

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื่องจากในปัจจุบันพบว่าครอบครัวของสังคมไทยมักมีจำนวนบุตรที่ต้องการประมาณ 1-2 คน เท่านั้น การตั้งครรถ์จึงต้องคำนึงถึงคุณภาพในขณะที่ตั้งครรถ์และบุตรที่จะเกิดมา ดังนั้นการบริการสาธารณสุขควรให้ความสำคัญของการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรนี้ เนื่องจากจะเป็นผู้ที่ให้กำเนิดประชากรใหม่ซึ่งการที่ประชากรจะเจริญเติบโตได้อย่างสมบูรณ์ แข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นควรเริ่มต้นในการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ซึ่งพบว่าสตรีมีครรถ์และคลอดของประเทศไทย มีจำนวนเท่ากับ 782,911 และ 742,183 ราย ในปี พ.ศ. 2544 และ 2545 ส่วนจังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนเท่ากับ 17,898 และ 18,145 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ขณะที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีสตรีมีครรถ์มาใช้บริการฝากครรถ์และคลอดปี พ.ศ. 2545 เท่ากับ 2,815 ราย และในปี พ.ศ. 2546 เท่ากับ 2,753 ราย (สถิติประจำปี 2545, 2546 หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารก ภาควิชาสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, หน้า 14) ซึ่งสตรีมีครรถ์เหล่านี้จะต้องมาใช้บริการตั้งแต่แรกเริ่มของการตั้งครรถ์ ทั้งนี้เนื่องจากการตั้งครรถ์เป็นภาวะที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติแต่ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตตามวุฒิภาวะ (maturation crisis) ของครอบครัว เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญ หรือเป็นจุดที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต (กรรณิการ์ กันระรักษา, 2531 หน้า 1) ทั้งทางร่างกายและจิตสังคม

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของสตรีมีครรถ์นั้นจะปรับให้เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (Leifer, 1999) เช่น การที่มดลูกขยายใหญ่ขึ้นทั้งรูปร่าง ขนาด น้ำหนัก และปริมาณความจุ หน้าท้องจะยื่นออกทำให้จุดศูนย์กลางของร่างกายเลื่อนมาข้างหน้า ร่างกายจึงพยายามแอ่นหลังเพื่อรักษาความสมดุลจึงทำให้เกิดอาการปวดหลัง การที่กระเพาะปัสสาวะจะหนาและมีความจุมากขึ้น กล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะปัสสาวะจะมีความตึงตัวลดลงทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้นจึงเกิดอาการอึดเสบติดเชือกของระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย (อภิรัช สกฤษณิยา, 2540, หน้า 124) หรือเกิดอาการไม่สุขสบายอื่นๆ เช่น แพ้ท้อง เหนื่อยอึด ขม น้ำลายไหล

ออกมาก อาการแสบยอดอก อาการท้องผูก ฯลฯ เป็นต้น (Babara R.S., 2001, P, 84-85) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนมีผลทำให้สตรีมีครรภ์เสียชีวิตได้ในประเทศไทยพบว่ามีสาเหตุ 5 ลำดับแรก คือ การตกเลือดร้อยละ 31.9 การติดเชื้อร้อยละ 19.1 ความดันโลหิตสูงและการชักจากการตั้งครรภ์ร้อยละ 2.1 การคลอดติดขัดร้อยละ 2.1 การแท้งไม่ปลอดภัยร้อยละ 12.8 (สมศักดิ์ สุทัศนาวุฒิ, 2543, หน้า 41) ในโรงพยาบาลมารดาและทารก เชียงใหม่ ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากในอันดับต้น คือโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 7.88 และโรคเบาหวานในระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 3.49 (สถิติประจำปี 2546 หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารก ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, หน้า 77, 72) ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมนั้น จากการศึกษาของลีดเดอร์แมน (Lederman, 1984, อ้างใน เทียมศรทองสวัสดิ์ และลาวัลย์ สมบูรณ์) พบว่าสตรีทุกคนมีประสบการณ์ของความขัดแย้งที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบางประการ การตอบสนองต่อการขัดแย้งอาจเป็นในลักษณะของการปรับตัวไม่เหมาะสม หากปรับตัวได้เหมาะสมพบว่าจะมีความก้าวหน้าในลักษณะที่เป็นแนวโน้มของบทบาทการเป็นมารดา แต่หากปรับตัวไม่เหมาะสมสตรีมีครรภ์จะมีความลังเลใจหรือรู้สึกสองฝักสองฝ่ายต่อการตั้งครรภ์และการเป็นมารดา ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลและอาจมีภาวะซึมเศร้าหรือนักวิจัยด้านความเครียด ส่วนหนึ่งมีความเห็นว่าการตั้งครรรภ์นั้นเป็นประสบการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียด อยู่ในภาวะที่ต้องอดทนรอเวลา ไม่นำใจในผลลัพธ์ของการตั้งครรรภ์เป็นช่วงเวลาของการเสียสมดุลทางด้านอารมณ์ ซึ่งรวมถึงการมีอารมณ์แปรปรวน วิตกกังวลและมีความลังเลใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีมีครรภ์ (เบญจวรรณ แก้วเวียงศรี, 2539, หน้า 181)

