



สรุปผลการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ 2

ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอำนาจเจริญ

18-20 กรกฎาคม 2566

Functional based
"สุขภาพกลุ่มวัย"

นางสาวนภัชชล รอดเที่ยง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี



สุขภาพกลุ่มวัยและสุขภาพจิต

กรมอนามัย © กรมสุขภาพจิต

ประเด็นการตรวจราชการ/ห้วงข้อ

“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

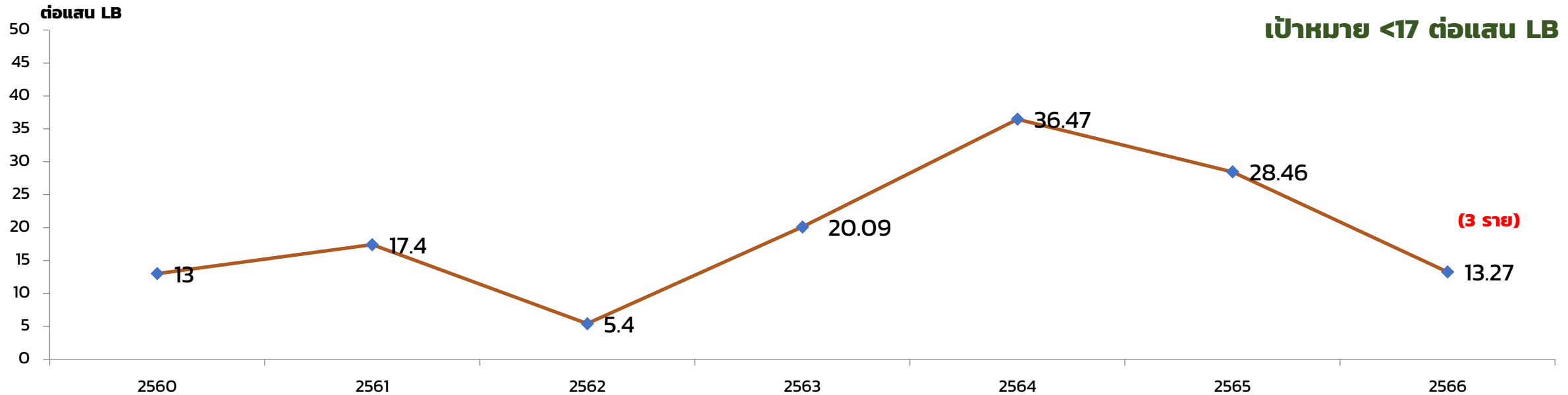
ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน



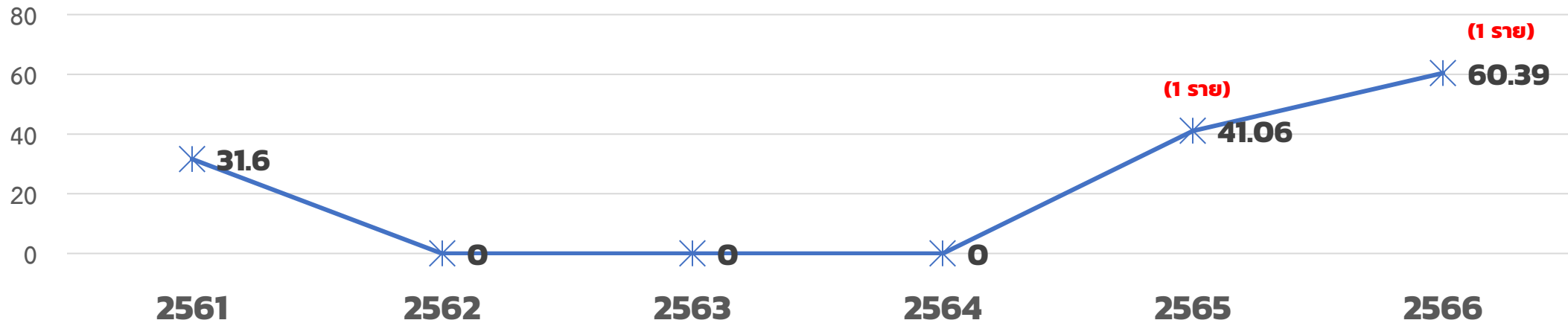
ผลการประเมินงาน รอบที่ 2 ปี 2566 ตัวชี้วัด ประเด็น : สุขภาพกลุ่มวัย : HDC มี.ย. 66

หัวข้อ/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อำนาจเจริญ	เขต 10	ประเทศ
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17ต่อแสน LB	60.39(1ราย)	13.27	17.97
2. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	<3.60 ต่อพันเกิดมีชีพ	2.70(4ราย)	4.80	4.88
3. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 86	97.19	96.71	61.68
4. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมืออื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 35	25	33.53	33.71
5. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 66	55.66	64.49	60.40
6. ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ 75	80.59 (ครอบคลุม 39.31%)	80.78	75.52
7. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 8.0 ต่อแสน ประชากร	6.38	5.50	3.07 (รอบ 1 ปี 66)
8. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ 80	97.30	100	88.40
9. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 57	55.26	60.1	56.33

อัตราส่วนการตายมารดาไทยเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2560-2566



ข้อมูลเปรียบเทียบอัตราตายมารดาไทย ปี 2561-2566 จ.อำนาจเจริญ (ณ มี.ย.66)



ที่มา : เด็กเกิดมีชีพจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร (ตุลาคม – มิถุนายน 2566)



อัตราตายมารดา

วิเคราะห์ปัญหาที่สัมพันธ์กับการตายของมารดา จ.อำนาจเจริญ

Goal : **MMR ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต**

อัตราการตายมารดา จ.อำนาจเจริญ

ปี 2566

จำนวนการเด็กเกิดมีชีวิต
1,656 คน



จำนวนมารดาตาย 1 คน
MMR คิดเป็น 60.39

หญิงไทย อายุ 31 ปี G2P0A1 GA 27⁺³ wks
คลอดND เพศชาย นน.1,030 กรัม
Dx: Pulmonary embolism

สาเหตุ

Early warning signs

การดูแล ฝ้าระวังขณะให้ยา
ยับยั้งการคลอด

ปี 2566

Pulmonary embolism

ระบบการ consult
แพทย์เฉพาะทาง

Early detection

มาตรการ แนวทางการขับเคลื่อน 2566

- 1.ขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก โดยคณะกรรมการ MCH Board
2. มีแนวทางการดูแลรักษา standing order และ CPG
3. ระบบ Fast track การส่งต่อ

