

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดและผลลัพธ์การคลอดด้านมารดาและทารก ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มาคลอดในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Associated with Anemia in Pregnancy and Maternal and Neonatal Outcomes among Adolescent Mothers at Community Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

กัญญาภัค ปลื้มใจ ชุตินา รอดเนียม* สูดา ใจห้าว รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ ปฤษดาพร ผลประसार
Kanyapak Pluemjai Chutima Rodniam* Suda Jaihow Rachadaporn Jantasawan
Pridsadaporn Polprasarn
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80160
School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat, Thailand 80160

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดและผลลัพธ์การคลอด กลุ่มตัวอย่าง
เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 249 ราย เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกภาวะสุขภาพ
ขณะตั้งครรภ์ 3) แบบบันทึกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ และ 4) แบบบันทึกผลลัพธ์การคลอด (CVI = 1.00) เก็บ
รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล HosXP และบันทึกการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพของมารดา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
ภาวะซีดและผลลัพธ์การคลอด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดและผลลัพธ์การคลอด โดยการทดสอบไค
สแควร์ของเพียร์สัน หรือการทดสอบฟิชเชอร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 17.58 ± 1.38 ปี อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ย 13.08 ± 6.47 สัปดาห์
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 21.52 ± 4.05 กก./ม.² น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เฉลี่ย 11.47 ± 5.52 กก. อายุครรภ์ขณะ
คลอดเฉลี่ย 38.27 ± 1.45 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย $2,903.61 \pm 445.48$ กรัม โดยอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และดัชนีมวลกาย
ก่อนตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะ
ซีดและไม่มีภาวะซีดมีอายุครรภ์ที่ทารกคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมให้
วัยรุ่นมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อให้ทารกในครรภ์มี
พัฒนาการเป็นไปตามเกณฑ์

คำสำคัญ: ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์, อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก, การคลอดก่อนกำหนด, น้ำหนักทารกแรกคลอด

Corresponding Author: *Email: chutima.rodn@gmail.com

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

วันที่รับ (received) 31 ส.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 พ.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 พ.ย. 2568

Abstract

This retrospective study aimed to examine the factors influencing anemia and birth outcomes among adolescent pregnant women. The study sample consisted of 249 adolescent mothers. Four research instruments were employed: (1) a general information record form, (2) a maternal health record, (3) a record form assessing factors related to anemia during pregnancy, and (4) a birth outcome record form, all of which demonstrated excellent content validity (CVI = 1.00). Data were collected from the HosXP database and delivery records. Information on general characteristics, maternal health, factors associated with anemia, and birth outcomes was analyzed using descriptive statistics. Factors influencing anemia and birth outcomes were analyzed using Pearson's chi-square test or Fisher's exact test.

The results revealed that the mean age of participants was 17.58 ± 1.38 years. The mean gestational age at the first antenatal care (ANC) visit was 13.08 ± 6.47 weeks, with a mean pre-pregnancy body mass index (BMI) of 21.52 ± 4.05 kg/m². The mean total weight gain was 11.47 ± 5.52 Kg. The mean gestational age at delivery was 38.27 ± 1.45 weeks, and the mean birth weight was $2,903.61 \pm 445.48$ grams. Gestational age at the first ANC visit and pre-pregnancy BMI were significantly associated with anemia during pregnancy ($p < .05$). Furthermore, gestational age at delivery differed significantly between adolescent pregnant women with anemia and those without anemia ($p < .05$). Therefore, stakeholders should promote normal BMI in adolescents and encourage early ANC before 12 weeks to ensure proper fetal development.

Keywords: Pre-pregnancy body mass index, Gestational age at first prenatal care visit, Preterm delivery, Birth weight

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน ทั่วโลกมีการคลอดจากมารดาวัยรุ่นประมาณ 14 ล้านคนต่อปี โดยกว่าร้อยละ 90 หรือประมาณ 12.8 ล้านคนเกิดในประเทศที่มีรายได้ น้อยและปานกลาง¹ สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15–19 ปี 31.50 ต่อพันประชากร² จังหวัดนครศรีธรรมราช อัตราการเกิดมีชีพของมารดาอายุ 15-19 ปี ในปี 2566 พบ 117.10 ต่อพันประชากร³ ซึ่งยังคงเกินเกณฑ์เป้าหมายขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ที่กำหนดไม่ควรเกิน 25 ต่อพันประชากร ภายในปี 2573² โดยวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีด เนื่องจากร่างกายอยู่ในช่วงเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีการเพิ่มปริมาณเลือดและเม็ดเลือดแดง จึงมีความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเมื่อมีการตั้งครรภ์จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีดได้มากกว่าวัยผู้ใหญ่⁴

