



สถาบันราชานุกูลมีความยินดีเผยแพร่ข้อมูล องค์ความรู้ นี้แก่ผู้สนใจ
การนำข้อมูลจากเว็บไซต์นี้ไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย
หรือเผยแพร่ต่อเพียงบางส่วน หรือทั้งหมด
กรุณาอ้างอิง “ชื่อเจ้าของผลงาน” เป็นแหล่งที่มาของข้อมูล

ห้องสมุด
โรงพยาบาลราชานุกูล

พฤติกรรมของมารดาที่มีบุตรกลุ่มอาการดาวน์
ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด

เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์

ศุจิตรา ศรีสุโร

จินตนา ม้าเร็ว

บุลสุข สิริยาภรณ์

พฤติกรรมของมารดาที่มีบุตรกลุ่มอาการดาวน์ ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด

เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์, พ.บ.*
สุจิตรา ศรีสุโร, วท.บ. (พยาบาล)*
จินตนา ม้าเร็ว, วท.บ. (พยาบาล)*
พลสุข สรียาภรณ์, วท.ม. (พยาบาล)**

เรื่องย่อ : ศึกษามารดาที่มีบุตรกลุ่มอาการดาวน์อายุ ๓-๕ ปี รับการส่งเสริมพัฒนาการที่โรงพยาบาลราชานุกูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๓๓ ถึงเดือนเมษายน ๒๕๓๕, จำนวน ๗๕ ราย แบ่งเป็นมารดาอายุน้อยกว่า ๓๕ ปี จำนวน ๔๒ ราย (ร้อยละ ๕๖) และมารดาอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปจำนวน ๓๓ ราย (ร้อยละ ๔๔). มารดาทั้ง ๒ กลุ่มมีอัตราการแท้งบุตรสูงกว่ามารดาทั่วไปถึง ๔ เท่า, ส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๕๐.๗) ไม่มีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์มาก่อน. หลังจากมีบุตรกลุ่มอาการดาวน์มารดาอายุน้อยกว่า ๓๕ ปี ตัดสินใจทำหมันร้อยละ ๔.๘ และกำลังตั้งครรภ์หรือมีบุตรอีกร้อยละ ๔๗.๖ แตกต่างจากมารดาที่มีอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ซึ่งตัดสินใจทำหมันร้อยละ ๓๕.๔ และกำลังตั้งครรภ์หรือมีบุตรอีกเพียงร้อยละ ๖.๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับค่าพีเท่ากับ ๐.๐๐๐๖ และ ๐.๐๐๐๒ ตามลำดับ. สำหรับมารดาที่มีบุตรอีกได้รับการตรวจเพาะเลี้ยงเซลล์น้ำคร่ำร้อยละ ๗๗.๓, นอกจากนี้มารดา ร้อยละ ๗๘.๗ ได้รับทราบว่ามีบุตรเป็นกลุ่มอาการดาวน์จากแพทย์ผู้ดูแลมารดาหรือเด็กหลังคลอด และร้อยละ ๖๒.๘ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์กลุ่มนี้ให้นำบุตรมารับการส่งเสริมพัฒนาการ.

Abstract : Behaviors of Mothers of Down Syndrome During and After Pregnancy
Kanokpongskadi R, M.D.,* Srisuro S, B.Sc.,* Mareow C, B.Sc.*, Sriyaporn P, M.S.N.**
*Rajanukul Hospital, **Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
Siriraj Hosp Gaz 1993; 45: 327-335.

Seventy five mothers of Down syndrome children aged 3-5 years old who attended the Early Developmental Intervention Program at Rajanukul Hospital during the months of May 1990 and April 1992 were interviewed. Of the 75 mothers, 42 were young mothers (aged under 35 years) and 33 were elderly mothers (aged 35 years and over). Both groups have had four times higher histories of having abortion than statistical reports of the general mothers. Most mothers (90.7%) reported that they had never known about Down syndrome before the birth of their Down syndrome children. After having Down syndrome children, there was a statistically significant difference in behaviour toward sterilization between the young and the elderly mothers ($p=0.0006$).

*โรงพยาบาลราชานุกูล,**ภาควิชาพยาบาลศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล,
รับต้นฉบับ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๓๕
ปรับปรุงและรับตีพิมพ์ พฤษภาคม ๒๕๓๖

Five percent (4.8) of the young mothers compared with 39 percent (39.4) of elderly mothers were sterilized. More young mothers (47.6%) were pregnant and/or had delivered more babies after having Down syndrome children while only 6.1 percent of the elderly mothers had had additional children ($p=0.0002$). However 77.3 percent of mothers who decided to have more children had amniocentesis diagnosis. Seventy-nine percent (78.7%) of the mothers reported that they first learned of their Down syndrome newborns from their obstetricians and 62.8 percent of them brought their children for developmental intervention services upon recommendation of their physicians.