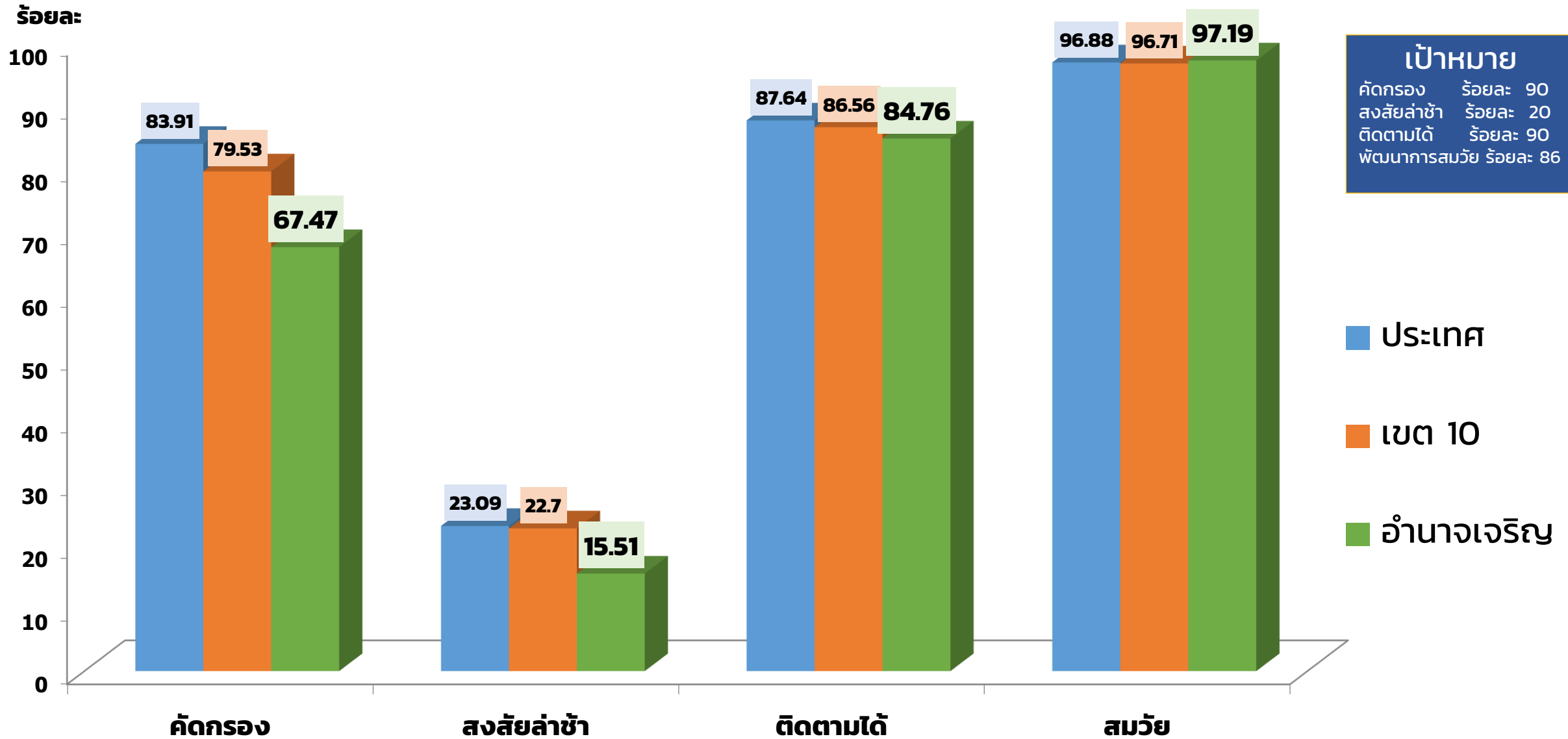
ข้อเสนอแนะ

- ❑ 1.การพัฒนาระบบและศักยภาพบุคลากรแม่และเด็ก ตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ **One Region One Labor room** การพัฒนาระบบการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
- ❑ 2. **MCH Board** ประชุมติดตามต่อเนื่อง ทบทวน CPG ครรภ์เสี่ยง สื่อสารให้ถึงระดับ sw.สต./กำกับติดตาม
- ❑ 3.การ**เชื่อมต่อข้อมูล**การให้บริการงานอนามัยแม่และเด็กจาก sw.สต.ที่ถ่ายโอนเข้าสู่ระบบ HDC

GAP

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2566 (1 ต.ค. 2565 –พ.ค 2566)

จังหวัดอำนาจเจริญ เปรียบเทียบระดับประเทศ ระดับเขต



สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2566 จังหวัดอำนาจเจริญ

เป้าหมายเด็กปฐมวัยทั้งหมดที่ต้องได้รับการคัดกรอง (DSPM)
(1 ต.ค. 2565 – 31 พ.ค. 2566) จำนวน 9,012 ราย

เฉพาะเด็กปฐมวัย อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน
ที่มา: HDC 14 ก.ค.66



ส่งสัยล่าช้า ส่งต่อกันที
19 ราย
(ร้อยละ 0.32)



ไม่ได้รับการคัดกรอง
2,932 ราย
(ร้อยละ 32.53)

รวมพัฒนาการสมวัย
5,909 ราย
(ร้อยละ 97.19)
(เป้าหมาย ร้อยละ 86)

ติดตามไม่ได้
141 ราย
(ร้อยละ 15.24)

สมวัย 1
5,136 ราย
(ร้อยละ 84.47)

