

การประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในสตรีที่ติดเชื้อซิฟิลิสในระยะตั้งครรภ์: กรณีศึกษา

Utilization of continuity of care for women with syphilis during pregnancy: a case study

มานิตรา เม่นสิน^{1*}Manitra Mensin^{1*}นันทนา ธนาโนวรรณ²Nanthana Thananowan²¹คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์¹Kuakarun Faculty of Nursing,

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Navamindradhiraj University

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล²Faculty of Nursing, Mahidol University

*Corresponding author e-mail: manitra@nmu.ac.th

DOI: 10.14456/taj.2026.5

Received: July 7, 2025 Revised: November 5, 2025 Accepted: November 11, 2025

บทคัดย่อ

อุบัติการณ์การติดเชื้อซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2565 และส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เป็นอย่างมากโดยเฉพาะโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด การดูแลอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอหลักการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านสัมพันธภาพ (2) ด้านข้อมูล และ (3) ด้านการจัดการ ตามลำดับ พร้อมทั้งนำเสนอรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง 5 รูปแบบ (ได้แก่ แบบรายบุคคล แบบทีม แบบกลุ่ม แบบทีมสหวิชาชีพ และแบบเทคโนโลยีดิจิทัล) สำหรับหลักการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้น พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ นอกจากจะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่มาฝากครรภ์ครั้งแรกแล้ว ยังต้องสร้างความวางใจ มีความสม่ำเสมอในการให้พยาบาลเพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีประสบการณ์ที่ดีตลอดการตั้งครรภ์และลดผลกระทบต่อสุขภาพหลังประเมนสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องแล้ว พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรรวบรวมข้อมูลทั้งหมดไปบริหารจัดการร่วมกับทีมผู้ดูแล และติดตามผลลัพธ์ของการดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับบทความนี้ ผู้เขียนประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์โดยยกตัวอย่างกรณีศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสและรูปแบบทีมสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในอนาคต

Abstract

The incidence of syphilis among pregnant women has increased worldwide during 2016-2022, leading to significant adverse outcome for both mothers and fetuses, particularly congenital syphilis. Continuity of care is therefore essential in mitigating these impacts. This article aims to present the principles of continuity of care, which consist of three dimensions: (1) relationship continuity, (2) informational continuity, and (3) management continuity. In addition, five models of continuity of care are described, including caseload midwifery, team midwifery, group midwifery, multidisciplinary team-based care, and digitally supported care. In applying the principles of continuity of care, the primary midwife establishes a trusting relationship

from the first antenatal visit, ensures consistency in care provision, and promotes positive pregnancy experiences while minimizing adverse outcomes. Following comprehensive assessment of health status and related risk factors, the midwife integrates relevant information, coordinates care with the multidisciplinary team, and monitors care outcomes. This article demonstrates the application of continuity of care during pregnancy through a case study of a pregnant woman diagnosed with syphilis, highlighting the role of a multidisciplinary team model in strengthening midwifery practice in the future.

คำสำคัญ

การดูแลอย่างต่อเนื่อง; พยาบาลผดุงครรภ์; โรคซิฟิลิส; โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; สตรีตั้งครรภ์

Keywords

continuity of care; nurse midwives; syphilis; sexually transmitted infections; pregnant women

บทนำ

โรคซิฟิลิสจัดเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกเปิดเผยว่าการติดเชื้อซิฟิลิสมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2565 โดยเฉพาะสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี พบอุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสเพิ่มขึ้น 1.3 เท่า⁽¹⁾ ส่วนประเทศที่อยู่ในแถบทวีปอเมริกาพบอัตราการติดเชื้อดังกล่าวในสตรีตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 2 เท่า และพบอุบัติการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเพิ่มขึ้น 4.98 รายต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคสำรวจข้อมูลการติดเชื้อซิฟิลิสในปี พ.ศ. 2558-2562 พบสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มขึ้น 4.4 เท่า โดยผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี^(3,4) จากการศึกษาที่ผ่านมา⁽³⁾ พบความชุกของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.03 ของจำนวนผู้ที่ติดเชื้อซิฟิลิสทั้งหมด โดยเรียงความชุกของการติดเชื้อตามกลุ่มอายุ ได้แก่ อายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 1.8) อายุ 20-35 ปี (ร้อยละ 0.4) และอายุมากกว่า 35 ปี (ร้อยละ 0.2) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า สตรีวัยรุ่นจัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามพบว่า สตรีวัยรุ่นที่ติดเชื้อซิฟิลิสส่วนใหญ่มักจะขาดความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบกับระบบภูมิคุ้มกันร่างกายที่ยังทำงานไม่เต็มที่ จึงทำให้ติดเชื้อได้ง่าย⁽⁵⁾ เมื่อสตรีกลุ่มนี้ตั้งครรภ์ก็อาจมาฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่มาฝากครรภ์ เชื้อแบคทีเรีย

ที่เป็นสาเหตุของโรคที่เรียกว่า *Treponema pallidum* จะผ่านรกเข้าไปจนก่อให้เกิดพยาธิสภาพและทำให้ทารกในครรภ์มีโอกาสเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดได้ โดยเฉพาะหลังจากอายุครรภ์ 18 สัปดาห์เป็นต้นไป⁽⁶⁾ ซึ่งการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์นั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น ภาวะแท้ง คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ทารกบวมน้ำ และทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือตายคลอด^(6,7) ปัจจุบันอุบัติการณ์ของการติดเชื้อซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทวีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากค่านิยมเรื่องเพศในสังคมที่เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ผูกมัด (one night stand) การมีความสัมพันธ์ทางเพศกับเพื่อน (friends with benefits) และการมีคู่นอนหลายคน (multiple partners)^(3,5,8) ปัจจัยเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ตลอดจนผลกระทบทางอ้อมต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจอีกด้วย

โรคซิฟิลิสแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 (primary syphilis) ระยะที่ 2 (secondary syphilis) จากนั้นจะเข้าสู่ระยะแฝง (latent syphilis) โดยร่างกายจะไม่แสดงอาการใดๆ ที่บ่งบอกว่ามี การติดเชื้อ และอาจใช้เวลานานหลายปีจนกว่าจะเข้าสู่ระยะที่ 3 (tertiary syphilis) เชื้อซิฟิลิสจะไปทำลายอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะที่ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด และทำให้เสียชีวิตได้^(6,9) หากสตรีตั้งครรภ์เป็นโรคซิฟิลิสสามารถแพร่เชื้อไปสู่ทารกในครรภ์ได้ ถ้าไม่ได้รับ

การรักษาอาจทำให้ทารกในครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส และเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)^(6,7) ประเทศไทยมีการดำเนินงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดภายใต้ นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามัยการเจริญพันธุ์ แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) โดยให้ความรู้ เรื่องโรคซิฟิลิสแก่ประชาชนทั่วไปและสตรีตั้งครรภ์ ส่งเสริมให้มีการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์ทุกรายต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกและตรวจซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์⁽¹⁰⁾ ปัจจุบันนิยมใช้วิธีตรวจแบบย้อนกลับ (reverse sequence) ซึ่งวินิจฉัยการติดเชื้อได้อย่างแม่นยำ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการรักษาที่รวดเร็วยิ่งขึ้น ขั้นตอน การตรวจเริ่มจากการตรวจแอนติบอดีที่จำเพาะต่อเชื้อ ซิฟิลิส (treponemal test) เช่น การตรวจโดยใช้หลักการ enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA), chemiluminescent assay หากผลเป็นบวก (reactive) แสดงว่าอาจมีการติดเชื้อซิฟิลิส จากนั้นจึงตรวจ แอนติบอดีที่ไม่จำเพาะต่อเชื้อ (non-treponemal test) เช่น venereal disease research laboratory (VDRL), rapid plasma reagin test (RPR) ซึ่งรายงานผลเป็น titer ที่แสดงปฏิกิริยาของการติดเชื้อ เช่น 1:8, 1:16 หรือ 1:32 เป็นต้น⁽¹⁰⁾ หากพบปริมาณ titer สูง แสดงว่ามีโอกาส ที่เชื้อจะแพร่กระจายไปสู่ทารกในครรภ์เพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Pascoal และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มี titer \geq 1:8 ทารก มีความเสี่ยงต่อโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเพิ่มขึ้น 11 เท่า ในขณะที่ titer \geq 1:32 ทารกจะยิ่งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น เป็น 38 เท่า การติดเชื้อซิฟิลิสสามารถรักษาให้หายได้ ด้วยยา benzathine penicillin G ขนาด 2.4 ล้านยูนิต^(6,8)

องค์การอนามัยโลกระบุให้มีการดูแลเรื่องสุขภาพ เพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตในสตรีตั้ง ครรภ์และทารกตามเป้าหมายของ Sustainable Development Goals (SDGs)⁽²⁾ การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ ควรเริ่มตั้งแต่หน่วยฝากครรภ์ เพราะเป็นจุดเริ่มต้นของการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการวินิจฉัย ป้องกัน ส่งเสริม

และให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ทุกคนมีประสบการณ์ที่ดี ในการตั้งครรภ์ให้มากที่สุด⁽¹²⁾ จากอุบัติการณ์ของ โรคซิฟิลิสที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในพื้นที่ผู้เขียน แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล^(5,13,14) เช่น อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ (2) ปัจจัยการ ตั้งครรภ์^(8,13) เช่น จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้ง ของการฝากครรภ์ ประวัติการแท้ง และประวัติทารก เสียชีวิตในครรภ์ (3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม^(5,8,13) เช่น การใช้สารเสพติดของสตรีตั้งครรภ์หรือคู่สมรส อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน การใช้ถุงยางอนามัย ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรีตั้งครรภ์ หรือคู่สมรส ความรู้เรื่องโรคซิฟิลิส และ (4) ปัจจัยด้าน จิตสังคม⁽⁵⁾ เช่น การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส
2. ด้านบุคลากรทางการแพทย์^(15,16) ได้แก่ การขาดความรู้ และประสบการณ์ มีข้อจำกัดด้านเวลา ไม่กล้าคุย เรื่องละเอียดอ่อน และไม่เข้าใจปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์
3. ด้านสถานพยาบาลและนโยบายของหน่วยงาน⁽¹⁴⁾ ได้แก่ สถานที่ให้บริการไม่เอื้ออำนวย เช่น ไม่มีห้องตรวจ ครรภ์สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น นโยบายของหน่วยงาน หรือภาครัฐที่ไม่สนับสนุนบุคลากรในการฝึกอบรม เฉพาะด้าน เป็นต้น

ดังนั้น บทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ ในการคัดกรอง ฝ้าระวัง และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง แก่สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสจึงเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วน เพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสและผลกระทบทั้งทางตรง และทางอ้อม รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ให้มากที่สุด

