สรุปผลการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2566

กรณีปกติ รอบที่ 2 จังหวัดศรีสะเกษ เขตสุขภาพที่ 10

Functional based

ประเด็นที่ 3.1 สุขภาพกลุ่มวัย

3.1 กลุ่มวัย ประกอบด้วยตัวชี้วัด

3.1.1. มารดาและทารก

3.1.2. เด็กปฐมวัย

3.1.3 วัยทำงาน

นำเสนอโดย

นายแพทย์เจษฎา ทองเถาว์ นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ประเด็นการตรวจราชการ/หัวข้อ
3.1 “สุขภาพกลุ่มวัย” 4 ประเด็น 9 ตัวชี้วัด

มารดาและทารก

1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
2. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

เด็กปฐมวัย

1. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย
2. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรอง แล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมืออื่น จนมีพัฒนาการสมวัย
3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
4. ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ

วัยทำงาน

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดกำกับ ติดตาม

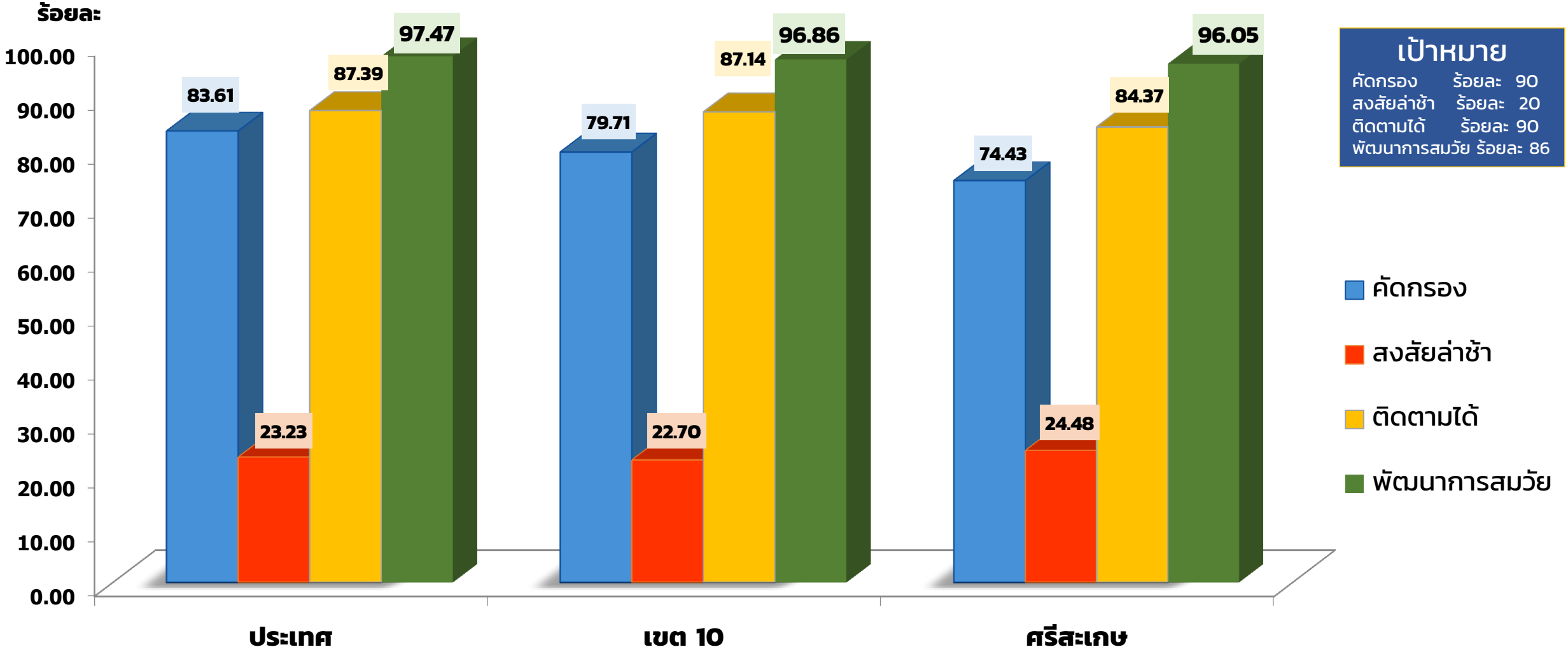
1. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

กรมอนามัย ⊙ กรมสุขภาพจิต

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

หัวข้อ/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ศรีสะเกษ	เขต 10	ประเทศ
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17ต่อแสน LB	0	14.91	15.70
2. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	<3.60 ต่อพันเกิดมีชีพ	3.43	4.59	4.46
3. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 86	94.05	96.05	97.47
4. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมืออื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 35	17.86	30.06	33.98
5. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 66	64.02	64.49	60.40
6. ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ความครอบคลุมการตรวจฟัน เด็ก 3-5 ปี	ร้อยละ 75 ร้อยละ 50	76.21 38.91	81.33 -	76.12 -
7. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร	5.35	5.14	3.07 (รอบ 1 ปี 66)
8. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ 80	94.23	100	88.40
9. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 57	64.39	60.1	56.33

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2566 (1 ต.ค. 2565 – เม.ย. 2566) จังหวัดศรีสะเกษ เปรียบเทียบระดับประเทศ ระดับเขต



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 16 มิ.ย. 66

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2566 จังหวัดศรีสะเกษ

เป้าหมายเด็กปฐมวัยทั้งหมดที่ต้องได้รับการคัดกรอง (DSPM)
(1 ต.ค. 2565 – 31 พ.ค. 2566) จำนวน 30,628 ราย

ที่มา: HDC 31 พ.ค. 66

คัดกรอง (DSPM)
22,795 คน
คิดเป็น ร้อยละ 74.43

ไม่ได้รับการคัดกรอง
7,833 ราย
(ร้อยละ 25.57)

รวมพัฒนาการสมวัย
21894 ราย
(ร้อยละ 96.05)

(เป้าหมาย ร้อยละ 86)

ติดตามไม่ได้
791 ราย
(ร้อยละ 15.24)

สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที
60 ราย
(ร้อยละ 0.26)

รอการติดตาม
21 ราย
(ร้อยละ 0.5)

สมวัย
4,684 ราย
(ร้อยละ 99.49)

สมวัย 1
17,210 ราย
(ร้อยละ 75.52)

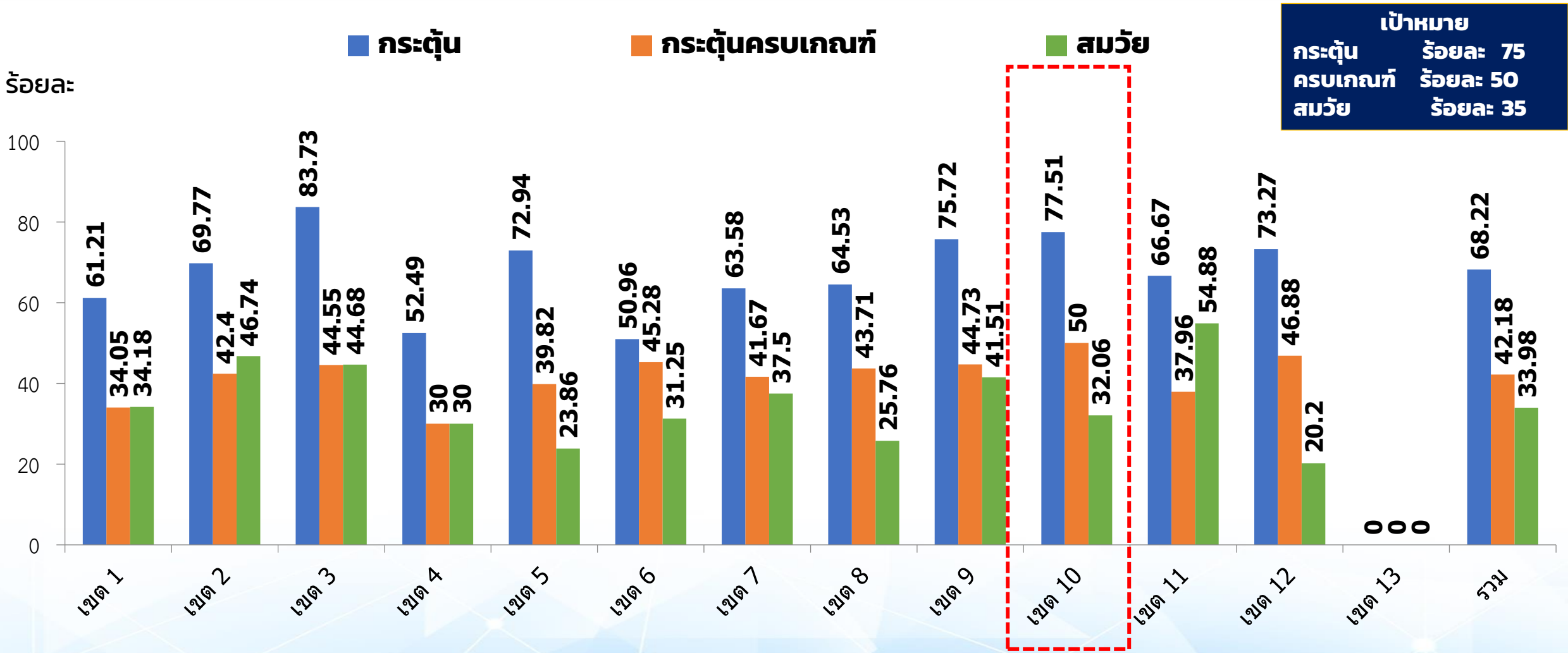
สงสัยล่าช้า
5,520 ราย
(ร้อยละ 24.22)

