

ปัจจัยที่มีผลต่อการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลพะเยา

ณัฐริดา ชื่นพริยานนท์*, ลักษณ์ณารีย์ ใจวงศ์*, ศุภสุดา จงประสิทธิ์กุล*,
วุฒิพงศ์ ตรรกบุตร*, พรพิมล นิตติวัฒนวิทย์**, พรนภา สุริยะไชย**

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: อัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในระดับโลกและประเทศไทย แม้ไม่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารก โรงพยาบาลพะเยายังคงมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์: ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอด จัดกลุ่มการผ่าตัดคลอดตาม Robson classification และศึกษาลักษณะใน Robson กลุ่ม 1-4 ซึ่งมีแนวโน้มคลอดปกติได้

วิธีการศึกษา: ศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลพะเยาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 – 30 เมษายน พ.ศ. 2568 ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอดด้วย multivariable logistic regression

ผลการศึกษา: หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรจำนวน 562 ราย พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (aOR 53.09, 95% CI 2.33–1209.02, $p=0.013$) ไม่เคยมีบุตร (aOR 13.62, 95% CI 1.19–154.84, $p=0.035$) การคลอดในเวรเช้า (aOR 6.51, 95% CI 2.67–15.87, $p<0.001$) การคลอดในเวรบ่าย (aOR 2.81, 95% CI 1.05–7.48, $p=0.038$) และการฝากครรภ์ที่คลินิก (aOR 3.7, 95% CI 1.83–7.47, $p<0.001$) เมื่อจำแนกตาม Robson classification พบกลุ่ม 5 ร้อยละ 29.7 รองลงมาคือกลุ่ม 2 ร้อยละ 21.2 และกลุ่ม 1 ร้อยละ 15.9 นอกจากนี้ ลักษณะที่พบส่วนใหญ่ในกลุ่ม Robson 1–4 ได้แก่ สัญชาติไทย อายุ 20–34 ปี สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนสูง 145–160 เซนติเมตร น้ำหนักทารก 2,500–3,500 กรัม การคลอดในเวรเช้า และการฝากครรภ์ที่คลินิก

สรุปและข้อเสนอแนะ: ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอด ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ไม่เคยมีบุตร การคลอดในเวรเช้า และการฝากครรภ์ที่คลินิก โดย Robson classification กลุ่ม 5 มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุด และลักษณะส่วนใหญ่ที่พบในกลุ่ม 1–4 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสคลอดทางช่องคลอดได้ เช่น สัญชาติไทย อายุ 20–34 ปี การคลอดในเวรเช้า และฝากครรภ์ที่คลินิก ดังนั้นควรส่งเสริมการลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น ผ่านการให้ความรู้และสนับสนุนการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีผลต่อการผ่าตัดคลอด ระบบ Robson classification การผ่าตัดคลอด

*ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลพะเยา

**แผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลพะเยา

Determinants of cesarean section at Phayao Hospital

Nattida Chuenpiriyanon*, Lucksanaree Chaiwong*, Supasuda Jongprasitkul*,
Wutipong Takkabut*, Pornpimon Nittiwattanawit**, Pornnapa Suriyachai**

ABSTRACT

BACKGROUND: The cesarean section (CS) rate has increased globally and in Thailand without a corresponding reduction in maternal and neonatal mortality. Phayao Hospital has also experienced a continuous rise in CS rates.

OBJECTIVE: To identify factors associated with the decision to perform CS, classify deliveries according to the Robson classification system, and examine characteristics of women in Robson groups 1–4, who are generally eligible for vaginal delivery.

METHODS: A retrospective study of women delivering at Phayao Hospital from October 1, 2023 to April 30, 2025 was conducted. Descriptive statistics and multivariable logistic regression were used to identify factors associated with the decision to perform CS.

RESULTS: Among 562 women who delivered, factors significantly associated with CS were chronic hypertension (aOR 53.09, 95% CI 2.33–1209.02, $p=0.013$), nulliparity (aOR 13.62, 95% CI 1.19–154.84, $p=0.035$), morning shift delivery (aOR 6.51, 95% CI 2.67–15.87, $p<0.001$), afternoon shift delivery (aOR 2.81, 95% CI 1.05–7.48, $p=0.038$), and antenatal care at private clinics (aOR 3.70, 95% CI 1.83–7.47, $p<0.001$). According to the Robson classification, Group 5 had the highest proportion (29.7%), followed by Group 2 (21.2%) and Group 1 (15.9%). In Robson groups 1–4, most women were Thai, aged 20–34 years, covered by the universal health coverage scheme, with a height of 145–160 cm, estimated fetal weight 2,500–3,500 g, morning shift delivery, and antenatal care at private clinics.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: Factors associated with the decision to perform CS were chronic hypertension, nulliparity, morning shift delivery, and antenatal care at private clinics. Robson Group 5 had the highest CS rate. In Groups 1–4, most women were Thai, aged 20–34 years, with morning delivery and antenatal care at private clinics. Reducing unnecessary CS should emphasize patient education and regular antenatal care.

KEYWORDS: determinants of cesarean section, Robson classification, cesarean section

