



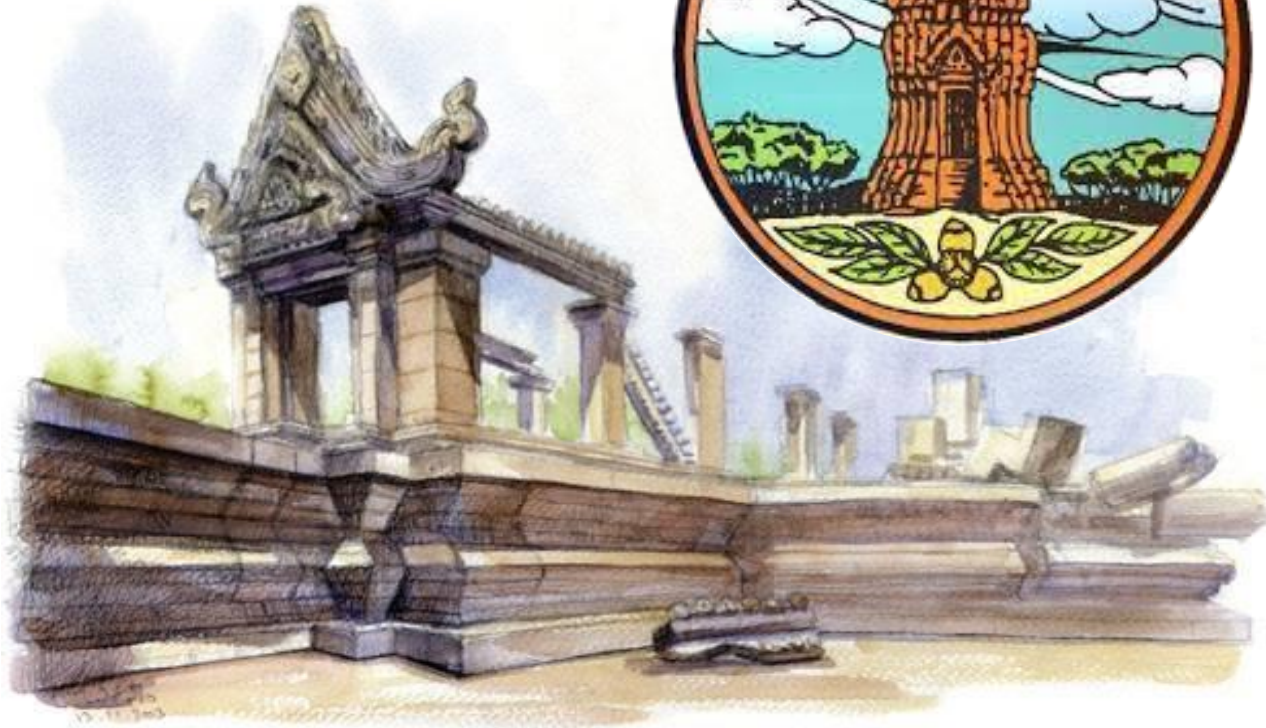
วิเคราะห์ข้อมูลฆ่าตัวตายจังหวัดศรีสะเกษ และข้อเสนอแนะมาตรการป้องกันแก้ไข




ปีงบประมาณ 2566



เนื้อหา



1. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (suicide) และการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempt) จังหวัดศรีสะเกษ
2. เหตุปัจจัยและวิธีที่ใช้ฆ่าตัวตาย ในจังหวัดศรีสะเกษ
3. มาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย ที่ควรมี ของจังหวัดศรีสะเกษ
4. ข้อเสนอแนะมาตรการและกิจกรรม ป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ



**สถานการณ์ฆ่าตัวตายสำเร็จ
และการพยายามฆ่าตัวตาย
จังหวัดศรีสะเกษ**

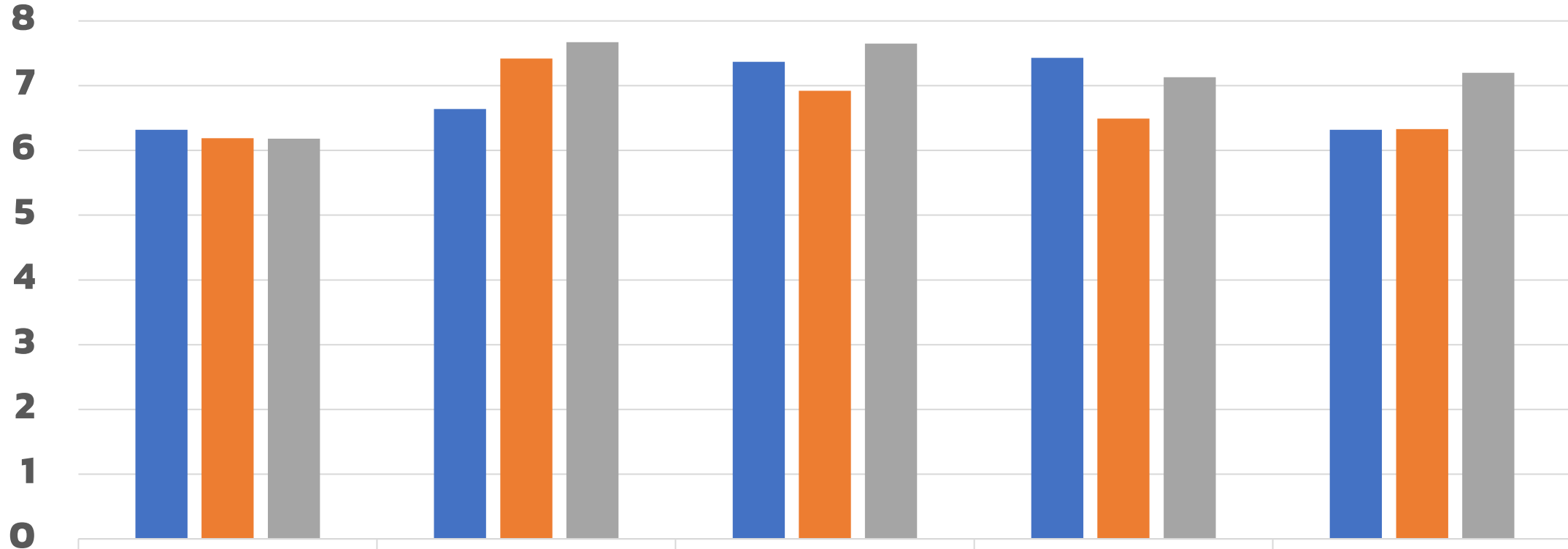


อัตราการฆ่าตัวตายจังหวัดศรีสะเกษ CRUDE SUICIDE MORTALITY RATE

ระหว่างปีงบประมาณ 2561 – 2565



อัตราการฆ่าตัวตายจังหวัดศรีสะเกษมีแนวโน้ม **เพิ่มขึ้น**



	พ.ศ. 2561	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565
■ ภาพรวมประเทศ	6.32	6.64	7.37	7.43	6.32
■ เขตสุขภาพที่ 10	6.19	7.42	6.92	6.49	6.33
■ จังหวัดศรีสะเกษ	6.18	7.67	7.65	7.13	7.20



**สถานการณ์ฆ่าตัวตายสำเร็จ
และการพยายามฆ่าตัวตาย
จังหวัดศรีสะเกษ**

ปีงบประมาณ 2566



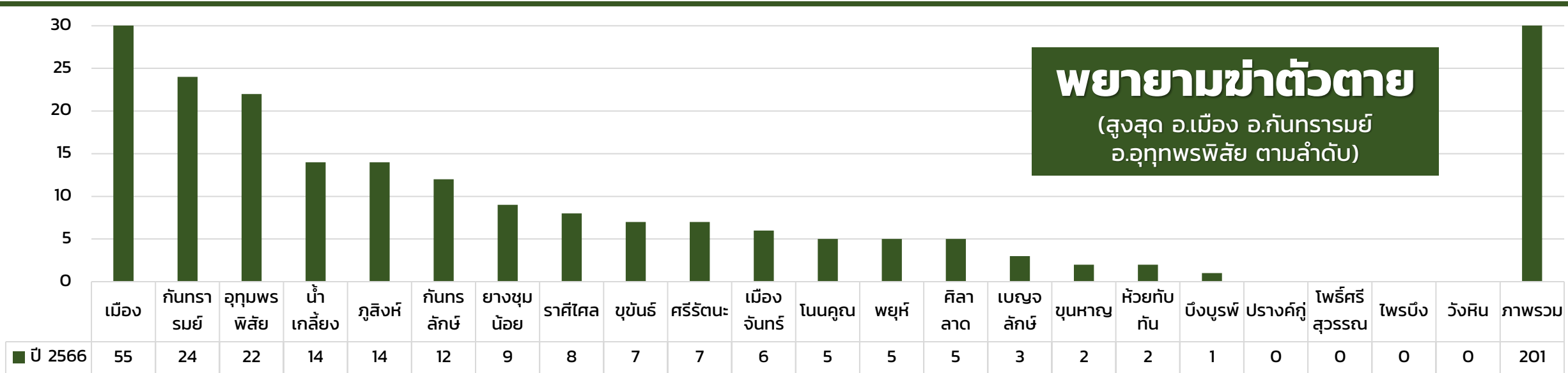
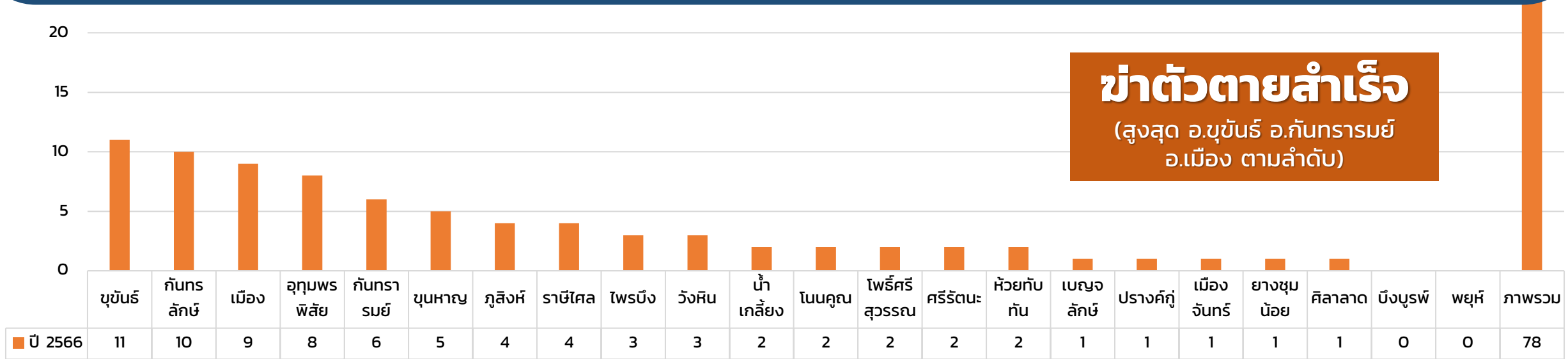
การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2566

อัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ (Crude Suicide Rate) = **5.35** ต่อประชากรแสนคน

อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย = **16.68** ต่อประชากรแสนคน

กลุ่มวัย	กลุ่มอายุ (ปี)	จำนวนประชากร จังหวัดศรีสะเกษ	จำนวน การฆ่าตัวตาย (คน)	Suicide Rate (ประชากรแสนคน)	จำนวน พยายามฆ่าตัวตาย (คน)	Suicide Attemp Rate (ประชากรแสนคน)
ปฐมวัย	0 - 4	67,400	0	0	0	0
วัยเรียน	5 - 14	172,950	2	1.15	51	29.48
วัยรุ่น/ นักศึกษา	15 - 19	91,049	0	0	92	101.04
วัยทำงาน	20 - 59	877,386	64	7.29	95	10.82
ผู้สูงอายุ	60 ปีขึ้นไป	248,043	12	4.83	5	2.01
	รวม	1,456,828	78	5.35	243	16.68

การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2566

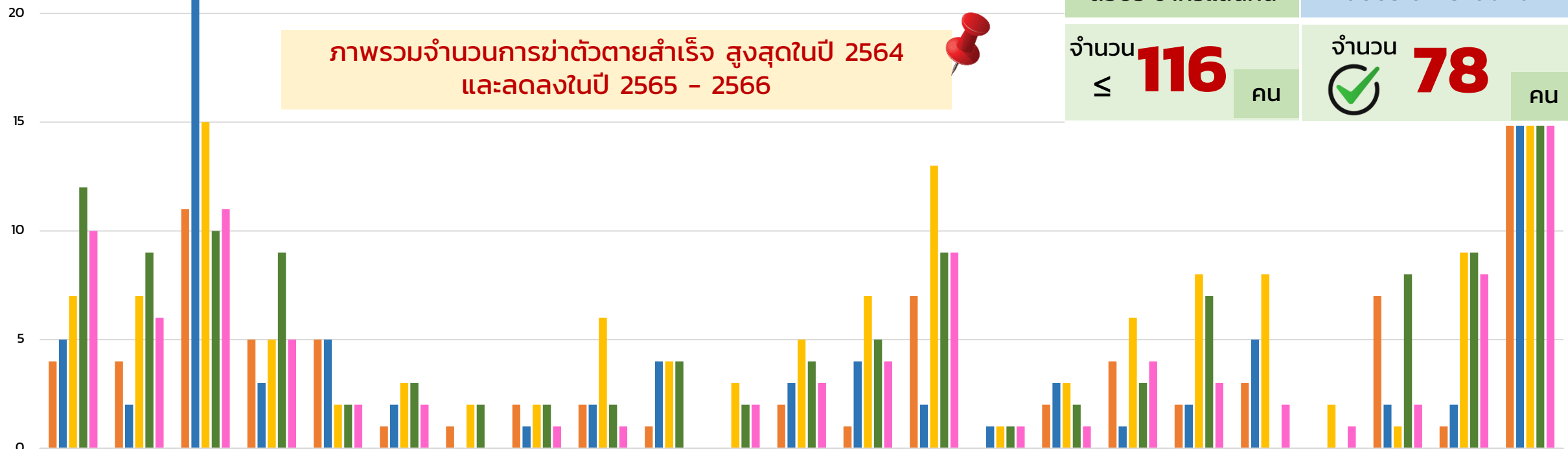


จำนวน การฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดศรีสะเกษ จำแนกรายอำเภอ

สถานการณ์ 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2566 (ณ วันที่ 29 มิ.ย. 2566)

เป้าหมาย		ผลงาน (รอบ 9 เดือน)	
อัตรา	8.0	อัตรา	5.35
ต่อประชากรแสนคน		ต่อประชากรแสนคน	
จำนวน	≤ 116 คน	จำนวน	78 คน

ภาพรวมจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ สูงสุดในปี 2564 และลดลงในปี 2565 - 2566

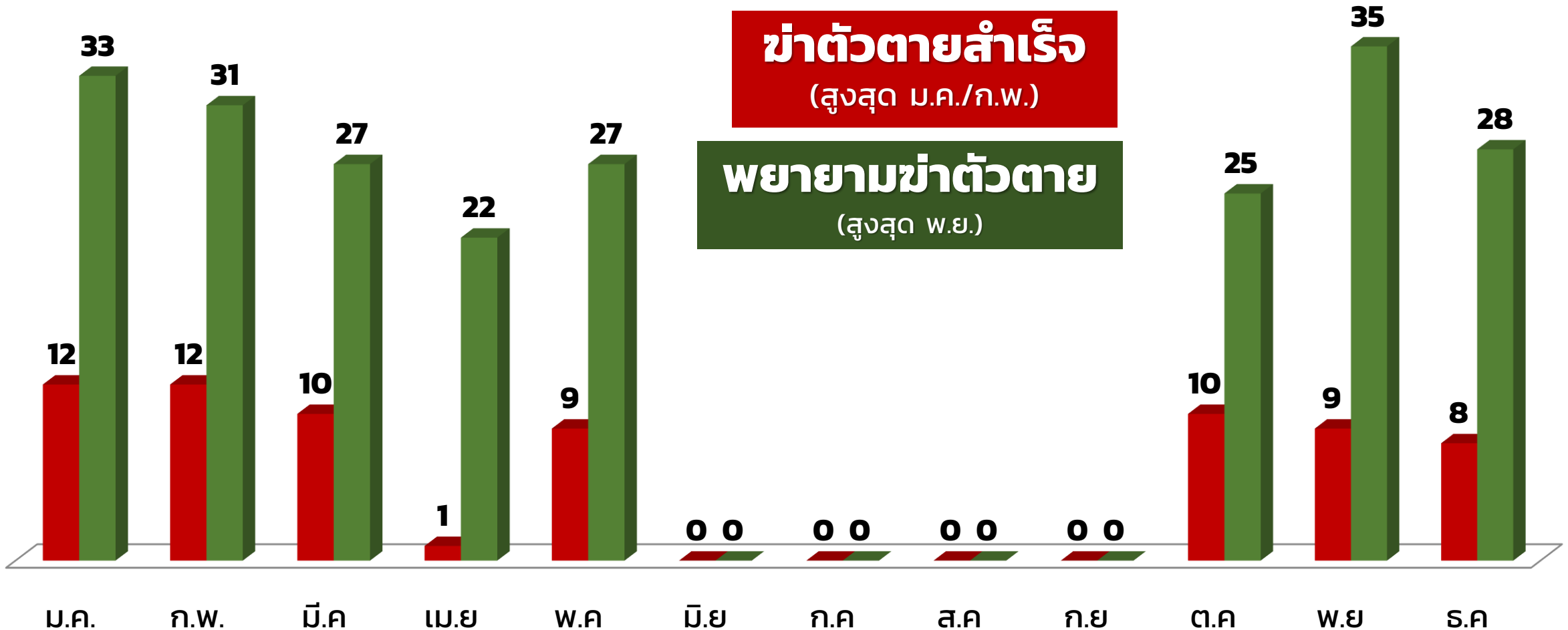


	กันทร ลักษ์	กันทร สมย์	ขุขันธ์	ขุนหาญ	น้ำ เกลี้ยง	โนนคูณ	บึงบูรพ์	เบญจ ลักษ์	ปรางค์กู่	พยุหี	โพธิ์ศรี สุวรรณ	ไพรบึง	ภูสิงห์	เมือง	เมือง จันทร์	ยางชุมน ้อย	ราษีไศล	วังหิน	ศรีรัตนะ	ศีลาสาท	ห้วยทับ ทัน	อุทุมพร พิสัย	ภาพรวม
ปี 2562	4	4	11	5	5	1	1	2	2	1	0	2	1	7	0	2	4	2	3	0	7	1	65
ปี 2563	5	2	24	3	5	2	0	1	2	4	0	3	4	2	1	3	1	2	5	0	2	2	73
ปี 2564	7	7	15	5	2	3	2	2	6	4	3	5	7	13	1	3	6	8	8	2	1	9	119
ปี 2565	12	9	10	9	2	3	2	2	2	4	2	4	5	9	1	2	3	7	0	0	8	9	105
ปี 2566	10	6	11	5	2	2	0	1	1	0	2	3	4	9	1	1	4	3	2	1	2	8	78

ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (5065) ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยระดับชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 29 มิ.ย. 2566

การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2566 จำแนกรายเดือน

■ สำเร็จ ■ พยายาม

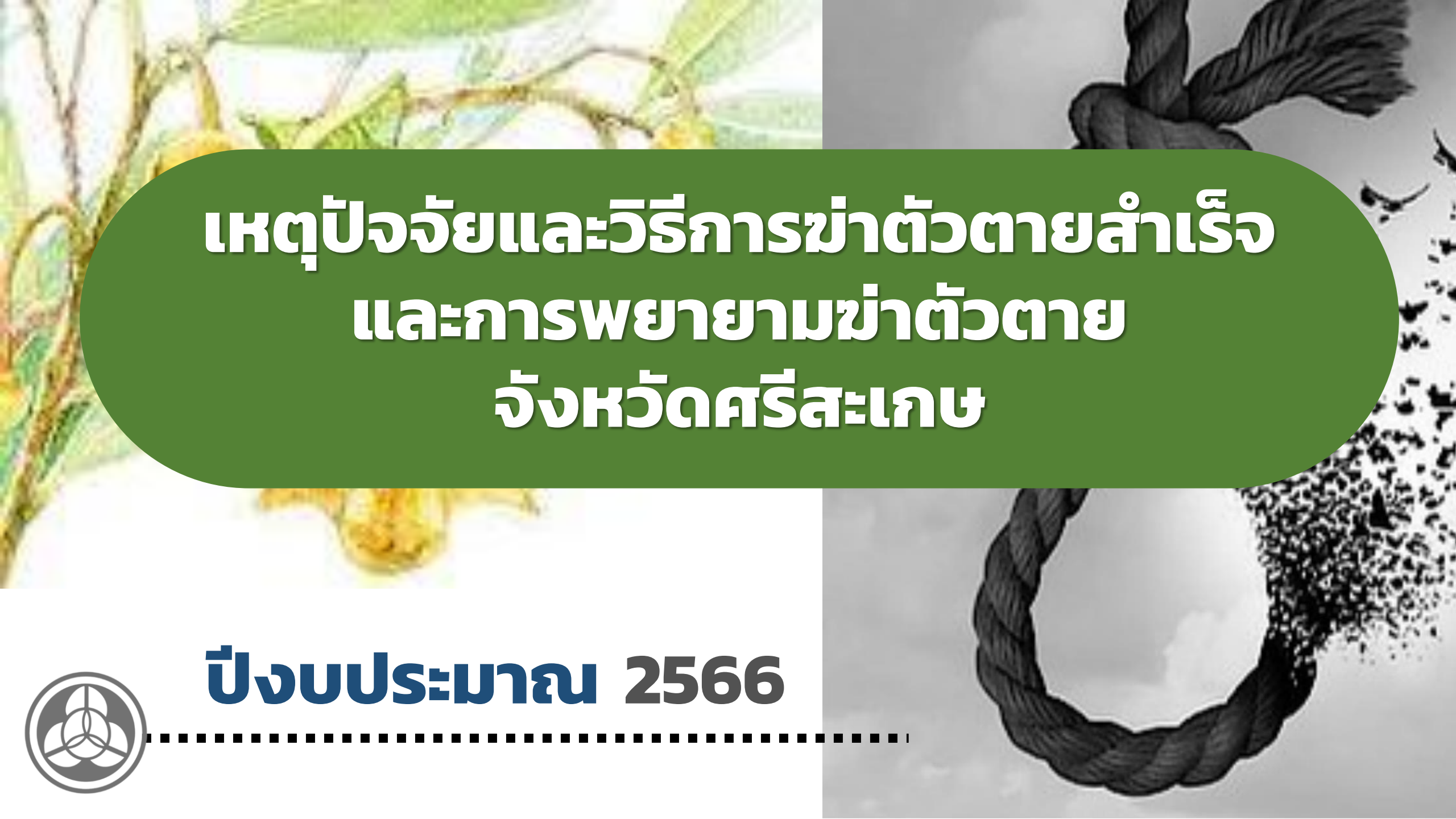


ฆ่าตัวตายสำเร็จ

(สูงสุด ม.ค./ก.พ.)

พยายามฆ่าตัวตาย

(สูงสุด พ.ย.)



