

รายงานวิจัย

ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากความผิดปกติทางสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดในประเทศไทย

ผลกระทบต่อมารดา การกแรกเกิด และสังคม
รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 พันล้าน
ดอลลาร์ฯ

68 พันล้าน
บาท

การะต่อปี

เผยแพร่โดย

พันธมิตรเพื่อสุขภาพจิตแม่ตั้งครรภ์และหลังคลอด (PAM Thailand)

และ มูลนิธิ PAM Foundation

การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์โดย

Care Policy and Evaluation Centre (CPEC),

London School of Economics and Political Science



Perinatal Alliance
for Mental Health
พันธมิตรเพื่อสุขภาพจิต
แม่ตั้งครรภ์และหลังคลอด
THAILAND



PAM Foundation

ข้อมูลการเผยแพร่

ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากความผิดปกติทางสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดในประเทศไทย

ผลกระทบต่อการมารดา ทารกแรกเกิด และสังคม รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

เผยแพร่เมื่อเดือนพฤษภาคม 2569

กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

การอ้างอิงที่แนะนำ

Perinatal Alliance for Mental Health Thailand (PAM Thailand). *The Economic Cost of Perinatal Mental Health Problems in Thailand: Impacts on Mothers, Newborns, and Society, and Recommended Actions*. Bangkok: PAM Thailand; 2026.

ผู้ประสานงานด้านบรรณาธิการ

Hamish Reginald Magoffin, Perinatal Alliance for Mental Health Thailand (PAM Thailand)
Assoc. Prof. Annette Bauer, Care Policy and Evaluation Centre (CPEC), London School of
Economics and Political Science
Shanon McNab, United Nations Population Fund (UNFPA) Thailand

คำนำโดย

Prof. Martin Knapp, CBE, Care Policy and Evaluation Centre (CPEC), London School of Economics
and Political Science

ผู้เขียนหลักและผู้ร่วมเขียน

Assoc. Prof. Annette Bauer, Care Policy and Evaluation Centre (CPEC), London School of
Economics and Political Science

Hamish Reginald Magoffin, Perinatal Alliance for Mental Health Thailand (PAM Thailand) และ
PAM Foundation

Mariam El Tobgy, University of Oxford

Rachel Cohen, Columbia University

Shanon McNab, United Nations Population Fund (UNFPA) Thailand

สุชาญา โมกขเสน, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)

ผู้แปลและตรวจทานฉบับภาษาไทย

รศ. ดร. ภัททา เกิดเรือง, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การติดต่อและสอบถามข้อมูล

พันธมิตรเพื่อสุขภาพจิตแม่ตั้งครรภ์และหลังคลอด

Perinatal Alliance for Mental Health Thailand (PAM Thailand)

เว็บไซต์: www.pamthailand.org

อีเมล: info@pamthailand.org

คำสงวนสิทธิ์ (Disclaimer)

ผลการศึกษา การตีความ และข้อสรุปที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้เป็นความเห็นของผู้เขียน และไม่จำเป็นต้องสะท้อนมุมมองของบุคคลผู้มีส่วนร่วม องค์กรพันธมิตร ผู้ทรงคุณวุฒิที่ทบทวนรายงาน หรือสถาบันผู้สนับสนุนทั้งหมดเสมอไป คณะผู้จัดทำได้พยายามอย่างยิ่งในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ทั้งนี้ ผู้เขียนและผู้จัดพิมพ์ไม่ขอรับผิดชอบต่อข้อผิดพลาด การตกหล่นของข้อมูล หรือผลกระทบใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการนำรายงานฉบับนี้ไปใช้

1. คำนำ

เศรษฐศาสตร์และสุขภาพจิตมีความเชื่อมโยงกันอย่างลึกซึ้ง และในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา สาขาเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิตได้พัฒนาจากการเป็นสาขาที่ได้รับความสนใจค่อนข้างจำกัดไปสู่การมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการกำหนดนโยบาย การวางแผน และการออกแบบบริการด้านสุขภาพจิต จุดเริ่มต้นที่เคยเป็นเพียง “ยุคแห่งความไร้เดียงสา” (age of innocence) ซึ่งยังไม่ได้รับความสนใจในเรื่องข้อจำกัดด้านทรัพยากรมากนัก ได้พัฒนาไปสู่การเป็นศาสตร์ที่เติบโตและขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยมีลักษณะเด่นคือการใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่มีความรัดกุมและแม่นยำมากขึ้น การมีชุดข้อมูลที่ครอบคลุมและหลากหลายมากขึ้น ตลอดจนการได้รับการยอมรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องว่า หลักฐานเชิงเศรษฐศาสตร์เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อน

รายงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด (Perinatal Mental Health: PMH) ในประเทศไทยฉบับนี้ ถือเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดที่กำลังพัฒนาดังกล่าว โดยผสมองค์ความรู้ด้านระบาดวิทยาและการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อตอบคำถามที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับรัฐบาล นั่นคือ เราควรจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างไร เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ ความอยู่ดีมีสุข และคุณค่าทางสังคมในระยะยาว โดยรายงานนี้สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในภาพรวมของนโยบายสุขภาพโลก ซึ่งหลักฐานเชิงเศรษฐศาสตร์โดยเฉพาะการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล การประเมินต้นทุนต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และการวิเคราะห์ภาระผลกระทบในมิติต่างๆ ถูกคาดหวังมากขึ้นว่า ข้อเสนอแนะทางคลินิกและสาธารณสุขควรจะต้องนำเสนอควบคู่ไปกับหลักฐานทางเศรษฐศาสตร์

ผลการวิจัยที่นำเสนอในรายงานฉบับนี้สะท้อนให้เห็นทั้งระดับของความท้าทายและโอกาสในการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม โดยภาระทางเศรษฐกิจโดยประมาณจากปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดในประเทศไทยซึ่งประเมินว่ามีมูลค่าประมาณ 2.1 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี (68,000 ล้านบาท) ถือว่ามีนัยสำคัญสูง อย่างไรก็ตาม ความสำคัญของตัวเลขดังกล่าวไม่ได้เป็นเพียงมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เท่านั้น แต่ยังเป็นสิ่งที่ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็น กล่าวคือ การรวมกันของต้นทุนด้านสุขภาพโดยตรง การสูญเสียผลิตภาพแรงงาน และผลกระทบระยะยาวต่อเด็กและครอบครัว ดังที่วรรณกรรมวิชาการในวงกว้างได้แสดงให้เห็นอย่างต่อเนื่องว่า ความผิดปกติทางสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดก่อให้เกิดผลกระทบที่ส่งผ่านข้ามรุ่น โดยมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการด้านความรู้คิด อารมณ์ และโอกาสทางเศรษฐกิจของบุคคล แม้จะผ่านช่วงปริกำเนิดไปแล้วก็ตาม

ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยมีข้อได้เปรียบเชิงโครงสร้างที่สำคัญหลายประการ ซึ่งส่งผลให้ประเทศอยู่ในสถานะที่พร้อมในการรับมือกับปัญหานี้ไม่ว่าจะเป็น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การใช้บริการฝากครรภ์ในอัตราสูง ระบบสุขภาพมารดาและเด็กที่มีความพร้อม การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำในบริการฝากครรภ์ รวมถึงความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับชาติที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นรากฐานที่หลายประเทศยังไม่มี ในเชิงเศรษฐศาสตร์ ประเด็นนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการมีช่องทางหรือระบบการให้บริการที่มีอยู่แล้ว ช่วยลดต้นทุนส่วนเพิ่มของการขยายการดำเนินงานของมาตรการที่มีประสิทธิผล และเพิ่มโอกาสที่การลงทุนจะก่อให้เกิดผลตอบแทนที่เป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตาม ดังที่รายงานฉบับนี้ได้แสดงให้เห็น การมีขีดความสามารถเชิงโครงสร้างไม่สามารถนำไปสู่บริการที่ครอบคลุมได้โดยอัตโนมัติ การตรวจพบและการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตที่ยังไม่เพียงพอ รวมถึงการได้รับการรักษาที่ต่ำกว่าที่ควร ยังคงเป็นความท้าทายที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้กระทั่งในที่มีเครื่องมือคัดกรองอยู่แล้วก็ตาม นอกจากนี้ เส้นทางการส่งต่อผู้ป่วยที่ขาดความต่อเนื่องและความแตกต่างในคุณภาพบริการทำให้ประสิทธิภาพของระบบลดลง ส่งผลให้การตรวจพบปัญหาตั้งแต่ระยะแรกซึ่งสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทำได้อย่างจำกัด อีกทั้งข้อจำกัดด้านกำลังคนและความไม่เท่าเทียมเชิงพื้นที่ยังซ้ำเติมความไม่มีประสิทธิภาพเหล่านี้ โดยส่งผลกระทบตอสตรีในพื้นที่ชนบท กลุ่มประชากรย้ายถิ่น และแรงงานนอกระบบ ปัญหาเหล่านี้ไม่ใช่เพียงปัญหาด้านคลินิกหรือการจัดการองค์กรเท่านั้น หากแต่เป็นความไม่มีประสิทธิภาพทางเศรษฐศาสตร์ที่ก่อให้เกิดต้นทุนที่ตามมาที่สามารถหลีกเลี่ยงได้

บทเรียนในภาพรวมจากเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิตคือ ช่องว่างระหว่างหลักฐาน การออกแบบนโยบาย และการนำไปปฏิบัติจริง เป็นสิ่งที่พบได้บ่อย แม้ว่าการแทรกแซงจะมีหลักฐานชัดเจนว่ามีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เช่น การคัดกรองร่วมกับการรักษาภาวะซึมเศร้าในช่วงปริกำเนิด แต่การทำให้การแทรกแซงนั้นเกิดผลยังต้องอาศัยความสามารถของระบบ กลไกแรงจูงใจ และการลงทุนอย่างต่อเนื่อง การประเมินทางเศรษฐศาสตร์จึงมีบทบาทสำคัญไม่เพียงแต่ในการระบุว่า "นโยบายใดได้ผล" แต่ยังชี้ให้เห็นชัดเจนว่า "นโยบายใดสามารถดำเนินการได้จริง" "นโยบายใดสามารถขยายผลได้" และ "นโยบายใดเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างคุ้มค่าที่สุดท่ามกลางปัญหาที่ต้องแย่งลำดับความสำคัญกัน"

การตีตราและอุปสรรคทางสังคมยิ่งเพิ่มความซับซ้อนให้กับปัญหานี้อีกระดับหนึ่ง แม้ว่าประเด็นดังกล่าวมักถูกมองว่าเป็นปัญหาทางวัฒนธรรม แต่ในความเป็นจริงแล้วกลับก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างชัดเจน ทั้งการลดพฤติกรรมการขอความช่วยเหลือ ความล่าช้าในการรักษา และความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นเมื่อมาถึงผู้ให้บริการ ในทำนองเดียวกัน ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการไม่ได้สะท้อนเพียงความกังวลด้านความเป็นธรรม แต่ยังสะท้อนถึงความไม่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทุนมนุษย์และสุขภาวะข้ามรุ่นด้วย

นัยยะสำหรับรัฐบาลไทยมีสองมิติ มิติแรก คือ การประมาณการภาระทางเศรษฐศาสตร์ที่นำเสนอในรายงานนี้เป็นเหตุผลที่หนักแน่นสำหรับการจัดลำดับความสำคัญของสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดภายใต้นโยบายด้านสุขภาพและสังคมในวงกว้าง มิติที่สองซึ่งมีสำคัญยิ่งกว่า คือ ผลการวิจัยเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการลงทุนด้านการออกแบบระบบ ทั้งการเสริมสร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วย การปรับปรุงการกระจายกำลังคน และการสร้างความต่อเนื่องในการดูแลรักษา เพื่อให้โครงสร้างพื้นฐานในการคัดกรองที่กำลังพัฒนาอยู่สามารถสร้างผลกระทบได้อย่างเต็มศักยภาพ

ท้ายที่สุด รายงานฉบับนี้ตอกย้ำข้อสรุปหลักจากวงการเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิตในภาพรวมว่า การลงทุนด้านสุขภาพจิตไม่ใช่เป็นเพียงการปรับปรุงระบบสุขภาพ หากแต่เป็นรากฐานของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว โดยเฉพาะในกรณีของสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิด ผลตอบแทนจากการแทรกแซงที่มีประสิทธิผลจะส่งผลกระทบต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล และยังขยายผลไปสู่คนรุ่นถัดไป ด้วยเหตุนี้ เหตุผลเชิงเศรษฐศาสตร์ที่สนับสนุนการลงทุนในประเด็นนี้จึงไม่เพียงแต่มีความน่าเชื่อถือ แต่ยังยากที่ผู้ที่จะมองข้ามอีกด้วย

Prof. Martin Knapp, CBE

Care Policy and Evaluation Centre (CPEC), London School of Economics and Political Science

2. กิตติกรรมประกาศ

ที่ปรึกษาและผู้มีส่วนร่วมด้านวิชาการ

Dr. Alain Gregoire, Global Alliance for Maternal Mental Health (GAMMH)

พญ. ชนิภา เลี้ยงชีพ, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ภญ. ชญานิศ โสเลิศะมงคล, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ. พญ. ชนกานต์ ชัชวาลา, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Prof. Jane Fisher, Monash University

ทพญ. กัญจน์ภัสสร สุริยาแสงเพชร, Ooca

ผศ. พญ. กิรติ พัฒนเสรี, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ. พญ. นภัทร สิทธาโนมัย, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

นพ. โอฬาริก มุสิกวงศ์, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

รศ. ดร. พญ. ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ. ดร. ภัททา เกิดเรือง, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รศ. ดร. พญ. พจมาน พิศาลประภา, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ. พญ. ศศิธร จันทรทิน, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Assoc. Prof. Simone Honikman, University of Cape Town

พญ. ศิริรัตน์ อุหารตินนท์, สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

พันธมิตรสถาบันและเครือข่าย

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นผ่านความร่วมมือกับสถาบันและเครือข่ายพันธมิตรต่อไปนี้

ซึ่งมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลทางวิชาการ การประสานงานในพื้นที่ และการพัฒนาเชิงยุทธศาสตร์:

- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- Care Policy and Evaluation Centre (CPEC), London School of Economics and Political Science
- PAM Foundation

สารบัญ

1. คำนำ	4
2. กิตติกรรมประกาศ.....	7
3. บทสรุปผู้บริหาร	11
4. บทนำ	14
5. วิธีดำเนินการวิจัย	16
ก) หลักฐานเชิงประจักษ์จากทั่วโลก	16
ข) หลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศไทย.....	16
6. หลักฐานเชิงประจักษ์จากข้อมูลทั่วโลกเกี่ยวกับสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด	17
ก) ความชุก	18
ข) ปัจจัยเสี่ยง	19
ค) ผลลัพธ์: ผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด.....	20
ง) มาตรการ / แนวทางที่ได้ผล: แนวปฏิบัติทั่วโลกและการแทรกแซง	20
7. หลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศไทยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด.....	22
ก) ความชุก	22
ข) ปัจจัยเสี่ยง	23
ค) ผลลัพธ์: ผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด.....	25
1. ผลลัพธ์ทางสูติกรรมที่ไม่พึงประสงค์	25
2. การเสียชีวิตของมารดาและการฆ่าตัวตาย	25
3. ผลกระทบต่อทารกแรกเกิดและเด็ก.....	25
ง) แนวปฏิบัติและนโยบายปัจจุบัน	26
1. กรอบนโยบาย	26

2. ความท้าทายในการวัดผลและช่องว่างที่ยังคงอยู่.....	27
3. ข้อจำกัดด้านทรัพยากร.....	27
4. การตีตราและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ.....	28
5. ช่องว่างด้านนโยบาย.....	28
จ) ข้อมูลความชุกเบื้องต้นจากการศึกษา ณ โรงพยาบาลศิริราช.....	29
8. ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดที่ไม่ได้รับการรักษาในประเทศไทย.....	29
ก) การวิเคราะห์ผลกระทบด้านต้นทุน.....	30
ข) แนวทางการสร้างแบบจำลอง.....	30
ค) ค่าประมาณต้นทุนรวมและต้นทุนจำแนกตามประเภท.....	31
ง) นัยสำคัญต่อการลงทุน.....	33
9. การอภิปราย.....	34
ก) ผลการวิจัยที่สำคัญ.....	34
ข) ประเทศไทยในบริบทโลก.....	34
ค) นัยยะต่อระบบสุขภาพและนโยบาย.....	36
ง) ข้อจำกัดของภูมิทัศน์หลักฐานเชิงประจักษ์.....	37
จ) นัยยะสำหรับอนาคต.....	38
10. ข้อเสนอแนะ: แผนงานระดับชาติด้านสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดในประเทศไทย.....	41
ก) ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.....	42
ข) การจัดทำแผนผังระบบการดูแลที่มีอยู่.....	43
ค) การพัฒนาแนวปฏิบัติแห่งชาติด้านสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดที่อิงหลักฐาน.....	43
1. การพยากรณ์ (Prediction):	44
2. การป้องกัน (Prevention):.....	44