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดจากปริมาตรของพลาสมาเพิ่มขึ้น ทำให้ความเข้มข้นของ

ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin; Hb) และฮีมาโตคริต (Hematocrit; Hct) ลดลงต่ำกว่า 11.0 g/dl และ 33% ตามลำดับ ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 20–56.50 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ 1) อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ทำให้มีการฝากครรภ์ล่าช้า ส่งผลต่อการคัดกรองภาวะซีด ซึ่งพบภาวะซีดสูงถึง 5.08 เท่า เมื่อเทียบกับการมาฝากครรภ์ตามปกติ⁶ 2) จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ คุณภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการฝากครรภ์ตามเกณฑ์การฝากครรภ์ คุณภาพ 8 ครั้ง ร้อยละ 56 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข⁷ ทั้งนี้การฝากครรภ์ตามเกณฑ์จะได้รับการคัดกรองภาวะผิดปกติขณะตั้งครรภ์รวมถึงภาวะซีด ทำให้ได้รับคำแนะนำและการส่งเสริมโภชนาการจากเจ้าหน้าที่อย่างถูกต้องเหมาะสม 3) ดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) ก่อนการตั้งครรภ์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยในกลุ่มที่มี BMI ก่อนการตั้งครรภ์ต่ำ จะพบภาวะซีดสูงกว่ากลุ่มที่มี BMI ก่อนการตั้งครรภ์สูง⁸ 4) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ หากมารดา

มีภาวะทุพโภชนาการจะส่งผลให้เกิดภาวะซีดได้ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ควรมีการเพิ่มของน้ำหนักตัวตามเกณฑ์ ของ The Institute of Medicine (IOM) กล่าวคือ 12.50-18.00, 11.50-16.00, 7.00-11.50 กิโลกรัม ในผู้ที่มี BMI น้อยกว่าเกณฑ์ (≤ 18.49 กก./ม.²) ปกติ (18.50-24.99 กก./ม.²) และเกินเกณฑ์ (≥ 25.00 -29.99 กก./ม.²) ตามลำดับ⁹

ผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีด มีทั้งด้านมารดาและทารก ซึ่งด้านมารดา จะส่งผลให้โอกาส ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$)¹⁰ ส่วนด้านทารก มีดังนี้ 1) อายุครรภ์ที่ทารกคลอด หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีด มีการคลอด ก่อนกำหนดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะซีด (ร้อยละ 44.00 และ 17.00 ตามลำดับ)¹¹ ส่งผลให้ทารกมีการเสียชีวิตและ เกิดความพิการได้^{1,12} นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซีดทำให้เพิ่มความ เสี่ยงต่อทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าและทารกเสียชีวิต ในครรภ์¹³ 2) น้ำหนักแรกคลอด ภาวะซีดทำให้การขนส่ง ออกซิเจนลดลง ส่งผลให้เกิด hypoxia เรื้อรัง ทั้งในรกและ ทารก ซึ่งรบกวนการส่งผ่านสารอาหารและการพัฒนาของ อวัยวะ นำไปสู่การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ซึ่งการส่งเสริม สุขภาพและโภชนาการ สามารถเพิ่มน้ำหนักแรกคลอดและ ลดอัตราทารกน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ได้¹⁴ 3) Hct แรกคลอด การขาดธาตุเหล็กและระดับ Hb ต่ำของมารดา มีความสัมพันธ์ กับภาวะซีดในทารกแรกเกิด (Neonatal anemia)⁵

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีด เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก แม้ว่าจะมีการศึกษา

