

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความจำเป็นและความสำคัญของปัญหา

สิ่งชี้วัดการพัฒนาคุณภาพอนามัยของประชาชนที่เป็นสากล คือ อัตราการตายของมารดาและทารก ทั้งนี้เพราะประชากรกลุ่มดังกล่าวมีอัตราเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการตายสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ และประชากรทั้งสองกลุ่มนี้มีความจำเป็นและสัดส่วนมากถึง 2 ใน 3 ของประชากรทุกเพศทุกกลุ่มอายุ (รัชชัย มุ่งการดี, 2534) ดังนั้น การดูแลสุขภาพอนามัยของแม่และเด็กที่ได้รับเริ่มมานานปีก็เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราตายของมารดาและทารกเป็นสำคัญ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานได้ผลเป็นที่น่าพอใจระดับหนึ่ง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น พบว่าอัตราตายของมารดาในประเทศไทยยังสูงกว่าถึง 4 เท่า และอัตราการตายของทารกสูงกว่าถึง 7 เท่า (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข, 2535)

องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่า แต่ละปีมารดาตายจากสาเหตุการตั้งครรภ์มากถึง 500,000 คน และร้อยละ 98 ของการตายนี้ เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา (WHO, 1987 อ้างถึงใน วัลลภ ไทยเหนือ, 2533) สาเหตุการตายที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด ภาวะครรภ์เป็นพิษ แท้งบุตร มดลูกแตก และยังมีสาเหตุการตายที่เกิดจากโรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือขณะตั้งครรภ์ โดยผลของการตั้งครรภ์ทำให้โรคนี้กำเริบหรือทรุดหนักลง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไต โรคตับ ภัยรอบคดียเป็นพิษ และเบาหวาน เป็นต้น (สมพงษ์ ศรีแสนบาง, 2532) สำหรับประเทศไทยมีรายงานจำนวนมารดาตายตามกลุ่มสาเหตุตามบัญชีตารางโรคพื้นฐาน จากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ กับอัตราเกิดมีชีพ 1000 คน พ.ศ. 2534 พบว่า มารดาตาย จำนวน 186 คน คิดเป็นอัตราตาย 0.2 ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ กลุ่มสาเหตุการตาย ได้แก่ 1) การแท้ง 40 คน 2) สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับสูติกรรมโดยตรง 144 คน ประกอบด้วย เลือดออกจากการตั้งครรภ์และการคลอด 54 คน การเป็นพิษจากการตั้งครรภ์ 26 คน การคลอดติดขัด 56 คน โรคแทรกในระยะอยู่ไฟ 1 คนและอื่น ๆ 7 คน 3) สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับสูติกรรมทางอ้อม 2 คน ประกอบด้วย โรคติดเชื้อและปรสิตต่าง ๆ

ในมารดาซึ่งปรากฏในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะอยู่ไฟ 1 คน ภาวะอื่น ๆ นอกจากการติดเชื้อและปรสิตต่าง ๆ ในมารดาซึ่งปรากฏในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะอยู่ไฟ 1 คน (ศูนย์สารสนเทศด้านประชากรและอนามัยครอบครัว, 2533)

สาเหตุการตายของมารดาส่วนใหญ่เป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ หากมารดา มีความรู้ความเข้าใจ มีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง และได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ดังนั้น การฝากครรภ์จึงยังมีความสำคัญต่อสุขภาพอนามัยของ มารดาและทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

มีงานวิจัยในต่างประเทศศึกษาถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ พบว่า การฝากครรภ์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถลดอัตราการตายของมารดาลงได้ (Pandit, 1992) สตรีมีครรภ์ที่มาฝาก ครรภ์ไม่เพียงพอดตามเกณฑ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูง (Gosselink et al., 1993; Balcazar, Cole, and Hartner, 1992) เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย (Balcazar et al., 1992) ส่วนมารดาที่คลอดครบกำหนด (อายุครรภ์เมื่อคลอด 37-42 สัปดาห์) พบว่า มารดาที่ฝากครรภ์แต่เนิ่น ๆ คลอดทารกแรกเกิดไม่มีชีวิต น้อยกว่ามารดาที่ ฝากครรภ์ช้า หรือไม่เคยฝากครรภ์ (Malloy, Kao, and Lee, 1992) และจากงานวิจัย ในประเทศ พบว่า สตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์แต่เนิ่น ๆ คลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยมาก กว่าสตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้า (สุตารัตน์ สุวารี, 2532; จารุวรรณ รุ่งวิบูลย์, 2532) นอกจากนี้ พบว่า สตรีมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป คลอดทารกที่มีน้ำหนัก แรกเกิดเฉลี่ยมากกว่าสตรีมีครรภ์ที่ไม่ได้รับการตรวจครรภ์ หรือตรวจครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง (รุ่งโรจน์ พิมพ์ใจพงศ์, ชินนาภา ทิพย์สว่าง และจุฑารัตน์ ไกรศรีวรรณ, 2532) และสตรี มีครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ คลอดทารกไม่มีชีวิตสูงเป็น 2.88 เท่าของ สตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุชาดา สุวรรณคำ, 2535)