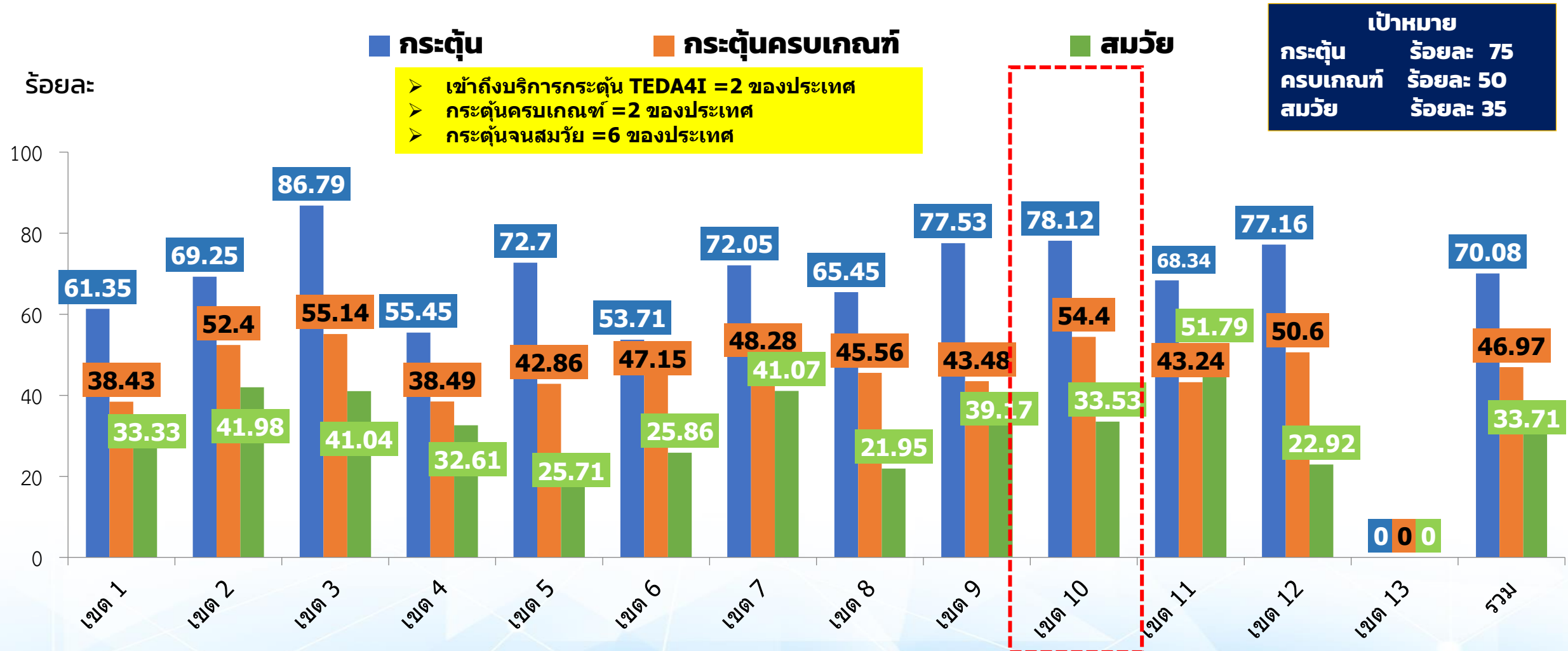
ส่งสัยล่าช้า
925 ราย
(ร้อยละ 15.21)

ติดตามภายใน 30 วัน
784 ราย
(ร้อยละ 84.76)

สมวัย 2
773 ราย
(ร้อยละ 98.59)

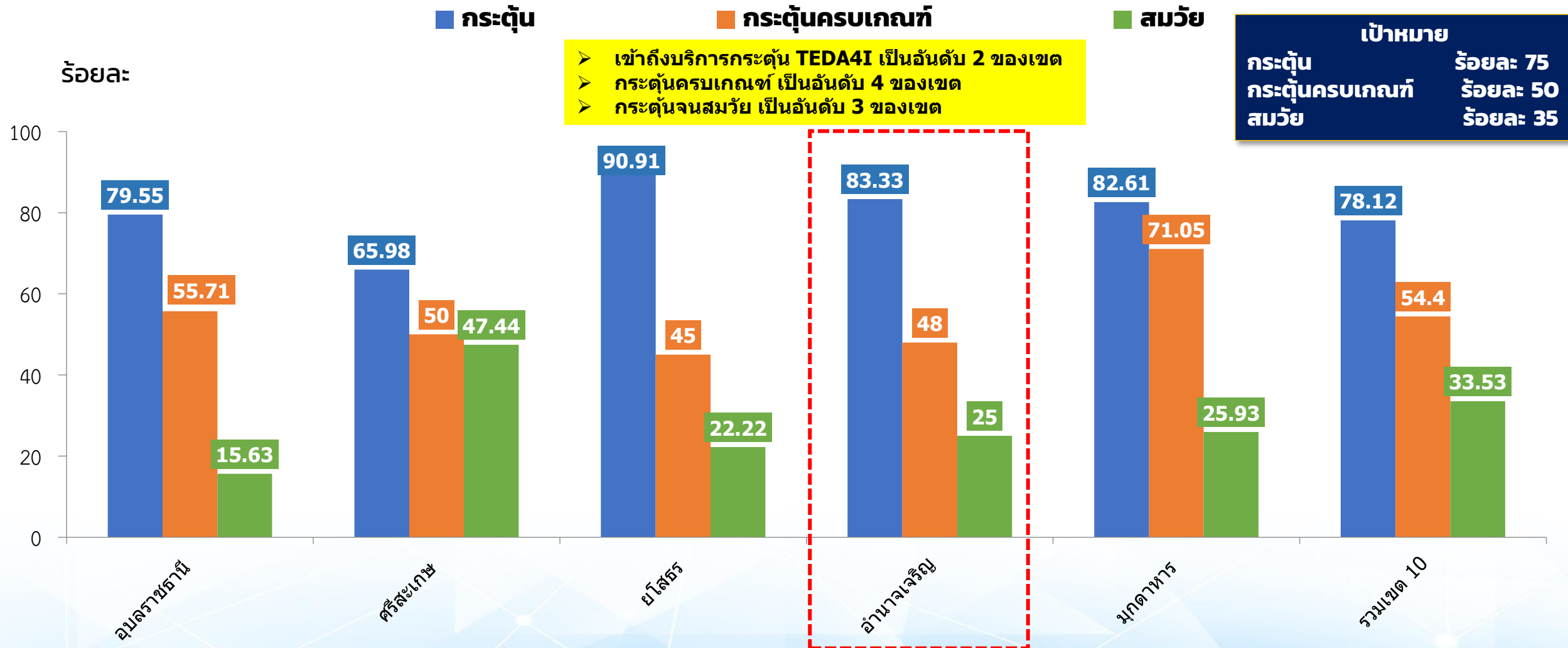
ไม่สมวัยหลังกระตุ้น
11 ราย
(ร้อยละ 1.41)

