

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส

“Factors Associated with coping Among Maternal Syphilis”

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สุพัตรา อันทรินทร์¹ และสุภาพร ประนัดทา²

Supattra Auntarin¹ and Supaporn Pranudta²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเครียด การรับรู้ภาวะเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม ต่อการเผชิญความเครียด ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 - เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิส แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการเผชิญความเครียด มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73, .92, .84 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับของสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 53.64) ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 45.45) ระยะของการติดเชื้อซิฟิลิสพบมากที่สุดคือ ระยะแฝง (latent syphilis) (ร้อยละ 90.91) และได้รับการรักษาด้วย Benzathine (ร้อยละ 90.91) มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเครียด การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิส และการเผชิญความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 18.72$, $SD = 4.42$, $M = 24.64$, $SD = 8.09$, $M = 64.78$, $SD = 12.04$ ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M = 49.98$, $SD = 8.12$) ผลการวิเคราะห์สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับของสเปียร์แมน พบว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม ($r = -.28$, $p < .001$) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิสและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด ($r = .28$, $p < .001$, $r = .47$, $p < .001$)

คำสำคัญ : การรับรู้ความเครียด, การรับรู้ภาวะเสี่ยง, การสนับสนุนทางสังคม, การเผชิญความเครียด, ซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์

Abstract

This survey research aimed to examine the relationships between Perceived stress, Perceived risk, Social support, and Stress coping among pregnant women with syphilis infection. The sample comprised pregnant women diagnosed with syphilis who received screening and treatment services at Mahasarakham Hospital, Kalasin Hospital, and Roi Et Hospital. Purposive sampling was used to recruit participants. Data were collected from August 2025 to July 2026. Research instruments included a demographic data questionnaire, Perceived Stress Scale, Perceived Risk of Syphilis Infection Questionnaire, Social Support Scale, and Stress Coping Questionnaire. Cronbach's alpha coefficients for these measures were .73, .92, .84, and .81, respectively. Data were analyzed using Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that a majority of participants were primigravida (53.64%), were most frequently diagnosed during the first trimester (45.45%), presented predominantly with latent syphilis (90.91%), and received treatment with Benzathine penicillin (90.91%). The mean scores for perceived stress, perceived risk

¹ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author; email: Supaporn4@smnc.ac.th

of syphilis infection, and stress coping were at moderate levels ($M = 18.72$, $SD = 4.42$; $M = 24.64$, $SD = 8.09$; $M = 64.78$, $SD = 12.04$, respectively). Social support had a high mean score ($M = 49.98$, $SD = 8.12$). Statistical analysis using Spearman's rank correlation coefficient showed that perceived stress had a significant negative correlation with social support ($r = -.28$, $p < .001$). Perceived risk of syphilis infection during pregnancy and social support both had significant positive correlations with stress coping ($r = .28$, $p < .001$ and $r = .47$, $p < .001$, respectively).

Keywords: Perceived Stress, Perceived Risk, Social Support, Stress Coping, Syphilis in Pregnancy

บทนำ

โรคซิฟิลิส (syphilis) หมายถึง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อ *Treponema pallidum* สามารถทำให้เกิดอันตรายแก่ระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้หลายระบบ เช่น ซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด ซิฟิลิสระบบประสาท เป็นต้น¹ สถานการณ์โรคซิฟิลิสในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อและการระบาดของของโรคติดเชื้อที่มีแนวโน้มเกิดการระบาดในปี 2567 ซึ่ง 1 ใน 9² คือโรคซิฟิลิส ดังนั้นกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กรมควบคุมโรคจึงมีเป้าหมายควบคุมอัตราการป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ≤ 50 ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน จากการสำรวจสถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ.2563-2565 พบว่าอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยมีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเท่ากับ 55.5 49.9 และ 98.2 ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีวิตแสนคนตามลำดับ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับร้อยละ 0.58 0.80 และ 1.05 ตามลำดับ

ผลการตรวจสอบโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิด จำนวน 352 คน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี (36.6%) เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (47.2%) และมาฝากครรภ์ช้ากว่า 12 สัปดาห์ (60.2%) ยิ่งไปกว่านั้น พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 62.1 ได้รับการรักษาไม่ครบถ้วนก่อนวันคลอด ประกอบกับความครอบคลุมของการคัดกรองช่วงอายุครรภ์

