูงเป็น 5 เท่าของมารดาที่มีความสูงตั้งแต่ 150 เซนติเมตรขึ้นไป มารดาที่ฝากครรภ์บ่อยครั้งกว่าจะคลอดทารกที่มีน้ำหนักมากกว่ามารดาที่ฝากครรภ์น้อยครั้งกว่า

เรณู ศรีสมิต และคณะ (5) ศึกษาแนวโน้มและปัจจัยเสี่ยงของทารกที่คลอดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) ที่โรงพยาบาลเชิงรยา ประชาณุเคราะห์ ระหว่าง พ.ศ. 2533 -2540 พบอัตราของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ 9.8 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คือ มารดาอายุน้อยกว่า 19 ปี และมากกว่า 35 ปี ครรภ์แรก อายุครรภ์น้อยกว่า 38 สัปดาห์ การไม่ฝากครรภ์ การตรวจพบว่ามารดามีผลบวกต่อการติดเชื้อ HIV และ VDRL

อจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์ (6) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่คลอดในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ระหว่างปี พ.ศ. 2537 – 2539 จำนวน 444 ราย พบอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ 8.2 ลักษณะมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อาชีพรับจ้างโรงงาน สมรสโดยไม่จดทะเบียน ครรภ์แรก มารดารูปร่างผอม ไม่ฝากครรภ์ หรือฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง อายุที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่า 12 สัปดาห์ ทารกน้ำหนักน้อยที่คลอดก่อนกำหนดจะพบในครรภ์แฝด และมีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์มากกว่า ส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่คลอดครบกำหนด พบในมารดาตัวเตี้ย และจำนวนครั้งในการฝากครรภ์มากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดาว เวียงคำ และคณะ (7) การศึกษาผลของน้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย แบบไม่สมอายุครรภ์ ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศึกษาโดยวิธี Hospital based matched case control study จำนวน 240 ราย แบ่งเป็นกลุ่มมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแบบไม่สมอายุครรภ์ และกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักปกติ กลุ่มละ 120 ราย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแบบไม่สมอายุครรภ์ ได้แก่ น้ำหนักมารดาที่เพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ น้ำหนักมารดาก่อนการตั้งครรภ์น้อยกว่า 44 กิโลกรัม น้ำหนักมารดาเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม ส่วนสูงน้อยกว่า 150 เซนติเมตรและเคยมีประวัติการคลอดน้ำหนักน้อย

ศิริกาญจน์ ลอยเมฆ และคณะ (8) ทำการศึกษาในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2544 – 31 มีนาคม พ.ศ. 2545 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ จำนวน 716 ราย พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยคือ มารดามีประวัติการคลอดทารกน้ำหนักน้อย น้ำหนักมารดาที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม การไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ 4 ครั้ง การคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ คลอดครรภ์แฝด ทารกมีความพิการแต่กำเนิดและรกมีน้ำหนักต่ำกว่า 500 กรัม

บรรจง ไวยเมธ (2540) (9) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวกับมารดาต่อน้ำหนักแรกเกิดของทารกในหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลปัตตานี จำนวน 307 ราย การศึกษาเป็นแบบอธิบาย (Explanatory research) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญในทิศทางแปรผันตามกัน ได้แก่ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักของมารดาก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์และระดับฮีมาโตคริต

สันสนีย์ หาญพินิจศักดิ์ (10) ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2546 – 30 กันยายน 2548 ในทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 279 ราย เปรียบเทียบกับทารกที่น้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม จำนวนเท่ากัน จากจำนวนผู้มาคลอดทั้งสิ้น 4,491 ราย รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ Case control study โดยเป็นทารกน้ำหนักน้อยที่น้ำหนักเหมาะสมกับอายุครรภ์ (Appropriate for gestational age) 207 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.2 และเป็นทารกที่น้ำหนักไม่เหมาะสมกับอายุครรภ์ (small for gestational age) 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.8 ทารกจำแนกตามอายุครรภ์พบว่าเป็นทารกคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ร้อยละ 31.9 และทารกที่คลอดอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไปร้อยละ 68.1 โดยปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักน้อยคือ รกผิดปกติ (OR = 12.77, 95 % CI 3.87 – 42.09) อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (OR = 10.42, 95 % CI 5.55 – 19.59) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (OR 5.60, 95%CI 1.61-19.43) น้ำหนักเพิ่มระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม (OR= 4.11 , 95%CI2.59-6.50) ฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ (OR=2.92 ,95%CI1.67-5.10) น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 45 กิโลกรัม (OR=2.08 , 95%CI1.45-3.18 ความสูงของมารดาน้อยกว่า 150 เซนติเมตร (OR=2.08 , 95% CI1.15-3.78) ดัชนีมวลกายมารดาน้อยกว่า 20 กิโลกรัม/ตารางเมตร (OR=1.43 , 95%CI1.03-2.00)