ติดตามภายใน 30 วัน
4,708 ราย
(ร้อยละ 84.37)

ไม่สมวัยหลังกระตุ้น
24 ราย
(ร้อยละ 0.51)

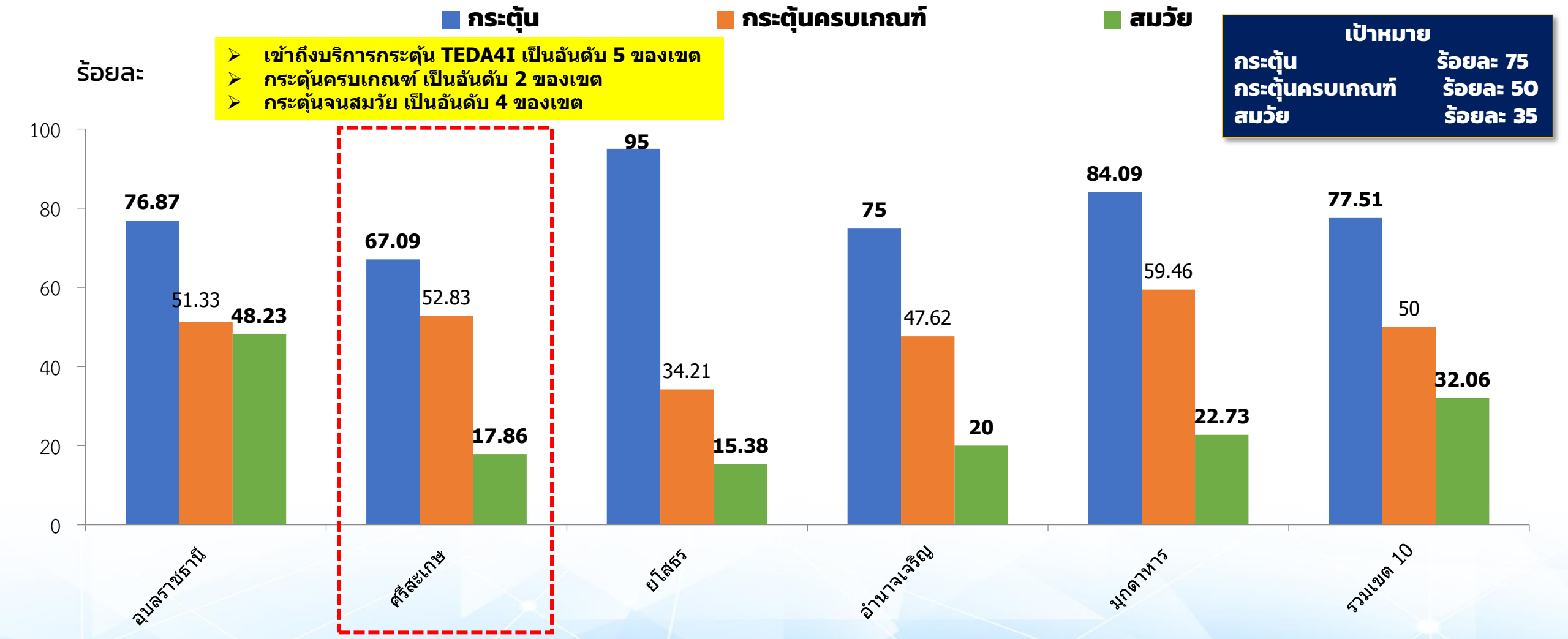
กราฟแสดงร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรอง แล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

เปรียบเทียบระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2566



หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1-12 นับเฉพาะเด็กปฐมวัย อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ดึงจากรายงานในระบบ HDC ณ วันที่ 16 มิถุนายน 2566
ในส่วนข้อมูลเขตสุขภาพที่ 13 ต้องดึงจากสำนักอนามัย กทม. (ศบส. 68 แห่ง) และ รพ.ตติยภูมิในพื้นที่ (5 แห่ง) ไม่พบข้อมูลในระบบ HDC

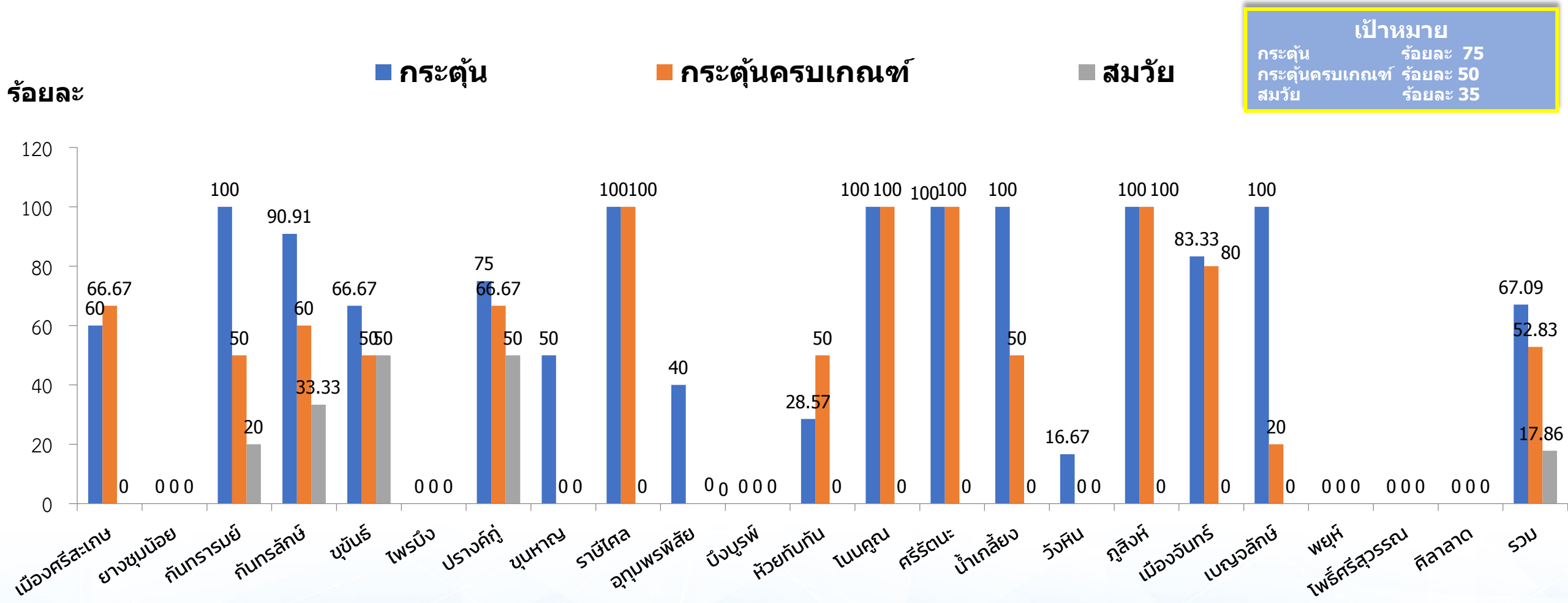
กราฟแสดงร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรอง แล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2566



หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1-12 นับเฉพาะเด็กปฐมวัย อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ดึงจากรายงานในระบบ HDC ณ วันที่ 16 มิถุนายน 2566
ในส่วนข้อมูลเขตสุขภาพที่ 13 ต้องดึงจากสำนักอนามัย กทม. (ศบส. 68 แห่ง) และ รพ.ตติยภูมิในพื้นที่ (5 แห่ง) ไม่พบข้อมูลในระบบ HDC

กราฟแสดงร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

แยกรายอำเภอ จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2566



หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1-12 นับเฉพาะเด็กปฐมวัย อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ดึงจากรายงานในระบบ HDC ณ วันที่ 16 มิ.ย. 2566
ในส่วนข้อมูลเขตสุขภาพที่ 13 ต้องดึงจากสำนักอนามัย กทม. (ศบส. 68 แห่ง) และ รพ.ตติยภูมิในพื้นที่ (5 แห่ง) ไม่พบข้อมูลในระบบ HDC

สถานการณ์การวินิจฉัยโรคในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
ตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบ 2 จังหวัดศรีสะเกษ

เด็กพัฒนาการล่าช้า ทั้งหมด 79 คน

(ข้อมูล ณ 16 มิถุนายน 2566)

ได้รับการวินิจฉัย 34 คน (43.04 %)

แยกการวินิจฉัย

1) F840 (Childhood Autism) ร้อยละ 52.94
2) Q900 (Down syndrome) ร้อยละ 11.76
3) G809 (Cerebral palsy unspecified) ร้อยละ 11.76
4) F843 (Other childhood disintegrative disorder) ร้อยละ 5.88
5) Q909 (Down syndrome unspecified) ร้อยละ 5.88
6) F841 (Atypical autism) ร้อยละ 2.94
7) F842 (Rett's syndrome) ร้อยละ 2.94
8) F900 (Hyperkinetic disorder) ร้อยละ 2.94

ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย 45 คน (56.96 %)

สงสัยป่วย 39 คน (86.67%)

- ❑ มีความพิการ/ผิดปกติแต่กำเนิด
- ❑ ล่าช้าหลายด้าน

กระตุ้นครบ/ติดตามเยี่ยมสมวัย 6 คน (13.33 %)

เร่ง Refer เพื่อเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยโรคจากผู้เชี่ยวชาญ

- Refer รพ.ศรีสะเกษ
- TELE รพ.ศรีสะเกษ
- TELE /Mobile รพ.พระศรีมหาโพธิ์

*ที่มา: http://hdcservice.moph.go.th วันที่ 5 มิถุนายน 2565

ข้อชื่นชม

1. มีบริการ**กระตุ้นพัฒนาการเชิงรุก** ที่บ้าน/ชุมชน เพิ่มการเข้าถึงบริการกระตุ้น ลดข้อจำกัดการเดินทาง/ค่าใช้จ่าย

- กันทรลักษ์ ร้อยละ 90.91
- น้ำเกลี้ยง ร้อยละ 100
- เมืองจันทร์ ร้อยละ 83.33
- กันทรารมย์ ร้อยละ 100
- เบญจลักษ์ ร้อยละ 100

2. **ทำโครงการแก้ปัญหา**การเข้าถึงบริการ

- "โมบายฮักเด็ก ส่งพลังใจไปฟื้นฟูที่บ้าน อำเภอขุนหาญ"
- "โครงการพัฒนาการเด็กไทย เราไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง อำเภอเมือง"

3. **สปอต ประชาสัมพันธ์**แนวทางดูแลบุตรหลาน สำหรับผู้สูงวัย อำเภอกันทรลักษ์

4. PG เด็ก **TELE/Video call** ติดตามและให้คำปรึกษากระตุ้นพัฒนาการเด็กร่วมกับ รพ.สต.และครอบครัว อำเภอกันทรารมย์

5. มี**นวัตกรรม Tele dentist** ในการตรวจสุขภาพช่องปากนักโทษในเรือนจำ → ช่วยแก้ไขปัญหาทันตะสาธารณสุขขาดแคลน ทำให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. **สร้างความตระหนักและความเข้าใจ**เรื่องพัฒนาการ ในกลุ่มผู้เลี้ยงดู ที่สูงอายุและเข้าถึงยาก ด้วยการประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง และสร้างระบบอำนวยความสะดวกแก่ผู้ปกครองให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น
2. **สร้างระบบแจ้งเตือนให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ** ถึงสถานะเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในโปรแกรม HDC
3. **เน้นการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้า** ให้ได้รับการดูแลและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น การนำระบบ TELE/Video call ให้คำปรึกษาจากกุมารแพทย์
4. **ปรับกระบวนการให้บริการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า** โดยเน้นกระบวนการเชิงรุกมากขึ้น อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน **(โรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน)**
5. **นวัตกรรม Tele dentist** ในการตรวจสุขภาพฟัน ควรมีการนำมาขยายผลในกลุ่มอายุอื่นๆ เช่น เด็กอายุ 3-5 ปี

ตรวจราชการฯ สุขภาพจิต จังหวัดศรีสะเกษ รอบที่ 2/2566

KPI 28 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

KPI 29.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

KPI 29.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี

กรมสุขภาพจิต
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
อุบลราชธานี
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

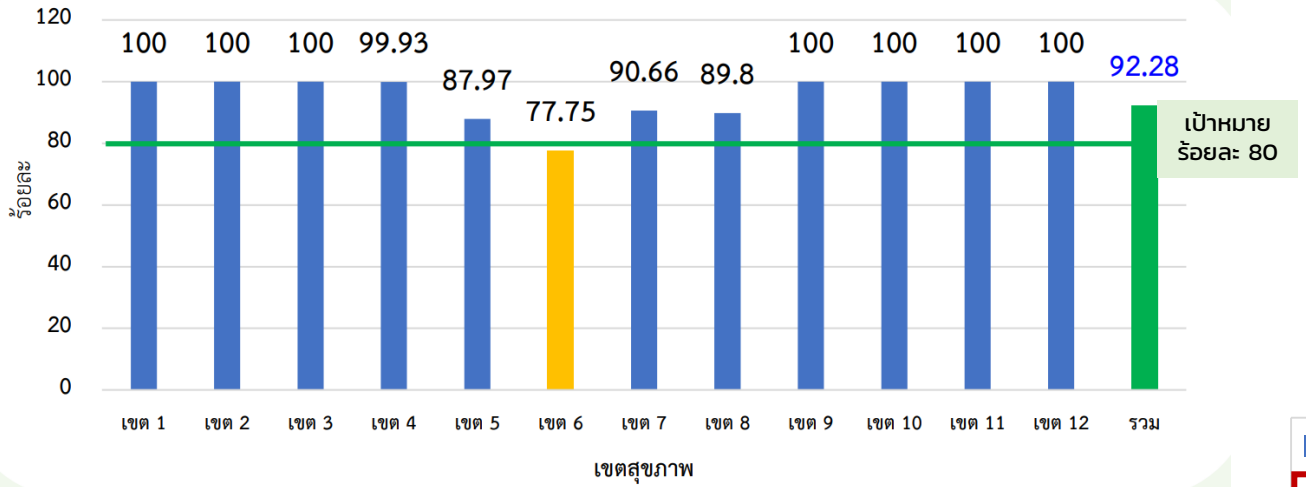
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 และ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กรมสุขภาพจิต