28-32 สัปดาห์ยังอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการฉีดยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียใน 30 วันก่อนคลอด นอกจากนี้ยังพบปัญหาในการติดตามคู่สมรสมาตรวจคัดกรอง ซึ่งอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสในคู่สมรสสูงกว่าการติดเชื้อเอชไอวีถึง 19 เท่า สถิติภาพรวมชี้ให้เห็นว่าอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดเพิ่มขึ้นจาก 25.1 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคนในปี พ.ศ. 2561 มาเป็น 98.2 ในปี พ.ศ. 2565 หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่าอย่างต่อเนื่อง^{2,3}

การติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์มีธรรมชาติการดำเนินโรคเช่นเดียวกับประชากรทั่วไป เริ่มจากการเกิดแผลขอบแข็ง ผื่น ตุ่มนูน (condyloma lata) จนเข้าสู่ระยะแฝงที่ไม่แสดงอาการ และอาจพัฒนาไปสู่ระยะแทรกซ้อนรุนแรงในระยะยาว⁴ ทว่าความรุนแรงสำคัญเมื่อเกิดการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ คือโอกาสในการส่งผ่านเชื้อไปยังทารกในครรภ์ ทั้งในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ในมารดา เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง หรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์⁵ ความรุนแรงจากความสัมพันธ์กับคู่สมรส⁶ ตลอดจนเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี⁷ สำหรับผลกระทบต่อทารก พบว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการทารกพิการแต่กำเนิด ภาวะทารกบวมน้ำ (hydrops fetalis) การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อย การเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด การต้องเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) เกิน 24 ชั่วโมง หรือร้ายแรงถึงขั้นทารกตายในครรภ์⁸⁻¹⁰ ผลกระทบวิกฤตเหล่านี้สร้างความกดดันทางจิตใจและก่อให้เกิดภาวะเครียดอย่างรุนแรงแก่หญิงตั้งครรภ์

ตามแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984)¹¹ ความเครียดเกิดจากกระบวนการรับรู้และประเมินทางสติปัญญาต่อสิ่งกระตุ้น โดยหึงตั้งครร์จะประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) ว่าการติดเชื่อซิฟิลิสเป็นภาวะคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพตนเองและทารกหรือไม่ หากประเมินว่าเป็นภาวะคุกคามก็จะเกิดความเครียดขึ้น จากนั้นจะทำการประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เพื่อพิจารณาว่าตนมีทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพียงพอในการจัดการกับความเครียดนั้นหรือไม่ หากพบว่าทรัพยากรไม่เพียงพอก็จะยิ่งเพิ่มระดับความเครียดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sanguanklin และคณะ¹² ที่พบว่าการรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ ($r = -.23, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบไม่เหมาะสม ($r = .35, p < .01$) ความเครียด หึงตั้งครร์จะพยายามหาทางเผชิญความเครียด แต่หากเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ก็อาจยังส่งผลเสียต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในครรภ์

ปัจจัยสำคัญที่มีบทบาทเป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดการความเครียดคือ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งช่วยลดระดับผลกระทบและความรุนแรงของสถานการณ์คุกคาม¹¹ หึงตั้งครร์ที่ติดเชื่อซิฟิลิสจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bedaso และคณะ พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตระหว่างตั้งครร์ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดความเครียดและเป็นกลไกช่วยให้หึงตั้งครร์จัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ ขณะเดียวกัน การรับรู้ภาวะเสี่ยง

(Perceived risk) ซึ่งเป็นปัจจัยบุคคลเกี่ยวกับการประเมินอันตรายของสถานการณ์ หากหึงตั้งครร์มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อซิฟิลิสอย่างถูกต้องและเพียงพอ จะกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและนำไปสู่การเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยการเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ แบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping) และแบบมุ่งแก้ไขที่อารมณ์ (Emotion-focused coping)¹¹

จากเหตุผลดังกล่าว การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียด การรับรู้ภาวะเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการเผชิญความเครียดของหึงตั้งครร์ที่ติดเชื่อซิฟิลิส จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนส่งเสริมการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และพัฒนาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียด การรับรู้ภาวะเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดของหึงตั้งครร์ที่ติดเชื่อซิฟิลิส
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของหึงตั้งครร์ที่ติดเชื่อซิฟิลิส