มีงานวิจัยในต่างประเทศศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์และอุปสรรคของ การฝากครรภ์ พบว่า สตรีที่มาฝากครรภ์ช้า ได้แก่ สตรีที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ ตั้งครรภ์นอกสมรส มีบุตรหลายคน เป็นวัยรุ่น (Essex, Counsell, and Geddis, 1992) ส่วนอุปสรรคสำคัญต่อการมาฝากครรภ์ ได้แก่ ความไม่สะดวกในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายใน การเดินทาง ไม่มีคนดูแลบุตร (Aved et al., 1993) ซึ่งมีประเด็นที่สอดคล้องกับการศึกษา

ในประเทศไทย พบว่า สตรีที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ได้แก่ สตรีมีครรภ์ที่มีที่พักอาศัยอยู่ไกลสถานบริการ มีบุตรหลายคน และประเด็นที่เพิ่มเติมมา คือ ระยะเวลาในการมารับบริการนาน (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์, 2534)

การฝากครรภ์ภายในไตรมาสที่ 1 หรือสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ถือเป็นพฤติกรรมป้องกันโรคขั้นที่ 2 (secondary prevention) เนื่องจากการฝากครรภ์มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาความผิดปกติตั้งแต่เนิ่น ๆ และหาทางรักษาหรือป้องกันแก้ไข เช่น โรคทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ หนองใน ซิฟิลิส หากตรวจพบแต่เนิ่น ๆ แพทย์ก็สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือโรคเบาหวานก็สามารถควบคุมระดับน้ำตาลไว้ได้ (Sherwen, Scoloveno, and Weingarten, 1991)

พฤติกรรมการป้องกันโรคขั้นที่ 2 (Secondary prevention) หมายถึงการพยายามคัดกรองหรือให้คำแนะนำเพื่อค้นหาความผิดปกติในตัวบุคคลให้ได้เร็วที่สุด สามารถวางแผนให้การดูแลแต่เนิ่น ๆ เพื่อหยุดการดำเนินของโรค ลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ส่วนปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการยอมรับพฤติกรรมอนามัยเพื่อป้องกันโรคหรือมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้ความเข้าใจ (cognitive-perceptual factors) หรือการรับรู้ของบุคคล (individual's perception) นั้นเอง (Pender, 1987)

มีงานวิจัยที่สำรวจทัศนคติเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล พบว่า เหตุผลที่สตรีมาใช้บริการฝากครรภ์ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้บริการฝากครรภ์ (สุชมลย์ พัฒนเศรษฐานนท์, 2530) สตรีมีครรภ์ที่รับรู้ความสำคัญของสุขภาพจะส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีรวมทั้งการมาฝากครรภ์ด้วย (พิมพ์ใจ จารุวัชรวิงศ์, 2536)

การรับรู้เป็นการตีความของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่สังเกตเห็น การรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับเหตุการณ์เดียวกันอาจแตกต่างกัน เพราะการรับรู้ขึ้นอยู่กับความรู้สึกรับรู้ ประสมการณ์ การเตรียมพร้อม และการคาดหวังของบุคคล (Murray and Zentner, 1985) การรับรู้เป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการทางความคิดของบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมต่าง ๆ เพราะการรับรู้เป็นพื้นฐานในการคิด การไตร่ตรอง การตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของบุคคล (Perrault, 1985 อ้างถึงใน อังคณา นวलयง, 2535) ดังนั้นการรับรู้การตั้งครรภ์หรือการให้ความหมายการตั้งครรภ์ (symbolic meaning of the pregnancy) จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อ

การผ่านหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตสตรี ไปสู่แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์ โดย การรับรู้การตั้งครรภ์เกิดจากอิทธิพลทางด้านสังคมวัฒนธรรม และประสบการณ์เฉพาะตนของสตรี (Sherwen et al., 1991)