*Medical Education Center, Phayao Hospital

**Obstetrics and Gynecology department, Phayao hospital

Corresponding Author: Lucksanaree Chaiwong E-mail: lucksanareej@gmail.com

Received: 25 July 2025 Revised: 4 October 2025 Accepted: 18 February 2026

ความเป็นมา

การผ่าตัดคลอด (cesarean section) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อคลอดทารกผ่านรอยผ่าที่หน้าท้องและรอยผ่าที่ผนังมดลูก ในช่วงอายุครรภ์ที่ทารกสามารถมีชีวิตรอดได้ โดยปกติแล้วแพทย์จะทำการผ่าตัดคลอดเมื่อมีเหตุผลทางการแพทย์ โดยพิจารณาในรายที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้เอง หรือคลอดได้แต่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารก¹ การผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นส่งผลเสียและเพิ่มภาวะแทรกซ้อนแก่หญิงตั้งครรภ์และทารก ทั้งในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีผลให้ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการคลอด เพิ่มโอกาสเกิดภาวะรกเกาะต่ำ รกเกาะติดกล้ามเนื้อมดลูก และมดลูกแตกในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป นอกจากนี้พบว่า หญิงหลังคลอดปกติมีคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจ ทารก สุขภาพ และการทำหน้าที่ของร่างกายดีกว่าการเลือกผ่าตัดคลอดและการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน² ปัจจุบันอัตราผ่าตัดคลอดของหญิงตั้งครรภ์สูงขึ้นทั่วโลก สาเหตุที่การผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นเนื่องจาก 1) เหตุผลทางสุติกรรม 2) ความต้องการผ่าตัดคลอดของมารดาเพิ่มขึ้น 3) ปัญหาการฟ้องร้องเกี่ยวกับทุรเวชปฏิบัติ 4) การบริหารเวลาของแพทย์ จากการศึกษาใน 150 ประเทศ ช่วงปี พ.ศ. 2533-2557 พบว่า อัตราผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 19.1 ในปี พ.ศ. 2557 โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 ต่อปี³ ในประเทศไทยพบอัตราผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2559-2564 โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 35 ในปี พ.ศ. 2564⁴ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มมากขึ้นในอนาคตแต่อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกกลับไม่มีแนวโน้มลดลง⁵

ในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้แบ่งกลุ่มตามระบบ Robson โดย Michael Robson⁶ มาใช้เพื่อประเมินอัตราการผ่าตัดคลอดจัดกลุ่มตาม Robson classification และหาแนวทางปรับปรุงการดูแลการคลอดในประเทศไทยมีการทำวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับระบบ Robson classification พบอัตราการผ่าตัดคลอดที่ต่ำที่สุดในการศึกษาของโรงพยาบาลราชวิถี ปี พ.ศ. 2558-2561 เท่ากับ ร้อยละ 34.8-36.6⁷ ส่วนอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงที่สุด พบในการศึกษาของโรงพยาบาลศิริราช เดือนมกราคม - สิงหาคม พ.ศ. 2560 เท่ากับ ร้อยละ 48.8⁸ ซึ่งเมื่อจำแนกตาม Robson criteria กลุ่มที่ผ่าตัดคลอดมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 5⁴

จากการสำรวจข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2561-2567 ในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งเป็นเขตสุขภาพที่โรงพยาบาลพะเยาตั้งอยู่ พบอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 34.1 ในปี พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 37 ในปี พ.ศ. 2567⁹ จากสถิติของโรงพยาบาลพะเยา พบอัตราผ่าตัดคลอดในปี พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับ ร้อยละ 65.4, 64.7 และ 66.4 ตามลำดับ¹⁰ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอด โดยจัดกลุ่มการผ่าตัดคลอดตาม Robson classification และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอดใน Robson classification กลุ่มที่ 1-4 ซึ่งมีแนวโน้มที่จะคลอดปกติได้

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอด
2. จัดกลุ่มการผ่าตัดคลอดตาม Robson classification
3. ศึกษาลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดใน Robson กลุ่ม 1-4 ที่มีแนวโน้มคลอดปกติได้

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ case-control โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลพะเยา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 เมษายน พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในช่วงเวลาศึกษา โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่คลอดปกติทางช่องคลอด และกลุ่มที่ผ่าตัดคลอด

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ในงานวิจัยนี้ใช้หลักการ Events-per-variable (EPV) ซึ่งแนะนำว่าควรมีเหตุการณ์อย่างน้อย 10 รายต่อหนึ่งตัวแปรอิสระ¹¹ และมีผลการศึกษามากมายที่ยืนยันการใช้เลข $EPV \geq 10$ ดังกล่าว¹² การคำนวณจำนวนเหตุการณ์ขั้นต่ำ ใช้สูตร $E = V \times EPV$ โดยที่ E คือจำนวนเหตุการณ์ขั้นต่ำที่จำเป็น V คือจำนวนตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิเคราะห์ EPV คือค่าคงที่ events per variable

ในการศึกษานี้ วางแผนวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด โดยใช้ตัวแปรอิสระจำนวน 36 ตัวแปร และกำหนดค่า EPV เท่ากับ 10 ดังนั้นจำนวนเหตุการณ์ขั้นต่ำที่จำเป็นเท่ากับ $36 \times 10 = 360$ ราย โดยเหตุการณ์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ซึ่งเป็นผลลัพธ์หลักของการศึกษา เพื่อคงสัดส่วนของกลุ่มผ่าตัดคลอด (ร้อยละ 64.1) และกลุ่มคลอดปกติ (ร้อยละ 35.9) ให้สอดคล้องกับสัดส่วนที่พบในประชากรหญิงคลอดบุตรทั้งหมดในโรงพยาบาลพะเยา ระหว่างปี พ.ศ. 2567-2568 ซึ่งมีจำนวนรวม 1,366 ราย จึงคำนวณขนาดตัวอย่างทั้งหมดจากสูตร $N = E / P$ โดยที่ N คือขนาดตัวอย่างทั้งหมด E คือจำนวนเหตุการณ์ขั้นต่ำ P คือสัดส่วนของเหตุการณ์ในประชากรเป้าหมาย ดังนั้นขนาดตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 562 ราย จำนวนผู้ที่ผ่าตัดคลอดเท่ากับ $562 \times 0.641 = 360$ ราย และจำนวนผู้ที่คลอดปกติเท่ากับ $562 - 360 = 202$ ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) จำนวนทั้งสิ้น 562 ราย ประกอบด้วยกลุ่มผ่าตัดคลอด 360 ราย และกลุ่มคลอดปกติ 202 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

หญิงตั้งครรภ์ในช่วงอายุ 14-45 ปี ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 24-41 สัปดาห์ และคลอดบุตรในโรงพยาบาลพะเยา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. หญิงที่ผ่าเปิดมดลูก (hysterotomy) ในกรณีอื่นที่ไม่เกี่ยวกับการคลอดทารก
2. หญิงตั้งครรภ์ที่ทารกเสียชีวิตในครรภ์