กราฟแสดงร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรอง แล้วพบว่ามีความพิการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีความพิการสมวัย เปรียบเทียบระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2566



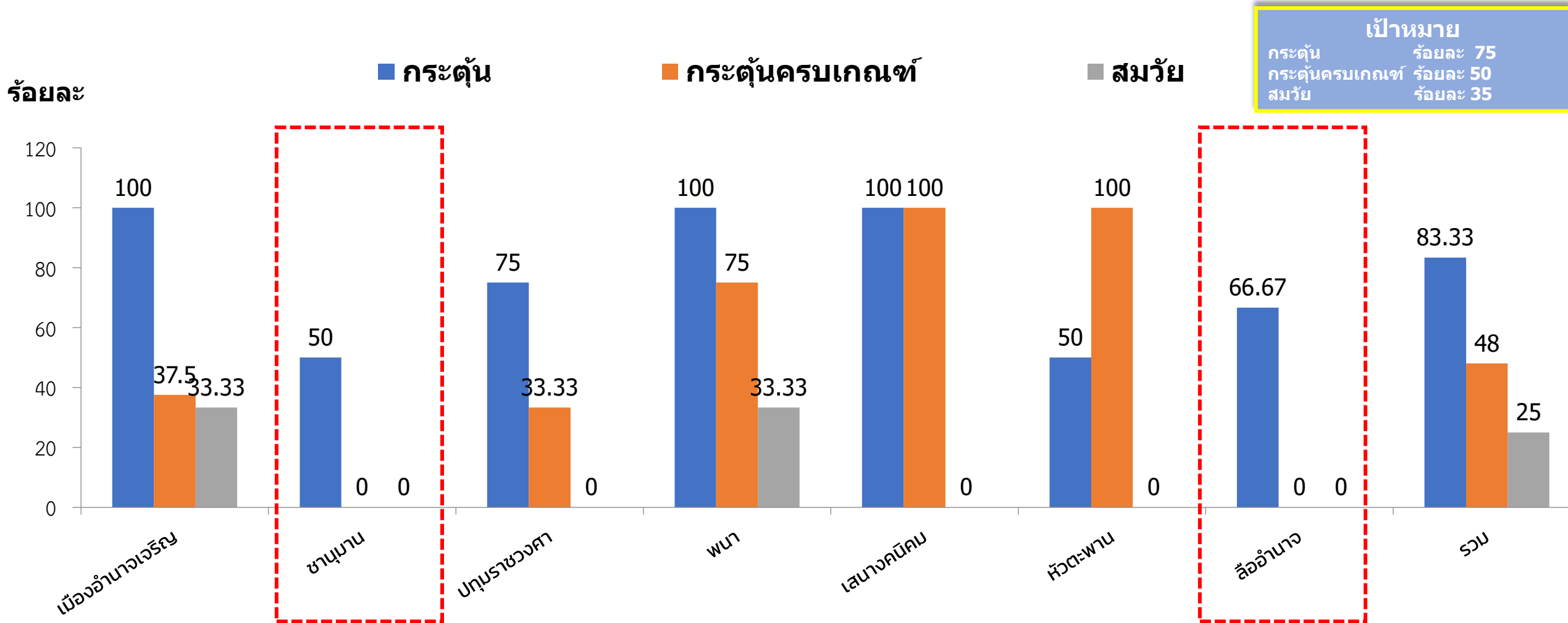
หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1-12 นับเฉพาะเด็กปฐมวัย อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ดึงจากรายงานในระบบ HDC ณ วันที่ 12 กรกฎาคม 2566
ในส่วนข้อมูลเขตสุขภาพที่ 13 ต้องดึงจากสำนักอนามัย กทม. (สบส. 68 แห่ง) และ รพ.ตติยภูมิในพื้นที่ (5 แห่ง) ไม่พบข้อมูลในระบบ HDC

กราฟแสดงร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรอง แล้วพบว่ามีความพิการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีความพิการสมวัย แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2566



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

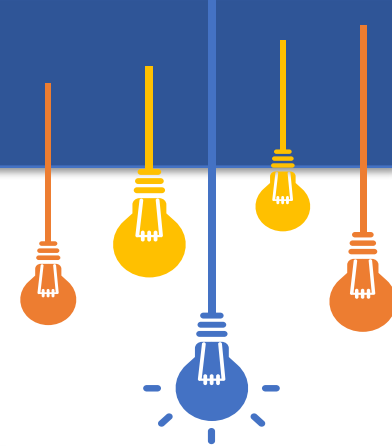
กราฟแสดงร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย แยกรายอำเภอ จังหวัดอำนาจเจริญ ปีงบประมาณ 2566



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

สถานการณ์การวินิจฉัยโรคในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบ 2 จังหวัด อำนาจเจริญ



เด็กพัฒนาการล่าช้า ทั้งหมด 30 คน

(ข้อมูล ณ 12 กรกฎาคม 2566)

**ได้รับการวินิจฉัย 14 คน
(46.67 %)**

แยกการวินิจฉัย

- 1) F84 (Autism) ร้อยละ 64.28
- 2) G80 (Cerebral palsy) ร้อยละ 14.28
- 3) Q90 (Down syndrome) ร้อยละ 7.14
- 4) F89 (Unspecified disorder of psychological development) ร้อยละ 7.14
- 5) F80 Specific developmental disorders of speech and language ร้อยละ 7.14

**ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย 16 คน
(53.33 %)**

**สงสัยป่วย 13 คน
(81.25%)**

**กระตุ้นครบ/ติดตามเยี่ยม
สมวัย 3 คน (18.75 %)**

- ☐ มีความพิการ/ผิดปกติแต่กำเนิด
- ☐ ล่าช้าหลายด้าน (R620)

**เร่งติดตาม
เพื่อเข้าสู่กระบวนการ
วินิจฉัยโรคจากผู้เชี่ยวชาญ**

Refer sw.อำนาจเจริญ

Mobile แพทย์พัฒนาการ sw.อำนาจ

Mobile sw.พระศรีมหาโพธิ์

ข้อเสนอแนะ

1.พัฒนาต่อยอดระบบเครือข่าย Health Coacher ในระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด

ระดับจังหวัด

Admin
จังหวัด

รวบรวม Gap
ข้อมูลการปรึกษา
เพื่อวางแผนพัฒนา
งานในระดับจังหวัด



จังหวัด

แพทย์พัฒนาการ : 1 คน
PG : 5 คน

แพทย์ PG เด็ก

พยาบาล PG 1

ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กใน
สสจ. , สwn.