การให้บริการอนามัยแม่และเด็ก มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการตายในหญิงมีครรภ์, มารดาหลังคลอดและทารกพร้อมกันนั้นก็ต้องทำให้ทารกที่เกิดมามีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย, สติปัญญา. ในปัจจุบันอัตราการตายของทารกได้ลดลงตามลำดับ^๑ ในขณะที่ทารกพิการแต่กำเนิด ยังมีจำนวนสูงอยู่ จึงจำเป็นต้องพัฒนาการวินิจฉัยดูแลทารกในครรภ์ และการบริการเด็กพิการแต่กำเนิด และครอบครัว. สำหรับความพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อยและ ยังเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์ คือกลุ่มอาการดาวน์ โดยทั่วไปพบประมาณ ๑ รายต่อเด็กเกิดมีชีวิต ๘๐๐ ราย,^๒ ในมารดาที่มีอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปจะมีโอกาสให้กำเนิดทารกกลุ่มอาการดาวน์เพิ่มขึ้น เช่น มารดาอายุ ๓๕-๓๙ ปี พบประมาณ ๑ รายต่อเด็กเกิดมีชีวิต ๒๕๐ ราย และมารดาอายุมากกว่า ๔๕ ปี พบประมาณ ๑ รายต่อเด็กเกิดมีชีวิต ๔๕ รายเป็นต้น.^๓ สำหรับประเทศไทยเด็กกลุ่มอาการดาวน์ที่เกิดจากมารดาอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป, เท่ากับร้อยละ ๓๗.๒ ของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ทั้งหมด.^๔ การลดอุบัติการณ์การเกิดเด็กกลุ่มอาการดาวน์ควรประกอบด้วยทำให้ความรู้แก่บิดามารดา, การตรวจคัดกรองบิดามารดากลุ่มเสี่ยง ได้แก่ มารดาอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป, บิดามารดาที่มีความผิดปกติของโครโมโซมแฝง (balanced translocation state) หรือเคยมีบุตรโครโมโซมผิดปกติ (autosomal trisomy) มาก่อน^๕ รวมทั้งระบบการส่งต่อและการประสานการทำงานในเครือข่ายอย่างมีระบบ.^๖ อนึ่งการตัดสินใจของมารดาเพื่อการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ของบิดามารดา เช่น การศึกษา, เศรษฐฐานะ, ศาสนาที่นับถือและความเชื่อหรือเจตคติอื่น ๆ เช่น กลัวแท้งบุตร, กลัวเจ็บ เป็นต้น.^{๗-๘} การศึกษาของ Bell และคณะ^๕ ระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๘๒-๑๙๘๓ ในหญิงตั้งครรภ์จำนวน ๑๔๒ รายที่มีมารับบริการ ตรวจเพาะเลี้ยงเซลล์น้ำคร่ำ (amniocentesis) พบว่าร้อยละ ๘๕ เป็นหญิง

ตั้งครรภ์สูงอายุ, ส่วนใหญ่มีการศึกษา และเศรษฐฐานะอยู่ในเกณฑ์ดี โดยร้อยละ ๕๐ แสดงความจำนงขอรับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด และร้อยละ ๘๐ ทราบเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยนี้.

เมื่อทราบว่าบุตรเป็นเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ผู้เป็นบิดามารดามักเกิดวิกฤตทางจิตใจ เช่น มีความเครียด, ความโศกเศร้า, การโทษกัน, ความอับอาย. ดังนั้นการให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ (genetic counselling)^{๑๐,๑๑,๑๒} แก่บิดามารดาอย่างถูกต้องในระยะแรกเป็นพื้นฐานที่สำคัญ เพื่อลดวิกฤตทางใจในครอบครัวดังกล่าว ทำให้ครอบครัวสามารถปรับตัวต่อการมีบุตรพิการได้เร็วขึ้น และเด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ (early developmental intervention) ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ซึ่งนอกจากจะทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านร่างกาย, ใจ และสติปัญญาดีขึ้นแล้วจะมีผลอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมทักษะการเป็นบิดามารดาที่ดีของเด็กด้วย.^{๑๓,๑๔}

การวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาในมารดาที่มีบุตรกลุ่มอาการดาวน์ เพื่อวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. สภาพทั่วไปของมารดาที่มีบุตรกลุ่มอาการดาวน์
๒. ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์
๓. การตัดสินใจและแนวทางปฏิบัติของมารดาต่อการมีบุตรคนต่อไป
๔. การปฏิบัติของมารดาเพื่อนำบุตรรับบริการส่งเสริมพัฒนาการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

จากการศึกษานี้อาจนำไปสู่การพัฒนาแก้ไขเพื่อลดอุบัติการณ์กลุ่มอาการดาวน์ การให้คำปรึกษาแนะนำด้านพันธุศาสตร์ และบริการส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กกลุ่มอาการดาวน์และเด็กพิการอื่น ๆ.

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ศึกษาโดยออกแบบสอบตามมารดาที่มีบุตรกลุ่มอาการดาวน์ อายุระหว่าง ๓-๕ ปี จำนวน ๗๕ ราย มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี และได้รับบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่โรงพยาบาลราชชนกอย่างต่อเนื่อง.

ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๓ ถึงเดือนเมษายน ๒๕๖๕ รวมเวลา ๒ ปี.