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอหลักการดูแล อย่างต่อเนื่อง (continuity of care) พร้อมทั้งอธิบาย รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องที่นิยมใช้ในประเทศไทย ซึ่งมี 5 รูปแบบ จากนั้นจะเป็นการยกตัวอย่างกรณีศึกษา ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ติดเชื้อซิฟิลิสพร้อมทั้งวิเคราะห์

ข้อมูลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยและจดบันทึก สุดท้ายเป็นการประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการดูแลขณะตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม

หลักการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ควรเป็นพยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้คนเดิมหรือทีมเดิม เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด เริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพจนเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยเน้นสตรีตั้งครรภ์เป็นศูนย์กลาง เกิดเป็นความร่วมมือกันระหว่างสตรีตั้งครรภ์และพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน^(17,18) ดังนี้

1) ความต่อเนื่องด้านสัมพันธภาพ (relationship continuity) เป็นการพบกันอย่างสม่ำเสมอระหว่างสตรีตั้งครรภ์และพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกคุ้นเคย เป็นกันเอง และกล้าที่จะบอกเล่าปัญหาต่างๆ

2) ความต่อเนื่องด้านข้อมูล (informational continuity) เป็นการรวบรวมและบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกด้าน โดยการซักประวัติทางสุขภาพ และรวบรวมข้อมูลมาวางแผนในการติดตามดูแลขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้ ควรมีการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจนระหว่างทีมผู้ดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากต้องสอบถามข้อมูลเดิมซ้ำๆ อาจทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความคับข้องใจและสับสนจนไม่สามารถตัดสินใจว่าควรทำตามคำแนะนำอย่างไร

3) ความต่อเนื่องด้านการจัดการ (management continuity) เป็นการบริหารจัดการข้อมูลให้สอดคล้องกับบริบทของสตรีตั้งครรภ์แต่ละราย หากการจัดการไม่มีความต่อเนื่อง อาจส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกว่าไม่ได้รับการตอบสนองปัญหาและไม่ไว้วางใจพยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้หรือทีมผู้ดูแล

รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและเป็นที่ยอมรับทั้งหมด 5 รูปแบบ⁽¹⁷⁾ ดังนี้

1) แบบรายบุคคล (caseload midwifery) รูปแบบนี้สตรีตั้งครรภ์ 1 ราย จะมีพยาบาลผดุงครรภ์ 1-3 ราย เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ เหมาะสำหรับการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองให้แก่สตรีตั้งครรภ์

ในรายปกติและรายที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยมองภาวะแทรกซ้อนเป็นความท้าทายเพื่อทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง จากการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁹⁾ พบว่าการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบรายบุคคลช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่หลังการตั้งครรภ์ 20 สัปดาห์ รวมทั้งลดการฉีกขาดของแผลฝีเย็บในระดับ 3-4 จากการคลอดได้

2) แบบทีม (team midwifery) รูปแบบนี้สตรีตั้งครรภ์แต่ละรายจะมีทีมพยาบาลผดุงครรภ์ 5-6 ราย เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ สตรีตั้งครรภ์จะรู้จัก คู่んเคย และไว้วางใจทีมที่ทำหน้าที่ดูแลระหว่างการฝากครรภ์ การคลอดบุตร และภายหลังคลอด⁽²⁰⁾ โดยพยาบาลผดุงครรภ์คนหนึ่งในทีมจะเป็นผู้เชี่ยวชาญหลักที่รับผิดชอบในการประสานงานกับสตรีตั้งครรภ์ บางทีมมีการจัดพยาบาลผดุงครรภ์ 6 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มละ 2-3 ราย เพื่อให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพจากการศึกษาที่ผ่านมา⁽²¹⁾ พบว่าการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบทีมช่วยลดอัตราการระงับปวดบริเวณไขสันหลังขณะคลอดได้ดีกว่าการดูแลแบบปกติ

3) แบบกลุ่ม (midwifery group) รูปแบบนี้สนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์แต่ละรายรู้จักกันโดยแบ่งปันประสบการณ์ อภิปราย แลกเปลี่ยนข้อมูล เรียนรู้ และพัฒนาความสัมพันธ์กับสตรีตั้งครรภ์คนอื่นๆ จนเกิดเป็นเครือข่ายของสตรีตั้งครรภ์ เหมาะสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่มีภาวะเสี่ยงสูงใดๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความคาดหวังด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ด้วย โดยพบว่า การดูแลอย่างต่อเนื่องแบบกลุ่มในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเครียดช่วยลดความเสียหายของการพัฒนาการที่ล่าช้าในทารกแรกเกิดได้มากกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลแบบปกติ⁽²²⁾

4) แบบทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team in midwifery) รูปแบบนี้ผู้ดูแลหลักควรเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ที่สตรีตั้งครรภ์รู้จักคุ้นเคย ไว้วางใจ และมีการทำงานร่วมกันระหว่างสตรีตั้งครรภ์ ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ (เช่น สูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลทารกแรกเกิด พยาบาลอนามัยชุมชน นักสังคมสงเคราะห์

นักจิตวิทยา และนักโภชนาการ เป็นต้น) เหมาะสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ในที่นี้ถือว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษารูปแบบการดูแลดังกล่าว⁽²³⁾ จึงควรมีการศึกษาวัยรุ่นในอนาคต