นพัสร์ ทรัพย์พิพัฒน์ ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ศึกษาแบบ Retrospective cohort study ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีมารดากลุ่มศึกษา 342 ราย และมารดากลุ่มเปรียบเทียบ 3318 ราย จากการวิเคราะห์แบบ multiple logistic regression analysis

พบว่าปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่สัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุครรภ์ขณะคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ (OR 20.66 , 95% CI 6.47-65.96) การตั้งครรภ์แฝด (OR 15.45 , 95% CI 6.80-35.11) น้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม (OR 7.77 , 95% CI 5.82-10.28) การคลอดบุตรลำดับที่ 1 (OR 5.11 , 95% CI 1.09-23.85) การมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม (OR 2.37 , 95% CI 1.72-4.34) ส่วนสูงน้อยกว่า 145 เซนติเมตร (OR 2.23 , 95% CI 1.08-4.59) น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 กิโลกรัม (OR 2.13 , 95% CI 1.50-3.02) และการไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ 4 ครั้ง (OR 1.41, 95% CI 1.02-1.94)

Fraser AM และคณะ ศึกษาสตรีชาวผิวขาวที่ Utah ระหว่างปี ค.ศ. 1970-1990 ที่อายุระหว่าง 13-24 ปี ที่คลอดบุตรครรภ์เดียวท้องแรกจำนวน 134,088 ราย โดยได้รับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ พบสตรีวัยรุ่น (อายุ 13-17 ปี) มีความเสี่ยง ($P < 0.001$) ต่อการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าสตรีที่มีอายุ 20-24 ปี ($RR = 1.9$, 95% CI 1.7 -2.1) และการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากกว่า ($RR = 1.7$, 95% CI 1.5-2.0)

Yang J และคณะ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด และการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ 2,829 ราย ที่คลินิกฝากครรภ์ระหว่างปี 1995-2000 ที่ Central North Carolina ($RR = 1.3$, 95% CI 1.1-1.6) โดยหากมีเลือดออกในช่วงไตรมาสแรกสัมพันธ์กับการคลอดหรือเท่ากับ 34 สัปดาห์ ($RR = 1.3$, 95% CI 1.1-2.4) และหากมีเลือดออกทั้งไตรมาสที่ 1 และ 2 มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ($RR = 1.3$, 95% CI 1.9-6.8)

Perri T และคณะ ศึกษาความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในสตรีครรภ์เดียว ซึ่งการตั้งครรภ์จากการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (assisted reproduction technology) โดยศึกษาสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวจากการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์จำนวน 95 รายเปรียบเทียบกับสตรีที่ตั้งครรภ์เองจำนวน 190 ราย พบว่ากลุ่มที่ใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 20 ขณะที่กลุ่มควบคุมคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 4 ขณะที่วิธี intracytoplasmic sperm injection (ICSI) คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 4.5 จากข้อมูลสนับสนุนว่าวิธี ICSI ความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดไม่เพิ่มสูงขึ้น

