

สรุปผลการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2566

กรณีปกติ รอบที่ 2 จังหวัดยโสธร เขตสุขภาพที่ 10

Functional based ประเด็นที่ 3.1 สุขภาพกลุ่มวัย

3.1 กลุ่มวัย ประกอบด้วยตัวชี้วัด

3.1.1. มารดาและการก

3.1.2. เด็กปฐมวัย

3.1.3. วัยทำงาน

นำเสนอโดย
แพทย์หญิงนันทยา จิระทรัพย์
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

นำเสนอโดย
นายกฤษณ์ ลำพุทรา
นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10

ประเด็นการตรวจราชการ/ห้วงข้อ

3.1 “สุขภาพกลุ่มวัย” 4 ประเด็น 9 ตัวชี้วัด

มรดาและการก

1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
2. อัตราตายการกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

เด็กปฐมวัย

1. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย
2. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมืออื่นจนมีพัฒนาการสมวัย
3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
4. ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ

วัยทำงาน

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดกำกับ ติดตาม

1. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน



ผลการประเมินงาน รอบที่ 2 ปี 2566 ตัวชี้วัด ประเด็น : สุขภาพกลุ่มวัย : HDC มี.ย. 66

หัวข้อ/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ยโสธร	เขต 10	ประเทศ
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17ต่อแสน LB	0	14.91	15.70
2. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	<3.60 ต่อพันเกิดมีชีพ	1.20	4.59	4.46
3.ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 86	96.75	96.71	96.69
4.ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมืออื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 35	16.67	30.09	33.07
5.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 66	68.34	63.60	61.27
6.ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ 75	90.33	81.44	76.25
7.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร	5.67	4.71	3.07 (รอบ 1 ปี 66)
8.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ 80	117.78	100	88.40
9.ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 57	58.33	60.1	56.33

ข้อสั่งการ รอบที่ 1/66

สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อ IQ และพัฒนาการเด็ก

- ❑ ให้ติดตามเด็กที่มีปัญหา IQ ต่ำ จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตว่ามีสาเหตุใดบ้าง เช่น ชีด ผอม ประวัติพัฒนาการล่าช้า

- ร้อยละ 80 เด็กได้รับการเลี้ยงดูแบบตามใจ **ขาดการอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสม**
- เด็กทุกคนได้รับการ**คัดกรองพัฒนาการ** เมื่ออายุ 9 เดือน **เพียงครั้งเดียว**
- เด็กมี**ภาวะซีด** ร้อยละ 11.43
- เด็กมีภาวะ**ทุพโภชนาการ** ร้อยละ 20
- **ขาดการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม**
 - ไม่ได้ฟังนิทาน ร้อยละ 62.85
 - เล่นมือถือ ร้อยละ 71.43
 - ดูทีวี ร้อยละ 62.85

มาตรการสำคัญในการดำเนินงาน

- ❑ พัฒนาศักยภาพพ่อแม่ผู้ปกครอง ในการเลี้ยงดูเด็ก ด้วย Triple P
- ❑ กำกับติดตาม การคัดกรองพัฒนาการเด็ก ในครอบคลุมทุกช่วงวัย
- ❑ ขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ 2,500 วันแรกของชีวิต ผ่านกลไกธรรมนูญสุขภาพตำบล

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2566 จังหวัดยโสธร

เป้าหมายเด็กปฐมวัยทั้งหมดที่ต้องได้รับการคัดกรอง (DSPM)
(1 ต.ค. 2565 – 30 เม.ย. 2566) จำนวน 9,426 ราย

ที่มา: HDC 13 มิ.ย. 66



ส่งสัยล่าช้า ส่งต่อกันที
15 ราย
(ร้อยละ 0.19)

คัดกรอง (DSPM)
7,918 คน
คิดเป็น ร้อยละ 84



สมวัย 1
6,244 ราย
(ร้อยละ 78.86)

ส่งสัยล่าช้า
1,658 ราย
(ร้อยละ 20.95)

ไม่ได้รับการคัดกรอง
1,508 ราย
(ร้อยละ 16)

ติดตามไม่ได้
206 ราย (ร้อยละ 12.42)

รอการติดตาม
13 ราย
(ร้อยละ 0.79)

ติดตามได้ 30 วัน
1,439 ราย
(ร้อยละ 86.79)

สมวัย 1,417 ราย
(ร้อยละ 98.47)

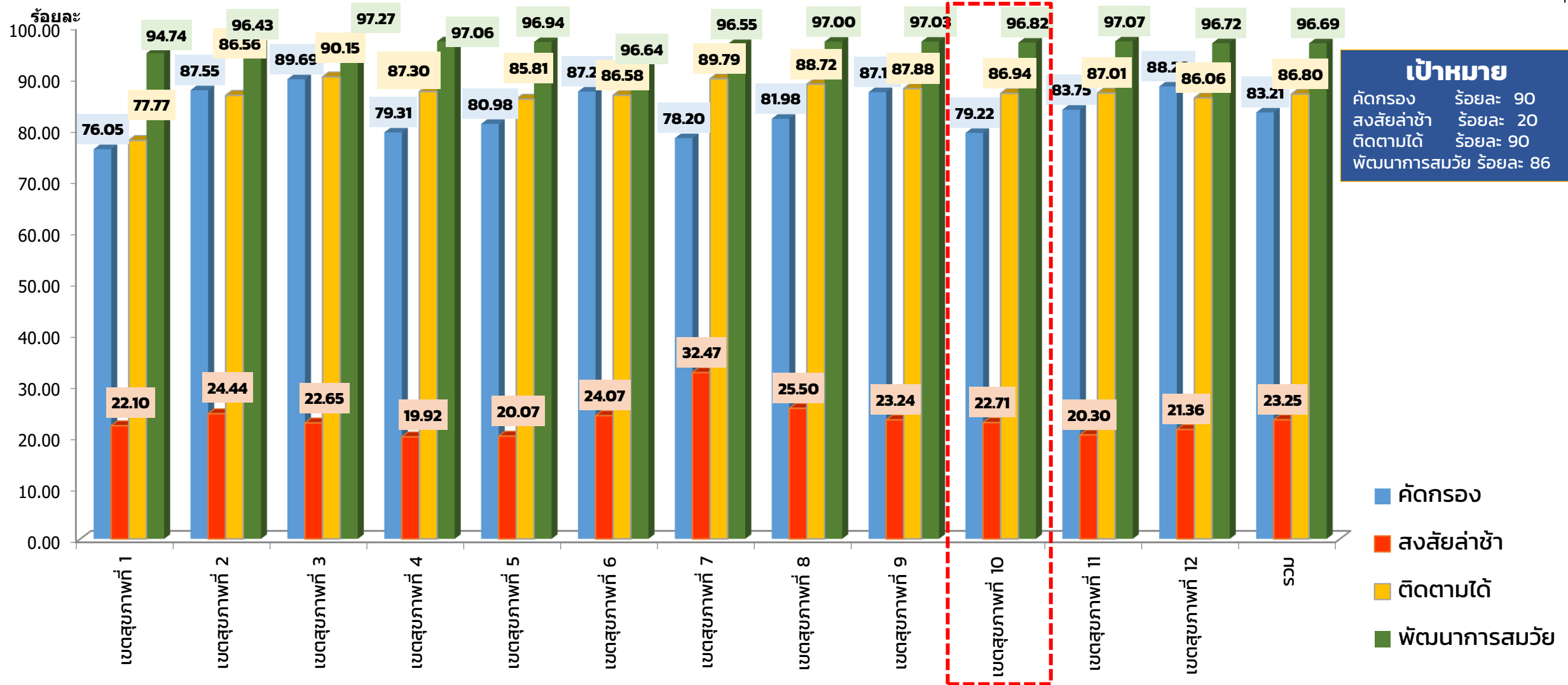
ไม่สมวัยหลัง
กระตุ้น 22 ราย
(ร้อยละ 1.53)

รวมพัฒนาการสมวัย
7,661 ราย
(ร้อยละ 96.74)

(เป้าหมาย ร้อยละ 86)