KPI 28 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

สถานกาณ์โรคซึมเศร้า
เขตสุขภาพที่ 1-12 ปีงบประมาณ 2566

KPI : ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ



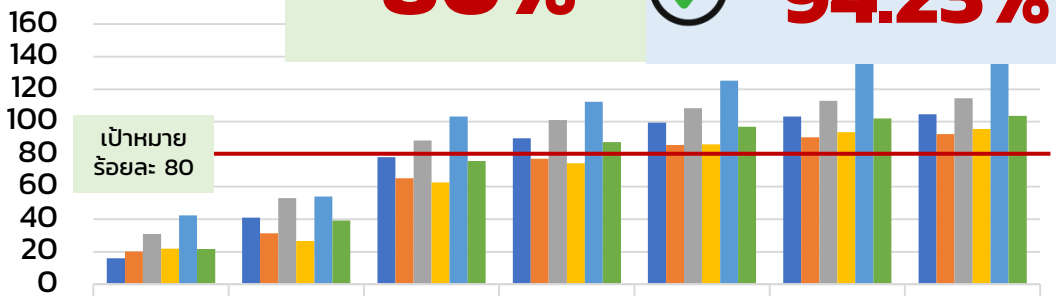
เข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 92.28

ทุกเขตสุขภาพมีการเข้าถึงบริการมากกว่าเป้าหมาย ยกเว้นเขตสุขภาพที่ยังคงมีการเข้าถึงบริการต่ำกว่าเป้าหมาย คือ เขตสุขภาพที่ 6 เท่ากับร้อยละ 77.75 เนื่องจากบางพื้นที่ไม่ลงข้อมูลการการวินิจฉัยในระบบ HDC

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ เขตสุขภาพที่ 10
รายจังหวัด ปีงบประมาณ 2560 – 2566

จ.ศรีสะเกษ

เป้าหมาย	ผลงาน (รอบ 8 เดือน)
≥ 80%	94.23%



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

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

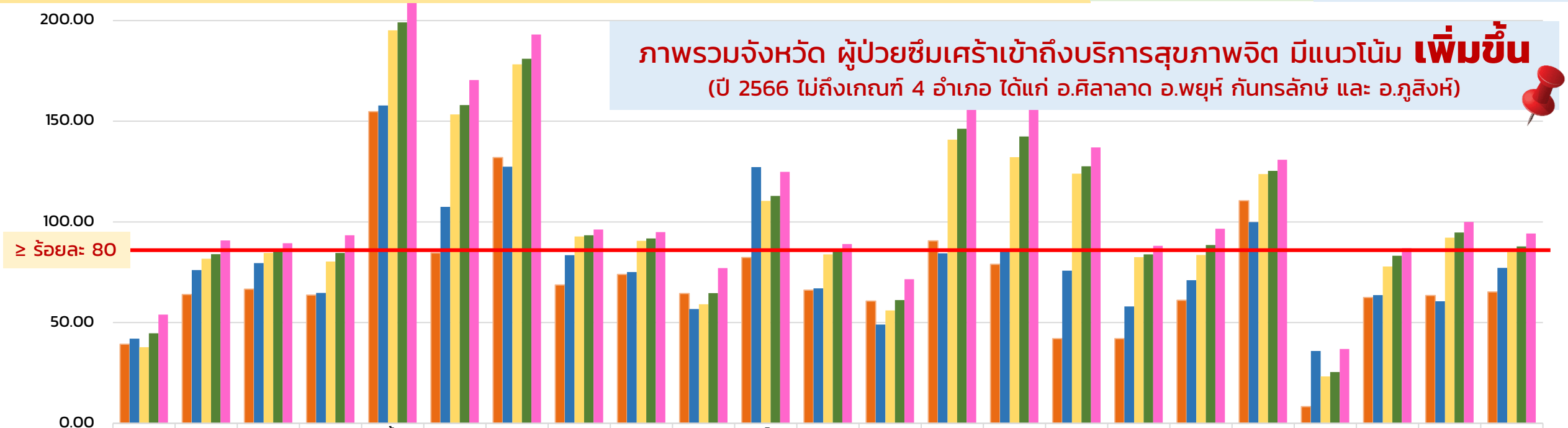
ทุกจังหวัดมีแนวโน้มเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าสูงขึ้น

กรมสุขภาพจิต

KPI 28 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

เป้าหมาย	ผลงาน (รอบ 5 เดือน)
≥ 80%	94.23%

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



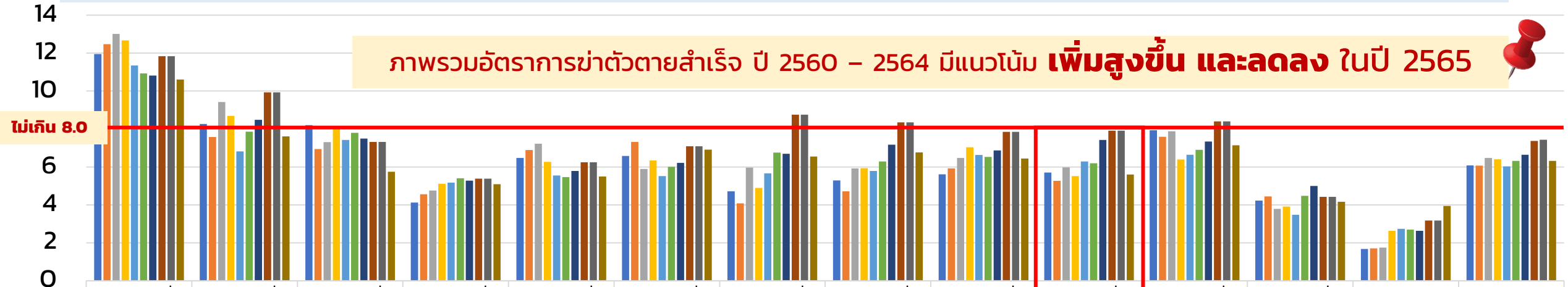
	กันทรลักษ์	กันทรารมย์	ขุขันธ์	ขุนหาญ	น้ำเกลี้ยง	โนนคูณ	บึงบูรพ์	เบญจลักษ์	ปรางค์กู่	พยุห์	โพธิ์ศรีสุวรรณ	ไพรบึง	ภูสิงห์	เมือง	เมืองจันทร์	ยางชุมน้อย	ราษีไศล	วังหิน	ศรีรัตนะ	ศิลาลาด	ห้วยทับทัน	อุทุมพรพิสัย	ภาพรวม
ปี 2562	39.29	63.93	66.66	63.62	154.7	84.60	131.9	68.69	73.91	64.49	82.31	66.13	60.66	90.62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

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

KPI 29.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกรายเขตสุขภาพ

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

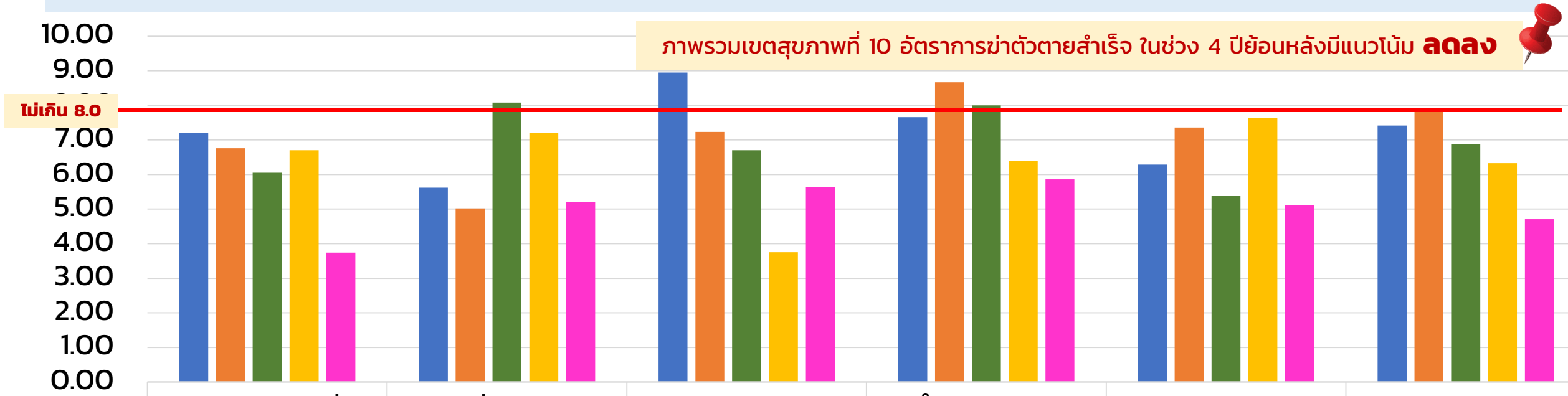


	เขตสุขภาพที่ 1	เขตสุขภาพที่ 2	เขตสุขภาพที่ 3	เขตสุขภาพที่ 4	เขตสุขภาพที่ 5	เขตสุขภาพที่ 6	เขตสุขภาพที่ 7	เขตสุขภาพที่ 8	เขตสุขภาพที่ 9	เขตสุขภาพที่ 10	เขตสุขภาพที่ 11	เขตสุขภาพที่ 12	กรุงเทพมหานคร	ภาพรวม
2556	11.95	8.27	8.20	4.12	6.47	6.58	4.71	5.29	5.61	5.70	7.93	4.22	1.67	6.08
2557	12.47	7.58	6.94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