Leitch H และคณะ ศึกษาโดยวิธี meta-analysis เพื่อประเมินว่า bacterial vaginosis เป็นปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1 ได้รับการตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ โดยการศึกษาเป็นแบบ prospective การตั้งครรภ์ที่มีถุงน้ำคร่ำไม่แตกแล้ว 2. สตรีตั้งครรภ์ได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ bacterial vaginosis โดยการทำ Gram stain 3. ผลลัพธ์ คือ การแท้งเอง การคลอดก่อนกำหนด และการตายของทารกปริกำเนิด มีการศึกษาที่เข้าเกณฑ์จำนวน 18 รายงาน รวมทั้งสิ้น 20,232 ราย พบว่าการติดเชื้อ bacterial vaginosis มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 2 เท่า (odds ratio = 2.19; 95% CI 1.54 – 3.12) การแท้งเอง (odds ratio = 9.91, 95% CI 1.99 – 49.34) โดยพบว่าการตายปริกำเนิดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Cotch MF และคณะ ศึกษาการติดเชื้อ Trichomonas Vaginalis ในช่องคลอด สัมพันธ์กับการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และการคลอดก่อนกำหนด โดยศึกษาในโรงพยาบาลใน United states จำนวนทั้งสิ้น 13,816 ราย โดยศึกษาแบบ Prospective ทำการทดสอบการติดเชื้อพยาธิ Trichomonas โดยการเพาะเชื้อที่ระยะกึ่งกลางอายุครรภ์ และติดตามไปจนกระทั่งคลอด ผลการศึกษาพบความชุกของการติดเชื้อ Trichomonas ร้อยละ 12.6 และพบว่ารายที่ติดเชื้อหลังจากวิเคราะห์ โดย multivariate analysis สัมพันธ์กับการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (odd ratio = 1.3, 95% CI 1.1 – 1.5) การคลอดก่อนกำหนด (odd ratio = 1.3, 95% CI 1.1 – 1.4) และการคลอดก่อนกำหนดที่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (odd ratio = 1.4, 95% CI 1.1 – 1.6)

Kristensen J และคณะ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคลอดก่อนกำหนดของทารกครรภ์เดียวของทารกครรภ์แรกและครรภ์ที่สอง ในสตรีตั้งครรภ์ชาวเดนมาร์กที่คลอดบุตรคนแรกในปี ค.ศ. 1982 และคลอดบุตรคนที่ 2 ระหว่างปี ค.ศ. 1982-1987 พบว่าสตรีที่มีการคลอดก่อนกำหนดสาเหตุจาก idiopathic เกิดการคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ครั้งต่อมาเกือบ 2 เท่า (11.3 % และ 6.4%) เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ logistic regression analysis พบความเสี่ยงสัมพันธ์เท่ากับ 6 เท่า กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ และ 4.8 เท่า ที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์

Phillip Steer ซึ่งเป็น multicenter study ในประเทศอังกฤษ โดยศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นของค่าฮีโมโกลบินในหญิงมีครรภ์ (maternal haemoglobin concentration) กับน้ำหนักทารกแรกเกิด (birth weight) ในมารดาเชื้อชาติต่าง ๆ กันจำนวน 153,602 คน พบว่ามารดาที่มีค่าฮีโมโกลบิน 95-105 g/l (Hct 28.5 – 31.5 %) มีอุบัติการณ์ของการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและการคลอดก่อนกำหนดต่ำที่สุด มารดาที่มีค่าฮีโมโกลบิน 85-95 g/l ให้ค่าเฉลี่ยน้ำหนักของทารกแรกเกิดสูงที่สุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการมีความเข้มข้นของเลือดลดลงในไตรมาสที่ 2 ถึงระดับประมาณ 100 g/l (ประมาณ 30 %) ดูเหมือนจะเป็นระดับที่พอเหมาะเนื่องจากบ่งถึงปริมาณพลาสมาที่มีการขยายตัวดี ทำให้เลือดไปสู่อวัยวะอื่นทำให้ทารกมีน้ำหนักดี และพบว่าถ้าหากมารดามีค่าฮีโมโกลบินมากกว่า 120 g/l ขึ้นไป อุบัติการณ์ของภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) และ Intrauterine Growth restriction จะเพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่า

Khoury MJ และคณะ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ทารกพิการรูป และการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ โดยใช้ข้อมูลจากฐานประชากร Metropolitan Atlanta Congenital Defected Program ระหว่างปี ค.ศ. 1970 – 1984 มีทารกพิการรูปชนิด major จำนวน 13,074 ราย โดยพบทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ร้อยละ 22.3 (relative risk 2.6) โดยความถี่ของการเจริญเติบโตช้าในครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมาก สัมพันธ์กับจำนวนความผิดปกติที่พบจากร้อยละ 20 ในรายที่มีความผิดปกติ 2 แห่ง เป็นร้อยละ 60 ในรายที่มีความผิดปกติตั้งแต่ 9 แห่งขึ้นไป