5) แบบเทคโนโลยีดิจิทัล (digital technology in midwifery) ผู้ดูแลจะเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ที่สตรีตั้งครรภ์รู้จักคุ้นเคยและไว้วางใจเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ทั้งสองฝ่ายควรมีความรู้ ความเข้าใจ ข้อมูลออนไลน์และตัดสินใจร่วมกัน เพื่อส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง⁽²⁴⁾

กรณีศึกษา

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 19 ปี จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้ อาศัยอยู่กับสามี (คนที่ 2) สามีอายุ 21 ปี จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ 15,000 บาทต่อเดือน อาศัยอยู่บ้านเช่าชั้นเดียว บริเวณโดยรอบเป็นชุมชนแออัด จากการสอบถามพบว่า สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ เนื่องจากไม่ได้คุมกำเนิด จากข้อมูลดังกล่าว พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ได้ประเมินและซักถามความรู้สึกของการมาฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ยอมรับการตั้งครรภ์และปรับตัวกับบทบาทมารดา ขณะพูดคุยพบว่า สตรีตั้งครรภ์มีสีหน้าวิตกกังวล นิ่งเงียบ และหลบตา เนื่องจากมีความเครียดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ พยาบาลผดุงครรภ์จึงรับฟังอย่างตั้งใจ แสดงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้บอกเล่าปัญหา และสอบถามเพิ่มเติม เช่น “พยาบาลสังเกตว่า คุณแม่ดูมีสีหน้ากังวล รู้สึกไม่สบายใจ มีอะไรที่อยากจะเล่าให้ฟังไหมคะ” สตรีตั้งครรภ์ปฏิเสธการให้ข้อมูล พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้พยักหน้า และให้เวลาแก่สตรีตั้งครรภ์ไม่กดดันที่จะซักถามข้อมูลต่อ แต่สร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลายและไว้วางใจต่อพยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ จากนั้นจึงเริ่มพูดคุย

ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ เน้นย้ำความสำคัญของการมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง

จากการตรวจร่างกายพบ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/76 มิลลิเมตรปรอท ลักษณะการเดินปกติ มีเยื่อぶตาไม่ซีด หัวนมปกติ ลานนมยัดหยุ่นดี ผลตรวจครรภ์พบขนาดหน้าท้องสัมพันธ์กับอายุครรภ์ ลักษณะกลมระดับยอดมดลูกสูง 1/4 เหนือสะดือ เสียงหัวใจทารก 148-152 ครั้งต่อนาที ผลเลือดพบ antibody-treponemal test (chemiluminescent immunoassay) reactive, RPR 1:128 แต่ยังไม่ได้พาสามีมาตรวจเลือดเนื่องจากไม่มีเงินค่าตรวจ พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ได้ประสานงานกับทีมแพทย์ที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อแจ้งผลเลือดให้ทราบ พิจารณาแนวทางการรักษา และประเมินความผิดปกติของทารกในครรภ์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ได้ซักประวัติเพิ่มเติม โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี มีคู่นอนทั้งหมด 5 คน คู่นอนเคยใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้งเพราะรู้สึกว่าเป็นธรรมชาติ จึงใช้วิธีการหลั่งนอกแทน ส่วนประวัติการใช้สารเสพติดพบว่า สตรีตั้งครรภ์เคยสูบบุหรี่วัน 5-6 มวนต่อวัน ต่อมแอลกอฮอล์และใช้กัญชาเวลาสังสรรค์กับเพื่อน ประมาณ 3-4 ครั้งต่อเดือน เป็นเวลา 2 ปี และเลิกใช้สารเสพติดเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ ส่วนสามีมักจะดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ใช้กัญชาและกระท่อมเป็นประจำ แพทย์วินิจฉัยเป็น teenage pregnancy with GA 26⁺⁵ weeks with latent syphilis วางแผนการรักษาโดยให้ยา benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ จำนวน 3 ครั้ง อัลตราซาวด์พบ GA 26⁺⁵ weeks, singleton fetus, estimated fetal weight 1,202 gm., FHR 140-152 bpm พบ right pleural effusion, cardiomegaly, ascites, posterior placenta พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ได้แนะนำความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อทารกในครรภ์ และเน้นความสำคัญ

ของการมาฉีดยาตามนัดทุกครั้ง รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ และให้พาสามีมาตรวจหาเชื้อซิฟิลิสในการมาฝากครรภ์ครั้งต่อไป

เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์รายนี้เป็นที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ไม่พร้อม และมีการติดเชื้อซิฟิลิส จึงทำการประเมินสภาพจิตใจ โดยคัดกรองความเครียด (ST-5) 3 คะแนน (มีความเครียดน้อย) โรคซึมเศร้า (9Q) 8 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย) อย่างไรก็ตาม จากการสอบถามพบว่าเคยได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสมาก่อน เมื่อสามีดื่มแอลกอฮอล์จะโดนทุบตีทำร้ายร่างกายทุกครั้ง ซึ่งถูกระงับมานาน 1 ปี ขณะตั้งครรภ์ถูกดูด่าทำร้ายจิตใจด้วยคำพูดที่รุนแรงมากขึ้น พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้จึงส่งต่อข้อมูลด้านความรุนแรงให้กับแพทย์เจ้าของไข้และผู้ดูแล เช่น จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อดำเนินการช่วยเหลือต่อไป