ตัวแปรและผลลัพธ์

ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอด ซึ่งปัจจัยหลัก ได้แก่ อายุ สัญชาติ สิทธิการรักษา วุฒิการศึกษา โรคประจำตัวของหญิงตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกายของหญิงตั้งครรภ์ในวันที่รับเข้ารักษา ส่วนสูงของหญิงตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่เคยคลอด ระยะเวลาที่คลอดบุตรคนก่อน น้ำหนักทารกในครรภ์ ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดจากหญิงตั้งครรภ์หรือบุตรในครรภ์ ความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ช่วงเวลาที่มาคลอด สถานที่ฝากครรภ์ ซึ่งในแต่ละตัวแปรหลักประกอบไปด้วยปัจจัยย่อย รวม 36 ตัวแปร

ตัวแปรตาม คือ วิธีการคลอด โดยแบ่งเป็นการผ่าตัดคลอดและการคลอดปกติทางช่องคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลพะเยา และวิเคราะห์ การผ่าตัดคลอดในกลุ่ม Robson classification 1-4

สำหรับวัตถุประสงค์ในการจำแนกและวิเคราะห์การผ่าตัดคลอดตาม Robson classification ตัวแปรต้น ได้แก่ ครั้งที่ตั้งครรภ์ จำนวนทารกในครรภ์ การเริ่มเจ็บครรภ์ อายุครรภ์ และท่าของทารกในครรภ์ ตัวแปรตามคือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดในแต่ละกลุ่มของ Robson classification ที่แบ่งออกได้ 10 กลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และข้อมูลจากระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลพะเยา บันทึกในเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (case record form) รวบรวมข้อมูลด้วยโปรแกรม Excel

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

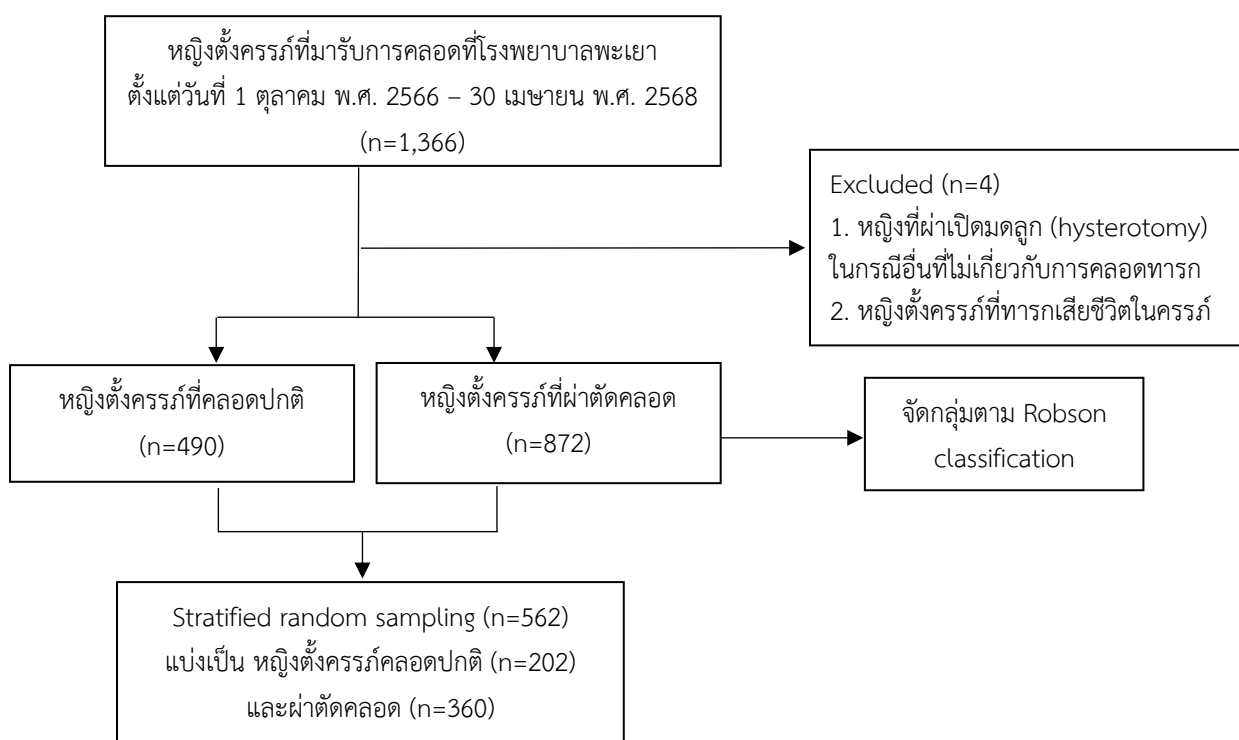
ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและทางคลินิก ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และใช้การวิเคราะห์ multivariable logistic regression เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอด กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ นำเสนอค่า adjusted odd ratio (aOR) และช่วงเชื่อมั่น 95% (95% CI) โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ STATA version 18

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา เลขที่ 27/2568 อนุมัติ ณ วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2568 การรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้รหัสแทนการใช้ชื่อ กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อบุคคลและองค์กร

ผลการศึกษา

ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด 1,366 ราย โดยสุ่มแบบ stratified random sampling เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยการผ่าตัดคลอด และจัดกลุ่มผู้ผ่าตัดคลอด 872 รายตาม Robson classification (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี stratified random sampling

