



บทที่ 1

บทนำ

### ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

ปัจจุบันการฆ่าห้องทำคลอดมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ(1) เนื่องจากว่าการฆ่าห้องทำคลอด เป็นวิธีที่สูติแพทย์ช่วยคลอดแก่มารดาที่ไม่สามารถคลอดเองทางช่องคลอดได้ หรือกระทำเพื่อเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดต่อมารดาและเด็กในครรภ์ ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบันทำให้แพทย์สามารถวิเคราะห์อันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กในครรภ์ได้ล่วงหน้ารวดเร็วขึ้น ทำให้แพทย์มีการตัดสินใจใช้การฆ่าห้องทำคลอดแทนการคลอดทางช่องคลอด นอกจากนี้อาจกล่าวได้ว่าอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับจากการฆ่าห้องทำคลอดในปัจจุบันลดน้อยลงทำให้มารดาและเด็กปลอดภัยมากกว่าในอดีต(2)

ในต่างประเทศนั้นพบว่า อัตราการฆ่าห้องทำคลอดสูงขึ้นหลายประเทศ ตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 ได้แก่ ประเทศอังกฤษ นอร์เวย์ เนเธอร์แลนด์ สวีเดน เดนมาร์ก ฝรั่งเศส และบราซิล(3) ประเทศบราซิลเป็นประเทศที่มีอัตราการฆ่าห้องทำคลอดสูงที่สุดในโลกในรอบ 10 ปี คือ ปี ค.ศ.1970 พบร้อยละ 15 และ ปี ค.ศ.1980 พบมากกว่าร้อยละ 30 แสดงให้เห็นว่าสูงขึ้นเป็นเท่าตัว จึงต้องกำหนดนโยบายเพื่อลดอัตราการฆ่าห้องทำคลอดขึ้นในปี ค.ศ.1980 ภายหลังจากกำหนดนโยบายดังกล่าว อัตราการฆ่าห้องทำคลอดลดลงเป็นร้อยละ 24.0 ในปี ค.ศ.1981 แต่เพิ่มขึ้นอีกในปี ค.ศ.1984 เป็นร้อยละ 29.0(4) ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น มีอัตราการฆ่าห้องทำคลอด ร้อยละ 5.5 ในปี ค.ศ. 1970 เพิ่มขึ้นสูงสุดเป็นร้อยละ 24.7 ในปี ค.ศ.1988 แต่เริ่มลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 23.8 ในปี ค.ศ.1989 ปี ค.ศ.1990 และปี ค.ศ.1991 คือ ร้อยละ 23.5 ต่อมาในปี ค.ศ.1992 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 23.6 ส่วนปี ค.ศ.1993 อัตราการฆ่าห้องทำคลอดลดลงอีกเล็กน้อย คือ ร้อยละ 22.8(5) ทั้งนี้เนื่องจากประเทศสหรัฐอเมริกามีเป้าหมายลดอัตราการฆ่าห้องทำคลอดลง คือ ในปี ค.ศ.2000 ให้มีอัตราการฆ่าห้องทำคลอดเท่ากับร้อยละ 15.0 โดยมีอัตรา

การผ่าตัดทำคลอดครั้งแรก คือ ร้อยละ 12.0 และอัตราการผ่าตัดทำคลอดซ้ำ คือ ร้อยละ 3.0 ซึ่งมีการชักชวนมารดาและบุคลากรทางการแพทย์ให้คลอดทางช่องคลอดแก่มารดาที่เคยคลอดโดยการผ่าตัดทำคลอดมาแล้วให้ได้ร้อยละ 25.0(6) โดยอัตราการคลอดทางช่องคลอดของมารดาที่เคยคลอดโดยการผ่าตัดทำคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.6 ในปี ค.ศ.1988 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี ค.ศ.1993(7) การให้คลอดทางช่องคลอดดังกล่าวนี้ จะได้รับการยกเว้นเมื่อการคลอดไม่สามารถดำเนินไปตามปกติ(8) สำหรับโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอัตราการผ่าตัดทำคลอด ในปี ค.ศ.1990 เท่ากับร้อยละ 20.3(9)