3. การระบุปัญหา (Identification):	44
4. การบำบัดรักษา (Treatment):.....	44
5. การดำเนินงานและการขยายผลแบบเป็นระยะ (Implementation and Phased Roll-Out):	44
6. งบประมาณและการจัดหาแหล่งเงินทุน:	44
ง) การส่งมอบแนวทางแก้ไขแบบคู่ขนาน.....	45
1. การฝึกอบรมและการพัฒนากำลังคน:.....	45
2. การทบทวนและปรับให้สอดคล้องกับ “สมุดชมพู”:.....	45
3. “ชุดเครื่องมือ” สำหรับการระบุปัญหา:	45
4. ยุทธศาสตร์สำหรับภาคส่วนที่ไม่ใช่การแพทย์ (เช่น การพัฒนาสังคม):.....	45
5. การสำรวจมาตรการแรงกดดันที่ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือค่าใช้จ่ายต่ำ:	45
จ) วาระการวิจัยแห่งชาติและระบบติดตามเฝ้าระวัง	46
11. ข้อจำกัดของรายงาน	47
12. ข้อมูลอ้างอิง	48

3. บทสรุปผู้บริหาร

ความผิดปกติทางสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด (Perinatal Mental Health: PMH) อันได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และภาวะอื่นที่เกี่ยวข้องที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์จนถึงระยะ 12 เดือนหลังคลอดบุตร ถือเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญและยังขาดการให้ความสำคัญอย่างเพียงพอในระดับโลก แม้ว่าในช่วงที่ผ่านมา ภาวะดังกล่าวจะได้รับการยอมรับมากขึ้นในระดับนานาชาติ แต่การดูแลสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดยังคงขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบเข้ากับระบบการดูแลสุขภาพมารดาและเด็กในหลายประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง (LMICs) รวมถึงประเทศไทย

รายงานฉบับนี้นับเป็นหนึ่งในงานวิจัยแรก ๆ ที่นำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลแบบบูรณาการ ซึ่งครอบคลุมมิติของภาระโรค กรอบนโยบาย และต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากความผิดปกติทางสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดที่ไม่ได้รับการรักษาในประเทศไทย โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์จากข้อมูลทั่วโลก งานวิจัยในบริบทของประเทศไทย และการสร้างแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ที่พัฒนาขึ้นใหม่ รายงานนี้ศึกษาผลกระทบของความผิดปกติช่วงปริกำเนิดต่อมารดา ทารก ครอบครัว ระบบสุขภาพ และสังคมในวงกว้าง ควบคู่ไปกับการพิจารณาโอกาสในการพัฒนาด้านนโยบายและระบบบริการสุขภาพ

ความชุก (Prevalence)

ความผิดปกติทางสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดส่งผลกระทบต่อสตรีไทยอย่างน้อยร้อยละ 15 โดยข้อมูลเบื้องต้นจากโรงพยาบาลศิริราชพบว่าหญิงตั้งครรภ์ประมาณ 1 ใน 5 มีอาการซึมเศร้า

ภาระทางเศรษฐกิจ (Economic Burden)

คาดว่าจะมีมูลค่าสูงถึง 2.1 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี (ประมาณ 68 พันล้านบาท) โดยส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าเสียโอกาส

ผลกระทบข้ามรุ่น (Intergenerational Impact)

ร้อยละ 46 ของต้นทุนทั้งหมดเกี่ยวข้องกับเด็ก สะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาสุขภาพจิตปริกำเนิดที่ไม่ได้รับการดูแล กับภาวะน้ำหนักแรกเกิดต่ำ การคลอดก่อนกำหนด และพัฒนาการด้านสติปัญญาที่บกพร่อง

ช่องว่างในการนำไปปฏิบัติ (Implementation Gaps)

แม้ประเทศไทยจะมีเครื่องมือคัดกรองและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่เส้นทางการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังขาดความต่อเนื่อง การขาดแคลนบุคลากร และการตีตราทางสังคม ยังคงเป็นข้อจำกัดต่อการเข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

รายงานพบว่าความผิดปกติทางสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดมีความชุกสูงในประเทศไทย โดยอัตราความชุกที่พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตามบริบทและกลุ่มประชากร และอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 5 ถึงกว่าร้อยละ 40 โดยพบอัตราความชุกที่สูงเป็นพิเศษในกลุ่มสตรีที่เผชิญกับความเครียดทางจิตสังคม ความเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม ความท้าทายที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการอพยพย้ายถิ่น หรือมีระบบสนับสนุนทางสังคมที่จำกัด ทั้งนี้

ข้อมูลเบื้องต้นจากการศึกษาติดตามกลุ่มประชากรแบบไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) ที่กำลังดำเนินการอยู่ ณ โรงพยาบาลศิริราช ชี้ให้เห็นว่าสตรีตั้งครรภ์ประมาณหนึ่งในห้าราย มีอาการซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์

ผลกระทบจากความผิดปกติทางสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดที่ไม่ได้รับการรักษาขยายวงกว้างกว่าเรื่องของสุขภาพมารดาเพียงอย่างเดียว หลักฐานทางวิชาการเชื่อมโยงความผิดปกติด้านปรีกำเนิดกับภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ความสามารถในการทำหน้าที่ของมารดาที่ลดลง คุณภาพชีวิตที่ลดลง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สายสัมพันธ์มารดาและทารกที่หยุดชะงัก ตลอดจนผลกระทบทางลบต่อการพัฒนาการของเด็กในระยะยาว ผลกระทบเหล่านี้มีนัยยะที่ส่งผลข้ามรุ่น โดยไม่เพียงกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ แต่ยังครอบคลุมถึงการศึกษา ผลิตภาพแรงงาน และการพัฒนาทุนมนุษย์ในระยะยาวด้วย

การวิเคราะห์แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความชุกและผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาวในรายงานฉบับนี้ ซึ่งนำการศึกษาโดยศูนย์นโยบายและการประเมินผลด้านการดูแลสุขภาพ (Care Policy and Evaluation Centre) แห่ง London School of Economics and Political Science พบว่า ต้นทุนโดยประมาณของความผิดปกติทางสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดที่ไม่ได้รับการรักษาอยู่ที่ 2.1 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (68,000 ล้านบาท) ต่อปีต่อกลุ่มประชากรที่เกิดในแต่ละรุ่น โดยคำนวณจากผลกระทบต่อสุขภาพมารดา พัฒนาการเด็ก ผลิตภาพแรงงาน และการสูญเสียคุณภาพชีวิต (วัดในหน่วยปีสุขภาพที่เสียไป หรือ DALY) ซึ่งมูลค่าโดยรวมของผลกระทบดังกล่าวคิดเป็น 3,253 ดอลลาร์สหรัฐ (105,000 บาท) ต่อสตรีผู้ให้กำเนิดบุตรหนึ่งราย

ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับมารดาถูกคาดการณ์ไว้ที่ 1.16 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (38,000 ล้านบาท) หรือร้อยละ 54 ของต้นทุนรวมทั้งหมด และต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับเด็กถูกคาดการณ์ไว้ที่ 0.94 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (31,000 ล้านบาท) หรือร้อยละ 46 ของต้นทุนรวมทั้งหมด

II การลงทุนด้านสุขภาพจิตไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของพัฒนาระบบสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว สำหรับสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิด ผลตอบแทนจากการแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต และส่งต่อไปยังคนรุ่นถัดไป

Prof. Martin Knapp CBE, Care Policy and Evaluation Centre (CPEC), London School of Economics and Political Science

ประเทศไทยมีรากฐานสำคัญหลายประการสำหรับการเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การใช้บริการฝากครรภ์ในอัตราสูง เครื่องมือคัดกรองที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง และการบูรณาการการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าเข้ากับบริการอนามัยแม่และเด็ก อย่างไรก็ตาม ในการนำไปปฏิบัติยังคงมีช่องว่างสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองที่ขาดความสม่ำเสมอ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจน การขาดแคลนบุคลากร การมองข้ามผลลัพธ์ที่รุนแรง การเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญที่จำกัดนอกเขตเมือง และการตีตราทางสังคมที่ยังคงมีอยู่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและการฆ่าตัวตาย

รายงานระบุพื้นที่ลำดับความสำคัญสำหรับการดำเนินงานในระดับชาติ ดังนี้

1. การจัดทำยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดอย่างบูรณาการ
2. การกำหนดมาตรฐานระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย
3. การขยายการใช้แนวทางการกระจายภาระงานและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
4. การบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดเข้ากับบริการสุขภาพมารดาและเด็ก
5. การเสริมสร้างระบบการเฝ้าระวังและวิจัย
6. การยกระดับการสนับสนุนกลุ่มประชากรเปราะบางและผู้ที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการ
7. การเพิ่มความร่วมมือข้ามภาคส่วนและความสอดคล้องเชิงนโยบาย

การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดในประเทศไทยจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานอย่างประสานกันในภาคส่วนด้านสาธารณสุข การคุ้มครองทางสังคม แรงงาน การศึกษา วิชาการ และภาคประชาสังคม ทั้งนี้ การแทรกแซงที่มีประสิทธิผลจำนวนมากสามารถดำเนินการได้ภายในโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพมารดาที่มีอยู่แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้รับการบูรณาการเข้ากับระบบการดูแลสุขภาพฝากครรภ์และหลังคลอดตามปกติ

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนผู้กำหนดนโยบาย ผู้นำด้านสาธารณสุข นักวิจัย สมาคมวิชาชีพ องค์กรภาคประชาสังคม และภาคีเพื่อการพัฒนา ในการเสริมสร้างการหารือระดับชาติและขับเคลื่อนการดำเนินงานที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านสุขภาพจิตมารดาในประเทศไทย

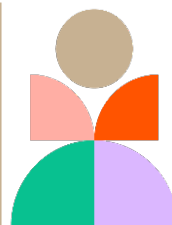
ท้ายที่สุด การส่งเสริมสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดมิใช่เพียงแต่เป็นลำดับความสำคัญด้านสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ยังเป็นการลงทุนเพื่อสุขภาพ การพัฒนา และความมั่งคั่งในอนาคตของประเทศไทยอีกด้วย

4. บทนำ

ความผิดปกติทางสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด (Perinatal Mental Health: PMH) อันได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และภาวะอื่นที่เกี่ยวข้องที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์จนถึงระยะ 12 เดือนหลังคลอดบุตร ได้รับการยอมรับมากขึ้นเรื่อยๆ ว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในระดับโลก หลักฐานเชิงประจักษ์จากทั่วโลกแสดงให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดที่ไม่ได้รับการรักษาส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อทั้งมารดาและเด็ก ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพมารดาที่บกพร่อง ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พัฒนาการทารกที่หยุดชะงัก และผลกระทบข้ามรุ่นในระยะยาว นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดยังได้รับการตระหนักมากขึ้นในประเด็นด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากปัญหานี้ก่อให้เกิดต้นทุนระยะยาวที่มีนัยสำคัญอันเนื่องมาจากผลิตภาพแรงงานที่ลดลง การใช้บริการด้านสุขภาพ ตลอดจนผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กและทุนมนุษย์ในอนาคต

ประเทศไทยมีรากฐานสำคัญหลายประการในการเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การใช้บริการฝากครรภ์ในอัตราสูง และการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำในบริการฝากครรภ์ อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดยังคงไม่ได้รับการตระหนักรู้อย่างเพียงพอและยังขาดการบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพมารดาและเด็ก หลักฐานที่มีอยู่ชี้ให้เห็นว่า สตรีจำนวนมากที่มีความทุกข์ทางจิตใจในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดยังคงไม่ได้รับการวินิจฉัย ไม่ได้รับการรักษา หรือไม่สามารถเข้าถึงการสนับสนุนที่เหมาะสมได้

งานวิจัยจากประเทศไทยระบุว่าปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดส่งผลกระทบต่อสตรีในทุกกลุ่มเศรษฐกิจและสังคม โดยมีความเสี่ยงที่สูงขึ้นในกลุ่มที่เผชิญกับภาระทางการเงิน การสนับสนุนทางสังคมที่จำกัด การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ ความเปราะบางที่เกี่ยวข้องกับการอพยพย้ายถิ่น และการตีตราเรื่องความเจ็บป่วยทางจิต แม้ว่าการตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตปริกำเนิดจะเพิ่มขึ้น แต่ประเทศไทยยังขาดยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดที่ครบถ้วน การดำเนินงานด้านการคัดกรองยังมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานบริการ กลไกการส่งต่อผู้ป่วยยังขาดความต่อเนื่อง ขณะที่บริการเฉพาะทางส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง นอกจากนี้ หลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการแทรกแซงและผลลัพธ์ระยะยาวยังคงมีจำกัด



**Perinatal Alliance
for Mental Health**
พันธมิตรเพื่อสุขภาพจิต
แม่ตั้งครรภ์และหลังคลอด
THAILAND

พันธมิตรเพื่อสุขภาพจิตแม่ตั้งครรภ์และหลังคลอด (PAM Thailand) จัดตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมและยกระดับการดูแลสุขภาพจิตปริกำเนิดทั่วประเทศไทย

ในขณะเดียวกัน ความสนใจในประเด็นสุขภาพจิตมารดาในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานที่นำโดยนักวิจัยที่โรงพยาบาลศิริราช ควบคู่กับความร่วมมือระหว่างแพทย์คลินิก นักวิชาการ องค์กรภาคประชาสังคม และพันธมิตรระดับนานาชาติ มีส่วนสำคัญในการยกระดับการรับรู้สุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดให้เป็นหนึ่งในลำดับความสำคัญด้านนโยบายระดับชาติ

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นควบคู่กับการขับเคลื่อนการหารือในระดับประเทศในวงกว้าง ภายใต้การประชุมวิชาการ “Mothers’ Mental Health Matters” ซึ่งจัดขึ้นโดยพันธมิตรเพื่อสุขภาพจิตแม่ตั้งครรภ์และหลังคลอด ([Perinatal Alliance for Mental Health Thailand: PAM Thailand](#)) โดยอ้างอิงงานวิจัยทางเศรษฐศาสตร์ที่ดำเนินการโดย [Care Policy and Evaluation Centre \(CPEC\), London School of Economics and Political Science](#) (สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม: [Global Economics of Maternal Mental Health project \(GEMMH\)](#))

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนการหารือและการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดในประเทศไทยที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยสังเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

- หลักฐานเชิงประจักษ์จากข้อมูลทั่วโลกเกี่ยวกับความชุก ปัจจัยเสี่ยง ผลลัพธ์ และแนวทางการแทรกแซงด้านสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิด
- หลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศไทยเกี่ยวกับความชุก การคัดกรอง นโยบาย และระบบการให้บริการ
- การสร้างแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์เพื่อประมาณต้นทุนทางสังคมจากปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดที่ไม่ได้รับการรักษาในประเทศไทย
- ข้อเสนอแนะเพื่อเสริมสร้างระบบระดับชาติ นโยบาย การวิจัย และการดำเนินงาน

การส่งเสริมสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดมีศักยภาพในการยกระดับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นไม่เพียงสำหรับมารดาเท่านั้น แต่ยังรวมถึงเด็ก ครอบครัว ชุมชน และสังคมในวงกว้าง การเสริมสร้างระบบสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดในประเทศไทยจึงเป็นทั้งวาระสำคัญด้านสาธารณสุขและการลงทุนเพื่อสุขภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจในอนาคต

