



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เอกสารประกอบการอบรม

**หลักสูตร การจัดทำมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย
โดยอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่
สำหรับ ศูนย์สุขภาพจิตและหน่วยบริการในสังกัด
กรมสุขภาพจิต**



โดย นพ.รรณินทร์ กองสุข

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สารบัญ

	หน้า
แนวทางกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด	1
ตัวอย่างการกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขฆ่าตัวตายจากการวิเคราะห์ข้อมูล จังหวัดตาก	8
ภาคผนวก	
แนวทางการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสอบสวนฆ่าตัวตายโดยอาศัยหลักระบาดวิทยา	16
แบบรายงานกรณีฆ่าตัวตาย สำหรับผู้บริหาร	44
แบบรายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (SDV)	46
คำอธิบายตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	55



แนวทางกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไข ปัญหาฆ่าตัวตายระดับจังหวัด

นพ.ธรณินทร์ กองสุข

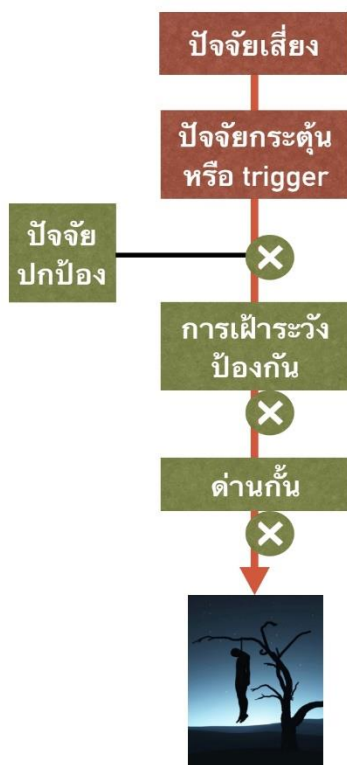
บรรยายแก่ผู้รับผิดชอบการแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายของ รพ.จิตเวช และศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต 22 พย 2566



เนื้อหา

1. หลักการสำคัญในการกำหนดมาตรการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด
2. ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ (suicide) และพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) ของจังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2565
3. เหตุปัจจัย และวิธีที่ใช้ฆ่าตัวตายในจังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2565
4. ตัวอย่างการกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลจังหวัดตาก

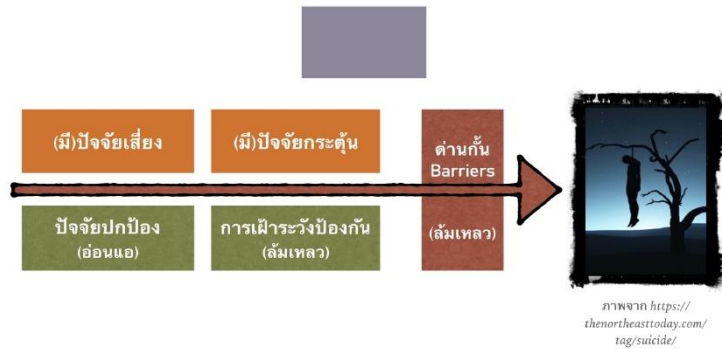
ฆ่าตัวตายไม่ใช่โรคจิตเวช



- ไม่มีการรักษาที่เฉพาะ
- เกิดจากหลายเหตุปัจจัยรวมๆกัน
- การป้องกันแก้ไขต้องมุ่งจัดการที่เหตุปัจจัย
- เช่นเดียวกับการมีไข้ ต้องหาโรคที่เป็นสาเหตุและรักษา มิใช่แค่ทานยาพาราเซตามอล



เหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่



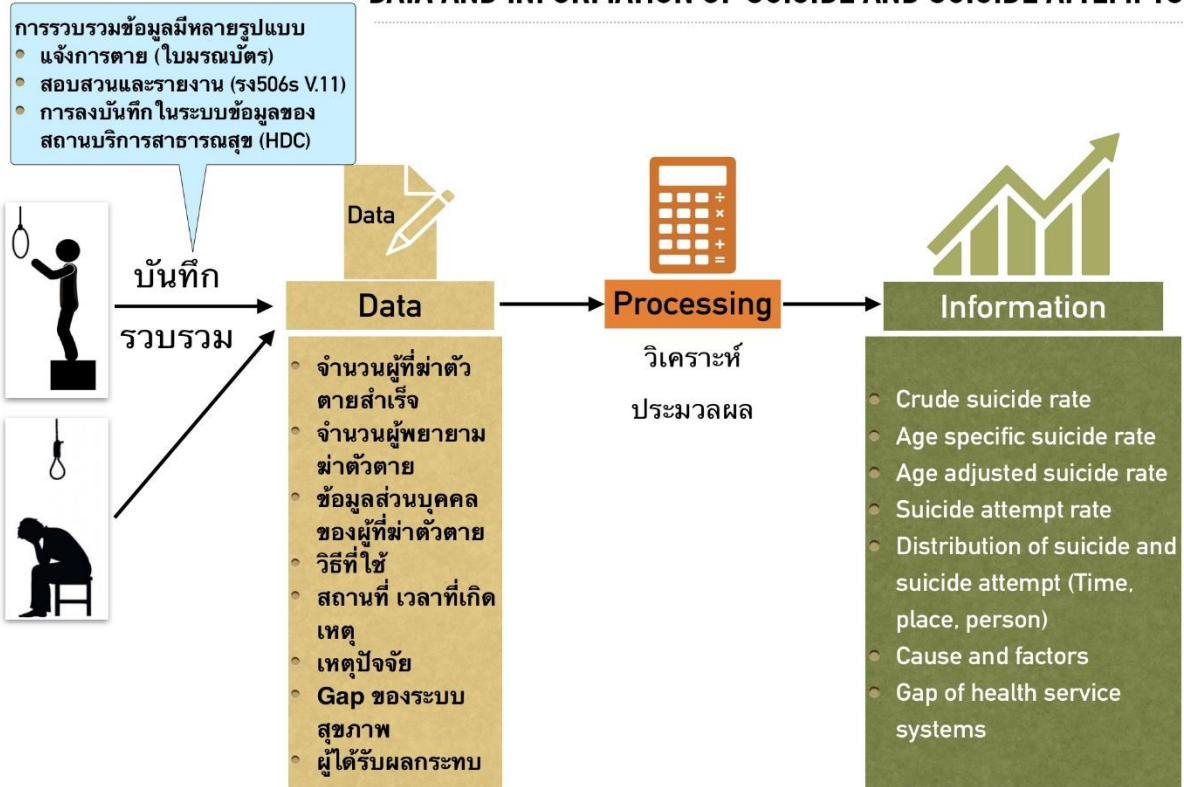
ดังนั้นการกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหามาตัวตาย
จึงต้องดำเนินการในรายจังหวัด

มี 2 หลักการสำคัญ ในการกำหนดมาตรการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด

- 1 การป้องกันฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง
- 2 การกำหนดมาตรการที่เฉพาะเจาะจงต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย (ให้ครบถ้วนทั้งปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และสร้างเสริมด่านกั้น)

ใช้ข้อเท็จจริงจากข้อมูลฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในจังหวัด
ในการกำหนดกลุ่มเสี่ยงและระบุเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตาย

DATA AND INFORMATION OF SUICIDE AND SUICIDE ATTEMPTS



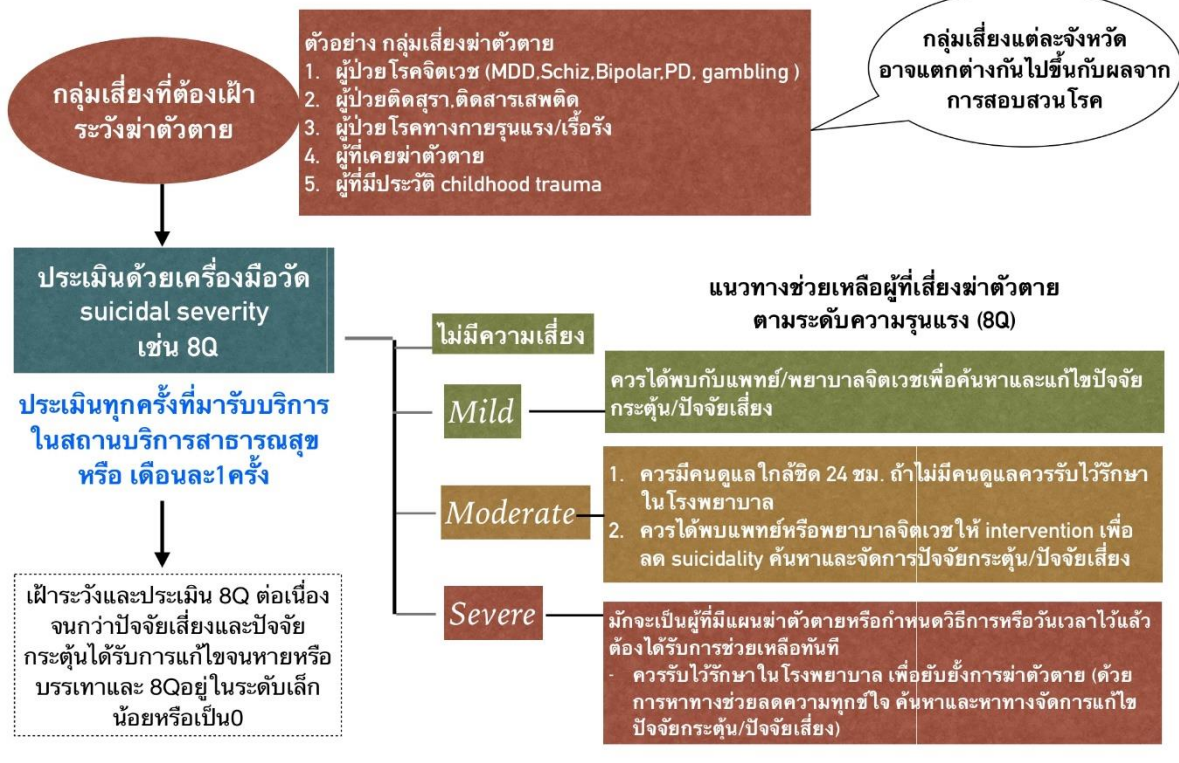
1

กิจกรรมในมาตรการป้องกันฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเสี่ยงระดับจังหวัด



นพ. ธรณินทร์ กองสุข 2/06/2566

การช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงหลังการใช้ 8Q เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย



2

การกำหนดมาตรการที่เฉพาะเจาะจงต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายในจังหวัด



นพ. ธรณินทร์ กองสุข 2/06/2566

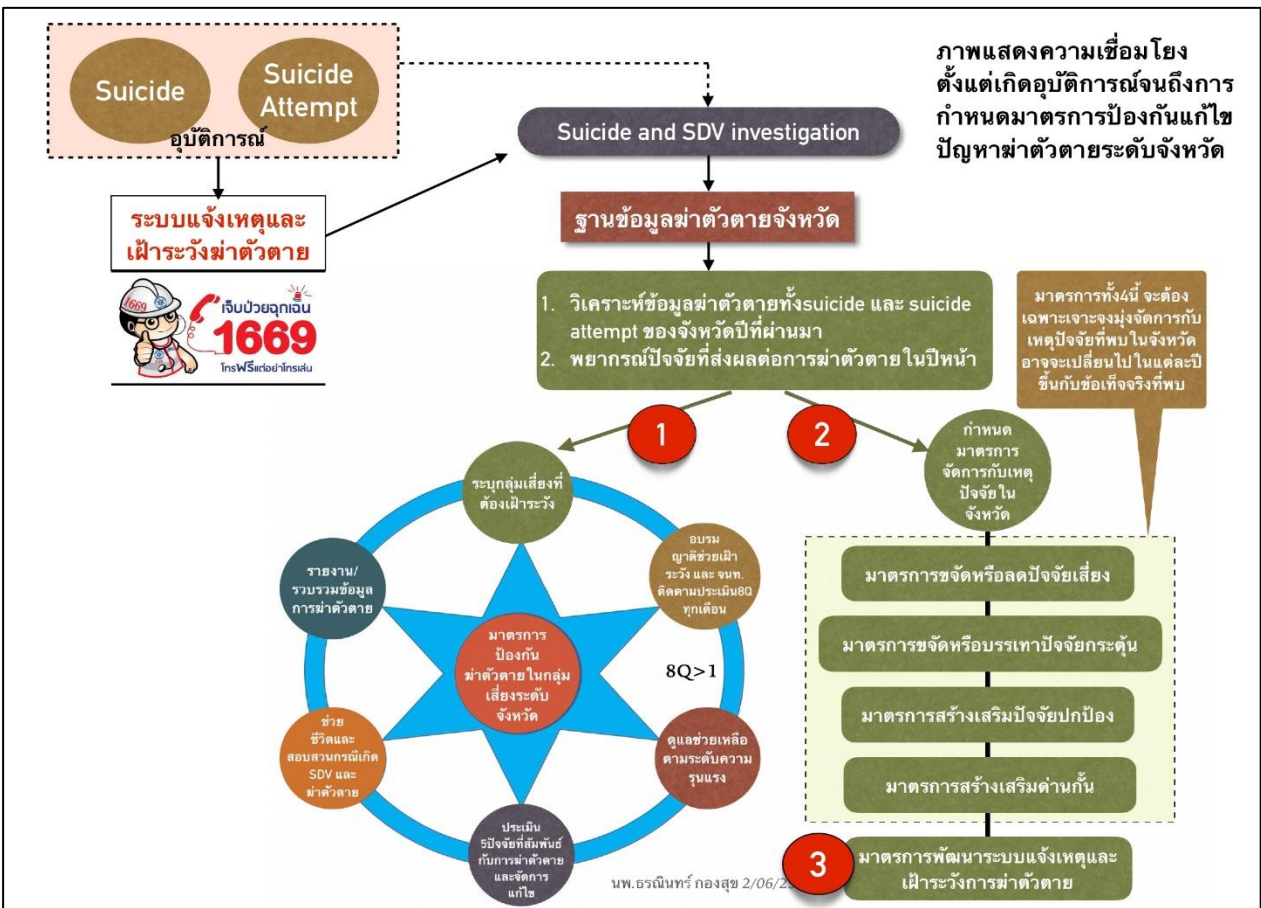
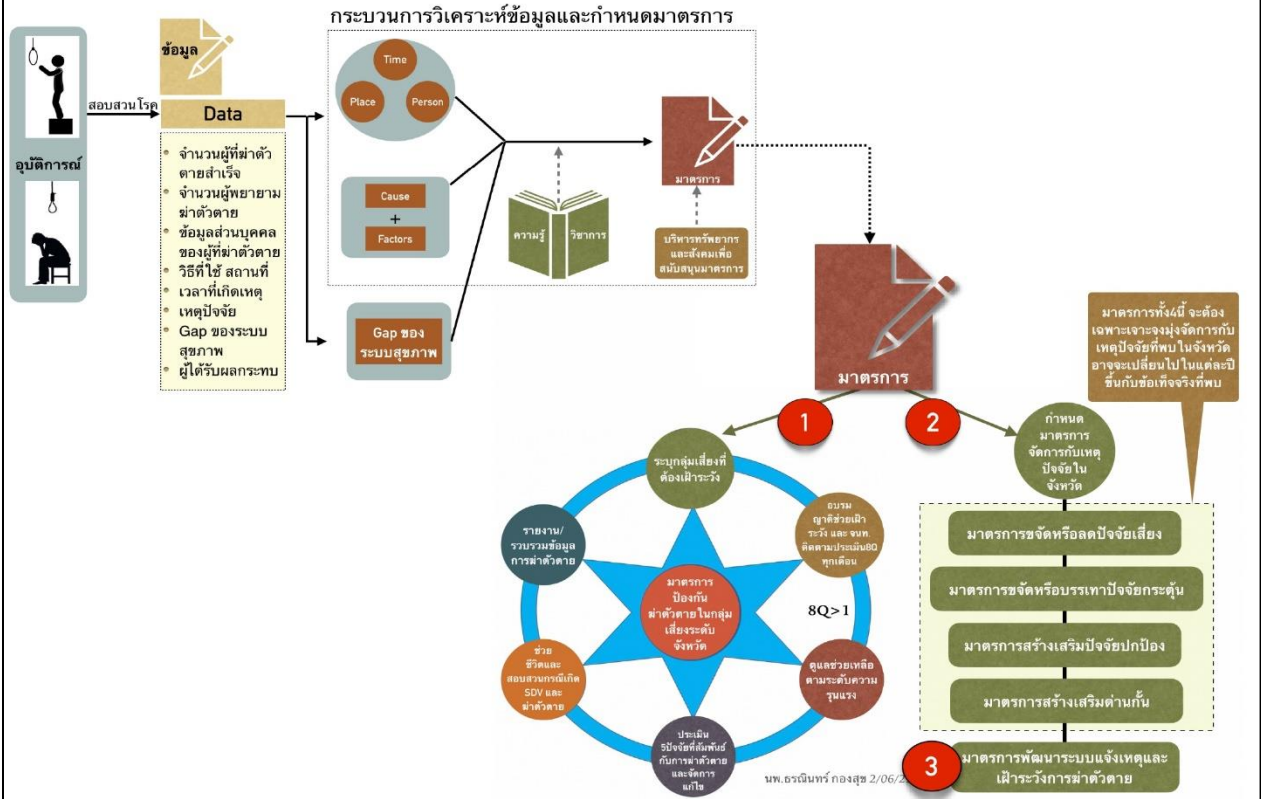
มาตรการพัฒนาระบบแจ้งเหตุและเฝ้าระวังฆ่าตัวตายระดับจังหวัด

เป้าประสงค์	KPI	ค่าเป้าหมาย	กลวิธี
จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังป้องกันฆ่าตัวตายที่เข้มแข็งมีประสิทธิผล	1. มีจุดแจ้งเหตุการกระทำรุนแรงต่อตนเอง	มี	1. แต่งตั้งคณะทำงานเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัดและหน่วยข้อมูลสารสนเทศการฆ่าตัวตาย 2. ดำเนินการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายตามแผน โดยเน้น 1)ให้มีจุดแจ้งเหตุ 2)มีหน่วยรวบรวมข้อมูลการสอบสวนโรค 3)สร้างฐานข้อมูล และ4)มีการวิเคราะห์ข้อมูลเผยแพร่สม่ำเสมอ 3. จัดทำแนวปฏิบัติและเผยแพร่ชี้แจงแนวปฏิบัติเมื่อเกิดการฆ่าตัวตายหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเองในชุมชน แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกส่วน 4. ติดตามนิเทศและให้การสนับสนุนการดำเนินการปรับปรุงพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายของจังหวัด
	2. มีหน่วยรวบรวมข้อมูลการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายจากการสอบสวนโรคของจังหวัด	มี	
	3. มีฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายของจังหวัดจากการสอบสวนโรค	มี	
	4. มีการวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตาย	มี	
	5. เผยแพร่สถิติ/สารสนเทศรายเดือนทุกเดือนแก่ผู้รับผิดชอบและประชาชน (เป็นเอกสารหรือผ่านเว็บเพจ)	มี	

สรุปแนวทางกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายระดับจังหวัด



สรุปภาพรวมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสอบสวนโรค





ตัวอย่างการกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไข ฆ่าตัวตายจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลจังหวัดตาก

ปีงบประมาณ 2565

น.พ.ธรณินทร์ กองสุข ศูนย์เฝ้าระวังฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ

ผลการวิเคราะห์
สถานการณ์
และการกระจายของ
การฆ่าตัวตายสำเร็จ
และพยายามฆ่าตัวตาย
ในจังหวัดตาก
ปีงบประมาณ 2565



อัตราการฆ่าตัวตาย(CRUDE SUICIDE MORTALITY RATE) ของจังหวัดตาก ปี พ.ศ.2561-2565



แหล่งข้อมูล อ้างอิงตามสถานที่เสียชีวิต ไบรอนบัตร์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล มค-๖๕

การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย จ.ตาก จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ2565

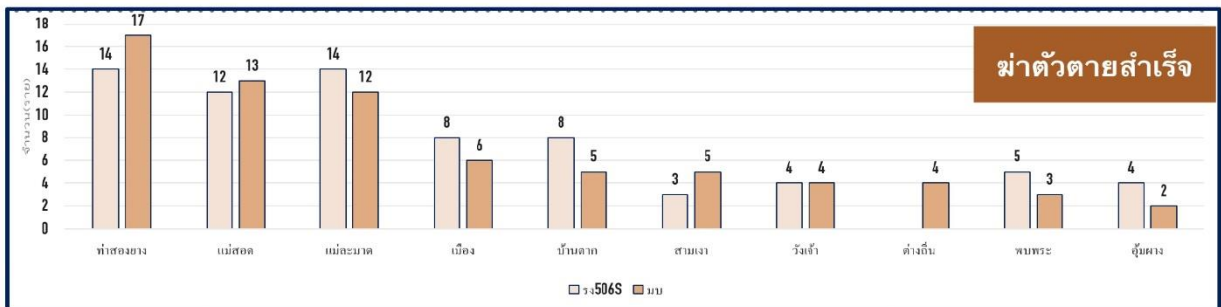
อัตราฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ (crude Suicide rate) = 13.35/แสนประชากร
 อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย = 37.35 /แสนประชากร