การตั้งครรรภ์อาจส่งผลต่อทารก ได้แก่ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจะทำให้มีอัตราการตายสูงกว่าทารกปกติถึง 40 เท่า (วารภรณ์ แสงทวีสิน, 2540, หน้า 69) สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือความสัมพันธ์ของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีมีครรภ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดนั้น พบว่าถ้าน้ำหนักของสตรีมีครรภ์ลดหรือเพิ่มน้อยในระยะตั้งครรรภ์คือในไตรมาสแรกมีน้ำหนักลดลงจากน้ำหนักเดิมก่อนตั้งครรรภ์ ในไตรมาสที่ 2 และ 3 มีน้ำหนักเพิ่มเท่ากับหรือน้อยกว่า 1 กิโลกรัมต่อเดือนจะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย แต่ถ้าสตรีมีครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มมากกว่าปกติในระยะตั้งครรรภ์คือเพิ่มเท่ากับหรือมากกว่า 3 กิโลกรัมต่อเดือน เมื่อแคลอรีมากเกินไปความต้องการพลังงานของร่างกายจะถูกเก็บไว้ในรูปไขมันอาจมีผลทำให้ทารกตัวโต มารดาอ้วนหลังคลอด (ศุภชัย สายสร, รัชณี มิตกิตติ, กัญญา วัชรินทรยานนท์ และชลอศรี แดงเปี่ยม, 2545, หน้า 17) หรือการที่สตรีมีครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรรภ์น้อยกว่า 40 กิโลกรัมหรือมากกว่า 70 กิโลกรัม หรือน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่า 7 กิโลกรัมจะมีผลทำให้

ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและมีอัตราการตายปริกำเนิดสูง (สร้อยสอางค์ เศรษฐวิษ, 2532, หน้า 44) และจากการศึกษาที่นิวยอร์ค พบว่าสตรีมีครรภ์ที่มีน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่า 8.5 กิโลกรัมตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์และได้รับโปรตีนน้อยกว่าวันละ 25 กรัมจะทำให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อย ร้อยละ 25-26 โดยเรียกว่ามีภาวะทุโภชนาการระหว่างการตั้งครรภ์ (Susser, 1981, p 784-80 อ้างใน สุวีรัตน์ สุภวัฒน์) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยนั้นจะทำให้เกิดปัญหา เช่น ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจเกิดภาวะขาดอากาศ (asphyxia) การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดล้มเหลว ทารกแรกเกิดมีอุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะลำไส้เน่า เลือดออกในสมองได้ง่าย ทำให้เสียชีวิตได้ง่าย หรือถ้ารอดชีวิตก็อาจมีความพิการทางสมองอาจมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการช้า นอกจากนี้ยังพบว่ามีสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย เช่น มารดาอายุน้อย มารดาอายุมาก การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ โรคที่สตรีมีครรภ์เป็นอยู่ ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ พฤติกรรมของสตรีมีครรภ์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเสพยาเสพติด การใช้ยา ภาวะทุโภชนาการ ซีด ความผิดปกติของมดลูก เป็นต้น (วารสารแม่ แสงทวิสิน, 2540, หน้า 69-79) ส่วนทารกที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไปเช่นน้ำหนัก 4000 กรัม ทำให้ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ หรืออาจต้องใช้เครื่องมือช่วยในการทำคลอดทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อมารดา เช่น การฉีกขาดของช่องทางการคลอด กระเพาะปัสสาวะ หลอดปัสสาวะและทวารหนักจะได้รับความชอกช้ำหรือฉีก แผลฝีเย็บจะบวมและฉีกขาดได้ง่ายเนื่องจากถูกกดเป็นเวลานาน ส่วนด้านทารกนั้นการคลอดยากมีผลทำให้ทารกขาดออกซิเจนได้รับบาดเจ็บทั้งด้านร่างกายและสมอง อาจเกิดกระดูกไหปลาร้าหัก ทารกเกิดการติดเชื้อ เป็นต้น (พูนพร ศรีสะอาด, 2544, หน้า 374-403)