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลพะเยา ทั้งกลุ่มที่ผ่าตัดคลอดและกลุ่มคลอดปกติ มีอายุในช่วงระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 76.9 และ 69.3 ตามลำดับ เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างมีสัญชาติไทย นอกจากนี้ ลักษณะของทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน เช่น ดัชนีมวลกาย ส่วนสูง สิทธิการรักษา น้ำหนักของทารก ในครรภ์ พบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยคลอดบุตรมาก่อน ร้อยละ 52.5 และ 45 ตามลำดับ ระยะเวลาที่คลอดบุตรคนก่อนน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 78.9 และ 71.9 ตามลำดับ น้ำหนักของทารกในครรภ์พบว่า อยู่ในช่วง 2500-3500 กรัม ร้อยละ 78.2 และ 79.2 ตามลำดับ คลอดเร็ว ร้อยละ 56.9 และ 40.1 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบลักษณะที่มีความแตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ วุฒิการศึกษา โดยในกลุ่มที่ผ่าตัดคลอด พบว่าจบการศึกษาระดับปริญญา ร้อยละ 56.3 ส่วนกลุ่มที่คลอดปกติ จบการศึกษาระดับมัธยม ร้อยละ 55.4 โรคของหญิงตั้งครรภ์ระยะก่อนคลอด พบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 12.5 และ 4.4 ตามลำดับ โรคประจำตัวเดิมของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มที่ผ่าตัดคลอดพบโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังมากที่สุด ร้อยละ 5 ส่วนกลุ่มที่คลอดปกติพบเพียง ร้อยละ 0.5 โรคประจำตัวอื่น ๆ ได้แก่ การติดเชื้อ HIV โรคซึมเศร้า เนื้องอกในมดลูก โรคแพ้ภูมิตัวเอง (SLE) และซิฟิลิส โดยพบร้อยละ 4.4 ทั้งสองกลุ่ม การฝากครรภ์พบว่า กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด ฝากครรภ์ที่คลินิก ร้อยละ 61.9 กลุ่มที่คลอดปกติ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ร้อยละ 68.3 (ตารางที่ 1)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการผ่าตัดคลอดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เมื่อเปรียบเทียบจากกลุ่มตัวอย่างที่ผ่าตัดคลอด 360 ราย และคลอดปกติ 202 ราย พบปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังในมารดา จำนวนบุตรที่เคยคลอด ช่วงเวลาคลอดและสถานที่ฝากครรภ์โดยหญิงที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

มีแนวโน้มที่จะได้รับการผ่าตัดคลอดมากกว่า 53.09 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูง (95% CI: 2.33-1209.02) หญิงที่ไม่เคยคลอดบุตรมาก่อน มีแนวโน้มที่จะได้รับการผ่าตัดคลอดมากกว่าหญิงที่เคยคลอดบุตรมาก่อน ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป 13.62 เท่า (95% CI: 1.19-154.84) หญิงที่มาคลอดบุตรในเวรเช้าและเวรบ่าย มีแนวโน้มที่จะได้รับการผ่าตัดคลอดมากกว่าเวรตึก 6.51 เท่า (95% CI: 2.67-15.87) และ 2.81 เท่า (95% CI: 1.05-7.48) ตามลำดับ และหญิงที่ฝากครรภ์ที่คลินิก มีแนวโน้มที่จะได้รับการผ่าตัดคลอดมากกว่าหญิงที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล 3.7 เท่า (95% CI: 1.83-7.47) (ตารางที่ 1)

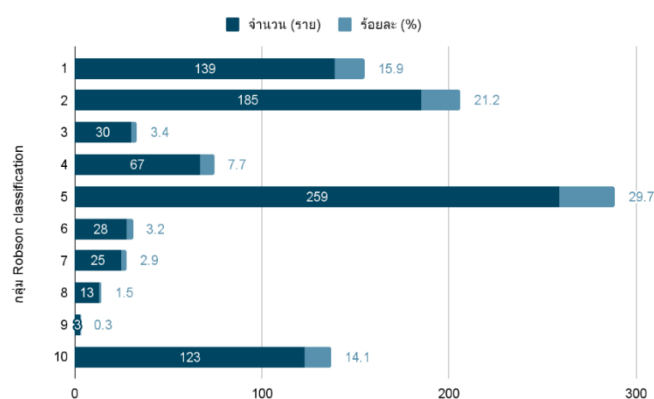
จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทั้งหมด 872 ราย เมื่อนำมาจัดตาม Robson classification ซึ่งจำแนกตาม จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ จำนวนทารกในครรภ์ การผ่าคลอดครั้งแรก การเริ่มเจ็บครรภ์ อายุครรภ์ และท่าของทารกในครรภ์ จำแนกเป็น 10 กลุ่ม ซึ่งกลุ่มที่พบมากที่สุด ได้แก่ กลุ่ม 5 คือ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง เป็นครรภ์เดียว ท่าหัว และอายุครรภ์ครบกำหนด มีจำนวน 259 ราย (ร้อยละ 29.7) และพบอัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มที่มีแนวโน้มสามารถคลอดปกติได้ ได้แก่ กลุ่ม 1-4 ดังนี้ กลุ่ม 1 หญิงครรภ์แรกที่เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และเจ็บครรภ์ตามธรรมชาติ จำนวน 139 ราย (ร้อยละ 15.9) กลุ่ม 2 หญิงครรภ์แรกที่เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์หรือผ่าตัดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์ จำนวน 185 ราย (ร้อยละ 21.2) กลุ่ม 3 หญิงตั้งครรภ์หลังที่ไม่เคยผ่าตัด เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และมาด้วยเจ็บครรภ์ตามธรรมชาติ จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 3.4) และกลุ่ม 4 หญิงตั้งครรภ์หลังที่ไม่เคยผ่าตัด เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์หรือผ่าตัดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์ จำนวน 67 ราย (ร้อยละ 7.6) (รูปที่ 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดคลอด (n=562)