5. วิธีดำเนินการวิจัย

ก) หลักฐานเชิงประจักษ์จากทั่วโลก

การศึกษานี้ได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเพื่อสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์จากทั่วโลกเกี่ยวกับสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด (Perinatal Mental Health: PMH) โดยใช้ฐานข้อมูลวิชาการออนไลน์ (PubMed และ Google Scholar) เพื่อรวบรวมสิ่งพิมพ์ที่มีอิทธิพลและมีความทันสมัยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558–2568) ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ การวิเคราะห์ห่อถัก การศึกษาในหลายประเทศ และเอกสารแนวปฏิบัติระดับโลก

คำค้นหาประกอบด้วยการผสมผสานของคำต่อไปนี้: สุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด ความผิดปกติทางสุขภาพจิตของมารดา ภาวะโรคในระดับโลก ปัจจัยเสี่ยง ผลลัพธ์ด้านสุขภาพมารดาและเด็ก ประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง และการบูรณาการสุขภาพจิตเข้ากับบริการสุขภาพมารดาและเด็ก บทความที่ได้รับการคัดเลือกตามความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา ความทันสมัย และคุณภาพ โดยผลการวิเคราะห์ถูกสังเคราะห์ตามประเด็นเพื่ออธิบายรูปแบบความชุก ปัจจัยกำหนด ผลกระทบ และรูปแบบการดูแลในระดับโลก เพื่อปรับให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยในส่วนต่อไป

ข) หลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศไทย

การศึกษานี้ได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมแบบเจาะจงเพื่อรวบรวมหลักฐานที่มีอยู่เกี่ยวกับสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดในประเทศไทย ครอบคลุมประเด็นด้านความชุก แนวปฏิบัติการคัดกรอง รูปแบบการให้บริการ และแนวทางการแทรกแซง การค้นหามีการผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์หลัก (PubMed, Scopus, Google Scholar) ฐานข้อมูลวิชาการภาษาไทย และแหล่งวรรณกรรมสีเทา เช่น เอกสารนโยบายระดับชาติ และรายงานของกระทรวงสาธารณสุข

คำค้นหาประกอบด้วยการผสมผสานของ: ภาวะซึมเศร้าในช่วงปริกำเนิด สุขภาพจิตมารดา แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale เครื่องมือคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ประเทศไทย และคำที่เกี่ยวข้องในภาษาไทย¹ บทความที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง 2568 ทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย ได้รับการรวมไว้เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดระดับชาติในปัจจุบัน

¹ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, โรคซึมเศร้าหลังคลอด ประเทศไทย, สุขภาพจิตแม่หลังคลอด ไทย, ภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด

จำนวนบทความที่ระบุได้เบื้องต้นจาก Google Scholar และ PubMed รวมทั้งสิ้น 1,068 บทความ โดยมี 47 บทความที่ได้รับการทบทวนซึ่งมีความเกี่ยวข้อง และมี 17 บทความที่ถูกนำมาใช้ในท้ายที่สุด แหล่งข้อมูลทั้งหมดตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ รวมถึงงานของนักวิจัยชาวไทย ได้แก่ รศ. ดร. นิติกร ภู่อสุวรรณ (Phoosuwan), พญ. เรียงกานต์ ศรีมยุรา (Sornmayura), นพ. ปวรรรุจักษ์ ทักษณาเวสน์ (Tuksanawes), นพ. เอกชัย เพ็ชรพรประภาส (Petpornprapas) ฯลฯ ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารนานาชาติ ภาษาอังกฤษ หรือวารสาร ไทยที่ใช้ภาษาอังกฤษ เช่น J Med Assoc Thai, Academic Psychiatry and Psychology Journal

ทั้งนี้ เนื่องจากความหลากหลายในระเบียบวิธีวิจัย เกณฑ์การคัดกรอง และกลุ่มตัวอย่าง การตีความผลลัพธ์เมื่อเปรียบเทียบการประมาณค่าความชุกระหว่างการศึกษาต่างๆ จึงควรด้วยความระมัดระวัง

6. หลักฐานเชิงประจักษ์จากข้อมูลทั่วโลกเกี่ยวกับสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด

ก) ความชุก

ปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด หรือที่มักเรียกว่าความผิดปกติทางสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดที่พบบ่อย (Common Perinatal Mental Disorders: CPMDs) ถือเป็นภาระด้านสุขภาพที่สำคัญในระดับโลก ส่งผลกระทบทั้งต่อประเทศที่มีรายได้สูง และประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง (LMICs) ภาวะเหล่านี้มักถูกกล่าวถึงในวรรณกรรมว่าเป็น "ภาระที่ซ่อนเร้น" โดยมีประมาณการว่า ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ และสตรีหลังคลอดในประเทศ LMICs เกือบร้อยละ 20 (McNab et al., 2022a)

ความชุกมีอัตราแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างประเทศ โดยเป็นผลจากความแตกต่างในนิยาม การคัดกรอง การรายงาน และความพร้อมของบริการ ทั้งนี้ อัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตปริกำเนิดมักพบสูงกว่าในประเทศ LMICs โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่เผชิญกับความเสียเปรียบทางเศรษฐกิจสังคม ความเสี่ยงทางเพศภาวะ หรือมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต (McNab et al., 2022b) ประชากรบางกลุ่ม เช่น สตรีอพยพหรือพลัดถิ่น มีความชุกของอาการสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยบางการศึกษารายงานอัตราอาการซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 43–60 ในกลุ่มสตรีดังกล่าว (Rodriguez et al., 2024)

ปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดา รวมถึงผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อทารกแรกเกิด ซึ่งเน้นย้ำถึงความสำคัญของการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที (Wilson et al., 2024)

ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตปริกำเนิดในระดับโลก

ช่วงความชุก			ข้อค้นพบสำคัญ
	ประมาณการระดับโลก	 10-20%	สตรีประมาณ 1 ใน 5 คนทั่วโลกเผชิญปัญหาสุขภาพจิตปริกำเนิด
LMIC	สตรีในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง	 ~20%	อัตราการเกิดปัญหาสูงกว่าประเทศรายได้สูงอย่างสม่ำเสมอ
	สตรีที่เผชิญความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจสังคม และเพศภาวะ	 20% - 35%	ปัจจัยเสี่ยงด้านเศรษฐกิจ สังคม เพศ และสุขภาพจิตเดิม ล้วนเพิ่มความชุกของปัญหาอย่างมีนัยสำคัญ
	สตรีผู้ลี้ภัย และผู้พลัดถิ่น	 43% - 60%	ถือเป็นกลุ่มที่เผชิญภาระปัญหาสูงสุด โดยบางการศึกษา รายงานอัตราความชุกสูงถึงร้อยละ 60

 ปัญหาสุขภาพจิตปริกำเนิดเป็นภาระสำคัญระดับโลกที่มักถูกมองข้าม โดยความชุกมีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มที่มีความเปราะบาง ความเสียเปรียบทางสังคมและเศรษฐกิจ และการพลัดถิ่น สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการคัดกรอง การสนับสนุน และการเข้าถึงบริการดูแลที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงทั่วโลก

ข) ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดมีความหลากหลายและเชื่อมโยงกันในระดับบุคคล ระดับสังคม และระดับโครงสร้าง โดยความเปราะบางทางเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ การมีรายได้น้อย การศึกษาที่จำกัด และการว่างงาน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างเด่นชัดกับสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดที่ไม่พึงประสงค์ (Wilson et al., 2024) ปัจจัยกดดันทางจิตสังคม เช่น การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงจากคู่ครอง และความท้าทายอันเนื่องมาจากการอพยพ ล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดยิ่งขึ้น (Stevenson et al., 2023; McNab et al., 2022b) ปัจจัยทางการแพทย์และพฤติกรรม ได้แก่ ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต และภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเปราะบาง

นอกจากนี้ ปัจจัยกำหนดเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรม เช่น การตีตราเรื่องสุขภาพจิตและการขาดบริการที่ปรับให้เหมาะสมกับวัฒนธรรม อาจเพิ่มความเสี่ยงเหล่านี้ โดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง (LMICs) (Atif et al., 2015; McNab et al., 2022b) การขาดการบูรณาการสุขภาพจิตเข้ากับบริการสุขภาพมารดาและเด็กอย่างต่อเนื่อง มีส่วนทำให้ปัญหาสุขภาพจิตยังคงไม่ได้รับการตระหนักรู้และไม่ได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ ส่งผลให้สตรีจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการดูแลที่เหมาะสมได้

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ระบุในงานวิจัยของประเทศไทย



ความกดดันทางการเงิน

รายได้น้อย ค่าใช้จ่ายทางอ้อมด้าน การดูแลและสุขภาพ การไม่ได้รับสิทธิ ลาคลอด (ร้อยละ 50 เป็นแรงงาน นอกระบบ)



การสนับสนุนทางสังคมที่จำกัด

การสนับสนุนจากคู่ครองและครอบครัวที่ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยทำนาย ที่สำคัญในการศึกษาของ โรงพยาบาล เจริญกรุง



การตั้งครรถ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ

ร้อยละ 27.7 ของการตั้งครรถ์ ใน การศึกษาหนึ่ง พบว่ามีคะแนน ภาวะ ซึมเศร้าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ



สถานะการย้ายถิ่น

ความไม่มั่นคงด้านสถานะทาง กฎหมาย การถูกแยกตัวจากสังคม และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ทำให้ความเสี่ยงสูงขึ้นถึงร้อยละ 38-47



ความขัดแย้งในความสัมพันธ์

การหย่าร้าง ความขัดแย้งระหว่างคู่ สมรสและคนในครอบครัว มี ความสัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มขึ้น ในทุกระดับรายได้



การตีตราและบรรทัดฐานทาง วัฒนธรรม

บรรทัดฐานที่เน้นการข่มอารมณ์และ การรักษาหน้า ความล่าช้าในการ เปิดเผยอาการ และอาการต่างๆ ถูก ตีความผิดว่าเป็นการปรับตัวตามปกติ



ปัจจัยเสี่ยงไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะสตรีที่มีรายได้น้อยเท่านั้น สตรีที่มีรายได้สูงกว่าก็อาจมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน หากเผชิญกับการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ การตั้งครรภ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวัง หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยด้านจิตใจและสังคมเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบได้ในทุกระดับของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

ค) ผลลัพธ์: ผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด

ปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดที่ไม่ได้รับการรักษาส่งผลกระทบในวงกว้าง สำหรับมารดา ปัญหาเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของโรคทางจิตเรื้อรัง การทำหน้าที่ยกพร่อง และอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น ปัญหาสุขภาพจิตมารดา ยังส่งผลเสียต่อการเข้ารับบริการฝากครรภ์และหลังคลอด การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และความสามารถในการดูแลบุตร (Wilson et al., 2024) สำหรับเด็ก ปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดมีความเชื่อมโยงกับความเสี่ยงที่จะมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ การคลอดก่อนกำหนด และพัฒนาการด้านสติปัญญาและอารมณ์สังคมที่ยกพร่องเพิ่มขึ้น (Surkan et al., 2011; Smith-Fawzi et al., 2019; Dadi et al., 2020)

ผลกระทบข้ามรุ่นของภาวะเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหานี้ในฐานะประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุข โดยมีผลกระทบที่ขยายไปไกลกว่าสุขภาพของมารดา ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กและผลกระทบระดับสังคมในวงกว้าง (Stevenson et al., 2023)

ง) มาตรการ / แนวทางที่ได้ผล: แนวปฏิบัติทั่วโลกและการแทรกแซง

แนวปฏิบัติทั่วโลกและการวิจัยด้านการนำไปปฏิบัติได้เสนอกรอบแนวทางสำหรับการบูรณาการสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดเข้ากับบริการสุขภาพมารดาและเด็ก โดยองค์การอนามัยโลก (2018) แนะนำแนวทางที่อิงระบบ ซึ่งรวมถึงการคัดกรองสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตามปกติในระหว่างการฝากครรภ์ และการดูแลหลังคลอด การบำบัดทางจิตสังคมและเภสัชวิทยาที่อิงหลักฐานการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ในทำนองเดียวกัน McNab et al., 2022 และคณะเน้นย้ำเช่นกันว่าการบูรณาการสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดอย่างยั่งยืน มีแนวโน้มที่จะต้องอาศัยความสอดคล้องกับกระบวนการทำงานด้านสุขภาพมารดาที่มีอยู่ รูปแบบการกระจายภาระงานที่ผู้ให้บริการที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญให้การบำบัด เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (IPT) และเส้นทางการส่งต่อการรักษาที่เข้มแข็งซึ่งได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม (Prina et al., 2023)

แนวทางการช่วยเหลือในชุมชน ได้แก่ กลุ่มสนับสนุนเพื่อน การเยี่ยมบ้าน และโปรแกรมให้คำปรึกษาที่ปรับให้เหมาะสมกับวัฒนธรรม อาจช่วยเพิ่มการเข้าถึงและการยอมรับ โดยเฉพาะสำหรับสตรีที่เผชิญกับการตีตราหรือการบริการที่จำกัด ศาสตร์การนำไปปฏิบัติจริงในบริบทประเทศ LMIC เน้นย้ำว่าโปรแกรมสุขภาพจิตในช่วงปรึกษาเหตุควรได้รับการปรับให้เหมาะสมกับบริบทและออกแบบร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในท้องถิ่นเพื่อให้เป็นไปได้และมีความยั่งยืน ความพร้อมของระบบสุขภาพ ภาวะผู้นำแบบสนับสนุน และกลไกการตอบรับเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมความถูกต้องแม่นยำในการนำมาตรการไปปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น (WHO, 2022; McNab et al., 2022b)

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นใหม่ยังสนับสนุนแนวทางการช่วยเหลือทางจิตสังคมผ่านระบบดิจิทัลในสภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรจำกัด

โดยสรุป ปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปรึกษาเหตุถือเป็นความท้าทายด้านสุขภาพโลกที่สำคัญ โดยเฉพาะในประเทศ LMICs อย่างไรก็ตาม หลักฐานชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการเข้ากับบริการสุขภาพมารดาและเด็กที่มีอยู่เดิมสามารถดำเนินการได้จริงและมีประสิทธิภาพ การแทรกแซงที่มีประสิทธิผลโดยทั่วไปจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทศักยภาพบุคลากร ตลอดจนกลยุทธ์การนำไปปฏิบัติ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการลงทุนและการพัฒนาโครงการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละประเทศ

การทำความเข้าใจรูปแบบในระดับสากล ทั้งในเรื่องความชุก ปัจจัยเสี่ยง ผลลัพธ์ และแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตปรึกษาเหตุ จะช่วยให้เราเห็นบริบทภาพรวม เพื่อนำมาวิเคราะห์ประเด็นปัญหาเหล่านี้ในบริบทประเทศไทย รวมถึงช่วยชี้ให้เห็นประเด็นที่ยังจำเป็นต้องมีข้อมูลเฉพาะประเทศและมาตรการที่ได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศต่อไป

7. หลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศไทยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด

เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์เฉพาะประเทศไทยยังมีค่อนข้างจำกัด ดังนั้น การศึกษาที่ได้สรุปมาในส่วนต่อไปนี้จึงมุ่งเน้นไปที่ภาวะซึมเศร้าเป็นหลัก มากกว่าการครอบคลุมความผิดปกติทางสุขภาพจิตปริกำเนิดที่พบบ่อยในภาพรวม ดังเช่นการทบทวนวรรณกรรมระดับโลกที่นำเสนอในส่วนก่อนหน้านี้

ก) ความชุก

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในช่วงปริกำเนิดในประเทศไทยมีช่วงการกระจายตัวที่กว้างมาก ตั้งแต่ร้อยละ 5.3 ถึง 41.7 (Hong & Buntup, 2023) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มประชากร บริบทวัฒนธรรม และระเบียบวิธีการศึกษาที่แตกต่างกันออกไป การประมาณค่ารวมชี้ให้เห็นว่าความชุกในระดับประเทศอยู่ที่ประมาณร้อยละ 12.5 (Tuksanawes et al., 2020) อย่างไรก็ตาม ตัวเลขนี้ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระดับภูมิภาคและกลุ่มประชากร

การศึกษาต่างๆ แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของความชุกของภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์:

