

อภิปรายผล สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้อง-
ทำคลอด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งศึกษาแบบพรรณนา ในช่วงเวลา 2 เดือน คือ ตั้งแต่
1 พฤศจิกายน 2538 ถึง 31 ธันวาคม 2538 โดยใช้เครื่องมือคือ แบบสอบถามและแบบบันทึก
ศึกษาเฉพาะมารดาหลังคลอดประเภทสามัญที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด จำนวน 230 คน
และมารดาประเภทสามัญที่คลอดทางช่องคลอด จำนวน 230 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง
แบบมีระบบในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

1. อัตราอุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอด พบว่า

อัตราอุบัติการณ์ของการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดเฉพาะมารดาประเภท-
สามัญในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงระหว่าง 1 มกราคม 2538 ถึง 31 ธันวาคม 2538
คือ 19.7 ต่อมารดาคลอด 100 คน และมารดาประเภทพิเศษ คือ 56.1 ต่อมารดาคลอด
100 คน ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยอัตราอุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอดทั้งหมด ในช่วง
เวลาเดียวกัน คือ 29.8 ต่อมารดาคลอด 100 คน

เมื่อพิจารณาอัตราอุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
จะพบว่า มีอัตราอุบัติการณ์สูงขึ้นและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นมากอย่างเห็นได้ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับ
อัตราอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ คือโรงพยาบาลรามาริบัติ(26-40)และ
โรงพยาบาลศิริราช(41-49) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผลเช่นเดียวกับละเอียด อุดมรัตน์(2)
กล่าวคือ การผ่าท้องทำคลอด เป็นวิธีที่สูติแพทย์ช่วยคลอดแก่มารดาที่ไม่สามารถคลอดเองได้
หรือกระทำเพื่อเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดต่อมารดาและเด็กในครรภ์ ประกอบกับความ
ก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้สามารถวิเคราะห์อันตรายที่อาจเกิดกับเด็กในครรภ์ได้ล่วงหน้า
รวดเร็วขึ้น แพทย์จึงตัดสินใจใช้การผ่าท้องทำคลอดแทนการคลอดทางช่องคลอด โดยคำนึงถึง
ความปลอดภัยของมารดาและเด็กเป็นสำคัญ สำหรับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงเรียนแพทย์

ที่มีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี โดยมีเทคนิคที่ใช้ในการตรวจสอบความผิดปกติจากการตั้งครรภ์หลายอย่าง เช่น การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) ตรวจสอบสตรีมีครรภ์เกือบทุกราย ทำให้พบความผิดปกติต่าง ๆ ที่เป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าท้องทำคลอดมากขึ้น เช่น การฝัดสัดส่วนระหว่างเด็กในครรภ์กับเชิงกราน เป็นต้น

2. ปัจจัยทางคลินิกที่เป็นข้อบ่งชี้ของวิธีการคลอด ซึ่งสูติแพทย์วินิจฉัยและระบุในรายงานประวัติมารดา โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและคำนึงถึงความปลอดภัยของมารดาและเด็กเป็นสำคัญ โดยข้อบ่งชี้ดังกล่าวนี้จะใช้พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด ในกรณีที่มีใช้การคลอดปกติ หรือพิจารณาให้คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด เมื่อนำข้อบ่งชี้ดังกล่าวมาพิจารณาวิธีการคลอดสามารถแบ่งได้ดังนี้ (ตารางที่ 4.3 และ 4.4)

คลอดทางช่องคลอด ได้แก่ คลอดโดยใช้คีม คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ คลอดท่าก้น

คลอดโดยใช้คีม พบว่ามีข้อบ่งชี้ต่าง ๆ คือ การกระทำเพื่อการป้องกันพบเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 30.5 รองลงมาได้แก่ ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ การคลอดที่ยาวนานผิดปกติ มารดาไม่มีแรงเบ่ง โดยพบในอัตราเช่นเดียวกัน คือ ร้อยละ 13.9 และรองลงมาคือ ท่าเด็กในครรภ์ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 11.1 ส่วนเด็กในครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤต พบร้อยละ 5.5

คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ พบว่ามีข้อบ่งชี้ต่าง ๆ ในอัตราที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 2.8 ได้แก่ ท่าเด็กในครรภ์ผิดปกติ การคลอดที่ยาวนานผิดปกติ มารดาไม่มีแรงเบ่ง

คลอดท่าก้น มีข้อบ่งชี้ คือ ส่วนหน้าการคลอดผิดปกติ พบร้อยละ 2.8

คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด พบว่า ข้อบ่งชี้ ส่วนใหญ่ คือ การฝัดสัดส่วนระหว่างเด็กในครรภ์กับเชิงกราน พบร้อยละ 27.4 รองลงมาได้แก่ การผ่าท้องทำคลอดซ้ำ เท่ากับร้อยละ 23.5 ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เท่ากับร้อยละ 13.9 คือ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ รกเกาะต่ำ น้ำคร่ำน้อยผิดปกติ เด็กโตซ้ำในครรภ์ สำหรับข้อบ่งชี้อื่น ๆ พบว่ามีอัตราใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยทางคลินิกที่เป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าท้องทำคลอด ซึ่ง พิชัย เจริญพานิช(1) และสุทัศน์ กลกิจโกวินท์(50) กล่าวไว้ แตกต่างจากการศึกษาของ ศรีวรรณ ไชยประสิทธิ์(95) พบว่า อัตราการผ่าท้องทำคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ในปีพ.ศ. 2534 ส่วนใหญ่มีข้อบ่งชี้ คือ การผ่าท้องทำคลอดซ้ำ

และรองลงมา คือ การผัดสัดส่วนระหว่างเด็กในครรภ์กับเชิงกราน การดำเนินการคลอดไม่ก้าวหน้า เด็กท่าก้น ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่สงสัยมีการผัดสัดส่วนระหว่างเด็กในครรภ์กับเชิงกรานเกือบทุกรายโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง จึงทำให้สามารถตรวจพบได้รวดเร็วและช่วยเหลือโดยพิจารณาการคลอดได้รวดเร็วเช่นกัน ข้อบ่งชี้ดังกล่าวจึงพบได้เป็นส่วนใหญ่แต่ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านเวลาและขนาดตัวอย่าง ดังนั้นเมื่อต้องการทราบข้อบ่งชี้ระยะยาวที่แท้จริง ควรศึกษาระยะเวลานานและขนาดตัวอย่างมากกว่านี้ ซึ่งศึกษาแต่ละตัวแปรโดยควบคุมตัวแปรอื่น ๆ สำหรับข้อบ่งชี้มากกว่า 1 ข้อบ่งชี้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบในมารดา 29 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 ของมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด

มารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดนั้น พบว่า ได้รับการผ่าท้องทำคลอดแบบฉุกเฉิน เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 66.5 ส่วนมารดาที่เตรียมตัวล่วงหน้า พบร้อยละ 33.5 สำหรับการได้รับยาเร่งคลอดก่อนการผ่าท้องทำคลอดนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับคิดเป็นร้อยละ 67.8 อาจเนื่องจากมีปัจจัยทางคลินิกที่เป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าท้องทำคลอดและแพทย์พิจารณาแล้วสมควรให้คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด โดยถ้าให้ยาเร่งคลอด อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและเด็กในครรภ์ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาที่ตั้งครรภ์แฝด(คู่) คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดทั้งหมด 9 คู่ คิดเป็นร้อยละ 3.9 ของการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด

3. ปัจจัยทางคลินิกและสังคมของประชากรที่ศึกษาและการทดสอบทางสถิติระหว่างปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดากับการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด ซึ่งจะกล่าวถึงปัจจัยทางสังคมก่อน

ปัจจัยทางสังคม พบว่า ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ(รับจ้าง ค้าขาย, ธุรกิจส่วนตัว แม่บ้านและอื่น ๆ) อาชีพสามี (ค้าขาย, ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรมและอื่น ๆ) ฐานะทางเศรษฐกิจ(ผู้ที่นำรายได้มาสู่ครอบครัว, ค่าใช้จ่ายเพียงพอหรือไม่) การประกันสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและมารดาคลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ McClain(61) กล่าวคือ ประเทศสหรัฐอเมริกาในหญิงตั้งครรภ์ผิวขาวและผิวดำ พบว่า สังคม วัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยม มีความสัมพันธ์กับการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สูดาร์ตัน สุวารี่(102) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงด้านชีวการแพทย์และจิตสังคม

ของมารดาในระยะตั้งครรภ์ ที่มีต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคม คือ สถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก มีอัตราการคลอดผิดปกติสูงกว่า สถานภาพสมรสคู่ สำหรับการประกันสุขภาพนั้น พิมพ์สุรางค์ เพชรบุรณิน(104)พบว่า มารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด ส่วนใหญ่จะได้รับสวัสดิการในการรักษาพยาบาล เนื่องจาก มารดาหลังคลอดและสามีประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีปัจจัยทางสังคมบางประการแตกต่างจากที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว เนื่องจากผู้ที่ศึกษาไว้แล้ว ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากรายงานและอีกประการหนึ่ง คือ มิได้ศึกษาแบ่งแยกเฉพาะมารดาประเภท- สามีประกอบกับการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาจากข้อมูลปฐมภูมิเฉพาะมารดาประเภทสามี ซึ่ง มีปัจจัยทางสังคมบางประการที่ใกล้เคียงกันหรือเหมือนกัน ทั้งมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้อง- ทำคลอดและคลอดทางช่องคลอด ตลอดจนเวลา สถานที่และประชากรต่างกัน จึงทำให้ผลที่ได้ แตกต่างจากผู้อื่นสำหรับบางตัวแปร

ส่วนตัวแปรปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การศึกษา อาชีพเฉพาะพนักงานบริษัท เอกชน, รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ อาชีพสามีเฉพาะอาชีพรับจ้าง พนักงานบริษัทเอกชน, รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ รายได้ภายในครอบครัวต่อเดือน พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่าง มารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและมารดาคลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) กล่าวคือ มารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 43.5 แต่มารดาคลอดทางช่องคลอด มีเพียงร้อยละ 30.4 อาชีพ พบว่า มารดาคลอด โดยการผ่าท้องทำคลอดประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน , รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ มากกว่า มารดาคลอดทางช่องคลอด(ร้อยละ 13.0 และ 7.0 ตามลำดับ) อาชีพสามี พบว่า สามีของ มารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดประกอบอาชีพไม่ใช้แรงงาน (พนักงานบริษัทเอกชน, รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ) มากกว่าสามีของมารดาที่คลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 20.0 และ ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ) โดยสามีของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดมีอาชีพรับจ้างมากกว่า มารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด (ร้อยละ 77.4 และ ร้อยละ 67.0 ตามลำดับ) ดังนั้น รายได้ภายในครอบครัวต่อเดือนของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด จึงสูงกว่ามารดาที่ คลอดทางช่องคลอด คือ รายได้ภายในครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของมารดาคลอดโดยการผ่าท้อง- ทำคลอด เท่ากับ 11,062.6 บาท ส่วนมารดาคลอดทางช่องคลอด เท่ากับ 8,033.3 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภารัตน์ สุวารี(102) กล่าวคือ การมีระดับการศึกษาสูงขึ้น

จะทำให้เสี่ยงต่อการคลอดผิดปกติสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยของรายได้ครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มมารดาคลอดผิดปกติสูงกว่ามารดาคลอดปกติ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ McClain(61) และ Taffel(105) ที่กล่าวว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงอัตราการผ่าท้องทำคลอดจะลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ สุวารี(102) กล่าวคือ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอาชีพที่ไม่ใช่แรงงาน(งานบริษัท, รัฐบาล) มีอัตราการคลอดผิดปกติสูงกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน อาจเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะประกอบอาชีพไม่ใช่แรงงาน เมื่อมีระดับการศึกษาสูงจึงมาฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของการตั้งครรภ์ ซึ่งวราวุธ สุมาวงศ์(67) กล่าวว่า การมาฝากครรภ์ในระยะเริ่มแรกของการตั้งครรภ์และมาฝากครรภ์เป็นระยะ ๆ จนถึงกำหนดคลอดจะทำให้แพทย์สามารถวินิจฉัยความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้รวดเร็ว จึงสามารถแก้ไขและช่วยเหลือได้รวดเร็วเช่นกัน ตลอดจนหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูง ส่วนใหญ่จะตั้งครรภ์เมื่ออายุค่อนข้างมาก จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด นอกจากนี้ระดับการศึกษาที่สูง ส่งผลถึงอาชีพและรายได้ภายในครอบครัวที่สูงกว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความต่อเนื่องกัน แต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่า การศึกษาที่สูงกว่าประถมศึกษา อาชีพหรืออาชีพสามี คือ พนักงานบริษัทเอกชน, รัฐบาล, รัฐวิสาหกิจ หรือรายได้ภายในครอบครัวที่มากกว่า จะมีโอกาสคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่า จากสถิติผู้ป่วยสูติศาสตร์ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ส่วนใหญ่แจ้งที่อยู่กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 55-70(12-25) ดังนั้นเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายได้ครอบครัวต่อเดือนของมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและมารดาคลอดทางช่องคลอดพบว่า อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่ารายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนต่อครัวเรือน ปี พ.ศ.2537(107) คือ 16,543 บาท ในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ อายุ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ ลำดับครรภ์(มากกว่า 3) ลำดับการคลอด(มากกว่า 1) จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ การผ่าท้อง-ทำคลอดในอดีต ทำเด็กในครรภ์ผิดปกติ เด็กในครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤต มารดาครรภ์แรกที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 35 ปี อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก มีความแตกต่างกันระหว่างมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและมารดาคลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P < 0.05$) กล่าวคือ