กลุ่มอายุ	ประชากร ¹ (คน)	จำนวนฆ่าตัวตาย ² (คน)	Suicide rate (แสนประชากร)	จำนวนพยายาม ฆ่าตัวตาย ³ (คน)	Suicide attempt rate (ต่อแสน ประชากร)
เด็กปฐมวัย (0-4ปี)	34,493	0	0	0	0
วัยเรียน (5-14ปี)	82,237	0	0	15	18.23
วัยรุ่น/วัยนักศึกษา (15-19ปี)	43,784	1	2.28	64	146.17
วัยทำงาน (20-59ปี)	300,989	54	17.94	114	37.87
วัยสูงอายุ (60ปีขึ้นไป)	84,626	18	21.27	11	12.99
ภาพรวมทั้งจังหวัด	546,129	73	13,36	204	37.35

1. ประชากรกลางปี2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจากใบมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
3. ข้อมูลจาก รง 506S

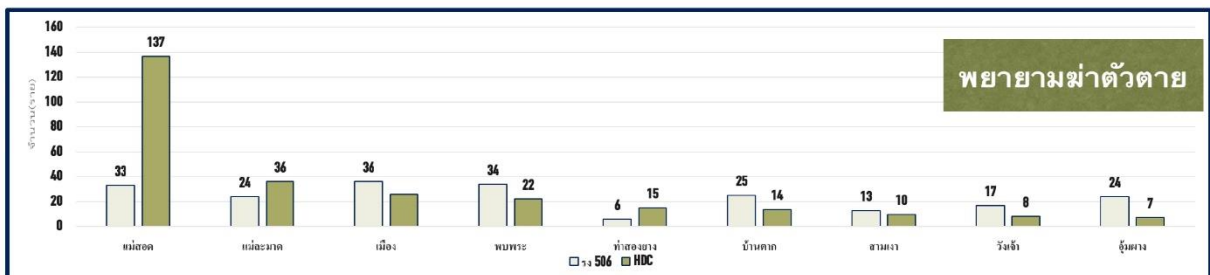
17

จำนวนฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตาย จ.ตาก ปีงบประมาณ2565 จำแนกตามอำเภอ



ข้อมูลจากใบมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

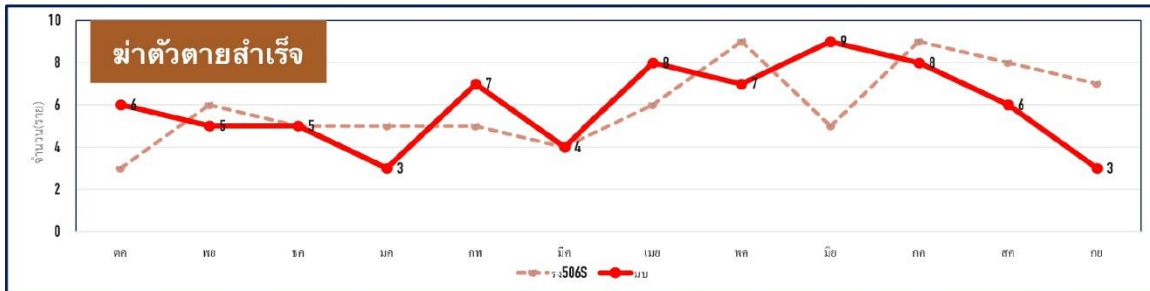
ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตายตนเอง กรณีเสียชีวิต (ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565)



ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตายตนเอง กรณีไม่เสียชีวิต (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

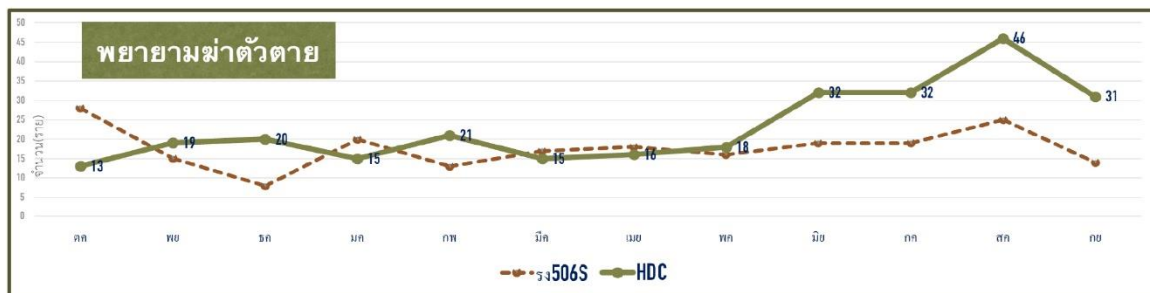
ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตายตนเอง กรณีไม่เสียชีวิต (ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565)

จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตาย จ.ตาก ปีงบ2565 จำแนกตามเดือน



ข้อมูลจากใบมรณบัตร กองพิสูจน์คดีและแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีไม่เสียชีวิต (ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565)



ข้อมูลจากระเบตถึงสุขภาพ 43 เพิ่ม (HDC) กองพิสูจน์คดีและแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีไม่เสียชีวิต (ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565)

ผลวิเคราะห์เหตุ
ปัจจัยและวิธีที่ใช้
ฆ่าตัวตาย และ
พยายามฆ่าตัวตาย
ของจังหวัดตาก
ปีงบประมาณ 2565



เหตุปัจจัยและวิธีที่ใช้ในกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2565

แหล่งข้อมูล: รง.506s v10



*บางรายอาจมีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นมากกว่าหนึ่งปัจจัย

แหล่งข้อมูล : รง 506S V.10 ค.ค.64- ก.ย.65 (ณ วันที่ 20 เม.ย.66) N=72 ราย

เหตุปัจจัยและวิธีที่ใช้ในกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายของจังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2565

แหล่งข้อมูล: รง.506s v10

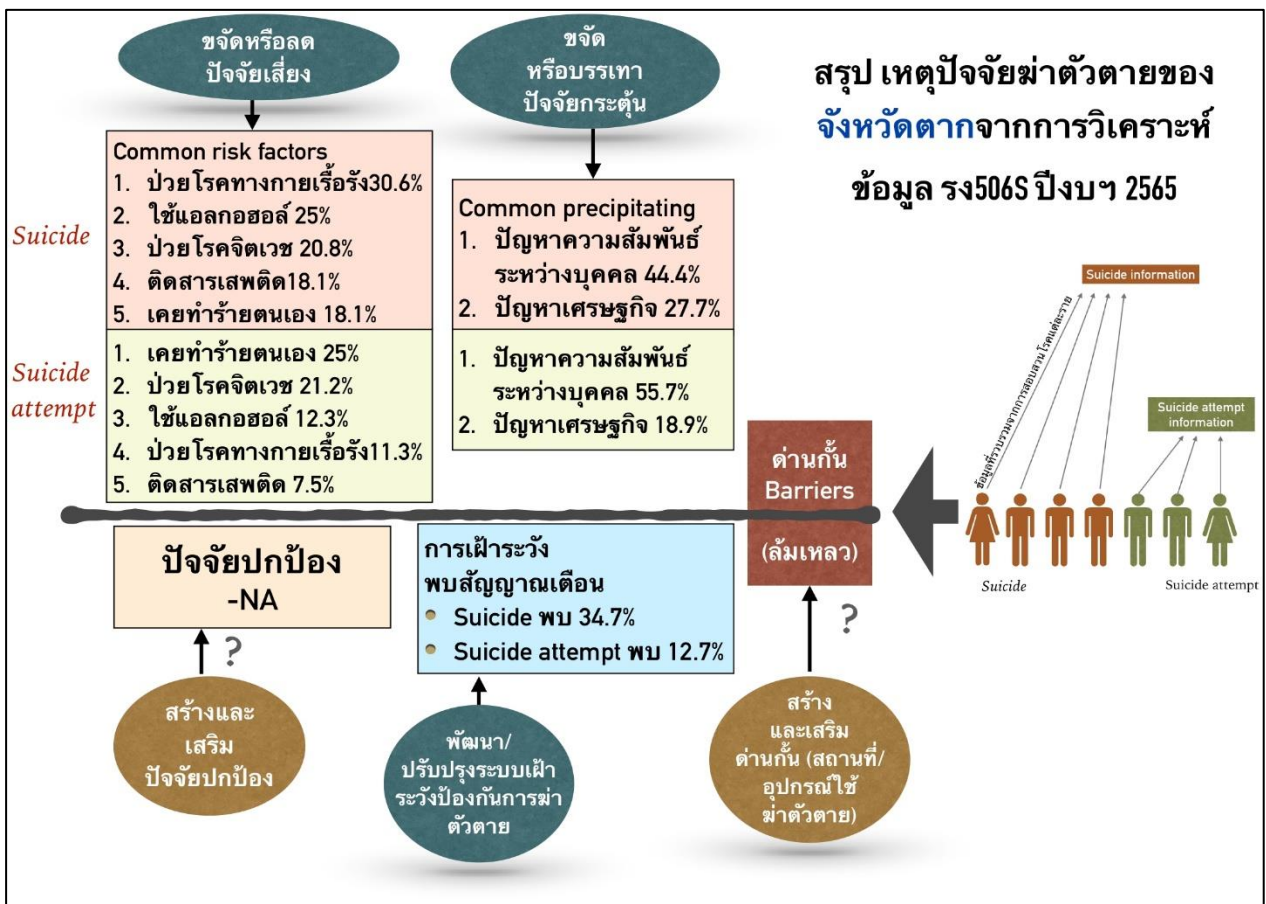
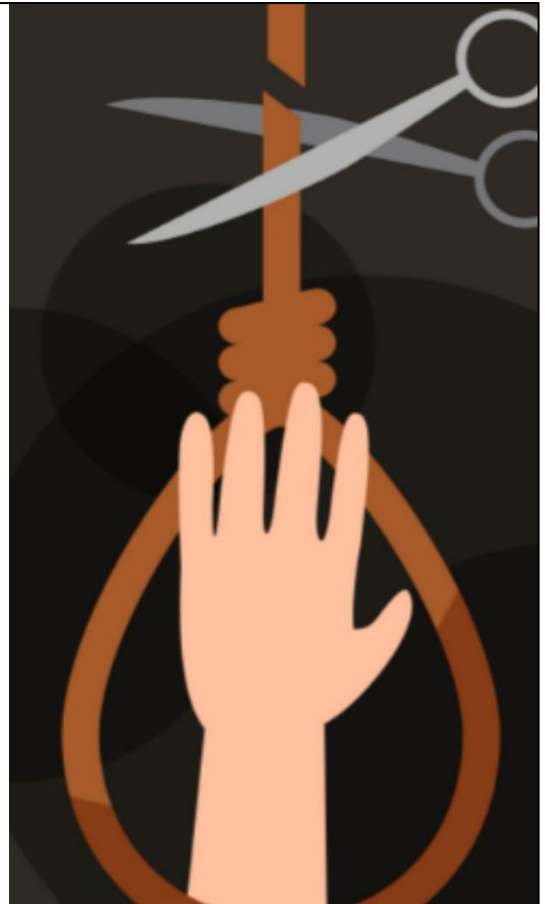


*บางรายอาจมีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นมากกว่าหนึ่งปัจจัย

แหล่งข้อมูล : รง 506S V.10 ค.ค.65- เม.ย.66 (ณ วันที่ 20 เม.ย.66) N=212 ราย

ตัวอย่าง การกำหนด มาตรการจัดการกับ เหตุปัจจัยฆ่าตัวตาย ของจังหวัดตาก

ปีงบประมาณ 2566



มาตรการที่มุ่งจัดการกับเหตุปัจจัย สำหรับจังหวัดตาก

กำหนดเป้าหมาย

- ▶ ลดอัตราการฆ่าตัวตายลง ร้อยละ 30 จากปีที่แล้ว

Suicide

- Common risk factors
1. ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง 30.6%
 2. ใช้แอลกอฮอล์ 25%
 3. ป่วยโรคจิตเวช 20.8%
 4. ติดสารเสพติด 18.1%
 5. เคยทำร้ายตนเอง 18.1%

Suicide attempt

1. เคยทำร้ายตนเอง 25%
2. ป่วยโรคจิตเวช 21.2%
3. ใช้แอลกอฮอล์ 12.3%
4. ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง 11.3%
5. ติดสารเสพติด 7.5%

การเฝ้าระวัง

พบสัญญาณเตือน

- Suicide พบ 34.7%
- Suicide attempt พบ 12.7%

พื้นที่ดำเนินการ

- ทุกอำเภอ เน้นอำเภอแม่สอด แม่ละมาต ท่าสองยาง อ.เมือง

การจัด/ลดปัจจัยเสี่ยง

1. มาตรการเพิ่มประสิทธิภาพระบบดูแลผู้ติดสุราและสารเสพติด: (ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ) โดยค้นหา/ประเมินผู้ใช้สารเสพติดและผู้ดื่มสุราด้วย ASSIST หรือ AUDIT เพื่อนำผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) และผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการรักษารวมทั้งเพิ่มการติดตามป้องกันการกลับซ้ำ
2. มาตรการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (เน้น Schizophrenia, MDD): (ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายที่สำคัญ) โดยนำผู้ป่วยทุกรายเข้ารับการประเมินอาการซ้ำหากยังไม่ remission ให้พบจิตแพทย์เพื่อปรับการรักษาและติดตามผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาไม่ให้ขาดยา

การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง

3. มาตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายแบบมุ่งเป้า: โดยประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตายด้วย 8Q แล้วให้การดูแลช่วยเหลือตามความรุนแรงใน 4กลุ่มเสี่ยงหลัก 1) ผู้ป่วยจิตเวช (Shiz, MDD) 2) ผู้ป่วยติดสุรา ยาเสพติด 3) ผู้ที่เคยฆ่าตัวตาย 4) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรุนแรง (ไตวายเรื้อรัง, มะเร็ง) ควรประเมินทุกเดือน อาจเพิ่มการคัดกรองด้วย 2Qplus ใน NCDคลินิก
4. ฝึกอบรมญาติของกลุ่มเสี่ยง ให้มีทักษะเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น

มาตรการที่มุ่งจัดการกับเหตุปัจจัย สำหรับจังหวัดตาก

กำหนดเป้าหมาย

- ▶ ลดอัตราการฆ่าตัวตายลง ร้อยละ 30 จากปีที่แล้ว

Suicide

- Common precipitating
1. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 44.4%
 2. ปัญหาเศรษฐกิจ 27.7%

Suicide attempt

1. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 55.7%
2. ปัญหาเศรษฐกิจ 18.9%

การจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น

5. มาตรการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การปรึกษาและนักจิตบำบัด: เพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจากวิกฤตชีวิตที่มีสาเหตุจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน คู่สมรส และครอบครัว ต้องเพิ่มทักษะ Family counseling and therapy, couple counseling and therapy, problem solving therapy, Interpersonal psychotherapy, CBT แก่นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ ทุกจังหวัดทั้งในภาคราชการและภาคเอกชน

การช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

6. มาตรการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือจากหลายวิชาชีพ: อาจเป็นในรูปแบบอาสาสมัคร หรือ แต่งตั้งในรูปคณะกรรมการจากหลายอาชีพประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย นักการเงินการธนาคาร นักพัฒนาอาชีพ ตำรวจ ฯลฯ เพื่อให้การช่วยเหลือรายที่มีวิกฤตชีวิตด้านอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย อาชีพ

การสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง

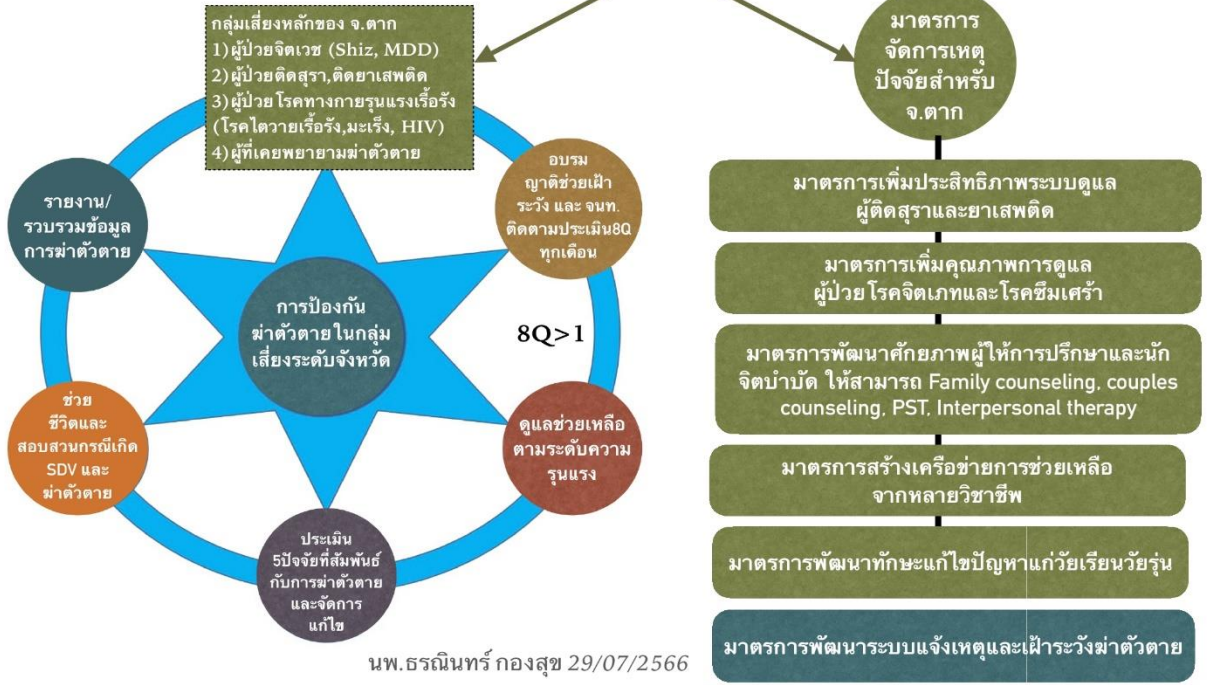
7. มาตรการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาแก่วัยรุ่น: จัดให้มีหลักสูตรพัฒนาทักษะแก้ไขปัญหา (problem solving technique) สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมปลายและนักศึกษาชั้นปีที่ 1 (กลุ่มอายุ 15-19ปี ที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด)

พื้นที่ดำเนินการ

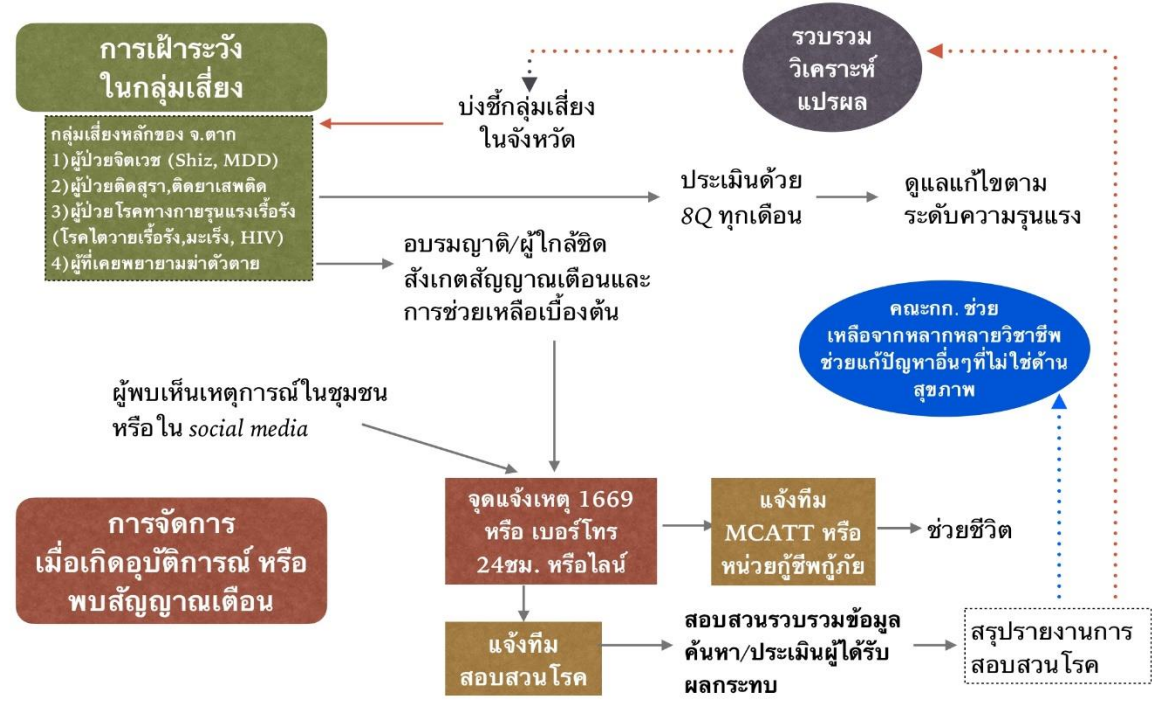
- ทุกอำเภอ เน้นอำเภอแม่สอด แม่ละมาต ท่าสองยาง อ.เมือง

กลุ่มอายุ	ประชากร (คน)	จำนวนตัวตาย (คน)	Suicide rate (แบบประชากร)	จำนวนพยายามฆ่าตัวตาย (คน)	Suicide attempt rate (แบบประชากร)
เด็กปฐมวัย (0-4ปี)	34,493	0	0	0	0
วัยเรียน (5-14ปี)	82,237	0	0	15	18.23
วัยรุ่น/นักศึกษา (15-19ปี)	43,784	1	2.28	64	146.17

**ตัวอย่างข้อเสนอแนะ
มาตรการป้องกันแก้ไข
ปัญหาฆ่าตัวตาย
จังหวัดตาก**



**ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในจังหวัดตาก
การป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและการจัดการเมื่อเกิดการฆ่าตัวตาย**



ภาคผนวก



Picture from: <https://one.comodo.com/blog/msp/why-business-information-systems-are-important.php>

แนวทางการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสอบสวน ฆ่าตัวตาย โดยอาศัยหลักระบาดวิทยา

.....