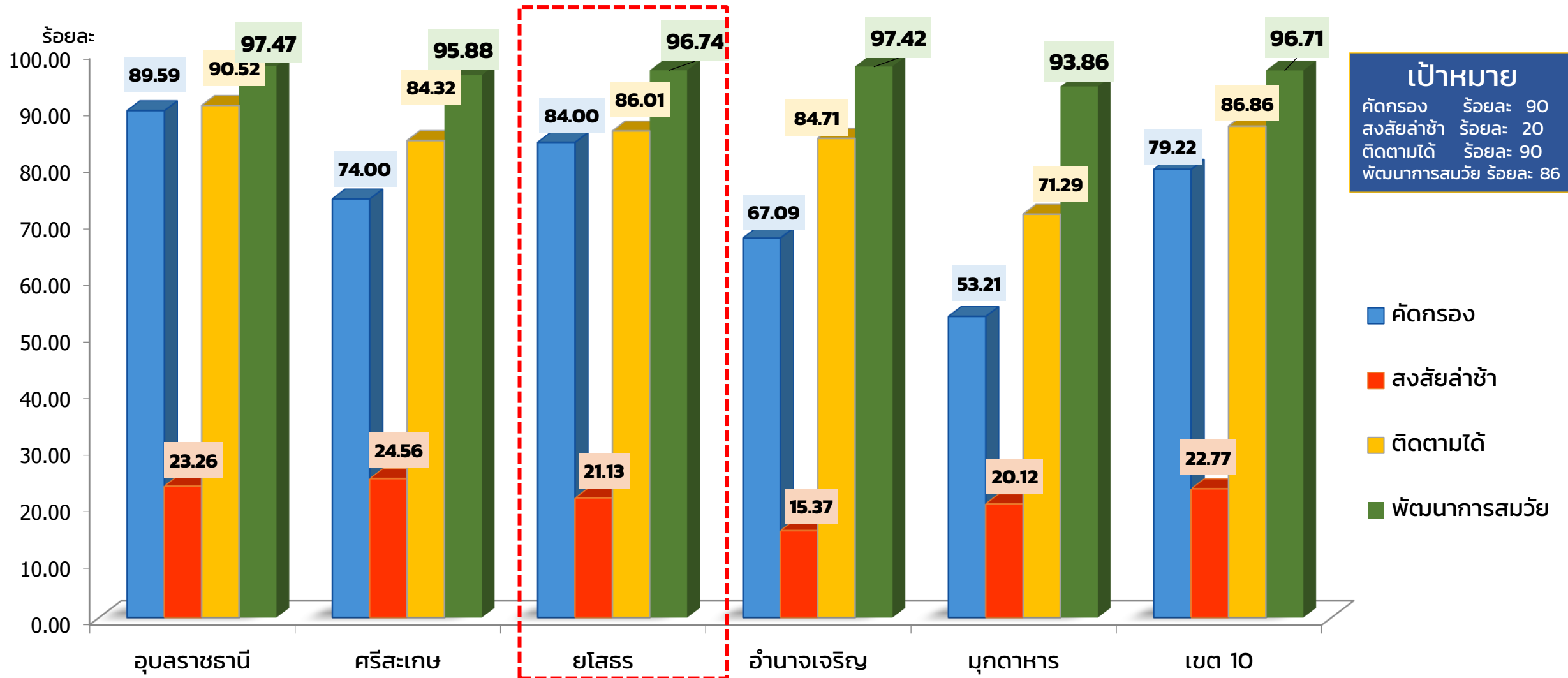
สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2566 เปรียบเทียบระดับประเทศ

ร้อยละความครอบคลุมของเด็กที่ได้รับการคัดกรองด้วย DSPM / พัฒนาการสงสัยล่าช้า/ติดตามได้/พัฒนาการสมวัย
จำแนกรายเขต ปีงบประมาณ 2566 (1 ต.ค. 2565 – เม.ย. 2566)

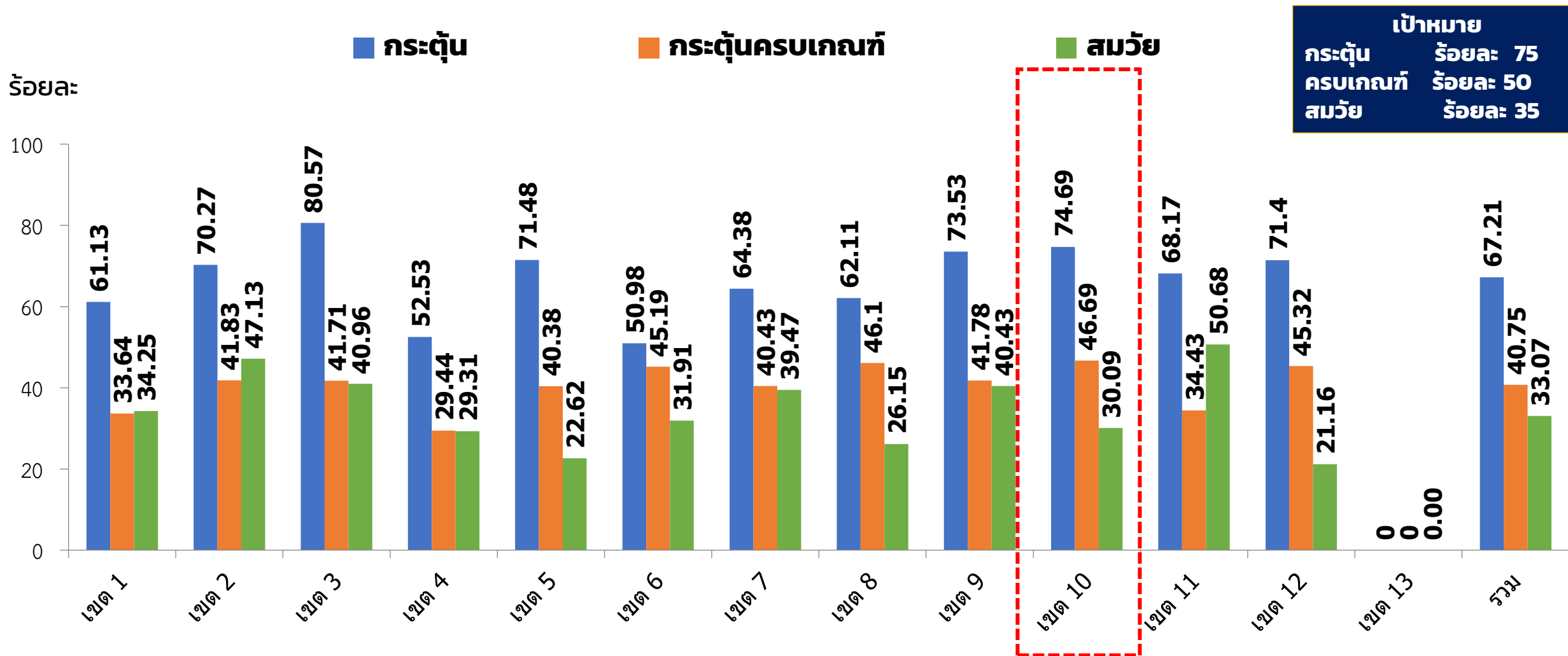


สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2566 เปรียบเทียบระดับเขต

ร้อยละความครอบคลุมของเด็กที่ได้รับการคัดกรองด้วย DSPM / พัฒนาการสงสัยล่าช้า/ติดตามได้/พัฒนาการสมวัย
จำแนกrajจังหวัด ปีงบประมาณ 2566 (1 ต.ค. 2565 – เม.ย. 2566)

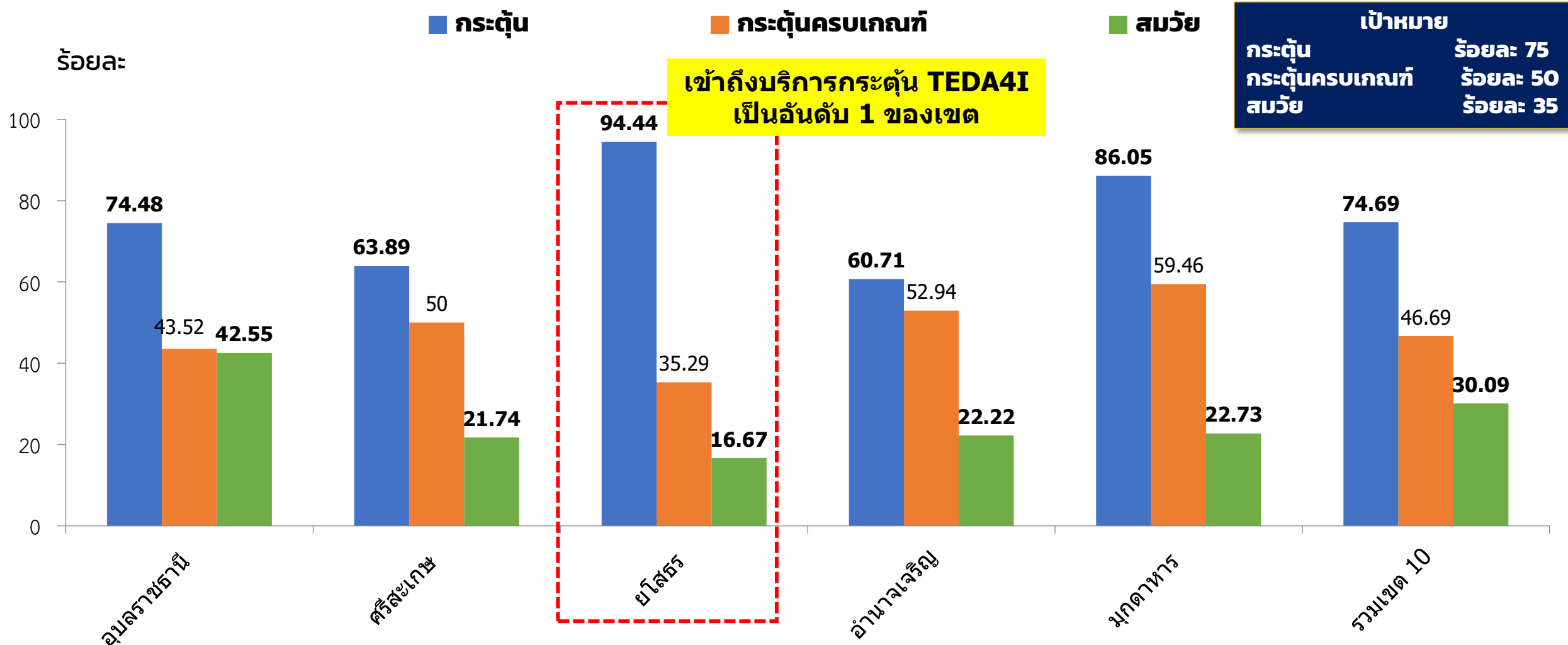


กราฟแสดงร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรอง แล้วพบว่ามีความพิการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีความพิการสมวัย เปรียบเทียบระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2566



หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1-12 นับเฉพาะเด็กปฐมวัย อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ดึงจากรายงานในระบบ HDC ณ วันที่ 9 มิถุนายน 2566
 ในส่วนข้อมูลเขตสุขภาพที่ 13 ต้องดึงจากสำนักอนามัย กทม. (สบส. 68 แห่ง) และ รพ.ตติยภูมิในพื้นที่ (5 แห่ง) ไม่พบข้อมูลในระบบ HDC

กราฟแสดงร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรอง แล้วพบว่ามีความพิการแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีความพิการสมวัย แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2566



หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1-12 นับเฉพาะเด็กปฐมวัย อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ดังจากรายงานในระบบ HDC ณ วันที่ 9 มิถุนายน 2566
ในส่วนข้อมูลเขตสุขภาพที่ 13 ต้องดึงจากสำนักอนามัย กทม. (สบส. 68 แห่ง) และ sw.ตติยภูมิในพื้นที่ (5 แห่ง) ไม่พบข้อมูลในระบบ HDC

กราฟแสดงร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย แยกรายอำเภอ จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2566

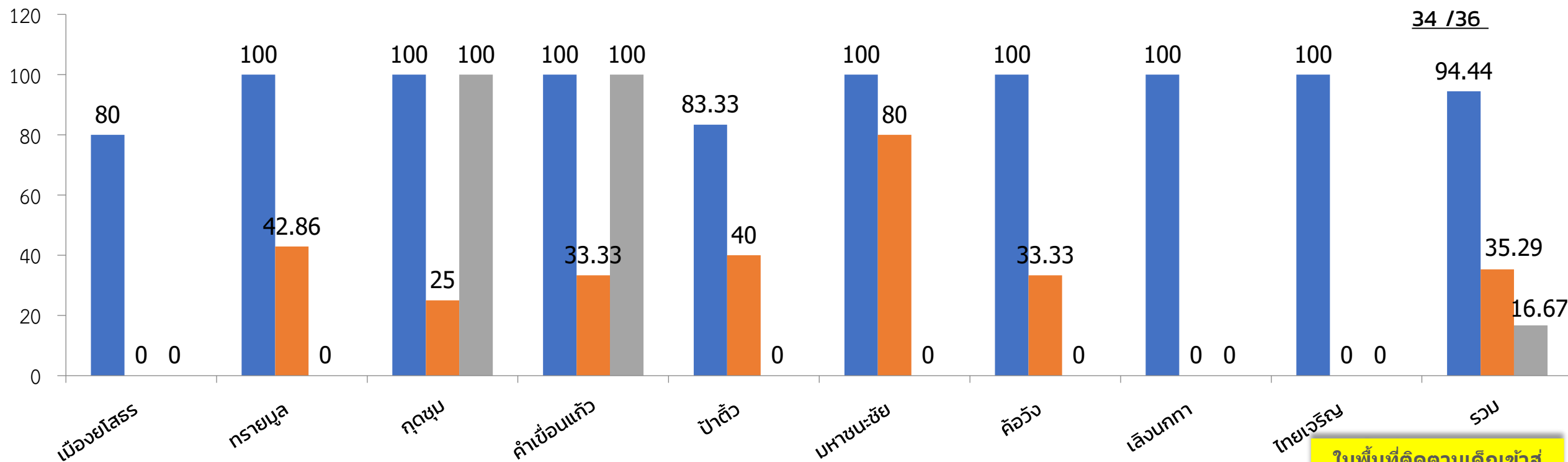
ร้อยละ

■ กระตุ้น

■ กระตุ้นครบเกณฑ์

■ สมวัย

เป้าหมาย
กระตุ้น ร้อยละ 75
กระตุ้นครบเกณฑ์ ร้อยละ 50
สมวัย ร้อยละ 35



ในพื้นที่ติดตามเด็กเข้าสู่ระบบบริการ ร้อยละ 100

หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1-12 นับเฉพาะเด็กปฐมวัย อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ดึงจากรายงานในระบบ HDC ณ วันที่ 9 มิ.ย. 2566
ในส่วนข้อมูลเขตสุขภาพที่ 13 ต้องดึงจากสำนักอนามัย กทม. (สบส. 68 แห่ง) และ sw.ตติยภูมิในพื้นที่ (5 แห่ง) ไม่พบข้อมูลในระบบ HDC

สถานการณ์การวินิจฉัยโรคในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบ 2 จังหวัดยโสธร

เด็กพัฒนาการล่าช้า ทั้งหมด 36 คน

(ข้อมูล ณ 9 มิถุนายน 2566)

**พบการวินิจฉัย 20 คน
(55.55 %)**

แยกการวินิจฉัย

- 1) F840 (Childhood Autism) ร้อยละ 35
- 2) F809 (Developmental disorders of speech and language, unspecified) ร้อยละ 25
- 3) Q909 (Down syndrome) ร้อยละ 15
- 4) F900 (Hyperkinetic disorder) ร้อยละ 5
- 5) F801 (Expressive Language Disorder) ร้อยละ 5
- 6) F89 (Unspecified disorder of psychological development) ร้อยละ 5
- 7) G40 (Epilepsy) ร้อยละ 5