เนื่องจากสตรีมีครรภ์บางส่วนยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและทำให้เกิดปัญหาต่อสตรีมีครรภ์และทารกได้จึงทำให้เกิดนโยบายการดูแลสตรีมีครรภ์โดยคณะกรรมการ MCH Board เขตภาคเหนือคือเน้นยุทธศาสตร์การให้บริการในเชิงรุกและให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการดูแลสุขภาพของตนเอง การจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน การพัฒนาคุณภาพผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง และการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดต้องมีความแม่นยำครบถ้วนเพื่อใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง (วีระชัย สิทธิพิยะสกุล, 2545, หน้า 5) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของงานอนามัยแม่และเด็กแผน 9 ที่กำหนดไว้คืออัตราการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรไม่เกิน 10 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และอัตราการตายของทารกไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพพันคน และอัตราน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 (คณะกรรมการจัดทำแผน 9 กระทรวงสาธารณสุข, 2544, หน้า 19)

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลวิธีที่องค์การอนามัยโลกได้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการพัฒนามาตลอดระยะเวลา 10 ปี โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทั่วโลกได้มีสุขภาพดีทั้ง

ร่างกายและจิตใจ ปัจจุบันแม้จะมีกระแสด้านการส่งเสริมสุขภาพจะได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง แต่คนส่วนใหญ่ยังให้คุณค่าในเรื่องสุขภาพกันน้อย จนเมื่อตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดมีปัญหาสุขภาพ จึงหันกลับมาให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2543, หน้า 80) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996, อ้างใน สมจิตร หนูเจริญกุล, 2543, หน้า 22) นั้นไม่ได้เน้นที่โรคหรือปัญหาเฉพาะ โรคแต่เป็นการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้เกิดสถานการณ์ที่ปรารถนาและมุ่งเพิ่มศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ด้านสุขภาพในส่วนสตรีมีครรภ์ก็เช่นเดียวกันควรปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพของสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ให้ดีขึ้น โดยมีการปฏิบัติในชีวิตประจำวันที่ดี 6 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด และการเจริญทางจิตวิญญาณ (Pender, 1996) โดยมีกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพโดยทั่วไป เช่น การดูแลตนเองในด้านการรักษาทำความสะอาดร่างกาย การพักผ่อนนอนหลับ การมาตรวจครรภ์ตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ และสนใจหาความรู้ในการดูแลครรภ์ การระมัดระวังในการติดเชื้อ การไม่สูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ สารเสพติดเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ สตรีมีครรภ์ ควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เพราะหากมารดาที่สูบบุหรี่จะพบว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการมีบุตรแรกเกิดน้ำหนักน้อย 0.18 เท่า ของมารดาที่ไม่สูบบุหรี่ (ชลอศรี แดงเปี่ยม, 2542, หน้า 45) **กิจกรรมทางกาย** ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและยังช่วยในการคลอดง่ายขึ้นและร่างกายฟื้นตัวเร็วหลังคลอดด้วย **ด้านโภชนาการ** โดยการรับประทานอาหารในปริมาณที่ถูกต้องและครบถ้วน เพื่อช่วยให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง กล้ามเนื้อมดลูกแข็งแรง เป็นส่วนช่วยสนับสนุนให้สามารถคลอดบุตรง่าย อัตราป่วยและอัตราตายภายหลังคลอดของมารดาต่ำ ภายหลังคลอดสุขภาพมารดาจะกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ และให้กำเนิดทารกที่สมบูรณ์แข็งแรง (เบญจวรรณ แก้วเวชวงศ์, 2539, หน้า 30) หากสตรีมีครรภ์มีภาวะบกพร่องทางโภชนาการจะนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้หลายประการ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนด ภาวะการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ชะงัก (กำแหง จาตุรจินดา, 2531, หน้า 104) **ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล** ในระยะตั้งครรภ์สตรีมีครรภ์จะมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ สามี ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่เคยคลอดบุตรมาแล้วหรือสตรีมีครรภ์ด้วยกัน จะได้ข้อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น **ในการจัดการกับความเครียด** สตรีมีครรภ์จัดได้ว่าเป็นบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดง่าย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลให้เกิดปัญหาในการตั้งครรภ์ซึ่งหากสตรีมีครรภ์สามารถจัดการกับความเครียดได้ย่อมส่งผลดีในด้านจิตใจและลดความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ลงได้ และ**ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ** เป็นองค์ประกอบที่ละเอียดอ่อนที่สุดของบุคคลซึ่งมีความหมายต่อการดำรงอยู่ของสตรีมีครรภ์ทั้งที่มีปฏิสัมพันธ์