จากกรณีศึกษาจะเห็นได้ว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรายนี้มีปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ 19 ปี มีระดับการศึกษาต่ำ (จบประถมศึกษาชั้นปีที่ 6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ และไม่มีรายได้ ส่วนปัจจัยการตั้งครรภ์ มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า 26⁺ สัปดาห์ ปัจจัยด้านพฤติกรรม มีทั้งสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และเสกัญชาก่อนการตั้งครรภ์ (2 ปี) มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 15 ปี มีคู่นอน 5 คน และใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้ง ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่ามีความเครียดและอาการซึมเศร้าในระดับน้อย แต่เคยได้รับความรุนแรงจากสามีทั้งทางกายและทางจิตใจมาก่อน ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวอาจรุนแรงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้น⁽²⁵⁾

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยเสี่ยงข้างต้น สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรายนี้ควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากมีผู้ดูแลหลายคน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลผดุงครรภ์ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ผู้ดูแลแต่ละคนเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน และสามารถให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ติดเชื้อซิฟิลิส

ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังส่งต่อข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรายนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การมีพยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้คนเดิมหรือทีมเดิมมาทำหน้าที่พูดคุยเสมือนคนรู้จักคุ้นเคยและสร้างความไว้วางใจกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างสม่ำเสมอ ย่อมทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกล้าบอกเล่าเรื่องราวหรือปัญหาต่างๆ อย่างเปิดเผย ไม่ว่าจะเป็นประวัติทางเพศสัมพันธ์ การใช้ยาเสพติด หรือปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้น ซึ่งประวัติเหล่านี้ถือเป็นข้อมูลที่เป็นความลับ การเปิดเผยข้อมูลอาจทำให้รู้สึกอับอาย กลัว และไม่อยากเล่าให้ผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องหรือไม่รู้จกมาก่อน หากสตรีตั้งครรภ์ต้องถูกซักประวัติหลายครั้งอาจจะไม่เหมาะสม และทำให้เกิดความสับสนวิตกกังวล รวมทั้งไม่แน่ใจว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ดังนั้น การมีพยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้คนเดิมหรือทีมเดิมจึงทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความไว้วางใจและรู้สึกปลอดภัยที่จะพูดคุยปัญหาหรือระบายความรู้สึก จากกรณีศึกษาข้างต้น ผู้เขียนสรุปปัญหาได้ 4 ประเด็น คือ (1) มีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ (2) ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (3) มีภาวะซึมเศร้า และ (4) ขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. มีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์

1) ความต่อเนื่องด้านสัมพันธภาพ พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรสร้างสัมพันธภาพเมื่อแรกรับอย่างดี โดยการพูดคุยอย่างเป็นกันเองด้วยท่าทางที่สุภาพ ควรแนะนำตนเองและเรียกแทนตัวว่า “พี่..” และเรียกสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นว่า “น้อง...” เพื่อสร้างความคุ้นเคยไว้วางใจ ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกล้าที่จะบอกเล่าเรื่องราวของตนเอง สถานที่ที่ใช้ในการพูดคุยควรมีความเป็นส่วนตัวสูง เช่น ห้องสุขศึกษาหรือห้องให้คำปรึกษาก่อนการซักประวัติทุกครั้ง ควรขออนุญาตบันทึกข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกไม่สบายใจหรือปฏิเสธที่จะตอบคำถามจะต้องหยุดซักถามข้อมูลทันที และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก

2) ความต่อเนื่องด้านข้อมูล พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรซักประวัติต่างๆ เริ่มจากข้อมูลส่วนบุคคล

ประวัติการตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 26⁺ สัปดาห์ ทำให้ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสล่าช้า อีกทั้งข้อมูลด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะประวัติพฤติกรรม เช่น การใช้สารเสพติดทั้งของสตรีตั้งครรภ์และสามี อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน การใช้ถุงยางอนามัย อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรีตั้งครรภ์ คู่นอน และสามีคนปัจจุบัน ตลอดจนความรู้เรื่องโรคซิฟิลิส ส่วนข้อมูลด้านจิตสังคมนั้นถือว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคซิฟิลิส กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสมักจะมีภาวะซึมเศร้า และ/หรือได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสมาก่อน⁽⁵⁾

3) ความต่อเนื่องด้านการจัดการ การซักประวัติที่เป็นข้อมูลด้านเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจรู้สึกอาย ไม่กล้าตอบคำถาม บางคำถามอาจทำให้รู้สึกด้อยค่า หรือถูกตีตรา หากมีบุคคลที่สาม เช่น สามีหรือผู้ปกครอง อยู่ในห้องตรวจตัวก็อาจไม่กล้าเปิดเผยข้อมูล โดยเฉพาะประวัติความรุนแรง นอกจากนี้ควรมีแฟ้มเอกสารเฉพาะเพื่อบันทึกข้อมูลไว้สื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลด้วยกันเท่านั้น ทั้งนี้ข้อมูลทุกอย่างจะต้องเป็น “ความลับ” ห้ามมีการเผยแพร่หรือส่งต่อโดยไม่ได้รับอนุญาตจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ภายหลังจากการซักประวัติพยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรส่งต่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการตรวจคัดกรองหาซิฟิลิส และรอการแจ้งผลตรวจจากสูติแพทย์ พร้อมทั้งแนะนำให้พาคู่นอนมาตรวจคัดกรองหาเชื้อซิฟิลิสเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (กรณีคู่นอนยังไม่ติดเชื้อ) หรือป้องกันการติดเชื้อซ้ำ (กรณีคู่นอนติดเชื้อแล้ว)

2. ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

1) ความต่อเนื่องด้านสัมพันธภาพ พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรแสดงความเห็นใจด้วยท่าทางที่เป็นมิตร เพื่อไม่ให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้สึกผิด

หรือด้อยค่า และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก รับฟังคอยอยู่เป็นเพื่อนเสมือนเป็นบุคคลภายในครอบครัว หรือญาติพี่น้อง การแสดงสัมพันธภาพเช่นนี้จะทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึก ไวใจและมั่นใจในทีมผู้ดูแล

2) ความต่อเนื่องด้านข้อมูล พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นซักถามข้อมูลที่สงสัยเกี่ยวกับโรคซิฟิลิส พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพโรค การรักษา ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อทารกในครรภ์ โดยเฉพาะกรณีที่ตั้งครรภ์ไม่ได้รับการรักษา หรือมารักล้าล่าช้าอาจส่งผลให้ทารกเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด⁽⁶⁾ และควรประเมินซ้ำว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเข้าใจมากน้อยเพียงใด โดยกล่าวว่า “ผลเลือดที่แพทย์แจ้งให้ทราบ น้องเข้าใจอย่างไรคะ” “น้องทราบไหมคะว่า ผลเลือดที่ผิดปกติ จะส่งผลทำให้เกิดการแท้งคลอดก่อนกำหนด และทารกเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดได้”

3) ความต่อเนื่องด้านการจัดการ พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรประสานงานและส่งต่อข้อมูลให้กับสูติแพทย์ผู้ดูแลในทีมเพื่อหาแนวทางการดูแลรักษา เนื่องจากอัลตราซาวด์พบว่า ทารกมีความผิดปกติ โดยมีภาวะหัวใจโต มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านขวา และช่องท้อง แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติของทารกในครรภ์ที่อาจเกิดจากเชื้อซิฟิลิส อย่างไรก็ตาม เมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรับรู้พยาธิสภาพของโรค และผลกระทบ อาจเกิดความวิตกกังวล พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจว่า “โรคซิฟิลิสเป็นโรคที่มียารักษา การมาฉีดยาครบทุกครั้งสามารถหายขาดจากโรคได้” เพื่อเน้นให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการมารักษาตามนัด คือ การฉีดยา benzathine 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ จำนวน 3 ครั้ง (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 3 สัปดาห์) รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของยา นอกจากนี้ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและเป็นกำลังใจแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรมี

การส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลในทีมเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด และหลังคลอด เพื่อให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง

3. มีภาวะซึมเศร้า

1) ความต่อเนื่องด้านสัมพันธภาพ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีเศรษฐกิจต่ำ มีประวัติการใช้สารเสพติด และเคยได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสมาก่อน จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูง^(26,27) ในกรณีของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีปัญหาข้างต้นยอมจัดเป็นกลุ่มเปราะบาง พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรสร้างสัมพันธภาพโดยการเข้าถึงและเข้าใจและยึดสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง การพูดคุยควรเริ่มต้นด้วยคำว่า “พี่” เพื่อสร้างความเป็นกันเอง เต็มใจที่จะเข้ามาช่วยเหลือ และรับฟังปัญหาทุกอย่าง ไม่ใช่ “บุคลากรวิชาชีพ” ที่ต้องการซักประวัติเพื่อลงบันทึกในแฟ้มเอกสารเท่านั้น เมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรับรู้ถึงการสื่อสารที่จริงใจจากน้ำเสียง สีหน้า แววตา ลักษณะท่าทาง และคำพูดของพยาบาลผดุงครรภ์ จะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเปิดเผยข้อมูลที่สำคัญอย่างไรก็ตาม การพบกันอย่างต่อเนื่อง 2-3 ครั้งขึ้นไป จะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความรู้สึกไว้วางใจ และกล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนเองมากขึ้น

2) ความต่อเนื่องด้านข้อมูล จากประเมินสุขภาพจิตพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรายนี้มีความเครียดและมีอาการซึมเศร้าระดับน้อย พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรแจ้งผลให้สตรีตั้งครรภ์ทราบ และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกเพื่อร่วมกันวางแผนในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยมีการประเมินซ้ำทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ หากพบอาการรุนแรงขึ้นหรือสตรีตั้งครรภ์ต้องการความช่วยเหลือ พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรประสานงานและส่งต่อจิตแพทย์หรือนักสังคมสงเคราะห์ต่อไป

3) ความต่อเนื่องด้านการจัดการ จากข้อมูลข้างต้นเป็นการประเมินทางสุขภาพจิตด้วย ST-5, 2Q, 9Q โดยไม่มีการคัดกรองความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ในที่นี้ข้อมูลที่ได้จึงมาจากการสอบถามเท่านั้น ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมความรุนแรงทุกด้าน (ทางกาย เพศ จิตใจ) และไม่ทราบระยะเวลาที่ได้รับความรุนแรง ซึ่งอาจทำให้

เกิดผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้⁽²⁶⁾ ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรคัดกรองประวัติความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เช่น แบบคัดกรองความรุนแรง (abuse assessment screen, AAS)⁽²⁸⁾ ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกราย ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ และทุกไตรมาส พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงในแฟ้มประวัติเพื่อใช้ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยั้งตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด หากมีการเปลี่ยนแปลงควรส่งต่อทีมผู้ดูแล

4. ขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด

1) ความต่อเนื่องด้านสัมพันธภาพ แม้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่จะเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมหรือไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน⁽²⁹⁾ แต่การที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ แสดงให้เห็นว่ามีการยอมรับการตั้งครรภ์เกิดขึ้น⁽³⁰⁾ ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรสอบถามปัญหาโดยการพูดคุย ให้กำลังใจและกล่าวชื่นชมที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ และสามารถปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้บอกเล่าความตั้งใจในการมีบุตร และให้คำปรึกษาในการวางแผนคุมกำเนิด หากมีความวิตกกังวลใด ๆ เช่น วิธีการคุมกำเนิดและผลข้างเคียง ควรให้สตรีตั้งครรภ์ได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

2) ความต่อเนื่องด้านข้อมูล พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดจากการตั้งครรภ์วัยรุ่น วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม เช่น การฝังยาคุมกำเนิดระยะยาว 3-5 ปี ผลข้างเคียงและค่าใช้จ่าย จากกรณีศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและคู่นอนใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้งเพราะรู้สึกว่าเป็นธรรมชาติ และใช้วิธีการหลั่งนอกแทน ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นการคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพและอาจทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำได้ พยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนคุมกำเนิดตั้งแต่ในระยั้งตั้งครรภ์ให้มากที่สุด เนื่องจากจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดได้อย่าง

มีประสิทธิภาพ⁽³¹⁾

3) ความต่อเนื่องด้านการจัดการ พยาบาล ผดุงครรภ์เจ้าของไข้ควรบันทึกประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติประจำเดือนและการคุมกำเนิด ข้อมูลด้านเพศสัมพันธ์ และการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในแฟ้มประวัติเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะคลอดและหลังคลอดต่อไป สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรายนี้ ควรใช้วิธีการฝังยาคุมกำเนิดแบบ 3-5 ปี ร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากสามารถคุมกำเนิดได้ระยะยาวและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ดีที่สุด จากนั้นควรส่งเสริมให้มีการวางแผนครอบครัว และกลับไปศึกษาต่อ เพื่อสร้างอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ควรได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคม (เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส) โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานทุกครั้งที่มาฝากครรภ์และทุกไตรมาส
2. ทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องแก่สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ควรได้รับการฝึกอบรมความรู้เรื่องโรคซิฟิลิส การให้คำปรึกษา และอบรมจริยธรรมในการดูแลผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเปราะบาง
3. รูปแบบบริการทางสุขภาพควรปรับให้เหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส เช่น การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีช่องทางการติดต่อสื่อสารด้วยเครือข่ายเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ติดตามการรักษา และระบบแจ้งเตือนการมาฝากครรภ์

สรุป

สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสจัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจึงต้องการการดูแลที่แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป ดังนั้น “การดูแลอย่างต่อเนื่อง” โดยพยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้เพียงคนเดียวหรือทีมเดียว โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธ์ที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการรวบรวมข้อมูล

อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นเรื่องละเอียดอ่อน จะต้องกระทำอย่างรอบคอบ อีกทั้งควรมีการบริหารจัดการข้อมูลที่ดีเพื่อให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม บทความนี้เป็นการประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในสตรีที่ติดเชื้อซิฟิลิสในระยะตั้งครรภ์ ดังนั้น ควรมีการติดตามการติดเชื้อของทารกในระยะคลอดและหลังคลอดเพื่อติดตามผล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. STI: incident rate of active syphilis in 15-49 years old (per 1000) [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 10]. Available from: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/incident-rate-of-active-syphilis-\(per-1000\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/incident-rate-of-active-syphilis-(per-1000))
2. World Health Organization. Guidance for the elimination of syphilis and congenital syphilis in the Americas [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/PAHO-CDE-HT-24-0014>
3. Chaisongkram N. Epidemiological characteristics among patients with syphilis in Thailand. Disease Control Journal [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 8];49(1):51-61. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/254310> (in Thai)
4. Punpetch S, Sawangsuk J, Pansuwan N, Kittiyaowamarn R, Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. Epidemiology of congenital syphilis under the five dimensions of the disease and health hazard surveillance system in Thailand, 2019. Thai AIDS Journal [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 8];34(3):144-61. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/article/view/257486>