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอด	การผ่าตัดคลอด (n=360)	การคลอดปกติ (n=202)	adjusted OR (95% CI)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ช่วงอายุ				
14-19 ปี	19 (5.2)	31 (15.3)	Ref	
20-34 ปี	277 (76.9)	140 (69.3)	0.18 (0.01 - 2.52)	0.205
≥35 ปี	64 (17.7)	31 (15.3)	0.33 (0.02 - 5.19)	0.434
สัญชาติ				
ไทย	352 (97.7)	191 (94.5)	0.45 (0.05 - 4.10)	0.486
ต่างชาติ	8 (2.2)	11 (5.4)	Ref	
สิทธิการรักษา				
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	174 (48.3)	129 (63.8)	Ref	
ชำระเงินเอง	42 (11.6)	31 (15.3)	0.54 (0.18 - 1.56)	0.256
ข้าราชการ	49 (13.6)	11 (5.4)	1.9 (0.45 - 7.95)	0.373
ประกันสังคม	95 (26.3)	31 (15.3)	1.28 (0.55 - 2.98)	0.552
วุฒิการศึกษา				
ประถม	11 (3)	17 (8.4)	Ref	
มัธยม	143 (39.7)	112 (55.4)	3.30 (0.55 - 19.78)	0.191
ปริญญา	203 (56.3)	69 (34.1)	5.81 (0.90 - 37.57)	0.064
ไม่ได้รับการศึกษา	3 (0.8)	4 (1.9)	0.30 (0 - 11.67)	0.524
โรคประจำตัวของหญิงตั้งครรภ์				
ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง	18 (5)	1 (0.5)	53.09 (2.33 - 1209.02)	0.013
เบาหวาน	4 (1.1)	0	NA	
ไทรอยด์เป็นพิษ	6 (1.6)	0	NA	
อื่น ๆ	16 (4.4)	9 (4.4)	2.04 (0.36 - 11.33)	0.413
โรคของหญิงตั้งครรภ์ระยะก่อนคลอด				
เบาหวานขณะตั้งครรภ์	45 (12.5)	9 (4.4)	4.41 (0.98 - 19.85)	0.053
ไวรัสตับอักเสบบี	5 (1.3)	2 (0.9)	NA	
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	12 (3.3)	0	NA	
ภาวะน้ำคร่ำน้อย	6 (1.6)	3 (1.4)	NA	
ภาวะไม่มีน้ำคร่ำ	1 (0.2)	0	NA	
ภาวะครรภ์เป็นพิษ	7 (1.9)	1 (0.5)	NA	
ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า	3 (0.8)	2 (0.9)	0.15 (0 - 4.32)	0.270
ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์	8 (2.2)	8 (3.9)	0.25 (0.01 - 6.18)	0.403
การติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์	2 (0.5)	0	NA	
ดัชนีมวลกายก่อนคลอด				
<18.5 kg/m ²	2 (0.5)	1 (0.5)	0.66 (0.02 - 21.72)	0.818
18.5-22.9 kg/m ²	34 (9.5)	34 (16.8)	Ref	
23-24.9 kg/m ²	53 (14.8)	42 (20.7)	0.40 (0.10 - 1.53)	0.182
25-29.9 kg/m ²	151 (42.3)	87 (43)	0.54 (0.17 - 1.73)	0.305
≥30 kg/m ²	117 (32.7)	38 (18.8)	0.99 (0.28 - 3.52)	0.993

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดคลอด (n=562) (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอด	การผ่าตัดคลอด (n=360)	การคลอดปกติ (n=202)	adjusted OR (95% CI)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ส่วนสูงของหญิงตั้งครรภ์				
<145 เซนติเมตร	4 (1.1)	7 (3.4)	NA	
145-160 เซนติเมตร	262 (73.1)	143 (70.7)	Ref	
>160 เซนติเมตร	92 (25.7)	52 (25.7)	0.74 (0.35 - 1.59)	0.455
จำนวนบุตรที่เคยคลอด				
0 ราย	189 (52.5)	91 (45)	13.62 (1.19 - 154.84)	0.036
1 ราย	135 (37.5)	64 (31.6)	2.06 (0.96 - 4.42)	0.062
≥2 ราย	36 (10)	47 (23.2)	Ref	
ระยะเวลาที่คลอดบุตรคนก่อน				
<10 ปี	139 (78.9)	77 (71.9)	Ref	
≥10 ปี	37 (21)	30 (28)	0.59 (0.25 - 1.35)	0.213
น้ำหนักทารกในครรภ์				
<2500 กรัม	39 (10.8)	32 (15.8)	0.41 (0.12 - 1.35)	0.147
2500-3500 กรัม	281 (78.2)	160 (79.2)	Ref	
>3500 กรัม	39 (10.8)	10 (4.9)	1.79 (0.51 - 6.21)	0.359
ช่วงเวลาคลอด				
เวรเช้า	205 (56.9)	81 (40.1)	6.51 (2.67 - 15.87)	<0.001
เวรบ่าย	112 (31.1)	63 (31.1)	2.81 (1.05 - 7.48)	0.038
เวรดึก	44 (11.8)	59 (28.5)	Ref	
สถานที่ฝากครรภ์				
โรงพยาบาล	136 (37.7)	138 (68.3)	Ref	
คลินิกฝากครรภ์	223 (61.9)	60 (29.7)	3.7 (1.83 - 7.47)	<0.001
ไม่ได้ฝากครรภ์	1 (0.2)	3 (1.4)	NA	
อื่น ๆ	NA	1(0.5)	NA	



รูปที่ 2 แผนภูมิแท่งแสดงจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอด
เมื่อจำแนกตามกลุ่ม Robson classification (n=872)

ลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอด จำแนกตาม Robson classification กลุ่ม 1-4 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มสามารถคลอดปกติ ทุกกลุ่มมีอายุระหว่าง 20-34 ปี (ร้อยละ 67.1-83.2) มีสัญชาติไทย (ร้อยละ 93.3-99.2) สิทธิการรักษาเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วุฒิการศึกษาพบว่า จบการศึกษาระดับปริญญาในกลุ่ม 1-2 และ 4 ส่วนกลุ่ม 3 นั้น จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา โรคประจำตัวเดิมพบว่า กลุ่ม 3-4 มีโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ในขณะที่กลุ่ม 1-2 มีโรคประจำตัวอื่น ๆ โรคของ

หญิงตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอดพบว่า ทุกกลุ่มมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่ม 1 และ 3-4 เกิดจากการผิดปกติของศีรษะทารกและอุ้งเชิงกราน รองลงมา คือ ความต้องการของมารดา ยกเว้นกลุ่ม 2 ส่วนใหญ่เกิดจากความต้องการของมารดา น้ำหนักทารกในครรภ์พบว่า ทุกกลุ่มทารกมีน้ำหนักอยู่ในช่วง 2,500-3,500 กรัม ช่วงเวลาที่มาคลอดพบว่า ส่วนใหญ่ของทุกกลุ่มคลอดในช่วงเวรเช้า และการฝากครรภ์พบว่า ทุกกลุ่มฝากครรภ์ที่คลินิก (ร้อยละ 53.3-71.9) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอด จำแนกตาม Robson classification กลุ่ม 1-4 (n=421)