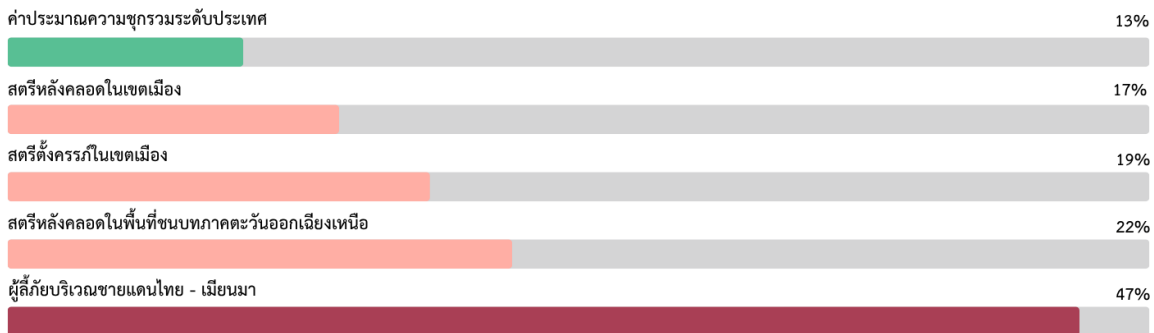
- หญิงตั้งครรภ์ในเขตเมืองมีอัตราความชุกร้อยละ 18.9 (Tuksanawes et al., 2020)
- การศึกษาในจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดหนึ่งพบความชุกร้อยละ 46.8 (Phoosuwan et al., 2018) ในช่วงปลายการตั้งครรภ์
- การศึกษาในปี พ.ศ. 2564 ในจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดหนึ่งพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.8 ในหญิงตั้งครรภ์ 112 รายโดยใช้เครื่องมือคัดกรอง 2 คำถามของกระทรวงสาธารณสุข (Phoosuwan et al., 2021)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด:

- โรงพยาบาลบางพลีรายงานความชุกร้อยละ 13.1 ที่สี่สัปดาห์หลังคลอด (Petpornprapas, 2020)
- งานวิจัยเมื่อไม่นานมานี้พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าที่หกสัปดาห์หลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 17 (Sornmayura et al., 2024) และความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในพื้นที่ชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีอัตราสูงกว่าอยู่ที่ร้อยละ 22 (Phoosuwan et al., 2020a)

ในกลุ่มสตรีผู้ย้ายถิ่นและผู้ลี้ภัยบริเวณชายแดนไทย-เมียนมาร์ พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในช่วงปริกำเนิดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ร้อยละ 38.6 ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่น และร้อยละ 47.3 ในกลุ่มผู้ลี้ภัย (Fellmeth et al., 2021) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานะการย้ายถิ่นกับความเปราะบางทางสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น

สถานการณ์ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตปริกำเนิดในประเทศไทย



งานวิจัยในประเทศไทยยังมีความหลากหลายในด้านการศึกษา โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในพื้นที่เดียว การศึกษาแบบภาคตัดขวาง และใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาสอดคล้องกับหลักฐานในระดับนานาชาติที่พบว่าความชุกของปัญหาสุขภาพจิตปริกำเนิดสูงขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง เสียเปรียบทางสังคม และการพลัดถิ่น

ข) ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยทางประชากรสังคม เศรษฐกิจ และจิตสังคมหลายประการมีส่วนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดในประเทศไทย การศึกษาหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยที่มีรายได้น้อย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่จำกัด และมีสุขภาวะทางจิตต่ำ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น (Phoosuwan et al., 2021) ยิ่งไปกว่านั้น รายได้ต่อเดือนในระดับต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นของอาการซึมเศร้าทั้งในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 หลังคลอด (Phoosuwan et al., 2020a) ผศ. พญ. กิรติ พัฒนเสรีจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า ข้อจำกัดทางการเงินยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตของมารดาอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับสตรีในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย แม้ว่าการรักษาพยาบาลต่อครั้งอาจอยู่ที่เพียงประมาณ 30 บาท แต่ค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าเดินทางและการสูญเสียรายได้รายวัน มักส่งผลให้สตรีจำนวนมากลดการเข้ารับการรักษา และอาจทำให้อาการของภาวะต่างๆ เช่น ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีความรุนแรงขึ้น (Resolve Global Health, 2025)

แม้จะเป็นเช่นนั้น กลุ่มสตรีที่มีรายได้สูงก็ไม่ได้ปลอดภัยจากความเสียดังกล่าว ผศ. พญ. กิรติ เน้นย้ำว่าการตั้งครรภ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังส่วนบุคคล เช่น เพศของทารกที่ไม่ตรงตามความต้องการ การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในจังหวะเวลาที่ไม่ได้คาดหวัง หรือความรู้สึกเล็ดลอดต่อการตั้งครรภ์ ล้วนเป็นปัจจัยกีดตันทางจิตสังคมที่สำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดได้เช่นกัน (Resolve Global Health, 2025) ดังนั้น ไม่ว่าจะอยู่ในระดับรายได้เท่าใด ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคมล้วนมีบทบาทสำคัญต่อปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดในประเทศไทย

การศึกษาของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ซึ่งเป็นการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ดำเนินการในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Sornmayura et al., 2024) นอกจากนี้ การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม ยังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการซึมเศร้าที่สูงขึ้น โดยในการศึกษาดังกล่าวพบว่า ร้อยละ 27.7 ของการตั้งครรภ์ในการศึกษานี้เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม (Sornmayura et al., 2024) ยิ่งไปกว่านั้น สภาพแวดล้อมความสัมพันธ์ที่ไม่เอื้ออำนวย เช่น การหย่าร้าง ความขัดแย้งในชีวิตสมรสหรือครอบครัว และความยากลำบากในครอบครัวขยายล้วนมีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มขึ้น (Tuksanawes et al., 2020)

ในทำนองเดียวกัน ปัจจัยทางจิตสังคมยังมีส่วนทำให้เกิดความเปราะบางทางสุขภาพจิตในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด การมีสุขภาพทางจิตต่ำ ความนับถือตนเองที่ลดลงและการขาดความมั่นใจในความสามารถในการจัดการกับความเครียดในระหว่างตั้งครรภ์และช่วงหลังคลอด มีความสัมพันธ์กับความเปราะบางที่เพิ่มขึ้น (Phoosuwan et al., 2018), (Phoosuwan et al., 2021)

เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตช่วงหลังคลอด ซึ่งไม่รวมปัจจัยกดดันที่เกี่ยวข้องกับการคลอดบุตร มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น โดยส่งผลกระทบต่อสตรีในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 71.7 นอกจากนี้ทัศนคติต่อสุขภาพจิตในระหว่างการตั้งครรภ์ยังถูกระบุว่าเป็นปัจจัยที่โน้มนำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิตในระดับที่ต่ำ มีความเชื่อมโยงกับโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ที่สูงขึ้นในการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นอกจากนี้ ปัจจัยทางโครงสร้างยังส่งผลต่อปัจจัยเสี่ยงเช่นกัน การลาคลอดเป็นเวลา 90 วันถูกพบว่ามีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ต่ำกว่า โดยมีการใช้สิทธิ์สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มสตรีที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (ร้อยละ 71.1) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูง (ร้อยละ 50) (Sornmayura et al., 2024) อย่างไรก็ตาม

สิทธิ์การลาคลอดตามกฎหมายใช้ได้เฉพาะกับแรงงานในระบบเท่านั้น โดยไม่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบ ซึ่งมีการจ้างงานแรงงานในไทยถึงเกือบร้อยละ 50 (OECD, 2025) (Resolve Global Health, 2025)

ภาคแรงงานนอกระบบ

~50%

แรงงานไทยประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในภาคแรงงานนอกระบบ ซึ่งไม่มีสิทธิ์ได้รับการคุ้มครองการลาคลอดตามกฎหมาย

ค) ผลลัพธ์: ผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด

1. ผลลัพธ์ทางสูติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

งานวิจัยจากประเทศไทยแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผลลัพธ์ทางสูติกรรม และหากไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ (Tuksanawes et al., 2020) การศึกษาในบริบทของกรุงเทพมหานครที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ระบุว่า พบหลักฐานที่เชื่อมโยงภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ กับการเจริญเติบโตในครรภ์ช้า การคลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักแรกเกิดต่ำในหญิงไทยที่ตั้งครรภ์ (Tuksanawes et al., 2020) การศึกษาเน้นย้ำว่า ภาวะซึมเศร้าของมารดาในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาที่ได้รับการตระหนัก ได้รับการวินิจฉัย และได้รับการรักษาต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และการคัดกรองก่อนคลอดถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทั้งมารดาและทารกแรกเกิดดีขึ้น (Tuksanawes et al., 2020)

2. การเสียชีวิตของมารดาและการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายยังคงเป็นหนึ่งในผลลัพธ์ที่รุนแรงที่สุดของปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดในประเทศไทย หลักฐานเชิงประจักษ์จากภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยระบุว่า อาการซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการฆ่าตัวตาย ผลลัพธ์พัฒนาการทารกที่ไม่พึงประสงค์ และคุณภาพชีวิตในระยะยาวของมารดาที่ลดลง (Phoosuwan et al., 2018) นอกจากนี้ การศึกษาของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ยังได้เน้นถึงข้อกังวลที่ยังคงมีอยู่เกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายและความคิดทำร้ายทารกในกลุ่มสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

อย่างไรก็ตาม การติดตามเรื่องการฆ่าตัวตายและความเจ็บป่วยทางจิต อาจมีส่วนทำให้ปัญหาดังกล่าวได้รับการตระหนักต่ำกว่าที่ควร การเสียชีวิตของมารดาจากการฆ่าตัวตายมักถูกจำแนกผิดเป็นอุบัติเหตุ ส่งผลให้มีการประมาณค่าความชุกที่แท้จริงต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ แม้จะมีคำแนะนำจากองค์การอนามัยโลก แต่การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์หรือภายใน 12 เดือนหลังคลอดในประเทศไทย ไม่ได้รับการจำแนกว่าเป็นการเสียชีวิตจากสูติกรรมโดยตรง ส่งผลให้การเฝ้าระวังที่ครอบคลุมของผลลัพธ์ที่รุนแรงจากสุขภาพจิตมารดาเป็นไปได้อย่างจำกัด (Jatchavala et al., 2023)

3. ผลกระทบต่อทารกแรกเกิดและเด็ก

ปัญหาสุขภาพจิตมารดาอาจส่งผลต่อทั้งประสบการณ์การตั้งครรภ์และผลลัพธ์ปฐมวัยของเด็ก หลักฐานเชิงคุณภาพจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยชี้ให้เห็นว่าสตรีที่มีอาการซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ มักแสดงออกถึงความกังวลสูงเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์และความเป็นไปได้ของความพิการแต่กำเนิด

(Phoosuwan et al., 2020b) ซึ่งเน้นย้ำถึงความทุกข์ทางจิตใจที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อาจส่งผลเสียต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก โดยมารดาที่ได้รับผลกระทบรายงานว่ามีอาการเศร้า มีความสุขลดลง และรู้สึกท้อแท้ทางอารมณ์ (Sornmayura et al., 2024) ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจขัดขวางกระบวนการสร้างสายสัมพันธ์ในระยะแรก

ง) แนวปฏิบัติและนโยบายปัจจุบัน

1. กรอบนโยบาย

ประเทศไทยได้นำมาตรการในการเสริมสร้างการกำกับดูแลสุขภาพจิตผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ซึ่งประกาศใช้ครั้งแรกในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 และได้รับการแก้ไขในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562² โดยมีกรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานหลักในการกำกับดูแลการดำเนินงานตามกฎหมายดังกล่าว รวมถึงการคุ้มครองสิทธิของผู้ใช้บริการและการประสานนโยบายสุขภาพจิต (Wannasewok et al., 2022)

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ได้รับการรวมเข้ากับการดูแลฝากครรภ์ตามปกติในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ (Wannasewok et al., 2022) หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้ารับบริการฝากครรภ์ฟรีที่สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของมารดาโดยใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องหลายชนิด (Phoosuwan et al., 2018)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดจะได้รับการบูรณาการเข้ากับบริการสุขภาพมารดาที่มีอยู่แล้ว แต่ประเทศไทยยังคงไม่มีแผนงานระดับชาติที่ครอบคลุมและมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดโดยเฉพาะ

ในปัจจุบันยังมีความพยายามอย่างต่อเนื่องในการบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตเข้ากับบริการสุขภาพมารดาและเด็กให้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก ความพยายามนี้ครอบคลุมแนวทางการจัดสรรภาระงาน (task-sharing) ซึ่งสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิมีบทบาทเพิ่มขึ้นในการระบุปัญหา และจัดการปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดในเบื้องต้น ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพและการฝึกอบรมผู้ให้บริการที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (Abdelghaffar et al., 2023)

เพื่อเสริมสร้างการดำเนินงานเหล่านี้ ผศ. พญ. กิรติ เสนอว่าทิศทางนโยบายในอนาคตควรให้ความสำคัญกับการจัดทำยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดที่ครอบคลุมการคัดกรองตามปกติ การแทรกแซงเบื้องต้น

² Phiphophathsanee. Mental health law in Thailand. BJPsych International. 2025. <https://doi.org/10.1192/bjpi.2025.14>

และกลไกสนับสนุนที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทพื้นที่เมืองอาจได้รับประโยชน์จากการขยายการเข้าถึงบริการจากผู้เชี่ยวชาญและการสนับสนุนในสถานที่ทำงาน ในขณะที่พื้นที่ชนบทอาจจำเป็นต้องเสริมสร้างระบบการกระจายภาระงานผ่านผู้ให้บริการระดับชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการ (Resolve Global Health, 2025)

2. ความท้าทายในการวัดผลและช่องว่างที่ยังคงอยู่

แม้ว่าแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของเอดินบะระ (Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS) จะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องสำหรับการนำมาใช้ในประเทศไทย แต่การศึกษาต่างๆ ยังใช้เกณฑ์การคะแนนตัดที่หลากหลาย และแนวปฏิบัติในการคัดกรองที่แตกต่างกันตามบริบท นอกจากนี้ เครื่องมือคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแสดงให้เห็นความไว (sensitivity) ที่ยอมรับได้ (ร้อยละ 73) และความจำเพาะ (ร้อยละ 90) ในประชากรทั่วไป ยังถูกใช้สำหรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ (Phoosuwan et al., 2021)

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแบบประเมิน EPDS ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและเครื่องมือ 2Q ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงได้ แต่ภาวะซึมเศร้าของมารดา ยังคงได้รับการตระหนักรู้ ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาต่ำกว่าความเป็นจริง ความแตกต่างในเครื่องมือคัดกรองและเกณฑ์การตัดคะแนน (เช่น EPDS ≥ 6 ถึง ≥ 13 แบบฟอร์ม 2Q ที่ต่างกัน) เน้นย้ำถึงความท้าทายที่ยังคงมีอยู่ในการทำให้ขั้นตอนการคัดกรองมีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ (Phoosuwan et al., 2021 และ Sornmayura et al., 2024)

งานวิจัยไทยปัจจุบันเกี่ยวกับสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดยังมีขอบเขตจำกัด การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่ความชุกและปัจจัยเสี่ยงในระดับบุคคล ในขณะที่หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการแทรกแซงหรือมาตรการช่วยเหลือ โดยเฉพาะรูปแบบการดูแลที่ใช้ชุมชนเป็นฐานยังคงขาดแคลน (Jatchavala et al., 2023) นอกจากนี้ การขาดกลไกการส่งต่อที่ชัดเจนสำหรับสตรีที่ถูกระบุว่ามีความต้องการสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด อาจส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (Jatchavala et al., 2023)

3. ข้อจำกัดด้านทรัพยากร

บริการสุขภาพจิตในประเทศไทยยังคงได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ ในปี พ.ศ. 2567 มีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศเพียงร้อยละ 1.8 ให้แก่กรมสุขภาพจิต (Phiphophatsanee, 2025)

การจัดสรรงบประมาณ

1.8%

ในปี พ.ศ. 2567 มีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศเพียงร้อยละ 1.8 ให้แก่กรมสุขภาพจิต

และค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพจิตคิดเป็นเพียงร้อยละ 2.3 ของการใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาลทั้งหมด (Wannasewok et al., 2022)