นพ.ธรณินทร์ กองสุข MD., Ms.C., M.Econ
 Thai board of psychiatry
 Thai board certified in preventive medicine
 : Branch of community psychiatry
 : Branch of epidemiology

Update 1 กพ 2566

1



CONTENT

1. พื้นฐานของระบาดวิทยา
2. ลักษณะข้อมูลจากการสอบสวนโรคกรณีกระทำรุนแรงต่อตนเอง
3. ขั้นตอนของการนำข้อมูลจากการสอบสวนโรคไปใช้ประโยชน์

2

WHAT IS EPIDEMIOLOGY?

- The study of the distribution and determinants of disease in humans (MacMahon and Pugh, 1970)
- The **study** of the **occurrence** and **distribution** of **health-related states or events in specified populations**, including the study of the **determinants** influencing such states, and the application of this knowledge to control the health problems. (Porta,2014)

ระบาดวิทยาเป็นการศึกษาการเกิดขึ้นและการกระจายของสภาวะหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในกลุ่มประชากรเฉพาะ รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะดังกล่าว และการประยุกต์ใช้ความรู้ี้เพื่อควบคุมปัญหาสุขภาพ

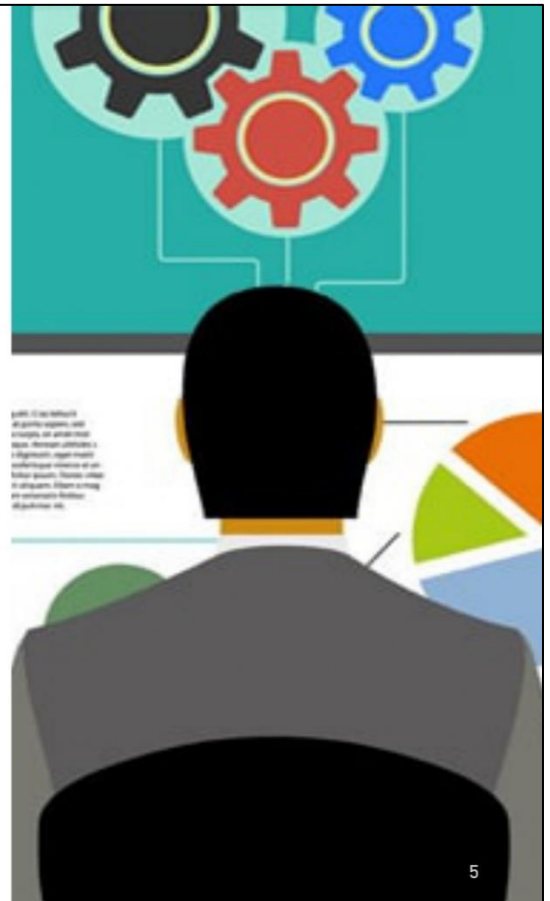
Porta, M. (2014) A Dictionary of Epidemiology, 6th edn. New York, NY: Oxford University Press.
Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Basic epidemiology 2edited. WHO;2006. p.4

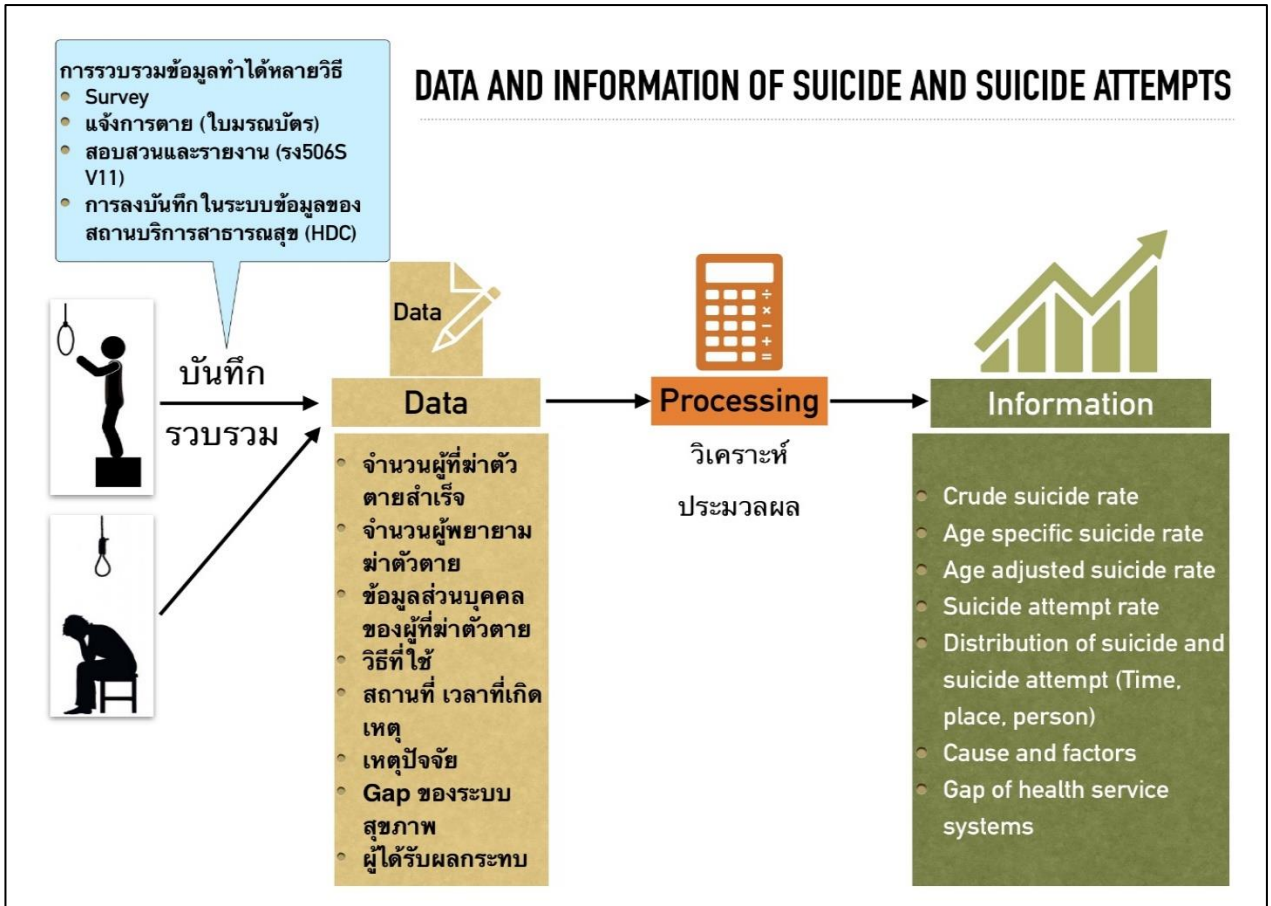


ลักษณะสำคัญของระบาควิทยา

- ระบาควิทยาเป็นสาขาวิชาทางวิทยาศาสตร์ มีวิธีการตรวจสอบทางวิทยาศาสตร์ที่ถูกต้องเป็นรากฐาน
- ระบาควิทยาขับเคลื่อนด้วยข้อมูลและอาศัยแนวทางที่เป็นระบบและเป็นกลางในการรวบรวม วิเคราะห์ และตีความข้อมูล
- ระบาควิทยายังดึงเอาวิธีการจากสาขาวิทยาศาสตร์อื่นๆ มาใช้ร่วมกัน ได้แก่ ชีวสถิติและสารสนเทศ ชีววิทยา เศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมศาสตร์

ข้อมูลที่ได้
จากการ
สอบสวนโรค





ข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรคกรณีกระทำรุนแรงต่อตนเอง

การสอบสวนโรค กรณี SDV มีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลและหลักฐาน 3 ส่วนสำคัญ คือ

1

Individual
sociodemographic and
event information

2

Causal factors
and barriers

3

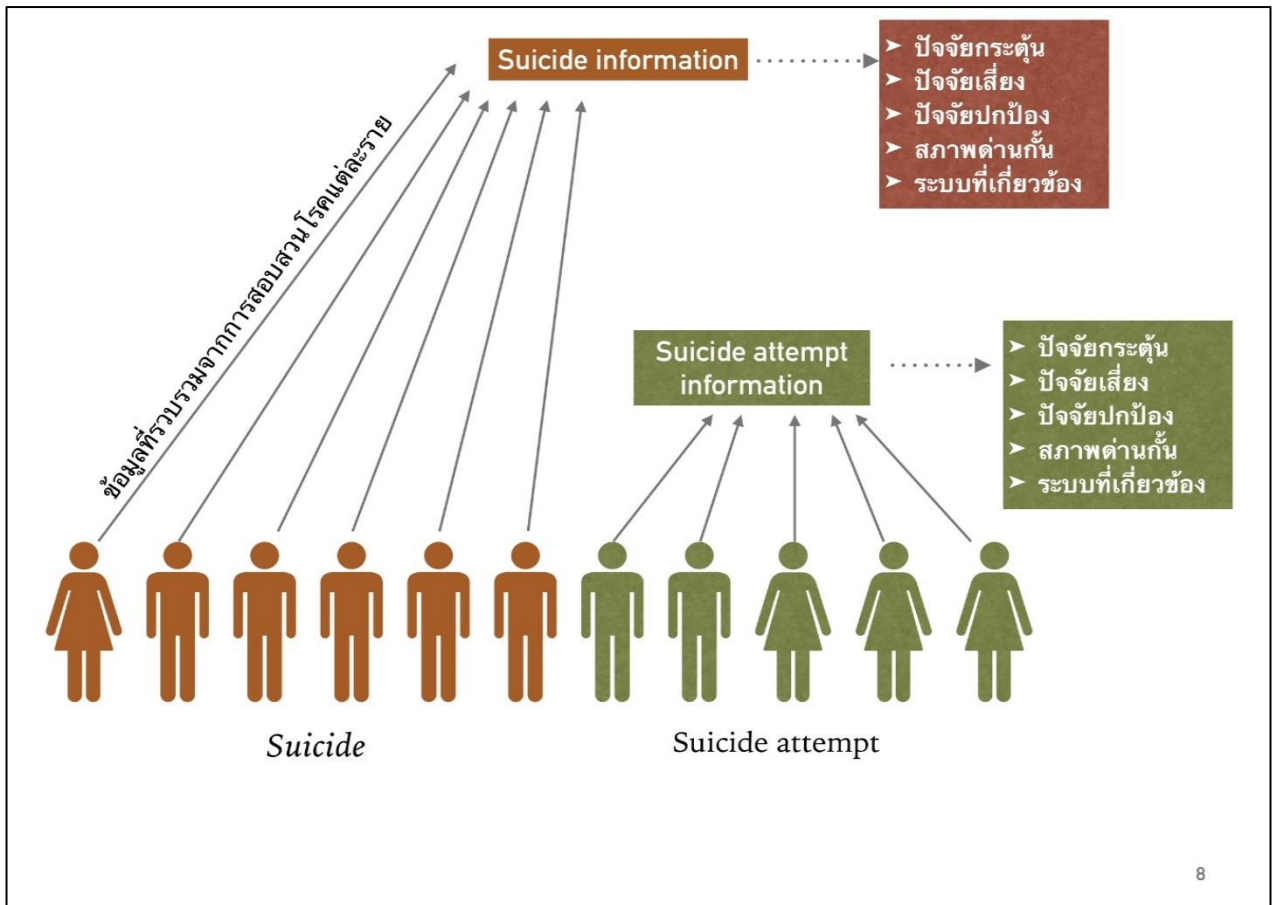
Related Health systems

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลของเหตุการณ์ตาม Time, place, person รวมทั้ง วิธีและกลไกที่ทำให้ตายหรือบาดเจ็บ

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และด้านกั้น

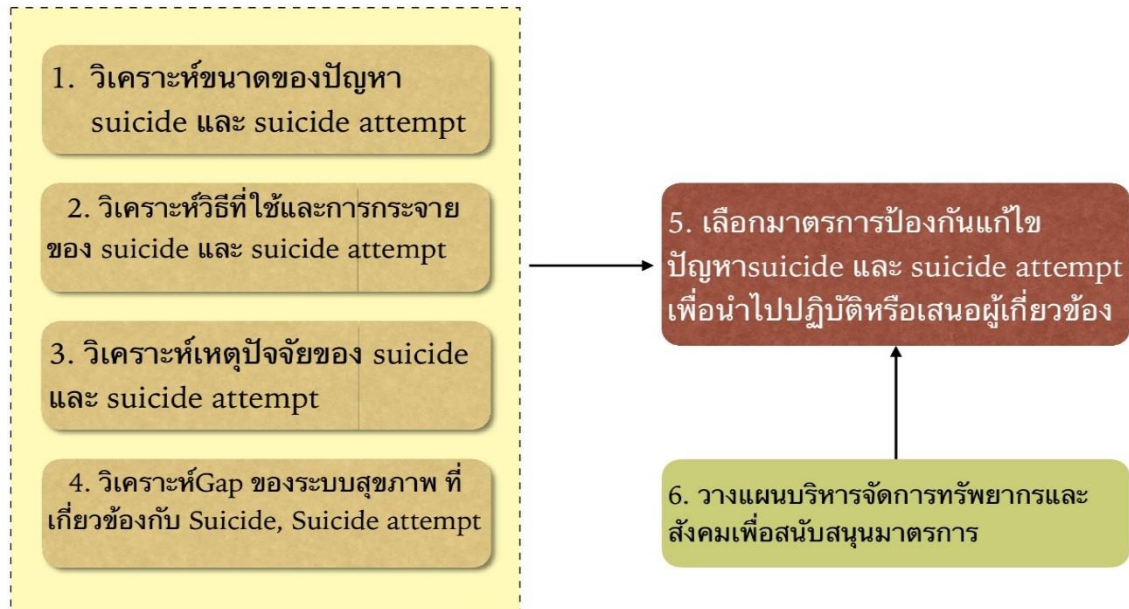
ประสิทธิภาพและจุดบกพร่องของระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในพื้นที่เกิดเหตุ

7

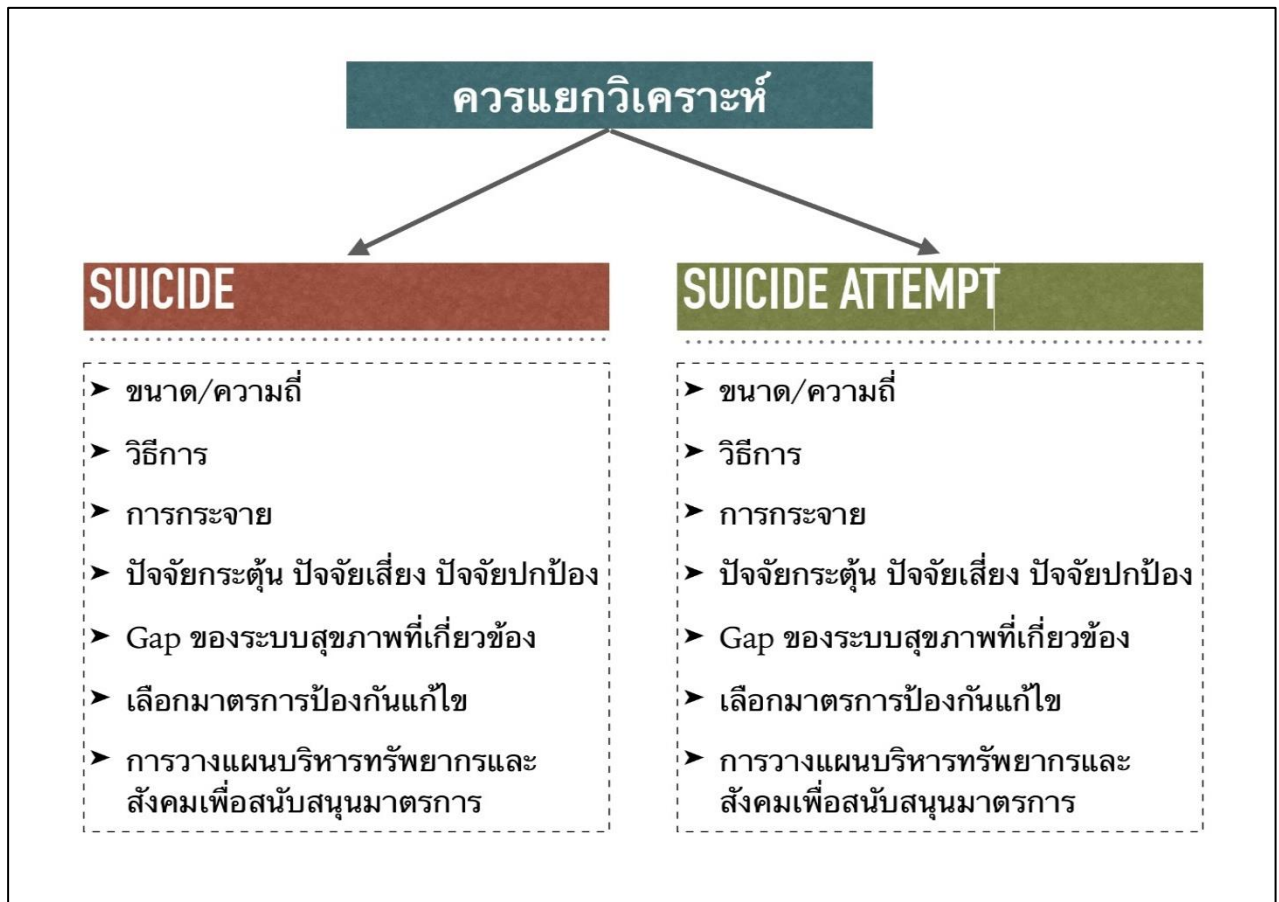


ขั้นตอนการนำ ข้อมูลไปใช้ ประโยชน์

ขั้นตอนนำข้อมูลจากการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายไปใช้ประโยชน์ ป้องกันแก้ไขปัญหา SUICIDE และ SUICIDE ATTEMPT ในพื้นที่



10



ขั้นตอนที่ 1

วิเคราะห์ขนาดของปัญหา
suicide และ *suicide attempt*



SUICIDE MORTALITY RATE

อัตราการฆ่าตัวตาย (Suicide rate) สามารถวิเคราะห์ลักษณะเดียวกับ อัตราการตาย (Mortality or death rate) ซึ่งประกอบด้วย

1. อัตราการตายอย่างหยาบ (Crude death rate)
2. อัตราตายรายอายุ (age specific death rate)
3. อัตราตายปรับฐานอายุ (age standardized death rate or age adjusted death rate)

SUICIDE ATTEMPT RATE

อัตราพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt rate) สามารถวิเคราะห์ลักษณะเดียวกับ อัตราความชุก (prevalence rate) เนื่องจากอาจมีทั้ง รายใหม่และรายเก่าที่กระทำซ้ำในปี ประกอบด้วย

1. อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt rate)
2. อัตราพยายามฆ่าตัวตายรายอายุ (age specific suicide attempt rate)

ความชุก (PREVALENCE)

ความชุก (Prevalence) คือ จำนวนหรือขนาดของโรคที่มีอยู่ในขณะที่ทำการศึกษา

- **Period prevalence** คือ ค่าสัดส่วน หรือขนาดของโรคที่มีอยู่ ณ.ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น 1เดือน, 1ปี

จำนวนผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ณ.ช่วงเวลาที่ศึกษา
จำนวน population at risk ณ.ช่วงเวลาที่ศึกษา

Population at risk หมายถึง ประชากรที่มีโอกาสเกิดโรคที่กำลังศึกษา

อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย = $\frac{\text{จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดในจังหวัด ในช่วงเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมดในจังหวัด ในช่วงเวลาที่กำหนด}}$

อัตราการตายอย่างหยาบ (CRUDE DEATH RATE, CDR) AND CRUDE SUICIDE RATE (CSR)

- **CDR** คำนวณอัตราการตายทั่วไปของประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เช่น ชาย หญิง ในเมือง ชนบท จังหวัด รายเดือน รายปี
- ค่าอัตราการตายอย่างหยาบ(CDR)เป็นค่าที่แสดงปัญหา/ความรุนแรงที่แท้จริงของประชากรนั้น
- **อัตราการตายอย่างหยาบรายปี** คือจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกิดขึ้นในประชากรที่อาศัยในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ใดๆ ในปีนั้น ต่อประชากรของพื้นที่ทางภูมิศาสตร์นั้น ในปีเดียวกัน
- **อัตราการฆ่าตัวตายอย่างหยาบรายปี Crude suicide rate)** คือ จำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในประชากรที่อาศัยในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ใดๆ ในปีนั้น ต่อ ประชากรของพื้นที่ทางภูมิศาสตร์นั้น ในปีเดียวกัน

CSRของจังหวัด = $\frac{\text{จำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดในจังหวัด ในช่วงเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมดในจังหวัด ในช่วงเวลาที่กำหนด}}$

หมายเหตุ ประชากรของจังหวัดอาจใช้ จำนวนประชากรกลางปี ของปีนั้นๆ

ประชากรปลายปี = ประชากรต้นปี + ย้ายเข้า - ย้ายออก + จำนวนคนเกิด - จำนวนคนตาย

15

AGE SPECIFIC DEATH RATE AND AGE STANDARDIZED DEATH RATE (ASDR)

Table 4. WHO World Standard Population Distribution (%), based on world average population between 2000-2025