ผล

มารดาในการศึกษานี้จำนวน ๗๕ ราย มารดาอายุน้อยกว่า ๓๕ ปี จำนวน ๔๒ ราย (ร้อยละ ๕๖),

มารดา อายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปจำนวน ๓๓ ราย (ร้อยละ ๔๔). มารดาทั้ง ๒ กลุ่มมีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา จำนวน ๓๔ ราย (ร้อยละ ๔๕.๓) และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าจำนวน ๒๐ ราย (ร้อยละ ๒๖.๖). ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน, ทำธุรกิจส่วนตัว, รับจ้างและรับราชการ, มีรายได้ตั้งแต่ ๕,๐๐๐ บาทขึ้นไป จำนวน ๓๔ ราย (ร้อยละ ๔๕.๔). มารดาทั้ง ๒ กลุ่มไม่มีความแตกต่างทั้งด้านการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า และรายได้เมื่อเปรียบเทียบรายได้น้อยกว่า ๕,๐๐๐ บาทกับกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า.

สภาพสมรสจำนวน ๗๓ ราย (ร้อยละ ๙๖.๓), หย่าร้างจำนวน ๒ ราย (ร้อยละ ๒.๖), ครอบครัวมารดาอายุน้อยกว่า ๓๕ ปี ไม่มีการหย่าร้าง ดังตารางที่ ๑.

ตารางที่ ๑. ข้อมูลทางประชากรของมารดาที่มีบุตรกลุ่มอาการดาวน์แยกตามอายุมารดา

	<๓๕ปี(๓=๔๒)	≥๓๕ปี(๓=๓๓)	รวม(๓=๗๕)	ค่าพี
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
การศึกษา				>๐.๐๕*
ประถมศึกษา	๗ (๑๖.๗)	๗ (๒๑.๒)	๑๔ (๑๘.๗)	
มัธยมศึกษา	๑๖ (๓๘.๑)	๑๑ (๓๓.๓)	๒๗ (๓๖.๐)	
อนุปริญญา	๑๐ (๒๓.๗)	๔ (๑๒.๑)	๑๔ (๑๘.๗)	
ปริญญาตรี	๘ (๑๙.๐)	๘ (๒๔.๒)	๑๖ (๒๑.๓)	
สูงกว่าปริญญาตรี	๑ (๒.๔)	๓ (๙.๑)	๔ (๕.๓)	
อาชีพ				
แม่บ้าน	๑๘ (๔๒.๘)	๗ (๒๑.๒)	๒๕ (๓๓.๓)	
ธุรกิจส่วนตัว	๕ (๑๑.๙)	๑๒ (๓๖.๔)	๑๗ (๒๒.๗)	
รับจ้าง	๑๐ (๒๓.๘)	๖ (๑๘.๒)	๑๖ (๒๑.๓)	
รับราชการ	๗ (๑๖.๗)	๗ (๒๑.๒)	๑๔ (๑๘.๗)	
รัฐวิสาหกิจ	๒ (๔.๗)	-	๒ (๒.๗)	
อื่นๆ	-	๑ (๓.๐)	๑ (๑.๓)	
รายได้/เดือน (บาท)				>๐.๐๕**
ไม่มีรายได้	๑๔ (๓๓.๔)	๗ (๒๑.๒)	๒๑ (๒๘.๐)	
<๓,๐๐๐	๔ (๙.๕)	๓ (๙.๑)	๗ (๙.๓)	
๓,๐๐๐-๕,๐๐๐	๑๐ (๒๓.๘)	๓ (๙.๑)	๑๓ (๑๗.๓)	
๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐	๑๐ (๒๓.๘)	๕ (๑๕.๑)	๑๕ (๒๐.๐)	
>๑๐,๐๐๐	๔ (๙.๕)	๑๑ (๓๓.๓)	๑๕ (๒๐.๐)	
สภาพสมรส				
คู่	๔๒ (๑๐๐)	๓๑ (๙๓.๙)	๗๓ (๙๖.๓)	
หย่าร้าง	-	๒ (๖.๑)	๒ (๒.๗)	

*เปรียบเทียบระหว่าง ๒ กลุ่มการศึกษา (<มัธยมศึกษา, >มัธยมศึกษา)

**เปรียบเทียบระหว่าง ๒ กลุ่มรายได้ (<๕,๐๐๐, >๕,๐๐๐) ไม่รวมกลุ่มไม่มีรายได้

บิดามารดาตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๔๔ ราย (ร้อยละ ๕๘.๗) และอายุมากกว่า ๔๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๔ ราย (ร้อยละ ๑๘.๗), มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา จำนวน ๔๖ ราย (ร้อยละ ๖๑.๓) และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าจำนวน ๓๔ ราย (ร้อยละ ๔๕.๔), บิดาทุกรายประกอบอาชีพ มีรายได้สูงกว่า ๕,๐๐๐ บาทจำนวน ๓๓ ราย (ร้อยละ ๔๔).

เด็กกลุ่มอาการดาวน์ในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ ๑, ๒ และ ๓, เด็กที่มารดาอายุน้อยกว่า ๓๕ ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๖๑.๕) เป็นบุตรคนแรก และร้อยละ ๒๖.๒ เป็นบุตรคนที่ ๒, แต่เด็กที่มารดาอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๗๒.๘) เป็นบุตรคนที่ ๒ หรือคนที่ ๓.

มารดามีประวัติแท้งบุตรจำนวน ๓๐ ราย (ร้อยละ

๔๐) เมื่อเปรียบเทียบประวัติการแท้งและไม่เคยแท้งในมารดาทั้ง ๒ กลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (ค่า $p > 0.05$).

มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๕๘.๗) ผ่าครรภ์และร้อยละ ๘๑.๓ ผ่าครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๓ เดือน, มารดาอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปทุกรายผ่าครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๕ เดือน.

มารดาจำนวน ๒๕ ราย (ร้อยละ ๓๓.๒) ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร, จำนวน ๒๘ ราย (ร้อยละ ๓๗.๕) ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลรัฐชาติที่มีแผนกแม่และเด็กในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี, จำนวน ๑๐ ราย (ร้อยละ ๑๓.๕) และจำนวน ๗ ราย (ร้อยละ ๙.๔) ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและคลินิกในเขตกรุงเทพมหานคร ดังตารางที่ ๒.

ตารางที่ ๒. ประวัติการตั้งครรภ์และผ่าครรภ์ของมารดาที่มีบุตรกลุ่มอาการดาวน์

	<๓๕ปี (n=๔๒)	≥๓๕ปี (n=๓๓)	รวม (n=๗๕)	ค่า p
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
ลำดับบุตร				
๑	๒๖ (๖๑.๕)	๖ (๑๘.๑)	๓๒ (๔๒.๗)	
๒	๑๑ (๒๖.๒)	๑๒ (๓๖.๔)	๒๓ (๓๐.๗)	
๓	๔ (๙.๕)	๑๒ (๓๖.๔)	๑๖ (๒๑.๓)	
๔, ๕	๑ (๒.๔)	๓ (๙.๑)	๔ (๕.๓)	
การแท้งบุตร (ครั้ง)				>0.05*
๐	๒๗ (๖๔.๓)	๑๘ (๕๔.๕)	๔๕ (๖๐.๐)	
๑	๕ (๑๑.๙)	๑๑ (๓๓.๓)	๑๖ (๒๑.๓)	
๒	๕ (๑๑.๙)	๒ (๖.๑)	๗ (๙.๓)	
๓	๑ (๒.๔)	๒ (๖.๑)	๓ (๔.๐)	
อายุครรภ์เมื่อผ่าครรภ์ครั้งแรก (เดือน)				
ไม่ได้ผ่าครรภ์	๑ (๒.๔)	-	๑ (๑.๓)	
๓	๓๑ (๗๓.๘)	๓๐ (๙๐.๙)	๖๑ (๘๑.๓)	
๔-๕	๘ (๑๙.๐)	๓ (๙.๑)	๑๑ (๑๔.๗)	
>๕	๒ (๔.๗)	-	๒ (๒.๗)	
สถานที่ผ่าครรภ์				
โรงพยาบาลเอกชน	๑๘ (๔๓.๘)	๑๑ (๓๓.๓)	๒๙ (๓๘.๒)	
โรงพยาบาลรัฐชาติที่มี แผนกแม่และเด็ก	๑๖ (๓๘.๐)	๑๒ (๓๖.๔)	๒๘ (๓๗.๕)	
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย คลินิก	๔ (๙.๘)	๖ (๑๘.๑)	๑๐ (๑๓.๕)	
	๓ (๗.๓)	๔ (๑๒.๑)	๗ (๙.๔)	

*เปรียบเทียบระหว่าง ๒ กลุ่มของการแท้ง (ไม่เคย, เคย)

ตารางที่ ๓. ความรู้เรื่องกลุ่มอาการดาวน์

	<๓๕ปี (n=๔๒)	≥๓๕ปี (n=๓๓)	รวม (n=๗๕)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
ความรู้เรื่องกลุ่มอาการดาวน์			
มี	๑ (๒.๔)	๖ (๑๘.๒)	๗ (๙.๓)
ไม่มี	๔๑ (๙๗.๖)	๒๗ (๘๑.๘)	๖๘ (๙๐.๗)

ตารางที่ ๔. อายุบุตรขณะมารดาทราบว่าบุตรเป็น
เด็กกลุ่มอาการดาวน์

อายุบุตร (วัน)	จำนวน (%)
< ๑	๑๕ (๒๐.๐)
๒ - ๓	๒๖ (๓๔.๗)
๔ - ๗	๑๒ (๑๖.๐)
๘ - ๑๔	๖ (๘.๐)
๑๕ - ๓๐	๒ (๒.๖)
๓๑ - ๖๐	๕ (๖.๖)
๖๑ - ๑๒๐	๓ (๔.๐)
>๑๒๐	๒ (๒.๗)

มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๙๐.๗) ไม่มีความรู้เรื่องกลุ่มอาการดาวน์, มารดาอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปจำนวน ๓ รายเคยมีความรู้เรื่องนี้ก่อนการตั้งครรภ์ และจำนวนอีก ๓ รายได้รับคำแนะนำให้ตรวจเพาะเลี้ยงเซลล์น้ำคร่ำ (amniocentesis) ดังตารางที่ ๓.

มารดาทุกรายคลอดบุตรในโรงพยาบาลรัฐบาลที่มีแผนกแม่และเด็กในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี, โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. ส่วนคำแนะนำเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์หลังคลอดประกอบด้วยสูติแพทย์, กุมารแพทย์หรือทั้งสูติแพทย์และกุมารแพทย์จำนวน ๕๕ ราย- (ร้อยละ ๗๓.๓) ส่วนน้อยได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือแพทย์ด้านพันธุศาสตร์ในภายหลัง จำนวน ๑๖ ราย (ร้อยละ ๒๑.๓).