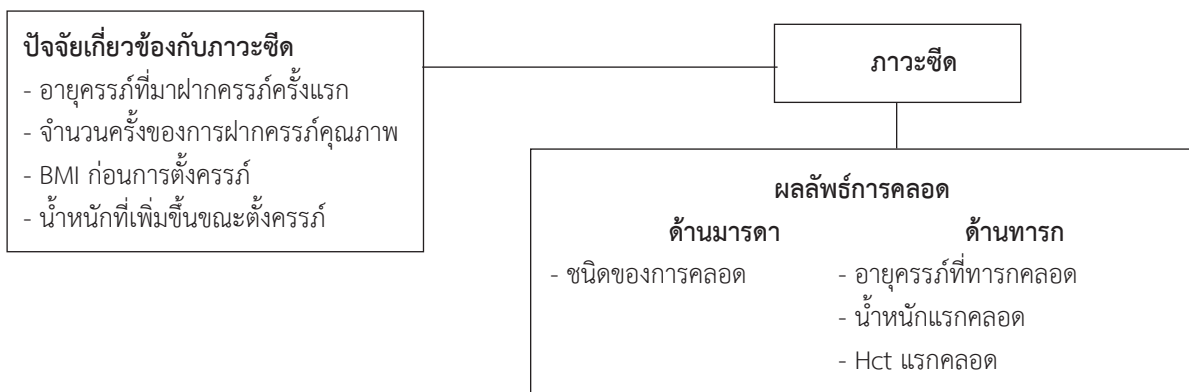
เกี่ยวกับภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลากหลาย แต่พบปัจจัย ที่ส่งผลให้เกิดภาวะซีดแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดยภาวะ ซีดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นของโรงพยาบาลท่าศาลาจังหวัด นครศรีธรรมราช พบร้อยละ 34.07 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ชาติด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่กำหนดไว้ไม่เกิน ร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ กับภาวะซีด ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในพื้นที่ดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูล สำหรับวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันและลดภาวะซีด ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดในระหว่าง ตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
- 2) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดของหญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทางการแพทย์ (Medical Model) ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า อายุครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ส่งผลต่อภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ และภาวะซีดมีความเกี่ยวข้อง กับชนิดของการคลอดในมารดา อายุครรภ์ที่ทารกคลอด น้ำหนัก แรกคลอด และ Hct แรกคลอด ซึ่งแสดงได้ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) จากฐานข้อมูล HosXP และบันทึกการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลท่าศาลา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุ ≤ 19 ปี) ที่มาคลอดโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 ทั้งหมด 361 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) มีเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย 2) มีผล Hb หรือ Hct ระหว่างตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดและผลลัพธ์การคลอดในตัวแปรที่ศึกษาไม่สมบูรณ์ คงเหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 249 ราย

วิธีการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอใช้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จากโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางและผลลัพธ์การคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช” ซึ่งเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จากฐานข้อมูล HosXP และบันทึกการคลอด

เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุที่ตั้งครรภ์นับถึงวันคลอด

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ผลการตรวจ Hct

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจางในขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ประวัติการตั้งครรภ์ อายุที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกผลลัพธ์การคลอด ประกอบด้วย 1) ผลลัพธ์ด้านมารดา (ชนิดของการคลอด) และ 2) ผลลัพธ์ด้านทารก (อายุครรภ์ที่ทารกคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด

Hct แรกคลอด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยขอใช้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จากโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางและผลลัพธ์การคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช” ซึ่งเครื่องมือส่วนที่ 2-4 ผ่านการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูตินรีแพทย์ 1 คน พยาบาลแผนกฝากครรภ์ 1 คน พยาบาลห้องคลอด 1 คน และอาจารย์พยาบาล 2 คน ได้ CVI = 1.00 และนำไปปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่เอกสารรับรอง WUEC-24-221-01 ระยะเวลารับรอง 1 ปี ตั้งแต่ 25 มิถุนายน 2567 - 24 มิถุนายน 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หัวหน้าโครงการวิจัยทำหนังสือถึง ผศ.ดร. รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ เพื่อขอข้อมูลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จากโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางและผลลัพธ์การคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช” ซึ่งผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเลขที่เอกสารรับรอง WUEC-24-047-01

2. ผู้วิจัยยื่นเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เพื่อขอยกเว้นการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากโครงการดังกล่าวไม่เข้าข่ายที่ต้องรับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3. หลังได้รับเอกสารรับรองโครงการ ผู้วิจัยนำข้อมูลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดและผลลัพธ์การคลอดมาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นจึงจัดกลุ่มวิเคราะห์ข้อมูล และเขียนผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ และผลลัพธ์การคลอดด้านมารดาและทารก ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)
2. ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด ใช้การทดสอบ Mann-Whitney U test
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และเปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด ใช้การทดสอบไคว์สแควร์ของเพียร์สัน (Pearson's chi-square test) หรือการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 249 คน จากข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และนำเสนอข้อมูลเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปด้านมารดาและทารก 2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และ 3) ผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านมารดาและทารก