**ไม่พบการวินิจฉัย 16 คน
(44.45 %)**

**สงสัยป่วย 15 คน
(93.75 %)**

**กระตุ้นครบ สมวัย 1 คน
(6.25 %)**

- ☐ พักการ (2 คน) ร้อยละ 13.33
- ☐ ล่าช้าหลายด้าน (13 คน) ร้อยละ 86.64

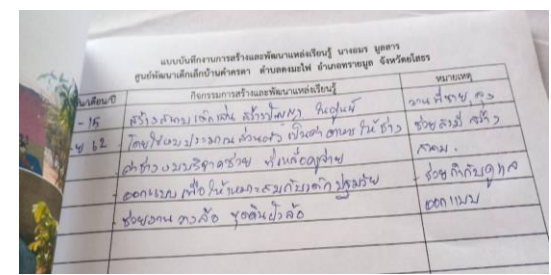
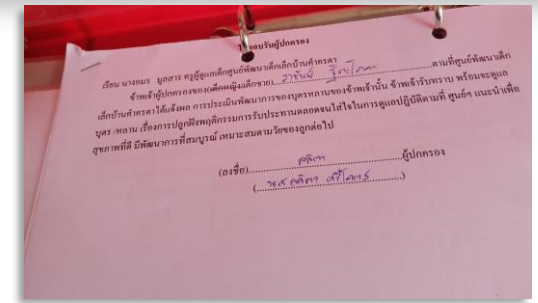
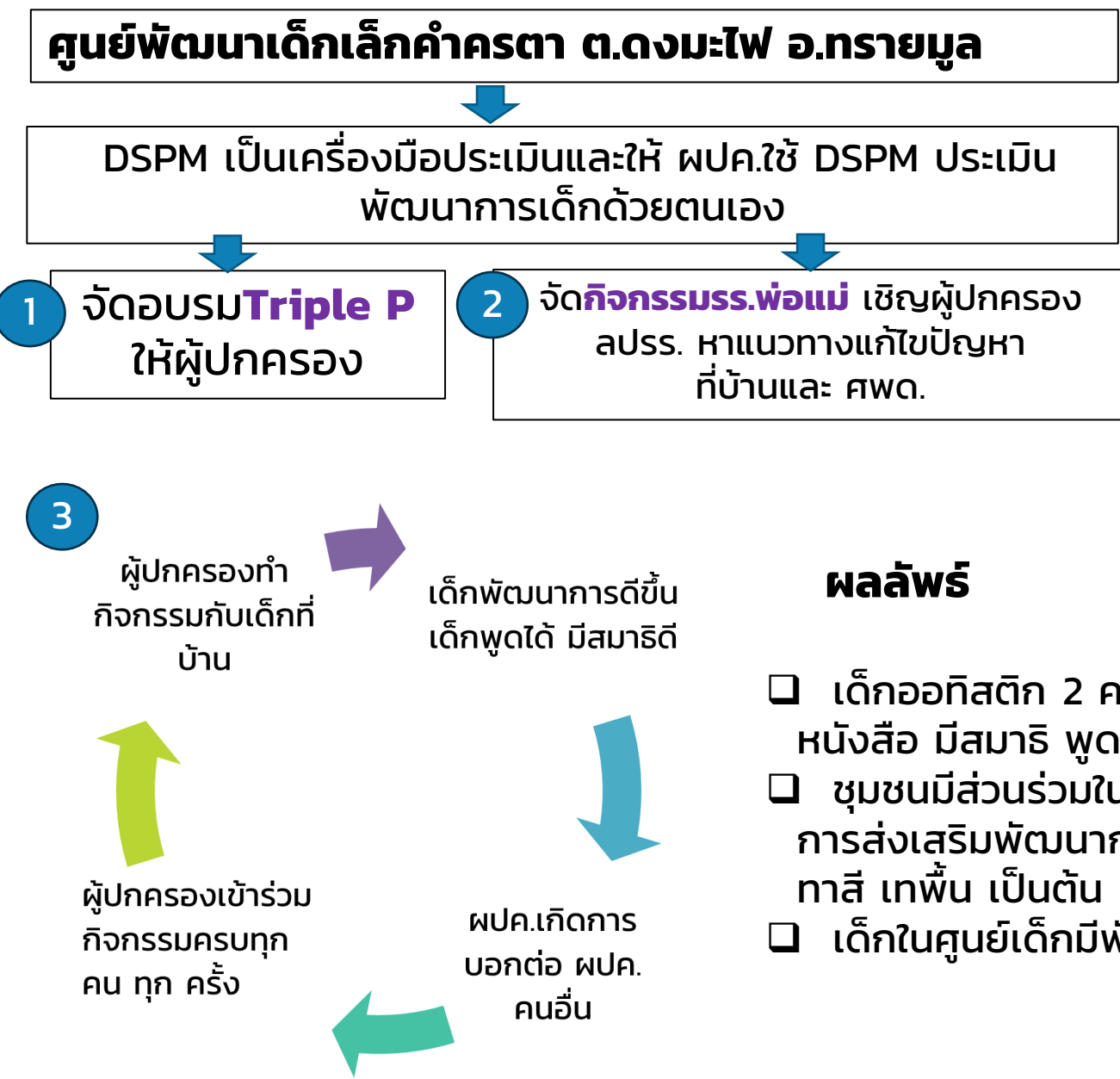
**กำลังอยู่ในระหว่าง refer เพื่อเข้าสู่
กระบวนการวินิจฉัยโรคจาก
ผู้เชี่ยวชาญ**

Refer sw.ยโสธร

TELE sw.ยโสธร

TELE /Mobile sw.พระศรีมหาโพธิ์

ข้อชื่นชม การจัดทำกิจกรรม Triple P/EF พัฒนาเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่ง



ผลลัพธ์

- ❑ เด็กออกτισติก 2 คน หลังทำกิจกรรม ชอบอ่านหนังสือ มีสมาริตี พูดได้ ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
- ❑ ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น สนามเด็กเล่น ทำรั้วทาสี เทพื้น เป็นต้น
- ❑ เด็กในศูนย์เด็กมีพัฒนาการสมวัย 100 %

ข้อเสนอแนะ

1. ติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยง IQ จากการสำรวจฯ และมีแนวทางพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทกับปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง

2. **PG เด็ก (ทุกอำเภอ) เตรียมความพร้อม ค้นข้อมูล** สร้างความเข้าใจกับบุคลากรทีมเครือข่าย เพื่อเกิดความพร้อมในการบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้า

3. **เชิงรุกลงชุมชน** เคลื่อนบริการกระตุ้นพัฒนาการ "ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ใกล้ชุมชน"

4 **มีระบบติดตามเด็กล่าช้า** เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยโรค



ข้อเสนอแนะ

1. ใช้กลไก**ธรรมนูญสุขภาพตำบล** ในการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัย สร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนให้ยั่งยืนและครอบคลุมทุกพื้นที่
2. **คืบข้อมูลพัฒนาการเด็ก**ให้กับผู้ปกครอง หน่วยงานท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องทุกระดับ
3. **จัดระบบการให้คำปรึกษาแต่ละระดับ**โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัล
4. ใช้กระบวนการ Triple P **กระตุ้นสร้างความตระหนัก**ให้ผู้ปกครองนำเด็กเข้ามาประเมินพัฒนาการเด็กซ้ำและนำเด็กเข้าสู่ระบบการกระตุ้นด้วย TEDA 4I
5. ขยายผล **โรงเรียนพ่อแม่คำครตา โมเดล** (ชวนคิด ชวนคุยเรื่องพัฒนาการเด็กหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่าง ผปค.และ ศพด.)





KPI 28

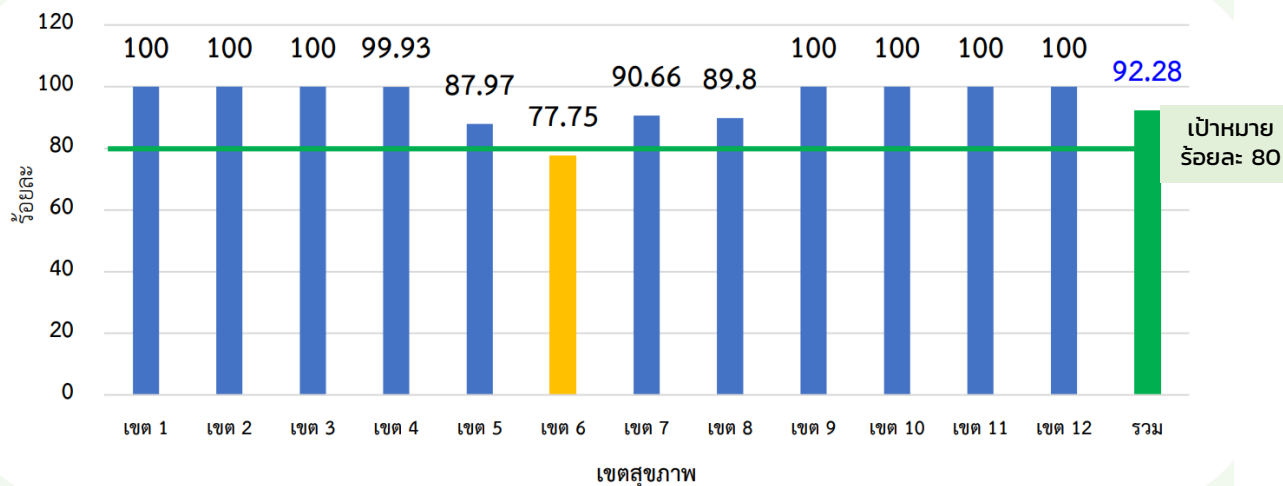
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต

สถานการณ์โรคซึมเศร้า
เขตสุขภาพที่ 1-12 ปีงบประมาณ 2566

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ เขตสุขภาพที่ 10
รายจังหวัด ปีงบประมาณ 2560 – 2566

KPI : ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ



เข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับประเทศ
(ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 92.28

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

จ.ยโสธร

เป้าหมาย

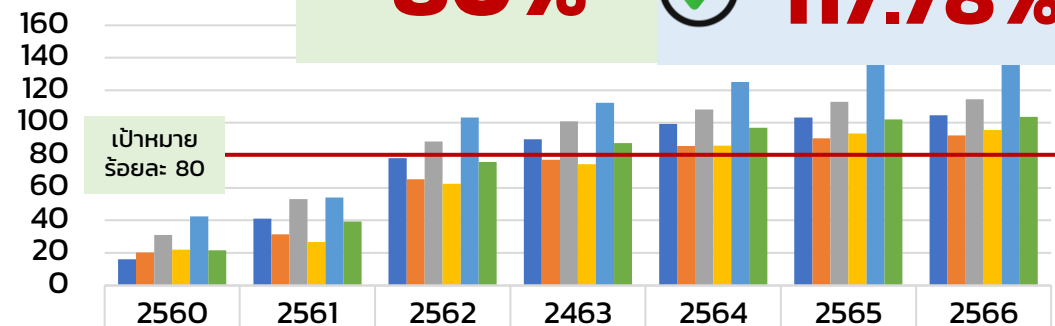
ผลงาน
(รอบ 8 เดือน)

≥

80%



117.78%



	2560	2561	2562	2563	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	94.22
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