มารดาส่วนใหญ่ได้รับทราบว่าบุตรเป็นเด็กกลุ่มอาการดาวน์ภายใน ๗ วันหลังคลอดจำนวน ๕๓ ราย (ร้อยละ ๗๐.๗) ส่วนน้อย (จำนวน ๕ ราย, ร้อยละ ๖.๗) ทราบเมื่อบุตรอายุมากกว่า ๒ เดือน ดังตารางที่ ๔.

ในกลุ่มมารดาที่ทราบว่าบุตรเป็นกลุ่มอาการดาวน์ภายใน ๓ วันแรกหลังคลอดจำนวน ๔๑ ราย (ร้อยละ ๕๔.๗) ในจำนวนนี้มีมารดาจำนวน ๒๒ ราย (ร้อยละ ๕๓.๗) ยังไม่ได้เห็นบุตร, มารดาจำนวน ๑๖ ราย (ร้อยละ ๓๙) ได้เห็นบุตรแต่ยังไม่ได้อุ้ม และมารดาจำนวน ๓ ราย (ร้อยละ ๗.๓) ได้อุ้มบุตร.

การตัดสินใจของมารดาต่อการมีบุตรคนต่อไปมารดาทั้ง ๒ กลุ่มจำนวน ๒๒ ราย (ร้อยละ ๒๙.๓) กำลังตั้งครรภ์หรือมีบุตรอีก, มารดาจำนวน ๑๕ ราย (ร้อยละ ๒๐.๐) ได้รับการทำหมัน, มารดาอายุน้อยกว่า ๓๕ ปี จำนวน ๒๐ ราย (ร้อยละ ๔๗.๖) กำลังตั้งครรภ์หรือมีบุตรอีก และจำนวน ๒ ราย (ร้อยละ ๔.๘) ได้รับการทำหมันแตกต่างจากมารดาอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปจำนวน ๒ ราย (ร้อยละ ๖.๑) กำลังตั้งครรภ์หรือมีบุตรอีก และจำนวน ๑๓ ราย (ร้อยละ ๓๕.๔) ได้รับการทำหมันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับค่าพี เท่ากับ ๐.๐๐๐๒ และ ๐.๐๐๐๖ ตามลำดับ ดังตารางที่ ๕.

มารดาอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปที่มีบุตร ๒ คนหรือน้อยกว่า จะตัดสินใจทำหมันมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า ๓๕ ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับค่าพี เท่ากับ ๐.๐๑ (Fisher exact 1-tailed) ดังตารางที่ ๖.

มารดาอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปจำนวน ๒ รายมีบุตรคนแรกแล้วตัดสินใจทำหมันเนื่องจากหาคัดมดลูกขณะคลอด ๑ รายและอายุเกิน ๔๐ ปีและหย่าร้าง ๑ ราย.

ตารางที่ ๕. การตัดสินใจของมารดาต่อการมีบุตรคนต่อไป

	<๓๕ปี (n=๘๒)	≥๓๕ปี (n=๓๓)	รวม (n=๑๑๕)	ค่าพี
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
กำลังตั้งครรภ์หรือมีบุตรอีก	๒๐ (๔๙.๖)	๒ (๖.๑)	๒๒ (๒๕.๓)	๐.๐๐๐๒*
ทำหมัน	๒ (๔.๘)	๑๓ (๓๙.๔)	๑๕ (๒๐.๐)	๐.๐๐๐๖**

*เปรียบเทียบระหว่าง ๒ กลุ่มของกำลังตั้งครรภ์หรือมีบุตรอีก (มี, ไม่มี)

**เปรียบเทียบระหว่าง ๒ กลุ่มของการทำหมัน (ทำ, ไม่ทำ)

ตารางที่ ๖. ความสัมพันธ์ระหว่างลำดับบุตรและตัดสินใจทำหมันของมารดา

จำนวนบุตร	<๓๕ปี		≥ ๓๕ปี		รวม	
	จำนวนมารดา	ทำหมัน	จำนวนมารดา	ทำหมัน	จำนวนมารดา	ทำหมัน
๑	๒๖	-	๖	๒	๓๒	๒
๒	๑๑	๑	๑๒	๕	๒๓	๖
๓	๔	-	๑๒	๕	๑๖	๕
๔	๑	๑	๒	๑	๓	๒
๕	-	-	๑	-	๑	-

มารดาจำนวน ๒๒ รายที่มีบุตรอีก, มารดาจำนวน ๑๑ ราย (ร้อยละ ๔๙.๓) ได้รับการตรวจเพาะเลี้ยงเซลล์น้ำคร่ำขณะตั้งครรภ์ มารดาจำนวน ๕ ราย (ร้อยละ ๒๒.๗) ไม่ได้รับการตรวจดังกล่าว โดยแบ่งเป็นไม่ทราบเรื่องการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดจำนวน ๒ ราย คิดว่าบุตรในครรภ์จะไม่เป็นเด็กกลุ่มอาการดาวนอีกจำนวน ๒ ราย และความเชื่อทางศาสนาจำนวน ๑ ราย.