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539 กรมอนามัยได้กำหนดเป้าหมาย งานอนามัยแม่และเด็กในการดูแลสตรีมีครรภ์ไว้ว่า ร้อยละ 75 ของสตรีมีครรภ์ได้รับการดูแล ก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ แต่จากสรุปรายงานอนามัยแม่และเด็กของประเทศ พ.ศ. 2535 พบว่า อัตราการครอบคลุมการให้บริการการดูแลก่อนคลอดยังไม่บรรลุเป้าหมาย สตรีมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 4 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงร้อยละ 68.06

จากข้อมูลโรงพยาบาลแม่และเด็กเมืองพิจิตรจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2536 พบว่า สตรีมีครรภ์มาคลอดที่สำนักงานทั้งสิ้น 2,811 คน ในจำนวนนี้แยกเป็นฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตาม เกณฑ์คุณภาพ จำนวน 1,670 คน คิดเป็นร้อยละ 59.41 ฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์ คุณภาพ จำนวน 1,117 คน คิดเป็นร้อยละ 39.74 และไม่เคยฝากครรภ์ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 0.85 เมื่อศึกษาลักษณะการฝากครรภ์เฉพาะกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้งตาม เกณฑ์คุณภาพ พบว่า มีลักษณะการฝากครรภ์แตกต่างกัน ดังนี้ ฝากครรภ์ 1-3 ครั้ง ฝากครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปแต่ไม่มาตามนัดช่วงเดือนที่ 7, 8 หรือ 9 คลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์เมื่อคลอด 28-36 สัปดาห์) และฝากครรภ์ช้า (ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 6 เดือน)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในมารดาทั้งที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด 11 คน ภาวะครรภ์เป็นพิษ 9 คน น้ำเดินก่อนกำหนดคลอด 2 คน ความดันโลหิตสูง 1 คน และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทารก ได้แก่ ทารกตายในครรภ์ 16 คน ทารกคลอดไม่มีสมอง 1 คน แต่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในมารดาที่ไม่ฝากครรภ์

จากรายงานข้างต้น ถึงแม้ไม่พบการตายของมารดา และไม่พบความผิดปกติในมารดา ที่ไม่ฝากครรภ์ แต่สาเหตุการเจ็บป่วยของมารดาที่สำคัญยังเป็นสาเหตุเดิม ๆ ที่สืบเนื่องมาจากการตั้งครรภ์และการคลอด แม้การฝากครรภ์จะไม่สามารถแก้ปัญหาได้ทั้งหมด แต่การฝากครรภ์ ก็ถือเป็นช่องทางสำคัญที่สตรีมีครรภ์จะได้รับการตรวจเพื่อค้นหาความผิดปกติแต่เนิ่น ๆ เพื่อวางแผนป้องกันหรือให้การรักษา นอกจากนี้ ยังเป็นช่องทางให้สตรีมีครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้มีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง

จากงานวิจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว ได้ชี้ให้เห็นว่าอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ และการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ แต่ยังมีสตรีมีครรภ์อีกจำนวนมากที่ฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ เพราะการมาตรวจครรภ์ไม่สม่ำเสมอตามนัด การมาฝากครรภ์ช้า และไม่มาฝากครรภ์จนกระทั่งคลอด ทำให้ความครอบคลุมการดูแลก่อนคลอดครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพของประเทศไทยยังไม่บรรลุเป้าหมาย และการรับรู้เป็นพื้นฐานในการคิดการไตร่ตรอง การตัดสินใจ แสดงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้การตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีที่อาเภอฟล เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

รายงานการวิจัยที่ปรากฏในประเทศไทย มีแต่การศึกษาเชิงปริมาณ (Qualitative research) ที่ใช้กรอบแนวคิดทางชีวการแพทย์ (biomedicine) เป็นหลัก แต่การรับรู้ของบุคคล ได้รับอิทธิพลมาจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคลนั้นด้วย ฉะนั้น จึงต้องศึกษาปรากฏการณ์การรับรู้การตั้งครรภ์อย่างเป็นองค์รวม ซึ่งในขณะนี้ยังไม่มีคำอธิบายปรากฏการณ์นี้อย่างเป็นองค์รวม ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าถ้าปรากฏการณ์ดังกล่าวได้รับการศึกษาอย่างลึกซึ้ง จะทำให้ได้แนวทางการปรับปรุงการให้บริการดูแลสตรีมีครรภ์ ให้เป็นไปตามเป้าหมายได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับความเชื่อและวิถีชีวิตของสตรีมีครรภ์ยิ่งขึ้น ดังนั้น การวิจัยนี้จึงต้องใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) อันจะทำให้ได้ความหมายจากความรู้และประสบการณ์ ซึ่งจะต้องได้ข้อมูลจากการอธิบาย การให้เหตุผล และการปฏิบัติตัวของสตรีมีครรภ์โดยตรง เป็นสิ่งที่เกิดจริงในบริบทของสังคมที่สตรีมีครรภ์เหล่านั้นใช้ชีวิตอยู่ และการวิจัยเชิงคุณภาพก็ให้ความสำคัญกับแหล่งข้อมูลจากทัศนะของผู้ให้ข้อมูล การมองปรากฏการณ์จากทัศนะของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น จะช่วยให้เข้าใจความหมายและเหตุผลว่าอะไรเกิดขึ้นเพราะอะไร ตามตรรกของผู้ให้ข้อมูล (อุทัย ดุลยเกษม, 2536; Cormack, 1991)