≥ 80%

ผลงาน

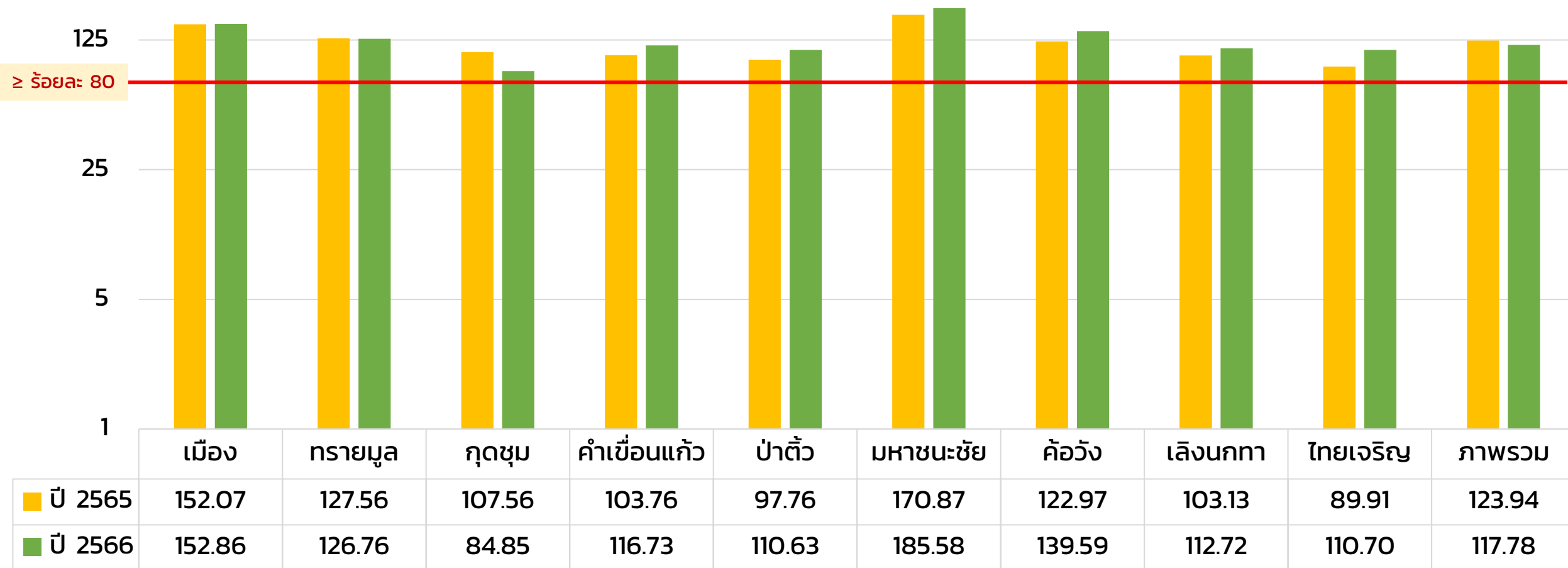
(รอบ 8 เดือน)



117.78%

สถานการณ์จังหวัดยโสธร 2 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2565 – 2566 (ข้อมูล 31 พ.ค. 2566)

ภาพรวมเข้าถึงบริการฯ **เกินค่าเป้าหมายทุกอำเภอ**



ที่มา : ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลกลางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2565 – 31 พ.ค. 2566



KPI 28

ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

มาตรการดำเนินงานเชิงรุก

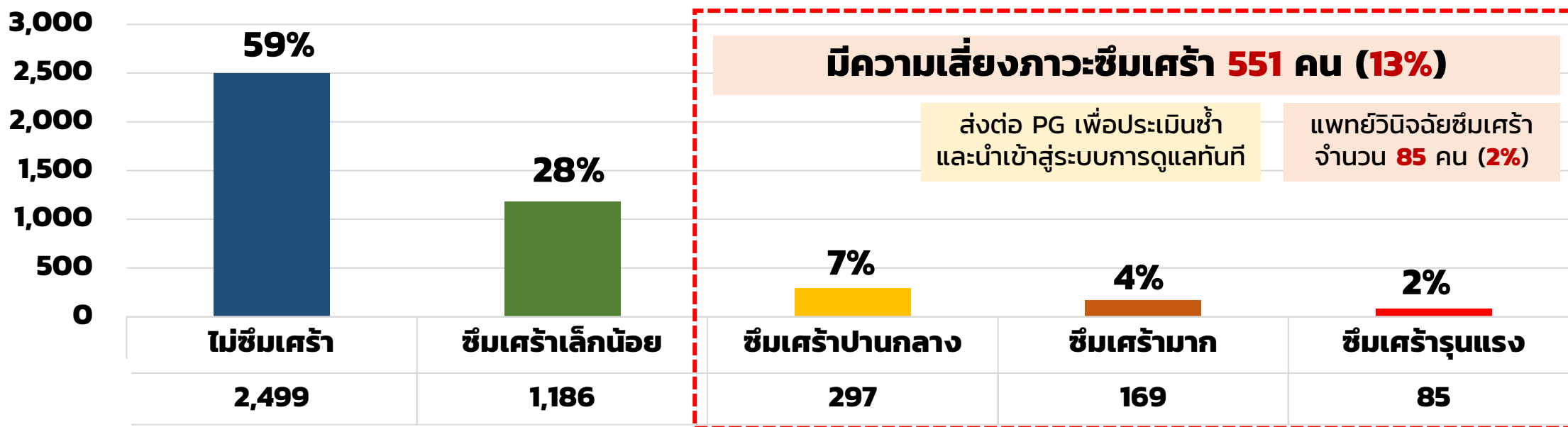
โครงการป้องกันแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์และการฆ่าตัวตาย
จ.ยโสธร ปีงบประมาณ 2566 *

▶ จังหวัดบ่งชี้กลุ่มเสี่ยง “กลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น” ➡ เพิ่มการคัดกรองซึมเศร้า

* ปีการศึกษา 2565

ดำเนินการคัดกรองนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3
ในโรงเรียนขยายโอกาส 4 แห่ง และโรงเรียนมัธยม 4 แห่ง

จำนวนนักเรียนในกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 5,230 คน
ได้รับการคัดกรอง 4,236 คน (81%)