ระดับอำเภอ

อำเภอ

พยาบาล PG 1

ครูพี่เลี้ยงเด็ก ใน ศพด.

ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กใน
สสจ.

อำเภอ

พยาบาล PG 1

ครูพี่เลี้ยงเด็ก ใน ศพด.

ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กใน
สสจ.

ระดับตำบล

sw.สต

ศพด.

ครูพี่เลี้ยงเด็ก ใน ศพด.
ผู้ปกครอง

sw.สต

ศพด.

ครูพี่เลี้ยงเด็ก ใน ศพด.
ผู้ปกครอง

ครูพี่เลี้ยงเด็ก ใน ศพด.
ผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

2. การกำหนด Requirement ในการประเมินพัฒนาการในแต่ละ Setting เพื่อให้ครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย

- ☐ 9,18 เดือน >> หน่วยบริการสาธารณสุข (รพ./รพ.สต.)
- ☐ 30,42 เดือน >> ศพด.
- ☐ 60 เดือน >> โรงเรียนระดับชั้นอนุบาล



3. มีการกำกับติดตามโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ระดับจังหวัด เชื่อมโยงงานแม่และเด็กตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด การกแรกเกิดและเด็กปฐมวัย (Life course approach) อย่างต่อเนื่อง

4. ส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร่วมกันกับครูพี่เลี้ยงเด็ก



ตรวจราชการฯ สุขภาพจิต จังหวัดอำนาจเจริญ รอบที่ 2/2566

KPI 28

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
เข้าถึงบริการสุขภาพจิต

KPI 29.1

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

KPI 29.2

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี



*Plumula Chaiyachok
January 12/2016*



กรมสุขภาพจิต

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี



โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

อุบลราชธานี
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 และ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



KPI 28

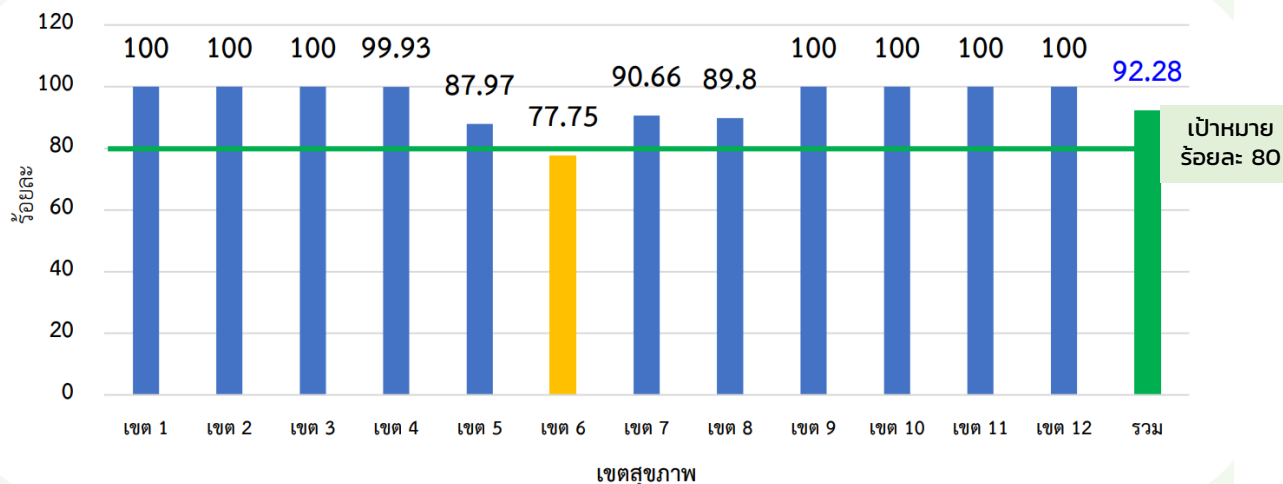
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต

สถานการณ์โรคซึมเศร้า
เขตสุขภาพที่ 1-12 ปีงบประมาณ 2566

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ เขตสุขภาพที่ 10
รายจังหวัด ปีงบประมาณ 2560 – 2566

KPI : ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ



เข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับประเทศ
(ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 92.28

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

จ.อำนาจเจริญ

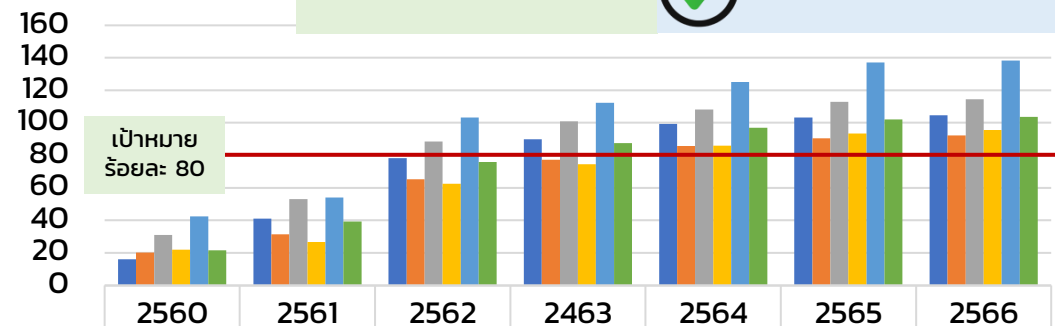
เป้าหมาย

ผลงาน
(รอบ 9 เดือน)

≥ 80%



97.30%



	2560	2561	2562	2463	2564	2565	2566
อุบลราชธานี	16.02	41.06	78.27	89.77	99.4	103.21	106.92
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	97.30
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 วันที่ 19 ก.ค. 2566

ทุกจังหวัดมีแนวโน้ม
เข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าสูงขึ้น