**เหตุปัจจัยและวิธีการฆ่าตัวตายสำเร็จ
และการพยายามฆ่าตัวตาย
จังหวัดศรีสะเกษ**

ปีงบประมาณ 2566



เหตุปัจจัยและวิธีที่ใช้ในกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ จ.ศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2566

ปัจจัยเสี่ยง

1. โรคจิต 24.35%
2. โรคซึมเศร้า 8.97%
3. ตัดสุรา 8.97%
4. เคยทำร้ายตัวเอง 20.51%
5. ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย 14.09%
(เบาหวาน 3.8% ความดัน 10.25%)

ปัจจัยกระตุ้น

1. ปัญหาด้านความสัมพันธ์ 58.95%
 - น้อยใจ ถูกตำหนิ ดุด่า 23.07%
 - ทะเลาะกับคนใกล้ชิด 21.79%
 - หึงหวง/ผิดหวังคนรัก 11.53%
 - ต้องการเอาใจ 2.56%
2. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ 24.35%



ด้านกั้น barriers (ลัมเหลว)

เพศ

ช่วงวัย



ชาย
65 คน
(83.33%)



วัยทำงาน
20-59 ปี
64 คน
(82.05%)

- อายุน้อยสุด 13 ปี
- อายุมากที่สุด 82 ปี

1. ปัจจัยปกป้อง ไม่แน่ชัด

ปัจจัยปกป้อง

1. มีสัญญาณเตือน 44%
2. การเฝ้าระวังป้องกัน ไม่แน่ชัด

การเฝ้าระวังป้องกัน

- การปิดกั้นหรือเฝ้าระวังป้องกันสถานที่ที่เคยใช้ฆ่าตัวตายในชุมชน (นา/เถียงนา)
- การควบคุมและป้องกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ เชือก ของมีคมต่าง ๆ

สถานภาพ

อาชีพ

วิธีการ



คู่
32 คน
(41.02%)



เกษตรกร/ทำนา
36 คน
(46.15%)



ผูกคอ
75 คน
(96.15%)

เหตุปัจจัยและวิธีที่ใช้ในกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย จ.ศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2566

ปัจจัยเสี่ยง

1. โรคซึมเศร้า 43.62%
2. โรคจิต 4.9%
3. ใช้ยาเสพติด 12.34% ใช้สุรา 4.93%
4. เคยทำร้ายตัวเอง 41.15
5. ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย 4.11%
(เบาหวาน 1.64% ความดัน 2.46%)

ปัจจัยกระตุ้น

1. ปัญหาด้านความสัมพันธ์
 - น้อยใจ ถูกตำหนิ ดุด่า 53.90%
 - ทะเลาะกับคนใกล้ชิด 52.67%
 - หึงหวง/ผิดหวังคนรัก 18.93%
 - ต้องการเอาใจ 4.90%
2. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ 8.6%



ด้านกั้น barriers (ลัมเหลว)

เพศ

ช่วงวัย



หญิง
188 คน
(77.36%)

วัยรุ่น
15-19 ปี
92 คน
(37.86%)
- อายุน้อยสุด 12 ปี
- อายุมากที่สุด 70 ปี

1. ปัจจัยปกป้อง ไม่แน่ชัด

1. มีสัญญาณเตือน 23.04%
2. การเฝ้าระวังป้องกัน ไม่แน่ชัด

- การปิดกั้นหรือเฝ้าระวังป้องกันสถานที่ที่เคยใช้ฆ่าตัวตายในชุมชน (นา/เถียงนา)
- การควบคุมและป้องกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ เชือก ของมีคมต่าง ๆ

สถานภาพ

อาชีพ

วิธีการ



โสด
176 คน
(72.42%)



นักเรียน
นักศึกษา
133 คน
(54.73%)



กินยา
เกินขนาด
159 คน
(65.43%)

ปัจจัยปกป้อง

การเฝ้าระวังป้องกัน



มาตรการป้องกันและแก้ไขการฆ่าตัวตาย ที่ควรจะมี จังหวัดศรีสะเกษ

ป้องกันประมาณ 2566



มาตรการที่ควรมีตาม TK Model จ.ศรีสะเกษ ปี 2566

กำหนดเป้าหมาย

ลดอัตราฆ่าตัวตายลงจากปีที่แล้ว ร้อยละ 30

Suicide

Common risk factor

1. **ป่วยโรคทางจิตเวช 33.32%**
(โรคจิต 24.35% โรคซึมเศร้า 8.97%)
2. เคยทำร้ายตัวเอง 20.51%
3. ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย 14.09%
(เบาหวาน 3.8% ความดัน 10.25%)
4. ติดสุรา 8.97%

Suicide Attempt

พื้นที่ ดำเนินการ

ทุกอำเภอเน้น
อำเภอฆ่าตัวตายสูง
(ชุมชน กันทรลักษณ์
และเมืองศรีสะเกษ)

1. **โรคซึมเศร้า 43.62%**
2. เคยทำร้ายตัวเอง 41.15%
3. ใช้ยาเสพติด 12.34% ใช้สุรา 4.93%
4. โรคจิต 4.93%
5. ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย 4.11%
(เบาหวาน 1.64% ความดัน 2.46%)

การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน

Suicide wu 44.87%

Suicide Attempt wu 23.04%

ขจัด หรือ ลดปัจจัยเสี่ยง

- ยกระดับการแจ้งเตือนให้มีจุดแจ้งเหตุ จุดขอรับความช่วยเหลือในระดับชุมชน อำเภอ จังหวัด พัฒนาระบบส่งต่อ เฝ้าระวังผู้เคยทำร้ายตนเองไม่ให้กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินทางสังคมจิตใจ เป็นระยะทุกเดือน
- พบอุบัติการณ์การเคยทำร้ายตนเองในกลุ่มฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย ควรเพิ่มศักยภาพเครือข่าย อบรมให้ความรู้ในการดูแลเบื้องต้น การสังเกตสัญญาณเตือน ญาติ คนใกล้ชิด/ครอบครัว ดูแลเยี่ยมโรคเรื้อรัง แคนนำชุมชน อสม. ทีม 3 หมอ
- มาตรการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (เน้นโรคซึมเศร้า โรคจิต) : (ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายที่สำคัญ) โดยนำผู้ป่วยทุกรายเข้ารับการประเมินอาการซ้ำหากยังไม่ remission ให้พบจิตแพทย์เพื่อปรับการรักษา และติดตามผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาไม่ให้ขาดยา
- พัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยติดสุรา จัดทำทะเบียน และเพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ชุมชน/ระบบคัดกรอง บำบัด รักษา พันฟู/CBTX

การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง

- มาตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายแบบมุ่งเป้า : โดยประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตายด้วย 8Q แล้วให้การดูแลช่วยเหลือตามความรุนแรงใน 3 กลุ่มเสี่ยงหลัก ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจิตเวช (จิต/ซึมเศร้า) ผู้ป่วยติดสุรายาเสพติด ควรประเมินทุกเดือน ตลอดระยะเวลา 1 ปี
- พัฒนาระบบประเมินสุขภาพจิตเชิงรุก 2Q+/9Q/8Q ในชุมชน หรือ ประเมินออนไลน์ Mental Health Check In สร้างเครือข่ายดูแลเฝ้าระวังในระดับชุมชน ดูแลการขาดยา ระวังอาการกำเริบ การปฐมพยาบาลทางใจ (3 ส Plus)
- ฝึกอบรมญาติ/คนใกล้ชิดของกลุ่มเสี่ยง ให้มีทักษะเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น ทบทวนความเข้าใจสัญญาณเตือน

มาตรการที่ควรมีตาม TK Model จ.ศรีสะเกษ ปี 2566

กำหนดเป้าหมาย

ลดอัตราฆ่าตัวตายลงจากปีที่แล้ว ร้อยละ 30

Suicide

1. ปัญหาด้านความสัมพันธ์ 58.95%
 - น้อยใจ ถูกตำหนิ ดุด่า 23.07%
 - ทะเลาะกับคนใกล้ชิด 21.79%
 - หึงหวง/ผิดหวังคนรัก 11.53%
 - ต้องการเอาใจ 2.56%
2. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ 24.35%

Suicide Attempt

1. ปัญหาด้านความสัมพันธ์
 - น้อยใจ ถูกตำหนิ ดุด่า 53.90%
 - ทะเลาะกับคนใกล้ชิด 52.67%
 - หึงหวง/ผิดหวังคนรัก 18.93%
 - ต้องการเอาใจ 4.90%
2. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ 8.6%

พื้นที่ดำเนินการ

ทุกอำเภอเน้นอำเภอพยายามฆ่าตัวตายสูง
(เมือง กันทรารมย์ อุทุมพรพิสัย)

ขจัด หรือ บรรเทาปัจจัยกระตุ้น

- มาตรการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การปรึกษาและนักจิตบำบัด: เพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจากวิกฤตชีวิตที่มีสาเหตุจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน คู่สมรส และครอบครัว ต้องเพิ่มทักษะ Family counseling and therapy, couple counseling and therapy, problem solving therapy, Interpersonal psychotherapy, CBT แก่ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ ทุกจังหวัดทั้งในภาคราชการและภาคเอกชน
- การเสริมสร้างพลังใจ ทักษะการสื่อสารเชิงบวก ในครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา บทบาท มุมมองครู ต่อนักเรียน รวมถึงเสริมสร้างทักษะการลดการกลั่นแกล้งรังแก

การช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

- มาตรการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือจากหลายวิชาชีพ: อาจเป็นในรูปแบบอาสาสมัคร หรือ แต่งตั้งในรูปคณะกรรมการจากหลายอาชีพประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย นักการเงินการธนาคาร นักพัฒนาอาชีพ ตำรวจฯลฯ เพื่อให้การช่วยเหลือรายที่มีวิกฤตชีวิตด้านอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย อาชีพ

การสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง

- มาตรการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาแก้วยุ่น : จัดให้มีหลักสูตรพัฒนาทักษะแก้ไขปัญหา (problem solving technique) สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและนักศึกษาชั้นปีที่ 1 (กลุ่มอายุ 15-19 ปี ที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด)
- การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน



**ข้อเสนอแนะมาตรการและกิจกรรมป้องกัน
แก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ
จังหวัดศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2567**

**โดย ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10
และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**



จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตาย
ที่เข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ



- Strengthen จ.ศรีสะเกษ ได้ผลักดันวาระจังหวัด **"ศรีสะเกษ มีวัดชื่นใจ ไม่ฆ่าตัวตาย"** (2565) ในการสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วน เฝ้าระวังโดยเฉพาะคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุกและนำเข้าสู่ระบบดูแลช่วยเหลือ ต่อเนื่องแม่ ผว.ใหม่

กลุ่มเสี่ยงและผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ของจังหวัดได้รับการเฝ้าระวัง
ตามแนวทางที่กำหนด



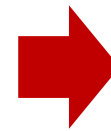
- ใช้กลไกระบบสุขภาพ **swช./sw.สต./อสม.** (ทีม 3 หมอ) ประเมิน/ติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย = ผู้ป่วยจิตเวชเดิม ผู้เคยทำร้ายตนเอง ผู้ใช้/ติดสุรา เจ็บป่วยเรื้อรังทางกาย เยี่ยมบ้านผู้มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยในรายเสี่ยงรุนแรงส่งต่อครอบครัวบำบัดในสถานบริการ

ผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจาก
การฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือด้านการ
แพทย์และแก้ไขวิถีชีวิตด้านเศรษฐกิจ
กฎหมาย อาชีพ ฯลฯ



- จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงเฝ้าระวังสูง ยกระดับการแจ้งเตือนให้มี**จุดแจ้งเหตุในชุมชน** เพิ่มบทบาทกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ swช./sw.สต. ผู้นำชุมชน ทีมช่วยเหลือเมื่อพบเสี่ยง/สัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย ที่จะกลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ = รับรู้ร่วมกัน เมื่อเกิดเหตุทำตามระบบได้ทันที
- ใช้**วัดชื่นใจ**ในชุมชน พี่นุฟู สร้างความเข้าใจ ความไว้วางใจ **สร้างความหวังกลับมาใช้ชีวิตในสังคม ลดตราบาป** ช่วยเหลือการสร้างรายได้ ส่งเสริมอาชีพ ผู้นำช่วยไกล่เกลี่ย กรณีความสัมพันธ์/คดี ในกลุ่มผู้รอดชีวิต

สอบสวนโรครณีกระทำรุนแรงต่อตนเอง
ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย



- จากที่มีคณะกรรมการสอบสวนโรค พัฒนาและทบทวนอยู่เสมอ ระบบการ Coach และติดตามโดย สสจ. ทั้งการเติมเต็มศักยภาพความเชี่ยวชาญ เสนอแนะ โอกาสพัฒนา ให้มีการสอบสวนโรคในกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย

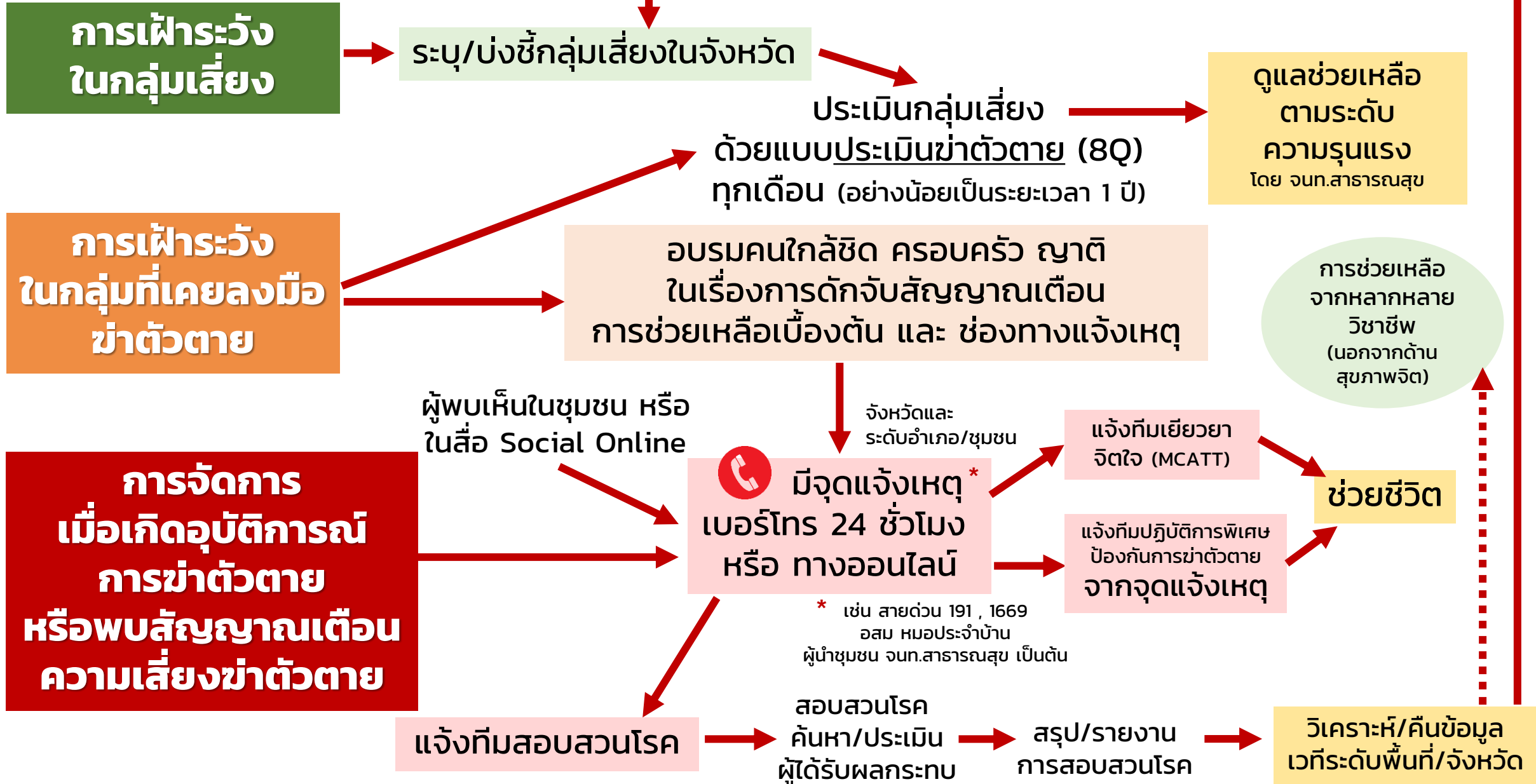
สถานที่ วัสดุอุปกรณ์และสารพิษ
ที่ใช้ฆ่าตัวตายบ่อได้รับการควบคุมป้องกันปัจจัย
ปกป้องระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน



- สร้างความเข้าใจในชุมชน คนใกล้ชิดเฝ้าระวัง โดยเฉพาะการอบรมให้ความรู้ญาติ คนในครอบครัวกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสูง กลุ่มที่เคยลงมือพยายามฆ่าตัวตาย = พัฒนาญาติเฝ้าระวังวัสดุอุปกรณ์ ชุมชนเฝ้าระวังสถานที่ เป็นกลไกด่านกัน เพื่อไม่ให้เข้าถึงการลงมือฆ่าตัวตายทำได้โดยง่าย (ยากขึ้น)
- ต้องรับรู้จุดแจ้งเหตุ (ระดับชุมชน เพื่อเข้าถึงเร็ว) ในกรณีที่ต้องเข้าช่วยเหลือ

ข้อเสนอแนะ กลไกเชิงระบบเพื่อระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ระดับจังหวัด

ระดับความรุนแรงของสถานการณ์และปัญหา



ภาคผนวก

การนำเสนอเสนอแนะฯ ในเวทีการตรวจราชการ



ตรวจราชการฯ สุขภาพจิต จังหวัดศรีสะเกษ รอบที่ 2/2566



KPI 28

**ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
เข้าถึงบริการสุขภาพจิต**

KPI 29.1

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

KPI 29.2

**ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี**



กรมสุขภาพจิต

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี



โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

อุบลราชธานี
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

**ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 และ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข**



KPI 28

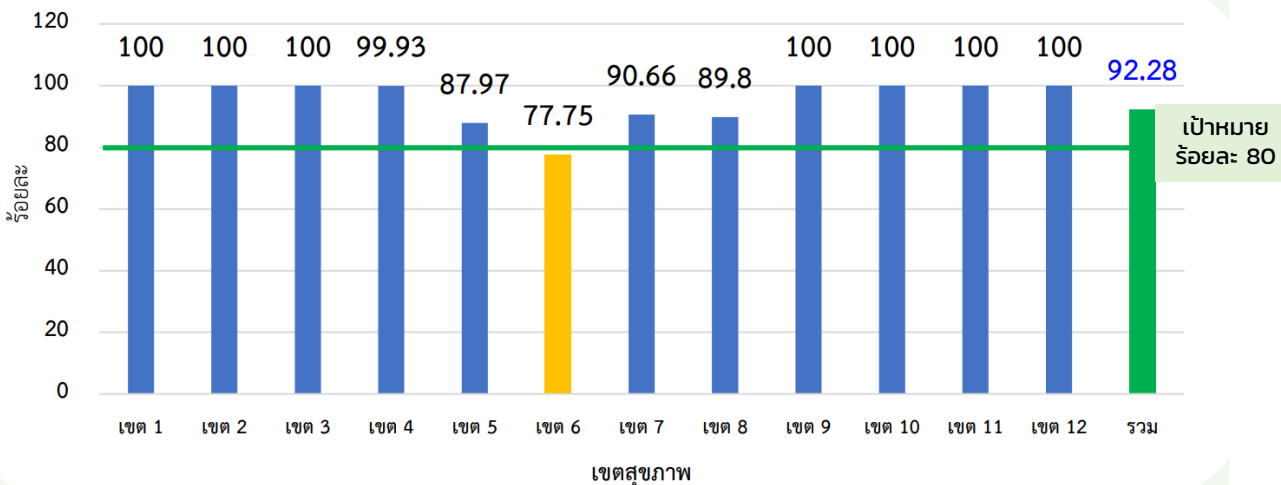
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต

สถานการณ์โรคซึมเศร้า
เขตสุขภาพที่ 1-12 ปีงบประมาณ 2566

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ เขตสุขภาพที่ 10
รายจังหวัด ปีงบประมาณ 2560 – 2566

KPI : ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ



เข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศวาระดับประเทศ
(ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ: **92.28**

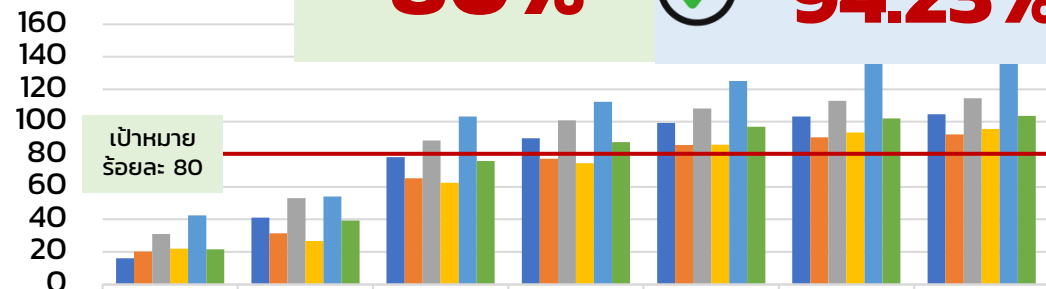
ทุกเขตสุขภาพมีการเข้าถึงบริการมากกว่า
เป้าหมาย ยกเว้นเขตสุขภาพที่ยังคงมีการเข้าถึง
บริการต่ำกว่าเป้าหมาย คือ เขตสุขภาพที่ 6
เท่ากับร้อยละ: 77.75 เนื่องจากบางพื้นที่ไม่ลง
ข้อมูลการการวินิจฉัยในระบบ HDC

จ.ศรีสะเกษ

เป้าหมาย

ผลงาน
(รอบ 8 เดือน)

≥ **80%** **94.23%**



เขตสุขภาพ	2560	2561	2562	2463	2564	2565	2566
อุบลราชธานี	16.02	41.06	78.27	89.77	99.4	103.21	106.35
ศรีสะเกษ	20.12	31.4	65.26	77.18	85.63	90.45	94.23
ยโสธร	30.96	53.04	88.48	100.98	108.26	112.88	117.78
อำนาจเจริญ	21.99	26.62	62.59	74.52	85.98	93.5	98.23
มุกดาหาร	42.45	54.04	103.16	112.23	125.16	137.03	140.82
ภาพรวม	21.63	39.2	75.91	87.52	96.9	102.06	111.48

ที่มา : ประมวลผลจากข้อมูลทะเบียนกลาง HDC Big DATA กระทรวงสาธารณสุข และฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูล ณ 31 พฤษภาคม 2566

ทุกจังหวัดมีแนวโน้ม
เข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าสูงขึ้น



KPI 28

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิต

เป้าหมาย

ผลงาน

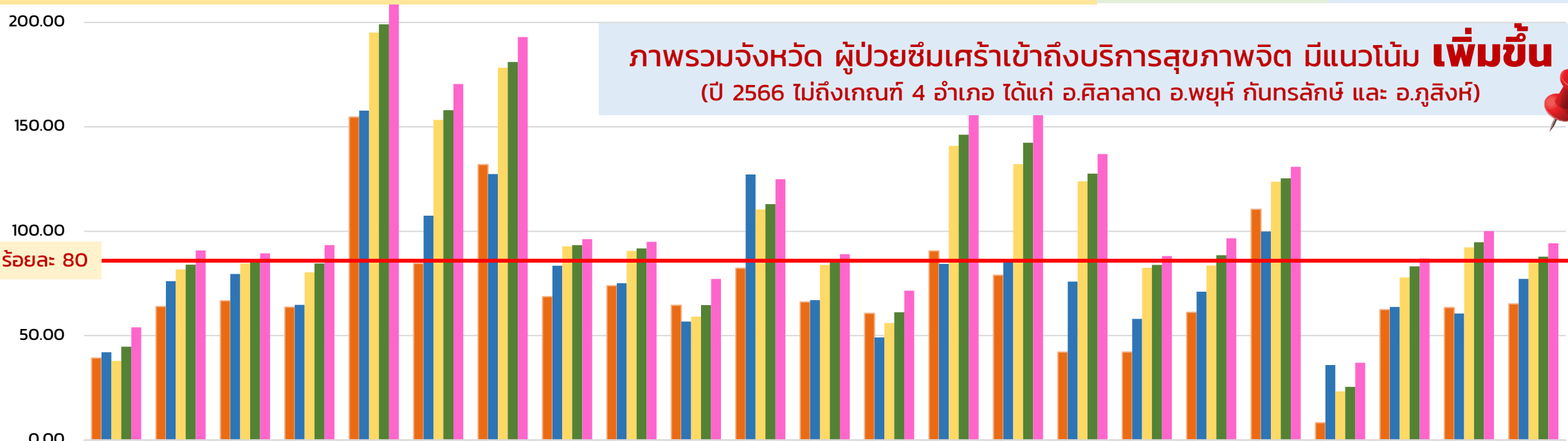
(รอบ 5 เดือน)

≥ 80%



94.23%

สถานการณ์ จ.ศรีสะเกษ 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2566 (ณ วันที่ 22 มิ.ย. 2566)