Age group	World Average 2000-2025
0-4	8.86
5-9	8.69
10-14	8.60
15-19	8.47
20-24	8.22
25-29	7.93
30-34	7.61
35-39	7.15
40-44	6.59
45-49	6.04
50-54	5.37
55-59	4.55
60-64	3.72
65-69	2.96
70-74	2.21
75-79	1.52
80-84	0.91
85-89	0.44
90-94	0.15
95-99	0.04
100+	0.005
Total	100

- **Age specific death rate** คือ อัตราการตามตามช่วงอายุต่างๆ
- **age standardized death rate (ASDR)** คือ อัตราการตายที่ปรับฐานอายุ เนื่องจากจำนวนผู้เสียชีวิตต่อประชากร 100,000 คนได้รับอิทธิพลจากการกระจายอายุของประชากร ประชากรสองกลุ่มที่มี Age specific death rate เท่ากันสำหรับสาเหตุการตายหนึ่งๆ จะมีอัตราการเสียชีวิตโดยรวมที่แตกต่างกันหากการกระจายอายุของประชากรต่างกัน
- **Standard population** กำหนดขึ้นโดย WHO เพื่อสะท้อนโครงสร้างอายุเฉลี่ยของประชากรโลกในรุ่นต่อไป ตั้งแต่ปี 2000 ถึง 2025 ใช้สำหรับคำนวณ Age standardized death rate เพื่อปรับความแตกต่างการกระจายอายุของประชากร
- **ASDR ใช้สำหรับเปรียบเทียบ** ระหว่างจังหวัด , ประเทศ หรือต่างห้วงเวลา ที่ประชากรมีความแตกต่างของการ กระจายอายุ

Age standardized suicide mortality rate ก็สามารถใช้หลักการเดียวกันนี้

Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD et al. AGE STANDARDIZATION OF RATES: A NEW WHO STANDARD. World Health Organization 2001

16

วิธีการคำนวณ AGE STANDARDIZED DEATH RATE (ASDR) หรือ AGE ADJUSTED DEATH RATE

- การคำนวณหา ASDR มี 2 วิธี คือ **วิธีทางตรง** (direct method) และ **วิธีทางอ้อม** (Indirect method)
- การคำนวณ ASDR ด้วยวิธีทางตรง (Calculating : adjusted death rate by direct method) เริ่มต้นด้วยการหา Age Specific death rate แต่ละช่วงอายุ แล้ว คูณด้วย สัดส่วนแต่ละช่วงอายุตาม Standard Population ซึ่งผลรวม death rate ทุกช่วงอายุก็คือ ASDR

$$DSR_a = \sum r_{ia} \left(\frac{n_{is}}{\sum n_{is}} \right)$$

$$DSR_b = \sum r_{ib} \left(\frac{n_{is}}{\sum n_{is}} \right)$$

- **DSRa** : direct standardized rate ของประชากร A
- **DSRb** : direct standardized rate ของประชากร B
- **n_{is}** คือประชากรกลางปีในกลุ่มอายุ i ของประชากรมาตรฐาน
- **r_{ia}** และ **r_{ib}** คืออัตราการตายในกลุ่มอายุ i ในประชากร A และ B ตามลำดับ

ASDR = Summation of (Age specific death rate X standard proportion)

Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD et al. AGE STANDARDIZATION OF RATES: A NEW WHO STANDARD. World Health Organization 2001

17

AGE SPECIFIC SUICIDE AND AGE STANDARDIZED SUICIDE RATE (ASSR) ประเทศไทย ปีงบประมาณ 2565

กลุ่มอายุ	1 ประชากร ¹ (คน)	2 จำนวนฆ่าตัวตาย ² (คน)	3 Age specific rate (แสนประชากร)	4 สัดส่วนประชากร มาตรฐาน WHO	(3x4) Standardized rate (ต่อแสน)
เด็กปฐมวัย (0-4ปี)	3,043,099	0	0	0.0886	0
วัยเรียน (5-14ปี)	7,600,871	24	0.32	0.1729	0.05
วัยรุ่น/วัยนักศึกษา (15-19ปี)	3,990,028	115	2.88	0.0847	0.24
วัยทำงาน (20-59ปี)	38,676,989	3,684	9.53	0.5346	5.09
วัยสูงอายุ (60ปีขึ้นไป)	11,901,964	1,227	10.3	0.1192	1.23
รวม	65,212,951	5,050	-	1	6.61

Crude suicide rate = $(5050/65,212,951) \times 10^5 = 7.74$ ต่อแสนประชากร

↑
Age standardized
suicide rate

1. ประชากรกลางปี 2564 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจากใบมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

ตัวอย่างการคำนวณ AGE STANDARDIZED SUICIDE RATE (ASSR) PER 100,000

1 กลุ่ม อายุ	2 จำนวนประชากร ของจังหวัดA	3 จำนวน ตาย	4 Suicide rate 100000	5 DSRa (4x6)	6 สัดส่วนประชากร มาตรฐาน WHO	7 จำนวนประชากร ของจังหวัดB	8 จำนวน ตาย	9 Suicide rate 100000	10 DSRb (9x6)
0-4	60443	0	0.0000	0.0000	0.0886	15685	0	0.0000	0.0000
5-9	81267	0	0.0000	0.0000	0.0869	18042	0	0.0000	0.0000
10-14	90483	2	2.2104	0.1901	0.086	18438	1	5.4236	0.4664
15-19	92444	8	8.6539	0.7330	0.0847	18991	0	0.0000	0.0000
20-24	93026	15	16.1245	1.3254	0.0822	22415	4	17.8452	1.4669
25-29	81514	11	13.4946	1.0701	0.0793	28210	1	3.5448	0.2811
30-34	73672	21	28.5047	2.1692	0.0761	28249	13	46.0193	3.5021
35-39	80326	19	23.6536	1.6912	0.0715	30161	10	33.1554	2.3706
40-44	90213	30	33.2546	2.1915	0.0659	28466	10	35.1296	2.3150
45-49	106485	29	27.2339	1.6449	0.0604	27784	12	43.1903	2.6087
50-54	114764	17	14.8130	0.7955	0.0537	31969	14	43.7924	2.3517
55-59	102248	14	13.6922	0.6230	0.0455	36659	16	43.6455	1.9859
60 up	280882	26	9.2566	1.1034	0.1192	95641	24	25.0938	2.9912
รวม	1,347,767	192		13.5373	1	400,710	105		20.3395

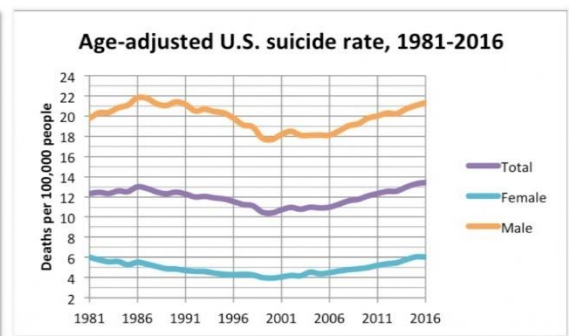
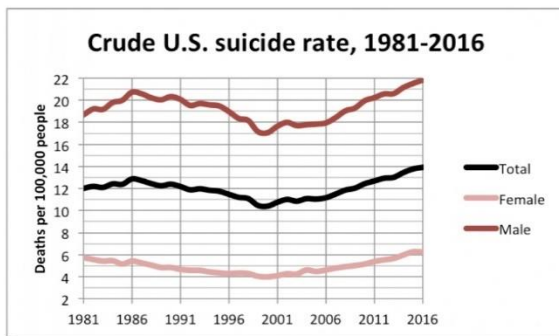
CSRa = $(192/1,347,767) \times 10^5 = 14.2458$
ASSR = 13.5 per 100,000

CSRb = $(105/400,710) \times 10^5 = 26.2035$
ASSR = 20.3 per 100,000

DSR = direct standardized rate

การรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายด้วย อัตราการฆ่าตัวตาย

- ควรแสดงค่า ทั้ง **Crude Suicide rate** และ **Age standardized Suicide rate** หรือ **Age adjusted suicide rate**
- หากต้องการแสดงให้เห็นแนวโน้มควรแสดงเป็นกราฟเส้น (ระหว่างปีควรวเคราะห์รายเดือน)



20

๕ ขั้นตอนที่ 2

วิเคราะห์วิธีที่ใช้และการกระจาย
ของ *Suicide* และ *Suicide attempt*



แนวทางการวิเคราะห์การกระจายของ SUICIDE และ SUICIDE ATTEMPT

TIME	PLACE	PERSON
<ul style="list-style-type: none"> ▶ เวลาที่กระทำ ▶ เดือน ▶ วันในสัปดาห์ 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ จำแนกตามจังหวัด อำเภอ ▶ จำแนกตามสถานที่เกิดเหตุ เช่น ในบ้าน อาคารสาธารณะ หุ่นยนต์ ป่าชุมชน สะพาน น้ำตก หน้าผา 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ จำแนกตามเพศ ▶ จำแนกตามกลุ่มอายุ ▶ จำแนกตามอาชีพ ▶ จำแนกตามสถานะสมรส ▶ จำแนกตามรายได้

METHODS

- ▶ วิธีที่ใช้ฆ่าตัวตาย ควรวิเคราะห์เป็นร้อยละเรียงลำดับจากน้อย
- ▶ หากเป็นสารเคมี หรือยา ควรนำชื่อยาหรือสารเคมีมาวิเคราะห์หาความถี่ร้อยละ

การจำแนกกลุ่มอายุที่แนะนำ สามารถคำนวณ ASSR ได้ง่าย

1. กลุ่มเด็กปฐมวัย 0-4ปี
2. กลุ่มวัยเรียน 5-14ปี
3. กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา 15-19ปี
4. กลุ่มวัยทำงาน 20-59ปี
5. กลุ่มวัยสูงอายุ 60ปีขึ้นไป

22

ตัวอย่างการกระจายตาม TIME ของการฆ่าตัวตายสำเร็จ

จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย จำแนกรายเดือน เปรียบเทียบ 5 ปี



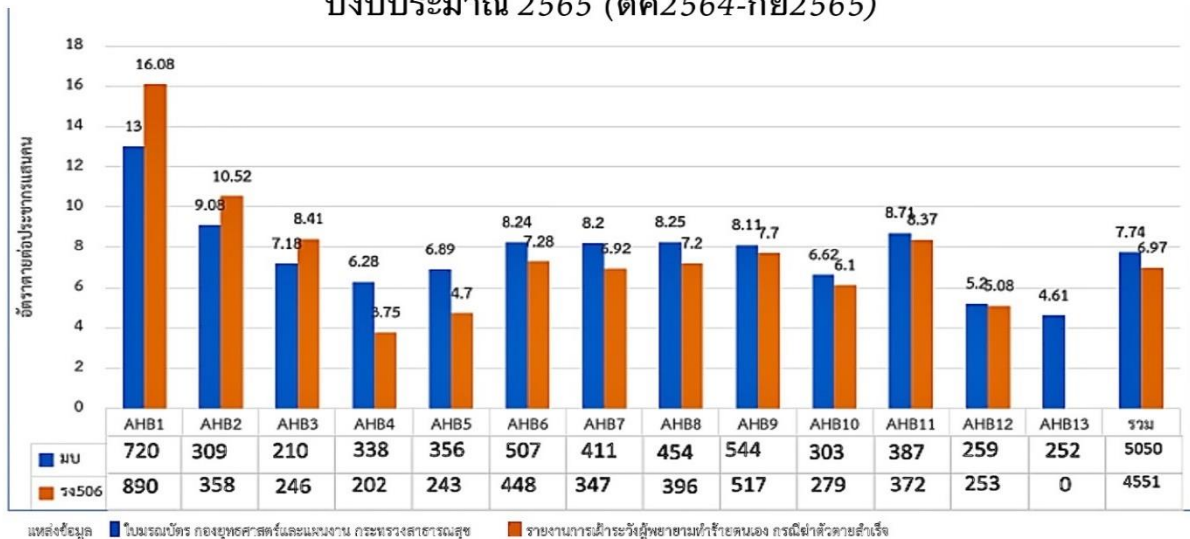
แหล่งข้อมูล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (ใบมรณบัตร)

23

ตัวอย่างวิเคราะห์การกระจายของ SUICIDE ตาม PLACE

Crude suicide rate จำแนกตามรายเขตสุขภาพ

ปีงบประมาณ 2565 (ตค2564-กย2565)



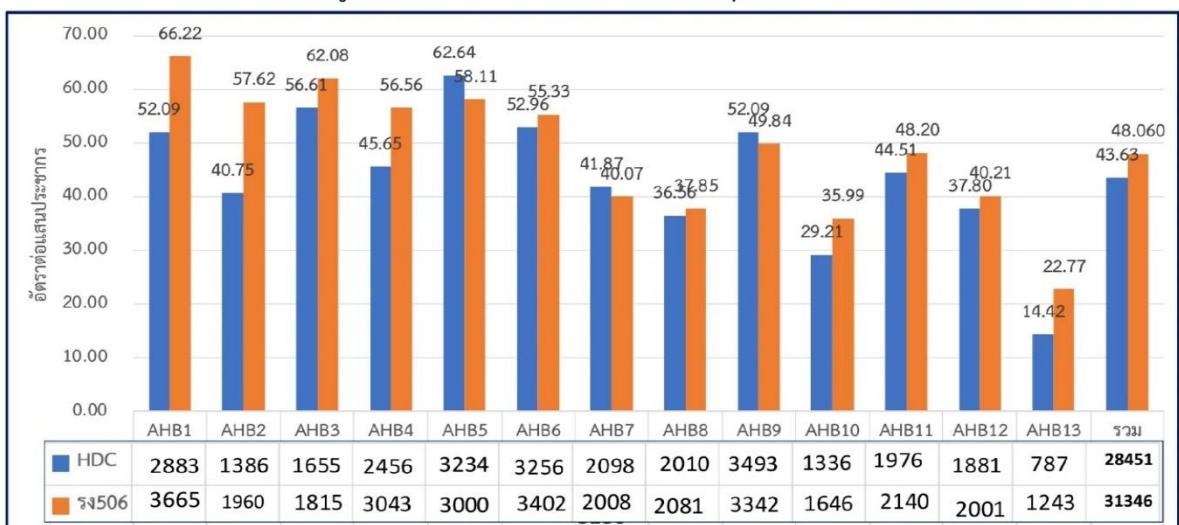
แหล่งข้อมูล: ■ โบบรมบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ■ รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ

24

ตัวอย่างวิเคราะห์การกระจายของ SUICIDE ATTEMPT ตาม PLACE

กราฟเปรียบเทียบอัตราผู้พยายามทำร้ายตนเอง จำแนกตามเขตบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565

เปรียบเทียบข้อมูล ระหว่าง HDC และ รง 506 S ช่วงเดือน ตุลาคม 2564- กันยายน 2565



แหล่งข้อมูล: ■ <https://hdcservice.moph.go.th> (HDC)

■ รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ

25

ตัวอย่าง: การวิเคราะห์การกระจายของปัญหาSUICIDE & SUICIDE ATTEMPT ตามกลุ่มอายุ

อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ (*crude Suicide rate*) = 7.74/แสนประชากร

อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย = 48.06 /แสนประชากร

กลุ่มอายุ	ประชากร ¹ (คน)	จำนวนฆ่าตัวตาย ² (คน)	Suicide rate (แสนประชากร)	จำนวนพยายาม ฆ่าตัวตาย ³ (คน)	Suicide attempt rate (ต่อแสน ประชากร)
เด็กปฐมวัย (0-4ปี)	3,043,099	0	0	0	0
วัยเรียน (5-14ปี)	7,600,871	24	0.32	3,178	41.81
วัยรุ่น/วัยนักศึกษา (15-19ปี)	3,990,028	115	2.88	8,953	224.38
วัยทำงาน (20-59ปี)	38,676,989	3,684	9.53	17,499	45.24
วัยสูงอายุ (60ปีขึ้นไป)	11,901,964	1,227	10.31	1,716	14.42
ภาพรวมประเทศ	65,212,951	5,050	7.74	31,346	48.06

1. ประชากรกลางปี2564 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจาก ไบรอนบัตร์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
3. ข้อมูลจาก รง 506S

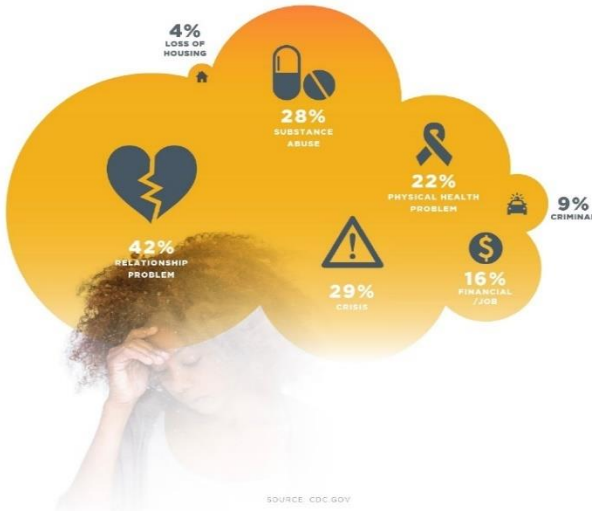
26

ขั้นตอนที่ 3

วิเคราะห์เหตุและปัจจัยของ
Suicide และ *Suicide attempt*



แนวทางหาสาเหตุและกลไกSUICIDE



- การศึกษาให้เข้าใจเหตุปัจจัย และกลไกการฆ่าตัวตาย ควรอาศัยข้อมูลทั้งภาคทฤษฎี และข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่
- ข้อมูลภาคทฤษฎี ควรใช้หลักการของ evidence base medicine คือใช้หลักฐานทางวิชาการที่ดีที่สุด ถูกต้องน่าเชื่อถือที่สุดและเป็นปัจจุบันที่สุด ผ่าน critical appraisal แล้ว
- ข้อเท็จจริงในพื้นที่ ควรครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน จากการสอบสวนโรค หรือการศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Picture from: <https://reliasacademy.com/rls/store/suicide-epidemic-and-how-to-prevent-suicide>

28

การวิเคราะห์เหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายในจังหวัด

วิเคราะห์จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ครบถ้วนสมบูรณ์ เช่น รายงานการสอบสวนโรค และ รง506S



29

การวิเคราะห์ปัจจัยการฆ่าตัวตาย

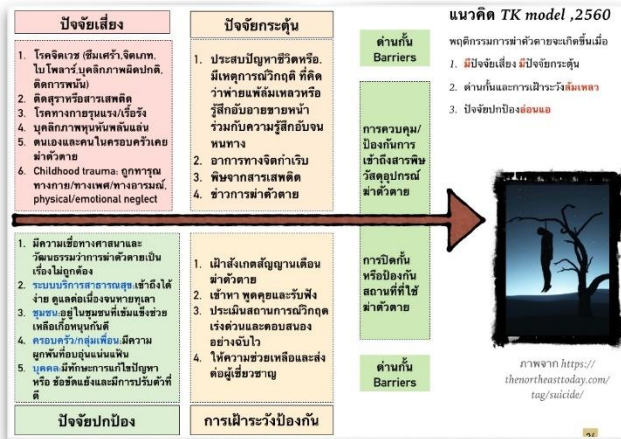
นำข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรคทุกรายมาวิเคราะห์ให้เห็นภาพรวมของจังหวัด

ข้อมูลเชิงปริมาณ:

- ร้อยละของปัจจัยเสี่ยงเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย
- ปัจจัยกระตุ้นเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย
- วิธีการฆ่าตัวตายและวิธีทำให้เสียชีวิต (ร้อยละ)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ:

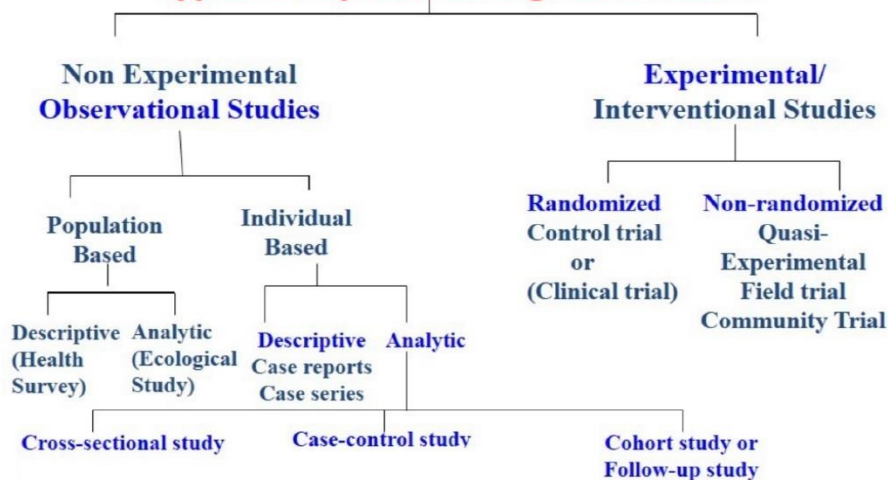
- สรุปลักษณะ 1) ปัจจัยปกป้องที่ควรมีแต่ไม่มี ในชุมชนและครอบครัว 2) ปัจจัยปกป้องที่มีอยู่แต่ไม่เข้มแข็ง
- วิเคราะห์การเฝ้าระวังป้องกันสัญญาณเตือนและการฆ่าตัวตายในครอบครัวและในชุมชน มีข้อบกพร่องอย่างไรบ้าง
- ด้านกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุ และสถานที่ฆ่าตัวตายมีการป้องกันดีหรือไม่ บกพร่องอย่างไร



30

การศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยา เพื่อหาสาเหตุและปัจจัยของปัญหาสุขภาพ