อายุ พบว่า มารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 35 ปี พบมากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด(ร้อยละ 11.3 และ ร้อยละ 6.5 ตามลำดับ) และอายุโดยเฉลี่ยของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด มากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด คือ 26.6 ปี และ 25.2 ปี ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ อำนวย ลอยกุลนันท์(93) จิตเกษม สุวรรณรัฐ(96) Clarke และ Taffel(6) กล่าวไว้คือ มารดาอายุ 35 ปี หรือมากกว่า 35 ปี มีอุบัติการณ์ของการคลอดผิดปกติสูงกว่ามารดาอายุ 20-34 ปี

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้อง - ทำคลอดมากกว่า 12 กิโลกรัม พบมากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 56.5 และ ร้อยละ 42.6 ตามลำดับ) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด มากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด คือ 13.5 กิโลกรัม และ 12.2 กิโลกรัม ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธกา ปิยะภิญโญ(92) กล่าวคือ อุบัติการณ์ของการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดจะพบมากขึ้นในมารดาที่มีน้ำหนักมากขึ้นในระยะเวลาตั้งครรภ์ และสอดคล้องกับ ซีรา คัมทวนิช(68) กล่าวคือ น้ำหนักมารดาที่เพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ ควรจะเพิ่มขึ้นประมาณ 10-12 กิโลกรัม โดยวราวุธ สุมาวงศ์(67) กล่าวว่า ถ้าน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นผิดปกติอาจมีสาเหตุจากเด็กตัวใหญ่ ครรภ์แฝด ภาวะพิษแห่งครรภ์ ซึ่งก่อให้เกิดการคลอดลำบาก ดังนั้นจึงมักช่วยคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด จากการศึกษานี้อาจเนื่องจากมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมีฐานะทางเศรษฐกิจและการศึกษาสูงกว่า - มารดาคลอดทางช่องคลอด จึงมีความรู้ด้านโภชนาการและมีกำลังทรัพย์เพียงพอในการเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ จึงทำให้น้ำหนักตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นมากกว่า 12 กิโลกรัม มากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด สำหรับทางปฏิบัติแล้วการประเมินน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ ควรจะกระทำตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ เป็นระยะ ๆ ก่อนคลอด เมื่อพบว่า น้ำหนักมากผิดปกติ จะสามารถแนะนำและดูแลได้ดีกว่า ดังนั้นการประเมินน้ำหนักภายหลังคลอดแล้วจึงเป็นข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่าผู้ที่ตั้งครรภ์แล้วมีน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 12 กิโลกรัม จะมีโอกาสคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่า

ลำดับครรภ์ พบว่า มารดาคลอดทางช่องคลอดมีลำดับครรภ์มากกว่า 3 มากกว่ามารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด(ร้อยละ 8.7 และร้อยละ 2.6 ตามลำดับ)

ลำดับการคลอด พบว่า มารดาคลอดทางช่องคลอดมีลำดับการคลอดมากกว่า 1 มากกว่ามารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด(ร้อยละ 17.0 และ ร้อยละ 7.4 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับ พูนสุข ช่วยทอง(101) ศึกษาไว้ กล่าวคือ มารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดส่วนใหญ่เป็นการคลอดครั้งแรกมากกว่าการคลอดครั้งที่ 2 ขึ้นไป และมารดาคลอดทางช่องคลอดมีลำดับการคลอดมากกว่า 1 ขึ้นไป มากกว่าลำดับการคลอดที่ 0

จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ พบว่า มารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมาฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป มากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 85.0 และ ร้อยละ 75.7 ตามลำดับ) และจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์โดยเฉลี่ยของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด คือ 7.5 ครั้ง และ 6.5 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ สุวารี(102) คือ พบว่า มารดาที่มาฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการคลอดผิดปกติสูงและการมาฝากครรภ์น้อยครั้งลงกลับทำให้มีความเสี่ยงต่อการคลอดผิดปกติต่ำกว่าการมาฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป ดังนั้นเหตุผลในครั้งนี้อาจเนื่องจากรับการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมีระดับการศึกษาสูง จะตั้งครรภ์เมื่ออายุมากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด ตลอดจนมาฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ตั้งครรภ์จึงมีอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด เมื่อตั้งครรภ์อายุมากจึงมีผลทำให้เสี่ยงต่อการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดสูง ดังนั้นแพทย์จึงกำหนดให้มาฝากครรภ์บ่อยครั้ง เพื่อวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและแก้ไขได้รวดเร็วเช่นกัน ดังเช่น วราวุธ สุมาวงศ์(67) กล่าวไว้ ฉะนั้น การศึกษา อายุเมื่อตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ จึงเป็นตัวแปรร่วมที่พบได้ในมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด ซึ่งความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีก็มีส่วนร่วมด้วยเช่นกัน เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านเวลาและไม่ได้มีการควบคุมตัวแปรต่าง ๆ แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่า ผู้ที่มาฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปจะมีโอกาสคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่า

อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก พบว่า มารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ยน้อยกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด คือ 13.4 สัปดาห์ และ 15.4 สัปดาห์ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ สุวารี(102) กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการคลอด

ผิดปกติสูงและการมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น กลับทำให้มีความเสี่ยงต่อการคลอดผิดปกติ น้อยกว่าการมาฝากครรภ์ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เหตุผลอาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ มารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมีระดับการศึกษาที่สูงกว่ามารดาคลอดทาง - ช่องคลอดและตั้งครรภ์เมื่ออายุมากกว่า จึงมีผลทำให้แนวโน้มหรือโอกาสคลอดโดยการผ่าท้อง - ทำคลอดค่อนข้างสูง ซึ่งระดับการศึกษาสูงทำให้มาฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะ เริ่มแรกของการ ตั้งครรภ์ วราวุธ สุมาวงศ์(67)กล่าวว่า การมาฝากครรภ์ในระยะเริ่มแรกของการตั้งครรภ์ และการมาฝากครรภ์เป็นระยะ ๆ จนถึงกำหนดคลอด ทำให้สามารถวินิจฉัยความผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะใดของการตั้งครรภ์ เพื่อตรวจหาสาเหตุและแก้ไข เป็นการลดอัตราการตาย ของมารดาและเด็ก ย่อมแสดงว่าการฝากครรภ์ในระยะแรกของประชากรตัวอย่างนี้ แพทย์ สามารถวินิจฉัยความผิดปกติได้รวดเร็ว เพราะความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและช่วยเหลือโดย พิจารณาการคลอดอย่างเหมาะสมซึ่งคำนึงถึงความปลอดภัยของมารดาและเด็กเป็นสำคัญ จึงทำ ให้สภาพเด็กแรกเกิดส่วนใหญ่มีชีวิตและ Apgar score นาทีที่ 1 และ 5 อยู่ในเกณฑ์ดี ดังนั้น การศึกษา อายุเมื่อตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี จึงเป็นตัวแปรร่วมที่พบได้ในมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่ามารดาคลอดทาง - ช่องคลอด แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่าผู้ที่มาฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการตั้งครรภ์ จะมี โอกาสคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่า