	กันทรลักษ์	กันทรามย์	ขุขันธ์	ขุนหาญ	น้ำเกลี้ยง	โนนคูณ	บึงบูรพ์	เบญจลักษ์	ปราสาท	พยุห้	โพธิ์ศรีสุวรรณ	ไพรบึง	ภูสิงห์	เมือง	เมืองจันทร์	ยางชุมน้อย	ราษีไศล	วังหิน	ศรีรัตนะ	ศีลาลาด	ห้วยทับทัน	อุทุมพรพิสัย	ภาพรวม
ปี 2562	39.29	63.93	66.66	63.62	154.7	84.60	131.9	68.69	73.91	64.49	82.31	66.13	60.66	90.62	78.96	42.07	42.07	61.12	110.5	8.28	62.42	63.47	65.26
ปี 2563	42.01	76.11	79.57	64.74	157.7	107.4	127.4	83.46	75.11	56.73	127.2	67.02	49.08	84.34	86.46	75.84	58.01	71.07	99.87	35.93	63.69	60.62	77.18
ปี 2564	37.83	81.68	84.55	80.30	195.1	153.3	178.2	92.73	90.61	59.07	110.4	83.85	56.07	140.8	132.1	123.9	82.47	83.62	123.7	23.31	77.83	92.22	85.11
ปี 2565	44.67	83.98	85.74	84.58	199.1	157.9	181.0	93.35	91.75	64.59	112.9	85.25	61.17	146.2	142.3	127.5	83.87	88.52	125.2	25.43	83.18	94.75	87.83
ปี 2566	53.98	90.80	89.37	93.33	213.3	170.4	193.0	96.20	94.96	77.11	124.8	88.98	71.53	163.2	169.3	136.9	88.14	96.60	130.8	36.94	86.91	100.0	94.23

ที่มา : ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลกลางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2561 – 31 พ.ค. 2566



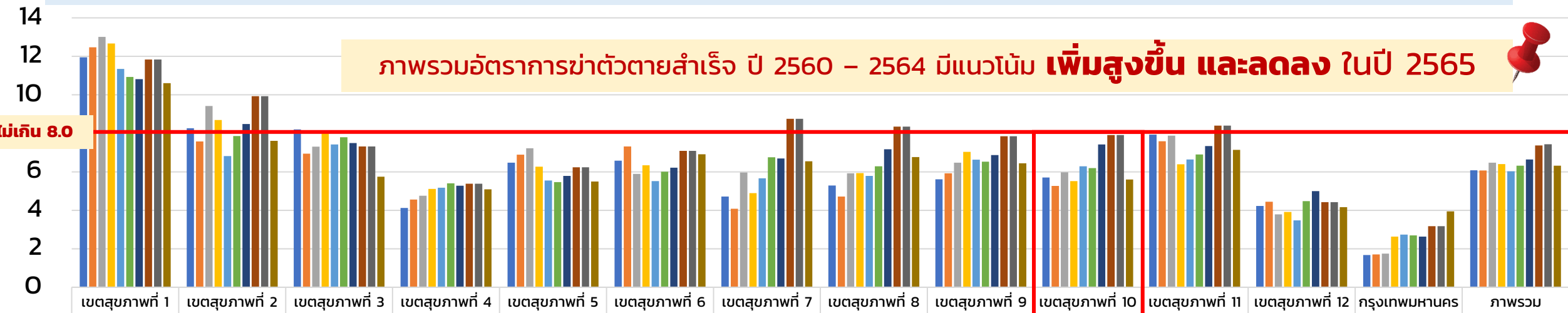
KPI 29.1

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกรายเขตสุขภาพ

สถานการณ์ 10 ปี ระหว่างปี 2556 – 2565 (ข้อมูล ศูนย์ป้องกันฆ่าตัวตายระดับชาติ และ กองยุทธศาสตร์ฯ กระทรวงสาธารณสุข)

ภาพรวมอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2560 – 2564 มีแนวโน้ม **เพิ่มสูงขึ้น และลดลง** ในปี 2565

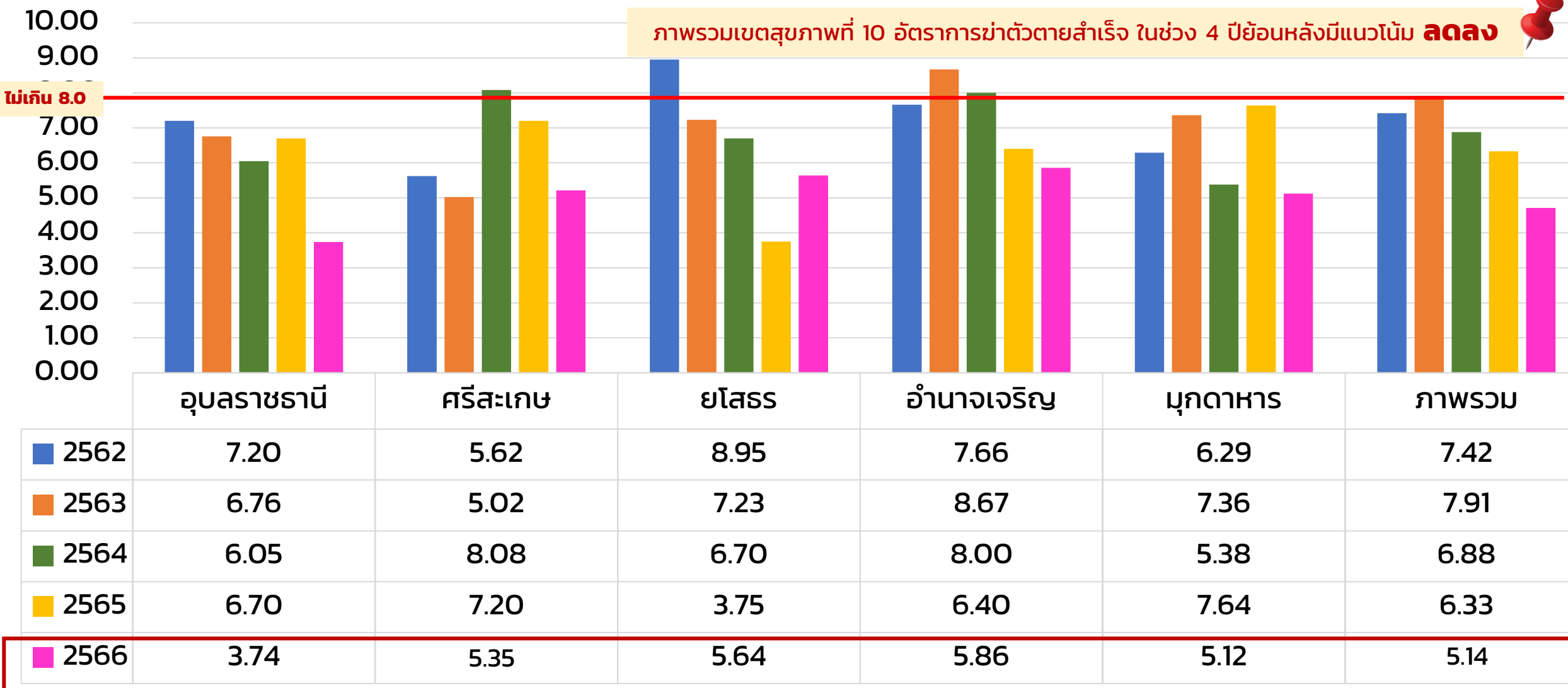


	เขตสุขภาพที่ 1	เขตสุขภาพที่ 2	เขตสุขภาพที่ 3	เขตสุขภาพที่ 4	เขตสุขภาพที่ 5	เขตสุขภาพที่ 6	เขตสุขภาพที่ 7	เขตสุขภาพที่ 8	เขตสุขภาพที่ 9	เขตสุขภาพที่ 10	เขตสุขภาพที่ 11	เขตสุขภาพที่ 12	กรุงเทพมหานคร	ภาพรวม
■ 2556	11.95	8.27	8.20	4.12	6.47	6.58	4.71	5.29	5.61	5.70	7.93	4.22	1.67	6.08
■ 2557	12.47	7.58	6.94	4.56	6.89	7.32	4.08	4.71	5.92	5.27	7.59	4.44	1.70	6.07
■ 2558	13.01	9.42	7.31	4.76	7.22	5.89	5.96	5.92	6.47	5.97	7.88	3.79	1.75	6.47
■ 2559	12.67	8.69	8.16	5.11	6.27	6.34	4.89	5.93	7.04	5.52	6.39	3.91	2.63	6.40
■ 2560	11.35	6.82	7.42	5.17	5.55	5.52	5.66	5.79	6.63	6.29	6.64	3.48	2.74	6.03
■ 2561	10.93	7.86	7.80	5.40	5.46	6.01	6.76	6.29	6.53	6.19	6.90	4.47	2.69	6.32
■ 2562	10.82	8.48	7.49	5.28	5.79	6.21	6.69	7.17	6.87	7.42	7.34	5.00	2.63	6.64
■ 2563	11.84	9.93	7.32	5.38	6.24	7.09	8.76	8.35	7.85	7.91	8.40	4.42	3.17	7.37
■ 2564	11.84	9.93	7.32	5.38	6.24	7.09	8.76	8.35	7.85	7.91	8.40	4.42	3.17	7.43
■ 2565	10.61	7.61	5.75	5.09	5.50	6.91	6.55	6.77	6.44	5.60	7.14	4.16	3.94	6.32

ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันฆ่าตัวตายระดับชาติ และกองยุทธศาสตร์ฯ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี 2556 – 2565 ข้อมูล ณ วันที่ 22 มิ.ย. 2566

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด

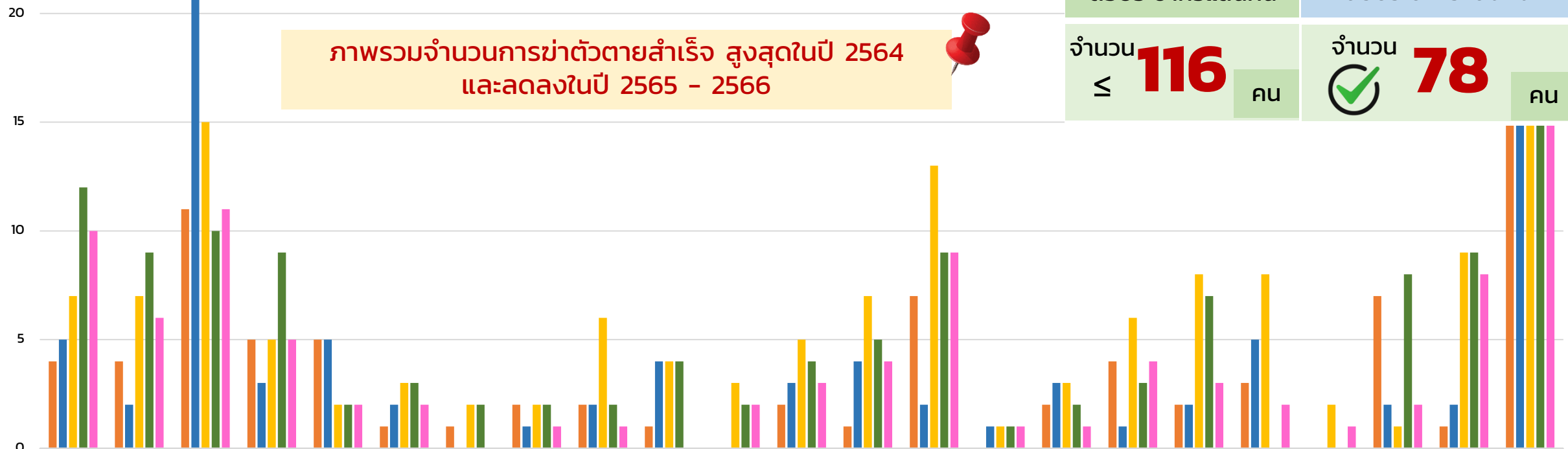
สถานการณ์ 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2566 (ณ วันที่ 22 มิ.ย. 2566)



จำนวน การฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดศรีสะเกษ จำแนกรายอำเภอ