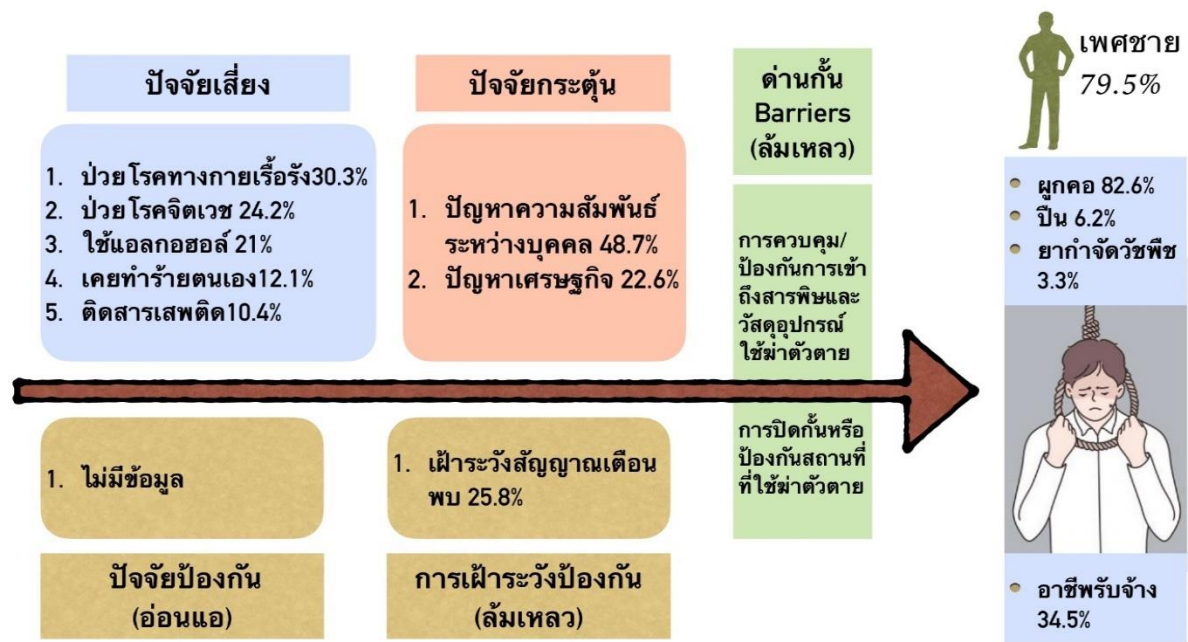
Types of Epidemiological Studies



<http://howmed.net/community-medicine/study-designs/>

31

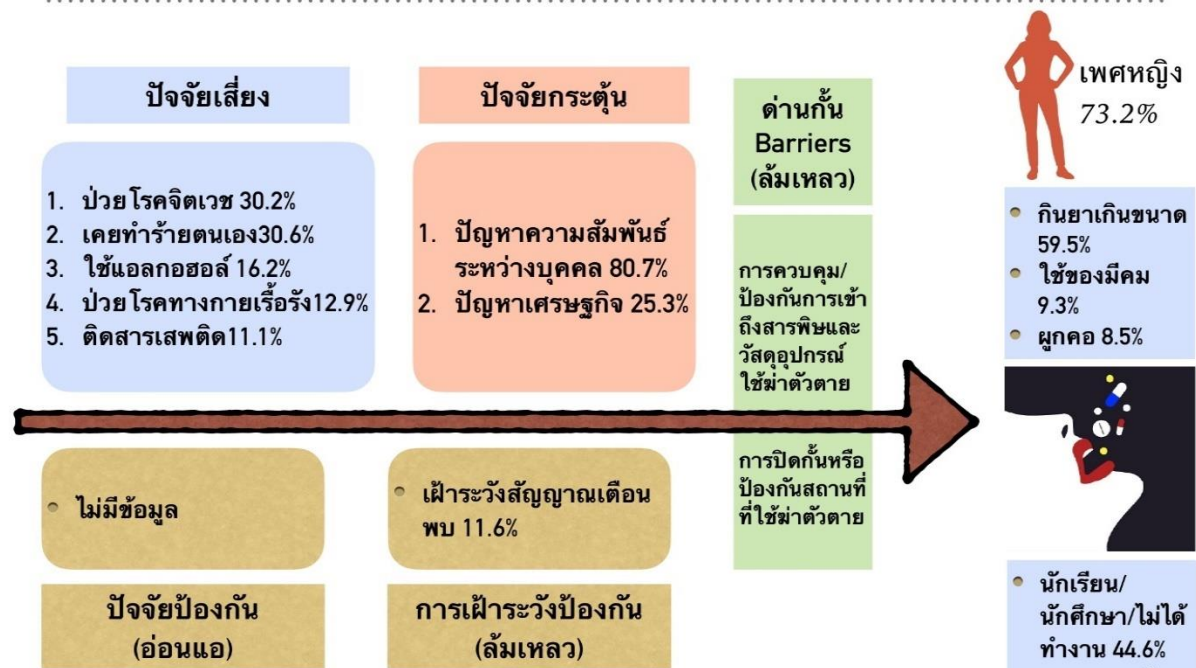
วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2565



แหล่งข้อมูล: รง.506 S v.10 ตค64-กย65

32

วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2565

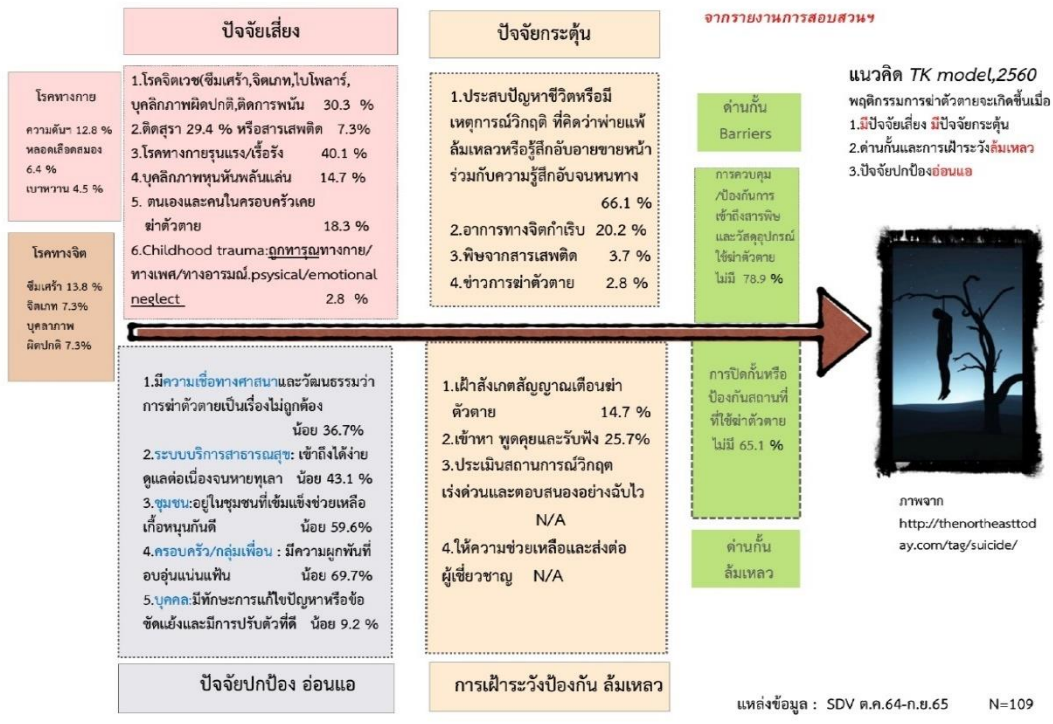


แหล่งข้อมูล: รง.506 S v.10 ตค64-กย65

33

ตัวอย่าง ผลการนำข้อมูลการสอบสวนโรคมาระบาดเหตุปัจจัย

วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดเชียงรายปีงบประมาณ 2565



ขั้นตอนที่ 4

วิเคราะห์ Gap ระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง



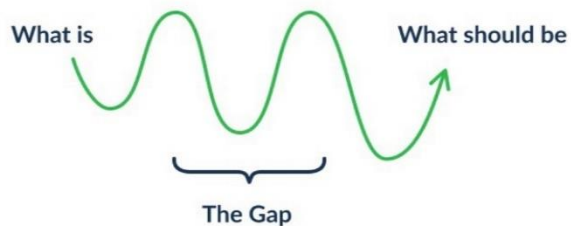
วิเคราะห์ให้เห็น Gap ในระบบทั้ง 4ระบบ เพื่อให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไข

ระบบเฝ้าระวังและติดตามผู้มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

ระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือ

ระบบติดตามดูแลผู้ป่วยติดสุรา

ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคจิตและโรคซึมเศร้า



36

ระบบที่ต้องวิเคราะห์ และ จุดสำคัญที่ต้องพิจารณา

ระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือกรณีกระทำรุนแรงต่อตนเอง และฆ่าตัวตาย

ระบบเฝ้าระวังและติดตามผู้มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

ระบบคัดกรองและบำบัดรักษาผู้ติดสุราและผู้ติดสารเสพติด

ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและโรคจิต

What should be..

จังหวัดควรมีจุดแจ้งเหตุให้ผู้พบเห็นการการทำรุนแรงต่อตนเองและญาติที่พบสัญญาณเตือนสามารถติดต่อแจ้งได้ 24ชม และมีทีมช่วยเหลือเช่น ทีมกู้ชีพ หรือ hope task force ที่พร้อมช่วยชีวิต

ควรบ่งชี้กลุ่มเสี่ยงในจังหวัดแล้วประเมินความเสี่ยงและแนวโน้มฆ่าตัวตายสม่ำเสมอเพื่อดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมทันทั่วทั้งและอบรมญาติให้สามารถสังเกตสัญญาณเตือน รวมทั้งมีช่องทางให้ญาติติดต่อกับทีมสุขภาพจิตที่สะดวกรวดเร็ว

ผู้ใช้สุรา/ยาเสพติด ใช้ควรได้รับการประเมินด้วย AUDIT หรือ ASSIT เพื่อประเมินว่าถึงขั้น dependence หรือไม่ แล้วนำเข้าสู่กระบวนการรักษา ในรายที่รักษาหายแล้วก็ต้องมีการติดตามป้องกันกลับไปดื้อซ้ำ

ควรคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โรคซึมเศร้า 7กลุ่มทุกครั้งที่มารับบริการด้วย2Q,9Q,8Qตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต หากพบว่ามีอาการซึมเศร้าต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ตามแนวทางมาตรฐาน และหากมีแนวโน้มฆ่าตัวตายก็ควรจะได้รับ การดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสม ส่วน โรคจิตต้องได้รับการวินิจฉัยรักษาจากจิตแพทย์ตามแนวทางมาตรฐานและติดตามต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการกลับซ้ำ

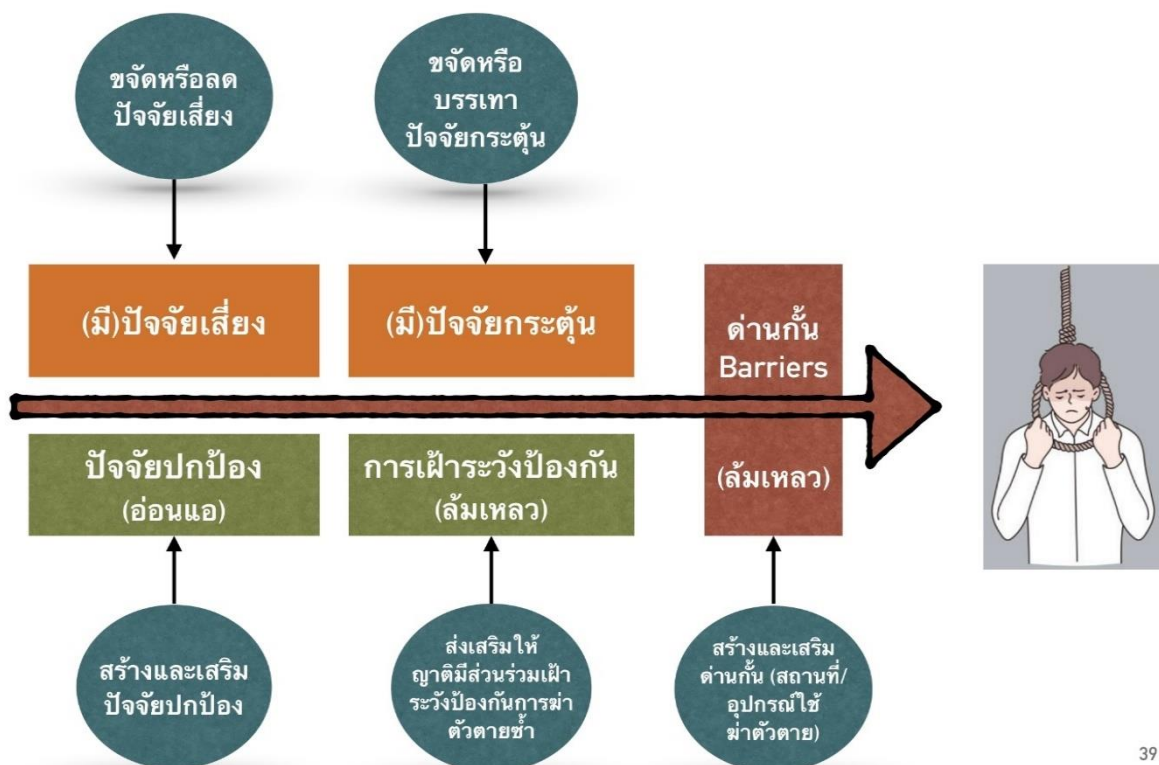
37

ขั้นตอนที่ 5

เลือกมาตรการป้องกันแก้ไขเพื่อนำไปปฏิบัติหรือนำเสนอ



แนวทางการช่วยเหลือผู้ที่รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย(รายบุคคล)



หลักการกำหนดมาตรการ ป้องกันแก้ไขปัญหาม่าตัวตายระดับจังหวัดหรือชุมชน



- ▶ ใช้ **ข้อเท็จจริงในพื้นที่** จากข้อมูลการสอบสวนโรค วิเคราะห์ให้เห็นเหตุปัจจัยที่ครบถ้วน ทั้งปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง ด้านกัน และการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน
- ▶ ใช้ **ข้อมูลภาคทฤษฎี** ซึ่งควรใช้หลักการของ evidence base medicine คือบูรณาการ 1). หลักฐานจากการวิจัยที่ดีที่สุด กับ 2). ความเชี่ยวชาญทางเวชปฏิบัติ และ 3). ค่านิยมของผู้ป่วย ชุมชนและสถานการณ์แวดล้อม ในการเลือกมาตรการป้องกันแก้ไขการฆ่าตัวตายที่เฉพาะเจาะจงกับเหตุปัจจัย

Picture from: <https://www.careerinnovation.com/solutions/career-strategy-consulting/>

40

กำหนดค่าเป้าหมาย ก่อนเลือกมาตรการหรือINTERVENTIONS เพื่อแก้ปัญหาฆ่าตัวตาย

ลำดับแรก ... ต้องกำหนดค่าเป้าหมาย(target)ของผลลัพธ์ (Outcome) ให้ชัดเจน

การกำหนด target ของการป้องกันฆ่าตัวตาย มักจะใช้ 2 รูปแบบ ดังนี้

1. กำหนดเพดาน: เช่น การฆ่าตัวตายไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร
2. กำหนดเป็นปริมาณที่ลดลงหรือเพิ่มขึ้น: เช่น การฆ่าตัวตายลดลงจากปีที่แล้วร้อยละ 30



KPI และ target ส่งผลต่อการเลือก interventions และมาตรการ

มาตรการ 8 ด้าน ที่ควรพิจารณา และมาตรการ 4ด้านที่จำเป็น

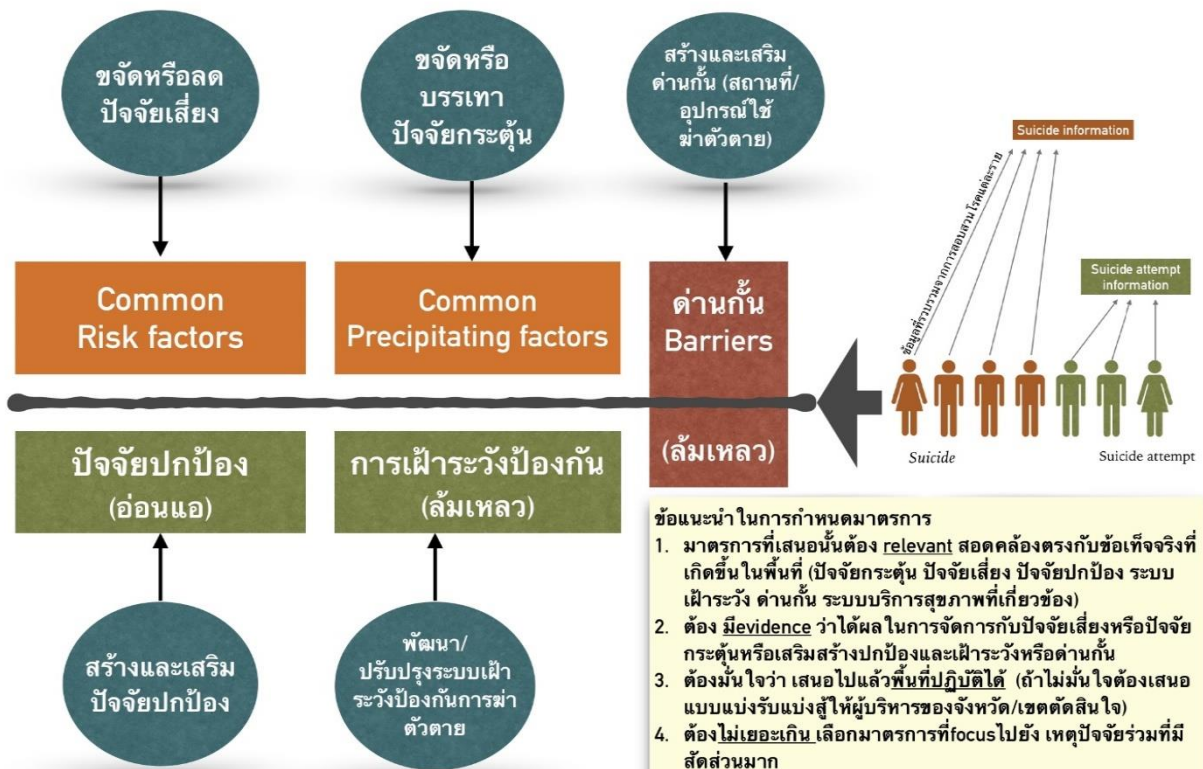


ธรินทร์ กองสุข 12พช2562

1. **ปัจจัยกระตุ้น**ที่พบบ่อยควรกำหนดมาตรการแก้ไข จัดหรือบรรเทา
2. **ปัจจัยเสี่ยง**ที่พบบ่อยควรกำหนดมาตรการแก้ไข จัดหรือลด
3. **ปัจจัยปกป้อง**ที่ขาดควรสร้างให้เกิดมีขึ้น ส่วนปัจจัยปกป้องที่อ่อนแอควรกำหนดมาตรการเสริมให้แข็งแรง
4. สร้างและเสริม**ด้านกัน**การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ สารเคมี สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายบ่อย

42

แนวทางการกำหนดมาตรการระดับจังหวัด



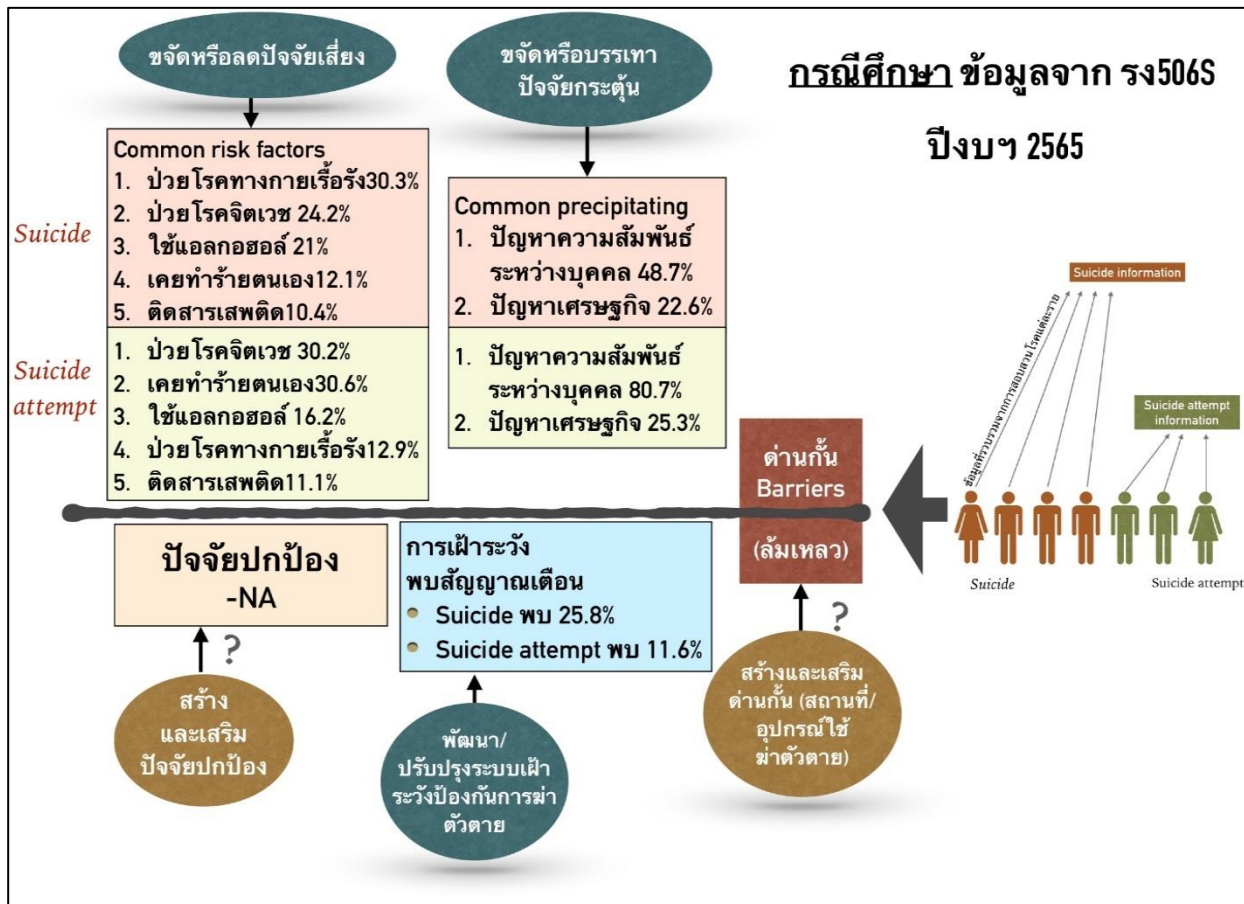
ข้อเสนอแนะในการกำหนดมาตรการ

1. มาตรการที่เสนอนั้นต้อง **relevant** สอดคล้องตรงกับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ (ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง ระบบเฝ้าระวัง ด้านกัน ระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง)
2. ต้อง **มีevidence** ว่าได้ผลในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นหรือเสริมสร้างปกป้องและเฝ้าระวังหรือด้านกัน
3. ต้องมั่นใจว่า เสนอไปแล้วพื้นที่ปฏิบัติได้ (ถ้าไม่มั่นใจต้องเสนอแบบแบ่งรับแบ่งสู้ให้ผู้บริหารของจังหวัด/เขตตัดสินใจ)
4. ต้อง**ไม่เยอะเกิน** เลือกมาตรการที่focusไปยัง เหตุปัจจัยร่วมที่มีสัดส่วนมาก
5. มาตรการที่เสนอต้อง**ชัดเจน** ใครทำอะไรให้ใคร ที่ไหน เมื่อไหร่