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

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด

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



	อุบลราชธานี	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	5.35	5.64	5.86	5.12	5.14

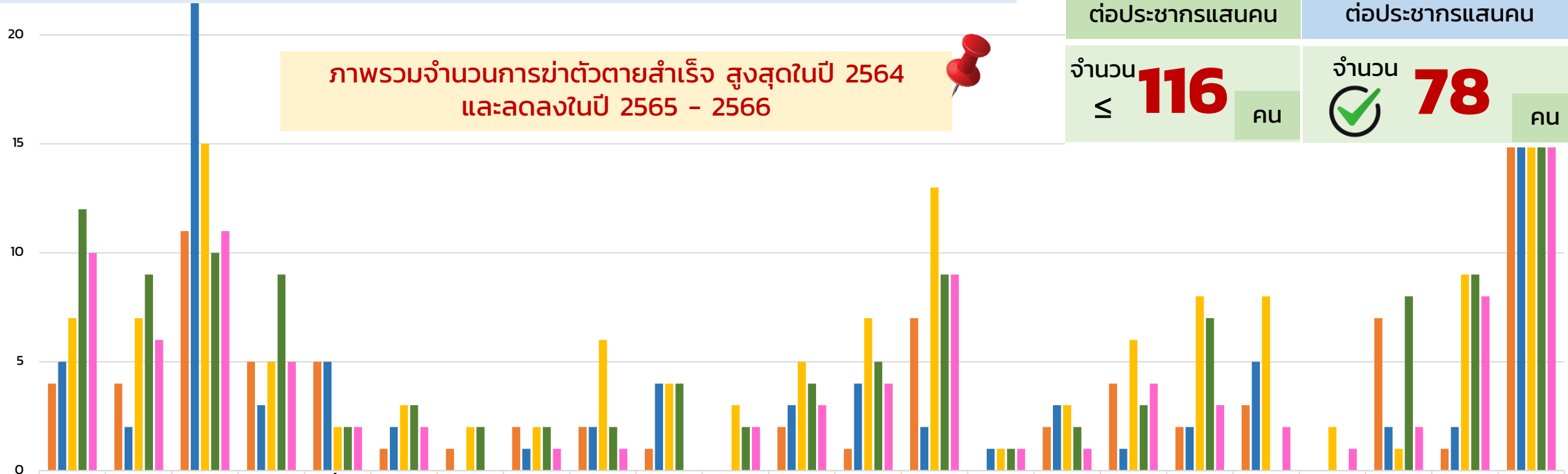
ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 22 มิ.ย. 2566

จำนวน การฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดศรีสะเกษ จำแนกรายอำเภอ

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

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

ภาพรวมจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ สูงสุดในปี 2564 และลดลงในปี 2565 - 2566

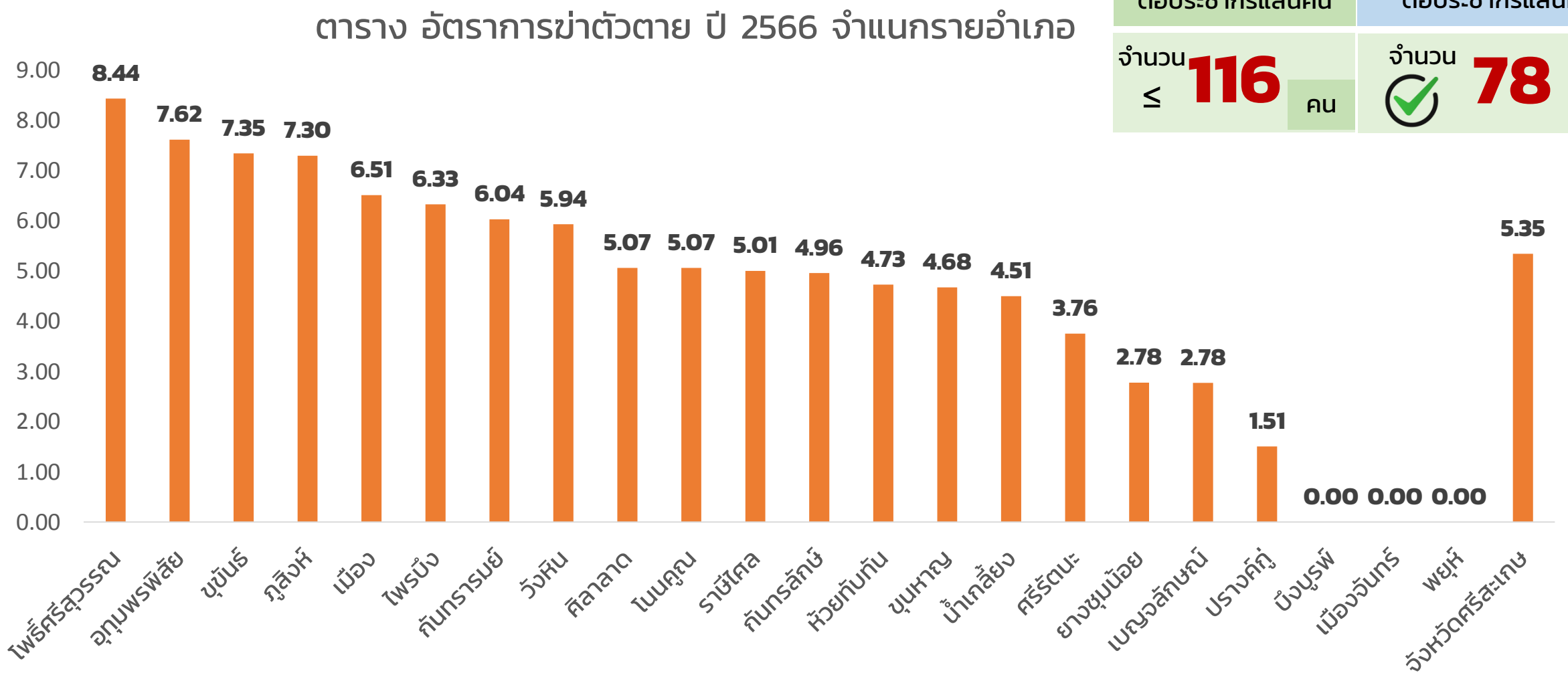


	กันทรลักษ์	กันทรารมย์	ขุขันธ์	ขุนหาญ	น้ำเกลี้ยง	โนนคูณ	บึงบูรพ์	เบญจลักษ์	ปรางค์กู่	พยุห์	โพธิ์ศรีสุวรรณ	ไพรบึง	ภูสิงห์	เมือง	เมืองจันทร์	ยางชุมน้อย	ราษีไศล	วังหิน	ศรีรัตนะ	ศิลาลาด	ห้วยทับทัน	อุทุมพรพิสัย	ภาพรวม
ปี 2562	4	4	11	5	5	1	1	2	2	1	0	2	1	7	0	2	4	2	3	0	7	1	65
ปี 2563	5	2	24	3	5	2	0	1	2	4	0	3	4	2	1	3	1	2	5	0	2	2	73
ปี 2564	7	7	15	5	2	3	2	2	6	4	3	5	7	13	1	3	6	8	8	2	1	9	119
ปี 2565	12	9	10	9	2	3	2	2	2	4	2	4	5	9	1	2	3	7	0	0	8	9	105
ปี 2566	10	6	11	5	2	2	0	1	1	0	2	3	4	9	1	1	4	3	2	1	2	8	78