สรุปปัจจัยเสี่ยงของการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ มารดามีประวัติคลอดก่อนกำหนดมาก่อน สตรีตั้งครรภ์ขณะเป็น

วัยรุ่น การตั้งครรภ์แฝด มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดในไตรมาสแรก มีประวัติการถ่ายยาฆ่าพยาธิปากมดลูก หรือผ่าตัดปากมดลูก การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ การติดเชื้อ bacterial vaginosis หรือ *Trichomonas vaginalis* ความผิดปกติของตัวมดลูก เช่น เนื้องอกมดลูก มดลูกผิดปกติแต่กำเนิด เช่น septate หรือ bicornuate ฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ ความสูงของสตรีตั้งครรภ์น้อยกว่า 150 เซนติเมตร ภาวะรกเกาะต่ำ รกลอกตัว ก่อนกำหนด ทารกพิการแต่กำเนิดหรือมีความผิดปกติของโครโมโซม การติดเชื้อของทารกในครรภ์ เช่น CMV, rubella, *Toxoplasma gondii* สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ทารกโตช้าในครรภ์ ได้แก่ มารดามีรูปร่างเล็ก (น้ำหนักก่อนคลอดน้อยกว่า 45 กิโลกรัม) ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ขึ้นน้อยกว่า 10 กิโลกรัม การติดเชื้อของทารกในครรภ์ เช่น โรคทางหลอดเลือดใน มารดา เช่น ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานรุนแรง โรคไตเรื้อรัง ภาวะ โลหิตจางรุนแรงขณะตั้งครรภ์ โรคทางอายุรกรรมในมารดา เช่น CMV, rubella, *Toxoplasma gondii* โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ หรือเสพยาเสพติดต่าง ๆ ยาที่ใช้เป็นประจำ เช่น ยาแก้ปวดบางตัว ยาห้ามการแข็งตัวของเลือด ทารกพิการแต่กำเนิดหรือมีความผิดปกติของโครโมโซม

3. วิธีการดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากเวชระเบียน

3.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย : สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 12 ชะลา

3.3 เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากร

กลุ่มศึกษา : มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ทั้งประเภทคลอดก่อนกำหนดและ คลอดครบกำหนดทุกราย แหล่งของประชากร: ห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ชะลา ระยะเวลาที่ทำการศึกษา : ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2556 ขนาด ตัวอย่าง: มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ทุกราย

3.4 เครื่องที่ใช้ในการวิจัย

แบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ ศาสนา อาชีพ การศึกษา ข้อมูลทางการแพทย์ และทางสถิติ เช่น ส่วนสูง น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด ระยะห่างของการ

ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ จำนวนการฝากครรภ์ น้ำหนักก่อนคลอด ประวัติทางสูติกรรม ที่ไม่ดี เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit)

3.5 วิธีดำเนินการวิจัย

1. ขออนุญาตทำการวิจัย โดยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
2. รวบรวมรายชื่อจากเวชระเบียนผู้คลอด และ ค้นเวชระเบียนมารดาคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
3. ปฐมนิเทศผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ของการศึกษา วิธีการรวบรวม ข้อมูลและบันทึกข้อมูลจากรายงานต่าง ๆ
4. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและคณะที่ห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ยะลา
5. ตรวจสอบและวิเคราะห์ผลการวิจัย

3.6 วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การศึกษาข้อมูลที่ได้จากเอกสาร (Document) ซึ่งเป็นเอกสารเกี่ยวกับประวัติของมารดาที่คลอด ทารก น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ทุกราย หลังจากรวบรวมข้อมูลโดยผู้ศึกษาและได้นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ และทำการวิเคราะห์เชิงตรรกะ (logic Analysis) เทียบเคียงกับแนวคิดทฤษฎีควบคู่กับบริบท (Context) โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ความถี่ร้อยละและอธิบายประกอบการวิเคราะห์ได้อย่างชัดเจน