การผ่าท้องทำคลอดในอดีต พบว่า มารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด เคย ได้รับการผ่าท้องทำคลอดมาก่อนมากกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด(ร้อยละ 25.2 และ ร้อยละ 1.3 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์สุรางค์ เพชระบูรณิน(104) กล่าวคือ การคลอดทางช่องคลอดสำหรับผู้ที่เคยรับการผ่าท้องทำคลอดมาแล้วเป็นสิ่งที่อันตรายและควบคุม ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ยาก จึงมักตัดสินใจผ่าท้องทำคลอดซ้ำให้กับมารดาที่เคยได้รับการ ผ่าท้องทำคลอดมาแล้วและ สอดคล้องกับ Cunningham และคณะ(59) กล่าวคือ ข้อบ่งชี้ ของการผ่าท้องทำคลอดที่มักพบเสมอ ๆ คือ การผ่าท้องทำคลอดซ้ำในรายที่เคยผ่าท้อง ทำคลอดมาก่อน แต่ วิมลรัตน์ กรัยวิเชียร(60) กล่าวว่า การผ่าท้องทำคลอดเป็นวิธีที่ ปลอดภัยและแพร่หลายในการช่วยคลอดยาก แต่มารดาที่เคยได้รับการผ่าท้องทำคลอดมาแล้วไม่ จำเป็นต้องได้รับการผ่าท้องทำคลอดในครรภ์ต่อ ๆ ไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ที่จะพิจารณาใน มารดาแต่ละราย นอกจากนี้ประเทศสหรัฐอเมริกายังมีเป้าหมายที่จะลดอัตราการผ่าท้อง-

ทำคลอดลง โดยการชักชวนบุคลากรทางการแพทย์และมารดาให้คลอดทางช่องคลอดแก่มารดาที่เคยคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมาก่อน(6) แต่ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของมารดาและเด็กเป็นสำคัญ สำหรับประเทศไทยนั้นการให้คลอดทางช่องคลอดในมารดาที่เคยคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมาก่อน ทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากปัญหาด้านความพร้อมหรือเพียงพอของบุคลากร อุปกรณ์ เทคโนโลยี ห้องคลอด ห้องผ่าตัดและธนาคารเลือด จะต้องอยู่ใกล้เคียงกันและพร้อมปฏิบัติการตลอดเวลาได้อย่างรวดเร็วในกรณีฉุกเฉิน ประกอบกับมีผู้มาคลอดบุตรจำนวนมาก ไม่สามารถดูแลได้ตลอดเวลา เพราะการให้คลอดทางช่องคลอดในมารดาที่เคยคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดเป็นสิ่งที่อันตรายและควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้ยาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เมื่อคำนึงถึงความปลอดภัยของมารดาและเด็กแล้ว ควรพิจารณาให้การผ่าท้องทำคลอดซ้ำ(104) โดยเฉพาะในปัจจุบันแผนงานอนามัยครอบครัว(58) ส่งเสริมให้มีบุตรไม่เกิน 2 คน ดังนั้นบุตรคนที่ 2 จึงต้องอยู่รอดปลอดภัยและสุขภาพแข็งแรง

ทำเด็กในครรภ์ผิดปกติ พบว่า มารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดตรวจพบทำเด็กในครรภ์ผิดปกติได้มากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 7.0 และ ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงเรียนแพทย์ ที่มีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีจึงสามารถคัดกรองและตรวจพบความผิดปกติของเด็กในครรภ์ได้รวดเร็ว ทำให้สามารถช่วยเหลือหรือพิจารณาการคลอดได้อย่างรวดเร็ว เพื่อความปลอดภัยของมารดาและเด็กให้เด็กเกิดรอดและแม่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับข้อบ่งชี้ที่สุทัศน์ กลกิจโกวินท์(50) กล่าวไว้ คือความผิดปกติของทำเด็ก เช่น เด็กท่าขวาง ท่าก้น ท่าหน้าผาก ควรพิจารณาผ่าท้องทำคลอดโดยคำนึงถึงลักษณะเชิงกราน ขนาดของเด็ก อายุและลำดับการคลอดร่วมด้วย

เด็กในครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤต พบว่า มารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดตรวจพบเด็กในครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤตได้มากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 7.0 และร้อยละ 0.9 ตามลำดับ) เนื่องจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีสามารถตรวจพบภาวะวิกฤตของเด็กในครรภ์ได้รวดเร็วและช่วยเหลือได้รวดเร็วเช่นกัน โดยให้เด็กและมารดาปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับ พิชัย เจริญพานิช(1) กล่าวคือ การพัฒนาทางการแพทย์ก้าวหน้าสามารถช่วยวินิจฉัยภาวะเด็กในครรภ์ได้รวดเร็ว ทำให้โอกาสผ่าท้องทำคลอดเด็กในครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤตเพิ่มขึ้น

มารดาที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 35 ปีและครรภ์แรก พบว่า คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่าคลอดทางช่องคลอด(ร้อยละ 42.3 และ ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อำนวย ลอยกุลนันท์(93) คือ ความเสี่ยงต่อการคลอดผิดปกติของมารดาอายุ 35 ปีขึ้นไป ในลำดับการคลอดที่ 1 สูงกว่าการคลอดที่ 2, 3 และ 4 ขึ้นไป โดยมีได้ศึกษาถึงลำดับครรภ์ แต่ลำดับการคลอดที่ 1 ก็มักจะเป็นลำดับครรภ์ที่ 1 เป็นส่วนใหญ่

ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ส่วนสูง ลำดับครรภ์(ที่ 1,2,3) ลำดับการคลอด (ที่0,1) จำนวนครั้งของการแท้ง การฝากครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ การฝากครรภ์ตามกำหนด การคลอดที่ยาวนานผิดปกติ ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและมารดาคลอดทางช่องคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. สภาพเด็กแรกเกิด แบ่งตามจำนวนเด็กแรกเกิด ดังนี้

- เด็กแรกเกิดคนที่ 1 (กรณีตั้งครรภ์เดี่ยวและครรภ์แฝด (คู่) คนที่ 1)

เพศ พบว่า ส่วนใหญ่เด็กแรกเกิดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.7 และเพศหญิงร้อยละ 41.3