KPI 28

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิต

เป้าหมาย

≥ 80%

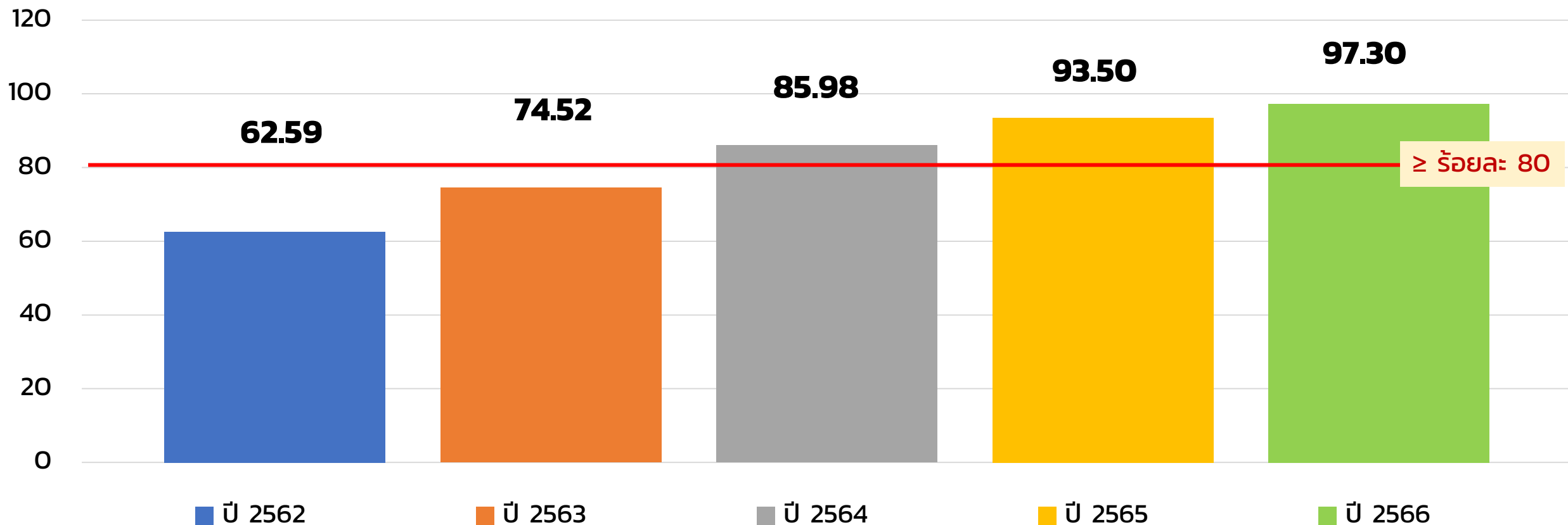
ผลงาน

(รอบ 9 เดือน)

97.30%

สถานการณ์ จ.อำนาจเจริญ 5 ปี ปิงบประมาณ 2562 – 2566 (ณ วันที่ 19 ก.ค. 2566)

ภาพรวมจังหวัด ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต มีแนวโน้ม **เพิ่มขึ้น**



ที่มา : ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลกลางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2561 – 19 ก.ค.2566