สถานการณ์ 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2566 (ณ วันที่ 22 มิ.ย. 2566)

ภาพรวมจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ สูงสุดในปี 2564 และลดลงในปี 2565 - 2566



เป้าหมาย		ผลงาน (รอบ 5 เดือน)	
อัตรา	8.0	อัตรา	5.35
ต่อประชากรแสนคน		ต่อประชากรแสนคน	
จำนวน	116 คน	จำนวน	78 คน

	กันทร ลักษ์	กันทร สมย์	บุขันธ์	ขุนหาญ	น้ำ เกลี้ยง	โนนคูณ	บึงบูรพ์	เบญจ ลักษ์	ปราสาท	พยุหี	โพธิ์ศรี สุวรรณ	ไพรบึง	ภูสิงห์	เมือง	เมือง จันทร์	ยางชุมน ้อย	ราษีไศล	วังหิน	ศรีรัตนะ	ศีลาสาท	ห้วยทับ ทัน	อุทุมพร พิสัย	ภาพรวม
ปี 2562	4	4	11	5	5	1	1	2	2	1	0	2	1	7	0	2	4	2	3	0	7	1	65
ปี 2563	5	2	24	3	5	2	0	1	2	4	0	3	4	2	1	3	1	2	5	0	2	2	73
ปี 2564	7	7	15	5	2	3	2	2	6	4	3	5	7	13	1	3	6	8	8	2	1	9	119
ปี 2565	12	9	10	9	2	3	2	2	2	4	2	4	5	9	1	2	3	7	0	0	8	9	105
ปี 2566	10	6	11	5	2	2	0	1	1	0	2	3	4	9	1	1	4	3	2	1	2	8	78

ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยระดับชาติ ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2565 – 22 มิ.ค. 2566 ข้อมูล ณ วันที่ 22 มิ.ย. 2566

อัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดศรีสะเกษ จำแนกรายอำเภอ

เป้าหมาย

ผลงาน

(รอบ 5 เดือน)

อัตรา **8.0**



อัตรา **5.35**

ต่อประชากรแสนคน

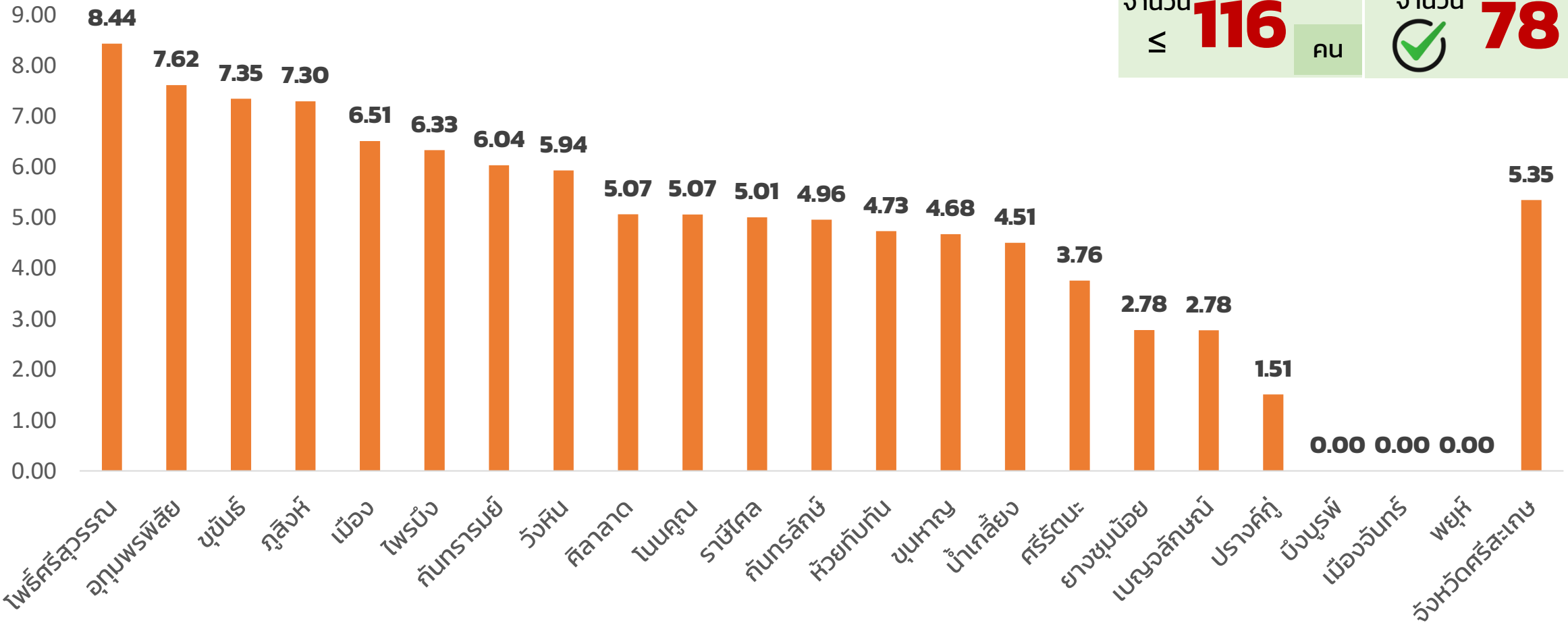
ต่อประชากรแสนคน

จำนวน **116** คน



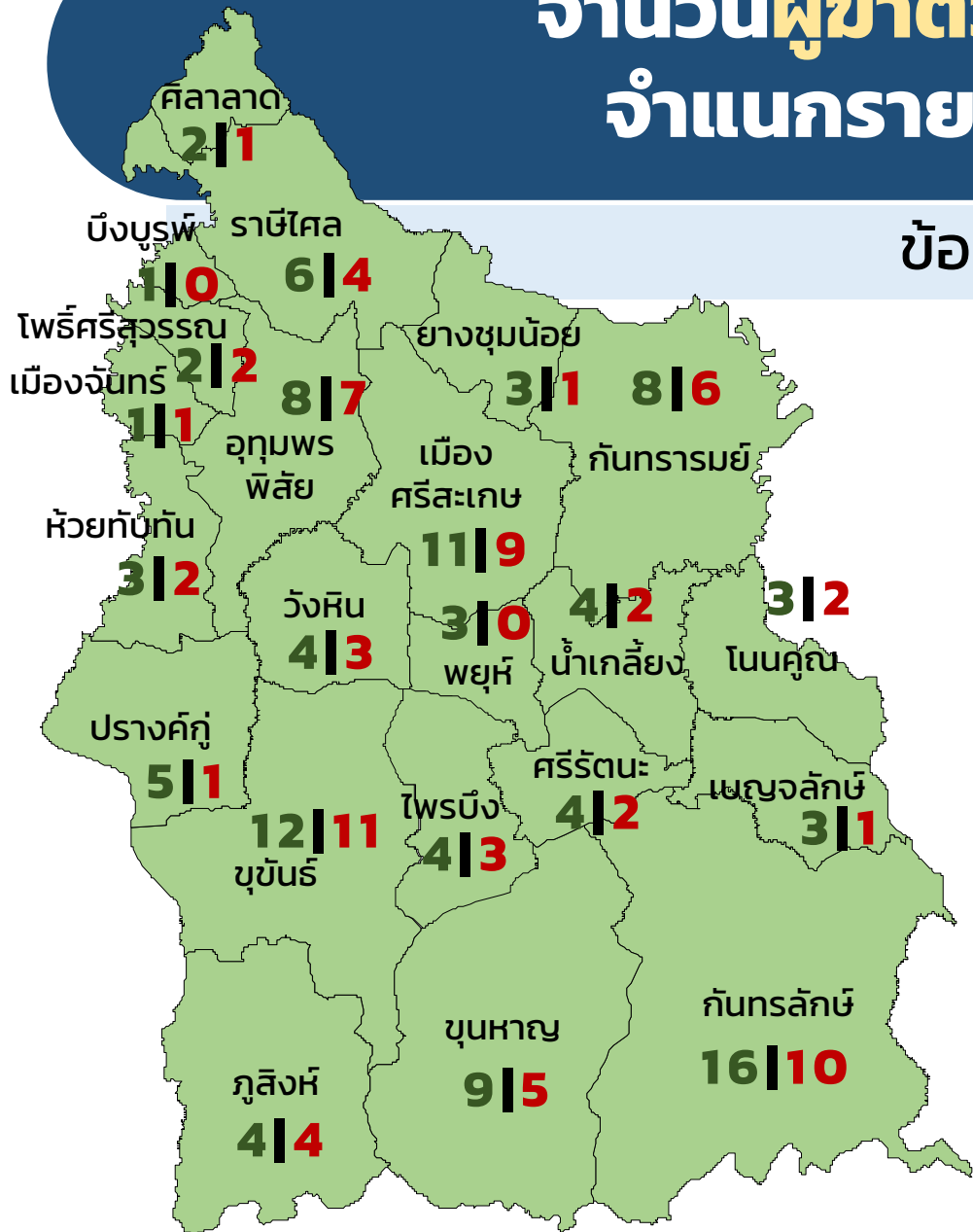
จำนวน **78** คน

ตาราง อัตราการฆ่าตัวตาย ปี 2566 จำแนกรายอำเภอ



จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดศรีสะเกษ จำแนกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2566

ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ ณ วันที่ 22 มิถุนายน 2566)



เสียชีวิต
ได้ไม่เกิน

116

เสียชีวิตแล้ว

78

รอบที่ 1 ต.ค-
มี.ค.66 46 ราย



ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เกินเกณฑ์ที่กำหนด



ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับเกณฑ์ที่กำหนด



ไม่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ / ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด = 22 อำเภอ



ปี 2566 จ.ศรีสะเกษ
มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ **78** คน
(ทุกอำเภอมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ)









= **5.35** อัตรา

ต่อประชากรแสนคน
(เกณฑ์อัตราไม่เกิน 8.0
ต่อประชากรแสนคน)



กรมสุขภาพจิต

วิเคราะห์ปัจจัยสำคัญ การฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 22 มิถุนายน 2566)

เพศ	ช่วงวัย	สถานภาพ	อาชีพ	วิธีการ	ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยกระตุ้น	Warning Sign
 ชาย 65 คน (83.33%)	 วัยทำงาน 30-49 ปี 36 คน (46.15%) - อายุน้อยสุด 13 ปี - อายุมากที่สุด 82 ปี	 คู่ 32 คน (41.02%)	 เกษตรกร/ ทำนา 36 คน (46.15%)	 ผูกคอตาย 75 คน (96.15%)	 โรคจิตเวช 29 คน (37.18%) โรคจิต 22 คน ซึมเศร้า 7 คน	 ความสัมพันธ์ ทะเลาะคนใกล้ชิด/ น้อยใจ ถูกดูด่า 33 คน (42.31%) และ ใช้สุรา/มีนเมา 28 คน (38.36%)	 ญาติ/คนใกล้ชิด ไม่รู้ สัญญาณเตือน 45 คน (57.69%)
เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 28 คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 17 คน	สถานภาพคู่เพิ่มจากรอบ 1 14 คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 17 คน	เพิ่มจากรอบ 1 30 คน	โรคจิตเพิ่มขึ้น 8 คน ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 3 คน	น้อยใจ ถูกดูด่า 14 คน ใช้สุรา ยาเสพติด 11 คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 21 คน

ปัจจัยปกป้อง/เฝ้าระวัง ปัจจัยปกป้องพบน้อย เป็นผู้ฆ่าตัวตาย New Case จำนวน **64 คน** เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรอง ดูแลทางสังคมจิตใจ **ด้านกั้น** (การปิดกั้นสถานที่/อุปกรณ์ในการฆ่าตัวตาย) **อ่อนแอ** ล้มเหลว เพิ่มมาตรการด้านกั้น สำหรับญาติ/คนใกล้ชิด กลไกผู้นำ/แกนนำชุมชน



KPI 29.2

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี

เป้าหมาย

ผลงาน

(รอบ 5 เดือน)