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การรับรู้การตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีที่อำเภอพล

1.3 คำถามงานวิจัย

1. สตรีรู้ว่ตนเองตั้งครรภ์ได้อย่างไร
2. สตรีให้ความหมายการตั้งครรภ์เป็นอย่างไร
3. การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งแต่เริ่มรู้ว่ตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอดเป็นอย่างไร
4. ทำไมสตรีจึงเลือกหรือไม่เลือกมาฝากครรภ์

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสตรีที่เคยผ่านการตั้งครรภ์ สถานที่เก็บข้อมูลได้แก่ หมู่บ้านโสกขามน้อย และโรงพยาบาลแม่และเด็กเมืองพล ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key - informants) ได้แก่ สตรีที่มีสถานภาพทางสังคมเป็นยายหรือย่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีมีครรภ์ สตรีหลังคลอด ช่วงเวลาศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน พ.ศ. 2537

1.5 ข้อยกเว้นของการวิจัย

เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการวิจัยต้องการอธิบายปรากฏการณ์การรับรู้การตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ตลอดจนค้นหาปรากฏการณ์การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงในขณะนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษาทุกขั้นตอนในระหว่างการตั้งครรภ์ภายในบริบทของสตรีในชุมชน แต่การวิจัยนี้มีข้อยกเว้นเรื่องระยะเวลาและงบประมาณ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษากลุ่มสตรีในแต่ละระยะที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ เช่น สตรีที่มีสถานภาพทางสังคมเป็นยายหรือย่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีมีครรภ์ สตรีหลังคลอด โดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์ข้อมูลย้อนหลัง ผู้วิจัยคำนึงถึงความสำคัญของช่วงห่างของระยะเวลาและความทรงจำต่อเหตุการณ์ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อน ดังนั้น จึงใช้การตรวจสอบข้อมูลหลาย ๆ ทางจากหลายแหล่ง และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยให้โอกาสผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ใช้เวลาในการคิด เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลให้มากที่สุด

1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

สตรีที่มีสถานภาพทางสังคมเป็นยายหรือย่า หมายถึง ผู้หญิงในหมู่บ้านสะกามน้อยที่มีลูกสาวหรือลูกสะใภ้กำลังตั้งครรภ์ หรือเคยผ่านการตั้งครรภ์และการคลอดมาแล้ว

สตรีวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง ผู้หญิงในหมู่บ้านสะกามน้อยที่มีอายุ 15-49 ปี และเคยผ่านการตั้งครรภ์และการคลอดมาแล้ว

สตรีมีครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 7-9 เดือน มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอพล หรืออำเภอใกล้เคียง และมาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลแม่และเด็กเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

สตรีหลังคลอด หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอพล หรืออำเภอใกล้เคียง และคลอดที่โรงพยาบาลแม่และเด็กเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยอยู่ในภาวะหลังคลอดแล้วอย่างน้อย 12 ชั่วโมง และคลอดบุตรมีชีวิต

การรับรู้การตั้งครรภ์ หมายถึง การให้ความหมายของการตั้งครรภ์ โดยแสดงออกมาทางความรู้สึก ความคิดเห็น และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

การฝากครรภ์ หมายถึง การมารับการตรวจครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในสถานบริการของรัฐและเอกชน

การฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ หมายถึง การมารับการตรวจครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง โดยมีเกณฑ์ในการนับ ดังนี้

อายุครรภ์ 1 - 6 เดือน มาตรวจครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง

อายุครรภ์ 7 เดือน มาตรวจครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง

อายุครรภ์ 8 เดือน มาตรวจครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง

อายุครรภ์ 9 เดือน มาตรวจครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจการให้ความหมายการตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ ตามการรับรู้ของสตรีชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ข้อมูลที่ได้สามารถนำมาปรับปรุงงานบริการการฝากครรภ์และการให้สุขศึกษา ได้สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมของผู้รับบริการ