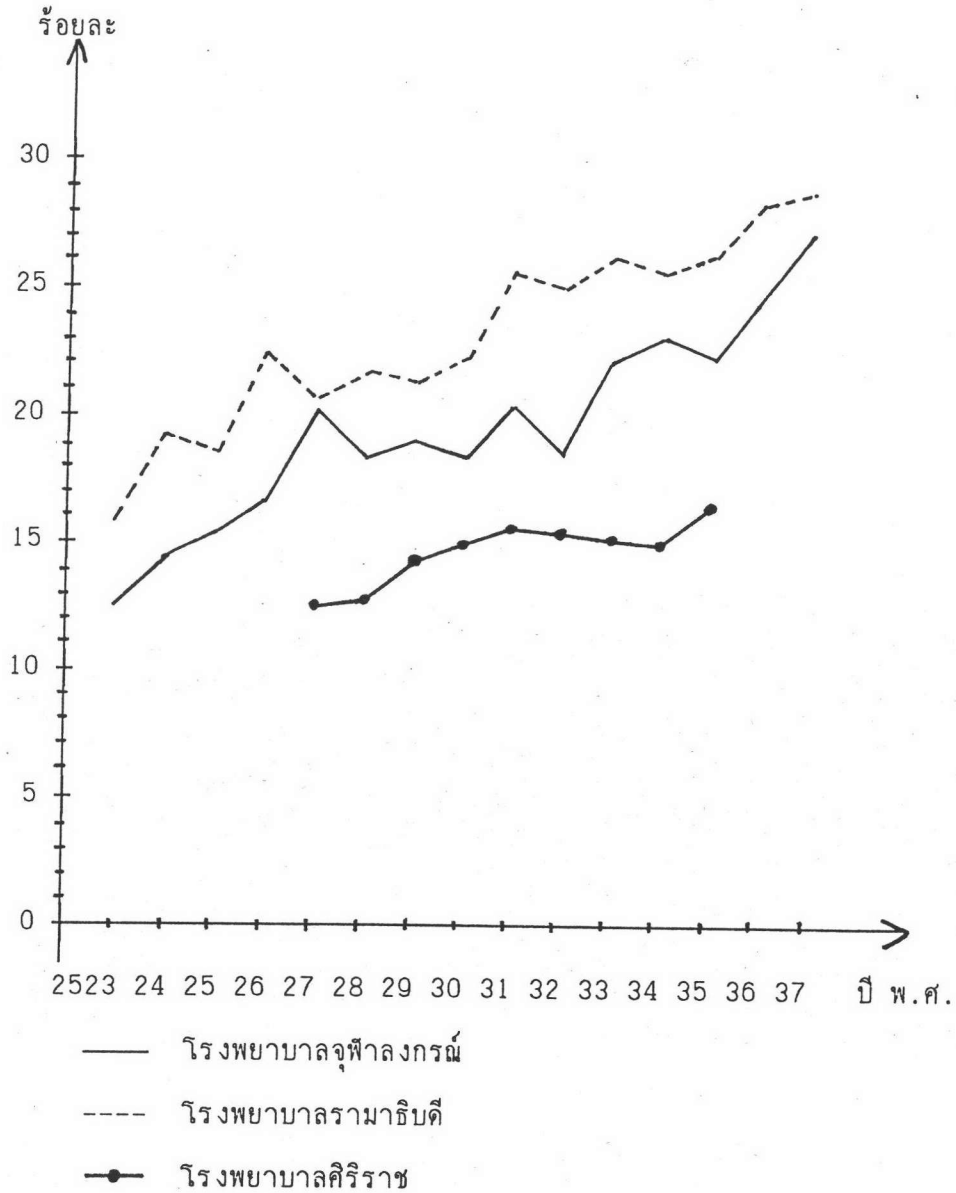
สำหรับประเทศไทย จากการสำมะโนโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ.2536 พบว่า อัตราการผ่าตัดทำคลอดในโรงพยาบาลรัฐบาล เท่ากับร้อยละ 20.0 ส่วนโรงพยาบาลเอกชน เท่ากับร้อยละ 70.0 ในปัจจุบัน ปี พ.ศ.2539 เฉพาะโรงพยาบาลเอกชน พบอัตราการผ่าตัดทำคลอดมากกว่าร้อยละ 80.0(10) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีอัตราการผ่าตัดทำคลอดสูงขึ้นมากกว่าเท่าตัวในช่วงเวลา 15 ปี คือ ร้อยละ 12.8 ในปี พ.ศ.2523 เป็นร้อยละ 27.3 ในปี พ.ศ.2537 (มารดาประเภทสามัญที่คลอดโดยการผ่าตัดทำคลอด พบร้อยละ 52.2 ของมารดาคลอดโดยการผ่าตัดทำคลอดทั้งหมด และคิดเป็นอัตราการผ่าตัดทำคลอดร้อยละ 14.5 ของมารดาคลอดทั้งหมด) โดยเฉพาะในช่วง 5 ปีหลังมีแนวโน้มสูงขึ้นมากอย่างเห็นได้ชัดเจน(11-25) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1.1 สำหรับโรงพยาบาลรามธิบดี(26-40) ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์อีกแห่งหนึ่งนั้นอัตราการผ่าตัดทำคลอดสูงขึ้นเช่นกันคือ ในปี พ.ศ.2523 พบร้อยละ 16.8 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.4 ในปี พ.ศ.2537 ส่วนโรงพยาบาลศิริราช(41-49) พบว่า อัตราผ่าตัดทำคลอด ในปี พ.ศ.2527 มีร้อยละ 12.5 และเพิ่มเป็นร้อยละ 16.8 ในปี พ.ศ.2535 แสดงรายละเอียดในภาพที่ 1.1 (อัตราการผ่าตัดทำคลอดในภาพที่ 1.1 เป็นภาพรวมของมารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดทำคลอดประเภทสามัญและประเภทพิเศษในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ทั้ง 3 แห่ง)