ลักษณะ	Robson class 1 (n=139)	Robson class 2 (n=185)	Robson class 3 (n=30)	Robson class 4 (n=67)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ช่วงอายุ				
14-19 ปี	12 (8.6)	16 (8.6)	0	0
20-34 ปี	114 (82)	154 (83.2)	24 (80)	45 (67.1)
≥35 ปี	13 (9.3)	15 (8.1)	6 (20)	22 (32.8)
สัญชาติ				
ไทย	138 (99.2)	179 (96.7)	28 (93.3)	63 (94)
ต่างชาติ	1 (0.7)	6 (3.2)	2 (6.6)	4 (5.9)
สิทธิการรักษา				
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	69 (49.6)	81 (43.7)	17 (56.6)	33 (49.2)
ชำระเงินเอง	15 (10.7)	26 (14)	4 (13.3)	15 (22.3)
ข้าราชการ	22 (15.8)	19 (10.2)	1 (3.3)	8 (11.9)
ประกันสังคม	33 (23.7)	59 (31.8)	8 (26.6)	11 (16.4)
วุฒิการศึกษา				
ประถม	5 (3.6)	4 (2.1)	2 (6.6)	2 (2.9)
มัธยม	43 (30.9)	61 (32.9)	21 (70)	27 (40.3)
ปริญญา	91 (65.4)	117 (63.2)	6 (20)	36 (53.7)
ไม่ได้รับการศึกษา	0	3 (1.6)	1 (3.3)	2 (2.9)
โรคประจำตัวหญิงตั้งครรภ์				
ความดันสูงเรื้อรัง	3 (2.1)	6 (3.2)	3 (10)	5 (7.4)
เบาหวาน	2 (1.4)	1 (0.5)	0	0
ไทรอยด์เป็นพิษ	2 (1.4)	0	0	2 (2.9)
อื่น ๆ	5 (3.6)	13 (7)	2 (6.6)	1 (1.4)
โรคของหญิงตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอด				
ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์	20 (14.3)	25 (13.5)	3 (10)	4 (5.9)
ไวรัสตับอักเสบบี	2 (1.4)	1 (0.5)	1 (3.3)	1 (1.4)
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	2 (1.4)	7 (3.7)	1 (3.3)	3 (4.4)
ภาวะน้ำคร่ำน้อย	4 (2.8)	11 (5.9)	1 (3.3)	0
ภาวะไม่มีน้ำคร่ำ	0	0	0	0
ภาวะครรภ์เป็นพิษ	2 (1.4)	3 (1.6)	1 (3.3)	2 (2.9)
ภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า	0	2 (1)	0	0
การติดเชื้อในมารดา	0	3 (1.6)	0	0

ตารางที่ 2 ลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอด จำแนกตาม Robson classification กลุ่ม 1-4 (n=421) (ต่อ)

ลักษณะ	Robson class 1 (n=139)	Robson class 2 (n=185)	Robson class 3 (n=30)	Robson class 4 (n=67)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์				
การผิดปกติของศีรษะทารกและอุ้งเชิงกราน	55 (39.5)	57 (30.8)	13 (43.3)	23 (34.3)
ความต้องการของมารดา	52 (37.4)	61 (32.9)	6 (20)	18 (26.8)
การคลอดไม่ก้าวหน้า	9 (6.4)	27 (14.6)	3 (10)	6 (8.9)
โรคทางอายุรศาสตร์ของมารดา*	3 (2.1)	4 (2.1)	1 (3.3)	1 (1.4)
ความผิดปกติของรก	0	0	0	1 (1.4)
เนื้องอกอุดกั้นการคลอด	0	1 (0.5)	0	0
ภาวะทารกเครียด	10 (7.1)	22 (11.8)	4 (13.3)	11 (16.4)
ข้อบ่งชี้โดยอนุโลมของทารก**	10 (7.1)	13 (7)	3 (10)	7 (10.4)
ดัชนีมวลกายก่อนคลอด				
<18.5 kg/m ²	0	1 (0.5)	1 (3.3)	0
18.5-22.9 kg/m ²	13 (9.3)	23 (12.5)	1 (3.3)	3 (4.4)
23-24.9 kg/m ²	31 (22.3)	25 (13.5)	1 (3.3)	5 (7.4)
25-29.9 kg/m ²	47 (33.8)	73 (39.6)	10 (33.3)	33 (49.2)
≥30 kg/m ²	48 (34.5)	62 (33.7)	17 (56.6)	26 (38.8)
ส่วนสูงมารดา				
<145 เซนติเมตร	0	2 (1)	0	0
145-160 เซนติเมตร	93 (66.9)	120 (64.8)	27 (90)	45 (67.1)
>160 เซนติเมตร	46 (33)	63 (34)	3 (10)	22 (32.8)
จำนวนบุตรที่เคยคลอด				
0 ราย	139 (100)	185 (100)	0	0
1 ราย	0	0	18 (60)	53 (79.1)
≥2 ราย	0	0	12 (40)	14 (20.9)
ระยะเวลาที่คลอดบุตรคนก่อน				
<10 ปี	0	0	24 (82.7)	42 (68.8)
≥10 ปี	0	0	5 (17.2)	19 (31.1)
น้ำหนักทารกในครรภ์				
<2500 กรัม	7 (5)	18 (9.7)	2 (6.6)	1 (1.4)
2500-3500 กรัม	120 (86.3)	143 (77.7)	22 (73.3)	49 (73.1)
>3500 กรัม	12 (8.6)	23 (12.5)	6 (20)	17 (25.3)
ช่วงเวลาที่มาคลอด				
เวรเช้า	87 (62.5)	95 (51.3)	14 (46.6)	28 (41.7)
เวรบ่าย	42 (30.2)	73 (39.4)	13 (43.3)	26 (38.8)
เวรดึก	10 (7.1)	17 (9.1)	3 (10)	13 (19.4)
สถานที่ฝากครรภ์				
โรงพยาบาล	39 (28)	68 (36.7)	14 (46.6)	21 (31.3)
คลินิกฝากครรภ์	100 (71.9)	117 (63.2)	16 (53.3)	46 (68.6)

*โรคทางอายุรศาสตร์ของมารดา ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวีที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี และภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (eclampsia)