บุคคลที่ให้คำแนะนำแก่มารดาเพื่อนำบุตรมารับการส่งเสริมพัฒนาการคือแพทย์ผู้ดูแลเด็กและมารดาหลังคลอดจำนวน ๔๗ ราย (ร้อยละ ๖๒.๘) แพทย์อื่น ๆ จำนวน ๑๓ ราย (ร้อยละ ๑๗.๓) พยาบาล, เพื่อนบ้านและอื่น ๆ จำนวน ๑๕ ราย (ร้อยละ ๑๙.๙).

มารดานำบุตรมารับการส่งเสริมพัฒนาการเมื่อบุตรอายุน้อยกว่า ๓ เดือนจำนวน ๓๘ ราย (ร้อยละ ๕๐.๗) และอายุน้อยกว่า ๑ ปี จำนวน ๕๘ ราย (ร้อยละ ๗๙.๔) ดังตารางที่ ๗.

ตารางที่ ๗. อายุบุตรเมื่อรับการส่งเสริมพัฒนาการ

อายุบุตร (เดือน)	จำนวน (%)
< ๓	๓๘ (๕๐.๗)
๓ - ๑๑	๒๐ (๒๖.๗)
๑๒ - ๒๔	๑๐ (๑๓.๓)
๒๕ - ๖๐	๗ (๙.๓)

วิจารณ์

มารดาในการศึกษานี้มีระดับการศึกษาสูงกว่าการศึกษาโดยเฉลี่ยประชากรของประเทศ คือ มารดาร้อยละ ๔๕.๓ จบการศึกษาสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษา และมารดา ร้อยละ ๒๖.๖ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า

เปรียบเทียบกับข้อมูลทางการศึกษากระทรวงศึกษาธิการ ปีการศึกษา ๒๕๒๕-๒๕๓๑ ประชากรอายุ ๑๓-๑๘ ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ ๒๘.๕๘-๓๐.๖๒ และประชากรอายุ ๑๕-๒๔ ปี จบการศึกษาระดับอุดมศึกษาร้อยละ ๕.๕๗-๗.๖๘.^{๑๕}

สภาพสมรสส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาหย่าร้างจากสถิติการหย่าร้างตามกฎหมายของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี ๒๕๓๐ มีอัตราการหย่าร้างซึ่งร้อยละ ๘.๕,^{๑๖} มารดาอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปจำนวน ๒ รายหย่าร้างหลังจากมีบุตรกลุ่มอาการดาวน์แตกต่างจากการสำรวจโดย Welsh National School of Medicine ซึ่งพบว่าครอบครัวที่มีบุตรพิการจะมีอัตราการหย่าร้างสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง ๑๐ เท่า.^{๑๗} แต่การศึกษาของ Gath และ Gumley^{๑๘} พบว่าครอบครัวที่มีบุตรกลุ่มอาการดาวน์ ซึ่งได้รับบริการทางการแพทย์, ส่งเสริมพัฒนาการและการศึกษาในชุมชนที่อยู่อาศัย มีความแตกต่างในการดำเนินชีวิตครอบครัวจากครอบครัวทั่วไปเพียงเล็กน้อย.

มารดาในการศึกษานี้มีประวัติแท้งบุตรในอัตราที่สูงกว่าปรกติ คืออัตราแท้งบุตรซึ่งร้อยละ ๔๐ คิดเป็น ๔ เท่าของการตั้งครรภ์ทั่วไป^{๑๙} ซึ่งสาเหตุสำคัญของการแท้งบุตรมักเกิดจากความผิดปกติของทารกในครรภ์.^{๑๘}

มารดาทั้ง ๒ กลุ่มส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๕๐.๗) ไม่มีความรู้เรื่องกลุ่มอาการดาวน์มาก่อนในกลุ่มมารดาอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปส่วนใหญ่ฝากครรภ์ในช่วง ๓ เดือนแรกของการตั้งครรภ์และในโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์เหตุผลมารดา ๓ รายปฏิเสธการตรวจเซลล์น้ำคร่ำ ถึงแม้ได้รับคำแนะนำจากแพทย์นั้นเพราะมารดามีบุตรคนแรก ๑ ราย ส่วนอีก ๒ รายแพทย์นัดตรวจเซลล์น้ำคร่ำเมื่อเด็กโตขึ้นมากแล้ว.

การตัดสินใจและแนวทางปฏิบัติของมารดาต่อการมีบุตรคนต่อไปพบว่าร้อยละ ๔๐ ของมารดาอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปและมีบุตร ๓ คนแล้วตัดสินใจทำหมันหลังจากมีบุตรกลุ่มดาวน์, ส่วนมารดาที่กำลังตั้งครรภ์หรือมีบุตรอีกพบว่ามารดาจำนวน ๑๗ ราย (ร้อยละ ๗๗.๓) ยอมรับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด, มารดาจำนวน ๒ รายไม่ได้รับคำแนะนำถึงอัตราเสี่ยงของการเกิดซ้ำ, มารดาจำนวน ๓ รายได้รับคำแนะนำจากแพทย์แต่มารดา ๒ รายเชื่อว่าไม่เกิดซ้ำ, มารดาจำนวน ๑

รายมีความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับการทำแท้ง. จากการศึกษารายของนายแพทย์สมศักดิ์ อิมดิชัยกุล^{๑๕} พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของมารดาต่อการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเรียงตามลำดับได้คือ ความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ต่อการให้กำเนิดบุตรกลุ่มอาการดาวน์ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ทราบจากการให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์, การพบเห็นและทราบลักษณะกลุ่มอาการดาวน์, ความหวาดกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดแก่บุตรในครรภ์ภายหลังการเจาะน้ำคร่ำตรวจ, การยอมรับการทำแท้งหากบุตรในครรภ์เป็นเด็กกลุ่มอาการดาวน์, การเห็นความสำคัญของการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด, ความหวาดกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำแท้ง.