ตารางที่ 1.1 อัตราการผ่าตัดทำคลอดทั้งหมด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่าง  
ปี พ.ศ.2523 - 2537

ปี พ.ศ.	จำนวนมารดาที่คลอดทั้งหมด (คน)	จำนวนมารดาที่ผ่าตัดทำคลอด ทั้งหมด (คน)	ร้อยละ
2523	18,412	2,356	12.8
2524	17,329	2,462	14.2
2525	16,790	2,542	15.1
2526	16,591	2,792	16.8
2527	11,375	2,300	20.2
2528	13,691	2,598	18.9
2529	11,785	2,290	19.4
2530	12,536	2,374	18.9
2531	13,078	2,686	20.5
2532	13,514	2,543	18.8
2533	11,395	2,514	22.1
2534	10,329	2,452	23.7
2535	11,992	2,711	22.6
2536	11,687	2,922	25.0
2537	12,871	3,509	27.3

แหล่งข้อมูล : แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ภาพที่ 1.1 อัตรา และแนวโน้มการผ่าตัดทำคลอดของโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์  
ในกรุงเทพมหานคร ระหว่างปี พ.ศ. 2523 - 2537



แหล่งข้อมูล : แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

: หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลรามาธิบดี

: งานเวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราช

จากแผนภูมิเมื่อจำแนกตามโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีอัตราการ  
ผ่าตัดทำคลอด ค่อนข้างสูง และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ

การผ่าตัดทำคลอดในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปมากกว่าการคลอดยากทาง - ช่องคลอด ซึ่งจะกระทำเพื่อมุ่งความปลอดภัยของมารดาและเด็กเป็นสำคัญ ไม่รอช้า หรือรอนานเกินไปจนเกิดอันตรายต่อมารดาและเด็ก(50) การผ่าตัดทำคลอดที่กระทำมากขึ้น เพราะความปลอดภัยต่อมารดาและเด็กสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับความช่วยเหลืออื่น ๆ(1) แต่ก็พบว่า การผ่าตัดทำคลอดมีภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและเด็กมากด้วยเช่นกันจากการผ่าตัดฉุกเฉิน(50) การผ่าตัดทำคลอดปัจจุบัน แม้จะปลอดภัยมากแต่ก็ยังมีอันตรายมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด ถ้าไม่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนให้ถูกต้อง มารดาและเด็กอาจเสียชีวิตหรือพิการได้ ดังนั้นการคลอดโดยการผ่าตัดทำคลอด ควรจะกระทำเมื่อมีข้อบ่งชี้จริง ๆ(1) ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทำคลอดนั้น สูงกว่าการคลอดทางช่องคลอดหลายประการ เมื่อพิจารณาอัตราการตายของมารดาภายหลังการผ่าตัดทำคลอด จะพบว่า สูงกว่าการคลอดทางช่องคลอดถึง 11 เท่า โดยมีสาเหตุหลักคือ การติดเชื้อ การอุดตันของเส้นเลือดในปอด ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาสงบ การตกเลือด ส่วนอัตราป่วยของมารดาที่สัมพันธ์กับการผ่าตัดทำคลอดจะสูงกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดถึง 10 เท่า โดยสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อจะนำไปสู่การตีบตันของท่อนำไข่และเป็นผลทำให้มีบุตรยากในอนาคต การได้รับเลือดในมารดาที่ผ่าตัดทำคลอดอาจจะทำให้ติดเชื้อ HIV ได้ นอกจากนี้การผ่าตัดทำคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกเกาะต่ำในครรภ์ต่อไปมีถึงร้อยละ 10(51) การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะมักพบเสมอ คือ ร้อยละ 11 ของผู้ที่คลอดโดยการผ่าตัดทำคลอดทั้งหมด(52)

สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น พบว่า อัตราตายของมารดาในช่วง ปี ค.ศ. 1976 ถึง ค.ศ. 1984 คือ 22 ต่อแสนของมารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดทำคลอดทั้งหมด แต่มีเพียง 5.8 ต่อแสนของมารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดทำคลอดทั้งหมดเท่านั้น ที่ตายจากการผ่าตัดทำคลอดโดยตรง(53) ส่วนประเทศไทย กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2538 อัตราตายของมารดาทั้งหมด คือ 16 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ซึ่งบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกิน 30 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน(54) สำหรับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นั้นพบว่าช่วงปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2537 อัตราตายของผู้ป่วยใน แผนกสูติศาสตร์ คือ 3.18 ต่อแสนของผู้ป่วยใน แผนกสูติศาสตร์ทั้งหมด แต่มิได้ระบุสาเหตุไว้ ซึ่งใน ปี พ.ศ.

2537 คือ 1 ราย ในจำนวนผู้ป่วยใน แผนกสูติศาสตร์ 14,100 ราย คิดเป็นอัตรา 7.09 ต่อแสนของผู้ป่วยใน แผนกสูติศาสตร์ทั้งหมด(21-25)

ส่วนภาวะแทรกซ้อนต่อเด็กนั้น พบว่า อัตราเสี่ยงต่อการเกิด Respiratory Distress Syndrome (RDS) ในเด็กที่คลอดครบกำหนดโดยการผ่าท้องทำคลอดสูงกว่าเด็กคลอดครบกำหนดที่คลอดทางช่องคลอด คือ เด็กที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมีภาวะ RDS ร้อยละ 4.3 ขณะที่เด็กที่คลอดทางช่องคลอดไม่พบภาวะดังกล่าว และพบว่าเด็กที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด ร้อยละ 0.4 ได้รับความเจ็บจากการผ่าตัดโดยอุบัติเหตุ นอกจากนี้การให้ยาสลบแก่มารดายังมีผลต่อเด็กโดยกดการหายใจทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเด็กได้(55) ความพิการของเด็กมีโอกาสเกิดจากการผ่าท้องทำคลอดได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะกะโหลกร้าว(Ping-pong fracture) กระดูกขา แขนหัก เนื่องจากการล้วงเด็กเมื่อศีรษะลงต่ำในอุ้งเชิงกราน หรือเมื่อเด็กมีก้นเป็นส่วนหน้า(1) เด็กแรกเกิดที่คลอดโดยการผ่าท้อง - ทำคลอด พบว่า Apgar score ในนาทีที่ 1 น้อยกว่า 4 , ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา และต้องได้รับการช่วยเหลือโดยใช้เครื่องช่วยหายใจหรือได้รับออกซิเจนมากกว่าเด็กแรกเกิดที่คลอดทางช่องคลอด(56)

เมื่อพิจารณาด้านค่าใช้จ่ายแล้ว มารดาที่ได้รับการผ่าท้องทำคลอดนั้น มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการคลอดทางช่องคลอด เนื่องจากต้องพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนานกว่าและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดและวางยาสลบ อนึ่งมารดาที่ผ่าท้องทำคลอดครั้งแรกยังเสี่ยงต่อการผ่าท้องทำคลอดในการคลอดครั้งต่อไป(51) สำหรับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยการผ่าท้องทำคลอดของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร คือ 5,293 บาท ขณะที่คลอดปกติ คือ 1,693 บาท แต่โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยการผ่าท้องทำคลอด คือ 23,403 บาท และคลอดปกติ คือ 11,664 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยการผ่าท้องทำคลอดของโรงพยาบาลรัฐบาลในต่างจังหวัด คือ 3,235 บาท ขณะที่คลอดปกติ คือ 1,770 บาท แต่โรงพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัด ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยการผ่าท้องทำคลอด คือ 10,030 บาท และคลอดปกติ คือ 6,211 บาท(57)