การป้องกันแก้ไขปัญหามาตัวตายตามเหตุปัจจัย

44



ตัวอย่างการกำหนดมาตรการตาม TK MODEL สำหรับข้อมูล รง506Sปีงบ2565

กำหนดเป้าหมาย

- ลดอัตราการฆ่าตัวตายลงร้อยละ30 จากปีที่แล้ว

Suicide

Common risk factors	
1. ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง	30.3%
2. ป่วยโรคจิตเวช	24.2%
3. ไข้แอลกอฮอล์	21%
4. เคยทำร้ายตนเอง	12.1%
5. ติดสารเสพติด	10.4%

Suicide attempt

1. ป่วยโรคจิตเวช	30.2%
2. เคยทำร้ายตนเอง	30.6%
3. ไข้แอลกอฮอล์	16.2%
4. ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง	12.9%
5. ติดสารเสพติด	11.1%

พื้นที่เสี่ยง

- ทุกเขตสุขภาพ เน้นเขตสุขภาพที่อัตราฆ่าตัวตายเกิน 8ต่อแสน

เดือนที่เสี่ยง

- พค มิย กค

การจัด/ลดปัจจัยเสี่ยง

1. มาตรการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (เน้น Schizophrenia, MDD, Bipolar): (ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายที่สำคัญ) โดยนำผู้ป่วยทุกรายเข้ารับการประเมินอาการซ้ำหากยังไม่ remission ให้พบจิตแพทย์เพื่อปรับการรักษาและติดตามผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาไม่ให้ขาดยา
2. มาตรการเพิ่มประสิทธิภาพระบบดูแลผู้ติดสุราและสารเสพติด: (ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ) โดยค้นหา/ประเมินผู้ใช้สารเสพติดและผู้ติ่มสุราด้วย ASSIST หรือ AUDIT เพื่อนำผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) และผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการรักษา รวมทั้งเพิ่มการติดตามป้องกันการกลับซ้ำ

การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง

3. มาตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายแบบมุ่งเป้า: โดยประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตายด้วย 8Q แล้วให้การดูแลช่วยเหลือตามความรุนแรงใน 3กลุ่มเสี่ยงหลัก 1)ผู้ป่วยจิตเวช (Shiz, MDD, Bipolar) 2)ผู้ติดสุราและผู้ติดสารเสพติด 3)ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ควรประเมินทุกเดือน ร่วมกับฝึกรอบมญาติของผู้ป่วยดังกล่าว ให้มีทักษะเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น

ตัวอย่างการกำหนดมาตรการตาม TK MODEL สำหรับข้อมูล รง506Sปีงบ2565

กำหนดเป้าหมาย

- ลดอัตราการฆ่าตัวตายลงร้อยละ30 จากปีที่แล้ว

Suicide

Common precipitating	
1. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	48.7%
2. ปัญหาเศรษฐกิจ	22.6%

Suicide attempt

1. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	80.7%
2. ปัญหาเศรษฐกิจ	25.3%

พื้นที่เสี่ยง

- ทุกเขตสุขภาพ เน้นเขตสุขภาพที่อัตราฆ่าตัวตายเกิน 8ต่อแสน

เดือนที่เสี่ยง

- พค มิย กค

การจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น

4. มาตรการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การปรึกษาและนักจิตบำบัด: เพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจากวิกฤติชีวิตที่มีสาเหตุจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน คู่สมรส และครอบครัว ต้องเพิ่มทักษะ Family counseling and therapy, couple counseling and therapy, problem solving therapy, Interpersonal psychotherapy, CBT แก่นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ ทุกจังหวัดทั้งในภาคราชการและภาคเอกชน

การสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง

5. มาตรการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาแก่วัยรุ่น: จัดให้มีหลักสูตรพัฒนาทักษะแก้ไขปัญหา(problem solving technique) สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมปลายและนักศึกษาชั้นปีที่1 (กลุ่มอายุ 15-19ปี ที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด)

การช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

6. มาตรการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือจากหลายวิชาชีพ: อาจเป็นในรูปแบบอาสาสมัคร หรือ แต่งตั้งในรูปคณะกรรมการจากหลายอาชีพประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย นักการเงินการธนาคาร นักพัฒนาอาชีพ ตำรวจ ฯลฯ เพื่อให้การช่วยเหลือรายที่มีวิกฤติชีวิตด้านอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย อาชีพ

ขั้นตอนที่ 6

วางแผนบริหารจัดการทรัพยากร
และสังคมเพื่อสนับสนุนมาตรการ



หลักการและแนวทาง

การจะทำให้มาตรการที่กำหนดไว้
เกิดผลในทางปฏิบัติ
ต้องอาศัยการกำหนดนโยบาย
และการบริหารจัดการรวมถึงการ
ประสานงานที่ดีในทีมสุขภาพและ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิด
coverage, compliance,
Timeliness

- ▶ **Coverage:** มาตรการนั้นควรครอบคลุมพื้นที่และประชากรเป้าหมาย
- ▶ **Compliance:** มาตรการนั้นถูกนำไปปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง
- ▶ **Timeliness:** มาตรการนั้นต้องทันเวลาหรือปฏิบัติในห้วงเวลาที่เหมาะสม

ตัวอย่าง การวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรและสังคมเพื่อสนับสนุนมาตรการ

การจัด/ลดปัจจัยเสี่ยง

1. มาตรการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (เน้น Schizophrenia, MDD, Bipolar): (ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายที่สำคัญ) โดยนำผู้ป่วยทุกรายเข้ารับการประเมินอาการซ้ำหากยังไม่ remission ให้พบจิตแพทย์เพื่อปรับการรักษาและติดตามผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาไม่ให้ขาดยา
2. มาตรการเพิ่มประสิทธิภาพระบบดูแลผู้ติดสุราและสารเสพติด: (ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ) โดยค้นหา/ประเมินผู้ใช้สารเสพติดและผู้ติดสุราด้วย ASSIST หรือ AUDIT เพื่อนำผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) และผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการรักษารวมทั้งเพิ่มการติดตามป้องกันการกลับซ้ำ

การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง

3. มาตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายแบบมุ่งเป้า: โดยประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตายด้วย 8Q แล้วให้การดูแลช่วยเหลือตามความรุนแรงใน 3กลุ่มเสี่ยงหลัก 1)ผู้ป่วยจิตเวช (Shiz, MDD, Bipolar) 2)ผู้ป่วยติดสุราและผู้ติดสารเสพติด 3)ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ควรประเมินทุกเดือน ร่วมกับฝึกอบรมญาติของผู้ป่วยดังกล่าว ให้มีทักษะเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น

1. จัดชี้แจงแก่สร้างความตระหนักและกำหนดเป็นนโยบาย
2. ทบทวนแนวทางการรักษาและติดตามดูแลผู้ป่วย 4โรคหลัก จิตเภท,ไบโพลาร์, โรควิตกกังวลและผู้ติดสุรา/สารเสพติด
3. จัดอบรมจนท.รพ.สต./รพช./รพท ในการใช้ 8Q ประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงที่ได้จากการประเมิน 8Q
4. จัดอบรมญาติหรือคนใกล้ชิดของ 3กลุ่มเสี่ยงหลัก ให้สามารถเฝ้าสังเกตสัญญาณเตือนและช่วยเหลือเบื้องต้น -สำหรับญาติผู้ป่วยจิตเวชให้ฝึกอบรมการบริหารยาและจัดการให้ผู้ป่วยได้ทานยาอย่างถูกต้อง
5. สนับสนุนงบประมาณ ในการติดตามประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตายด้วย 8Q ทุกเดือน ใน3กลุ่มเสี่ยงหลัก (1.ผู้ป่วยจิตเวช Schiz, MDD, Bipolar 2.ผู้ป่วยติดสุราและผู้ติดสารเสพติด 3.ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย) และติดตามป้องกันการขาดยาหรือกลับซ้ำ ในกลุ่มผู้ป่วย โรคจิตเวชและผู้ป่วยติดสุราสารเสพติด
6. ดำเนินการทุกพื้นที่ และเน้นติดตาม ใกล้ชิดในพื้นที่ที่ฆ่าตัวตายสูง

50

ตัวอย่าง การวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรและสังคมเพื่อสนับสนุนมาตรการ

การจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น

4. มาตรการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การปรึกษาและนักจิตบำบัด: เพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจากวิกฤตชีวิตที่มีสาเหตุจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน คู่สมรส และครอบครัว ต้องเพิ่มทักษะ Family counseling and therapy, couple counseling and therapy, problem solving therapy, Interpersonal psychotherapy, CBT แก่นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ ทุกจังหวัดทั้ง ในภาคราชการและภาคเอกชน

การสร้างเสริมปัจจัยป้องกัน

5. มาตรการพัฒนากิจกรรมแก้ไขปัญหาก้าวร้าว: จัดให้มีหลักสูตรพัฒนากิจกรรมแก้ไขปัญหาก้าวร้าว (problem solving technique) สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมปลายและนักศึกษาชั้นปีที่1 (กลุ่มอายุ 15-19ปี ที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงสุด)

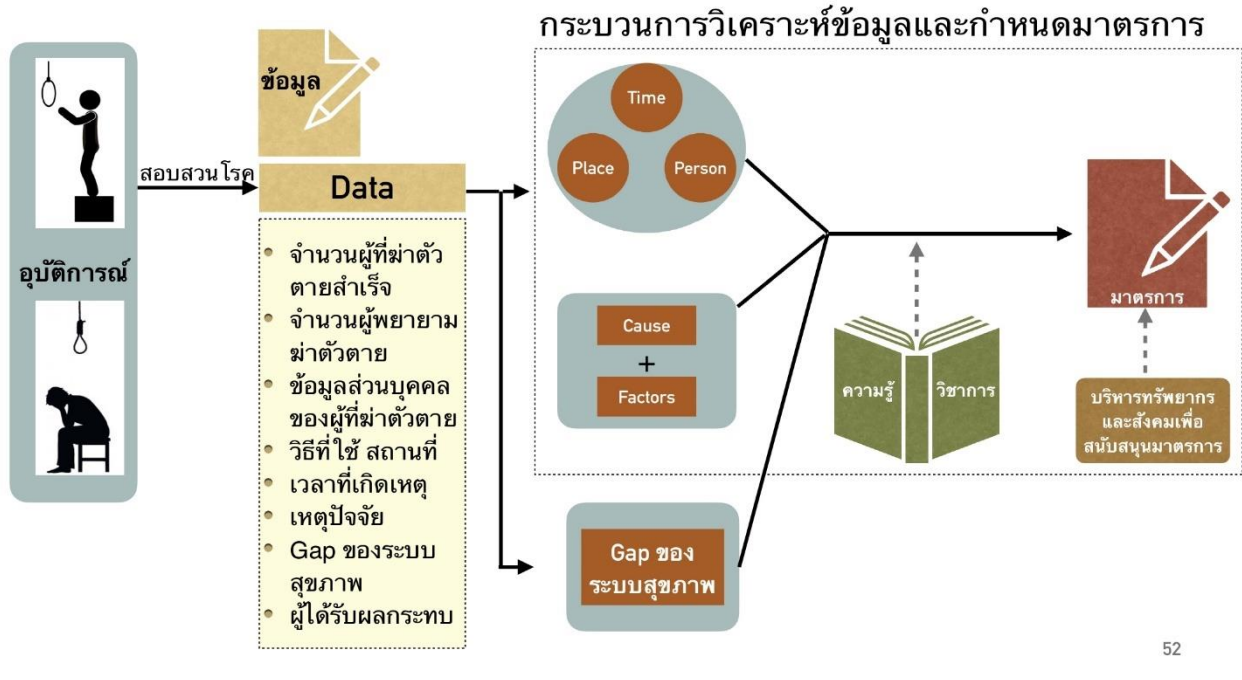
การช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

6. มาตรการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือจากหลายวิชาชีพ: อาจเป็นในรูปแบบอาสาสมัคร หรือ แต่งตั้งในรูปคณะกรรมการจากหลายอาชีพประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย นักการเงินการธนาคาร นักพัฒนาอาชีพ ตำรวจ ฯลฯ เพื่อให้การช่วยเหลือรายที่มีวิกฤตชีวิตด้านอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย อาชีพ

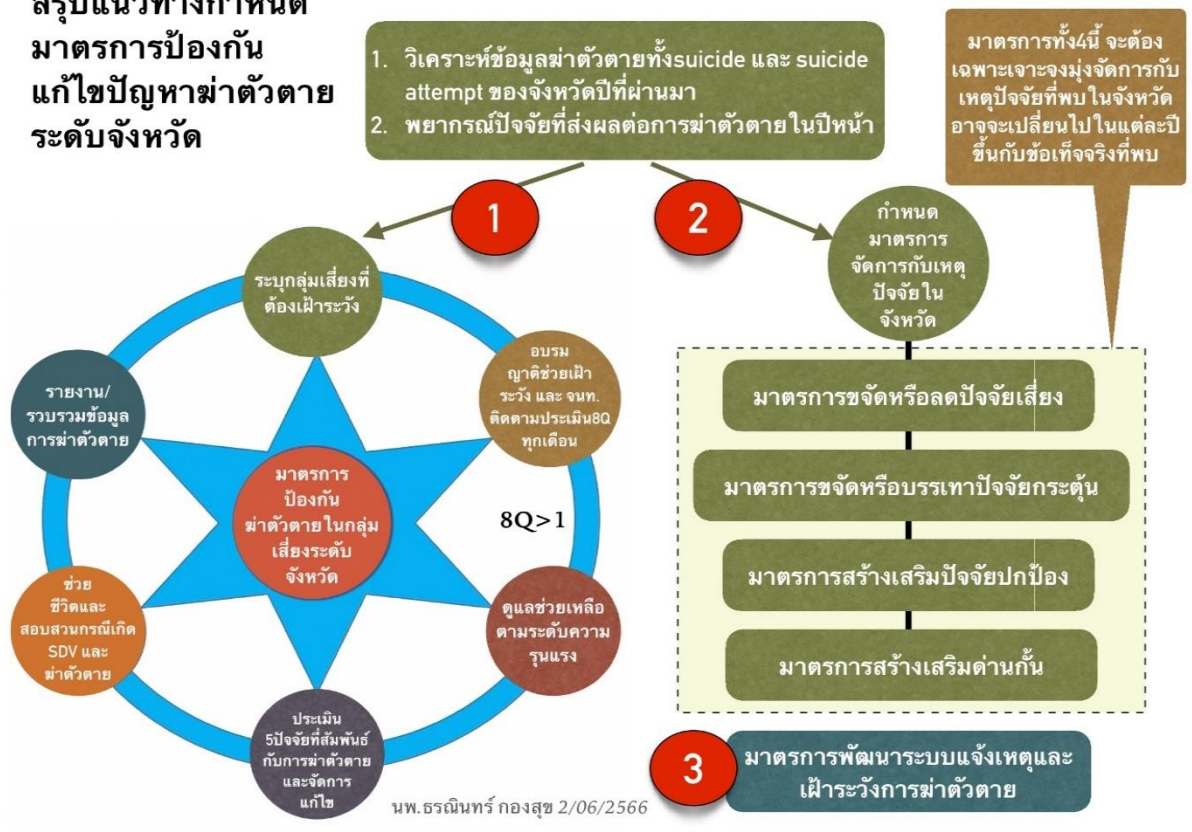
1. สนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดอบรมนักครอบครัวบำบัดและคู่สมรสบำบัด หรือ ผู้ให้การปรึกษาคู่สมรสและคู่สมรส รวมทั้งอบรม problem solving therapy, Interpersonal psychotherapy แก่นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช หรือจิตแพทย์ในพื้นที่
2. จัดงบประมาณทำโครงการอบรมครูแนะแนวหรือครูที่ได้รับมอบหมายเรื่องหลักสูตรพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาก้าวร้าว แก่นักเรียนชั้นมัธยมตอนปลายหรือนักศึกษาปี1
3. กำหนดเป็นนโยบายและผลักดันให้เกิดคณะกรรมการแก้ไขปัญหาก้าวร้าวระดับพื้นที่ หรือ/และเครือข่ายผู้ช่วยเหลือจากหลากหลายอาชีพ ได้แก่ ตำรวจ นักกฎหมาย นักการเงิน ตัวแทนจากธนาคาร ตัวแทนจากกระทรวงฯ ฯลฯ เพื่อให้ความช่วยเหลือกรณีเหตุกระตุ้นเป็นเรื่องอื่นนอกเหนือจากด้านสุขภาพ

51

สรุปภาพรวมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสอบสวนโรค



สรุปแนวทางกำหนด มาตรการป้องกัน แก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย ระดับจังหวัด



หัวใจสำคัญของการแก้ปัญหาฆ่าตัวตาย



ข้อมูลที่ต้อง
ครบถ้วน ทันเวลา

- พัฒนาระบบรวบรวมข้อมูลการฆ่าตัวตายที่ครบถ้วน ถูกต้อง
ทันเวลาในระดับจังหวัด โดยใช้การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง
และ**การสอบสวนโรค**ทันทีที่มีอุบัติการณ์กระทำรุนแรงต่อ
ตนเองในชุมชน



ศึกษาวิเคราะห์ให้ได้
เหตุและปัจจัย

- นำข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรคมามาวิเคราะห์เชิงระบาด
วิทยาเพื่อหาเหตุและปัจจัยร่วม (หรือสนับสนุนให้มีการศึกษา
วิจัยระบาดวิทยาเพิ่มเติม)



เลือกมาตรการให้
สอดคล้องกับเหตุ
ปัจจัยที่เกิดขึ้นจริง

- เลือกมาตรการควบคุมป้องกันให้สอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้น
จริง (เหตุและปัจจัย) ในแต่ละcaseและแต่ละพื้นที่

แบบรายงานกรณีตัวตายสำหรับผู้บริหาร

ราย.....

วันที่ที่รายงาน.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้รายงาน.....หน่วยงานสังกัด.....

เนื้อหาที่เป็นข่าว(ถ้ามี)

.....
.....
.....

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ฆ่าตัวตาย

ชื่อ-สกุล..... เพศ..... อายุ..... ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

สถานภาพสมรส..... การศึกษา..... อาชีพ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

.....

ที่อยู่ในวันที่เกิดเหตุ.....

.....

การยืนยันcase

(ครอบงำประกอบของการฆ่าตัวตายหรือไม่ ;SDV2ข้อ และ Suicide intention 3 ข้อ)

สรุปว่าเป็นประเภทใดของการกระทำรุนแรงต่อตนเอง

.....

ข้อเท็จจริง

(สรุปเรื่องราวเหตุการณ์จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ให้เชื่อมโยงถึงเหตุปัจจัยที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในราย นี้ทั้งปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยง รวมถึงปัจจัยปกป้อง การเฝ้าระวัง และดำเนินการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ใช้กระทำรุนแรงต่อตนเอง)

.....

.....

.....

.....

สรุปสาเหตุปัจจัยสำหรับเหตุการณ์ครั้งนี้

ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ตัดสินใจกระทำรุนแรงต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย

.....
.....
.....

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้รายนี้มีโอกาสสูงที่จะกระทำรุนแรงต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย

.....
.....
.....

การช่วยเหลือcase และผู้ได้รับผลกระทบในเบื้องต้น

(ผู้ได้รับผลกระทบมีกี่คน ใครบ้าง และได้ช่วยเหลืออย่างไร)

.....
.....
.....
.....