3.7 การพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ที่ทำการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง มิได้เป็นการทดลองกับ มนุษย์ มีการตรวจสอบและปกป้องความลับของผู้คลอดระหว่างนำเวชระเบียนมาศึกษาอย่างเคร่งครัดไม่มีการ ระบุชื่อของผู้ป่วย การศึกษานี้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

4.ผลการศึกษาวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลที่ได้จากเอกสาร(Document) ในมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย กว่า 2,500 กรัม จำนวน 182 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1. แสดงข้อมูลพื้นฐาน

ปัจจัย	จำนวน (n=182)	ร้อยละ (100.00)
1. อายุ		
อายุน้อยกว่า 20 ปี	27	14.83
อายุระหว่าง 20 - 35 ปี	126	69.23
อายุมากกว่า 35 ปี	29	15.93
2. นับถือศาสนา		
อิสลาม	114	62.63
พุทธ	68	37.3
3. ที่อยู่		
ยะลา / ปัตตานี / นราธิวาส	133	73.07
สตูล / สงขลา / อื่น ๆ	49	26.92
4. อาชีพ		
แม่บ้าน/ กำลังศึกษา	18	9.80
รับจ้าง / ใช้แรงงาน	59	32.41
ข้าราชการ/พนักงานบริษัท	105	57.69
5. การศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า	42	23.07
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	52	28.57
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	88	48.35

จากตารางที่ 1 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมารดาที่อยู่ในพื้นที่ 3 จังหวัด ยะลา ปัตตานี นราธิวาส ร้อยละ 73.07 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 62.63 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 37.3 และมีอายุระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 69.23 มีอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 15.93 รองลงมา อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 14.83 มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานบริษัท ร้อยละ 57.69 อยู่ในกลุ่มผู้มีความรู้มีระดับศึกษาปริญญาตรี หรือสูงกว่า ร้อยละ 48.35 อาชีพ รับจ้าง ใช้แรงงาน ร้อยละ 32.41 และเป็นแม่บ้านหรือกำลังศึกษาร้อยละ 9.80

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทางการแพทย์ และทางสูติกรรม

ปัจจัย	จำนวน (n=182)	ร้อยละ (100.00)
1.ระยะห่างของการมีลูก		
มีลูกห่างกัน < 2 ปี	14	7.69
มีลูกห่างกัน > 2 ปี	168	92.30
2.ส่วนสูง(เซนติเมตร)		
< 150	19	10.34
≥ 150	156	85.71
3. น้ำหนักที่เพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)		
< 10	102	56.04
> 10	72	39.56
4. ระดับความเข้มข้นของเลือด(Hct)		
< 33 %	6	3.2
≥ 33 %	152	96.70

จากตารางที่ 2 ข้อมูลทางการแพทย์ที่เป็นปัจจัยส่งผลให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ส่วนใหญ่พบว่า มารดามีน้ำหนักเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ น้อยกว่า 10 ก.ก. เท่ากับ ร้อยละ 56.04 อยู่ในกลุ่มที่มีความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด น้อยกว่า 33 % ร้อยละ 3.2 และ มีลูกห่างกันน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 7.69 ส่วนสูงน้อยกว่า 150 เซนติเมตร ร้อยละ 10.34

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทางสูติกรรมและภาวะแทรกซ้อน

ปัจจัย	จำนวน (n=182)	ร้อยละ (100.00)
1.การตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	58	31.86
ครรภ์หลัง	124	68.13
2.การฝากครรภ์		
ไม่ฝากครรภ์	1	0.005
ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	84	46.15
ฝากครรภ์ไม่ครบ หรือ < 4 ครั้งตามเกณฑ์	56	30.76
≥ 4 ครั้งตามเกณฑ์	113	62.08
ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์และฝากครรภ์ครบ	57	31.3

ปัจจัย	จำนวน (n=182)	ร้อยละ (100.00)
3. ประวัติเคยแท้งบุตร		
เคยแท้ง	27	14.8
ไม่เคยแท้ง	155	85.16
4. ภาวะแทรกซ้อน		
PIH	2	1.09
PROM	12	6.5
Twins	6	3.29
IUGR	11	6.04
Preterm	69	37.91
LBW	82	45.05
5. อายุครรภ์เมื่อคลอด		
< 34 wk	20	10.98
34-37wk	49	26.92
> 37wk	113	62.08
6. น้ำหนักทารกแรกเกิด		
< 1000 gms	2	1.09
1000-1499 gms	5	2.74
1500-1999 gms	18	9.89
2000-2499 gms	157	86.26