- (in Thai)
5. Mensin M, Thananowan N, Limruangrong P. Factors influencing syphilis infection in pregnant women. *Kuakarun Journal of Nursing* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 1];31(2): 266-80. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/273144> (in Thai)
 6. Tongsong T. *Obstetrics*. 6th ed. Bangkok: Laxmirung Press; 2021. (in Thai)
 7. Luengmettakul J, Apiwantana S, Jitrungruengnij N. Incidence of congenital syphilis and adverse pregnancy outcomes among syphilitic pregnant women according to the treatment adequacy in tertiary care hospital, Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand* [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 12];108(1):9-16. Available from: <http://www.jmatonline.com/PDF/108-PB-9-16-01174.pdf> (in Thai)
 8. Chuko BM, Kibrat FA, Gari ZS, Tafese A, Girma T, Marami SN, et al. Determinants of syphilis among pregnant women attending a ntenatal care clinic at public hospital in south west Shoa, Ethiopia, unmatched case-control study, 2023. *Arch Gyn Obstet* [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 13];5(3):129-39. Available from: <https://www.scientificarchives.com/public/assets/articles/article-pdf-1730134695-1284.pdf>
 9. Chayachinda C, Rungmaitree S, Kerdlinhom C, Tiengladdawong P. Management for pregnant women with syphilis at Siriraj Hospital. *Siriraj Medical Bulletin* [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 2];16(4):342-52. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/article/view/262182/180550> (in Thai)
 10. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. Prevention and management of mother-to-child transmission of syphilis guideline [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 1]. Available from: <https://stisqsa.ddc.moph.go.th/app-assets/manual/แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563.pdf> (in Thai)
 11. Pascoal LB, Carellos EVM, Tarabai BHM, Vieira CC, Rezende LG, Salgado BSF, et al. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis. *Trop Med Int Health* [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 8];28(6):442-53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/tmi.13881>
 12. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. 2016 [cited 2024 Nov 1]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>
 13. Befekadu B, Shuremu M, Zewdie A. Seroprevalence of syphilis and its predictors among pregnant women in Buno Bedele zone, southwest Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 15];12(8):e063745. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9364416/pdf/bmjopen-2022-063745.pdf>
 14. Sabin L, Haghparast-Bidgoli H, Miller F, Saville N. A systematic review of barriers and facilitators to antenatal screening for HIV, syphilis or hepatitis B in Asia: Perspectives of pregnant women, their relatives and health care providers. *PLoS One* [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 16];19(5): e0300581. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300581>
 15. Sawadcharoenying P, Division of AIDS and STIs. A study of factors affecting sexually transmitted

- diseases prevention and control implemented by the Division of AIDS and STIs during 2010–2019. *Thai AIDS Journal* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 18];32(3):94–113. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/issue/view/16939> (in Thai)
16. Warzywoda S, Fowler JA, Nourse C, Wu M, Britton S, Rowling D, et al. Syphilis in pregnancy: a qualitative investigation of healthcare provider perspectives on barriers to syphilis screening during pregnancy in south-east Queensland. *Sex Health* [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 17];20(4):330–8. Available from: <https://www.publish.csiro.au/sh/pdf/SH22193>
 17. Wisanskoonwong P. Midwifery continuity of care: Applying concepts to practice. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2024. (in Thai)
 18. Ratinthorn A. Continuity of care: The core of quality improvement in midwifery practice. Bangkok: Vattana Print; 2016. (in Thai)
 19. Tickle N, Gamble J, Creedy DK. Clinical outcomes for women who had continuity of care experiences with midwifery students. *Women Birth* [Internet]. 2022 [cited 2025 Sep 15];35(2):184–92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.04.004>
 20. Turienzo CF, Bick D, Briley AL, Bollard M, Coxon K, Cross K, et al. Midwifery continuity of care versus standard maternity care for women at increased risk of preterm birth: A hybrid implementation–effectiveness, randomised controlled pilot trial in the UK. *PLoS Med* [Internet]. 2020 [cited 2025 Sep 15];17:e1003350. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003350>
 21. Floris L, Irion O, Bonnet J, Politis Mercier MP, de Labrusse C. Comprehensive maternity support and shared care in Switzerland: Comparison of levels of satisfaction. *Women Birth* [Internet]. 2018 [cited 2025 Sep 20];31(2):124–33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.021>
 22. Simcock G, Kildea S, Kruske S, Laplante DP, Elgbeili G, King S. Disaster in pregnancy: midwifery continuity positively impacts infant neurodevelopment, QF2011 study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 [cited 2025 Sep 20];18(1):309. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1944-5>
 23. Vowles Z, Lovell H, Black M, Sandall J, Easter A. Models of care for pregnant women with multiple long-term conditions and the role of the midwife: a scoping review. *Women Birth* [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 3];37(5):101645. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.101645>
 24. Akalin A, D’haenens F, Vermeulen J, Tricas-Sauras S, Lanssens D. Using digital technologies and applications in midwifery practice in Belgium: a descriptive cross-sectional study. *Midwifery* [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 3];140:104218. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104218>
 25. Nyemgah CA, Ranganathan M, Stockl H. Intimate partner violence during pregnancy against adolescents in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Inj Prev* [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 16];30(3):177–82. Available from: <https://injuryprevention.bmj.com/content/injuryprev/30/3/177.full.pdf>
 26. Agarwal S, Prasad R, Mantri S, Chandrakar R, Gupta S, Babhulkar V, et al. A Comprehensive review of intimate partner violence during pregnancy

- and its adverse effects on maternal and fetal health. *Cureus* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 10];15(5):e39262. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10278872/pdf/cureus-0015-00000039262.pdf>
27. Ayen SS, Kasahun AW, Zewdie A. Depression during pregnancy and associated factors among women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 16];24(1):220. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10964661/pdf/12884_2024_Article_6409.pdf
28. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy: Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* [Internet]. 1992 [cited 2023 Aug 6];267(23):3176-8. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/397890>
29. Karki RD, Thapa NR, Subedi G, Karki TM. Trend and factors associated with unintended pregnancy among currently married women in Nepal. *J Pop Soc Stud* [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 16];33:26-44. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jpss/article/view/267518/183571>
30. Rubin R. Maternal tasks in pregnancy. *J Adv Nurs* [Internet]. 1976 [cited 2024 Jul 26];1(5):367-76. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1976.tb00921.x>
31. Kruangkaew P, Phahuwatanakorn W, Pungbangkadee R. Predictability of knowledge, attitude, subjective norm and perceived behavioral control on intention to the use of long-acting reversible contraception among primipara pregnant adolescents. *Nursing Science Journal of Thailand* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 26];39(1):64-76. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/245867> (in Thai)