น้ำหนักแรกเกิด พบว่า ส่วนใหญ่เด็กแรกเกิดที่คลอดโดยการผ่าท้อง - ทำคลอดและคลอดทางช่องคลอด มีน้ำหนักแรกเกิดช่วงระหว่าง 3,001-4,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 52.4 โดยอัตราใกล้เคียงกันทั้งเด็กที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด (ร้อยละ 54.3) และคลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 50.4) ซึ่งน้ำหนักแรกเกิดโดยเฉลี่ยของเด็กแรกเกิดที่คลอดทางช่องคลอดและคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดไม่แตกต่างกัน

ขณะแรกเกิด พบว่า มีชีวิต ร้อยละ 99.8 แต่เสียชีวิตร้อยละ 0.2 ซึ่งคลอดทางช่องคลอด เพราะเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ สำหรับ Apgar score นั้น เด็กแรกเกิดที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมีลักษณะเช่นเดียวกับเด็กที่คลอดทางช่องคลอด(ยกเว้นมีเด็กเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา 1 คน คลอดทางช่องคลอด)

- เด็กแรกเกิดคนที่ 2 หมายถึง เด็กแรกเกิดจากการตั้งครรภ์แฝด(คู่) คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดทั้งหมด 9 คู่ ซึ่งสภาพแรกเกิดมีชีวิต และ Apgar score อยู่ในเกณฑ์ดี

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า สภาพเด็กแรกเกิดที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด และคลอดทางช่องคลอด ส่วนใหญ่จะมีลักษณะต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน ยกเว้น น้ำหนักแรกเกิดของเด็กคนที่ 1 น้อยกว่า 2,500 กรัม , ช่วงระหว่าง 3,001-4,000 กรัม และมากกว่า 4,000 กรัม พบในเด็กที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่าเด็กที่คลอดทางช่องคลอดเล็กน้อย แต่น้ำหนักโดยเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเด็กแรกเกิดที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและเด็กแรกเกิดที่คลอดทางช่องคลอด สำหรับเด็กแฝด(คู่) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดเท่านั้น

ข้อจำกัดที่มีต่อผลการวิจัย

1. ระยะเวลาศึกษาและทรัพยากรจำกัด ทำให้ไม่สามารถศึกษาขนาดตัวอย่างได้มากเพียงพอ จึงทราบเพียงปัจจัยทางคลินิกและสังคมเฉพาะช่วง 2 เดือนที่ศึกษาเท่านั้น
2. อัตราการผ่าท้องทำคลอดในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.2523-2537) ดังภาพที่ 1.1 นั้น เป็นภาพรวมของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดประเภทสามัญและประเภทพิเศษของโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ทั้ง 3 แห่ง เนื่องจากไม่มีรายงานแยกประเภทมารดาในช่วงเวลาดังกล่าว
3. อัตราอุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอดมารดาประเภทพิเศษในโรงพยาบาล - จุฬาลงกรณ์ที่สูงขึ้นนั้น อาจเนื่องมาจากตัวแปรด้านเทคโนโลยี ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา อายุเมื่อตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีแนวโน้มคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดตระหนักถึงความปลอดภัยของตนเองและเด็กในครรภ์ จึงเลือกที่จะรับการดูแลจากแพทย์เป็นกรณีพิเศษ แต่การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะมารดาประเภทสามัญเท่านั้น
4. ผลที่ได้จากการศึกษา พบว่า มีตัวแปรร่วมต่อเนื่องกันที่พบในมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด เช่น มารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมีระดับการศึกษาสูงกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด เมื่อระดับการศึกษาสูงมักจะตั้งครรภ์เมื่ออายุมากและมาฝากครรภ์ระยะแรกเริ่มของการตั้งครรภ์ ซึ่งอายุเป็นตัวแปรที่ทำให้แนวโน้มคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดสูงขึ้น เมื่อมาฝากครรภ์ระยะแรกแพทย์จึงสามารถตรวจพบและนัดมาฝากครรภ์บ่อยครั้งขึ้น ประกอบกับมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมีการศึกษาสูงกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอดและตระหนัก

ถึงความปลอดภัยของตนเองและบุตร จึงมาฝากครรภ์ตามกำหนด ดังนั้น จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์จึงมากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด นอกจากนี้มารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและสามีประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด ในขณะที่สามีของมารดาคลอดทางช่องคลอดประกอบอาชีพรับจ้างมากกว่ามารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด ดังนั้น รายได้จึงมากกว่าตลอดจนการศึกษาสูงกว่าด้วยเช่นกัน ทำให้มีความรู้ด้านโภชนาการและมีรายได้เพียงพอในการเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ได้ - มากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด น้าหนักตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์จึงมากกว่า ซึ่งเป็นเพียงตัวแปรหนึ่งเท่านั้นที่อาจมีผลต่อน้าหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ แต่การศึกษาครั้งนี้มิได้ควบคุมตัวแปรอื่น ๆ จึงทำให้ไม่สามารถทราบตัวแปรที่เป็นปัจจัยแท้จริงประกอบกับความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี ซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งเช่นกันที่มีอิทธิพลต่อผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ตั้งไว้ ดังนี้

1. อัตราอุบัติการณ์ของการผ่าตัดท้องทำคลอด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของการผ่าตัดท้องทำคลอด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม 2538 ถึง 31 ธันวาคม 2538 เท่ากับ 29.8 ต่อมารดาคลอด 100 คน โดยมีอัตราอุบัติการณ์ของการผ่าตัดท้องทำคลอด ดังนี้

เฉพาะมารดาประเภทสามัญ อัตราอุบัติการณ์ของการผ่าตัดท้องทำคลอด เท่ากับ 19.7 ต่อมารดาคลอด 100 คน

มารดาประเภทพิเศษ อัตราอุบัติการณ์ของการผ่าตัดท้องทำคลอด เท่ากับ 56.1 ต่อมารดาคลอด 100 คน

จากอัตราอุบัติการณ์ของการผ่าตัดท้องทำคลอด พบว่าสูงขึ้นและมีแนวโน้มสูงขึ้นอาจ เนื่องจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงเรียนแพทย์ที่มีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี มีเทคนิคที่ใช้ในการตรวจสอบความผิดปกติจากการตั้งครรภ์หลายอย่างในมารดาเกือบทุกราย ทำให้พบความผิดปกติต่าง ๆ ที่เป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดท้องทำคลอดมากขึ้น

2. ปัจจัยทางคลินิกและสังคมสังคมของมารดาประเภทสามัญที่คลอดโดยการผ่าตัดท้องทำคลอด จะกล่าวถึงปัจจัยทางสังคมก่อน

ปัจจัยทางสังคม มารดาคลอดโดยผ่าตัดท้องทำคลอดส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหรือจบชั้นประถมศึกษา อาชีพแม่บ้าน อาชีพสามีส่วนใหญ่ คือ รับจ้าง สำหรับฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า รายได้ที่ได้รับส่วนใหญ่ได้รับจากตนเองและสามี โดยค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวเพียงพอ รายได้ภายในครอบครัวต่อเดือนโดยเฉลี่ย คือ 11,062.6 บาท ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีการประกันสุขภาพ คือ ไม่ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