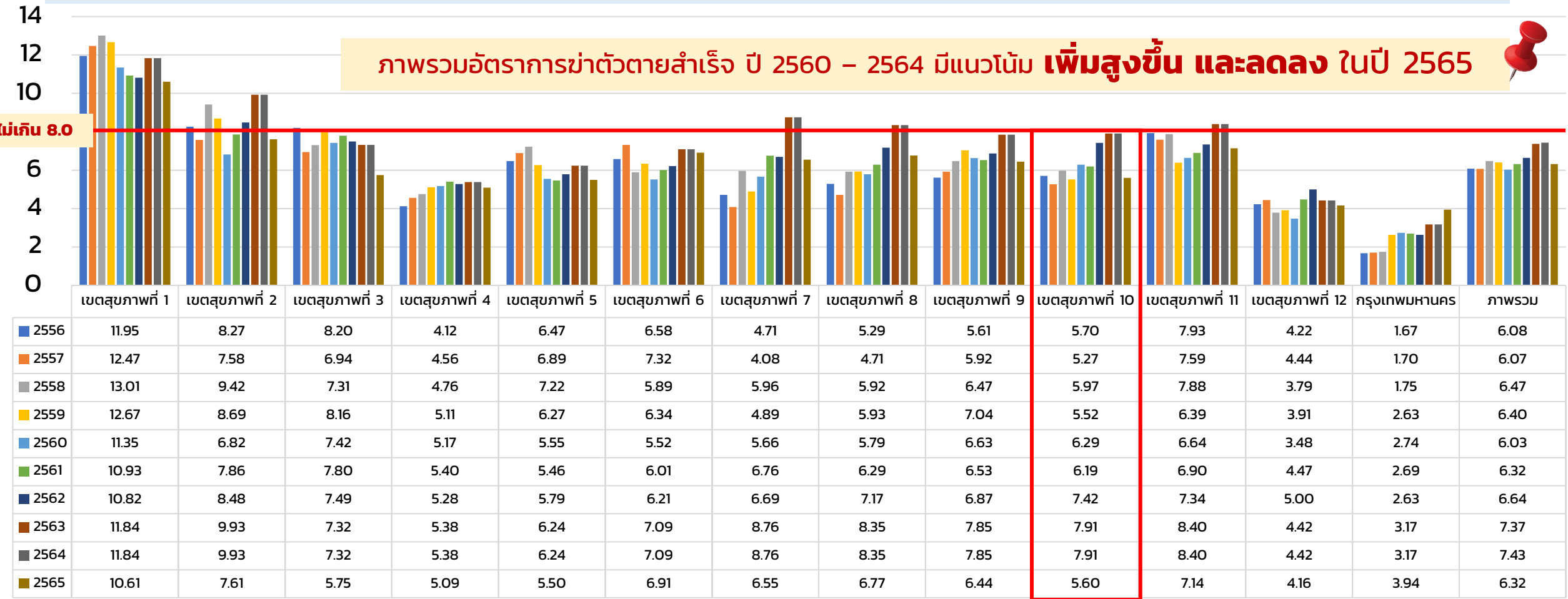


KPI 29.1

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกรายเขตสุขภาพ

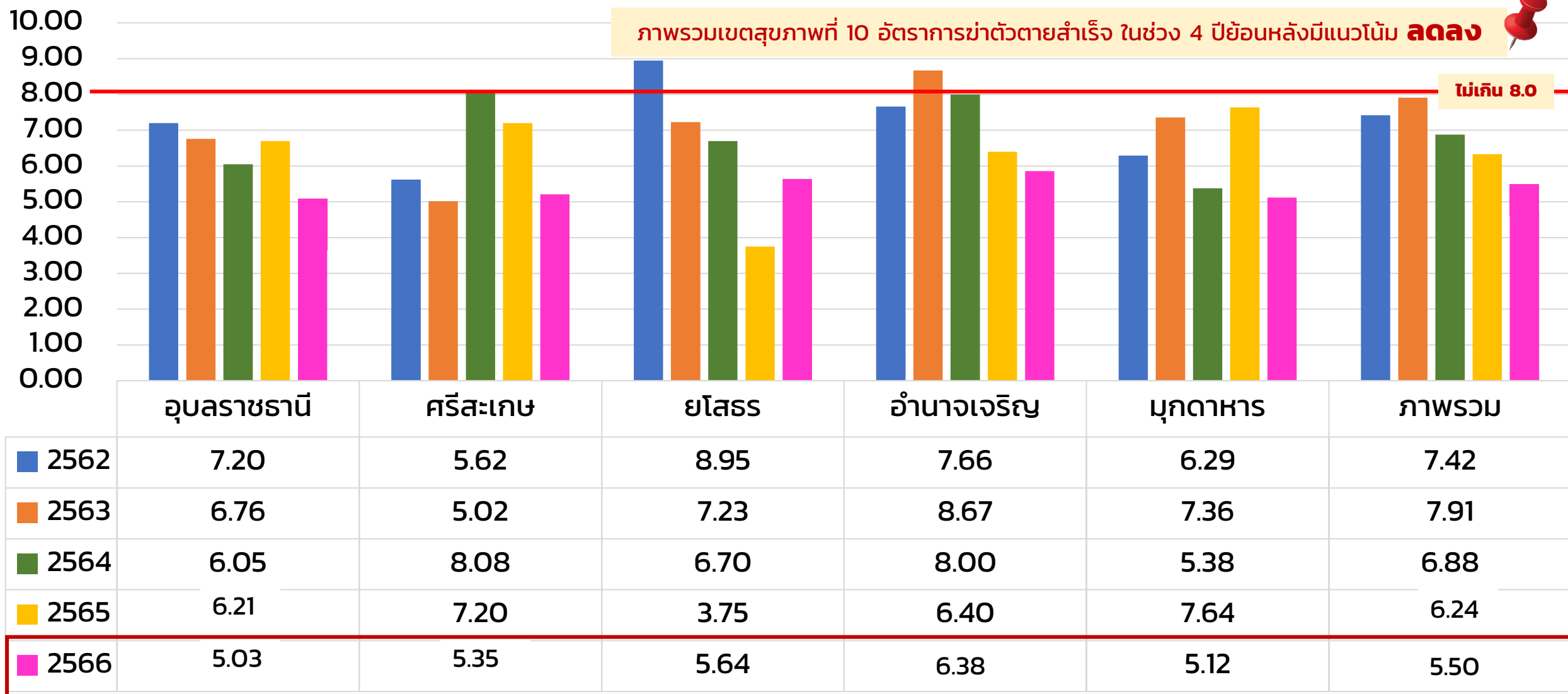
สถานการณ์ 10 ปี ระหว่างปี 2556 – 2565 (ข้อมูล ศูนย์ป้องกันฆ่าตัวตายระดับชาติ และ กองยุทธศาสตร์ฯ กระทรวงสาธารณสุข)



ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันฆ่าตัวตายระดับชาติ และกองยุทธศาสตร์ฯ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี 2556 – 2565 ข้อมูล ณ วันที่ 6 ก.ค. 2566

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด

สถานการณ์ 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2566 (ณ วันที่ 19 ก.ค. 2566)



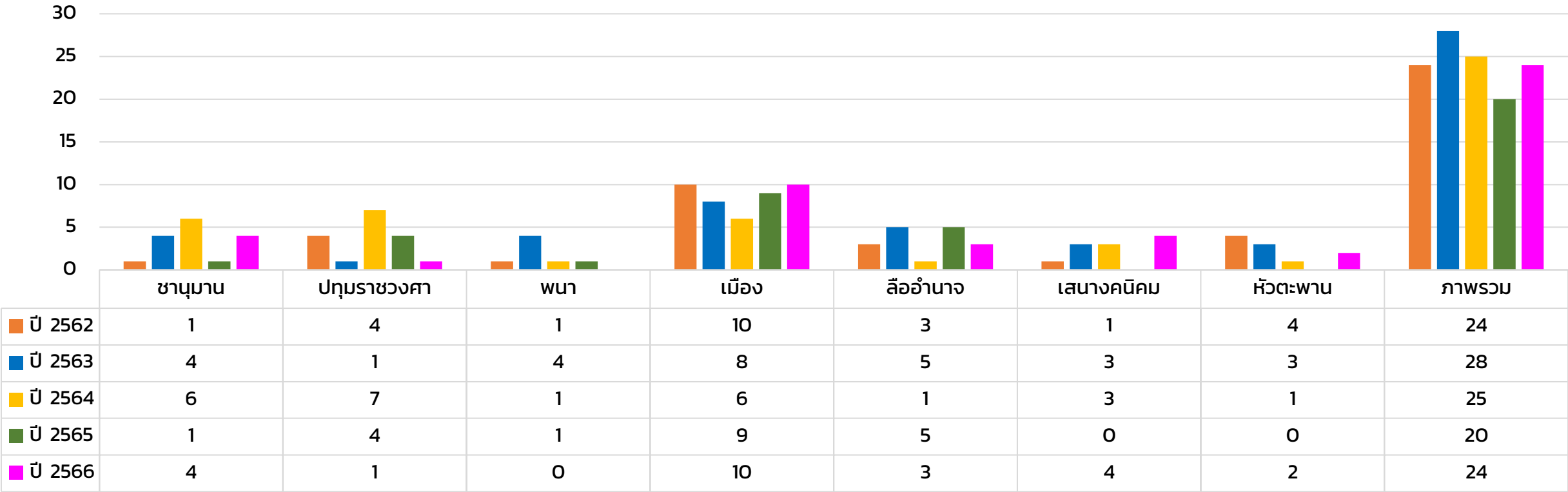
จำนวน การฆ่าตัวตายสำเร็จ จ.อำนาจเจริญ จำแนกรายอำเภอ