ข้อมูลทั่วไปด้านมารดาและทารก และความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด แสดงได้ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารกระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด (n=249)

ข้อมูลทั่วไป	ภาวะซีด		Mann-Whitney U test	(p-value)
	ไม่ซีด (n=126)	ซีด (n=123)		
	$\bar{X} \pm SD.$	$\bar{X} \pm SD.$		
ด้านมารดา				
อายุ (ปี)	17.59±0.13	17.58±0.12	7675.50	.894
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	1.21±0.04	1.15±0.04	7238.50	.170
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)	12.06±0.50	14.14±0.65	6605.00	.044*
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ	10.39±0.30	10.07±0.38	7171.50	.308
BMI ก่อนการตั้งครรภ์ (กก./ม. ²)	22.26±0.40	20.76±0.31	6261.50	.009**
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ (กก.)	11.37±0.47	11.57±0.52	7684.00	.909
ด้านทารก				
อายุครรภ์ที่ทารกคลอด (สัปดาห์)	38.20±0.15	38.33±0.11	7575.00	.745
น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม)	2897.34±43.19	2910.04±36.35	7573.50	.757
Hct แรกคลอด (%)	52.92±0.63	51.62±0.60	6665.00	.056

*p<.05, **p<.01

จากตารางที่ 1 พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด มีอายุเฉลี่ย 17.58±0.12 และ 17.59±0.13 ตามลำดับ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เฉลี่ย 1.15±0.04 และ 1.21±0.04 ครั้ง มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย

14.14±0.65 และ 12.06±0.50 สัปดาห์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพเฉลี่ย 10.07±0.38 และ 10.39±0.30 ครั้ง BMI ก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 20.76±0.31 และ 22.26±0.40 กก./ม.² น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เฉลี่ย 11.57±0.52 และ

11.37±0.47 ตามลำดับสำหรับ ข้อมูลด้านทารก พบว่า อายุครรภ์ที่ทารกคลอดเฉลี่ย 38.33±0.11 และ 38.20±0.15 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 2910.04±36.35 และ 2897.34±43.19 กรัม และ Hct แรกคลอดเฉลี่ย 51.62±0.60% และ 52.92±0.63% ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และค่าเฉลี่ยของ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05 และ p<.01 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะซีดในระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีดในระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แสดงได้ดังตารางที่ 2
ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (n=249)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีด	ภาวะซีด		χ ²	(p-value)
	ไม่ซีด (n=126) n (%)	ซีด (n=123) n (%)		
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก			4.905	.031*
น้อยกว่า 12 สัปดาห์	73 (57.94)	54 (43.90)		
≥ 12 สัปดาห์	53 (42.06)	69 (56.10)		
การฝากครรภ์คุณภาพ			2.481	.143
< 8 ครั้ง	26 (20.63)	36 (29.27)		
≥ 8 ครั้ง	100 (79.37)	87 (70.73)		
BMI ก่อนตั้งครรภ์ (กก./ม. ²)			6.404	.041*
≤ 18.49	34 (26.98)	35 (28.46)		
18.50-24.99	60 (47.62)	72 (58.54)		
≥ 25.00	32 (25.40)	16 (13.01)		
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์			0.909	.635
น้อยกว่าเกณฑ์	58 (46.03)	64 (52.03)		
ตามเกณฑ์	42 (33.33)	37 (30.08)		
เกินเกณฑ์	26 (20.63)	22 (17.89)		

*p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่าอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และ BMI ก่อนตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด

ความแตกต่างระหว่างผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด แสดงได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด (n= 249)

ผลลัพธ์การคลอด	ภาวะซีด		χ^2 or Fisher's Exact Test	(p-value)
	ไม่ซีด (n=126)	ซีด (n=123)		
ด้านมารดา				
ชนิดการคลอด			.740 ^a	.789
คลอดทางช่องคลอด	83 (65.87)	79 (64.23)		
ผ่าตัดคลอด	41 (32.54)	40 (32.52)		
อื่นๆ	2 (1.59)	4 (3.25)		
ด้านทารก				
อายุครรภ์ที่ทารกคลอด (สัปดาห์)			5.732 ^a	.025*
คลอดก่อนกำหนด (<37)	14 (11.11)	4 (3.25)		
คลอดครบกำหนด (37-42)	112 (88.89)	119 (96.75)		
น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)			2.447	.145
น้อยกว่า 2,500	22 (17.46)	13 (10.57)		
2,500 – 3,999	104 (82.54)	110 (89.43)		
Hct แรกคลอด (%)			.329 ^a	1.000
ซีด (<40)	3 (2.38)	3 (2.44)		
ปกติ (40-65)	120 (95.24)	118 (95.93)		
ภาวะเลือดข้น (>65)	3 (2.38)	2 (1.63)		