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

อัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดศรีสะเกษ จำแนกรายอำเภอ

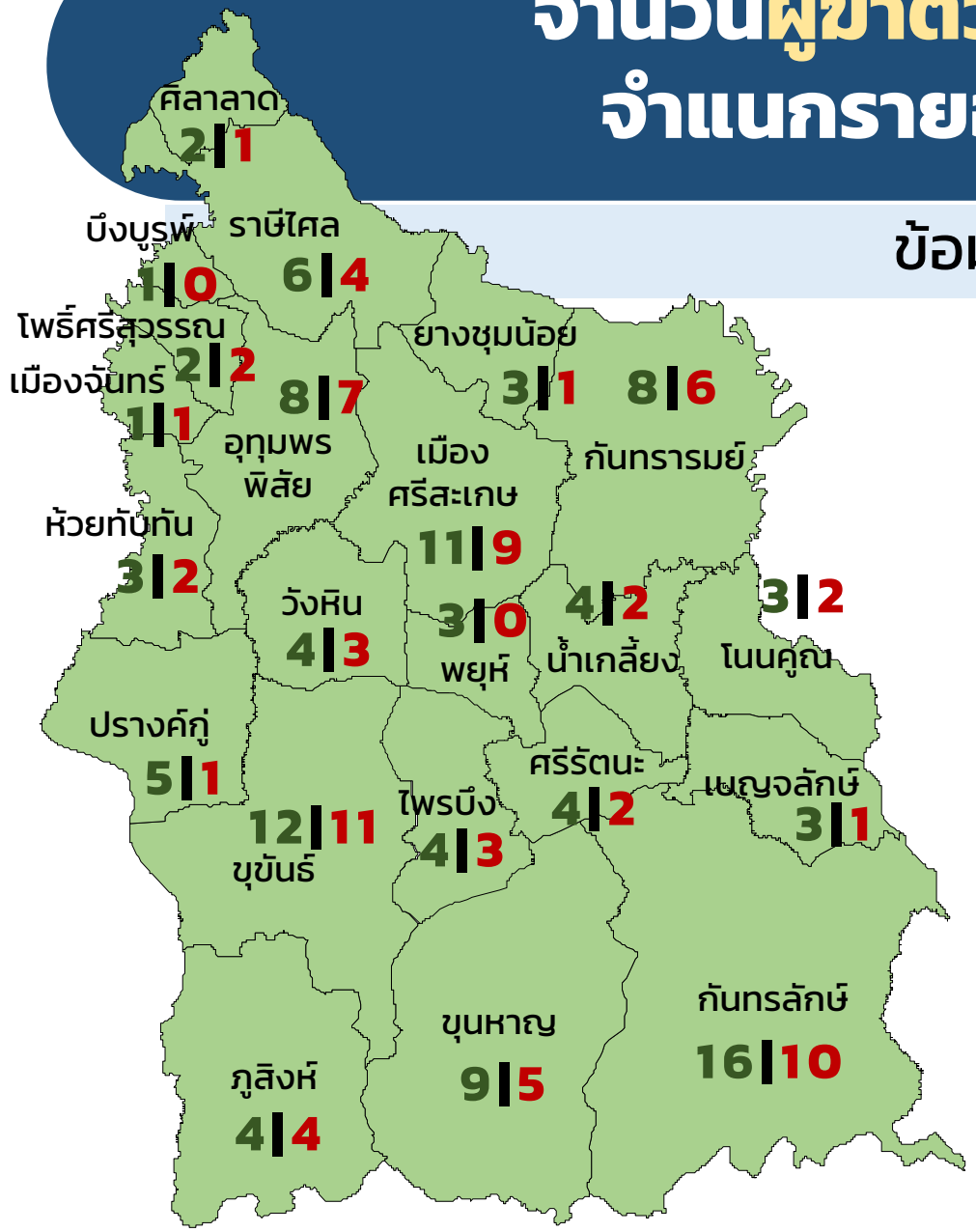
เป้าหมาย	ผลงาน (รอบ 5 เดือน)
อัตรา 8.0 ต่อประชากรแสนคน	อัตรา 5.35 ต่อประชากรแสนคน
จำนวน ≤ 116 คน	จำนวน 78 คน



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

จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดศรีสะเกษ จำแนกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2566

ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ ณ วันที่ 22 มิถุนายน 2566)



เสียชีวิตได้ไม่เกิน **116** | **เสียชีวิตแล้ว** **78**

รอบที่ 1 ต.ค-มี.ค.66 46 ราย

ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เกินเกณฑ์ที่กำหนด

ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับเกณฑ์ที่กำหนด

ไม่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ / ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด = 22 อำเภอ

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

= **5.35** อัตรา ต่อประชากรแสนคน (เกณฑ์อัตราไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน)

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

กรมสุขภาพจิต

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

เพศ	ช่วงวัย	สถานภาพ	อาชีพ	วิธีการ	ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยกระตุ้น	Warning Sign
ชาย **65 คน (83.33%)**	**วัยทำงาน 30–49 ปี** **36 คน (46.15%)** - อายุน้อยสุด 13 ปี - อายุมากสุด 82 ปี	**คู่** **32 คน (41.02%)**	**เกษตรกรรม/ทำนา** **36 คน (46.15%)**	**ผูกคอ** **75 คน (96.15%)**	**โรคจิตเวช** **29 คน (37.18%)** โรคจิต 22 คน ซึมเศร้า 7 คน	**ความสัมพันธ์ทะเลาะคนใกล้ชิด/น้อยใจ ถูกดุด่า** **33 คน (42.31%)** และ ใช้สุรา/มึนเมา **28 คน (38.36%)**	**ญาติ/คนใกล้ชิด** **ไม่รู้สัญญาณเตือน** **45 คน (57.69%)**
เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 **28** คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 **17** คน	สถานภาพคู่เพิ่มจากรอบ 1 **14** คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ 1 **17** คน	เพิ่มจากรอบ 1 **30** คน	โรคจิตเพิ่มขึ้น **8** คน ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น **3** คน	น้อยใจ ถูกดุด่า **14** คน ใช้สุรา ยาเสพติด **11** คน	เพิ่มขึ้นจากรอบ **21** คน

ปัจจัยปกป้อง/เฝ้าระวัง ปัจจัยปกป้องพบน้อย เป็นผู้ฆ่าตัวตาย New Case จำนวน **64** คน เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรอง ดูแลทางสังคมจิตใจ

ด่านกั้น (การปิดกั้นสถานที่/อุปกรณ์ในการฆ่าตัวตาย) อ่อนแอ ล้มเหลว เพิ่มมาตรการด่านกั้น สำหรับญาติ/คนใกล้ชิด กลไกผู้นำ/แกนนำชุมชน

ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 22 มิ.ย. 2566

กรมสุขภาพจิต

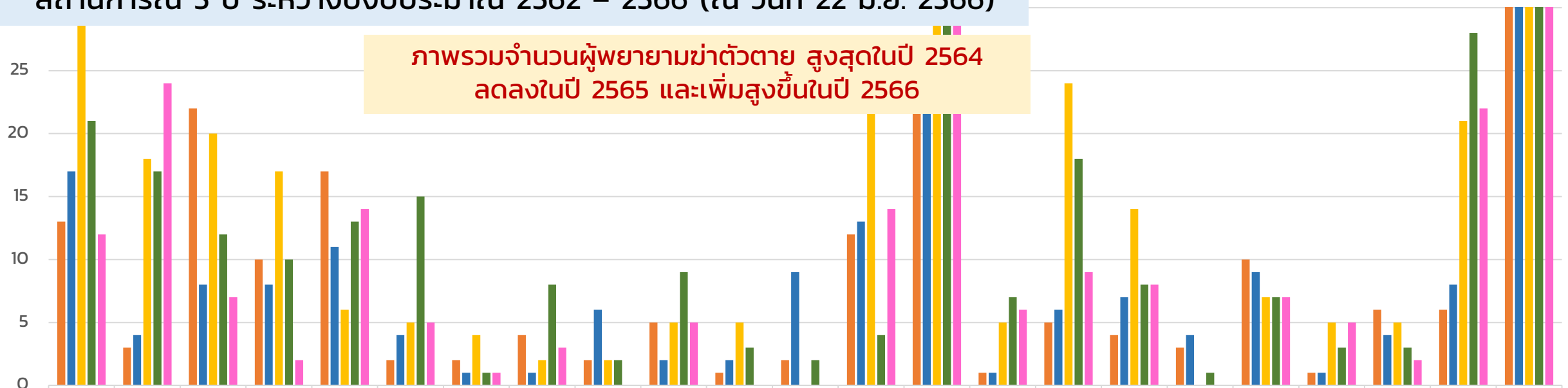
KPI 29.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี

เป้าหมาย	ผลงาน (รอบ 5 เดือน)
80%	94.53%
ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี	ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายจังหวัดศรีสะเกษ จำแนกรายอำเภอ

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

ภาพรวมจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย สูงสุดในปี 2564 ลดลงในปี 2565 และเพิ่มสูงขึ้นในปี 2566

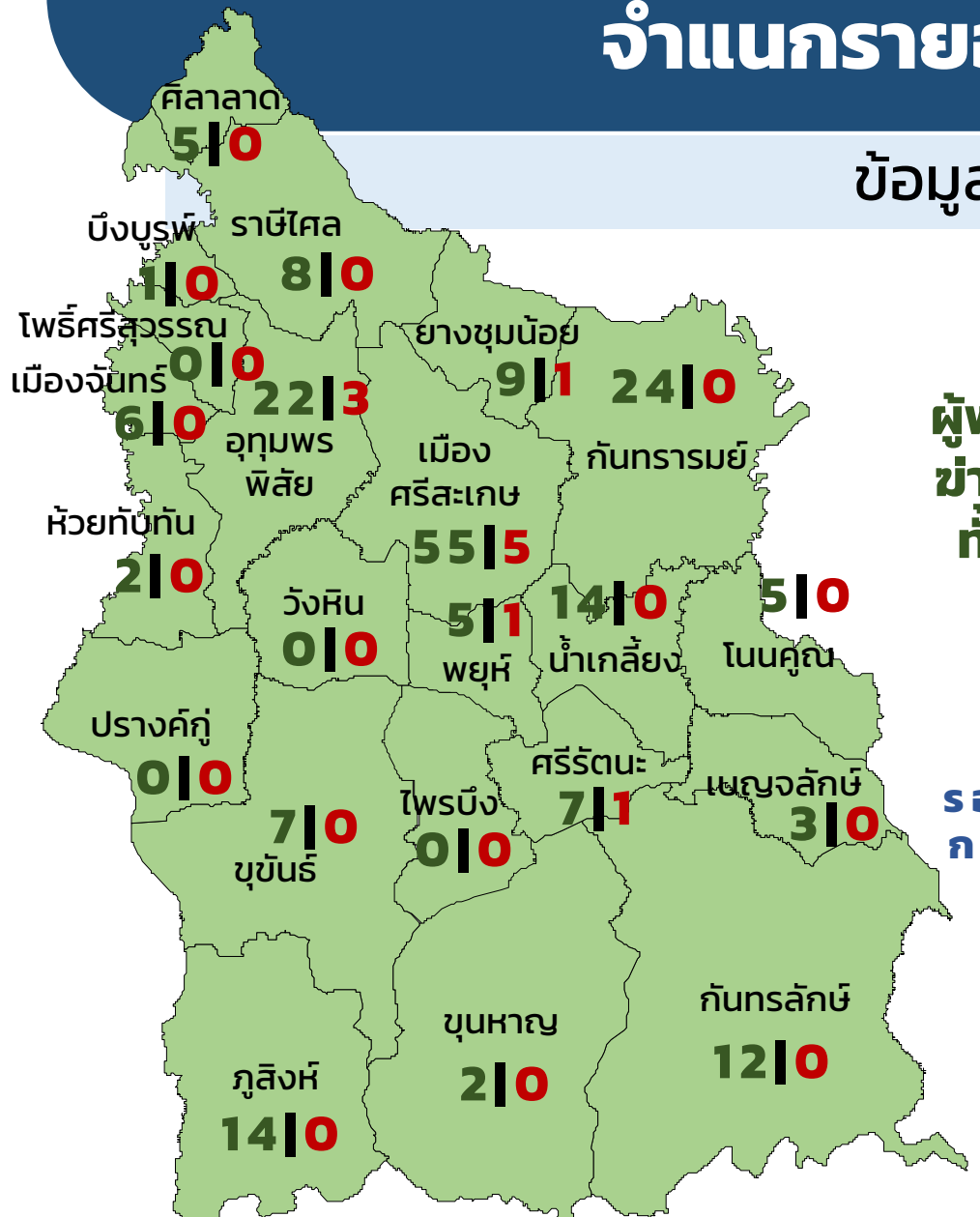


	กันทรลักษ์	กันทรารมย์	ขุขันธ์	ขุนหาญ	น้ำเกลี้ยง	โนนคูณ	บึงบูรพ์	เบญจลักษ์	ปรางค์กู่	พยุห์	โพธิ์ศรีสุวรรณ	ไพรบึง	ภูสิงห์	เมือง	เมืองจันทร์	ยางชุมน้อย	ราศีไศล	วังหิน	ศรีรัตนะ	ศิลาลาด	ห้วยทับทัน	อุทุมพรพิสัย	ภาพรวม
ปี 2562	13	3	22	10	17	2	2	4	2	5	1	2	12	26	1	5	4	3	10	1	6	6	157
ปี 2563	17	4	8	8	11	4	1	1	6	2	2	9	13	22	1	6	7	4	9	1	4	8	148
ปี 2564	30	18	20	17	6	5	4	2	2	5	5	0	26	111	5	24	14	0	7	5	5	21	332
ปี 2565	21	17	12	10	13	15	1	8	2	9	3	2	4	95	7	18	8	1	7	3	3	28	105
ปี 2566	12	24	7	2	14	5	1	3	0	5	0	0	14	55	6	9	8	0	7	5	2	22	201

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

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทำร้ายตัวเองซ้ำ จังหวัดศรีสะเกษ จำแนกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2566

ข้อมูลการเฝ้าระวังในระยะ 1 ปี ณ วันที่ 22 มิถุนายน 2566)



ผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด

ผู้พยายามฆ่าตัวตายกลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี

201 | 11

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

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

ปี 2566 จ.ศรีสะเกษ
มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย
กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ระยะ 1 ปี

ร้อยละ **5.47**

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

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

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

กรมสุขภาพจิต

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

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

ปัจจัยปกป้อง/เฝ้าระวัง ปัจจัยปกป้องพบน้อย เป็นผู้พยายามฆ่าตัวตาย New Case จำนวน **127** คน เฝ้าระวังกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

ด่านกั้น (การปิดกั้นสถานที่/อุปกรณ์ในการฆ่าตัวตาย) อ่อนแอ ล้มเหลว เพิ่มมาตรการด่านกั้นการเข้าถึงการฆ่าตัวตาย สำหรับญาติ/คนใกล้ชิด

ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 22 มิ.ย. 2566

ข้อชื่นชม

1. สอบสวนโรคกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จทุกราย และนำเข้าข้อมูลในระบบรายงานเป็นปัจจุบัน **วิเคราะห์ บ่งชี้กลุ่มเสี่ยงในภาพจังหวัดได้**

2. รพ.ศรีสะเกษ เป็นพี่เลี้ยง ดูแลช่วยเหลือเครือข่าย-รับส่งต่อผู้ป่วย **"หอผู้ป่วยกมลรักษ์"** และเครือข่ายเข้มแข็ง