ประเทศไทยมีจิตแพทย์เพียงกว่า 800 คน ซึ่งส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่อื่นๆ ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการเข้าถึงสำหรับ ประชากรในชนบท (Phiphophatsanee, 2025) ดังที่สะท้อนในการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ งานวิจัยในพื้นที่ชนบทมักต้องอาศัยการส่งตัวอย่าง จากโรงพยาบาลเนื่องจากความพร้อมของบริการสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดที่จำกัด (Phoosuwat et al., 2021)

บุคลากรผู้เชี่ยวชาญ

800+

ประเทศไทยมีจิตแพทย์เพียงกว่า 800 คน ซึ่งส่วนใหญ่ กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่ ๆ

4. การตีตราและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

การตีตราเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษาตั้งแต่ระยะแรก บรรทัดฐานทางวัฒนธรรม ที่ให้คุณค่ากับการควบคุมอารมณ์และ "การรักษาหน้า" อาจมีส่วนทำให้เกิดความกลัว ความอับอาย และความลังเลในการรายงานความทุกข์ทางจิตใจ นอกจากนี้ การขาดความรู้ของสาธารณชนเกี่ยวกับสาเหตุ และการแสดงออกของปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดอาจยังทำให้การตีตราดังกล่าวรุนแรงขึ้น (Resolve Global Health, 2025)

ผลที่ตามมาคือ อาการซึมเศร้า เช่น ความอ่อนล้า การนอนหลับผิดปกติ และอารมณ์เศร้า อาจถูกตีความผิดว่าเป็นการปรับตัวหลังคลอดตามปกติ ซึ่งอาจส่งผลให้การรับรู้และการรักษาล่าช้าออกไป การศึกษาของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์เน้นย้ำว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอาจไม่ถูกตรวจพบเนื่องจากอาการที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทั่วไป ถูกมองว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดาตามปกติ และมารดามือใหม่อาจลังเลที่จะเปิดเผยปัญหาทางอารมณ์ (Sornmayura et al., 2024)

5. ช่องว่างด้านนโยบาย

การแก้ไขพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานของประเทศไทยล่าสุด (มีผลบังคับใช้ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568) ขยายการลาคลอดเป็น 120 วัน พร้อมค่าจ้างเต็มจำนวนเป็นเวลา 60 วัน และริเริ่มการลาเพื่อดูแลบุตร 15 วันสำหรับคู่สมรส อย่างไรก็ตาม สิทธิดังกล่าวยังคงจำกัดเฉพาะแรงงานในระบบเท่านั้น นอกจากนี้ เนื่องจากสตรีส่วนใหญ่ในกำลังแรงงานของประเทศไทยทำงานอยู่ในภาคแรงงานนอกระบบ (ประมาณร้อยละ 50 ตามการประมาณการหนึ่งของ OECD, 2025) มารดาจำนวนมากจึงไม่ได้รับสิทธิจากการคุ้มครองเหล่านี้ ดังนั้น ช่องว่าง

ที่ยังคงมีอยู่เกี่ยวกับการลาเพื่อเลี้ยงดูบุตรจึงอาจตอกย้ำความไม่เท่าเทียมในความรับผิดชอบการดูแลบุตร และเพิ่มแรงกดดันทางจิตสังคมต่อมารดามากยิ่งขึ้น

จ) ข้อมูลความชุกเบื้องต้นจากการศึกษา ณ โรงพยาบาลศิริราช

การศึกษาแบบติดตามกลุ่มประชากรไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) ที่กำลังดำเนินการอยู่ที่โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ ในหัวข้อ "ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ" นำโดย ผศ. พญ. กิรติ พัฒนเสรีพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพของจิตแพทย์ สูตินรีแพทย์ และกุมารแพทย์ การศึกษาระยะเวลา 2 ปีนี้ (เริ่มดำเนินการปี พ.ศ. 2568) ถือเป็นหนึ่งในความพยายามครั้งสำคัญของประเทศไทยในการสร้างข้อมูลท้องถิ่นที่ดีขึ้นเกี่ยวกับสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด (PAM Foundation, 2025)

ผลเบื้องต้นจากการศึกษาของโรงพยาบาลศิริราชเผยให้เห็นอัตราการตรวจคัดกรองเป็นบวกที่อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาในเขตเมืองของไทยก่อนหน้านี้ที่ได้รายงานอัตราความชุก (Samranjit et al., 2025) ไว้ ผลเบื้องต้น เหล่านี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นของการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์เป็นประจำ และบริการสนับสนุน ทางจิตสังคมแบบบูรณาการ โดยคาดว่าผลลัพธ์สุดท้ายของการศึกษา จะสนับสนุนการพัฒนานโยบายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดในประเทศไทยต่อไป

8. ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของปัญหาสุขภาพจิตในช่วงประกันโรค ที่ไม่ได้รับการรักษาในประเทศไทย

ก) การวิเคราะห์ผลกระทบด้านต้นทุน

การวิเคราะห์ผลกระทบด้านต้นทุนเป็นกรอบการดำเนินงานที่เป็นระบบในการวัดมูลค่าภาระทางเศรษฐกิจของโรคและภาวะสุขภาพต่างๆ โดยครอบคลุมผลกระทบต่อตัวบุคคล ระบบสุขภาพ และสังคมในวงกว้าง (Drummond et al., 2015) ซึ่งแตกต่างจากการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลที่เปรียบเทียบต้นทุนและประโยชน์ของทางเลือกต่างๆ โดยการวิเคราะห์ผลกระทบด้านต้นทุนจะประมาณค่าต้นทุนทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับภาวะหนึ่งๆ ดังนั้น การศึกษาในลักษณะนี้จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการกำหนดวาระและการจัดลำดับความสำคัญ ซึ่งช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายเข้าใจขนาดและการกระจายตัวของผลกระทบทางเศรษฐกิจ รวมถึงช่วยในการระบุพื้นที่ที่การลงทุนอาจให้ผลตอบแทนที่เห็นได้ชัด

ในบริบทของสุขภาพจิตมารดา การศึกษาผลกระทบด้านต้นทุนมีความเกี่ยวข้องอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยวัดมูลค่าของผลกระทบในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งผลกระทบหลายส่วนขยายขอบเขตออกไปนอกเหนือจากภาคสุขภาพ โดยส่งผลกระทบต่อผลิตภาพ การพัฒนาทุนมนุษย์ในระยะยาว และผลลัพธ์ที่ส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่น ดังนั้น การวัดมูลค่าต้นทุนทางสังคมในวงกว้างเหล่านี้จึงทำให้การศึกษาดังกล่าวเป็นส่วนเติมเต็มที่สำคัญต่อหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกและระบาดวิทยา

ข) แนวทางการสร้างแบบจำลอง

การศึกษานี้อาศัยแนวทางที่ได้รับการยอมรับในการประมาณต้นทุนของปัญหาสุขภาพจิตในช่วงประกันโรคในประเทศ LMICs (Bauer et al., 2024a, b; 2025) การวิเคราะห์สำหรับประเทศไทยได้ดำเนินการโดย Care Policy and Evaluation Centre (CPEC) ร่วมกับภาคีเครือข่ายทางวิชาการ คลินิก และภาคประชาสังคมทั้งในประเทศไทยและในระดับนานาชาติ ได้แก่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร University of Cape Town Monash University และ PAM Foundation (Bauer et al., 2026)

การวิเคราะห์นี้ใช้แนวทางการสร้างแบบจำลองในการประมาณต้นทุนระยะยาวของความผิดปกติทางสุขภาพจิตทั่วไปที่ไม่ได้รับการรักษาในประเทศไทย โดยครอบคลุมทั้งต้นทุนสำหรับมารดาและบุตร การวิเคราะห์ดำเนินการตามมาตรฐานการประเมินทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพที่ได้เป็นที่ยอมรับ (WHO, 2022; Chisholm et al., 2016) โดย

ใช้มุมมองของสังคม ซึ่งรวมเอาต้นทุนที่เกิดขึ้นในทุกภาคส่วน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การสูญเสีย ผลผลิตภาพ และการสูญเสียคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การสูญเสียคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้รับการวัดมูลค่าโดยใช้ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALYs) และแปลงเป็นมูลค่าโดยใช้แนวทางทุนมนุษย์ ซึ่งกำหนดมูลค่าเท่ากับ 0.5 เท่าของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัว (per capita) (Stenberg et al., 2017) ในส่วนของการสูญเสียผลผลิตภาพใช้การประมาณการตามอัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน และรายได้ที่ลดลง ขณะที่ต้นทุนการรักษาพยาบาลทางตรงอ้างอิงจากอัตราการเบิกจ่ายของแต่ละประเทศ

ต้นทุนทั้งหมดคำนวณโดยใช้อัตราคิดลดที่ร้อยละ 3 ตามคำแนะนำสากล (Haacker et al., 2020) แบบจำลองนี้จำลองกลุ่มประชากรที่เกิดในปีเดียวกัน (birth cohort) ของทั้งมารดาและบุตร โดยคาดการณ์ผลลัพธ์ในระยะเวลา 10 ปีสำหรับมารดา และสูงสุด 40 ปีสำหรับเด็ก ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของมารดาและเด็กที่เชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดถูกจำลองขึ้นโดยอาศัยหลักฐานทางระบาดวิทยาจากการศึกษาติดตามกลุ่มประชากรตั้งแต่แรกเกิด (Surkan et al., 2011; Smith-Fawzi et al., 2019; Dadi et al., 2020) ทั้งนี้ ในแบบจำลองได้ใช้ข้อมูลเฉพาะของประเทศไทยหรือข้อมูลในระดับภูมิภาคตามที่มีข้อมูลปรากฏอยู่

ค) ค่าประมาณต้นทุนรวมและต้นทุนจำแนกตามประเภท

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดสร้างภาระทางเศรษฐกิจที่มีมูลค่าสูงอย่างมีนัยสำคัญในประเทศไทยหากไม่มีการขยายการบำบัดรักษาอย่างเพียงพอ

- ต้นทุนรวมต่อสตรีที่คลอดบุตรหนึ่งคน: 3,253 ดอลลาร์สหรัฐ (105,000 บาท)
- ต้นทุนรวม (กลุ่มประชากรที่เกิดต่อปี): 2.1 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (68,000 ล้านบาท)

ภาระทางเศรษฐกิจรวมต่อปี

**2.1 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ /
68,000 ล้านบาท**

ต่อกลุ่มประชากรที่เกิดต่อปี (birth cohort)

ต้นทุนดังกล่าวจำแนกตามกลุ่มประชากรดังนี้:

- ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับมารดา: 1.16 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (38,000 ล้านบาท) (ร้อยละ 54)
- ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับเด็ก: 0.94 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (30,000 ล้านบาท) (ร้อยละ 46)

การประมาณการเหล่านี้สะท้อนต้นทุนตลอดช่วงชีวิตที่ได้ปรับด้วยอัตราคิดลดเป็นมูลค่าปัจจุบันแล้ว โดยครอบคลุมทั้งผลกระทบในระยะสั้นและผลกระทบระยะยาวต่อมารดาและบุตร

ขนาดของต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับเด็กนั้นยิ่งำถึงการส่งต่อภาระทางเศรษฐกิจจากรุ่นสู่รุ่น (intergenerational transmission) ที่เกี่ยวข้องปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดที่ไม่ได้รับการบำบัดรักษา (Bauer et al., 2022; Bauer et al., 2024)

ในทุกมิติ ภาระทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่เกิดจากต้นทุนทางอ้อมมากกว่าที่จะเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยตรง



สำหรับมารดา:

- การสูญเสียผลิตภาพ (Productivity losses): 1,443 ดอลลาร์สหรัฐ (47,000 บาท) ต่อสตรีที่คลอดบุตรหนึ่งคน (ร้อยละ 80)
- การสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALY-related losses): 352 ดอลลาร์สหรัฐ (11,500 บาท) ต่อสตรีที่คลอดบุตรหนึ่งคน (ร้อยละ 20)

สำหรับบุตร:

- การสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALY-related losses): 1,032 ดอลลาร์สหรัฐ (33,700 บาท) ต่อสตรีที่คลอดบุตรหนึ่งคน (ร้อยละ 71)
- การสูญเสียรายได้ในอนาคต (Future income losses): 335 ดอลลาร์สหรัฐ (11,000 บาท) ต่อสตรีที่คลอดบุตรหนึ่งคน (ร้อยละ 23)
- ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลโดยตรง (Direct healthcare costs): 91 ดอลลาร์สหรัฐ (3,000 บาท) ต่อสตรีที่คลอดบุตรหนึ่งคน (ร้อยละ 6)

โดยรวม การสูญเสียผลิตภาพและการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) คิดเป็นส่วนใหญ่ของต้นทุนทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ระดับโลกและในหลายประเทศก่อนหน้านี้ (Chisholm et al., 2016) สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบระยะยาวของปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปรกัมเนิดต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตและทำงาน การมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต

ง) นัยสำคัญต่อการลงทุน

ต้นทุนโดยประมาณ 2.1 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (68,000 ล้านบาท) สำหรับกลุ่มประชากรที่เกิดต่อปีถือเป็นภาระทางเศรษฐกิจที่มีมูลค่าสูงอย่างมีนัยสำคัญและส่วนมากมักไม่ถูกมองเห็น เนื่องจากต้นทุนส่วนใหญ่เกิดขึ้นนอกภาคบริการสุขภาพ การที่ต้นทุนส่วนมากมาจากการสูญเสียผลิตภาพในการทำงานและการสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับ DALY แสดงให้เห็นว่า เมื่อพิจารณาจากมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ การประเมินต้นทุนในระบบสุขภาพปัจจุบันอาจยังประเมินผลกระทบที่แท้จริงต่อสังคมต่ำกว่าความเป็นจริงอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อค้นพบเหล่านี้สนับสนุนให้การลงทุนด้านสุขภาพจิตมารดาเป็นประเด็นนโยบายสำคัญลำดับต้นๆ ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

สัดส่วนต้นทุนที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับบุตรยังสะท้อนให้เห็นว่า สุขภาพจิตมารดาเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาทุนมนุษย์ในระยะยาว ซึ่งส่งผลกระทบต่อการศึกษา ตลาดแรงงาน และการเติบโตทางเศรษฐกิจ (WHO, 2008; 2022) และเนื่องจากต้นทุนเหล่านี้จำนวนมากสามารถบรรเทาได้ผ่านการคัดกรองและการรักษาที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ดังนั้น การลงทุนในสุขภาพจิตในช่วงปรกัมเนิดจึงมีศักยภาพในการสร้างผลตอบแทนทางเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญ แม้แต่การลดของความชุกหรือลดความรุนแรงลงบางส่วนก็สามารถนำไปสู่การประหยัดต้นทุนที่มีนัยสำคัญในหลายภาคส่วนเมื่อเวลาผ่านไป

9. การอภิปราย

ก) ผลการวิจัยที่สำคัญ

การวิเคราะห์นี้ได้สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากข้อมูลทั่วโลกและประเทศไทยเกี่ยวกับสุขภาพจิตในช่วง
ปริกำเนิด ครอบคลุมประเด็นด้านความชุก ปัจจัยเสี่ยง ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การจัดบริการ การตอบสนองเชิง
นโยบาย และผลกระทบทางเศรษฐกิจ

วรรณกรรมที่ทบทวนชี้ให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดเป็นภาระสำคัญในระดับโลก และส่งผลกระทบ
ต่อประชากรทั้งในประเทศที่มีรายได้สูง ประเทศที่มีรายได้ปานกลาง และประเทศที่มีรายได้น้อย และกลุ่มที่มีความ
เสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ที่เผชิญกับความเครียดทางเศรษฐกิจและสังคม ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับเพศภาวะ ประวัติ
ความเจ็บป่วยทางจิต และปัญหาทางจิตสังคม แม้ว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมน่าจะมีบทบาทสำคัญ แต่ผล
การศึกษาที่พบในกลุ่มบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมมีความเกี่ยวข้องใน
ทุกกลุ่มสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (McNab et al., 2022a; McNab et al., 2022b; Wilson et al., 2024;
Stevenson et al., 2023; Resolve Global Health, 2025)

ปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดที่ไม่ได้รับการรักษามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพมารดาที่ไม่พึง
ประสงค์ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม สุขภาพทารกที่บกพร่อง และผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็กในระยะยาวที่
ด้อยลง

ปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดที่ไม่ได้รับการรักษามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพมารดาที่ไม่พึงประสงค์
ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม สุขภาพทารกที่บกพร่อง และผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็กในระยะยาวที่ด้อยลง
ผลกระทบเหล่านี้ขยายวงกว้างเกินกว่าสุขภาพของมารดา โดยก่อให้เกิดผลกระทบจากรุ่นสู่รุ่นและผลกระทบต่อ
สังคมในวงกว้าง (Dadi et al., 2020; Surkan et al., 2011; Wilson et al., 2024; Stevenson et al., 2023)

ข) ประเทศไทยในบริบทโลก

หลักฐานจากประเทศไทยมีความสอดคล้องกับรูปแบบที่พบในประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลางในระดับ
โลก ขณะเดียวกันก็สะท้อนให้เห็นพลวัตเฉพาะในระดับประเทศ อัตราความชุกที่รายงานในประเทศไทยมีความ
แตกต่างกันอย่างมากระหว่างภูมิภาคและกลุ่มประชากร โดยพบอัตราที่สูงกว่าในกลุ่มสตรีในจังหวัดภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือและชุมชนผู้ย้ายถิ่น เช่น พื้นที่บริเวณชายแดนไทย–เมียนมา ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นดังกล่าว

น่าจะสะท้อนถึงความเปราะบางที่ทับซ้อนกันหลายมิติ ได้แก่ ความไม่มั่นคงด้านสถานะทางกฎหมาย การถูกแยกตัวจากสังคม และการเข้าถึงบริการที่จำกัด ข้อค้นพบดังกล่าวยังสอดคล้องกับหลักฐานระดับนานาชาติที่ชี้ให้เห็นถึงความเปราะบางที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการอพยพย้ายถิ่น ซึ่งสนับสนุนความจำเป็นของยุทธศาสตร์ระดับชาติที่มุ่งเน้นความเป็นธรรม (Phoosuwan et al., 2018; Phoosuwan et al., 2020a; Fellmeth et al., 2021; Stevenson et al., 2023)

หลักฐานจากประเทศไทยยังตอกย้ำว่า ความเครียดทางการเงินไม่ได้เกิดขึ้นจากความยากจนโดยตรงเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกิดจากค่าใช้จ่ายทางอ้อมในการดูแลสุขภาพและการไม่ได้รับความคุ้มครองทางสังคม เช่น สิทธิการลาคลอด ดังที่พบในกลุ่มสตรีที่ทำงานในภาคแรงงานนอกระบบ อย่างไรก็ตาม สตรีที่มีรายได้สูงกว่ายังคงอาจมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน หากเผชิญกับปัจจัยกีดกันทางจิตสังคม (เช่น การสนับสนุนทางสังคมที่จำกัด การตั้งครร์กโดยไม่พร้อม หรือความขัดแย้งในความสัมพันธ์) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยเหล่านี้ที่มีมากกว่าสถานะทางเศรษฐกิจ เพียงอย่างเดียว (Resolve Global Health, 2025; OECD, 2025; Sornmayura et al., 2024; Tuksanawes et al., 2020)

นอกจากนี้ ผลลัพธ์ทางยุติธรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำ และภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ยังสอดคล้องกับวรรณกรรมในระดับโลก และสนับสนุนความสำคัญของการคัดกรองและการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (Tuksanawes et al., 2020; Dadi et al., 2020)

ยิ่งไปกว่านั้น การฆ่าตัวตายของมารดาและความคิดฆ่าตัวตายเป็นผลลัพธ์ที่รุนแรงเป็นพิเศษ แต่ยังคงไม่ได้รับการตระหนักรู้เพียงพออย่างเป็นระบบ เนื่องจากการตีตราและข้อจำกัดของระบบการเฝ้าระวังและการจัดประเภทสาเหตุการเสียชีวิต ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ภาระที่แท้จริงของปัญหาถูกประเมินต่ำกว่าความเป็นจริงในระบบเฝ้าระวังระดับชาติ (Phoosuwan et al., 2018; Jatchavala et al., 2023)

ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยแตกต่างจากหลายประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง เนื่องจากประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีอัตราการใช้บริการฝากครรภ์ในอัตราสูง และมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำในบริการฝากครรภ์ (Wannasewok et al., 2022; Phoosuwan et al., 2018) แม้ว่าประเทศไทยจะมีข้อได้เปรียบเชิงโครงสร้างดังกล่าว แต่ก็ยังคงพบปัญหาการไม่ได้รับการตระหนักรู้ ความแตกต่างในการดำเนินงาน และการติดตามผลที่ข้อจำกัด ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการครอบคลุมของบริการเพียงพออย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการบูรณาการสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการอย่างสมบูรณ์ (Phoosuwan et al., 2021; Sornmayura et al., 2024; Jatchavala et al., 2023) โดยภาพรวม หลักฐานชี้ให้เห็นว่าความท้าทายของประเทศไทยไม่ได้อยู่ที่การเข้าถึงบริการสุขภาพมารดาในระยะเริ่มต้น หากแต่อยู่ที่ระดับความลึกและคุณภาพของการบูรณาการสุขภาพจิตเข้าสู่การดูแลดังกล่าว

ข้อค้นพบเหล่านี้ควรได้รับการตีความภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย ซึ่งมักให้ความสำคัญกับการอดกลั้นทางอารมณ์และความอดทน โดยเป็นไปเพื่อรักษาความปรองดองในสังคม สิ่งนี้อาจสามารถขัดขวางการเปิดเผยความทุกข์ทางจิตใจ ส่งผลให้ความทุกข์ทางจิตใจถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติ และทำให้การแสวงหาความช่วยเหลือล่าช้าออกไป (Resolve Global Health, 2025)

การตีตราอาจนำไปสู่การลดทอนความสำคัญของอาการ การจำแนกที่คลาดเคลื่อน และความเจ็บงัน โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย โดยภาพรวม ข้อค้นพบเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าความเปราะบางด้านสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดในประเทศไทยไม่ได้ถูกกำหนดโดยปัจจัยเสี่ยงระดับปัจเจกบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยกำหนดที่กว้างขึ้นและเชื่อมโยงกัน เช่น นโยบายการอพยพย้ายถิ่น บรรทัดฐานทางเพศและวัฒนธรรม และการคุ้มครองแรงงาน

ค) นัยยะต่อระบบสุขภาพและนโยบาย

แม้ว่าประเทศไทยจะมีเครื่องมือคัดกรองที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องแล้วหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็น EPDS และเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q แต่ปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดยังคงไม่ได้รับการตระหนักรู้ ไม่ได้รับการวินิจฉัย และไม่ได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ ดังนั้น การเสริมสร้างการคัดกรองในระยะฝากครรภ์จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการยกระดับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (WHO) เน้นย้ำถึงความสำคัญของการบูรณาการสุขภาพจิตเข้าสู่บริการสุขภาพมารดาและเด็ก ผ่านการคัดกรองเป็นประจำ รูปแบบการดูแลแบบเป็นขั้นตอน (stepped-care models) แนวทางการกระจายภาระงาน และการเสริมสร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วย (WHO, 2022; Phoosuwan et al., 2021; Sornmayura et al., 2024)

เมื่อพิจารณาจากมีการใช้เครื่องมือคัดกรองอยู่แล้ว ประเทศไทยจึงจัดว่าอยู่ในตำแหน่งที่ค่อนข้างพร้อมเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศ LMICs อีกหลายประเทศที่ยังมีข้อจำกัดด้านการตรวจพบปัญหา หลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศ LMICs แสดงให้เห็นว่า แนวทางการกระจายภาระงานโดยอาศัยการฝึกอบรมบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นแนวทางที่มีศักยภาพและมีประสิทธิผล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวทางที่สามารถนำไปขยายผลในประเทศไทยได้ (Prina et al., 2023; McNab et al., 2022b; Abdelghaffar et al., 2023)

อย่างไรก็ตาม ช่องว่างในการดำเนินงานอาจเป็นข้อจำกัดต่อการนำแนวทางขององค์การอนามัยโลกไปใช้ได้อย่างเต็มรูปแบบ ปัจจุบันยังพบความแตกต่างของเกณฑ์การคัดกรอง ความสอดคล้องของกลไกการส่งต่อผู้ป่วย และข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องในการดูแลระหว่างบริการปฐมภูมิกับบริการสุขภาพจิตเฉพาะทาง (Phoosuwan et al., 2021; Sornmayura et al., 2024; Jatchavala et al., 2023)

นอกจากนี้ ยังมีความท้าทายเชิงโครงสร้างที่จำกัดการขยายผลในระดับประเทศ การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิตและการกระจุกตัวของจิตแพทย์ในเขตเมืองถือเป็นอุปสรรคเชิงโครงสร้างที่สำคัญต่อการขยายบริการในระดับชาติ ข้อจำกัดด้านกำลังคนดังกล่าวยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นจากการลงทุนด้านบริการสุขภาพจิตในระดับประเทศที่ยังมีจำกัด (Phiphophathsanee, 2025; Wannasewok et al., 2022)

ดังนั้น แม้ว่าแนวทางการกระจายภาระงานจะเป็นแนวทางที่สามารถดำเนินการได้จริงและได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และแม้ว่าประเทศไทยจะมีความพร้อมเชิงโครงสร้างในการนำรูปแบบการดูแลที่องค์การอนามัยโลกแนะนำไปใช้ แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการสนับสนุนเชิงนโยบายที่ชัดเจนยิ่งขึ้นและการจัดสรรทรัพยากรเพิ่มเติม ยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านสุขภาพจิตในช่วงปรัการเิดควรเชื่อมโยงการคัดกรอง การส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนา กำลังคน การติดตามประเมินผล และความรับผิดชอบของระบบบริการ ทั้งในระดับปฐมภูมิและบริการเฉพาะทางเข้าด้วยกัน ที่สำคัญ การคัดกรองเป็นสิ่งจำเป็นแต่ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากการตรวจพบปัญหาโดยปราศจากการรักษาจะก่อให้เกิดช่องว่างทั้งในเชิงจริยธรรมและทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย

ง) ข้อจำกัดของภูมิทัศน์หลักฐานเชิงประจักษ์

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างด้านระเบียบวิธีวิจัยที่ยังคงมีอยู่ในงานศึกษาด้านสุขภาพจิตในช่วงปรัการเิดของประเทศไทย งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional studies) และมุ่งเน้นการศึกษาความสัมพันธ์เป็นหลัก ขณะที่งานวิจัยที่ศึกษาความเป็นเหตุเป็นผล (causality) หรือการแทรกแซง (intervention) ยังมีอยู่จำกัด จึงยังมีโอกาสอย่างมากในการพัฒนาการศึกษาแบบติดตามกลุ่มประชากรไปข้างหน้า (prospective studies) และการศึกษาเชิงแทรกแซง (interventional study designs) ซึ่งมีความเหมาะสมมากกว่าสำหรับการอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลเมื่อเทียบกับการศึกษาเชิงสังเกตย้อนหลัง (retrospective observation designs) ความเข้าใจเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผลมีความสำคัญต่อการระบุปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้และนำไปสู่การออกแบบมาตรการแทรกแซงที่เหมาะสม โครงการศึกษาติดตามกลุ่มประชากรแบบไปข้างหน้าของโรงพยาบาลศิริราชที่กำลังดำเนินอยู่สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการสร้างข้อมูลภายในประเทศที่มีความเข้มแข็งมากขึ้น และสามารถนำไปใช้สนับสนุนการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติในอนาคตได้อย่างน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น (Samranjit et al., 2025; Sutthi et al., 2025)

แม้ว่าการคัดกรองจะได้รับการบูรณาการเข้าสู่บริการฝากครรภ์ตามปกติแล้ว แต่ความไม่สอดคล้องของเครื่องมือคัดกรอง ช่วงเวลาที่ใช้ประเมิน และเกณฑ์การตัดคะแนน ยังคงเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความแตกต่างอย่างมากของอัตราความชุกที่รายงาน งานวิจัยที่ใช้ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ในรูปแบบต่าง ๆ และเครื่องมือคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) ของกระทรวงสาธารณสุข ให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันอย่างมา ก ซึ่งจำกัด

ความสามารถในการเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างงานวิจัยต่าง ๆ (Phoosuwan et al., 2021; Sornmayura et al., 2024)

นอกจากนี้ งานวิจัยบางงานในประเทศไทยยังรายงานถึงการให้ความสำคัญต่อปัจจัยทางวัฒนธรรมและบริบทที่ยังจำกัด รวมถึงการรายงานความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ที่ยังไม่เพียงพอ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ อาจลดความสามารถในการทำการศึกษซ้ำ (reproducibility) จำกัดการตีความเชิงเหตุและผล และเพิ่มความเสี่ยงต่ออคติจากปัจจัยกวน (confounding bias) และความไม่สม่ำเสมอในการวัดผล (Sutthi et al., 2025) หากปราศจากความสอดคล้องด้านระเบียบวิธีวิจัยและการกำหนดมาตรฐานตามบริบทที่ดีขึ้น การพัฒนานโยบายที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์อาจยังคงมีข้อจำกัดต่อไป

มาตรการแทรกแซงในระดับชุมชนและแนวทางการกระจายภาระงานยังไม่ได้รับการประเมินอย่างเพียงพอในบริบทของประเทศไทย แม้ว่าหลักฐานระดับโลกจะสนับสนุนประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าวในประเทศ LMICs (Prina et al., 2023; Jatchavala et al., 2023) งานวิจัยในอนาคตไม่ควรให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของมารดาเท่านั้น แต่ควรให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ด้านพัฒนาการของเด็กในระยะยาวด้วย อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านพัฒนาการของเด็กที่ยังมีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลให้ขนาดของผลกระทบจากฐานข้อมูลที่แท้จริงยังคงเป็นช่องว่างของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญในบริบทประเทศไทย

ความท้าทายด้านการเฝ้าระวังยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะการรายงานการฆ่าตัวตายที่ต่ำกว่าความเป็นจริงและการจำแนกข้อมูลที่คลาดเคลื่อนภายในระบบยุติธรรม ซึ่งอาจทำให้การฆ่าตัวตายในช่วงปริกำเนิดไม่ได้รับการบันทึกอย่างถูกต้อง (Jatchavala et al., 2023) การแก้ไขช่องว่างด้านระเบียบวิธีวิจัยและระบบเฝ้าระวังดังกล่าวจะมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างฐานหลักฐานระดับชาติในอนาคต ขณะเดียวกัน ความพยายามด้านการวิจัยควรคำนึงถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมและบริบทควบคู่กันไป เพื่อให้ผลการศึกษามีความเหมาะสมและสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทของประเทศไทย

จ) นัยยะสำหรับอนาคต

ผลการศึกษาของเราได้ระบุช่องว่างสำคัญในข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน รายละเอียดด้านการคัดกรอง และการบูรณาการบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดในประเทศไทย การเสริมสร้างระบบสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดในระดับประเทศจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานที่ประสานกันและต่อเนื่อง ทั้งในระดับพื้นที่และระดับระบบสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดที่ครอบคลุม ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก สุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดควรได้รับการบูรณาการเข้าสู่บริการสุขภาพมารดาและบุตร ไม่

เพียงเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดเท่านั้น แต่ยังรวมถึงผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็กในระยะยาวด้วย (WHO, 2022)

นโยบายหลักที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานแนวทางการคัดกรองและเกณฑ์การคัดคะแนน การจัดให้มีกลไกการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจนและความสอดคล้องกันทั่วประเทศ และการเสริมสร้างความต่อเนื่องในการดูแลระหว่างบริการปฐมภูมิกับบริการเฉพาะทาง นอกจากนี้ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลลัพธ์ที่รุนแรง โดยเฉพาะการฆ่าตัวตายในช่วงปริกำเนิด มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเสริมสร้างความรับผิดชอบของระบบและสนับสนุนการกำหนดนโยบายที่ตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Jatchavala et al., 2023; WHO, 2022)