aFisher's Exact Test., *p<.05

จากตารางที่ 3 หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด มีผลลัพธ์การคลอดด้านมารดาไม่แตกต่างกัน สำหรับผลลัพธ์การคลอดด้านทารก พบว่า อายุครรภ์ที่ทารกคลอดจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด พบฝากครรภ์ <12 สัปดาห์ ร้อยละ 43.90 ซึ่งต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซีด ที่พบ ร้อยละ 57.94 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า

ความชุกของภาวะซีดในกลุ่มที่ฝากครรภ์ครั้งแรก < 12 สัปดาห์ต่ำกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป¹⁵ เนื่องจากการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ <12 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการคัดกรองภาวะซีด และได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก รวมถึงคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากทีมสุขภาพ เพื่อแก้ไขภาวะซีดได้อย่างรวดเร็ว และเป็นการป้องกันภาวะซีดที่จะเกิดเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 2 และ 3 จากการเพิ่มขึ้นของปริมาณพลาสมา ทำให้ความเข้มข้นของ Hb รวมถึง Hct ลดลงร่วมกับความต้องการธาตุเหล็กที่เพิ่มขึ้นเพื่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์^{5,16}

นอกจากนี้ยังพบว่า BMI ก่อนตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดจะมี BMI ≤ 18.49 กก./ม.² มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซีด (ร้อยละ 28.46 และ 26.98 ตามลำดับ) สอดคล้องกับ

งานวิจัยที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่พบว่า BMI ก่อนตั้งครรภ์ต่ำจะพบภาวะซีดสูงกว่ากลุ่มที่มี BMI ก่อนการตั้งครรภ์สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁸ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง ซึ่งส่งผลต่อการเลือกรับประทานอาหาร โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรับประทานอาหารเช้า 2 มื้อหรือน้อยกว่า/วัน¹⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มี BMI ต่ำกว่าเกณฑ์มักจะมีภาวะทุพโภชนาการ จากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เช่น ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก และวิตามินบี 12 เป็นต้น ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง¹⁸ ส่งผลให้เกิดภาวะซีดได้ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดจะมี BMI ≥ 25 กก./ม.² น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซีด (ร้อยละ 13.01 และ 25.40 ตามลำดับ) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีแนวโน้มการเกิดภาวะซีดน้อยกว่ากลุ่มที่มี BMI ต่ำ เนื่องจากกลุ่มนี้มีการบริโภคพลังงานและสารอาหารเพียงพอ ทำให้ภาวะโภชนาการดีขึ้น¹⁹

2) ผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด

ผลการวิจัย พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีดมีอายุครรภ์ที่ทารกคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 3.25 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซีด ที่พบ ร้อยละ 11.11 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าภาวะซีดระหว่างตั้งครรภ์จะมีระดับฮีโมโกลบินลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการขนส่งออกซิเจนลดลง เมื่อรกได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ รกจะหลั่งสาร pro-inflammatory cytokines และ prostaglandins ทำให้มดลูกหดตัวเร็วกว่าปกติ จึงเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด²⁰ นอกจากนี้มารดาที่มีภาวะซีดระหว่างการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น 1.5 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ซีด (RR = 1.5, 95% CI = 1.33-1.72)²¹ ซึ่งการที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดมีการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซีด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลท่าศาลา ที่มีการจัดตั้งคลินิกเฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือคลินิกครรภ์เสี่ยง โดยมีแนวทางการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว มีการดูแลและติดตามให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับยาเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิกอย่างเหมาะสม รวมถึงมีการให้แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและ

จัดการภาวะซีด ซึ่งส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะซีดลดลงร้อยละ 21.95²² ทำให้โอกาสคลอดก่อนกำหนดลดลงด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรมีการส่งเสริมภาวะโภชนาการในวัยรุ่น เพื่อให้มี BMI ที่เหมาะสม และควรมีระบบส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ควรมีระบบติดตามการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์และให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการเพื่อป้องกันภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้สื่อสั้นๆ เข้าใจง่าย และติดตามต่อเนื่องผ่าน Line/โทรศัพท์