จากตารางที่ 3 พบว่ามารดาส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 68.13 มีประวัติไม่เคยแท้งลูก ร้อยละ 85.16 ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 46.15 ไม่ฝากครรภ์และ ฝากครรภ์ < 4 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 30.76 ฝากครรภ์ ≥ 4 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 62.08 ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์และฝากครรภ์ครบ ร้อยละ 31.3 ถ้า ทารกแยกตามอายุครรภ์พบว่า เป็นทารกคลอดก่อนอายุครรภ์ น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ร้อยละ 37.91 และ อายุครรภ์ที่คลอด ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 62.08 น้ำหนักทารกอยู่ระหว่าง 2000-2499 gms ร้อยละ 86.26 เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนัก 1500-1999gms ร้อยละ 9.98 และ น้ำหนัก 1000-1499 gms ร้อยละ 2.74 ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ในมารดา พบว่า การมีถุงน้ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ (ร้อยละ 6.5) เป็นปัจจัยที่ทำการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 37.91 ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) ร้อยละ 6.04 ครรภ์แฝด ร้อยละ 3.29 รองลงมาคือ ครรภ์เป็นพิษ ร้อยละ 1.09

5. สรุปผลการศึกษา

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงในมารดาต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย กว่า 2,500 กรัม สำหรับกลุ่มมารดาคลอด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ชะลา จังหวัดยะลา ส่วนใหญ่ เป็นมารดาในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ อายุระหว่าง 20 - 35 ปี มีระดับศึกษาสูง มีอาชีพและเศรษฐกิจ ปานกลาง แต่พบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ มารดามีน้ำหนักเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ น้อยกว่า 10 กก. เป็นปัจจัยเสี่ยงทางด้านโภชนาการ สอดคล้องกับปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพมารดา ได้แก่ การไม่ฝากครรภ์ หรือการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ น้อย กว่า 45 กิโลกรัม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ปัจจัยทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ มารดามีภาวะแทรกซ้อนการมีถุงน้ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ครรภ์แฝด ครรภ์เป็นพิษ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เสี่ยงต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อย

ข้อเสนอแนะ

1. จากข้อมูลพื้นฐานที่ได้ นำเข้าคณะกรรมการ PCT สหศึกษาร่วมกับ นักโภชนาการ เพื่อวางแผนหาแนวทางในการเฝ้าระวังมารดตั้งครรภ์ ให้มีน้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์เป็นการ ป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ให้มีประสิทธิภาพ
2. จัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์ การแก้ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และกำหนดแนวทางในการส่งเสริมการดูแลและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด แผนกเด็ก และคลินิกเด็กดี เพื่อให้มารดาและทารกได้รับการดูแลที่เหมาะสม
3. กำหนดแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเก็บข้อมูลให้สมบูรณ์ครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

- 1.งานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดขอนแก่น รายงานสถิติงานอนามัยและเด็กจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ2550
2. รักษา ขุนหาชาติ, สุธรรม ปิ่นเจริญ. อุบัติการณ์ของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของมารดาวัยรุ่น 13-19 ปีกับมารดาวัยรุ่นอายุ 20-29 ปี. Songkla med journal 1998;16(3):113-123
- 2.นฤทธิ์ อินพร้อม.Risk risk factors for low birth weight infants.กรมการแพทย์ 2539;21(4):136-45
- 4.ปรีดา เต๋ออารักษ์.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541;7(1) :39-46
5. เรณูศรีสมิต, สมบูรณ์ศักดิ์ ญาณไพศาล, จินดา วังวิญญู,และคณะ.แนวโน้มและปัจจัยเสี่ยงของน้ำหนักเด็กแรกคลอดต่ำในโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ พ.ศ.2533-เดือนมิถุนายน 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541;7(1):32-8
6. อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์.ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544: 10(4):629-636
7. ดาว เวียงคำ, ณัฐจาพร พิชัยณรงค์, วิศิษฐ์ ญวีพจน์กำจร, และคณะ.ผลของน้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์กับการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อยแบบไม่สมอายุครรภ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2548; 49(11):647-55
8. ศิริกาญจน์ ลอยเมฆ,เสาวลักษณ์ มงคลชัยอรัญญา, จารุรัช เลขาวรรณวิจิตราม และคณะ.อัตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์.
9. บรรจง ไวยทยาเมธา รัชนิย์ ไวยทยาเมธา. อิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวกับมารดาต่อน้ำหนักแรกเกิดของทารกในหญิงมีครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปัตตานี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2542; 2 (3) : 74-85.
10. นพัสร์ ทรัพย์พิพัฒน์. ปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2550;1(4): 16-22. 27.
11. ศิริกุล อิศรานุรักษ์. ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย: ปัญหาสุขภาพคนไทยที่ยังแก้ไม่ตก.วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2549; 4 (1): 67-79.