80%



94.53%

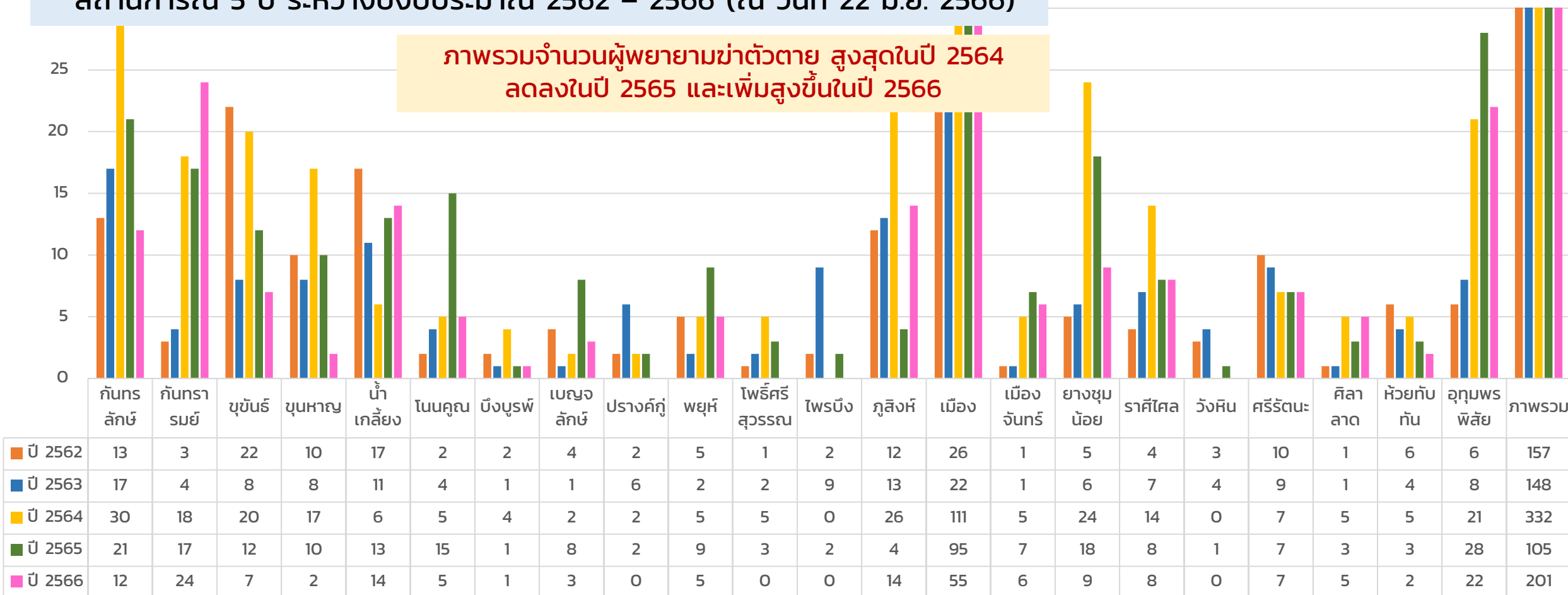
ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี

ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายจังหวัดศรีสะเกษ จำแนกรายอำเภอ

สถานการณ์ 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2566 (ณ วันที่ 22 มิ.ย. 2566)

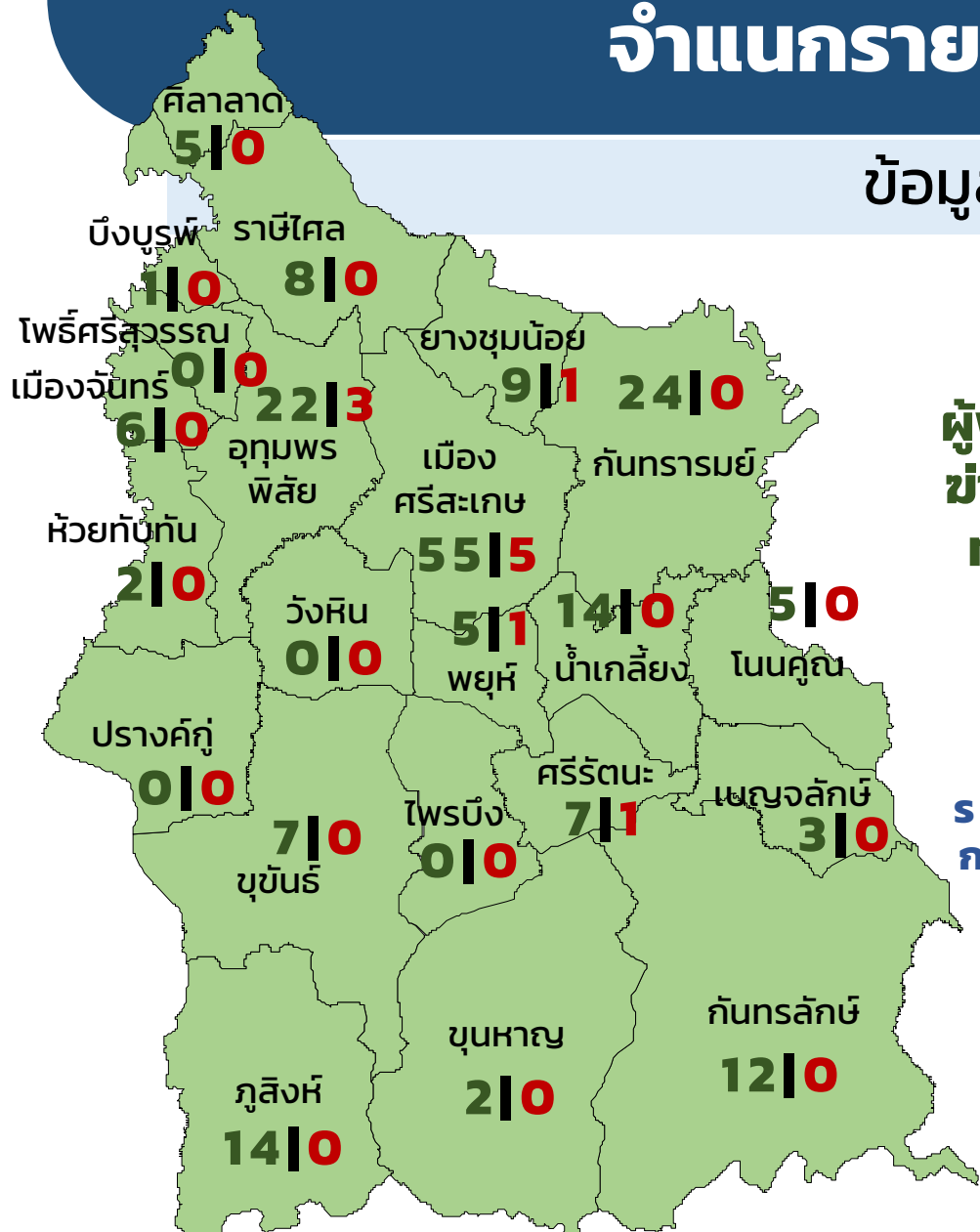
ภาพรวมจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย สูงสุดในปี 2564
ลดลงในปี 2565 และเพิ่มสูงขึ้นในปี 2566



ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยระดับชาติ ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2565 – 1 มิ.ค. 2566 ข้อมูล ณ วันที่ 22 มิ.ย. 2566

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทำร้ายตัวเองซ้ำ จังหวัดศรีสะเกษ จำแนกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2566

ข้อมูลการเฝ้าระวังในระยะ 1 ปี ณ วันที่ 22 มิถุนายน 2566)



ผู้พยายาม
ฆ่าตัวตาย
ทั้งหมด

201

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย
กลับมาทำร้าย
ตัวเองซ้ำ
ในระยะ 1 ปี

11

รอบที่ 1 ต.ค-มี.ค.66 121 ราย
กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ 4 ราย

- ผู้พยายามฯ กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ เกินเกณฑ์
- ผู้พยายามฯ กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ เท่ากับเกณฑ์
- ผู้พยายามฯ กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ น้อยกว่าเกณฑ์

ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันและบรรเทาภัยแห่งชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 22 มิถุนายน 2566

ปี 2566 จ.ศรีสะเกษ
มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย
กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ระยะ 1 ปี

ร้อยละ **5.47**

(4 อำเภอที่กลับมาทำร้ายซ้ำ คือ อ.เมือง
อ.อุทุมพรพิสัย อ.พยุห์ อ.ยางชุมน้อย
อ.ศรีรัตนะ)









= คิดเป็นร้อยละ **94.53**
ผู้พยายามฆ่าตัวตาย**ไม่กลับ**
มาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี
(เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80)



กรมสุขภาพจิต

วิเคราะห์ปัจจัยสำคัญ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดศรีสะเกษ

ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 22 มิถุนายน 2566)

เพศ	ช่วงวัย	สถานภาพ	อาชีพ	วิธีการ	ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยกระตุ้น	Warning Sign
 หญิง 174 คน (86.57%)	 วัยรุ่น 10-29 ปี 150 คน (74.63%) - อายุน้อยสุด 12 ปี - อายุมากที่สุด 70 ปี	 โสด 144 คน (71.64%)	 นักเรียน นักศึกษา 121 คน (60.20%)	 กินยา เกินขนาด 142 คน (70.65%)	 โรคจิตเวช 118 คน (58.70%) ซึมเศร้า 100 คน โรคจิต 8 คน ตัดสุรา 10 คน	 ความสัมพันธ์ ทะเลาะคนใกล้ชิด/ น้อยใจ ถูกดุด่า 142 คน (70.65%)	 ญาติ/คนใกล้ชิด ไม่รู้ สัญญาณเตือน 170 คน (84.58%)
เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 83 คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 76 คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 70 คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 50 คน	เพิ่มจากรอบ 1 64 คน	โรคจิตเพิ่มขึ้น 1 คน ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 46 คน ส่วนใหญ่ไม่ขาดยา / อยู่ในระบบ	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 73 คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 74 คน

ปัจจัยปกป้อง/เฝ้าระวัง ปัจจัยปกป้องพบน้อย เป็นผู้พยายามฆ่าตัวตาย New Case จำนวน **127 คน** เฝ้าระวังกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ **ด้านกั้น** (การปิดกั้นสถานที่/อุปกรณ์ในการฆ่าตัวตาย) **อ่อนแอ** ล้มเหลว เพิ่มมาตรการด้านกั้นการเข้าถึงการฆ่าตัวตาย สำหรับญาติ/คนใกล้ชิด

ข้อชื่นชม

1. สอบสวนโรคกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จทุกราย และนำเข้าข้อมูลในระบบรายงานเป็นปัจจุบัน **วิเคราะห์ บ่งชี้กลุ่มเสี่ยงในภาพจังหวัดได้**
2. รพ.ศรีสะเกษ เป็นพี่เลี้ยง ดูแลช่วยเหลือเครือข่าย-รับส่งต่อผู้ป่วย **"หอผู้ป่วยกมลรัักษ์"** และเครือข่ายเข้มแข็ง
3. พลักดันวาระจังหวัด : **"ประเด็นมีวัคซีนใจ ไม่ฆ่าตัวตาย"** ผู้ว่าราชการจังหวัด มอบนโยบายการดำเนินงานแบบบูรณาการ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้ทุกหน่วยงาน ขับเคลื่อนแนวทาง **"วัคซีนใจ"** และ **"3 หมอ"** ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในชุมชน 22 อำเภอ
4. **คัดกรองสุขภาพจิตกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ใน MENTAL HEALTH CHECK IN** ได้จำนวนมาก (22 อำเภอ 186 ตำบล) และติดตามกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 92.7



การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ในการเสริมสร้างวัคซีนใจ

ผู้ว่าราชการจังหวัด	<ul style="list-style-type: none"> • มอบนโยบาย / ข้อสั่งการ ในการดำเนินงาน • กำกับติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย บทบาท แผนงาน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	<ul style="list-style-type: none"> • โดยกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สนับสนุนและประสานงานการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและการแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับจังหวัด • เชื่อมโยงให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือตามบทบาทหน้าที่และการกิจแต่ละหน่วยงาน
นายอำเภอ / คณะกรรมการ พชอ.	<ul style="list-style-type: none"> • บูรณาการแผนในระดับอำเภอ และกำหนดคณะทำงานรับผิดชอบในระดับอำเภอ • กำกับติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.)	<ul style="list-style-type: none"> • สนับสนุนสวัสดิการและช่วยเหลือประชาชนที่เดือดร้อน ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายอำเภอ จังหวัด ที่สอดคล้องและเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่
กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน	<ul style="list-style-type: none"> • ดูแลช่วยเหลือ ตรวจสอบเยี่ยมลูกบ้าน สื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพจิต • รวบรวมและรายงานข้อมูลสถานการณ์ที่สำคัญ การดูแลช่วยเหลือด้านต่าง ๆ
หน่วยบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	<ul style="list-style-type: none"> • ประเมินสุขภาพจิต ดูแลช่วยเหลือ รักษาทางสังคมและจิตใจเบื้องต้น • เป็นจุดรับแจ้งเหตุด้านสุขภาพจิต แพทย์ฉุกเฉิน สายด่วน 1669 • ติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งต่อในกรณีพบความเสี่ยงสุขภาพจิต

การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ในการเสริมสร้างวัคซีนใจ (ต่อ)

กลุ่ม / ชมรม / กรรมการหมู่บ้าน	<ul style="list-style-type: none"> • สนับสนุน ประสานจัดการ การส่งเสริมรายได้ในครัวเรือน ชุมชน • ติดตามให้ความช่วยเหลือคนในชุมชน
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	<ul style="list-style-type: none"> • ค้นหาคัดกรอง สอดส่องมองหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต • ดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงสุขภาพจิตในชุมชน
ตำรวจ	<ul style="list-style-type: none"> • จุดแจ้งเหตุรุนแรง สายด่วน 191 เพื่อช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่รุนแรงด้านสุขภาพในชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าว ก่อเหตุรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้คน
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	<ul style="list-style-type: none"> • ประสานความร่วมมือให้ความช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ที่ได้รับความเดือดร้อนหรือต้องการความช่วยเหลือทางสังคม
หน่วยงานอื่น ๆ	<ul style="list-style-type: none"> • ช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชน

ข้อชื่นชม

5. อ.โนนคุณ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่

- ชุมชนสามารถ **ค้นหา เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง** ในรายที่ไม่เร่งด่วน และส่งต่อกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะเร่งด่วนได้ทันที (ทั้งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ชิมเศร้าฆ่าตัวตาย)
- **มีจุดแจ้งเหตุที่ชัดเจน** คือ กลุ่มไม่เร่งด่วนแจ้งผู้นำชุมชน กลุ่มเร่งด่วน โทร 1669 และ 191 (ทั้งนี้มีการสื่อสารสัญญาณเตือนเพื่อค้นหาและเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ในแต่ละกลุ่ม)



แนวทางการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต

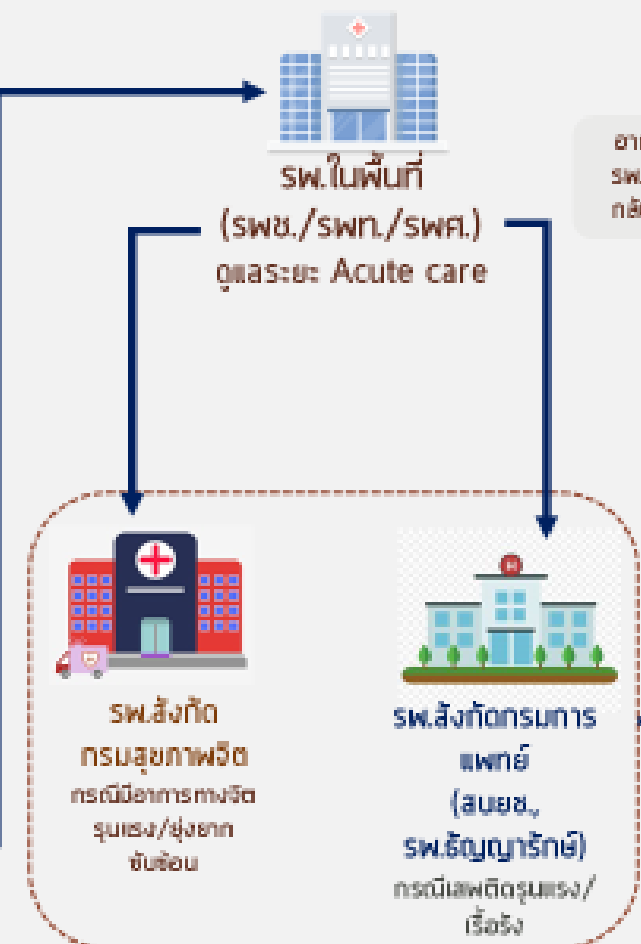
Pre Hospital

เฝ้าระวัง ค้นหา เฝ้าจับตามเหตุ และส่งต่อ



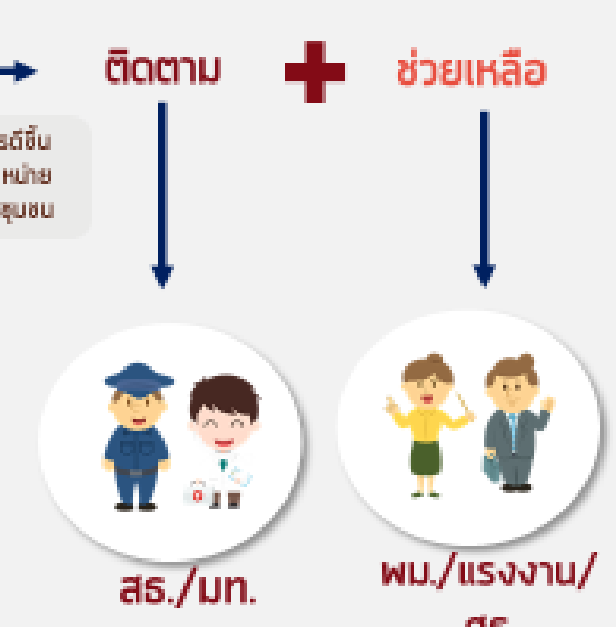
In Hospital

บำบัดรักษา ตามศักยภาพ



Post Hospital

ติดตามดูแลหลังการบำบัด ประสานการช่วยเหลือ ด้านอาชีพ ที่อยู่อาศัย ฯลฯ



Monitor

กำกับ ติดตาม

- ✓ มีคณะกรรมการระดับจังหวัด
- ✓ ประชุมต.ป.อ./กทท.
- ✓ การค้นหา วางแผน และชักจูงแผนจังหวัด
- ✓ มีการอบรม/แนวทาง
- ✓ ศป.ป.อ./เขตรายงานปัญหาผู้ป่วย

รายงาน Dopa/Nispa/ฐาน รพ./กทท.เขียนชุมชน

รายงาน นสท./HDC



รายงาน นสท./ HDC/ Dopa/ Nispa

รายงาน นสท.

ข้อเสนอแนะ

1. **เน้นสื่อสาร “Suicide Literacy”** สร้างความรอบรู้สุขภาพจิต ชำตัวตาย ในครอบครัว/ชุมชน/สถานศึกษา ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะประเด็นสัญญาณเตือน Warning Sign การช่วยเหลือเบื้องต้น การสื่อสารเชิงบวก สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว
2. **ขยายผล การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่**
3. **พัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย** รวมถึงปัญหาทางสุขภาพจิต กับครูในโรงเรียน **เป็น หมอคนที่ 4**
4. **Strengthen ความร่วมมือเครือข่าย** เสริมพลังการขับเคลื่อนโดย คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด เชื่อมโยงแก้ไขปัญหารวม **“สุขภาพกาย จิต ยาเสพติด” เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน**
5. **นำ “4 สร้าง 2 ใช้ ”** สร้างวัคซีนใจในชุมชน (สร้างความรู้สึกลดภัย ความรู้สึกสงบ ความหวัง เข้าใจและให้ออกาส) นำไปสู่มาตรการ **“มีวัคซีนใจ ไม่ฆ่าตัวตาย” โดยเชื่อมโยงกับข้อมูลสืบสวนระบาดวิทยา (Psychological Autopsy)**

ข้อเสนอแนะ กลไกเชิงระบบเพื่อระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ระดับจังหวัด

ระดับความรุนแรงของสถานการณ์และปัญหา

**การเฝ้าระวัง
ในกลุ่มเสี่ยง**

ระบุ/บ่งชี้กลุ่มเสี่ยงในจังหวัด

ประเมินกลุ่มเสี่ยง

ด้วยแบบประเมินฆ่าตัวตาย (8Q)
ทุกเดือน (อย่างน้อยเป็นระยะเวลา 1 ปี)

ดูแลช่วยเหลือ
ตามระดับ
ความรุนแรง
โดย จนท.สาธารณสุข

**การเฝ้าระวัง
ในกลุ่มที่เคยลงมือ
ฆ่าตัวตาย**

อบรมคนใกล้ชิด ครอบครัว ญาติ
ในเรื่องการดักจับสัญญาณเตือน
การช่วยเหลือเบื้องต้น และ ช่องทางแจ้งเหตุ

การช่วยเหลือ
จากหลากหลาย
วิชาชีพ
(นอกจากด้าน
สุขภาพจิต)

**การจัดการ
เมื่อเกิดอุบัติการณ์
การฆ่าตัวตาย
หรือพบสัญญาณเตือน
ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย**

ผู้พบเห็นในชุมชน หรือ
ในสื่อ Social Online

มีจุดแจ้งเหตุ*
เบอร์โทร 24 ชั่วโมง
หรือ ทางออนไลน์

จังหวัดและ
ระดับอำเภอ/ชุมชน

แจ้งทีมเยียวยา
จิตใจ (MCATT)

แจ้งทีมปฏิบัติการพิเศษ
ป้องกันการฆ่าตัวตาย
จากจุดแจ้งเหตุ

ช่วยชีวิต

* เช่น สายด่วน 191 , 1669
อสม หมอประจำบ้าน
ผู้นำชุมชน จนท.สาธารณสุข เป็นต้น

แจ้งทีมสอบสวนโรค

สอบสวนโรค
ค้นหา/ประเมิน
ผู้ได้รับผลกระทบ

สรุป/รายงาน
การสอบสวนโรค

วิเคราะห์/คืนข้อมูล
เวทีระดับพื้นที่/จังหวัด



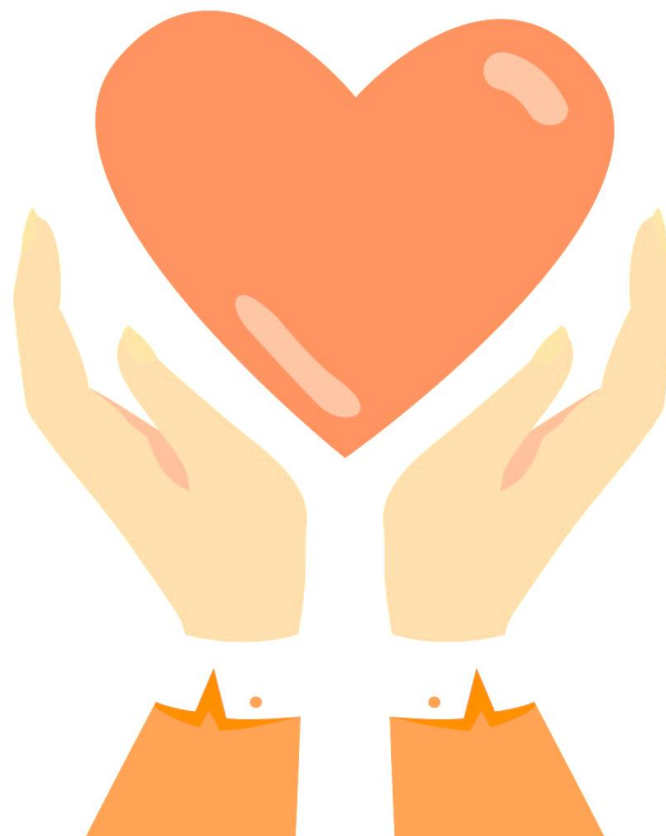
สุขภาพ คือ ชีวิต
สุขภาพจิต คือ ชีวิตที่มีความสุข

“Health is Life : Mental Health is Happy Life”



Thank You





"ความหวัง"
และ "พลังใจ"
 ช่วยฝ่าฟันอุปสรรค
 ต่าง ๆ ไปได้
 ด้วย **สุขภาพจิตที่ดี**



Thank