แผนการจัดการหรือการช่วยเหลือในลำดับต่อไป

.....
.....
.....
.....

แบบรายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย
หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence,SDV) edit 1/2/2566

ชื่อ-สกุล.....ID.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี
เพศ ชาย หญิง สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า แยก
เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
การศึกษา ไม่ได้เรียน ประถม มัธยมต้น มัธยมปลาย ปวช. ปวส.
 อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี อื่นๆ (ระบุ).....
อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
.....

2. รายละเอียดของการกระทำรุนแรงต่อตนเอง

วันที่เกิดเหตุ วันที่.....เวลา.....

สถานที่ทำร้ายตนเอง

ในบริเวณบ้าน หรือ คอนโด หรือ ที่พักอาศัย (ระบุบริเวณ).....

บ้านหรืออาคารที่เกิดเหตุเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....

สถานที่สาธารณะ (ระบุ).....

ห้างสรรพสินค้า (ระบุ).....

อื่น ๆ (ระบุ).....

วิธีทำร้ายตนเอง

แขว่นคอ ใช้ของมีคม/ของแข็ง ใช้ปืนหรือระเบิด กระโดดจากที่สูง ทำให้จมน้ำ

วิ่ง/กระโดด/นอนให้รถชน รมควัน,แก๊ส,ไอน้ำ,ไอระเหยร้อน, หรือ วัตถุร้อน ขับรถชน

ใช้สารพิษ (เช่น ยาฆ่าแมลง ยากำจัดวัชพืช น้ำยาล้างห้องน้ำ สารเคมี) ระบุชื่อสาร.....

กินยาเกินขนาด ระบุชื่อยา..... อื่นๆ(ระบุ).....

ความรุนแรงของการบาดเจ็บ เล็กน้อย (ER) ปานกลาง(IPD)

รุนแรง (ICU หรือ special IPD) เสียชีวิต

3. การยืนยันวินิจฉัย Self directed violence or suicide

3.1 ผลการกระทำ

- ตาย บาดเจ็บ ไม่บาดเจ็บ

3.2 ความตั้งใจฆ่าตัวตาย (Suicidal intent)

- ตั้งใจ ไม่แน่ใจ ไม่ตั้งใจ

3.3 สรุปการยืนยันวินิจฉัยการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (วงกลม หรือ กากบาทในข้อที่เลือก)

	ตั้งใจ (เกณฑ์บ่งชี้ Suicide intent ครบ 3 ข้อ)	ไม่แน่ใจ (เกณฑ์บ่งชี้ Suicide intent ไม่ครบ 3 ข้อ)	ไม่ตั้งใจ (เกณฑ์บ่งชี้ Suicide intent ไม่มีทั้ง 3 ข้อ)
ตาย	1.1 Suicide or suicidal SDV, fatal.	2.1 Undetermined SDV, fatal	3.1 Non suicidal SDV, fatal.
บาดเจ็บ	1.2 Attempt suicide with injury or suicidal SDV, injury	2.2 Undetermined SDV, with injury	3.2 Non-suicidal SDV, with injury
ไม่บาดเจ็บ	1.3 Attempt suicide without injury or suicidal SDV without injury	2.3 Undetermined SDV, without injury	3.3 Non-suicidal SDV, without injury

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ได้จากการสัมภาษณ์แหล่งข้อมูลบุคคล และจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ รวมทั้งจากการสังเกตการณ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
สิ่งแวดล้อมและชุมชน

4.1 ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อตนเองในครั้งนี้

- ประสบปัญหาชีวิตหรือเหตุการณ์วิกฤต (วิกฤตชีวิตที่เป็น Trigger นั้น ทีมสอบสวนโรคควร confirm ว่า ทำให้
case รู้สึกพ่ายแพ้ล้มเหลว หรือ อับอายขายหน้าและอับจนหนทางแก้ไข จนนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตาย)

ให้บรรยายละเอียดเรื่องราวของวิกฤตและวันเวลาที่เกิด.....
.....
.....
.....

- อาการของโรคจิตเวชหรือเจ็บป่วยทางจิตกำเริบ
ระบุโรคจิตเวชที่ป่วย.....
สาเหตุที่ทำให้กำเริบ.....

- เกิดพิษหรือฤทธิ์สารเสพติดที่เสพ
ระบุชนิดของสารเสพติด.....

- รับรู้ข่าวการฆ่าตัวตาย(ระบุรายละเอียด)

- อื่นๆ (ให้ระบุรายละเอียด)

4.2 ปัจจัยเสี่ยง

- ป่วยด้วยโรคจิตเวช ระบุโรค
- ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ
- ติดสารเสพติด ระบุชื่อสารเสพติด.....
- โรคทางกายรุนแรงหรือโรคทางกายเรื้อรังระบุโรค.....
- บุคลิกภาพรุนแรงหรือปัญหาอื่น
ข้อมูลเพิ่มเติม.....
- ตนเองเคยฆ่าตัวตาย
รายละเอียด.....
- คนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย
รายละเอียด.....
- มี Childhood trauma เช่น ถูกทารุณทางกาย/ทางเพศ/อารมณ์ในวัยเด็ก, ถูกทอดทิ้ง หรือ ถูกละเลยไม่เอาใจใส่
ด้านกายภาพ/ด้านอารมณ์
รายละเอียดเพิ่มเติม.....
- ค่านิยม ความเชื่อส่วนบุคคล ที่โน้มเอียงต่อการกระทำรุนแรงต่อตนเองและการฆ่าตัวตาย
รายละเอียดเพิ่มเติม.....
- อื่นๆระบุ.....

4.3 ปัจจัยปกป้อง

- ความเข้มแข็งของความเชื่อทางศาสนาที่ case ยึดถือหรือวัฒนธรรมในถิ่นที่อยู่อาศัย ปลูกฝังเรื่องการฆ่าตัวตายไม่ได้ ไม่ถูกต้อง ไม่ควรกระทำ

- ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

- ความผูกพันที่แน่นแฟ้นและอบอุ่นในครอบครัว

- ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม

- เพื่อนสนิทที่ผูกพันกันแน่นแฟ้น ให้การช่วยเหลือ ปกป้องหรือ ในเรื่องต่างๆได้

- ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

- ความเอื้ออาทร สนใจกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชนที่พักอาศัยปัจจุบัน

- ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

- การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ผ่านมา เช่น ความสะดวกในการไปรับการรักษา หรือการติดตามดูแลต่อเนื่อง (พิจารณาทั้งการเข้ารับบริการของ Case และสภาพการให้บริการสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจริง ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอจังหวัดที่เกิดเหตุ)

ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

- ความสามารถด้านทักษะการแก้ไขปัญหาหรือข้อขัดแย้งและการปรับตัวของ case

ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

- ปัจจัยปกป้องอื่นๆที่ได้จากการสอบสวนในครั้งนี้

ระบุ.....

4.4 ด้านอื่น

- การควบคุมและการป้องกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ที่สามารถใช้ฆ่าตัวตายในครอบครัวหรือในพื้นที่ที่อาศัย

ไม่มี มี แต่ไม่เข้มแข็ง มี และเข้มแข็ง

ข้อมูล/รายละเอียดเพิ่มเติม.....

- การปิดกั้นหรือเฝ้าระวังป้องกันสถานที่ (สะพาน ตึกสูง หน้าผา น้ำตก ฯลฯ) ที่เคยมีคนใช้ฆ่าตัวตายในพื้นที่

ไม่มี มี แต่ไม่เข้มแข็ง มี และเข้มแข็ง

ข้อมูล/รายละเอียดเพิ่มเติม.....

- ด้านอื่นอื่นๆที่สังเกตได้จากการสอบสวนโรค

ระบุ.....

5. ข้อมูลระบบสุขภาพในพื้นที่ที่เกิดเหตุการณ์และในช่วงเวลาที่เกิดเหตุ

(วิเคราะห์จุดบกพร่องหรือขั้นตอน/กิจกรรมในระบบที่ยังทำไม่ได้)

5.1 ระบบเฝ้าระวังและติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตาย (1.การสังเกตสัญญาณเตือน 2.การติดตามประเมิน 8Q 3.การช่วยเหลือ 4.การส่งต่อเมื่อพบภาวะฉุกเฉิน) ขั้นตอน/กิจกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ (พร้อมอธิบาย)

5.2 ระบบคัดกรองและติดตามดูแลรักษาโรคซึมเศร้า

(1.การคัดกรอง 2Q ในกลุ่มเสี่ยง 2.การประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 9Q 3.การส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษา 4.การติดตามผลการรักษาอย่างน้อย 6-9 เดือน 5.การเฝ้าระวังการกลับซ้ำและฆ่าตัวตาย) ขั้นตอน/กิจกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ (พร้อมอธิบาย)

5.3 ระบบคัดกรองและติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิต (ประกอบด้วย 1.การคัดกรองโรคจิตในกลุ่มเสี่ยง 2.การส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยหรือส่งต่อพบจิตแพทย์เพื่อวินิจฉัยรักษา 3.การติดตามผลการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี และ 4. การเฝ้าระวังการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ) ขึ้นตอน/กิจกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ (พร้อมอธิบาย)

5.4 ระบบคัดกรองและดูแลรักษาโรคติดยาและสารเสพติด (ประกอบด้วย 1.การคัดกรองภาวะติดยาในกลุ่มเสี่ยง 2. การส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัย 3.การรักษาด้วยยาและ/หรือบำบัดสังคมจิตใจ 4.การติดตามผลการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี 5.การเฝ้าระวังการกลับซ้ำและฆ่าตัวตาย) ขึ้นตอน/กิจกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ (พร้อมอธิบาย)

5.5 ระบบการแจ้งเตือนหรือแจ้งเหตุฆ่าตัวตายและการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (1.มีจุดหรือศูนย์รับแจ้งเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย การกระทำรุนแรงต่อตนเองในพื้นที่ 2.มีการกำหนดช่องทางหรือวิธีแจ้งเหตุที่ชัดเจน) ขึ้นตอน/กิจกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ (พร้อมอธิบาย)

6. การค้นหาผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ต้องเยียวยาจิตใจและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ต้องเฝ้าระวัง (ตามรายละเอียดและสอดคล้องกับตารางแนบท้าย)

6.1 จำนวนผู้ได้รับผลกระทบคน

6.2 ผู้ได้รับผลกระทบมีแนวโน้มฆ่าตัวตายจากคะแนน 8Q ปกติ.....คน
ระดับเล็กน้อย.....คนระดับปานกลาง.....คนระดับรุนแรง.....คน

6.3 ผู้ได้รับผลกระทบมีภาวะเครียดจากการประเมินด้วย ST5 ปกติ.....คน
ระดับเล็กน้อย.....คนระดับปานกลาง.....คนระดับรุนแรง.....คน

6.4 ผู้ได้รับผลกระทบมีภาวะซึมเศร้าจาก9Q ปกติ.....คน
ระดับเล็กน้อย.....คนระดับปานกลาง.....คนระดับรุนแรง.....คน

7. การช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง กรณีไม่เสียชีวิต โดยทีม MCATT หรือทีมสุขภาพจิตที่รับผิดชอบ (รวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ประเมินการช่วยเหลือ)

7.1 การรักษาอาการบาดเจ็บทางกาย

ไม่มี มี รายละเอียด.....

7.2 การตรวจประเมินตามมาตรฐานจิตเวชและการช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ

ไม่มี มี ระบุ.....

7.3 การแก้ไขปัญหาหรือวิกฤติชีวิตที่เป็นปัจจัยกระตุ้น

ไม่มี มี ระบุ.....

7.4 การลดหรือขจัดปัจจัยเสี่ยง

ไม่มี มี ระบุ.....

7.5 การสร้างและเสริมปัจจัยปกป้อง ระดับบุคคลและระดับครอบครัว

ไม่มี มี ระบุ.....

7.6 การติดตามช่วยเหลือต่อเนื่องป้องกันการกระทำรุนแรงต่อตนเองซ้ำ

ไม่มี มี ระบุ.....

8. ข้อเสนอแนะในการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหา

(ควรเจาะจงให้สอดคล้องกับสิ่งที่พบจากการสอบสวนโรค) และครอบคลุมประเด็นเหล่านี้ ได้แก่

1. ข้อเสนอแนะลดหรือขจัดปัจจัยเสี่ยง
2. ข้อเสนอแนะบรรเทาหรือขจัดปัจจัยกระตุ้น
3. ข้อเสนอแนะสร้างเสริมปัจจัยปกป้องในบุคคล ครอบครัว ชุมชน
4. ข้อเสนอแนะการสร้างและเสริมต้านกัน
5. ข้อเสนอแนะปรับปรุงระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง)

ผู้บันทึก..... ตำแหน่ง..... วันที่.....

แหล่งข้อมูลในการสอบสวนโรคในรายนี้

1.แหล่งข้อมูลรายบุคคล

ชื่อ - สกุล	ความเกี่ยวข้องกับ Case

2.แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ เช่น เอกสาร แพ้มประวัติผู้ป่วย หนังสือ จดหมาย ฯลฯ

ชื่อ/ประเภท	แหล่งที่มา

รายชื่อทีมสอบสวนโรค

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง

edit 1/2/2566



(ร่าง) คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามคำรับรองฯ ระดับหน่วยงานในกรมฯ: ตัวชี้วัดที่ 2	(4) มิติการประเมิน : มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล
(2) ชื่อตัวชี้วัด : 2.1 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มี ประสิทธิภาพ 2.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือ ป้องกันไม่กระทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี	(5) หน่วย PM (บริหารและติดตามผล) : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
(3) หน่วยวัด : ร้อยละ	(6) หน่วยดำเนินการ/ รับการประเมิน : หน่วยบริการจิตเวช 14 แห่ง หน่วยบริการจิตเวชเด็ก 6 แห่ง ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13

(7)คำอธิบาย:

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempt) หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเอง แต่ไม่ถึงกับเสียชีวิต โดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น และผลของการพยายามฆ่าตัวตาย อาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10: International Classification of Diseases and Health Related Problems-10) หมวด Intentional self-harm (X60 - X84)

การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามแนวทาง 7 กิจกรรม ดังนี้ 1) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันท่วงที 2) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) 3) ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง เพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน ทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน 4) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยง 5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องและดำเนิน การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย 6) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะ สังเกตสัญญาณเตือน และมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และ 7) ได้รับการเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินความคิด และการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เช่น ได้รับการประเมิน 8Q ทุกครั้งที่มารับบริการ หรือประเมินระหว่างติดตามเยี่ยมบ้าน (หมายเหตุ: กิจกรรมที่ 4-5 อาจทดแทนกิจกรรมของการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐาน ด้วยวิธีอื่นหรือได้รับ Intervention อื่นๆ เช่น Counseling, Psychotherapy, Family Counseling การรักษาด้วยยา เป็นต้น

การช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำ หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (ตามคำนิยาม: การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ) และไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ ในรอบปีงบประมาณเดียวกัน (ปีงบประมาณ นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - วันที่ 30 กันยายน 2567)

(8) สูตร/วิธีการคำนวณ :

(8.1) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	X 100
จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด	

คำอธิบายสูตร

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่ทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เสียชีวิต เข้าถึงบริการ ได้รับบริการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามแนวทาง 7 กิจกรรม หรือแนวทางมาตรฐานอื่นๆ ของหน่วยงาน (ตามคำนิยาม: การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ) (แหล่งข้อมูล : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด รายละเอียดสุขภาพจากการรายงาน รง 506 S version 11)

ตัวหาร คือ จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดในพื้นที่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567 (แหล่งข้อมูล : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ตามหลักการวินิจฉัย หมวด Intentional self - harm (X60-X84)) จาก Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567)

(8.2) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำ	X 100
จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพทั้งหมด	

คำอธิบายสูตร

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ที่เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (ตามคำนิยาม: การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ) และไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ ในรอบปีงบประมาณเดียวกัน (ปีงบประมาณ นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - วันที่ 30 กันยายน 2567) (แหล่งข้อมูล: จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข และไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ ในรอบปีงบประมาณเดียวกัน จาก Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567)

ตัวหาร คือ จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่ทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เสียชีวิต เข้าถึงบริการ ได้รับบริการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามแนวทาง 7 กิจกรรม หรือแนวทางมาตรฐานอื่นๆ ของหน่วยงาน (ตามคำนิยาม: การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ) (แหล่งข้อมูล : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด รายละเอียดสุขภาพจากการรายงาน รง 506 S version 11)

(9) เกณฑ์การให้คะแนน :

(9.1) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

ค่าเป้าหมาย (ร้อยละ) : รอบครึ่งปีงบประมาณ ≥ 30 : รอบปีงบประมาณ ≥ 60

ระดับคะแนน	ผลการดำเนินงานในแต่ละรอบการประเมิน (ร้อยละ)	
	รอบครึ่งปีงบประมาณ (5 เดือน : ต.ค.66 - ก.พ.67)	รอบปีงบประมาณ (11 เดือน : ต.ค.66 - ส.ค.67)
1	≤ 10	≤ 40
2	20	50
3	≥ 30	≥ 60

หมายเหตุ : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน รอบครึ่งปีงบประมาณ ร้อยละ +/- 10 ต่อ 1 คะแนน และ รอบปีงบประมาณ ร้อยละ +/- 10 ต่อ 1 คะแนน

ตัวอย่าง ผลการดำเนินงาน ในรอบครึ่งปีงบประมาณ (5 เดือน) คือ ร้อยละ 27.39

$$\text{คะแนนอัตราเพิ่มของผลการดำเนินงาน} = \frac{27.39 \times 1}{100} = 0.27$$

$$\text{สรุปผลคะแนนที่ได้} = 2 + 0.27 = 2.27$$

(9.2) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี

ค่าเป้าหมาย (ร้อยละ) : รอบครึ่งปีงบประมาณ ≥ 50 : รอบปีงบประมาณ ≥ 98

ระดับคะแนน	ผลการดำเนินงานในแต่ละรอบการประเมิน (ร้อยละ)	
	รอบครึ่งปีงบประมาณ (5 เดือน : ต.ค.66 - ก.พ.67)	รอบปีงบประมาณ (11 เดือน : ต.ค.66 - ส.ค.67)
1	≤ 40	≤ 82
1.5	45	90
2	≥ 50	≥ 98

หมายเหตุ : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน รอบครึ่งปีงบประมาณ ร้อยละ +/- 5 ต่อ 0.5 คะแนน และ รอบปีงบประมาณ ร้อยละ +/- 8 ต่อ 0.5 คะแนน

ตัวอย่าง ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ (11 เดือน) คือ ร้อยละ 93.69

$$\text{คะแนนอัตราเพิ่มของผลการดำเนินงาน} = \frac{93.69 \times 0.5}{100} = 0.47$$

$$\text{สรุปผลคะแนนที่ได้} = 1.5 + 0.47 = 1.97$$

(10) เงื่อนไข :

รอบการดำเนินงาน	แนวทางการดำเนินงาน
<p>รอบครึ่งปีงบประมาณ (5 เดือน : ต.ค.66 - ก.พ.67) และ รอบปีงบประมาณ 2567 (11 เดือน :ต.ค.66 - ส.ค.67)</p> <p>รอบครึ่งปีงบประมาณ</p>	<p>หน่วยบริการจิตเวช หน่วยบริการจิตเวชเด็ก และศูนย์สุขภาพจิต ที่ รับผิดชอบพื้นที่เขตสุขภาพและจังหวัดต่างๆ สนับสนุนและผลักดันให้เกิด กิจกรรม/โครงการฯ เพื่อดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ระดับจังหวัด ตาม 5 มาตรการ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1. มาตรการพัฒนาปรับปรุงระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายระดับจังหวัด2. มาตรการติดตามเฝ้าระวังป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง3. มาตรการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย4. มาตรการสนับสนุนการสอบสวนโรคกรณีพยายามฆ่าตัวตาย และ กระทำรุนแรงต่อตนเองในจังหวัด5. มาตรการเสริมสร้าง ปัจจัยปกป้อง และต้านกั้น การเข้าถึงสารพิษ วัสดุ อุปกรณ์สถานที่ใช้ฆ่าตัวตายในจังหวัด <p>โดยดำเนินการ ดังนี้</p> <p>1. การดำเนินงานเพื่อสนับสนุนมาตรการที่ 1 พัฒนาปรับปรุงระบบเฝ้า ระวัง ฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1) ผลักดันให้เป็นนโยบาย หรือ KPI เขตสุขภาพ และจังหวัด2) ผู้บริหารหรือผู้แทนโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์ฯ ทหารหรือขอความ เห็นชอบแนวทาง/การดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายจาก ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด3) ประชุมวางแผนปรับปรุงพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย ร่วมกับทีมผู้รับผิดชอบของจังหวัด (ควรดำเนินการในช่วงต้นปีงบประมาณ)4) สนับสนุนให้จังหวัดดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่า ตัวตายตามแผนฯ โดยเน้นให้มีจุดแจ้งเหตุ มีหน่วยรวบรวมข้อมูลการ สอบสวนโรค มีฐานข้อมูลของจังหวัด และมีการวิเคราะห์ข้อมูลเผยแพร่ สม่ำเสมอ5) ติดตามนิเทศและให้การสนับสนุนการดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้า ระวังป้องกันการฆ่าตัวตายรายจังหวัดในเขตสุขภาพ
	<p>2. การดำเนินงานเพื่อสนับสนุนมาตรการที่ 2 ติดตามเฝ้าระวังป้องกันการ ฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1) รพ.จิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตประชุมร่วมกับทีมสุขภาพจิตของ จังหวัดวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงาน รง 506s และการสอบสวนโรคในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เพื่อกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังของพื้นที่ (ควรดำเนินการ ในช่วงต้นปีงบประมาณ)