**ข้อบ่งชี้โดยอนุโลมของทารก ได้แก่ anhydramnios, oligohydramnios, polyhydramnios, intrauterine growth retardation, macrosomia

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการผ่าตัดคลอด ได้แก่ หญิงที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรัง หญิงที่ไม่เคยมีบุตร คลอดเวรเช้า คลอดเวรบ่าย และฝากครรภ์ที่คลินิก เมื่อจัดกลุ่ม Robson classification พบ กลุ่ม 5 มีจำนวนมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ กลุ่ม 2 และ 1 ตามลำดับ โดยหญิงที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะผ่าตัดคลอดมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรัง มักมีภาวะอื่นร่วมด้วย เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับมีความก้าวหน้าของการคลอดช้า ภาวะทารกเครียด ทารกทำผิดปกติ ทารกตัวโต และการติดเชื้อของศีรษะทารกและอวัยวะในครรภ์¹³ จึงมีแนวโน้มได้รับการผ่าตัดคลอด ทำให้พบว่า มีอัตราการผ่าตัดคลอดของหญิงที่มีความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก ส่วนหญิงที่ไม่เคยมีบุตร จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีแนวโน้มที่จะผ่าตัดคลอดมากกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ ที่ระบุว่าหญิงที่มีบุตรมาก่อน ≥ 2 ครั้ง มีแนวโน้มที่จะผ่าตัดคลอดมากกว่า¹⁴ จากการเก็บข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่ของหญิงที่ไม่เคยมีบุตร ได้รับการผ่าตัดคลอดเนื่องจากความต้องการมารดา และส่วนใหญ่ของหญิงที่มีบุตรมาก่อน ≥ 2 ครั้ง ได้รับการผ่าตัดคลอดเนื่องจากเคยผ่าตัดมาก่อน ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการคลอดบุตรลดลง¹⁵ ซึ่งจากความเห็นของผู้วิจัยคาดว่า อัตราการคลอดบุตรที่ลดลงเกิดจากสภาพสังคม เศรษฐกิจ ค่านิยม และมารดามีความต้องการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น ส่วนหญิงที่ฝากครรภ์ที่คลินิกมักจะคลอดในเวรเช้าและเวรบ่าย คาดว่าส่วนใหญ่หญิงที่ฝากครรภ์ที่คลินิกแพทย์ มักจะนัดมาคลอดในช่วงเวลาดังกล่าว เนื่องจากการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลรัฐบาลที่มีวางแผนไว้ล่วงหน้า มักจะทำการผ่าตัดคลอดในเวรเช้าและเวรบ่าย ทำให้มีอัตราผ่าตัดคลอดในเวรเช้าและเวรบ่ายสูง

เมื่อจัดกลุ่มตาม Robson classification พบว่า กลุ่ม 5 มีอัตราการผ่าตัดคลอดมากที่สุด ร้อยละ 29.7 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า พบกลุ่ม 5 มากที่สุดเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 28.9⁸ และรองลงมา คือ กลุ่ม 2 ร้อยละ 21.2 โดยเกิดจากความต้องการของมารดามากที่สุด ร้อยละ 42.6 อีกทั้งกลุ่ม 1 พบอัตราผ่าตัดคลอด ร้อยละ 15.9 เกิดจากการติดเชื้อของศีรษะและอวัยวะในครรภ์มากที่สุด ร้อยละ 34.3 ซึ่งการติดเชื้อของศีรษะทารกและอวัยวะในครรภ์ในหญิงเอเชียมีแนวโน้มที่อวัยวะในครรภ์จะเล็กกว่าเมื่อเทียบกับมาตรฐานสากล จากงานวิจัยก่อนหน้านี้พบ มารดาที่มีส่วนสูง < 152 เซนติเมตร มีความเสี่ยงของการติดเชื้อของศีรษะทารกและอวัยวะในครรภ์¹⁶ งานวิจัยในประเทศซิมบับเว พบว่า มารดาที่สูง < 160 เซนติเมตร มีความเสี่ยงของการติดเชื้อของศีรษะทารกและอวัยวะในครรภ์¹⁷ จากความเห็นของผู้วิจัยคิดว่า ความเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าว อาจเกิดจากส่วนสูงในหญิงเอเชียที่น้อยกว่าหญิงแอฟริกัน ซึ่งในโรงพยาบาลพะเยาพบว่า หญิงที่ได้ผ่าตัดคลอดเนื่องจากการติดเชื้อของศีรษะและอวัยวะในครรภ์มีน้ำหนักเฉลี่ยอยู่ที่ 3,098.1 กรัม และส่วนสูงมารดาเฉลี่ยเท่ากับ 157.8 เซนติเมตร โดยปกติเมื่อแพทย์ประเมินน้ำหนักทารกโดยประมาณในครรภ์ $> 3,500$ กรัม หรือหญิงตั้งครรภ์ที่มีส่วนสูง < 145 เซนติเมตร หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความแตกต่างของศีรษะทารกและอวัยวะในครรภ์ และได้รับการผ่าตัดคลอด แม้ว่าในบางรายจะไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัย แต่หากได้รับความเห็นชอบของสูติแพทย์ 2 ท่าน ลงความเห็นและกำกับไว้ว่าเนื่องจากหญิงเอเชียมักไม่สามารถคลอดเองได้¹⁸ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อของศีรษะทารกและอวัยวะในครรภ์ที่ไม่ครบเกณฑ์วินิจฉัยทั้งหมด ควรพิจารณาให้คลอดปกติก่อน นอกจากนี้ข้อบ่งชี้ที่ระบุว่า เป็นความต้องการของมารดา

จากความเห็นของผู้วิจัยคาดว่า ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่ม 2 และ 4 ที่ผ่าตัดคลอด โดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์ ควรรอให้มีการเจ็บครรภ์คลอดเอง เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะคลอดปกติได้ และในกลุ่มที่ได้รับการชักนำคลอด หากชักนำคลอดสำเร็จ คาดว่ามีแนวโน้มที่จะคลอดปกติได้เช่นกัน ส่วนในกลุ่ม 1 และ 3 ผู้วิจัยคาดว่า ในกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะคลอดปกติเองได้ เนื่องจากมีการเจ็บครรภ์จริง และในกลุ่ม 3 และ 4 ที่คาดว่าน่าจะคลอดปกติได้ เนื่องจากเคยคลอดปกติมาในครรภ์ก่อนแล้ว เมื่อดูข้อบ่งชี้ของทั้งสองกลุ่มพบว่า มีข้อบ่งชี้การผิดสัดส่วนของศีรษะทารกและอุ้งเชิงกรานมากที่สุด โดยกลุ่ม 3 และ 4 คิดเป็น ร้อยละ 43.3 และ 34.3 ตามลำดับ

โดยสรุปจากการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลพะเยา ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ไม่เคยมีบุตร การคลอดในเวรเช้า และการฝากครรภ์ที่คลินิก โดย Robson classification กลุ่ม 5 มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุด และลักษณะส่วนใหญ่ที่พบในกลุ่ม 1-4 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสคลอดทางช่องคลอดได้ เช่น สัญชาติไทย อายุ 20-34 ปี การคลอดในเวรเช้า และฝากครรภ์ที่คลินิก

ข้อจำกัด

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ ความไม่ครบถ้วนของข้อมูลบางส่วน โดยเฉพาะข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อน เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์บางรายไม่ได้มาคลอดที่โรงพยาบาลพะเยา นอกจากนี้กรณีการตั้งครรภ์ครั้งก่อนเกิดขึ้นมากกว่า 10 ปี ข้อมูลทางเวชระเบียนและข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดไม่สามารถสืบค้นได้ ทำให้ไม่สามารถทบทวนรายละเอียดของการวินิจฉัยได้อย่างครบถ้วน อีกทั้งระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีข้อจำกัด ส่งผลให้จำเป็นต้องลดจำนวนกลุ่มตัวอย่างลง ซึ่งอาจกระทบต่ออำนาจในการวิเคราะห์ทางสถิติของการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาในรูปแบบ prospective study เพื่อเพิ่มความครบถ้วนของข้อมูลและลดข้อจำกัดจากการบันทึกย้อนหลัง รวมถึงควรมีการทบทวนและกำหนดนิยามข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดให้มีความชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อเพิ่มความถูกต้องของการวิเคราะห์ในอนาคต นอกจากนี้ การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจผ่าตัดคลอด ทั้งในมุมมองของแพทย์และหญิงตั้งครรภ์ อาจช่วยอธิบายปัจจัยเชิงระบบและบริบททางสังคมที่ไม่สามารถวัดได้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ทั้งนี้การติดตามแนวโน้มอัตราการผ่าตัดคลอดตาม Robson classification อย่างต่อเนื่อง จะเป็นประโยชน์ต่อการประเมินคุณภาพบริการและการวางแผนวิจัยในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบคุณ รศ.ดร.ภก. สุรศักดิ์ เส่าแก้ว ผศ.ดร.ภก. ณัฐ นาเอก ผศ.ดร.ภญ. ปาจารย์ มงคล ดร.ภก. ศิริยุทธ พัฒนโสภณ หน่วยงานเวชระเบียน และสถิติ และหน่วยงานสูติรีเวช โรงพยาบาลพะเยา ที่ให้ความรู้ ข้อมูลและแนวคิดที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย

REFERENCES

1. Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists. IC-005: Cesarean section [Internet]. Bangkok: RTCOG; 2011 [cited 2025 Jun 30]. Available from: <https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/IC-005.pdf>
2. Yukaew N. Cesarean section rate according to Robson's classification. J Prev Med Assoc Thai. 2017;7(3):262-71.

3. Chaitanu Wong S. Cesarean section in term pregnancy rate based on the Robson 10 – group classification at Lamphun Hospital from 2020-2022. *J Environ Community Health*. 2023;9(1):680-9.
4. Isaranurugchai W, Karunarathne P, Lumpikarnon P, Khunyuson C, Phitsanu K. Rising cesarean section rate in Thailand: is it time for serious discussion? [Internet]. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2022 [cited 2025 Jun 30]. Available from: <https://www.hitap.net/th/document/policy-brief-139-rising-cesarean-rate-thailand/>
5. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gulmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality: a worldwide ecological study. *BJOG*. 2016;123(5):745-53.
6. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Rev*. 2001;12(1):23–39.
7. Khornwong S, Kovavisarach E. Cesarean section rate based on the Robson 10-group classification at Rajavithi Hospital 2015-2018. *Thai J Obstet Gynecol*. 2021;29(4):191-7.
8. Anekpornwattana S, Yangnoi J, Jareemit N, Boriboonhirunsarn D. Cesarean section rate in Siriraj Hospital according to the Robson classification. *Thai J Obstet Gynecol*. 2020;28(1):6-15.
9. Ministry of Public Health. Cesarean section rate statistics [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020 [cited 2025 Jun 30]. Available from: https://cmi.moph.go.th/isp/sp_obs/index?menu_id=6
10. Obstetrics Department, Phayao Hospital. Annual delivery statistics. Phayao: Phayao Hospital; 2025. Unpublished data.
11. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol*. 1996;49(12):1373-9.
12. Vittinghoff E, McCulloch CE. Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and Cox regression. *Am J Epidemiol*. 2007;165(6):710-8.
13. Janoudi G, Kelly S, Yasseen A, Hamam H, Moretti F, Walker M. Factors associated with increased rates of caesarean section in advanced maternal age. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37(6):517-26.
14. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. Fetal macrosomia [Internet]. Chiang Mai: Chiang Mai University; [cited 2025 Sep 28]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/6721>
15. Tangwiwat P. Promoting childbearing for quality children. *J DMS*. 2024;49(3):5-9.
16. Khunpradit S, Patumanond J, Tawichasri C. Risk indicators for CS due to cephalopelvic disproportion in Lamphun Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2005;88 Suppl 2:S63-8.

17. Tsu VD. Maternal height and age: risk factors for cephalopelvic disproportion in Zimbabwe. Int J Epidemiol. 1992;21(5):941-6.

18. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. Obstetric and gynaecological bulletin [Internet]. Bangkok: RTCOG; 2001 [cited 2025 Oct 4]:17-22. Available from: https://www.rtcog.or.th/photo/bulletin_10254402.pdf