ประเทศที่สามารถผ่าท้องทำคลอดได้ดี มีอัตราตายของมารดาต่ำมาก พบว่า การผ่าท้องทำคลอดมีจำนวนมากขึ้นตามไปด้วย แต่บางประเทศที่การผ่าท้องทำคลอดยังมีอัตราสูงต้องระวังไว้ โดยเฉพาะผลกระทบระยะยาวจากการคลอดทางช่องคลอดในครรภ์ต่อไป(50)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นประกอบกับแผนงานอนามัยครอบครัว กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการทำงานเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของมารดาและเด็ก โดยให้ความสำคัญของการพัฒนาบริการเด็กเกิดรอด-แม่ปลอดภัย คือ ให้มารดาตั้งครรภ์และคลอดอย่างปลอดภัยทั้งมารดาและเด็ก(58) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ซึ่งเป็นสถานบริการทางด้านสาธารณสุข แม้มิได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม แต่ก็มีจุดมุ่งหมาย คือ ให้เด็กเกิดรอดและแม่ปลอดภัยเช่นเดียวกัน ตลอดจนอัตราผู้ป่วยใน แผนกสูติศาสตร์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สูงกว่าแผนกอื่น ๆ ทั้งหมด คือ มีผู้มาคลอดบุตรคิดเป็นร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลทั้งหมด ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2523-2537(11-25) โดยอัตราการผ่าท้องทำคลอดที่สูงขึ้นและมีแนวโน้มสูงขึ้นดังกล่าวแล้วนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาว่าเป็นอย่างไร สัมพันธ์กับการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดหรือไม่อย่างไร เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณาและสนับสนุน ส่งเสริมให้เด็กเกิดรอดและแม่ปลอดภัย

#### คำถามการวิจัย

1. อัตราอุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอดทั้งหมดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงระหว่าง 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2538 เป็นเท่าไร
2. ปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาประเภทสามัญที่คลอดโดยการผ่าท้อง - ทำคลอด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงระหว่าง 1 พฤศจิกายน ถึง 31 ธันวาคม 2538 เป็นอย่างไร
3. ปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาประเภทสามัญที่คลอดทางช่องคลอด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงเวลา 1 พฤศจิกายน ถึง 31 ธันวาคม 2538 เป็นอย่างไร
4. ปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาประเภทสามัญมีความสัมพันธ์กับการผ่าท้อง-ทำคลอด หรือไม่ อย่างไร
5. ปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาประเภทสามัญที่คลอดโดยการผ่าท้อง - ทำคลอดแตกต่างจากปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาประเภทสามัญที่คลอดทางช่องคลอดหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาอัตราอุบัติการณ์ของการผ่าตัดท่อน้ำคอลลอดทั้งหมดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ.2538 บั้จจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาประ เภทสามัญที่คอลลอดโดยการผ่าท่อน้ำคอลลอด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงระหว่าง 1 พฤศจิกายน - 31 ธันวาคม 2538