References

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Department of Health. Situation of adolescent pregnancy in Thailand 2022–2023. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai).
3. Division of Strategy and Plan, Ministry of Public Health. Standard data storage and submission in compliance to health standard set of the Ministry of Public Health version 2.4 fiscal year 2023 (B.E. 2566) dashboard [internet]. 2023. (in Thai)
4. Tesfaye M, Yemane T, Adisu W, Asres Y, & Gedefaw L. Anemia and iron deficiency among school adolescents: burden, severity, and determining factors in southwest Ethiopia. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 2015;6: 189–96.
5. Theodoridou S, Vyzantiadis A, Theodoridis A, Sotiriadis A, Mamopoulos A, & Dinas K. Adolescent pregnancy and anemia. Ten years of referrals in Northern Greece. *Hippokratia*. 2024;28(1):11–6.

6. Homsub P. The prevalence and factors associated with anemia in young adolescent pregnant women at Phranarai Maharaj Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*. 2023;42(2):33-42. (in Thai).
7. Suppaseemanont W, Klomyong S, & Deoisres W. Factors influencing qualified antenatal care visits among pregnant adolescents. *Journal of Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi*. 2020; 31(2):41-53. (in Thai).
8. Juntarapimon P, Rakhab A, & Thongwon T. Factors influencing on the occurrence of anemia in pregnant adolescents at Chaiya hospital, Surat Thani province. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2025;17(2): 192-207. (in Thai).
9. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. *Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines*. Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.
10. Eminov E, & Eminov A. Prevalence of adolescent pregnancy and evaluation of pregnancy outcomes: a retrospective study. *Archives Gynecology and Obstetrics*. 2025; 311(5): 1351-8.
11. Bashir N, Bashir S, & Kuchay A. Impact of maternal anemia on birth outcomes a hospital-based study. *International Journal of Medicine and Public Health*. 2024;14(4):1442-8.
12. Dewey KG, & Oaks BM. U-shaped curve for risk associated with maternal hemoglobin, iron status, or iron supplementation. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2017; 106 (Suppl 6):1694S-702S.
13. Moreis M. Maternal iron deficiency anaemia and its association with antrauterine growth restriction (IUGR) and small fetal growth in DAHC. *EC Gynaecology*. 2024;13(12):1-8.
14. Buranasak J, Hungsawanus P, Raiva W, Pungbangkadee R, & Khadking N. The effects of health promotion program for teenage pregnancy on total gestational weight gain and infant birth weight. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020;21(2):434-42. (in Thai).
15. Poowang W. The Prevalence and associate factors of anemia in mothers delivered In Nongkhai hospital. *Nursing Health, and Education Journal*, 2020;3(1):18-27. (in Thai)
16. Costantine MM. Physiologic and pharmacokinetic changes in pregnancy. *Frontiers in pharmacology*. 2014;5(65):1-6.
17. Sámano R, Martínez-Rojano H, Ortiz-Hernández L, Nájera-Medina O, Chico-Barba G, Godínez-Martínez E, et al. Dietary and nutrient intake, eating habits, and its association with maternal gestational weight gain and offspring's birth weight in pregnant adolescents. *Nutrients*. 2022;14(21):1-17.
18. Talin IA, Abid MH, Samad MA, Azpíroz ID, Diez IT, Ashraf I, & Nahid AA. Exploring factors influencing the severity of pregnancy anemia in India: A study using proportional odds model. *Scientific Reports*, 2023;13, 228-216.
19. Juntarapimon P, Rakhab A, & Thongwon T. Factors influencing on the occurrence of anemia in pregnant adolescents at Chaiya Hospital, Surat Thani Province. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 2025;17(2):192-207. (in Thai)
20. Ekblad U, Erkkola R, & Uotila P. The effect of acute hypoxia on prostaglandin release in perfused human fetal placenta. *Prostaglandins*. 1987;33(4):553-60.
21. Wang R, Xu S, Hao X, Jin X, Pan D, Xia H, et al. Anemia during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Frontiers in global women's health*. 2025;6(1502585): 1-12.
22. Thasala Hospital. *Delivery records, fiscal year 2021-2023*. Nakhon Si Thammarat: Thasala Hospital; 2023.