12. Powel A, Botting H, Cooke RN, Marlow N. Motor impairment in children 12 to 13 years old with a birth weight of less than 1250 grams. *Arch Dis child Fetal Neonatal Ed* 1995; 72(2): 62-6.
13. Chumnijarakij T, Nuchprayoon T, Chitinand, et al. Maternal risk factors For low birth weight newborn in Thailand. *J Med Assoc Thai* 1992;75(8):445-52
14. Hanpinitasak S. Risk factors of low birth weight newborns Health promoting hospital, regional health promotion center 6, Khon Kaen. *Khon Kaen Hospital medical Journal* 2007; 2007;31(1): 33-42.
15. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995; 27; 332 (17): 1113-7.
16. Yang J, Hartmann KE, Savitz DA, Herring AH, Dole N, Olshan AF, Thorp JM Jr. Vaginal bleeding during pregnancy and preterm birth. *Am J Epidemiol.* 2004; 15; 160(2): 118-25.
17. Peri T, Chen R, Yoeli R, Merlob P, Orvieto R, Shalev Y, Ben-Rafael Z, Bar-Hava I. Are singleton assisted reproductive technology pregnancies at risk of prematurity?. *J Assist Reprod Genet.* 2001; 18 (5): 245-9
18. Leitch H, Bonder-Adler B. Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 139-47.
19. Cotch, M. F., Pastorek J.G. "Trichomonas vaginalis associated with low birth weight and preterm delivery. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group." *Sex Transm Dis* 1997; 24 (6) 353-60.
20. Kristensen J, Langhoff-Roos J, Kristensen FB. Implications of idiopathic preterm delivery for previous and subsequent pregnancies. *Obstet Gynecol* 1995; 86(5): 800-4
21. Phillip Steer. Relation between maternal haemoglobin concentration and birth weight in different ethnic groups. *BMJ* 1995; 310: 489-91.
22. Phillip Steer. Maternal hemoglobin concentration and birth weight. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2000; 71 (suppl): 1285S-7S
23. Khoury MJ, Erickson JD, Cordero JF, McCarthy BJ. Congenital malformations and intrauterine growth retardation: a population study. *Pediatrics*. 1998;82(1): 83-90

24. World Health Organization, International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision, World Health organization, Geneva, 1992.
25. Kirchengast S, Hartmann B, Schweppe KW, Husslein P. Impact of Maternal body build Characteristics on newborn size in to different European populations. *Human Biology; an International Record of Research* 1998; 70(4): 761-74.
26. Wataba K, Mizutani T, Wasada K, Morine M, Sugiyama T, Suehare N. Impact of prepregnant body mass index and maternal weight gain on the risk of pregnancy complications in Japanese women. *Acta Obstetrici et Gynecologica Scandinavica* 2006;85(3): 269-76
27. Carmichael SL, Abrams B. A critical review of the relationship between gestational weight gain and preterm delivery. *Obstetrics and Gynecology* 197; 89(5Pt2): 865-73.
28. Ruijter I, Miler JM. Evaluation of low birthweight in African Americans. *J Natl Med Assoc*; 91(12): 663-7.
29. Ngare DK, Keumann C. Prediction of low birth weight at the community level. *East Afr Med J* 1998; 75(5): 296-9.
30. Atallah AN, Hofmeyr GJ, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Sys Rev* 2002, Issue 1 : CD001059.