มารดาจำนวน ๔๑ ราย (ร้อยละ ๕๔.๗) ได้ทราบว่าบุตรเป็นเด็กกลุ่มอาการดาวน์ภายใน ๓ วันแรกหลังคลอด และมีมารดาเพียง ๓ รายเท่านั้นที่ได้อุ้มบุตรในช่วงนั้น. มีหลักฐานยืนยันว่าการขาดความผูกพันระหว่างมารดาและบุตรในช่วง ๓ วันแรกหลังคลอดจะมีผลให้มารดามีอารมณ์เศร้า และสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุตรได้ยากซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมเลี้ยงดูและปฏิกริยาสัมพันธ์ในช่วงแรก และ ๒-๓ ปีแรกหลังคลอด^{๒๐,๒๑} โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาที่มีบุตรกลุ่มอาการดาวน์ มารดามักจะถูกแยกจากบุตรในช่วงแรกหลังคลอด. นอกจากนี้อารมณ์เศร้าของมารดาจะมีผลทำให้มารดาตื่นตระหนก, เกิดความเครียดและความรู้สึกผิดจะยิ่งกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุตรมากยิ่งขึ้น. รายงานของ Emde and Brown^{๒๒} พบว่าการที่มารดาได้อุ้มบุตรจะทำให้ความรู้สึกรักของมารดาที่ต้องการให้บุตรเสียชีวิตนั้นจะถูกทดแทนด้วยความรู้สึกรัก ผูกพัน เกิดการยอมรับและมีเจตนาดีต่อบุตรในทางบวก ซึ่งจะทำให้มารดาปรับตัวได้ดีต่อบุตรพิการ. อนึ่งปฏิกริยาของมารดาดังกล่าว จะเกิดขึ้นได้ง่ายขึ้นเมื่อมารดาได้รับความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์และจิตใจอย่างถูกต้องในระยะแรกจากแพทย์และบุคลากรการแพทย์.^{๒๓} Cunningham และคณะ^{๒๔} ได้ศึกษารูปแบบการให้คำแนะนำที่ละขั้นตอน ("model service" of "breaking the news") ซึ่งเป็นที่ยอมรับของบิดามารดาและแพทย์ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งได้แก่การให้คำแนะนำแก่บิดามารดาพร้อมกัน ขณะที่มารดาอุ้มบุตรอยู่ด้วยในเวลาที่เหมาะสมหลังคลอด, ใช้ภาษาที่

เข้าใจง่ายพร้อมกับการนัดตรวจซ้ำ หรือให้ที่อยู่ของ
บิดามารดาที่มีบุตรเป็นกลุ่มอาการดาวน์อีกอันไว้ เพื่อช่วย
ให้ข้อมูลเพิ่มเติมและแก้ไขปัญหากับบิดามารดาในเวลา
ต่อมา.

ร้อยละ ๕๐.๘ ของมารดาที่นำบุตรมารับบริการ
ส่งเสริมพัฒนาการเมื่อบุตรอายุน้อยกว่า ๓ เดือนและผู้
แนะนำส่วนใหญ่ได้แก่แพทย์ผู้ดูแลหลังคลอด เหตุที่
มารดานำบุตรมารับบริการตั้งแต่อายุน้อยและรับบริการต่อ
เนื่องจนอายุ ๓-๔ ปี นั้น น่าจะเกิดจากมารดาส่วนใหญ่
มีการศึกษาสูงกว่ามารดาทั่วไป มารดาฝากครรภ์และคลอด
ในโรงพยาบาลที่มีแผนกแม่และเด็กและโรงพยาบาลมหา
วิทยาลัย ซึ่งบางแห่งจัดบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และ
นอกจากนี้นักศึกษาแพทย์ทุกสถาบันในกรุงเทพมหานคร
และแพทย์ประจำบ้านสาขากุมารเวชศาสตร์ และสาขา
จิตเวชศาสตร์ได้ศึกษาคูณานในหน่วยส่งเสริมพัฒนาการ
เด็ก ทั้งในโรงพยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่ และโรงพยาบาล
ราชานุกูล.

เอกสารอ้างอิง

๑. คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข แผนงาน
อนามัยครอบครัว, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, แผนพัฒนาการ
สาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ ๘ (พ.ศ.๒๕๓๕-๒๕๓๘) หน้า ๖.๓.๒-๖.๓.๑๐.
๒. Bering RY, Kahn E. Down's syndrome. In: Bering
RY, Kahn E, eds. Clinical Genetics handbook. New
Jersey : Medical Economics books, 1987: 52-61.
๓. Stene J, Mikkelsen M. Down's syndrome and other
chromosomal disorders. In: Wald NH, ed. Antenatal
and neonatal screening. Oxford : Oxford University
Press, 1984.
๔. สรุปข้อมูล Down syndrome ในประเทศไทยจากแบบ
สอบถาม ๒ มีนาคม ๒๕๓๐. การประชุมโต๊ะกลมเรื่อง
Human cytogenetics and prenatal diagnosis ครั้งที่ ๒
เกี่ยวกับ Down syndrome และ Neural tube defect.
สมาคมพันธุศาสตร์แห่งประเทศไทย. ๑๐ มีนาคม ๒๕๓๐.
๕. Cooley WC, Graham JM. Common syndromes and
management issues for primary care physicians.
Down syndrome - an update and review for the
primary pediatrician. Clinical Pediatrics 1991; 30:
233-53.
๖. Huxley TH. A healthy maternity. In : Jacobson B,
Smith A, Whitehead M, eds. The Nation's Health:
A strategy for the 1990s. London: King's Fund
Publishing Office, 1988: 156-70.
๗. Evers - Kieboom G, Swerts A, Berghe H. Psycho-