ปัจจัยทางคลินิก มารดาคลอดโดยการผ่าตัดท้องทำคลอด ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 35 ปี และอายุโดยเฉลี่ย เท่ากับ 26.6 ปี น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 12 กิโลกรัม ซึ่งน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย คือ 13.5 กิโลกรัม ส่วนใหญ่มีส่วนสูงมากกว่า 150 เซนติเมตร ส่วนสูงโดยเฉลี่ย คือ 154.2 เซนติเมตร ลำดับครรภ์ที่ 1 ลำดับการคลอด

คือ 0 ไม่เคยแท้งมาก่อน ส่วนใหญ่จะมารับบริการฝากครรภ์และฝากครรภ์กับสถานพยาบาล 1 แห่ง ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้งและตรงตามกำหนดทุกครั้ง ซึ่งอายุครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์โดยเฉลี่ยคือ 13.4 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ไม่เคยคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด อายุครรภ์เมื่อคลอดโดยเฉลี่ย คือ 38.7 สัปดาห์ ข้อบ่งชี้ของการผ่าท้องทำคลอดนั้นส่วนใหญ่ คือ การผิติดส่วนระหว่างเด็กในครรภ์กับเชิงกราน

3. ปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาประเภทสามัญที่คลอดทางช่องคลอด

ปัจจัยทางสังคม พบว่า มารดาคลอดทางช่องคลอดส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหรือจบชั้นประถมศึกษา อาชีพแม่บ้าน อาชีพสามีส่วนใหญ่ คือ รับจ้าง ฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า รายได้ที่ได้รับส่วนใหญ่ได้รับจากตนเองและสามี โดยค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวเพียงพอ รายได้ภายในครอบครัวต่อเดือนโดยเฉลี่ย คือ 8,033.3 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีการประกันสุขภาพ คือ ไม่ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

ปัจจัยทางคลินิก มารดาคลอดทางช่องคลอดส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 35 ปี อายุโดยเฉลี่ย คือ 25.2 ปี น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 12 กิโลกรัม และน้ำหนักโดยเฉลี่ย คือ 12.2 กิโลกรัม ส่วนใหญ่มีส่วนสูงมากกว่า 150 เซนติเมตร ซึ่งส่วนสูงโดยเฉลี่ย คือ 154.9 เซนติเมตร ลำดับครรภ์มากกว่า 1 ลำดับการคลอด คือ 0 ไม่เคยแท้งมาก่อน ส่วนใหญ่จะมารับบริการฝากครรภ์และฝากครรภ์กับสถานพยาบาล 1 แห่ง ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้งและตรงตามกำหนดทุกครั้ง ซึ่งอายุครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์โดยเฉลี่ย คือ 15.4 สัปดาห์ สำหรับอายุครรภ์เมื่อคลอดโดยเฉลี่ย คือ 38.8 สัปดาห์ ไม่เคยคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมาก่อน ส่วนข้อบ่งชี้ของการคลอดทางช่องคลอดนั้น พบเฉพาะกรณีคลอดโดยใช้คีม คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศและคลอดทำกัน โดยข้อบ่งชี้ดังกล่าวสามารถพบได้ร่วมกับข้อบ่งชี้ของการผ่าท้องทำคลอด

เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้ว พบว่า มารดาประเภทสามัญที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและมารดาคลอดทางช่องคลอดส่วนใหญ่มีปัจจัยทางคลินิกและสังคมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างปัจจัยดังกล่าวแล้ว พบว่าแตกต่างกันบางตัวแปร

4. ความแตกต่างระหว่างปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาประเภทสามัญกับการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด

เมื่อนำตัวแปรด้านปัจจัยทางสังคมมาทดสอบทางสถิติ เพื่อหาความแตกต่างระหว่างมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและมารดาคลอดทางช่องคลอด ได้แก่ การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา อาชีพ(พนักงานบริษัทเอกชน, รัฐบาล, รัฐวิสาหกิจ) อาชีพสามี(รับจ้างพนักงานบริษัทเอกชน, รัฐบาล, รัฐวิสาหกิจ) รายได้ภายในครอบครัวต่อเดือน ปรากฏว่าตัวแปรดังกล่าว พบในมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด แต่มารดาคลอดทางช่องคลอดสามีมีอาชีพรับจ้างมากกว่ามารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด ดังนั้น ตัวแปรปัจจัยทางสังคมดังกล่าวจึงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

สำหรับตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ(รับจ้าง ค้าขาย, ธุรกิจส่วนตัว แม่บ้านและอื่น ๆ) อาชีพสามี(ค้าขาย, ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรมและอื่น ๆ) ฐานะทางเศรษฐกิจ(บุคคลที่นำรายได้มาสู่ครอบครัว ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวเพียงพอหรือไม่) การประกันสุขภาพ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและมารดาคลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อนำตัวแปรด้านปัจจัยทางคลินิกมาทดสอบทางสถิติ เพื่อหาความแตกต่างระหว่างมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและมารดาคลอดทางช่องคลอด ได้แก่ อายุ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ การผ่าท้องทำคลอดในอดีต ปรากฏว่า ตัวแปรดังกล่าวพบในมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด แต่อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกโดยเฉลี่ยของมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดน้อยกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด ส่วนมารดาคลอดทางช่องคลอด มีลำดับครรภ์(มากกว่า 3) ลำดับการคลอด(มากกว่า 1) พบมากกว่ามารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด ดังนั้นตัวแปรปัจจัยทางคลินิกดังกล่าวจึงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ผลการศึกษาปัจจัยทางคลินิกดังกล่าว อาจได้รับอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น มารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ยน้อยกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด และจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อผลที่ได้ คือ ระดับการศึกษา อายุเมื่อตั้งครรภ์ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี กล่าวคือ จากผลการศึกษาที่ได้มารดาส่วนใหญ่ที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด มี

ระดับการศึกษาสูงกว่าและอายุมากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด ซึ่งอายุเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำให้แนวโน้มคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดสูงขึ้น ตลอดจนระดับการศึกษาของมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดสูงกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอดจึงมาฝากครรภ์เมื่อแรกเริ่มที่ตั้งครรภ์ และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีจึงสามารถตรวจคัดกรองได้อย่างรวดเร็ว จึงนัดมาฝากครรภ์บ่อยครั้ง ซึ่งสามารถแก้ไข ช่วยเหลือและพิจารณาการคลอดได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม โดยพิจารณาได้จากสภาพเด็กแรกเกิดที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและคลอดทางช่องคลอด - ส่วนใหญ่มีชีวิตรอด และ Apgar score นาทีที่ 1 และ 5 อยู่ในเกณฑ์ดี ดังนั้นจึงมิได้หมายความว่า ผู้ที่ตั้งครรภ์แล้วมีน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 12 กิโลกรัม มาฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการตั้งครรภ์หรือจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง จะมีโอกาสคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่า

สำหรับตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ ส่วนสูง ลำดับครรภ์(ที่ 1,2,3) ลำดับการคลอด (ที่ 0,1) จำนวนครั้งของการแท้ง การฝากครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ การฝากครรภ์ตามกำหนดอายุครรภ์เมื่อคลอด พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและมารดาคลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การคลอดยาก ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ภาวะแทรกซ้อนทางนรีเวช ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ ภาวะเสี่ยงต่ออันตรายของเด็กในครรภ์ โดยทั้งหมดนี้คือปัจจัยทางคลินิกที่สูติแพทย์ใช้เป็นข้อบ่งชี้ของการพิจารณาวิธีการคลอด ซึ่งแบ่งตามวิธีการคลอด คือ

ปัจจัยทางคลินิกที่เป็นข้อบ่งชี้ของวิธีการคลอด แบ่งเป็น

การคลอดทางช่องคลอด จำแนกตามข้อบ่งชี้ซึ่งมีข้อบ่งชี้เฉพาะคลอดโดยใช้คีมคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศและคลอดท่าก้น ซึ่งการคลอดโดยใช้คีม คิดเป็นร้อยละ 13.9 ของการคลอดทางช่องคลอด ข้อบ่งชี้ส่วนใหญ่ คือ การกระทำเพื่อป้องกัน คิดเป็นร้อยละ 30.5 ส่วนคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศนั้นคิดเป็นร้อยละ 1.3 ของการคลอดทางช่องคลอด โดยแต่ละข้อบ่งชี้พบในอัตราเดียวกัน คือ คิดเป็นร้อยละ 2.8 คลอดท่าก้น คิดเป็นร้อยละ 0.4 ของการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งข้อบ่งชี้คือ ส่วนน้าการคลอดผิดปกติ

การคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด พบว่า มารดาส่วนใหญ่ที่คลอดโดยการ - ผ่าท้องทำคลอด มีข้อบ่งชี้ส่วนใหญ่ คือ การผิสดส่วนระหว่างเด็กในครรภ์กับเชิงกราน คิดเป็นร้อยละ 27.4 รองลงมา คือ การผ่าท้องทำคลอดซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 23.5 สำหรับ

มารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดที่มีข้อบ่งชี้มากกว่า 1 ข้อบ่งชี้ คิดเป็นร้อยละ 12.6 ของมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดทั้งหมด

นอกจากนี้ยังพบข้อบ่งชี้ที่สูติแพทย์วินิจฉัยบางประการที่พบได้ร่วมกันระหว่างการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและการคลอดทางช่องคลอด เมื่อนำตัวแปรด้านปัจจัยทางคลินิกที่เป็นข้อบ่งชี้บางประการมาทดสอบทางสถิติเพื่อหาความแตกต่าง ได้แก่ ทำเด็กในครรภ์ผิดปกติ เด็กในครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤต มารดาครรภ์แรกที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 35 ปี พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและมารดาคลอดทางช่องคลอด - อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) กล่าวคือ พบข้อบ่งชี้ดังกล่าว ในมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด อาจเนื่องจากได้รับอิทธิพลจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี จึงทำให้สามารถวินิจฉัยภาวะเด็กในครรภ์ได้รวดเร็วและช่วยเหลือได้รวดเร็ว ซึ่งพิจารณาการคลอดโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของมารดาและเด็กเป็นสำคัญ สำหรับข้อบ่งชี้ด้านมารดา ได้แก่ การผ่าท้องทำคลอดซ้ำ พบในมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดมากกว่ามารดาคลอดทางช่องคลอด อาจเนื่องจากการคลอดทางช่องคลอดในมารดาที่เคยคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดเป็นสิ่งที่อันตรายและควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ยาก ตลอดจนปัญหาความพร้อมหรือเพียงพอของบุคลากร อุปกรณ์ เทคโนโลยี ห้องคลอด ห้องผ่าตัด ธาราการเลือด จะต้องอยู่บริเวณใกล้เคียงกันและพร้อมปฏิบัติการตลอดเวลาอย่างรวดเร็วกรณีฉุกเฉิน นอกจากนี้มารดาที่ต้องการให้คลอดทางช่องคลอดกรณีเคยคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ประกอบกับมีผู้มาคลอดบุตรจำนวนมากจึงทำให้เป็นไปได้ยากที่จะมีบุคลากรเพียงพอ ดังนั้นในประเทศไทยการสนับสนุนมารดาที่เคยคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดให้คลอดทางช่องคลอด จึงกระทำได้ยากเมื่อคำนึงถึงความปลอดภัยของมารดาและเด็ก จึงพิจารณาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดซ้ำ ส่วนการคลอดที่ยาวนานผิดปกติ ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างมารดาคลอดโดยการผ่าท้อง - ทำคลอดและมารดาคลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับสภาพเด็กแรกเกิด เป็นผลผลิตที่ได้จากการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์และการคลอด พบว่าสภาพเด็กแรกเกิดคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดและการคลอดทางช่องคลอดมีลักษณะต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน ยกเว้นมี 1 รายที่คลอดทางช่องคลอดและเด็กเสียชีวิต เนื่องจากเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์ โดยอายุครรภ์คือ 32 สัปดาห์ นอกนั้นพบว่า สภาพเด็กแรกเกิดมีชีวิต

และ Apgar score อยู่ในเกณฑ์ดีทั้งในเด็กแรกเกิดจากการตั้งครรภ์เดี่ยวและตั้งครรภ์แฝด(คู่) จากการศึกษาพบว่า เด็กที่เกิดจากการตั้งครรภ์แฝด (คู่)คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดทั้งหมด

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. จากการศึกษา พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอด ในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ในช่วงระยะ 1 ปี คือ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2538 ถึง 31 ธันวาคม 2538 เท่ากับ 29.8 ต่อมารดาคลอด 100 คน ซึ่งสูงกว่าที่ในปีที่ผ่านมา มาโดย ปี พ.ศ.2537 คือ 27.3 ต่อมารดาคลอด 100 คน

สำหรับอัตราอุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอดเฉพาะมารดาประเภทสามัญ ใน ปี พ.ศ.2538 เท่ากับ 19.7 ต่อมารดาคลอด 100 คน

อัตราอุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอดเฉพาะมารดาประเภทพิเศษ ในปี พ.ศ.2538 เท่ากับ 56.1 ต่อมารดาคลอด 100 คน

ดังนั้น ในภาพรวมแล้วพบว่าอัตราอุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอดสูงขึ้น และ พยากรณ์ได้ว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นต่อไป

2. ทราบปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดที่ - แตกต่างจากมารดาคลอดทางช่องคลอด สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณา การคลอดที่เหมาะสม เพื่อป้องกันผลลัพธ์ของการคลอดที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งจะส่ง ผลสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของมารดาและเด็ก โดยให้ ความสำคัญของการพัฒนาบริการเด็กเกิดรอด-แม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นแผนงานอนามัยครอบครัว กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นแผนงานระดับชาติ มีการ ประสานงานและการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรเอกชนและหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง คือ

2.1 เน้นให้บุคลากรสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญของการให้บริการ สุขภาพมารดาและเด็ก คือ การดูแลและเอาใจใส่ต่อหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะ คลอดและระยะหลังคลอด โดยสามารถประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีปัจจัยทางคลินิกและ สังคมที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดโดยผ่าท้องทำคลอดและพิจารณาการคลอดได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องตามความจำเป็น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของมารดาและเด็กเป็นสำคัญ

2.2 สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงดูแลหญิงระหว่างตั้งครรภ์และ
ดำเนินการทางสูติกรรม ได้แก่

2.2.1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรอง (Screening) หญิงตั้งครรภ์
ที่มีโอกาสเสี่ยงสูง ให้ได้รับบริการด้านการฝากครรภ์อย่างเหมาะสม ถูกต้องและปลอดภัยเป็น
ระยะ ๆ เพื่อให้ได้รับการดูแลและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และ
วางแนวทางในการพิจารณาการคลอดที่เหมาะสมและจำเป็นต่อไป

2.2.2 จัดระบบส่งต่อและจัดเตรียมบริการที่เหมาะสมให้แก่หญิง -
ตั้งครรภ์ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการผ่าท้องทำคลอดในระดับต่าง ๆ กัน

3. เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลบางแห่ง เพื่อให้การ
ผ่าท้องทำคลอดกระทำได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม แต่ต้องกำหนดเป็นขั้นตอนตามสายการบังคับ-
บัญชาและร่วมมือปฏิบัติจากหลาย ๆ ฝ่าย โดยกระทำเพื่อความปลอดภัยของมารดาและเด็กเป็น
สำคัญ

4. ใช้เป็นแนวทางในการจัดเตรียมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการให้สุศึกษา
ประชาสัมพันธ์ และคำปรึกษาแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ ตลอดจนผู้ใกล้ชิด โดยนำแนวคิดของการ
สาธารณสุขมูลฐานมาประยุกต์ใช้ เน้นการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของชุมชนในเรื่อง

4.1 การเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจ ความสำคัญของการมารับบริการ
ฝากครรภ์ โดยให้มารับบริการฝากครรภ์ตั้งแต่แรกเริ่มของการตั้งครรภ์ และมารับบริการ
ฝากครรภ์เป็นระยะ ๆ ติดต่อกันตามกำหนด เพราะหญิงตั้งครรภ์ต้องการการดูแลเป็นระยะ ๆ
ตลอดการตั้งครรภ์จนคลอด เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติต่าง ๆ ได้รวดเร็วและช่วยเหลือหรือ
พิจารณาแนวโน้มนการคลอดได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม ถูกต้องและปลอดภัยต่อมารดาและเด็ก

4.2 แนะนำ เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการ
คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดเปรียบเทียบกับคลอดทางช่องคลอด แก่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่
ระยะฝากครรภ์ เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและสนับสนุนให้คลอดทางช่องคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์
และผู้ใกล้ชิดที่ต้องการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด กรณีที่ประเมินสภาพแล้วสามารถคลอดทาง
ช่องคลอดได้

4.3 ช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมในการตั้งครรภ์ โดยคำนึงถึงอายุมารดาและสภาพร่างกายมารดาเป็นสำคัญ เพราะเด็กในครรภ์จะสุขภาพดี แข็งแรงได้ก็ต่อเมื่อมารดามีสุขภาพที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์

4.4 การปฏิบัติตนให้ถูกต้องและการสังเกตสุขภาพของมารดาด้วยตนเองเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ จากการตั้งครรภ์ และการคลอด

4.5 เลือกใช้บริการฝากครรภ์และคลอดในสถานบริการที่เหมาะสม

5. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตของการศึกษาในลักษณะนี้ โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา ควรได้ประชากรจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อเป็นตัวแทนมารดาไทย ในการใช้ผลการวิจัยเป็นสากล และนำไปประยุกต์ใช้ในการพิจารณาดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและแก้ปัญหาได้ตรงประเด็นต่อไป เพื่อสนองตอบต่อการส่งเสริมและพัฒนาบริการสุขภาพอนามัยของมารดาและเด็ก มุ่งเน้นเด็กเกิดรอด-แม่ปลอดภัย

2. ควรศึกษาเรื่องนี้ ในมารดาประเภทพิเศษควบคู่ไปกับมารดาประเภทสามัญเพื่อสามารถนำผลที่ได้มาเปรียบเทียบกัน และสามารถแก้ปัญหาได้ตรงประเด็นต่อไป

3. ควรศึกษาเพิ่มเติมในมารดาประเภทพิเศษที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับกลาง - และระดับสูงในชุมชนมากขึ้น เพื่อทราบปัจจัยทางคลินิกและสังคมลักษณะภาพรวม ตลอดจนมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์แต่ละแห่ง สามารถนำผลที่ได้มาอธิบายอัตราการผ่าท้องทำคลอดที่สูงขึ้นในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์มีความพร้อมด้านบุคลากรและเครื่องมือ ดังนั้นจึงมีหญิง-ตั้งครรภ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับกลางและระดับสูงมาเลือกใช้บริการมากกว่าโรงพยาบาลอื่นหรือโรงพยาบาลเอกชน เพราะคำนึงถึงความปลอดภัยของมารดาและเด็กเป็นสำคัญ

4. ศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้าระยะยาวและขนาดตัวอย่างมากพอ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ช่วงที่มาฝากครรภ์ โดยใช้ตัวแปรที่น่าสนใจจากการศึกษานี้เป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มตั้งแต่เริ่มศึกษา เช่น การศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ศึกษาแต่ละตัวแปรในหญิง

ตั้งครุฑเป็นคู่ ๆ โดยการควบคุมตัวแปรอื่น ๆ เพื่อทราบปัจจัยเสี่ยงของการคลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด

5. ศึกษาค่าใช้จ่ายทั้งหมดหรือต้นทุน ความคุ้มทุน คุ้มค่าของการคลอดโดยการ - ผ่าท้องทำคลอดเปรียบเทียบกับการคลอดทางช่องคลอด เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการคลอดทางช่องคลอด

6. ศึกษาทำนองเดียวกันนี้ โดยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลต่างจังหวัด หรือโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลที่ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์

7. ควรศึกษาในทำนองเดียวกันนี้ โดยเพิ่มเติมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ผู้รักษา ร่วมด้วย