รอบการดำเนินงาน	แนวทางการดำเนินงาน
<p>(5 เดือน : ต.ค.66 - ก.พ.67)</p> <p>และ</p> <p>รอบปีงบประมาณ 2567</p> <p>(11 เดือน : ต.ค.66 - ส.ค.67)</p>	<p>2) กำหนดนโยบายเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในบุคคลที่อยู่กลุ่มเสี่ยง</p> <p>3) ชี้แจงหรือฝึกอบรมแนวปฏิบัติติดตามเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงแก่ ผู้ปฏิบัติในพื้นที่</p> <p>4) จัดอบรมการใช้แบบประเมิน 8Q และการจัดการตามความรุนแรงสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมิน suicidality และให้การช่วยเหลือในกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามเฝ้าระวังในโรงพยาบาลกำหนดไว้ หรือติดตามในชุมชน (ควรติดตามประเมินกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายทุกเดือน)</p> <p>5) อบรมให้ความรู้แก่ ญาติและผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงให้สามารถจับสัญญาณเตือน จำกัดการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตาย และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น</p> <p>6) จัดเตรียมช่องทางติดต่อสื่อสารที่สะดวกระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบป้องกันการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ</p>
<p>รอบครึ่งปีงบประมาณ</p> <p>(5 เดือน : ต.ค.66 - ก.พ.67)</p> <p>และ</p>	<p>3. การดำเนินงานเพื่อสนับสนุนมาตรการที่ 3 ช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้</p> <p>1) ผลักดันให้กำหนดนโยบายระดับจังหวัดสำหรับการช่วยเหลือผู้รอดชีวิต และผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตายในจังหวัดทุกราย</p> <p>2) ทบทวนแนวทางปฏิบัติช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัด</p> <p>3) ชี้แจงหรือฝึกอบรมแนวทางปฏิบัติช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จแก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง</p> <p>4) ผลักดันและสนับสนุนให้เกิดคณะกรรมการหลากหลายวิชาชีพระดับจังหวัดเพื่อช่วยเหลือปัญหาวิกฤติของผู้รอดชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตาย</p> <p>5) ทีมสุขภาพจิตของจังหวัดนำเสนอรายงานการสอบสวนการพยายามฆ่าตัวตายของรายที่มีวิกฤติชีวิตด้านอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย อาชีพ เข้าหาหรือเพื่อช่วยเหลือในที่ประชุมกรรมการหลากหลายวิชาชีพของจังหวัด (อาจเป็นคณะกรรมการตาม พรบ. สุขภาพจิตของจังหวัด)</p> <p>6) จัดประชุม case conference กรณีพยายามฆ่าตัวตายเพื่อช่วยเหลือรายที่ยุ่งยากซับซ้อน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง</p>

รอบการดำเนินงาน	แนวทางการดำเนินงาน
<p>รอบปีงบประมาณ 2567 (11 เดือน :ต.ค.66 - ส.ค.67)</p>	<p>4. การดำเนินงานเพื่อสนับสนุนมาตรการที่ 4 สนับสนุนการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองในจังหวัด ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) อบรมการสอบสวนกรณีกระทำรุนแรงต่อตนเองกรณีพยายามฆ่าตัวตาย และสร้างทีมสอบสวนในจังหวัดหรือระดับอำเภอ อย่างน้อย อำเภอละ 3 คน 2) ผลักดันให้เป็นนโยบายจังหวัดสำหรับการสอบสวนกรณีพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในพื้นที่ทุกราย 3) ขอกการสนับสนุนจากจังหวัดหรือเขตสุขภาพจัดงบประมาณสนับสนุนการลงพื้นที่สอบสวนกรณีกระทำรุนแรงต่อตนเอง กรณีพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในพื้นที่ 4) รพ.จิตเวช ศูนย์สุขภาพจิต และสถาบันเด็กฯ ร่วมกับทีมสุขภาพจิตของจังหวัด จัดประชุม conference สำหรับแก้ไขปัญหาการสอบสวนกรณีพยายามฆ่าตัวตาย อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง 5) รพ.จิตเวช ศูนย์สุขภาพจิต และสถาบันเด็กฯ นิเทศติดตามการสอบสวนโรคกรณีพยายามฆ่าตัวตาย
	<p>5. การดำเนินงานเพื่อสนับสนุนมาตรการที่ 5 เสริมสร้างปัจจัยปกป้องและต้านกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์สถานที่ใช้ฆ่าตัวตายในจังหวัด ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) รพ.จิตเวช ศูนย์สุขภาพจิต และสถาบันเด็กฯ ร่วมกับผู้รับผิดชอบของจังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลจากรายงาน รง 506s version 11 ถึงปัจจัยปกป้องและวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายของจังหวัด พร้อมเสนอแผนควบคุมป้องกันวัสดุอุปกรณ์สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายที่พบบ่อย และแผนเสริมสร้างปัจจัยปกป้องของจังหวัด 2) ประชุมหารือ หรือเสนอรายงานผลการวิเคราะห์กับผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในจังหวัด และขอความเห็นชอบในแผน ดังกล่าว 3) สนับสนุนให้จังหวัดดำเนินการตามแผนที่ได้รับความเห็นชอบแล้ว 4) นิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินการ <p>หมายเหตุ :</p> <p>การพิจารณาดำเนินงานตามกิจกรรม ตามลำดับก่อนหรือหลังในพื้นที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามปัจจัยแวดล้อม/บริบทของแต่ละจังหวัด ซึ่งการเริ่มต้นดำเนินงานในระยะแรกของปีงบประมาณนั้น จะส่งผลให้พื้นที่ที่มีการป้องกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้รวดเร็วและทันเวลา</p>

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
1) อัตราผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการ	อัตรา : 100	36.85	43.11	43.26 (ต.ค.65-ส.ค.66)
2) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม และติดตามเฝ้าระวังไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	98.03	98.09	98.25
3) จำนวนของผู้พยายามฆ่าตัวตาย	จำนวน	24,032	28,134	28,189

แหล่งข้อมูล : คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(12) แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. ข้อมูลของคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S Version 11 และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต

(13) แนวทางการประเมินผล :

รอบการรายงาน/ประเมิน	ประเมินจากผลงาน/ข้อมูล/เอกสาร/หลักฐานต่างๆ ดังนี้	กำหนดการ จัดส่งผลงาน/ หลักฐาน
รอบครึ่งปีงบประมาณ (5 เดือน: ต.ค.66-ก.พ.67)	หน่วยบริการจิตเวช หน่วยบริการจิตเวชเด็ก และศูนย์สุขภาพจิต จัดทำเอกสารแผนงานป้องกันฆ่าตัวตายระดับจังหวัด เอกสารประกอบด้วย 1. เอกสารแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัด (ข้อมูลดังกล่าวอาจเป็นข้อมูลจากใบมรณบัตร, รง 506S v.11 หรือ HDC ตามความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยผลการวิเคราะห์ อย่างน้อยควรมีดังต่อไปนี้ - อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปีที่ผ่านมาของจังหวัด (Crude Suicide Rate)	5 มีนาคม 2567
รอบครึ่งปีงบประมาณ (5 เดือน: ต.ค.66-ก.พ.67)	- อัตราการพยายามฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมาของจังหวัด (Crude Suicide Attempt Rate)	

รอบการรายงาน/ประเมิน	ประเมินจากผลงาน/ข้อมูล/เอกสาร/หลักฐานต่างๆ ดังนี้	กำหนดการจัดส่งผลงาน/หลักฐาน
	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุ ในปีที่ผ่านมา (Age-specific Suicide Rate) - อัตราพยายามฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุในปีที่ผ่านมา (Age-specific Suicide Attempt Rate) - แผนภาพหรือกราฟแสดงการกระจายของการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกตาม Time, Place - แผนภาพหรือกราฟแสดงการกระจายของการพยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตาม Time, Place - ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยกระตุ้นของการฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่ละปัจจัย คิดเป็นร้อยละ - ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยกระตุ้นของการพยายามฆ่าตัวตาย แต่ละปัจจัย คิดเป็นร้อยละ - วิธีการฆ่าตัวตาย แต่ละรูปแบบ คิดเป็นร้อยละ <p>2. เอกสารแผนป้องกันการฆ่าตัวตายของแต่ละจังหวัด โดยในแผนนี้ อย่างน้อยควรมี</p> <p>2.1 การระบุกลุ่มเสี่ยงที่จะเฝ้าระวังในปี</p> <p>2.2 มาตรการหรือกิจกรรมที่มุ่งจัดหรือลดปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยกระตุ้น</p> <p>2.3 มาตรการหรือกิจกรรมที่มุ่งสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และต้านกัน (การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ หรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย)</p> <p>** การพิจารณาผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด “ร้อยละของ ผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ และ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือป้องกัน</p> <p>ไม่กระทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี” โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จะประมวลผลข้อมูลทั้งสองตัวชี้วัดจากจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข แยกตามจังหวัด/เขตสุขภาพ โดยแหล่งข้อมูลมาจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506s Version 11 และสำนัก</p>	

รอบการรายงาน/ประเมิน	ประเมินจากผลงาน/ข้อมูล/เอกสาร/หลักฐานต่างๆ ดังนี้	กำหนดการ จัดส่งผลงาน/ หลักฐาน
	เทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต เพื่อใช้เป็นข้อมูลพิจารณาประกอบการให้คะแนนตาม จังหวัดพื้นที่รับผิดชอบ	
รอบปีงบประมาณ (11เดือน :ต.ค.66-ส.ค. 67)	หน่วยบริการจิตเวช หน่วยบริการจิตเวชเด็ก และศูนย์ สุขภาพจิต ดำเนินการดังนี้ 1. จัดทำเอกสารที่แสดงการดำเนินกิจกรรมตามแผน ป้องกันการฆ่าตัวตาย ให้แสดงภาพกิจกรรมตามวันเวลาที่ ปฏิบัติกิจกรรม 2. เอกสารแสดงผลการดำเนินงานตามแผนป้องกันการฆ่า ตัวตายแต่ละกิจกรรม ** การพิจารณาผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด “ร้อยละ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ และร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือ ป้องกันไม่กระทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี” โรงพยาบาลจิต เวชขอนแก่นราชนครินทร์ จะประมวลผลข้อมูลทั้งสอง ตัวชี้วัด จากจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการใน หน่วยบริการสาธารณสุข แยกตามจังหวัด/เขตสุขภาพ โดยแหล่งข้อมูลมาจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ศูนย์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานการเฝ้าระวังการ พยายามฆ่าตัวตาย รง 506s Version 11 และสำนัก เทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต เพื่อใช้เป็นข้อมูลพิจารณาประกอบการให้คะแนนตาม จังหวัดพื้นที่รับผิดชอบ	5 กันยายน 2567

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

ชื่อ-สกุล : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 0-4320-9999 ต่อ 63131

ชื่อ-สกุล : ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 0-2590-8007

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล :

ชื่อ-สกุล : นางอรพิน ยอดกลาง

กอง/หน่วยงานที่สังกัด : ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 0-4320-9999 ต่อ 63308 E-mail : Suicidethailand@gmail.com

ชื่อ-สกุล : นางสาวพินดา चाปัญญา

กอง/หน่วยงานที่สังกัด : กลุ่มงานเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 0-4320-9999 ต่อ 63150

(16) บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือเงื่อนไขการดำเนินงานร่วมกัน ระหว่างหน่วยงาน PM หลัก และหน่วยงาน PM ร่วม (กรณีที่เป็นตัวชี้วัดที่เป็นการบริหารโดยหน่วย PM ร่วม หรือ Joint PM)

● หน่วยงาน PM หลัก คือ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- วางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่จะเป็นการตอบสนองตัวชี้วัดในภาพรวม
- ประชุมชี้แจงถึงระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดและแนวทางการพัฒนาทีมสอบสวนกรณีฆ่าตัวตายแก่ทีมของหน่วยบริการจิตเวช หน่วยบริการจิตเวชเด็ก และศูนย์สุขภาพจิต
- รายงานข้อมูลสถิติ จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าตัวตายสำเร็จ จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S version 11 และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต ในการประชุมคณะผู้บริหารกรมสุขภาพจิต และนำเสนอผ่าน Website : suicide.dmh.go.th ทุกเดือน
- อำนวยความสะดวกและประสานงานให้เกิดความเข้าใจ การดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกกรมสุขภาพจิต
- วิเคราะห์ภาพรวมระดับประเทศ ถึงปัญหา อุปสรรค และเสนอแนะข้อแก้ไขต่อการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนด
- ติดตาม กำกับ รวบรวมรายงานความก้าวหน้า จัดทำและส่งผลการดำเนินงานตามรอบระยะเวลาการรายงานตามเนื้อหาของตัวชี้วัดในภาพรวม ร่วมกับกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมสุขภาพจิต
- รับการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมตามตัวชี้วัดตามรอบระยะเวลาที่กำหนด
- ส่งเสริมให้เกิดการเผยแพร่และการนำข้อมูล ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในภาพรวมต่อไป

● หน่วยงาน PM ร่วม คือ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

- ร่วมวางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่จะเป็นการตอบสนองตัวชี้วัดในภาพรวม
- สนับสนุนด้านงบประมาณ วิชาการ ความรู้ และการพัฒนาเทคโนโลยี ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย
- ติดตามและการประเมินผลการดำเนินงานหน่วยบริการ/ เขตบริการสุขภาพจิตที่ 1-13 ตามตัวชี้วัดตามรอบระยะเวลาที่กำหนด
- มีส่วนร่วมในการติดตาม กำกับรวบรวม รายงานความก้าวหน้า จัดทำ และรายงานผลการดำเนินงานตามรอบระยะเวลาและเนื้อหาของตัวชี้วัดในภาพรวม ร่วมกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ภาพรวมระดับประเทศ ถึงปัญหา อุปสรรค และเสนอแนะข้อแก้ไขต่อการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนด
- ร่วมรับการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมตามตัวชี้วัดตามรอบระยะเวลาที่กำหนด
- ส่งเสริมให้เกิดการเผยแพร่และการนำผลงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในภาพรวมต่อไป

(17) บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือ เงื่อนไขการดำเนินงานร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานที่รับการประเมินหลักและหน่วยที่ร่วมดำเนินการ (*กรณีที่เป็นตัวชี้วัดที่มีหน่วยงานดำเนินงานและรับการประเมินร่วมกัน - Joint KPI*)

- **หน่วยงานที่ดำเนินงานและรับการประเมินหลัก** หน่วยบริการจิตเวช 14 แห่ง ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 – 13 และหน่วยบริการจิตเวชเด็ก 6 แห่ง
 - วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้รับผิดชอบแต่ละจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อกำหนดกิจกรรมตามมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหายาฆ่าตัวตายระดับจังหวัดที่เหมาะสมกับเป้าหมายเฉพาะและบริบทของจังหวัด
 - วางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกับพื้นที่ที่รับผิดชอบในการป้องกันแก้ไขปัญหายาฆ่าตัวตายระดับจังหวัด
 - ให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมและโครงการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาฆ่าตัวตายระดับจังหวัดในหน่วยบริการสาธารณสุข/สถาบันการศึกษา/setting อื่นที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่รับผิดชอบ
 - หน่วยบริการจิตเวช หน่วยบริการจิตเวชเด็ก และศูนย์สุขภาพจิต ประชุมร่วมกับทีมสุขภาพจิตของจังหวัดจัดประชุม conference สำหรับแก้ไขปัญหายาฆ่าตัวตาย อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง
 - วิเคราะห์ข้อมูล และประเมินผลการดำเนินงานแต่ละมาตรการ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะแก้ไขในดำเนินงานตามมาตรการที่ระบุไว้ ทั้งในระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด
 - ร่วมติดตาม กำกับรวบรวมรายงานความก้าวหน้า จัดทำ และส่งผลการดำเนินงานตามรอบระยะเวลาการรายงานตามเนื้อหาของตัวชี้วัดในภาพรวม
 - ส่งเสริมหน่วยงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเผยแพร่ผลงานและแนวทางการดำเนินงานให้เกิดประโยชน์ต่อไป
 - การจัดส่งรายงาน ขอให้ หน่วยบริการจิตเวช 14 แห่ง ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 - 13 และหน่วยบริการจิตเวชเด็ก 6 แห่ง ต้องจัดทำรายงานส่งให้แก่ PM (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์)

(18) วิธีการประเมินและให้คะแนนหน่วยงาน

- วัดผลการดำเนินงานเป็นรายหน่วยงาน
- วัดผลการดำเนินงานในเขตสุขภาพ (*กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องวิธีการประเมินและวิธีการให้คะแนนสำหรับหน่วยงานที่วัดผลการดำเนินงานในเขตสุขภาพ*) ในตารางด้านล่างนี้ให้ชัดเจน)

เขตสุขภาพ	หน่วยงาน	วิธีการประเมิน/วิธีการให้คะแนนหน่วยงานที่วัดผลการดำเนินงานในเขตสุขภาพ			
		1	2	3	4
		คิดคะแนนให้หน่วยงานจากผลการดำเนินงานในภาพรวมของเขตสุขภาพ	แยกคิดคะแนนให้หน่วยงานตามพื้นที่/จังหวัดที่รับผิดชอบ	เฉลี่ยคะแนนจากผลงานในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ ** (คิดเฉพาะกลุ่มอายุที่รับผิดชอบ)	คิดคะแนนให้หน่วยงานที่ดีที่สุดเขตสุขภาพ
1	รพ.สวนปรุง	✓	-	-	-
	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1	✓	-	-	-
	ส.พัฒนาการเด็กฯ (เขต 1, 2)*	-	-	✓	-

เขต สุขภาพ	หน่วยงาน	วิธีการประเมิน/วิธีการให้คะแนนหน่วยงานที่วัดผลการดำเนินงานในเขตสุขภาพ			
		1	2	3	4
		คิดคะแนนให้หน่วยงาน จากผลการดำเนินงาน ในภาพรวมของเขตสุขภาพ	แยกคิดคะแนนให้หน่วยงาน ตามพื้นที่/จังหวัด ที่รับผิดชอบ	เฉลี่ยคะแนนจากผลงาน ในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ ** (คิดเฉพาะกลุ่มอายุที่ รับผิดชอบ)	คิดคะแนนให้หน่วยงาน จากผลการดำเนินงาน ที่ดีที่สุดเขตสุขภาพ
2	รพ.จิตเวชพิษณุโลกฯ	✓	-	-	-
	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	✓	-	-	-
	ส.พัฒนาการเด็กฯ (เขต 1, 2)*	-	-	✓	-
3	รพ.จิตเวชนครสวรรค์ฯ	✓	-	-	-
	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3	✓	-	-	-
	ส.ราชานุกูล (เขต 3, 13)*	-	-	✓	-
4	รพ.ศรีธัญญา	✓	-	-	-
	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4	✓	-	-	-
5	ส.กัลยาณิฯ	✓	-	-	-
	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5	✓	-	-	-
6	รพ.จิตเวชสระแก้วฯ (6.1)	-	✓	-	-
	ส.จิตเวชศาสตร์สมเด็จฯ (6.2)	-	✓	-	-
	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6	✓	-	-	-
	รพ.ยุวประสาทฯ*	-	✓	-	-
7	รพ.จิตเวชขอนแก่นฯ	✓	-	-	-
	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7	✓	-	-	-
	ส.สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เขต 7, 8)*	-	-	✓	-
8	รพ.จิตเวชเลยฯ (8.1)	-	✓	-	-
	รพ.จิตเวชนครพนมฯ (8.2)	-	✓	-	-
	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8	✓	-	-	-
	ส.สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เขต 7, 8)*	-	-	✓	-
9	รพ.จิตเวชนครราชสีมาฯ	✓	-	-	-
	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9	✓	-	-	-
	ส.สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ราชนครินทร์ (เขต 9, 13)*	-	-	✓	-
10	รพ.พระศรีมหาโพธิ์	✓	-	-	-
	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10	✓	-	-	-
11	รพ.สวนสราญรมย์	✓	-	-	-
	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11	✓	-	-	-
	ส.สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคใต้*	-	-	✓	-
12	รพ.จิตเวชสงขลาฯ	✓	-	-	-
	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12	✓	-	-	-

เขต สุขภาพ	หน่วยงาน	วิธีการประเมิน/วิธีการให้คะแนนหน่วยงานที่วัดผลการดำเนินงานในเขตสุขภาพ			
		1	2	3	4
		คิดคะแนนให้หน่วยงาน จากผลการดำเนินงาน ในภาพรวมของเขตสุขภาพ	แยกคิดคะแนนให้หน่วยงาน ตามพื้นที่/จังหวัด ที่รับผิดชอบ	เฉลี่ยคะแนนจากผลงาน ในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ ** (คิดเฉพาะกลุ่มอายุที่ รับผิดชอบ)	คิดคะแนนให้หน่วยงาน จากผลการดำเนินงาน ที่ดีที่สุดเขตสุขภาพ
13	ส.จิตเวชศาสตร์สมเด็จฯ	-	✓	-	-
	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13	✓	-	-	-
	ส.ราชานุกูล (เขต 3, 13)	-	-	✓	-
	ส.สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ราชนครินทร์ (เขต 9, 13)*	-	-	✓	-