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

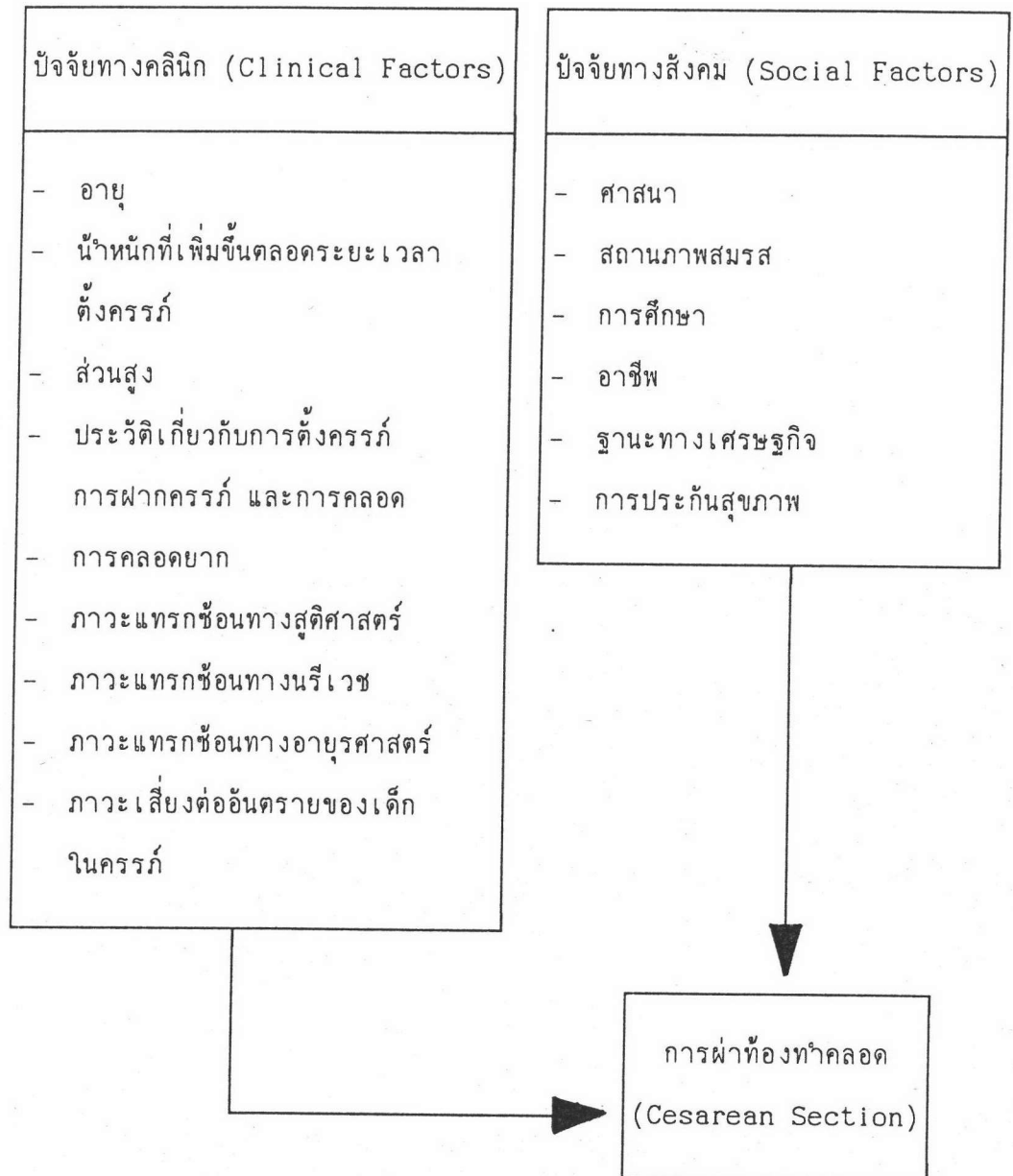
1. เพื่อศึกษาอัตราอุบัติการณ์ของการผ่าท่อน้ำคอลลอดทั้งหมดในโรงพยาบาล - จุฬาลงกรณ์ ช่วงระหว่าง 1 มกราคม 2538 ถึง 31 ธันวาคม 2538
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาประ เภทสามัญที่คอลลอดโดยการ - ผ่าท่อน้ำคอลลอด ช่วงระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2538 ถึง 31 ธันวาคม 2538
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาประ เภทสามัญที่คอลลอดทางช่องคลอด ในช่วงเวลา 1 พฤศจิกายน 2538 ถึง 31 ธันวาคม 2538
4. เพื่อศึกษาปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาประ เภทสามัญที่สัมพันธ์กับการคอลลอด โดยการผ่าท่อน้ำคอลลอด
5. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดา ประ เภทสามัญที่คอลลอดโดยการผ่าท่อน้ำคอลลอด กับมารดาประ เภทสามัญที่คอลลอดทางช่องคลอด

### สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับการผ่าท่อน้ำคอลลอด
2. ปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการผ่าท่อน้ำคอลลอด
3. ปัจจัยทางคลินิกของมารดาประ เภทสามัญที่คอลลอดโดยการผ่าท่อน้ำคอลลอด แตกต่างจากปัจจัยทางคลินิกของมารดาประ เภทสามัญที่คอลลอดทางช่องคลอด
4. ปัจจัยทางสังคมของมารดาประ เภทสามัญที่คอลลอดโดยการผ่าท่อน้ำคอลลอด แตกต่างจากปัจจัยทางสังคมของมารดาประ เภทสามัญที่คอลลอดทางช่องคลอด



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวความคิดในการวิจัย



### ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ศึกษามารดาประเภทสามัญที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและคลอดทางช่องคลอด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ช่วงเวลา 1 พฤศจิกายน 2538 ถึง 31 ธันวาคม 2538 ศึกษาเฉพาะการตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป โดยไม่คำนึงถึงการมีชีวิตของเด็ก
2. บัณฑิตทางคลินิกและสังคมของมารดาประเภทสามัญที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด จะศึกษาเฉพาะครรภ์นี้เท่านั้น
3. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของมารดาและรายงานประวัติมารดาที่เป็นประชากรตัวอย่าง ผู้วิจัยถือว่าถูกต้องและเชื่อถือได้
4. กรณีที่มารดาไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ จะใช้การสัมภาษณ์มารดาตามแบบสอบถามโดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบสอบถามให้มารดาตอบ
5. ในงานวิจัยนี้ไม่ได้ศึกษาครอบคลุมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ผู้รักษา
6. ศึกษาเฉพาะมารดาประเภทสามัญในช่วงเวลาดังกล่าว เนื่องจากระยะเวลาจำกัดไม่สามารถศึกษาได้ทั้งหมด