ภายในตนเอง บุคคลอื่น และสิ่งที่อยู่เหนือกว่าเพื่อค้นหาเป้าหมายให้กับชีวิตซึ่งในสตรีมีครรภ์จะปฏิบัติ เช่น การให้ความรักกับสามีและบุคคลรอบข้าง การรับความรับความรักความช่วยเหลือที่ผู้อื่นมอบให้ รวมถึงการมีความเชื่อความศรัทธาในศาสนาและที่พึ่งทางใจ หากสตรีมีครรภ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมก็จะทำให้การตั้งครรภ์นั้นปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหรือลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อทั้งสตรีมีครรภ์และทารก

ในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลปฏิบัติงานที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จากประสบการณ์พบว่ายังมีสตรีมีครรภ์บางส่วนที่มาพบแพทย์ เช่น ปวดหลัง ท้องอืด ท้องผูก ภาวะแพ้สสาวะอักเสบ เป็นต้น ซึ่งอาจเนื่องมาจากการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เพียงพอ จึงตระหนักและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในสตรีมีครรภ์ร่วมกับการฝากครรภ์ อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์และคลอด ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ รวมถึงการติดตามน้ำหนักทารกแรกเกิดของมารดาในกลุ่มนี้เพื่อผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์และเป็นแนวทางในการวางแผนในการให้คำปรึกษาแนะนำแก่การส่งเสริมสุขภาพแก่สตรีมีครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีมีครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีมีครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด

### ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีมีครรภ์แรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ห้องตรวจเบอร์ 4 สถานบริการสุขภาพพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คลินิกอาจารย์แพทย์และคลอดครบกำหนดที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่มกราคม-เมษายน 2548

### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

**พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง การกระทำที่สตรีมีครรภ์ควรปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพของสตรีมีครรภ์ (pender, 1996) สามารถประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยดัดแปลงจากเครื่องมือสำหรับประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพของ จอม สุวรรณโณ (2543, หน้า 70) โดยอาศัยแนวคิดของเพนเดอร์เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวก 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียดและ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ

**สตรีมีครรภ์** หมายถึง สตรีครรภ์แรกอายุครรภ์ระหว่าง 37-42 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ห้องตรวจเบอร์ 4 สถานบริการสุขภาพพิเศษโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ หรือที่คลินิกอาจารย์แพทย์และคลอดครบกำหนดที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

**น้ำหนักทารกแรกเกิด** หมายถึง น้ำหนักเป็นกรัมของทารกแรกเกิดของสตรีครรภ์แรกที่คลอดอายุครรภ์ครบกำหนด

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของสตรีมีครรภ์ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้ศึกษาหรือคำแนะนำแก่สตรีมีครรภ์ให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ที่ถูกต้องเพื่อให้มารดาและทารกมีสุขภาพที่สมบูรณ์
2. เป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัยในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีมีครรภ์ต่อไป