3. ผลักดันวาระจังหวัด : **"ประเด็นมีวัคซีนใจ ไม่ฆ่าตัวตาย"** ผู้ว่าราชการจังหวัด มอบนโยบายการดำเนินงานแบบบูรณาการ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้ทุกหน่วยงาน ขับเคลื่อนแนวทาง **"วัคซีนใจ"** และ **"3 หมอ"** ในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน 22 อำเภอ

4. **คัดกรองสุขภาพจิตกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ใน MENTAL HEALTH CHECK IN** ได้จำนวนมาก (22 อำเภอ 186 ตำบล) และติดตามกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 92.7

การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ในการเสริมสร้างวัคซีนใจ

ผู้ว่าราชการจังหวัด	• มอบนโยบาย / ข้อสั่งการ ในการดำเนินงาน • กำกับติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย **บทบาท** แผนงาน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	• โดยกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สนับสนุนและประสานงานการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด • เชื่อมโยงให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือตามบทบาทหน้าที่และภารกิจแต่ละหน่วยงาน
นายอำเภอ / คณะกรรมการ พชอ.	• บูรณาการแผนในระดับอำเภอ และกำหนดคณะทำงานรับผิดชอบในระดับอำเภอ • กำกับติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.)	• สนับสนุนสวัสดิการและช่วยเหลือประชาชนที่เดือดร้อน ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายอำเภอ จังหวัด ที่สอดคล้องและเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่
กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน	• ดูแลช่วยเหลือ ตรวจเยี่ยมลูกบ้าน สื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพจิต • รวบรวมและรายงานข้อมูลสถานการณ์ที่สำคัญ การดูแลช่วยเหลือด้านต่าง ๆ
หน่วยบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	• ประเมินสุขภาพจิต ดูแลช่วยเหลือ รักษาทางสังคมและจิตใจเบื้องต้น • เป็นจุดรับแจ้งเหตุด้านสุขภาพจิต แพทย์ฉุกเฉิน สายด่วน 1669 • ติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งต่อในกรณีพบความเสี่ยงสุขภาพจิต

การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ในการเสริมสร้างวัคซีนใจ (ต่อ)

กลุ่ม / ชมรม / กรรมการหมู่บ้าน	• สนับสนุน ประสานจัดการ การส่งเสริมรายได้ในครัวเรือน ชุมชน • ติดตามให้ความช่วยเหลือคนในชุมชน
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	• ค้นหาคัดกรอง สอดส่องมองหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต • ดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงสุขภาพจิตในชุมชน
ตำรวจ	• จุดแจ้งเหตุรุนแรง สายด่วน 191 เพื่อช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่รุนแรงด้านสุขภาพในชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าว ก่อเหตุรุนแรง ส่งผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อผู้คน
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	• ประสานความร่วมมือให้ความช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ที่ได้รับความเดือดร้อนหรือต้องการความช่วยเหลือทางสังคม
หน่วยงานอื่น ๆ	• ช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชน

ข้อชื่นชม

5. อ.โนนคูณ **พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต** แบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่

- ชุมชนสามารถ **ค้นหา เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง**ในราย ที่ไม่เร่งด่วน และส่งต่อกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะเร่งด่วน ได้ทันท่วงที (ทั้งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย)

- **มีจุดแจ้งเหตุที่ชัดเจน** คือ กลุ่มไม่เร่งด่วนแจ้งผู้นำชุมชน กลุ่มเร่งด่วน โทร 1669 และ 191 (ทั้งนี้มีการสื่อสารสัญญาณเตือนเพื่อค้นหาและเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ในแต่ละกลุ่ม)

แนวทางการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต

Pre Hospital
เฝ้าระวัง ค้นหา เผชิญเหตุ และส่งต่อ

ค้นหา กลุ่มเสี่ยง

- สัญญาณเตือนอาการผิดปกติทางจิต
- สัญญาณเตือนการก่อความรุนแรง

ซักประวัติ/ประเมินอาการ

กลุ่มเฝ้าระวัง (ดูประวัติการใช้ยาเสพติด/ก่อความรุนแรง/มีคดี แต่ปัจจุบันไม่มีอาการ)

ชุมชนดูแล/เฝ้าระวัง

การไม่รุนแรง (มีอาการผิดปกติทางจิตอย่างเดียว 1 อัน และคดีก่อความรุนแรง/มีคดี แต่ปัจจุบันไม่มี)

พนักงานฝ่ายปกครอง/สธ.

พูดคุยเกลี่ยกล่อม/จัดการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น

ปรึกษา/ส่งต่อ

รพ.ในพื้นที่

การรุนแรง (มีอาการทางจิต 2 อันขึ้นไป และมีพฤติกรรมก่อความรุนแรง/มีคดี 1 อันขึ้นไป)

ศูนย์รับแจ้งเหตุ 1669 (มูลนิธิ, กู้ชีพ, กู้ภัย), สธ.+ ตำรวจ 191

พูดคุย/เข้าชาร์จ/ผูกยึด

ปรึกษา/ส่งต่อ

In Hospital
บำบัดรักษาตามศักยภาพ

รพ.ในพื้นที่ (รพช./รพท./รพศ.) ดูแลระยะ Acute care

รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต กรณีมีอาการทางจิตรุนแรง/ยุ่งยากซับซ้อน

รพ.สังกัดกรมการแพทย์ (สมยช., รพ.ธัญญารักษ์) กรณีเสพติดรุนแรง/เรื้อรัง

อาการดีขึ้น รพ.จำหน่ายกลับสู่ชุมชน

Post Hospital
ติดตามดูแลหลังการบำบัด ประสานการช่วยเหลือด้านอาชีพ ที่อยู่อาศัย ฯลฯ

ติดตาม + ช่วยเหลือ

สธ./มท.

พม./แรงงาน/ศธ.

Monitor
กำกับติดตาม

- มีคณะกรรมการระดับจังหวัด
- ประชุมศอ.ปส.จ./กทม.
- การค้นหา วางแผน และพัฒนาแผนจังหวัด
- มีการอบรม/แนวทาง
- คป.ปส.อ./เขตรายงานปัญหาผู้ป่วย

รายงาน Dopa/Nispa/ฐาน สพฉ./ทะเบียนชุมชน

รายงาน บสต./HDC

รายงาน บสต./ HDC/ Dopa/ Nispa

รายงาน บสต.

ข้อเสนอแนะ

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

ข้อเสนอแนะ กลไกเชิงระบบเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ระดับจังหวัด

ระดับความรุนแรงของสถานการณ์และปัญหา

การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง

ระบุ/บ่งชี้กลุ่มเสี่ยงในจังหวัด

ประเมินกลุ่มเสี่ยง ด้วยแบบประเมินฆ่าตัวตาย (8Q) ทุกเดือน (อย่างน้อยเป็นระยะเวลา 1 ปี)

ดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง โดย จนท.สาธารณสุข

การเฝ้าระวังในกลุ่มที่เคยลงมือฆ่าตัวตาย

อบรมคนใกล้ชิด ครอบครัว ญาติ ในเรื่องการดักจับสัญญาณเตือน การช่วยเหลือเบื้องต้น และ ช่องทางแจ้งเหตุ

การจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตาย หรือพบสัญญาณเตือนความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

ผู้พบเห็นในชุมชน หรือในสื่อ Social Online

มีจุดแจ้งเหตุ* เบอร์โทร 24 ชั่วโมง หรือ ทางออนไลน์

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

แจ้งทีมเยียวยาจิตใจ (MCATT)

แจ้งทีมปฏิบัติการพิเศษป้องกันการฆ่าตัวตายจากจุดแจ้งเหตุ

ช่วยชีวิต

แจ้งทีมสอบสวนโรค

สอบสวนโรค ค้นหา/ประเมินผู้ได้รับผลกระทบ

สรุป/รายงานการสอบสวนโรค

วิเคราะห์/คืนข้อมูลเวทีระดับพื้นที่/จังหวัด

สุขภาพ คือ ชีวิต

สุขภาพจิต คือ ชีวิตที่มีความสุข

“Health is Life : Mental Health is Happy Life”

Thank You