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ผลที่ได้จากการศึกษานี้ เป็นผลการศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น
2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาประเภทสามัญที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและคลอดทางช่องคลอดที่ระบุไว้เท่านั้น

### ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ทราบอัตราอุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอด นำไปพิจารณาร่วมกับอัตราการผ่าท้องทำคลอดที่ผ่านมาในอดีต สามารถนำไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพยากรณ์แนวโน้มในอนาคตได้

2. ทราบปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด - สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณาหาทางป้องกัน และแก้ไขมิให้ผลลัพธ์ของการคลอดที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของแม่และเด็ก โดยให้ความสำคัญของการพัฒนาบริการเด็กเกิดรอด-แม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นแผนงานอนามัยครอบครัว กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คือ

2.1 เน้นให้บุคลากรสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้บริการสุขภาพ โดยการเอาใจใส่และดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะทางคลินิกและสังคมที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการผ่าท้องทำคลอด และพิจารณาการคลอดได้เหมาะสมถูกต้องตามความจำเป็น

2.2 สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงดูแลหญิงระหว่างตั้งครรภ์และดำเนินการทางสุติกรรม เช่น

ก. เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรอง (Screening) หญิงตั้งครรภ์ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการผ่าท้องทำคลอดออกจากหญิงที่ตั้งครรภ์ที่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้

ข. จัดระบบส่งต่อและจัดเตรียมบริการที่เหมาะสมให้แก่ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการผ่าท้องทำคลอดในระดับต่าง ๆ กัน

3. ใช้เป็นแนวทางในการจัดเตรียมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการให้สุขศึกษา และคำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยเน้นในเรื่อง

ก. ช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมในการตั้งครรภ์

ข. การปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์จากการตั้งครรภ์และการคลอด

ค. เลือกใช้บริการฝากครรภ์และคลอดในสถานบริการที่เหมาะสม

4. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยต่อไป

#### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งตัวแปรต่าง ๆ ไว้ดังนี้

ตัวแปรอิสระ คือ

- ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ อายุ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ ส่วนสูง ประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์และการคลอด การคลอดยาก ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ภาวะแทรกซ้อนทางนรีเวช ภาวะแทรกซ้อนทาง-อายุรศาสตร์ ภาวะเสี่ยงต่ออันตรายของเด็กในครรภ์
- ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ การประกันสุขภาพ

ตัวแปรตาม ได้แก่ มารดาประเภทสามัญที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงระยะเวลา 2 เดือน ระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2538 ถึง 31 ธันวาคม 2538

#### คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

การผ่าท้องทำคลอด หมายถึง การทำคลอดเด็กออกจากมดลูกทางหน้าท้อง โดยผ่านทางรอยผ่าตัดที่หน้าท้องและผนังมดลูก

มารดาประเภทสามัญ (Service cases) หมายถึง มารดาหลังคลอดที่คลอดโดยมิได้ระบุดูแลแพทย์เฉพาะ เป็นกรณีพิเศษในรายงานประวัติมารดา ทั้งนี้อาจจะฝากครรภ์หรือไม่ก็ได้ ซึ่งหลังคลอดพักอยู่ที่ตึกสูติกรรมสามัญหรือสูติกรรมพิเศษ

มารดาประเภทพิเศษ (Private cases) หมายถึง มารดาหลังคลอดที่ฝากครรภ์และคลอดโดยระบุดูแลแพทย์เฉพาะ เป็นกรณีพิเศษในใบฝากครรภ์และรายงานประวัติมารดา ซึ่งหลังคลอดพักอยู่ที่ตึกสูติกรรมพิเศษ

ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ อายุ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ ส่วนสูง ประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์และการคลอด การคลอดยาก ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ภาวะแทรกซ้อนทางนรีเวช ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ ภาวะเสี่ยงต่ออันตรายของเด็กในครรภ์

อายุ หมายถึง อายุเต็มจำนวนปีของมารดาที่ผ่าท้องทำคลอดหรือคลอดทางช่องคลอดในครรภ์นี้

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ หมายถึง น้ำหนักของมารดาหน่วย เป็นกิโลกรัมที่เพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ โดยชั่งในวันที่มาโรงพยาบาลเพื่อคลอดบุตร