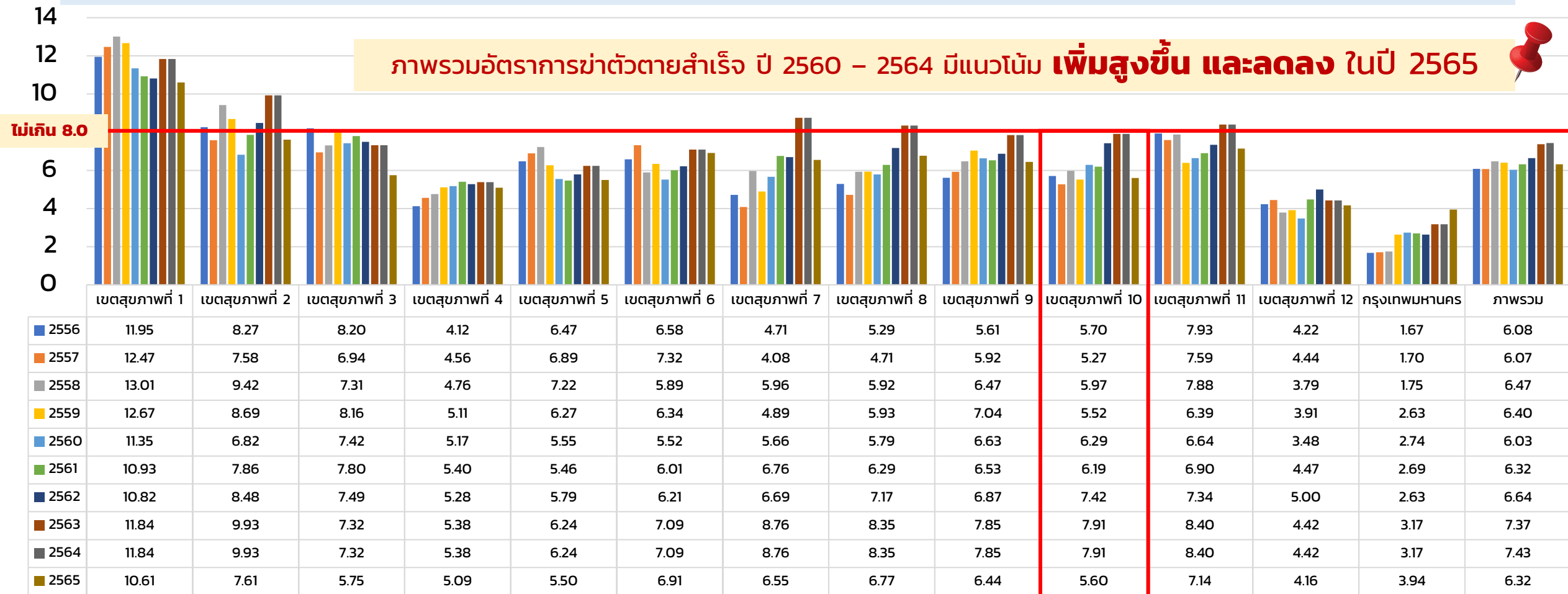


KPI 29.1

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกรายเขตสุขภาพ

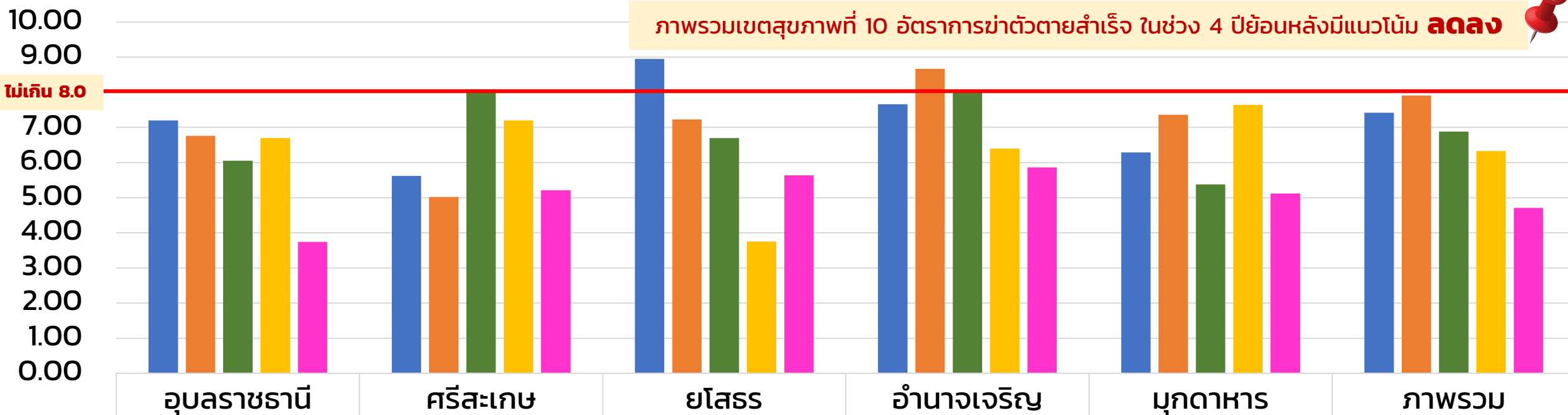
สถานการณ์ 10 ปี ระหว่างปี 2556 – 2565 (ข้อมูล ศูนย์ป้องกันฆ่าตัวตายระดับชาติ และ กองยุทธศาสตร์ฯ กระทรวงสาธารณสุข)



ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (5065) ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ และกองยุทธศาสตร์ฯ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี 2556 – 2565 ข้อมูล ณ วันที่ 15 มิ.ย. 2566

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด

สถานการณ์ 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2566 (ณ วันที่ 15 มิ.ย. 2566)



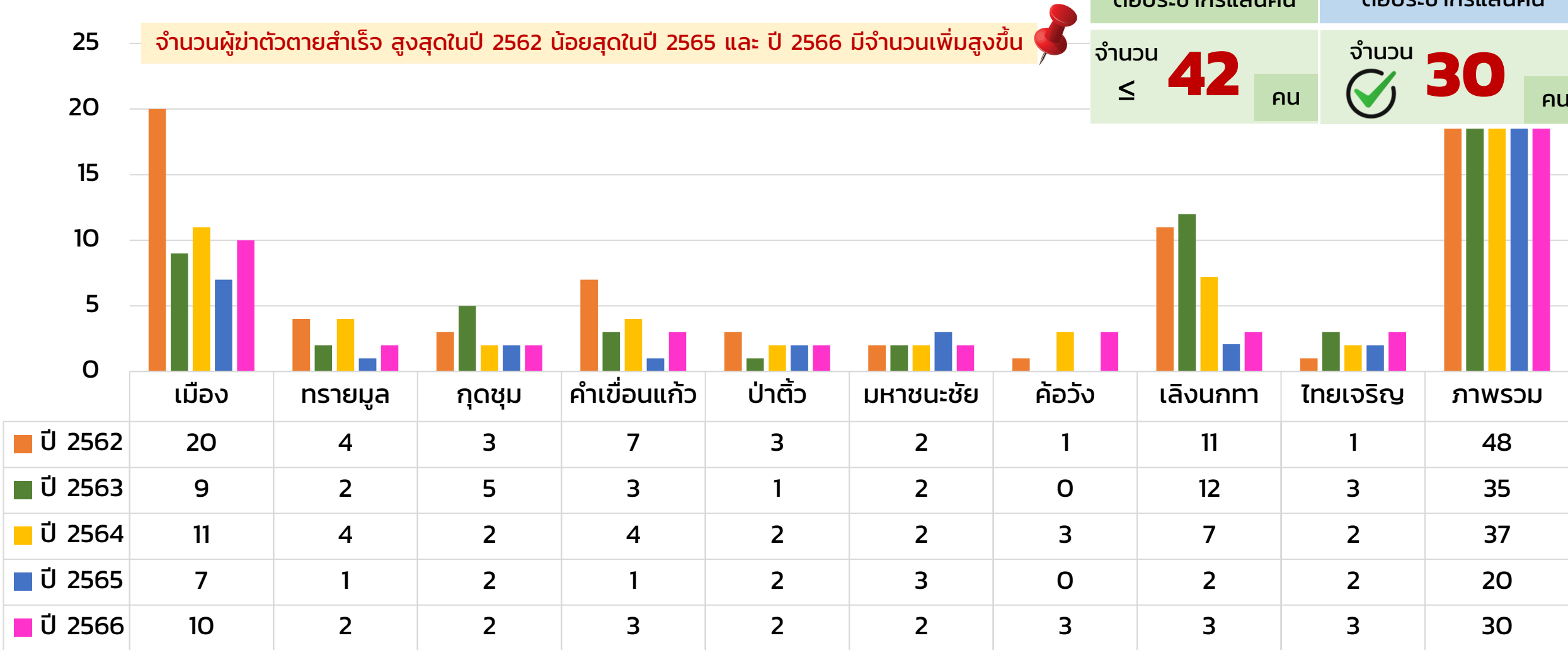
	อุดรราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร	ภาพรวม
2562	7.20	5.62	8.95	7.66	6.29	7.42
2563	6.76	5.02	7.23	8.67	7.36	7.91
2564	6.05	8.08	6.70	8.00	5.38	6.88
2565	6.70	7.20	3.75	6.40	7.64	6.33
2566	3.74	5.21	5.64	5.86	5.12	4.71

จำนวน การฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดยโสธร จำแนกรายอำเภอ

สถานการณ์ 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2566 (ณ วันที่ 15 มิ.ย. 2566)

เป้าหมาย	ผลงาน (รอบ 8 เดือน)
อัตรา 8.0	อัตรา  5.64
ต่อประชากรแสนคน	ต่อประชากรแสนคน
จำนวน ≤ 42 คน	จำนวน  30 คน

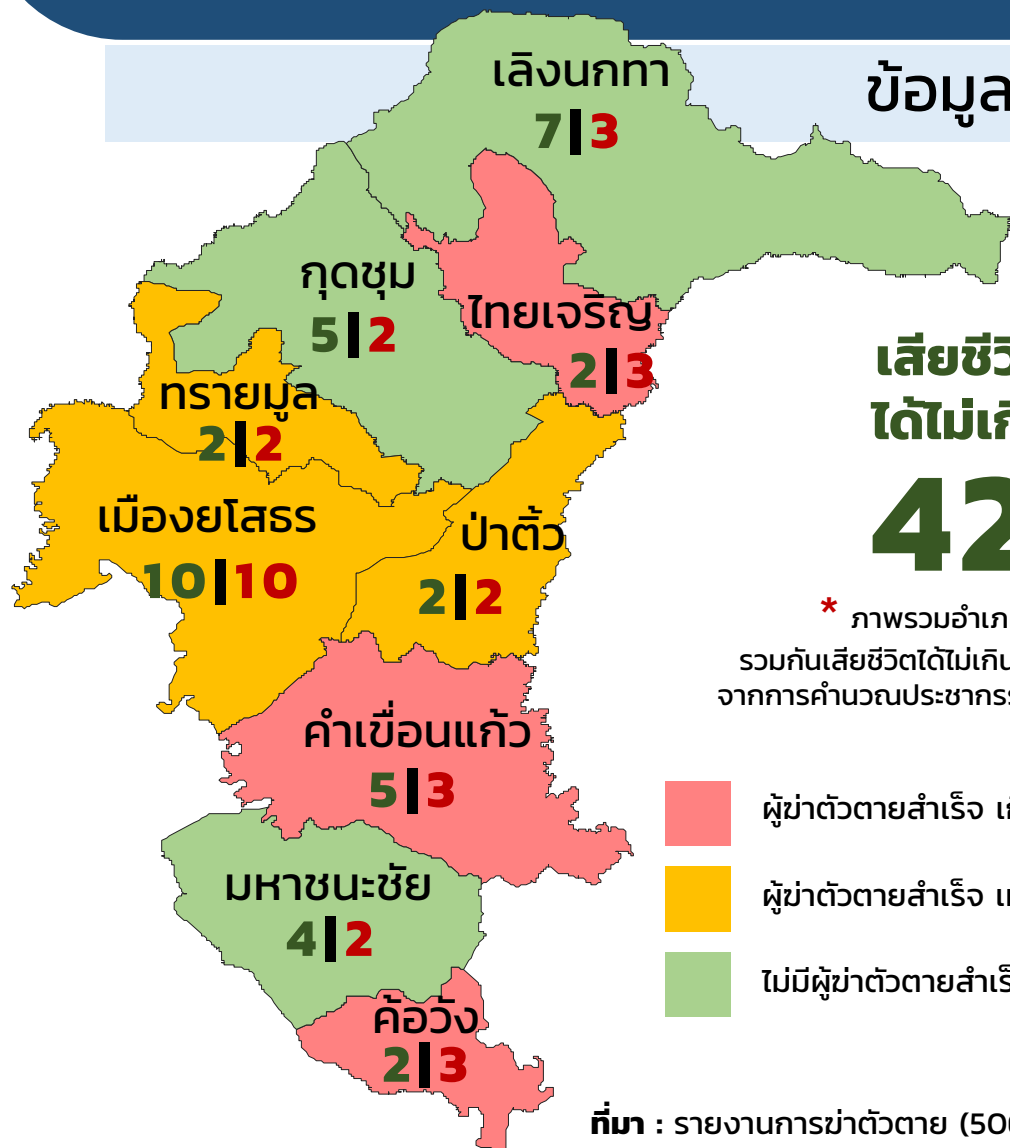
จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ สูงสุดในปี 2562 น้อยสุดในปี 2565 และ ปี 2566 มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น



ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ และข้อมูลกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลยโสธร ข้อมูล ณ วันที่ 15 มิ.ย. 2566

จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดยโสธร

จำแนกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2566



ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ ณ วันที่ 15 มิถุนายน 2566)

เสียชีวิต
ได้ไม่เกิน

42*

* ภาพรวมอำเภอ
รวมกันเสียชีวิตได้ไม่เกิน 39 คน
จากการคำนวณประชากรรายอำเภอ

เสียชีวิตแล้ว

30

เพิ่มขึ้นจากการตรวจฯ
รอบที่ 1 จำนวน 12 คน

ปี 2566 จ.ยโสธร
มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ **30** คน
(ทุกอำเภอมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ)

= อัตรา **5.64**

ต่อประชากรแสนคน
(เกณฑ์อัตราไม่เกิน 8.0
ต่อประชากรแสนคน)



กรมสุขภาพจิต

วิเคราะห์ปัจจัยสำคัญ การฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดยโสธร

ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 15 มิถุนายน 2566)

เพศ	ช่วงวัย	สถานภาพ	อาชีพ	วิธีการ	ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยกระตุ้น	Warning Sign
 ชาย 24 คน (80%)	 วัยทำงาน 30-49 ปี 24 คน (80%) - อายุน้อยสุด 15 ปี - อายุมากที่สุด 92 ปี	 คู่ 12 คน (40%)	 รับจ้าง 12 คน (40%)	 ผูกคอ 27 คน (90%)	 ปัจจัยกาย/จิต 13 คน (43.33%) โรคจิต 6 คน ซึมเศร้า 4 คน พิการทางกาย 3 คน	 ความสัมพันธ์ ทะเลาะคนใกล้ชิด/ น้อยใจ ถูกดุด่า 23 คน (76.67%)	 ญาติ/คนใกล้ชิด ไม่รู้ สัญญาณเตือน 18 คน (60%)
เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 9 คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 12 คน	สถานภาพคู่เพิ่มจากรอบ 1 6 คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 2 คน	เพิ่มจากรอบ 1 11 คน	โรคจิตเพิ่มขึ้น 2 คน ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 2 คน พิการฯ เพิ่มขึ้น 1 คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 13 คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 7 คน

ปัจจัยปกป้อง/เฝ้าระวัง ปัจจัยปกป้องพบน้อย เป็นผู้ฆ่าตัวตาย New Case จำนวน **30 คน** เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรอง ดูแลทางสังคมจิตใจ
ด้านกั้น (การปิดกั้นสถานที่/อุปกรณ์ในการฆ่าตัวตาย) อ่อนแอ ล้มเหลว เพิ่มมาตรการด้านกั้น สำหรับญาติ/คนใกล้ชิด กลไกผู้นำ/แกนนำชุมชน

ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันและขจัดปัญหาการฆ่าตัวตายระดับชาติ และข้อมูลกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลยโสธร ข้อมูล ณ วันที่ 15 มิ.ย. 2566



KPI 29.2

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี

เป้าหมาย

ผลงาน

(รอบ 8 เดือน)

80%



91.49%

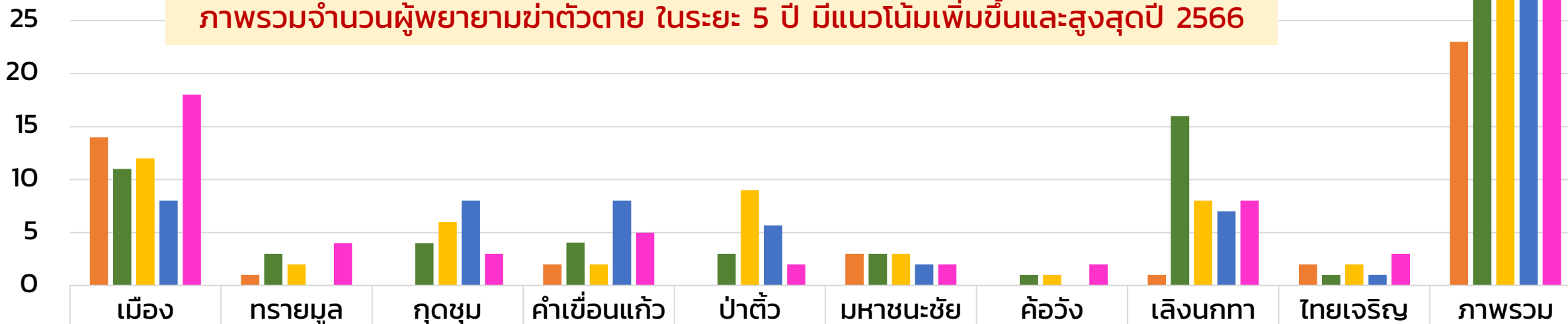
ไม่กลับมาทำร้ายตัวเอง
ซ้ำในระยะ 1 ปี

ไม่กลับมาทำร้าย
ตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร จำแนกรายอำเภอ

สถานการณ์ 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2566 (ณ วันที่ 15 มิ.ย. 2566)

ภาพรวมจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในระยะ 5 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและสูงสุดปี 2566



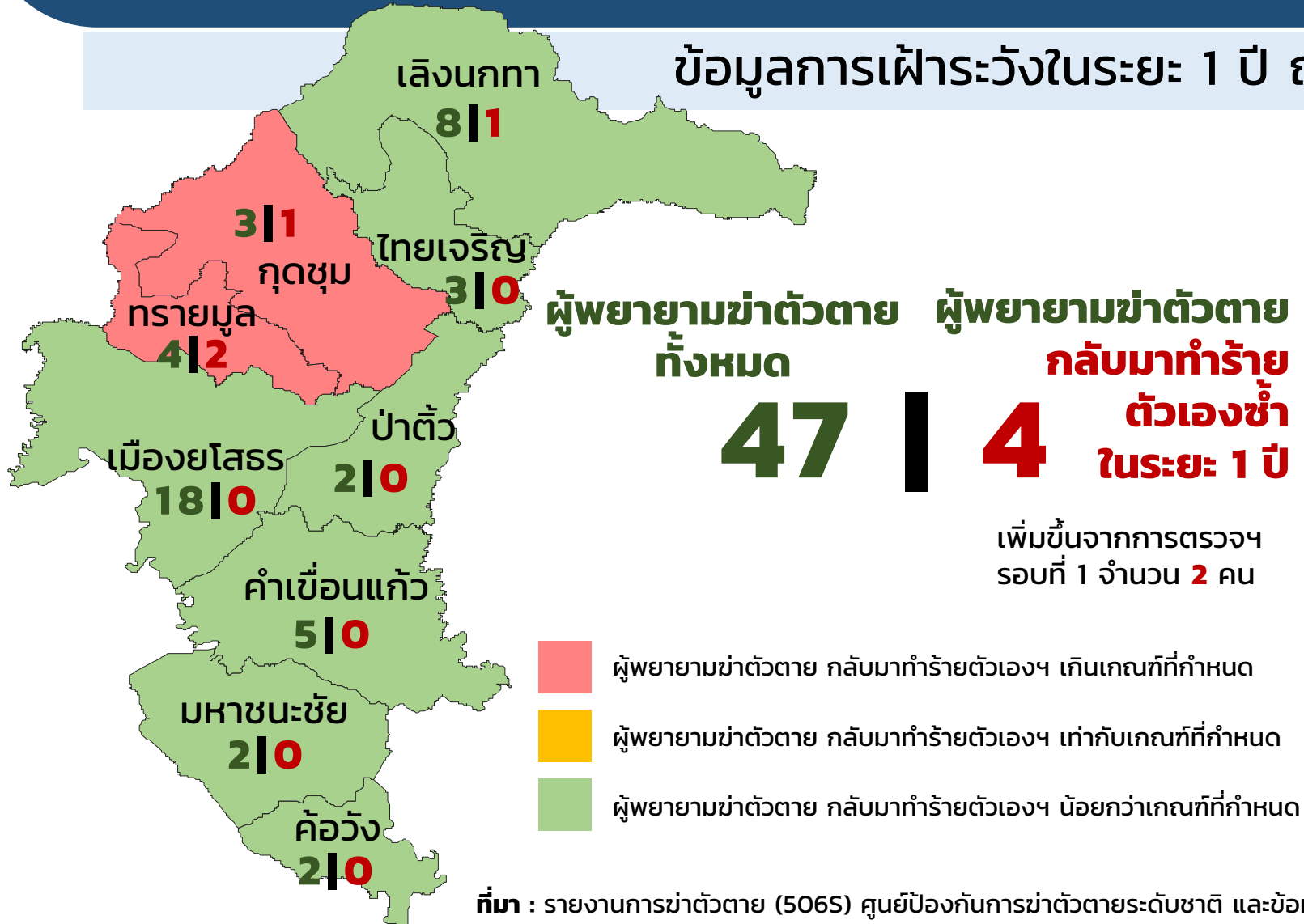
	เมือง	ทรายมูล	กุดชุม	คำเขื่อนแก้ว	ป่าตัว	มหาชนะชัย	ค้อวัง	เลื่อนกทา	ไทยเจริญ	ภาพรวม
ปี 2562	14	1	0	2	0	3	0	1	2	23
ปี 2563	11	3	4	4	3	3	1	16	1	46
ปี 2564	12	2	6	2	9	3	1	8	2	45
ปี 2565	8	0	8	8	6	2	0	7	1	40
ปี 2566	18	4	3	5	2	2	2	8	3	47

ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (5065) ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ และข้อมูลกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลยโสธร ข้อมูล ณ วันที่ 15 มิ.ย. 2566

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทำร้ายตัวเองซ้ำ จังหวัดยโสธร

จำแนกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2566

ข้อมูลการเฝ้าระวังในระยะ 1 ปี ณ วันที่ 15 มิถุนายน 2566



ปี 2566 จ.ยโสธร
มีผู้พยายามฆ่าตัวตายกลับมา
ทำร้ายตัวเองซ้ำ
ในระยะ 1 ปี

ร้อยละ **8.51**

(อ.ทรายมูล อ.กุดชุม อ.เลิงนกทา)

= คิดเป็นร้อยละ **91.49**

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย**ไม่กลับ**
มาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี
(เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80)



กรมสุขภาพจิต

วิเคราะห์ปัจจัยสำคัญ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดยโสธร

ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 15 มิถุนายน 2566)

เพศ	ช่วงวัย	สถานภาพ	อาชีพ	วิธีการ	ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยกระตุ้น	Warning Sign
 หญิง 31 คน (66.00%)	 วัยรุ่น 10-29 ปี 25 คน (53.20%) - อายุน้อยสุด 10 ปี - อายุมากที่สุด 78 ปี	 โสด 26 คน (55.30%)	 นักเรียน นักศึกษา 17 คน (36.20%)	 กินยา เกินขนาด 23 คน (48.90%)	 โรคจิตเวช 27 คน (57.45%) ซึมเศร้า 22 คน โรคจิต 5 คน	 ความสัมพันธ์ ทะเลาะคนใกล้ชิด/ น้อยใจ ถูกดุด่า 41 คน (87.23%)	 ญาติ/คนใกล้ชิด ไม่รู้ สัญญาณเตือน 45 คน (95.70%)
เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 21 คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 14 คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 15 คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 10 คน	เพิ่มจากรอบ 1 16 คน	โรคจิตเพิ่มขึ้น 19 คน ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 3 คน ส่วนใหญ่ไม่ขาดยา / อยู่ในระบบ	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 27 คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 28 คน

ปัจจัยปกป้อง/เฝ้าระวัง ปัจจัยปกป้องพบน้อย เป็นผู้พยายามฆ่าตัวตาย New Case จำนวน **35 คน** เฝ้าระวังกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ
ด้านกั้น (การปิดกั้นสถานที่/อุปกรณ์ในการฆ่าตัวตาย) อ่อนแอ ล้มเหลว เพิ่มมาตรการด้านกั้นการเข้าถึงการฆ่าตัวตาย สำหรับญาติ/คนใกล้ชิด

ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันและบรรเทาผลกระทบจากภัยสุขภาพระดับชาติ และข้อมูลกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลยโสธร ข้อมูล ณ วันที่ 15 มิ.ย. 2566

ข้อชื่นชม

1. **สอบสวนโรคผู้ฆ่าตัวตาย** จัดเวทีแลกเปลี่ยน Case Conference ระดับจังหวัด นำมาสู่การวิเคราะห์และแบ่งชี้กลุ่มเสี่ยง
2. รพ.ยโสธร เป็นแม่ข่ายดูแลช่วยเหลือเครือข่าย-รับส่งต่อผู้ป่วย **“หอผู้ป่วยสุขใจ”** และเชื่อมโยงบูรณาการทำงานหน่วยงานอื่น
3. **การพัฒนา Gate Keeper (แกนนำชุมชน อสม.)** โดยการอบรมสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังสอดแนม การฆ่าตัวตายในชุมชน จำนวน 79 ตำบล แกนนำตำบลละ 60 คน รวม 4,740 คน ครอบคลุมทุกตำบลในจังหวัด
4. **ขับเคลื่อนเชิงรุกดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) และยาเสพติด** รวมถึงผลักดันเป็นประเด็น พชอ.
5. **คัดกรองสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มเด็กวัยเรียน วัยรุ่น เชิงรุก** เพิ่มการเข้าถึงและดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตกลุ่มเสี่ยง
6. นำแนวทาง **“ลดการกลั่นแกล้งรังแกในโรงเรียน (Bully)”** เพื่อป้องกันปัญหาเสี่ยงพฤติกรรม อารมณ์ จิตใจและโรคจิตเวชอื่น ใน นร.

ข้อเสนอแนะ

1. **เน้นสื่อสาร “Suicide Literacy”** สร้างความรอบรู้สุขภาพจิต ฆ่าตัวตาย ในครอบครัว/ชุมชน/สถานศึกษา ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะประเด็นสัญญาณเตือน Warning Sign การช่วยเหลือเบื้องต้น การสื่อสารเชิงบวก สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว
2. **ทบทวนความเข้าใจ ประเด็น “จุดแจ้งเหตุ”** สื่อสารในระดับพื้นที่และจังหวัด ให้ชัดเจน เพื่อการรับรู้และช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง
3. **เพิ่มคัดกรองซึมเศร้าเชิงรุกวัยรุ่น ทั้งในและนอกสถานศึกษา รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุ** เช่น โรงเรียน กศน. ชุมชน
4. **Strengthen ความร่วมมือเครือข่าย** เช่น ระบบดูแลช่วยเหลือวัยเรียน วัยรุ่น ในสถานศึกษา / กลไกชุมชนในการเฝ้าระวัง / ผลักดันการบูรณาการแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายในระดับปฐมภูมิ และ คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด เชื่อมโยงแก้ไขปัญหาคอรั้ม **“สุขภาพกาย จิต ยาเสพติด”** ร่วมกับ ปกครอง พมจ. อบจ. ตำรวจ สถานศึกษา ชุมชน และท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ กลไกเชิงระบบเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย 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

การจัดการ
เมื่อเกิดอุบัติการณ์
การฆ่าตัวตาย
หรือพบสัญญาณเตือน
ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

ผู้พบเห็นในชุมชน หรือ
ในสื่อ Social Online



มีจุดแจ้งเหตุ*
เบอร์โทร 24 ชั่วโมง
หรือ ทางออนไลน์

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

แจ้งทีมเฝ้าระวังจิตใจ
(MCATT)

แจ้งทีมปฏิบัติการพิเศษ
ป้องกันการฆ่าตัวตาย
จากจุดแจ้งเหตุ

ช่วยชีวิต

แจ้งทีมสอบสวนโรค

สอบสวนโรค

ค้นหา/ประเมิน
ผู้ได้รับผลกระทบ

สรุป/รายงาน
การสอบสวนโรค

วิเคราะห์/คืนข้อมูล
เวทีระดับพื้นที่/จังหวัด



ສຸຂະພາບ ຄືວ່າ ສິວິດ
ສຸຂະພາບຈິດ ຄືວ່າ ສິວິດທີ່ມີຄວາມສຸຂະພາບ

“Health is Life :
Mental Health
is Happy Life”

Thank You



ສຸຂະພາບກຸ່ມວັຍແລະສຸຂະພາບຈິດ

ຄຣມອນາມັຍ © ຄຣມສຸຂະພາບຈິດ