ข้อจำกัดด้านกำลังคนและการกระจุกตัวของผู้เชี่ยวชาญในเขตเมือง ล้วนเป็นเหตุผลในการนำแนวทางการกระจายภาระงานมาใช้ โดยพยาบาลที่ได้รับการอบรม พยาบาลผดุงครรภ์ และอาสาสมัครหรือบุคลากรสาธารณสุขชุมชนสามารถให้การแทรกแซงทางจิตสังคมระยะสั้นที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับได้ ซึ่งถือเป็นแนวทางที่สามารถดำเนินการได้จริงสำหรับการขยายผลภายใต้โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่มีอยู่ของประเทศไทย (Prina et al., 2023; Phiphophathsanee, 2025)

การแก้ไขปัญหাসภาพจิตในช่วงปริกำเนิดจำเป็นต้องขยายขอบเขตให้ครอบคลุมมากกว่าภาคสาธารณสุข และต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงทางเศรษฐกิจและสังคมด้วย (OECD, 2025) ตัวอย่างเช่น การขยายมาตรการคุ้มครองทางสังคมให้ครอบคลุมมารดาที่ทำงานในภาคแรงงานนอกระบบ นอกจากนี้ สุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดไม่ได้เป็นเพียงประเด็นด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังเป็นประเด็นด้านเศรษฐกิจด้วย ขณะเดียวกัน ทศนคติของสังคมต่อสุขภาพจิตและการตีตราที่เกี่ยวข้องอาจได้รับประโยชน์จากการดำเนินกิจกรรมให้ความรู้แก่สาธารณชนในวงกว้าง การลดการตีตราอาจช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปิดเผยความทุกข์ทางจิตใจตั้งแต่วัยเริ่มต้น และช่วยให้สามารถระบุสัญญาณเตือนที่สำคัญได้เร็วยิ่งขึ้น แทนที่จะมองว่าอาการดังกล่าวเป็นเพียงการปรับตัวตามปกติหลังคลอดบุตร (Resolve Global Health, 2025)

ในมุมมองด้านการวิจัย การศึกษาในอนาคตควรก้าวข้ามการประมาณอัตราความชุกเพียงอย่างเดียว และมุ่งสู่การศึกษาเชิงแทรกแซง/มาตรการบำบัดที่ประเมินทั้งผลลัพธ์ด้านสุขภาพมารดาและผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็ก หลักฐานดังกล่าวจะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการประเมินประสิทธิผลของมาตรการที่ถูกนำไปดำเนินการจริง

โดยสรุป สุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดในประเทศไทยเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญ การปรับรากฐานเชิงนโยบายที่มีอยู่ให้กลายเป็นการดำเนินงานเชิงระบบที่มีประสิทธิผล เป็นธรรม และยั่งยืน มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการยกระดับผลลัพธ์สำหรับมารดาและคนรุ่นต่อไป หากปราศจากการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง ภาระจากปัญหา

สุขภาพจิตในช่วงปรักำเนิดที่ไม่ได้รับการรักษาจะยังคงก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในระยะยาวในประเทศไทย
ทั้งในระดับทางการแพทย์และต่อระบบสังคมในวงกว้าง

10. ข้อเสนอแนะ: แผนงานระดับชาติด้านสุขภาพจิตในช่วงปรัการเิดในประเทศไทย

การแก้ไขปัญหสุขภาพจิตในช่วงปรัการเิดในประเทศไทยจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานที่ประสานกันหลายภาคส่วน เพื่อเสริมสร้างระบบสุขภาพมารดาที่มีอยู่ควบคู่ไปกับการบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมตลอดช่วงชีวิต แม้ว่าประเทศไทยจะมีความครอบคลุมของการฝากครรภ์ในระดับสูงและมีเครื่องมือคัดกรองที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง แต่ยังคงมีช่องว่างด้านการบูรณาการบริการ เส้นทางการรักษา ศักยภาพของกำลังคน และความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากรต่างๆ

แผนงานนี้กำหนดเสาหลัก 5 ประการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการกำกับดูแล การจัดทำแผนผังของบริการที่มีอยู่ การพัฒนาและการดำเนินการตามแนวปฏิบัติแห่งชาติ ควบคู่กับการส่งมอบแนวทางแก้ไขในเวลาเดียวกัน และการกำหนดวาระการวิจัยและการติดตามเฝ้าระวังระดับชาติ

การดำเนินงานตามแผนงานควรแบ่งออกเป็นระยะ โดยเริ่มจากการนำร่องในจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือก ตามด้วยการประเมินผลและการขยายผลระดับชาติอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทั้งนี้ ในช่วงแรกควรให้ความสำคัญกับการกำหนดมาตรฐานขั้นตอนการคัดกรอง การฝึกอบรมบุคลากร และการจัดตั้งเส้นทางการส่งต่อผู้ป่วย ก่อนที่จะขยายผลไปสู่การปฏิรูประบบในวงกว้างต่อไป

แผนงานระดับชาติ

1

ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

จัดตั้งพันธมิตรสุขภาพจิตในช่วงปรัการเฝ้าระดับชาติ โดยรวบรวมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากสาขาสุนตาสตร จิตเวชศาสตร กุมารเวชศาสตร การพยาบาล วิชาการ และภาคประชาสังคม เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกันและความสอดคล้องข้ามภาคส่วน

2

การจัดทำแผนผังระบบการดูแลที่มีอยู่

ประเมินแนวปฏิบัติการคัดกรอง เส้นทางการส่งต่อผู้ป่วย การกระจายตัวของบุคลากร ความไม่เท่าเทียมทางภูมิศาสตร และโครงการนำร่องที่มีอยู่ในพื้นที่เมืองและชนบทเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

3

การพัฒนาแนวปฏิบัติแห่งชาติด้านสุขภาพจิตในช่วงปรัการเฝ้า

แนวปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมความต่อเนื่องของการดูแลอย่างครบถ้วน ตั้งแต่การพยากรณ์ความเสี่ยงไปจนถึงการรักษา การดำเนินงาน และการจัดหาแหล่งเงินทุน

4

การส่งมอบแนวทางแก้ไขแบบคู่ขนาน

ดำเนินการมาตรการเร่งด่วนแบบคู่ขนาน ได้แก่ การฝึกอบรมบุคลากร การปรับปรุงสมดชมพู ชุดเครื่องมือสำหรับสูนตแพทย/นรีแพทย และกุมารแพทย การมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่ไม่ใช่การแพทย และมาตรการแทรกแซงเร่งด่วนที่ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือค่าใช้จ่ายต่ำ

5

วาระการวิจัยและการติดตามเฝ้าระวังระดับชาติ

กรอบการเฝ้าระวังสุขภาพจิตในช่วงปรัการเฝ้า การศึกษาติดตามกลุ่มประชากรระยะยาว (ต้อยอดจากการศึกษาของรพ.ศิริราช) เครื่องมือที่ได้มาตรฐาน การรายงานการฆ่าตัวตายที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น และการออกแบบการศึกษาเชิงแทรกแซง

ก) ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การเสริมสร้างระบบสุขภาพจิตในช่วงปรัการเฝ้าในประเทศไทยจำเป็นต้องอาศัยการประสานงานระหว่างภาครัฐ สถานพยาบาล สถาบันวิชาการ ภาคประชาสังคม และชุมชนผู้มีประสบการณ์ตรง รูปแบบหนึ่งที่ถูกนำไปใช้ในประมาณ 20 ประเทศทั่วโลก คือการพัฒนา "พันธมิตร" เพื่อสร้างระบบนิเวศสุขภาพจิตในช่วงปรัการเฝ้าระดับชาติ โดยการรวบรวมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ สมาคมสูนตาสตรและนรีเวชวิทยา สมาคมจิตเวชศาสตร กลุ่มกุมาร

แพทย์และเวชปฏิบัติทั่วไป หน่วยงานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชน

แนวทางนี้มุ่งเสริมสร้างความสอดคล้องข้ามภาคส่วน ลดความเป็นกระต่อนกระแท่น และสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกันในลำดับความสำคัญด้านสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิด การมีส่วนร่วมกับองค์กรต่างๆ เช่น ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ตลอดจนบริการสุขภาพมารดาและเด็ก และหน่วยงานพันธมิตรระหว่างประเทศ จะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติ การฝึกอบรมบุคลากร เส้นทางการส่งต่อผู้ป่วย การสนับสนุนเชิงนโยบาย และการบูรณาการระบบในระยะยาว

ข) การจัดทำแผนผังระบบการดูแลที่มีอยู่

จำเป็นต้องมีการจัดทำแผนผังบริการสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดระดับชาติอย่างครอบคลุม เพื่อกำหนดแนวทางพื้นฐานสำหรับการดำเนินการ ซึ่งควรครอบคลุมการประเมินแนวปฏิบัติการคัดกรองในปัจจุบันในบริการฝากครรภ์ และหลังคลอด การระบุเครื่องมือที่ใช้ เช่น EPDS และ 2Q และการบันทึกเส้นทางการส่งต่อและระบบติดตาม ในขณะเดียวกัน ควรประเมินความพร้อมและการกระจายตัวของบริการสุขภาพจิตเฉพาะทาง และทำความเข้าใจศักยภาพบุคลากรในพื้นที่เมืองและชนบท

การจัดทำแผนผังนี้ควรระบุความไม่เท่าเทียมทางภูมิศาสตร์และเศรษฐกิจสังคมในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะระหว่างประชากรในและนอกระบบเศรษฐกิจ รวมถึงจุดที่เกิดความขาดตอนระหว่างระบบสุขภาพมารดาและระบบสุขภาพจิต นอกจากนี้ ควรบันทึกโครงการนำร่อง การแทรกแซงที่สนับสนุนโดยองค์กรพัฒนาเอกชน และโครงสร้างสนับสนุนชุมชนแบบไม่เป็นทางการที่มีอยู่ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการขยายผลในอนาคต

ค) การพัฒนาแนวปฏิบัติแห่งชาติด้านสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดที่อิงหลักฐาน

การพัฒนาแนวปฏิบัติสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิด (PMH) แห่งชาติควรยึดหลักการปฏิบัติที่อิงหลักฐานและสอดคล้องกับคำแนะนำระดับสากล ในขณะเดียวกันก็ต้องสามารถปรับใช้ได้กับบริบทสุขภาพของประเทศไทย แนวปฏิบัติควรครอบคลุมความต่อเนื่องของการดูแลตั้งแต่การตรวจพบความเสี่ยงตั้งแต่ระยะต้น ไปจนถึงการรักษา การดำเนินงาน และการจัดหาแหล่งเงินทุน

1. การพยากรณ์ (Prediction):

เสริมสร้างการระบุตัวสตรีที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด ผ่านการบูรณาการการคัดกรองความเสี่ยงทางจิตสังคมเข้าสู่การดูแลฝากครรภ์เป็นประจำ รวมถึงการประเมินความเปราะบางทางเศรษฐกิจ สังคม ประวัติปัญหาสุขภาพจิต และปัจจัยกีดตันทางจิตสังคม

2. การป้องกัน (Prevention):

ดำเนินมาตรการป้องกันในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด ครอบคลุมการสนับสนุนทางจิตสังคม การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการให้ความรู้แก่ชุมชน เพื่อลดการตีตราและเสริมสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่เป็นปัจจัยคุ้มครอง

3. การระบุปัญหา (Identification):

กำหนดมาตรฐานขั้นตอนการคัดกรองระดับชาติในบริการฝากครรภ์และหลังคลอด ครอบคลุมการใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องอย่างสอดคล้องกัน (เช่น EPDS, 2Q) เวลาคัดกรองที่สม่ำเสมอ และเกณฑ์คะแนนตัดที่ได้ตกลงร่วมกัน เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบและดูแลต่อเนื่องได้

4. การบำบัดรักษา (Treatment):

นำรูปแบบการดูแลแบบเป็นขั้นตอนมาใช้ ครอบคลุมการแทรกแซงทางจิตสังคมที่มีความเข้มข้นต่ำผ่านแนวทาง การกระจายภาระงาน การบำบัดทางจิตวิทยาที่อิงหลักฐาน (เช่น CBT, IPT) และการจัดการทางเภสัชวิทยาที่เหมาะสมสำหรับกรณีปานกลางถึงรุนแรง โดยมีเส้นทางการส่งต่อที่ชัดเจนระหว่าง การดูแลปฐมภูมิและบริการ เฉพาะทาง

5. การดำเนินงานและการขยายผลแบบเป็นระยะ (Implementation and Phased Roll-Out):

ดำเนินการขยายผลระดับชาติแบบเป็นระยะ โดยเริ่มจากพื้นที่นำร่องในจังหวัดที่คัดเลือกทั้งในเขตเมืองและชนบท ตามด้วยการขยายผลที่ได้รับการชี้แนะจากผลการประเมิน ซึ่งควรครอบคลุมการฝึกอบรมบุคลากร การบูรณาการ เครื่องมือสุขภาพดิจิทัลในกรณีที่เหมาะสม และการเสริมสร้างระบบการกำกับดูแลและการส่งต่อ เพื่อให้มั่นใจใน คุณภาพของการดูแล

6. งบประมาณและการจัดหาแหล่งเงินทุน:

พัฒนาแผนการดำเนินงานระดับชาติที่มีการคำนวณต้นทุนอย่างครบถ้วน ครอบคลุมการบูรณาการเข้ากับกลไก ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลยุทธ์การจัดหาแหล่งเงินทุนควรระบุแหล่งเงินทุนภายในประเทศที่ยั่งยืน พร้อมพิจารณาการลงทุนเสริมจากภายนอกหรือผู้บริจาคในช่วงเริ่มต้นของการขยายผล

ง) การส่งมอบแนวทางแก้ไขแบบคู่ขนาน

ควบคู่ไปกับการพัฒนาแนวปฏิบัติแห่งชาติ ควรดำเนินกลยุทธ์การดำเนินงานแบบคู่ขนานชุดหนึ่ง เพื่อให้สามารถแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างรวดเร็ว องค์ประกอบเหล่านี้มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร การกำหนดมาตรฐานเครื่องมือและทรัพยากร และการระบุดจุดเริ่มต้นที่เป็นไปได้สำหรับการดำเนินการตั้งแต่ระยะแรกภายในระบบที่มีอยู่

1. การฝึกอบรมและการพัฒนากำลังคน:

ขยายการพัฒนาศักยภาพสำหรับบุคลากรสุขภาพมารดาและปฐมภูมิที่มีอยู่ ผ่านการฝึกอบรมที่มีโครงสร้างเกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด การระบุปัญหา การสนับสนุนทางจิตสังคมขั้นพื้นฐาน และเส้นทางการส่งต่อ ควรให้ความสำคัญกับแนวทางการกระจายภาระงานเพื่อขยายการให้บริการในบริบทที่มีทรัพยากรจำกัด

2. การทบทวนและปรับให้สอดคล้องกับ “สมุดชมพู”:

“สมุดชมพู” ซึ่งมีคำแนะนำสำหรับการเลี้ยงดูบุตรและมีแบบประเมิน EPDS ควรได้รับการปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ พร้อมเพิ่มลิงก์ไปยังทรัพยากรอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึง EPDS ที่ผู้กรอกสามารถเข้าถึงทรัพยากรที่เหมาะสมและมีศักยภาพในการติดตามตามคะแนน

3. “ชุดเครื่องมือ” สำหรับการระบุปัญหา:

สูติแพทย์/นรีแพทย์และกุมารแพทย์ ซึ่งมีการติดต่อกับผู้ที่คาดว่าจะเป็นผู้ปกครองใหม่ มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลและระบุมารดาที่อาจมีปัญหาด้านสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิด โดยควรจัดเตรียม “ชุดเครื่องมือ” ทั้งเพื่อการศึกษาสำหรับตนเองและเพื่อมอบให้แก่ผู้ปกครองใหม่ (ทางกายภาพหรืออิเล็กทรอนิกส์)

4. ยุทธศาสตร์สำหรับภาคส่วนที่ไม่ใช่การแพทย์ (เช่น การพัฒนาสังคม):

บุคลากรด้านการดูแลสุขภาพและระบบสนับสนุนอื่นๆ ในประเทศไทยถือเป็นจุดติดต่อสำคัญที่มีปฏิสัมพันธ์กับมารดาใหม่ ควรได้รับการให้ความรู้และมอบข้อมูลที่เกี่ยวข้องสำหรับส่งต่อให้แก่ผู้ปกครองใหม่

5. การสำรวจมาตรการเร่งด่วนที่ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือค่าใช้จ่ายต่ำ:

ระบุและดำเนินมาตรการแทรกแซงที่ใช้ทรัพยากรน้อยซึ่งสามารถนำไปใช้ได้อย่างรวดเร็วภายในระบบสุขภาพที่มีอยู่ ซึ่งอาจรวมถึงการกำหนดมาตรฐานแนวปฏิบัติการคัดกรองที่มีอยู่ การบูรณาการข้อความด้านสุขภาพจิตในช่วงปริกำเนิดเข้าในการศึกษาฝากครรภ์ การริเริ่มลดการตีตราขั้นพื้นฐาน และการเสริมสร้างความตระหนักของผู้ให้บริการเกี่ยวกับเส้นทางการส่งต่อ

จ) วาระการวิจัยแห่งชาติและระบบติดตามเผ้าระวัง

วาระการวิจัยและการติดตามเผ้าระวังระดับชาติมีความจำเป็นต่อการรักษาความก้าวหน้าและเสริมสร้างฐานหลักฐาน ซึ่งควรครอบคลุมการพัฒนารอบการเผ้าระวังสุขภาพจิตในช่วงปรีกำเนิดที่บูรณาการเข้ากับระบบข้อมูลสุขภาพตามปกติ รวมถึงการศึกษาติดตามกลุ่มประชากรระยะยาวและหลายพื้นที่ เพื่อทำความเข้าใจความแปรปรวนข้ามกลุ่มประชากรและภูมิภาค

ควรให้ความสำคัญกับการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการกระจายภาระงานและการแทรกแซงในชุมชน ควบคู่กับการเสริมสร้างหลักฐานเกี่ยวกับผลลัพธ์พัฒนาการเด็กในระยะยาว ซึ่งยังคงเป็นช่องว่างสำคัญในบริบทไทย และควรขยายและใช้ประโยชน์จากการดำเนินงานที่มีอยู่ รวมถึงการศึกษาติดตามกลุ่มประชากรของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายระดับชาติ

นอกจากนี้ การกำหนดมาตรฐานเครื่องมือวัดและเกณฑ์ตัดมีความสำคัญต่อการปรับปรุงความสามารถในการเปรียบเทียบระหว่างการศึกษา ควรให้ความสำคัญกับการรายงานผลลัพธ์รุนแรงที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการฆ่าตัวตายในช่วงปรีกำเนิด เพื่อปรับปรุงความแม่นยำและความรับผิดชอบของระบบเผ้าระวัง ความพยายามเหล่านี้จะช่วยสนับสนุนฐานหลักฐานที่แข็งแกร่งและมีความเกี่ยวข้องกับนโยบายมากขึ้นสำหรับการตัดสินใจในอนาคต

11. ข้อจำกัดของรายงาน

รายงานฉบับนี้ควรได้รับการตีความโดยคำนึงถึงข้อจำกัดหลายประการภายในฐานหลักฐานที่มีอยู่และสมมติฐานของแบบจำลอง

ประการแรก ฐานข้อมูลหลักฐานไทยเกี่ยวกับสุขภาพจิตในช่วงปีกำเนิดยังคงค่อนข้างจำกัดเมื่อเทียบกับบริบทประเทศรายได้สูง และมุ่งเน้นไปที่ความผิดปกติทางอารมณ์ซึมเศร้าเป็นหลัก ขณะที่ยังมีหลักฐานเกี่ยวกับโรคจิตกังวล โรคจิตหลังคลอด โรคอารมณ์สองขั้ว และภาวะทางจิตเวชอื่นๆ ในช่วงปีกำเนิดอยู่น้อย

ประการที่สอง มีความแตกต่างด้านระเบียบวิธีวิจัยอย่างมากระหว่างการศึกษาต่างๆ รวมถึงความแตกต่างของเครื่องมือคัดกรอง ค่าจุดตัด กลุ่มประชากร และช่วงเวลาของการประเมิน นอกจากนี้ การศึกษาจำนวนมากยังเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ซึ่งจำกัดการตีความความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและความเข้าใจผลลัพธ์ในระยะยาว (Sutthi et al., 2025)

ประการที่สาม หลักฐานเกี่ยวกับผลลัพธ์พัฒนาการทารกและเด็กในระยะยาวในประเทศไทยยังมีจำกัด ซึ่งหมายความว่าผลกระทบข้ามรุ่นและผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างอาจถูกประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง

ประการที่สี่ การสร้างแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์อาศัยการผสมผสานระหว่างหลักฐานจากประเทศไทยและหลักฐานจากต่างประเทศในกรณีที่ไม่มีข้อมูลในประเทศ แม้ว่าจะอ้างอิงระเบียบวิธีที่เป็นที่ยอมรับและใช้หลักฐานที่ดีที่สุดเท่าที่มีอยู่ แต่ยังคงมีความไม่แน่นอนเกี่ยวกับขนาดที่แท้จริงของผลกระทบระยะยาวในบริบทของประเทศไทย

ประการสุดท้าย การตรวจพบน้อยกว่าความเป็นจริง การรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริง การตีตรา และข้อจำกัดของระบบการคัดกรองและเฝ้าระวัง อาจมีส่วนทำให้ประมาณการภาระที่แท้จริงของปัญหาสุขภาพจิตมารดาค่าต่ำกว่าความเป็นจริง เมื่อมีงานวิจัยไทยและข้อมูลจากการศึกษาติดตามกลุ่มประชากรแบบไปข้างหน้าเพิ่มเติม การประมาณการความชุก ปัจจัยเสี่ยง ประสิทธิภาพของการแทรกแซง และสมมติฐานของแบบจำลองเศรษฐศาสตร์อาจได้รับการปรับปรุงให้แม่นยำยิ่งขึ้น

โดยรวมแล้ว ข้อจำกัดเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการประมาณการที่น่าเสนอในรายงานฉบับนี้น่าจะเป็นค่าที่อนุรักษ์นิยม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาถึงการตรวจพบปัญหาที่ต่ำกว่าความเป็นจริง การเฝ้าระวังผลลัพธ์รุนแรงที่ไม่ครบถ้วน และความพร้อมของข้อมูลผลลัพธ์พัฒนาการเด็กระยะยาวในประเทศไทยที่มีจำกัด

12. ข้อมูลอ้างอิง

- Atif, N., Lovell, K., & Rahman, A. (2015). Maternal mental health: The missing “m” in the global maternal and child health agenda. *Seminars in Perinatology*, 39(5), 345–352.
<https://doi.org/10.1053/j.semperi.2015.06.007>
- Abdelghaffar, W., Philip, S., Ransing, R., & Daud, M. (2023). Perinatal mental health programs in low and middle-income countries: India, Thailand, and Tunisia. *Asian Journal of Psychiatry*, 87, 103704.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103704>
- Bauer, A., Garman, E., Besada, D., Field, S., Knapp, M., & Honikman, S. (2022a). Costs of common perinatal mental health problems in South Africa. *Global Mental Health*, 9, 429–438.
<https://doi.org/10.1017/gmh.2022.48>
- Bauer, A., Knapp, M., Alvi, M., Chaudhry, N., Gregoire, A., Malik, A., Sikander, S., Tayyaba, K., Waqas, A., & Husain, N. (2024). Economic costs of perinatal depression and anxiety in a lower middle-income country: Pakistan. *Journal of Affective Disorders*, 357, 60–67.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.061>
- Bauer, A., Knapp, M., Matijasevich, A., Osório, A., & de Paula, C. S. (2022b). The lifetime costs of perinatal depression and anxiety in Brazil. *Journal of Affective Disorders*, 319, 361–369.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.102>
- Bauer, A., Jatchavala, C., Kirdruang, P., Kositamongko, C., Musigavong, O., Pattanaseri, K., Honikman, S., Fisher, J., Stevens, S., Salehi, N., Knapp, M., Magoffin, H. R., & Sittanomai, N. (2026). *The costs of perinatal mental health problems: A modelling methodology and interactive cost calculator tool applied to Thailand* [Preprint]. SocArXiv. https://doi.org/10.31235/osf.io/gt3ue_v1
- Briggs, A., Claxton, K., & Sculpher, M. (2006). *Decision modelling for health economic evaluation*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198526629.001.0001>

- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Dadi, A. F., Miller, E. R., Bisetegn, T. A., & Mwanri, L. (2020). Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: An umbrella review. *BMC Public Health*, 20(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8293-9>
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4th ed.). Oxford University Press.
- Fellmeth, G., Plugge, E., Fazel, M., Nosten, S., Oo, M. M., Pimanpanark, M., Phichitpadungtham, Y., Fitzpatrick, R., & McGready, R. (2021). Perinatal depression in migrant and refugee women on the Thai–Myanmar border: Does social support matter? *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 376(1827), 20200030. <https://doi.org/10.1098/rstb.2020.0030>
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1012–1024.
- Haacker, M., Hallett, T. B., & Atun, R. (2020). On discount rates for economic evaluations in global health. *Health Policy and Planning*, 35(1), 107–114. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz127>
- Hong, S. A., & Buntup, D. (2023). Maternal depression during pregnancy and postpartum period among the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) countries: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 5099. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065099>

- Jatchavala, C., Philip, S., Malakar, H., Rongmei, L., Devraj, N., & Ransing, R. (2023). Perinatal mental health in India and Thailand: A call for collaboration. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 18(4), 790–792. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2023.05.007>
- Madigan, S., Oatley, H., Racine, N., Fearon, R. M. P., Schumacher, L., Akbari, E., et al. (2018). A meta-analysis of maternal prenatal depression and anxiety on child socioemotional development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 645–657.e8.
- McNab, S., Fisher, J., Honikman, S., Muvhu, L., Levine, R., Chorwe-Sungani, G., Bar-Zeev, S., Hailegebriel, T. D., Yusuf, I., Chowdhary, N., Rahman, A., Bolton, P., Mershon, C.-H., Bormet, M., Henry-Ernest, D., Portela, A., & Stalls, S. (2022a). Comment: Silent burden no more: A global call to action to prioritize perinatal mental health. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, Article 308. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04645-8>
- McNab, S. E., Dryer, S. L., Fitzgerald, L., Gomez, P., Bhatti, A. M., Kenyi, E., Somji, A., Khadka, N., & Stalls, S. (2022b). The silent burden: A landscape analysis of common perinatal mental disorders in low- and middle-income countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, Article 342. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04589-z>
- OECD. (2025). *OECD economic surveys: Thailand 2025*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/426b9bc0-en>
- Petpornprapas, E. (2020). Prevalence and associated factors of postpartum depression at Bangplee Hospital, Samutprakarn Province. *Academic Psychiatry and Psychology Journal*, 36(2), 172–185. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/APPJ/article/view/241350>
- Phiphophathsanee, N. (2025). Mental health law in Thailand. *BJPsych International*. <https://doi.org/10.1192/bji.2025.14>

- Phoosuwan, N., Eriksson, L., & Lundberg, P. C. (2018). Antenatal depressive symptoms during late pregnancy among women in a north-eastern province of Thailand: Prevalence and associated factors. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 102–107. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.07.007>
- Phoosuwan, N., Buntupa, P., Waenkwan, S., Phoosuwan, N., & Pusuwan, P. (2021). Predisposing, enabling, and reinforcing factors and depression among pregnant women in a north-eastern province of Thailand. *Journal of Health Science*, 30(Suppl. 3), S432–S440.
- Phoosuwan, N., Manasatchakun, P., Eriksson, L., & Lundberg, P. C. (2020b). Life situation and support during pregnancy among Thai expectant mothers with depressive symptoms and their partners: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 207. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02914-y>
- Phoosuwan, N., Manwong, M., Eriksson, L., & Lundberg, P. C. (2020a). Perinatal depressive symptoms among Thai women: A hospital-based longitudinal study. *Nursing & Health Sciences*, 22(3), 742–748. <https://doi.org/10.1111/nhs.12716>
- PAM Foundation. (2025). *Groundbreaking perinatal mental health study underway at Siriraj Hospital* [Press release]. <https://pressat.co.uk/releases/groundbreaking-perinatal-mental-health-study-underway-at-siriraj-hospital-with-support-from-pranaiya-arthur-magoffin-foundation-ee6dd914b004b9cf92183938d95ee046/>
- Prina, E., Ceccarelli, C., Abdulmalik, J. O., Amaddeo, F., Cadorin, C., Papola, D., Tol, W. A., Lund, C., Barbui, C., & Purgato, M. (2023). Task-sharing psychosocial interventions for the prevention of common mental disorders in the perinatal period in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(7), 1578–1591. <https://doi.org/10.1177/00207640231174451>
- Resolve Global Health. (2025). *Thailand’s push for better postnatal depression care*. <https://www.resolveglobalhealth.com/post/thailand-s-push-for-better-postnatal-depression-care>

- Rodriguez, M. I., Martinez-Acevedo, A., Kaufman, M., Nacev, E. C., Mackiewicz-Seghete, K., & McConnell, K. J. (2024). Diagnosis of perinatal mental health conditions following Medicaid expansion to include low-income immigrants. *JAMA Network Open*, 7(2), e240062. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.0062>
- Samranjit, S., Kaewchuen, S., Yutrarak, K., Talungchit, P., Boonbawornpong, T. P., Sittanomai, N., Srinual, P., Kwadkweang, S. & Pattanaseri, K. (2025). *Prevalence and factors associated with depression among pregnant women of Siriraj Hospital, Bangkok* [Conference poster]. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Smith Fawzi, M. C., Andrews, K. G., Fink, G., Danaei, G., McCoy, D. C., Sudfeld, C. R., Peet, E. D., Cho, J., Liu, Y., Finlay, J. E., Ezzati, M., Kaaya, S. F., & Fawzi, W. W. (2019). Lifetime economic impact of the burden of childhood stunting attributable to maternal psychosocial risk factors in 137 low/middle-income countries. *BMJ Global Health*, 4(1), e001144. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001144>
- Sornmayura, P., Tankul, A., & Luengmettakul, J. (2024). Prevalence and factors associated with high postpartum depression score using Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale in Charoenkrung Pracharak Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32(3), 225–233. <https://doi.org/10.14456/tjog.2024.25>
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., et al. (2014). *Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child*. *The Lancet*, 384(9956), 1800–1819.
- Stenberg, K., Hanssen, O., Edejer, T. T.-T., Bertram, M., Brindley, C., Meshreky, A., Rosen, J. E., Stover, J., Verboom, P., Sanders, R., & Soucat, A. (2017). Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: A model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health*, 5(9), e875–e887. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30263-2)

- Stevenson, K., Fellmeth, G., Edwards, S., Calvert, C., Bennett, P., Campbell, O. M. R., & Fuhr, D. C. (2023). The global burden of perinatal common mental health disorders and substance use among migrant women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 8(3), e203–e216. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00342-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00342-5)
- Surkan, P. J., Kennedy, C. E., Hurley, K. M., & Black, M. M. (2011). Maternal depression and early childhood growth in developing countries: Systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(8), 608–615. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.088187>
- Sutthi, C., Luangdansakul, W., Sukkasame, P., Smanchat, B., Bhamarapratana, K., & Suwannarurk, K. (2025). Prevalence and risk factors of postpartum depression. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 108(5), 354–360. <http://www.jmatonline.com/PDF/108-PB-354-360-02003.pdf>
- Tuksanawes, P., Kaewkiattikun, K., & Kerdcharoen, N. (2020). Prevalence and associated factors of antenatal depressive symptoms in pregnant women living in an urban area of Thailand. *International Journal of Women's Health*, 12, 849–858. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S278872>
- Wannasewok, K., Suraaroonsamrit, B., Jeungsiragulwit, D., & Udomratn, P. (2022). Development of community mental health infrastructure in Thailand: From the past to the COVID-19 pandemic. *Consortium Psychiatricum*, 3(3), 98–109. <https://doi.org/10.17816/CP194>
- Wilson, C. A., Bublitz, M., Chandra, P., Hanley, S., Honikman, S., Kittel-Schneider, S., Rückl, S. C. Z., Leahy-Warren, P., & Byatt, N. (2024). A global perspective: Access to mental health care for perinatal populations. *Seminars in Perinatology*, 48(6), 151942. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151942>
- World Health Organization. (2008). *Maternal mental health and child survival, health and development in resource constrained settings: Essential for achieving the Millennium Development Goals*. World Health Organization

World Health Organization. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. World Health Organization.

World Health Organization. (2024). *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000–2021* (Global Health Estimates Technical Paper WHO/DDI/DNA/GHE/2024.3). WHO. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2021_daly_methods.pdf