ส่วนสูง หมายถึง ส่วนสูงมารดาที่วัดขณะไม่สวมรองเท้าหน่วยเป็นเซนติเมตร ประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์และการคลอด ได้แก่ ลำดับครรภ์ อายุครรภ์ ลำดับการคลอด จำนวนครั้งของการแท้ง การมาฝากครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ การฝากครรภ์ตามกำหนด วิธีการคลอด การผ่าท้องทำคลอดในอดีต การผ่าตัดมดลูกในอดีต

อายุครรภ์ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้ายจนถึงวันคลอด หรือคาดคะเนอายุครรภ์โดยแพทย์จากขนาดเฉลี่ยของมดลูก หรือจากการตรวจหน้าท้อง ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ซึ่งในที่นี้ระบุอายุครรภ์ มีความหมาย คือ

- อายุครรภ์เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 28 ไปจนถึงก่อน 37 สัปดาห์ หมายถึง การคลอดก่อนกำหนด
  - อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์เต็มไปจนถึงก่อน 42 สัปดาห์ หมายถึง การคลอดครบกำหนด
  - อายุครรภ์ 42 สัปดาห์เต็มหรือมากกว่า หมายถึง การคลอดเกินกำหนด
- ลำดับการคลอด หมายถึง จำนวนครั้งของการคลอดบุตร แบ่งได้ดังนี้
- การคลอดครรภ์แรก หมายถึง ผู้ที่คลอดครั้งนี้เป็นครั้งแรก ซึ่งมีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป โดยไม่คำนึงถึงการมีชีวิตของเด็ก
  - การคลอดครรภ์หลัง หมายถึง ผู้ที่เคยคลอดมาแล้วทางช่องคลอด หรือผ่าท้อง-ทำคลอด

จำนวนครั้งที่แท้ง หมายถึง จำนวนครั้งของการแท้ง ซึ่งเป็นการสิ้นสุดของการตั้งครรภ์ก่อน 28 สัปดาห์

ข้อบ่งชี้ของวิธีการคลอด หมายถึง ข้อบ่งชี้ที่สูติแพทย์ใช้ในการวินิจฉัยเพื่อพิจารณาวิธีการคลอด โดยระบุไว้ในรายงานประวัติมารดา

การตั้งครรภ์แฝด หมายถึง การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว ภายในโพรงมดลูก และเป็นผลให้เกิดตัวอ่อนขึ้นมากกว่า 1 ตัว ซึ่งอาจเป็นแฝดสอง(Twins) หรือแฝดสาม(Triplets) เป็นต้น

การคลอดยาก หมายถึง การคลอดที่ไม่ได้ดำเนินไปอย่างปกติ มีผลทำให้การคลอดยาวนานหรือชะงักงัน เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ความผิดปกติของมดลูกในการหดตัว

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ได้แก่ การตกเลือดก่อนคลอด ความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ ภาวะน้ำคร่ำน้อย ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ เด็กโตช้าในครรภ์ เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนทางนรีเวช ได้แก่ เนื่องออกซิดขวางช่องทางคลอด เริ่มที่อวัยวะเพศ มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดัน - โโลหิตสูง เป็นต้น

ภาวะเสี่ยงต่ออันตรายของเด็กในครรภ์ ได้แก่ เด็กในครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤต สายสะดือย้อยในระยะคลอด เป็นต้น

ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพฐานะทาง- เศรษฐกิจ การประกันสุขภาพ

อัตราอุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอด หมายถึง จำนวนมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดต่อหน่วยของมารดาที่คลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

จำนวนมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด

อัตราอุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอด =  $\frac{\text{รายใหม่ในช่วง 1 ม.ค. 38-31 ธ.ค. 38}}{\text{จำนวนมารดาที่คลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times 100$

จำนวนมารดาที่คลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

การคลอดทางช่องคลอด หมายถึง

การคลอดปกติ หมายถึง การคลอดทางช่องคลอดโดยศีรษะเด็กเป็นส่วนนำและไม่ได้ใช้เครื่องมือใด ๆ ในการช่วยคลอด

การคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วยคลอด หมายถึง การคลอดทางช่องคลอดโดยใช้คีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ ในการดึงเด็กออกมา

การคลอดทำกัน หมายถึง สูติศาสตร์หัตถการอย่างหนึ่งที่ช่วยเหลือเด็กในครรภ์ที่มีส่วนนำเป็นก้นให้สามารถคลอดทางช่องคลอดได้