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเครียด การรับรู้ภาวะเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม ต่อการเผชิญความเครียด ของสตรีตั้งครร์ที่ติดเชื่อซิฟิลิส ที่เข้าบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive

sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสก่อนการตั้งครรภ์
- 2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 3) ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยในการฟัง พูด อ่าน เขียน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*power3.1 คำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบ Chi-square โดยค่า Effect size 0.3 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอในการวิเคราะห์ เนื่องจากข้อมูลอาจมีการสูญหายจึงเพิ่มขนาด outliers กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมทั้งหมด 110 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และอาชีพ 2) ข้อมูลภาวะสุขภาพและการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระยะของการติดเชื้อซิฟิลิส การรักษาที่ได้รับ อายุครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อซิฟิลิส โรคประจำตัวและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในขณะตั้งครรภ์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความคิดต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมา (Perceived stress scale-10: PSS-10) ของ Cohen, Kamarck, and Mermelstein¹⁴ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran and Wongpakaran¹⁵ จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) อารมณ์เครียด (6 ข้อ) และ 2) การควบคุม (4 ข้อ) ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (0-4) ได้แก่ ไม่มีเลย จนถึง บ่อยมาก คะแนนรวมเท่ากับ 0-40 เกณฑ์การแปลผลคะแนนมี 3 ระดับ คือ คะแนน 0-13.33 หมายถึงระดับต่ำ คะแนน 13.34-26.66 หมายถึงระดับปานกลาง และคะแนน 26.67-40 หมายถึงระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิส เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของการติดเชื้อซิฟิลิสต่อสุขภาพของตนเองและบุตร ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (1-5) ได้แก่ ไม่เห็นด้วย จนถึง เห็นด้วยมากที่สุด มีคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 15-50 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์มาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ¹⁶ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ (1-5) ด้านบทบาทหน้าที่ จำนวน 3 ข้อ (6-8) ด้านข้อมูล จำนวน 3 ข้อ (9-11) และด้านสิ่งของ จำนวน 4 ข้อ (12-15) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ (1-4) ได้แก่ ไม่จริงเลย จนถึง เป็นจริงมากที่สุด มีคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 15-60

คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื่อซิฟิลิสรับรู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียด โดยใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของปณิธาปริชากรกนกกุล และคณะ¹⁷ โดยวัดการเผชิญความเครียด 2 รูปแบบ ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ด้วยอารมณ์มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคย ใช้วิธีการนั้นเลย จนถึง ใช้วิธีนั้นเป็นประจำ คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 25-100 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ใช้การเผชิญความเครียดมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลแม่และเด็กจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ อาจารย์พยาบาลและสูตินรีแพทย์ และหาความเที่ยงโดยใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้ความเครียด แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิส แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการเผชิญความเครียด เท่ากับ .73, .92, .84 และ .81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2569 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าคลินิก

ฝากครรภ์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่คลินิกฝากครรภ์ เพื่อแนะนำตัว พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยอย่างอิสระในสถานที่ที่เตรียมไว้ พร้อมทั้งนำแบบสอบถามมาคืนให้กับผู้วิจัยภายหลังตอบแบบสอบถามเสร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดความเครียด แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการเผชิญความเครียด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับของสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึง

วัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 23.87 ปี (SD = 4.30, range 18-39) สถานภาพสมรส อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน มากที่สุด (ร้อยละ 54.55) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 50.91) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 41.82) รับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 31.82) ได้รับความช่วยเหลือในขณะตั้งครรภ์จากสามี (ร้อยละ 75.45)

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพและการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก (ร้อยละ 53.64) ส่วนมากอายุครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 1 (ร้อยละ 45.45) รองลงมาคือ ไตรมาสที่ 2 (42.72) ระยะของการติดเชื้อซิฟิลิสพบมากที่สุดคือ ระยะแฝง (latent syphilis) (ร้อยละ 90.91) รองลงมาคือ ระยะที่ 1 (Primary syphilis) (ร้อยละ 13.64) ได้รับการรักษาด้วย Benzathine (ร้อยละ 90.91) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว/ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (ร้อยละ 90)

3. ข้อมูลการเผชิญความเครียดและปัจจัยที่ศึกษา พบว่า การรับรู้ความเครียด การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิส และการเผชิญความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง (M = 18.72, SD = 4.42, M = 24.64, SD = 8.09, M = 64.78, SD = 12.04 ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนทาง

สังคม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (M = 49.98, SD = 8.12)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียด การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิส การสนับสนุนทางสังคม ต่อการเผชิญความเครียด พบว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม ($r = -.28, p < .001$) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด ($r = .28, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด ($r = .47, p < .001$) ส่วนการรับรู้ความเครียดสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม ($r = -.47, p < .001$)

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาการรับรู้ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (M = 18.72, SD = 4.42) สอดคล้องกับการศึกษาของ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล¹⁸ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.3 มีความเครียดระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 33.5 และระดับรุนแรง ร้อยละ 6.0 นอกจากนี้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์เป็นสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ รวมถึงความกังวลเกี่ยวกับการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารก ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ การรักษา ตลอดจนการติดตามคู่สมรสให้เข้ารับการตรวจและรักษา เมื่อหญิงตั้งครรภ์ประเมินว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นภาวะคุกคาม จึงส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสการรับรู้ว่าตนเองติด

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การกลั่นแกล้ง การตีตรา ความอับอาย และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ ล้วนเป็นภาระทางจิตสังคมที่อาจส่งผลต่อระดับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์¹⁹ นอกจากนี้ ลักษณะ ออดินาร์ด พบว่า การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์รวมถึงช่วยส่งเสริมการปรับตัวและการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว อาจช่วยให้ความเครียดไม่อยู่ในระดับสูง²⁰

2. ผลการศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิสของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 24.64$, $SD = 8.09$) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสได้รับรู้ถึงผลกระทบของโรคทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก การเกิดซิฟิลิสแต่กำเนิด การคลอดก่อนกำหนด ทารก น้ำหนักแรกเกิด น้อย ตลอดจน ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่อาจเกิดขึ้นกับทารก ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการประเมินความรุนแรงและโอกาสเกิดผลกระทบจากโรค อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษา โดยได้รับการรักษาด้วย Benzathine ร้อยละ 90.91 จึงอาจทำให้การรับรู้ภาวะเสี่ยงไม่ได้อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Sousa และคณะ พบว่าร้อยละ 45.5 มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการแพร่เชื้อซิฟิลิสในระดับปานกลาง ผู้ที่มีความรู้ในระดับปานกลางและเพียงพอมีทัศนคติต่อการป้องกันและการแพร่เชื้อที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹

3. ผลการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 49.98$, $SD = 8.12$) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด โดยผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือในขณะตั้งครรภ์จากสามี ร้อย

ละ 75.45 แสดงให้เห็นว่าสามีเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ทั้งด้านอารมณ์ การให้ข้อมูล การช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนการสนับสนุนให้เข้ารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง การได้รับการสนับสนุนดังกล่าวช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าคุณเองไม่ได้เผชิญกับปัญหาเพียงลำพัง และมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถนำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด นอกจากนี้การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกสามารถช่วยลดความวิตกกังวล และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวต่อภาวะการติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม²⁰

4. ผลการศึกษาการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส พบว่า การเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 64.78$, $SD = 12.04$) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิส จะต้องปรับตัวต่อสถานการณ์หลายด้าน ทั้งการยอมรับภาวะเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษา การดูแลสุขภาพของตนเอง การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารก รวมถึงการจัดการกับความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดขึ้น จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันตามการประเมินสถานการณ์และแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ ซึ่ง Guardino และคณะ พบว่าการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง และทักษะการเผชิญความเครียดที่ไม่ดี มีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางจิตใจและสุขภาพบางประการ²² แนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (problem-focused coping) และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ (emotion-focused coping) โดยบุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดตามลักษณะของสถานการณ์และทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่¹¹

5. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความเครียดกับการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส พบว่า การรับรู้ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.28, p < .001$) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเมื่อหญิงตั้งครรภ์รับรู้ ว่าสถานการณ์การติดเชื้อซิฟิลิสเป็นภาวะที่คุกคาม และก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง อาจส่งผลต่อ ความสามารถในการประเมินสถานการณ์ การตัดสินใจ และการเลือกใช้วิธีการจัดการกับปัญหา ทำให้การเผชิญความเครียดลดลง ในทางตรงกันข้าม หากสามารถควบคุมหรือจัดการความเครียดได้ จะช่วยให้บุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาได้ อย่างเหมาะสมมากขึ้น ซึ่ง Lau Y และคณะ พบว่า การรับรู้ความเครียดในลักษณะบวกและลบมี อิทธิพลต่อรูปแบบการเผชิญความเครียดในทิศทาง ที่แตกต่างกัน และการรับรู้ความเครียดสามารถ ทำนายความแตกต่างของรูปแบบการเผชิญ ความเครียดได้²³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanguanklin และคณะ ซึ่งศึกษาหญิงตั้งครรภ์ 128 คน พบว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ กับการเผชิญความเครียดในหลายรูปแบบ โดยการรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการ เผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด แบบไม่เหมาะสม ขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์กับ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา¹² ดังนั้น การรับรู้ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้จึงอาจ มีความสัมพันธ์กับวิธีการที่บุคคลเลือกใช้ในการ เผชิญและปรับตัวต่อสถานการณ์ ผลการศึกษาของ Zhang และคณะสนับสนุนว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติด เชื้อซิฟิลิสมีประเด็นด้าน stigma และการสนับสนุน ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของการติดเชื้อ ซึ่งเป็นบริบทสำคัญต่อการปรับตัวทางจิต สังคมของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้¹⁹

6. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิสกับการเผชิญ ความเครียด พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติด

เชื้อซิฟิลิสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญ ความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26, p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ เกี่ยวกับความเสี่ยงและผลกระทบของการติดเชื้อ ซิฟิลิสต่อตนเองและทารกมากขึ้น จะทำให้เกิด ความตระหนักต่อปัญหาและเห็นความสำคัญของ การดูแลตนเอง การเข้ารับการรักษา และการ ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ ส่งผลให้ เกิดการแสวงหาวิธีการจัดการกับสถานการณ์และ เลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดมากขึ้น ซึ่ง สอดคล้องกับ Maharramova และคณะพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับระดับความเครียด เฉพาะการตั้งครรภ์ เมื่อการรับรู้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ระดับความเครียดก็เพิ่มขึ้นด้วย²⁴ แนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่อธิบายว่า การ ประเมินสถานการณ์เป็นขั้นตอนสำคัญของ กระบวนการเผชิญความเครียด เมื่อบุคคลรับรู้ ว่าสถานการณ์มีความสำคัญหรือมีความเสี่ยงต่อ ตนเอง จะนำไปสู่การประเมินทรัพยากรและเลือก วิธีการจัดการกับสถานการณ์นั้น ดังนั้น การให้ ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับโรคซิฟิลิสจึงมี ความสำคัญต่อการส่งเสริมการเผชิญความเครียด ของหญิงตั้งครรภ์

7. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียดของ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส พบว่า การสนับสนุน ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญ ความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .001$) และเป็นปัจจัยที่มีขนาดความสัมพันธ์กับ การเผชิญความเครียดสูงที่สุดในตัวแปรที่ศึกษา ที่ เป็นเช่นนี้เนื่องจากการได้รับความช่วยเหลือจาก สามี ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูล การดูแล และทรัพยากรต่าง ๆ ทำให้หญิง ตั้งครรภ์รู้สึกว่าได้ตนเองมีบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความมั่นใจใน การจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อซิฟิลิส นอกจากนี้ แรงสนับสนุนจากครอบครัวทำให้

ปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์อย่างถูกต้อง รวมทั้งการให้ความรู้และคำปรึกษาช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคต่อตนเอง²⁰ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญต่อการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส สอดคล้องกับ Zhang และคณะ ซึ่งศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสจำนวน 355 ราย พบว่าร้อยละ 19.83 มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสจึงอาจได้รับอิทธิพลจากทั้งครอบครัว คู่สมรส บุคลากรสุขภาพ และการรับรู้การตีตราจากสังคม¹⁹ การจัดบริการพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การให้คำปรึกษา และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคู่สมรสและครอบครัว เพื่อเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมและส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิสอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งส่งเสริมให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ เพื่อช่วยให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของสามีหรือครอบครัว รวมทั้งศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด และติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชนากานต์ เกิดกลิ่นหอม.(2563). คู่มือการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิส. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค.(2565). รายงานประจำปี 2565 กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรมอนามัย; 2565.
3. ลดาพร วงษ์กัณหา.(2565). แนวโน้มของการติดเชื้อซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565; 7(1): 84-8.
4. รานี เมฆะสุวรรณดิ ปรีชา มณฑานติกุล จุฑามณี สุทธิสีสังข์ และคณะ.(2550). ตำราเภสัชบำบัด. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง; 2550.
5. Schlueter A, Doshi U, Garg B, Hersh AR, Caughey AB.(2022). Adverse pregnancy outcomes associated with maternal syphilis infection. J Matern Fetal Neonatal Med. 2022;35(25):5828-33. doi:10.1080/14767058.2021.1895740
6. หงสาวดี โยธาพิทย นันทนา ธนาโนวรรณ ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และคณะ.(2562). ปัจจัยทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2562; 11(2): 35-48.
7. Eppes CS, Stafford I, Rac M.(2022). Syphilis in pregnancy: an ongoing public health threat. Am J Obstet Gynecol. 2022;227(6):822-38. doi:10.1016/j.ajog.2022.07.041.

8. Gulersen M, Lenchner E, Eliner Y, Grunebaum A, Johnson L, Chervenak FA, et al.(2023). Risk factors and adverse outcomes associated with syphilis infection during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2023;5(6):100957. doi:10.1016/j.ajogmf.2023.100957.
9. sai S, Sun MY, Kuller JA, Rhee EHJ, Dotters-Katz S.(2019). Syphilis in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2019;74(9):557-64. doi:10.1097/OGX.0000000000000713.
10. ชาญฤทธิ์ พงศ์พัฒน์วุฒิ.(2564). ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ในมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิส ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารกรมการแพทย์* 2564; 46(4): 59-66.
11. Lazarus RS, Folkman S.(1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
12. Sanguanklin N, Buaboon N, Nirattharadorn M, Kamolwarin S, Poonlert H, Baimonta L.(2024). Relationships between perceived prenatal stress, coping strategies, and pregnancy outcomes. *J Police Nurs Health Sci*. 2024;16(2):363-75.
13. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D.(2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2021;18(1):162. doi:10.1186/s12978-021-01209-5.
14. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R.(1983). A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-96.
15. Wongpakaran N, Wongpakaran T.(2010). The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSoc Med*. 2010;4:6. doi:10.1186/1751-0759-4-6
16. ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, พริยา ศุภศรี, วรณทนา ศุภสีมานนท์, นารีรัตน์ บุญเนตร, ชรริน ขวัญเนตร. (2560). แบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 2560;4(1):28-46.
17. ปณิตา ปรีชากรกนกกุล, สมพร วัฒนกุลเกียรติ, วิลาวรรณ พันธุ์ฤกษ์.(2555). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเขตอุตสาหกรรมสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2555;35(2):53-61
18. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ดวงพร แสงสุวรรณ, ณัฐรากุล บึงมุ่ม, สุภาพักตร์ หาญกล้า.(2566). ความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2566;46(4):8-21.
19. Zhang X, Wang X, Wang H, He X, Wang X.(2022). Stigmatization and social support of pregnant women with HIV or syphilis in eastern China: a mixed-method study. *Front Public Health*. 2022;10:764203. doi:10.3389/fpubh.2022.764203
20. ลักษณะ ออดินาร์ด .(2566). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*. 2566;5(2):e266336
21. Sousa LC, Dias ALV, Borges BVS, Lira JAC, Rodrigues AFA, Medeiros GG, et al.(2026). Knowledge and attitudes of pregnant women about prevention and transmission of syphilis. *Revista Contexto & Saúde*. 2026;26(51):e16254. doi:10.21527/2176-7114.2026.51.16254.
22. Guardino CM, Dunkel Schetter C.(2014). Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health Psychol Rev*. 2014;8(1):70-94. doi:10.1080/17437199.2012.752659
23. Lau Y, Tha PH, Wong DFK, Wang Y, Wang Y, Yobas P.(2016). Different perceptions of stress, coping styles, and general well-being among pregnant Chinese women: a structural equation modeling approach. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(1):71-8. doi:10.1007/s00737-015-0523-2.
24. Maharramova A, Gur EY.(2024). The pregnant women's perception of risks and pregnancy stress levels: a cross-sectional study from Turkey. *Rev Assoc Med Bras*. 2024;70(6):e20231270. doi:10.1590/1806-9282.20231270.