สรุป

การเกิดกลุ่มอาการดาวน์ เกิดขึ้นได้ในครอบครัว
ทั่วไปที่มีความแตกต่างทั้งด้านการศึกษา, เศรษฐฐานะ
และภูมิสำเนา ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนัก
ถึงการพัฒนาบริการเพื่อการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด, การ
ให้คำแนะนำอัตราการเกิดซ้ำ, ให้ข้อมูลและคำแนะนำ
เพื่อแก้ไขปัญหาทางการแพทย์, สุขภาพจิต, เศรษฐกิจ,
สังคมและสิ่งสำคัญที่สุด คือให้บิดามารดาเกิดการตัดสินใจที่สร้างสรรค์ เช่น การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด, การ
ปรับตัวของบิดามารดา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัว
เป็นต้น.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมารดาทุกท่านในการศึกษานี้ที่ให้ความ
ร่วมมือเป็นอย่างดี และขอขอบคุณแพทย์หญิงชวลา
เชียรธนุ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชานุกูล ที่สนับสนุน
และอนุญาตให้ทำการศึกษาและรายงาน.

- logical aspects of amniocentesis : anxiety feeling in
three different risk groups. Clin Genet 1988; 33:
196-206.
๘. Elkins TE, Stovail TG, Wilroy S, Dacus JV.
Attitudes of mothers of children with Down
syndrome concerning amniocentesis, abortion and
prenatal genetic counselling techniques. Obstet
Gynecol 1986; 68: 181-4.
๙. Bell JA, Pearru JH, Bowling FG, Martin NJ. Factors
influencing referrals for prenatal cytogenetic
diagnosis. Aust NZ J Obstet Gynecol 1984; 24:
198-201.
๑๐. Myers BA. The informing interview. Am J Ment.
Def 1976; 81: 325-30.
๑๑. Kaminer RK, Cohen HJ. How do you say, "Your
child is retarded ?". Contemp Pediatr 1988; 5: 36-9.
๑๒. Stradford B. Early diagnosis and parent counselling,
the quality of life. 9th Asian conference on Mental
Retardation, Bangkok Thailand. November 5-10,
1989: 126-33.
๑๓. Bidder RT, Bryant G, Gray OP. Benefits to Down's
syndrome children through training their mothers.
Arch Dis in Child 1975; 50: 383-6.
๑๔. เวียนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กพัฒนา-
การล่าช้าและกลุ่มเสี่ยง. ใน: เวียนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์,
บรรณาธิการ. ชีวิตใหม่ของบุคคลปัญญาอ่อน. ๑ กรุงเทพมหานคร

- มหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, ๒๕๓๓: ๕-๑๑.
๑๕. กองแผนงาน, สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงศึกษาธิการ. สถิติฉบับย่อปีการศึกษา ๒๕๓๐. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ. สีนวิ่ง จำกัด, ๒๕๓๐: ๔๖-๗.
๑๖. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ประมวลสถิติประจำปี ๒๕๓๓. อัตราการสมรส, การหย่าร้าง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, ๒๕๓๓: ๑๓๗.
๑๗. Gath A, Gumley D. Down syndrome and the family: follow-up of children seen in infancy. *Dev Med Child Neurol* 1984; 26: 500-8.
๑๘. Cunningham FG, MacDonald PC, Grant NF. Williams Obstetrics. 18th ed. Norwalk, Connecticut: Appleton-Lange, 1989: 489-96.
๑๙. สมศักดิ์ อธิมาธิกุล. ปัจจัยในการตัดสินใจเข้ารับการตรวจเสียงเซลล์น้ำคร่ำเพื่อวินิจฉัย. ใน: รายงานการวิจัยเพื่อสอบ
วุฒิปริญญาตรีแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ
เวชกรรม สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, ๒๕๓๓: ๑๓-๖.
๒๐. Kennell JH, Gordon B, Klaus M. The effects of early mother-infant separation on later maternal performance. *Pediatrics Research* 1970; 4: 473-4.
๒๑. Leifer AD, Leiderman PH, Barnett CR. Effects of mother-separation on maternal attachment behavior. *Child Development* 1972; 43: 1203-8.
๒๒. Emde RN, Brown C. Adaptation to the birth of Down syndrome infants. *J Amer Acad Child Psychiat* 1978; 17: 299-323.
๒๓. Cunningham CC, Morgan PA, Mc Gucken RB. Down's syndrome: Is dissatisfaction with disclosure of diagnosis inevitable? *Dev Med Child Neurol* 1984; 24: 33-39.