สถานการณ์ 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2566 (ณ วันที่ 19 ก.ค. 2566)

จำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ จ.อำนาจเจริญ ปีงบประมาณ 2562 – 2566 (9 เดือน)

เป้าหมาย	ผลงาน (รอบ 9 เดือน)
อัตรา 8.0	อัตรา  6.38
ต่อประชากรแสนคน	ต่อประชากรแสนคน
จำนวน ≤ 30 คน	จำนวน  24 คน

เฝ้าระวังต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกินเกณฑ์



ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยระดับชาติ ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2565 – 19 ก.ค. 2566 ข้อมูล ณ วันที่ 19 ก.ค. 2566

จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จ จ.อำนาจเจริญ จำแนกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2566

ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ ณ วันที่ 19 กรกฎาคม 2566

ภาพรวมจังหวัด

เสียชีวิต
ได้ไม่เกิน

30

เสียชีวิตแล้ว

24

ปี 2566 จ.อำนาจเจริญ

มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 24 คน

= อัตรา 6.38

ต่อประชากรแสนคน
(เกณฑ์อัตราไม่เกิน 8.0
ต่อประชากรแสนคน)



ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เกินเกณฑ์ที่กำหนด 3 อำเภอ



ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับเกณฑ์ที่กำหนด = 1 อำเภอ



ไม่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ / ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด = 3 อำเภอ



กรมสุขภาพจิต

วิเคราะห์ปัจจัยสำคัญ **การฆ่าตัวตายสำเร็จ** จังหวัดอำนาจเจริญ

ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 19 ก.ค. 2566)

เพศ	ช่วงวัย	สถานภาพ	อาชีพ	วิธีการ	ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยกระตุ้น	Warning Sign
 ชาย 17 คน (70.83%)	 วัยทำงาน 20-39 ปี 16 คน (66.66%) - อายุน้อยสุด 17 ปี - อายุมากที่สุด 83 ปี	 โสด 11 คน (45.83%)	 ว่างงาน 10 คน (41.66%)	 ผูกคอ 23 คน (95.83%)	 โรคจิตเวช 7 คน (29.16%) โรคจิต 3 คน ซึมเศร้า 2 คน โรคจิต+ซึมเศร้า 2 คน	 ความสัมพันธ์ ทะเลาะคนใกล้ชิด/ น้อยใจ ถูกดุด่า/ 17 คน (70.83%) ใช้สุรา/ยาเสพติด 3 คน (12.50%)	 ไม่มี/ไม่พบ สัญญาณเตือน 16 คน (66.66%)

ปัจจัยปกป้อง/เฝ้าระวัง เสริมปัจจัยปกป้องเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรอง ดูแลทางสังคมจิตใจ

ด้านกั้น (การปิดกั้นสถานที่/อุปกรณ์ในการฆ่าตัวตาย) อ่อนแอ ล้มเหลว เพิ่มมาตรการด้านกั้น สำหรับญาติ/คนใกล้ชิด กลไกชุมชน เพื่อนบ้าน

ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 19 ก.ค. 2566



KPI 29.2

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี

เป้าหมาย

ผลงาน

(รอบ 5 เดือน)

80%



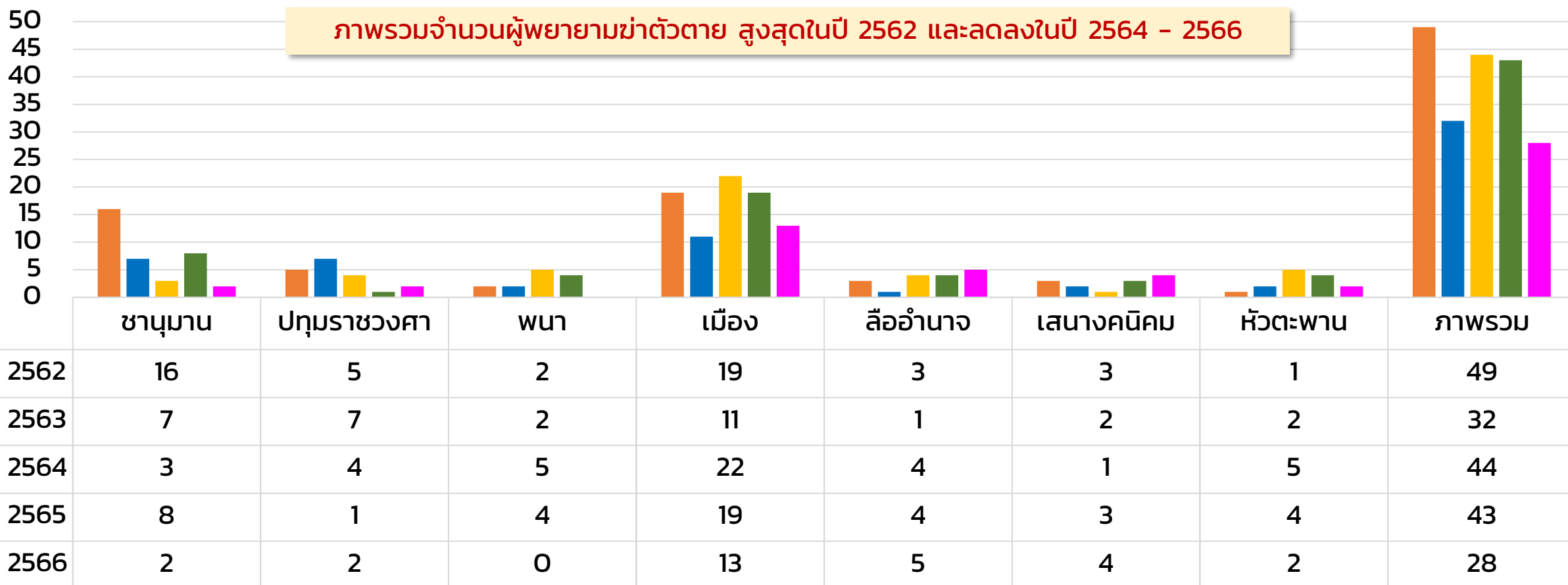
95.78%

ไม่กลับมาทำร้ายตัวเอง
ซ้ำในระยะ 1 ปี

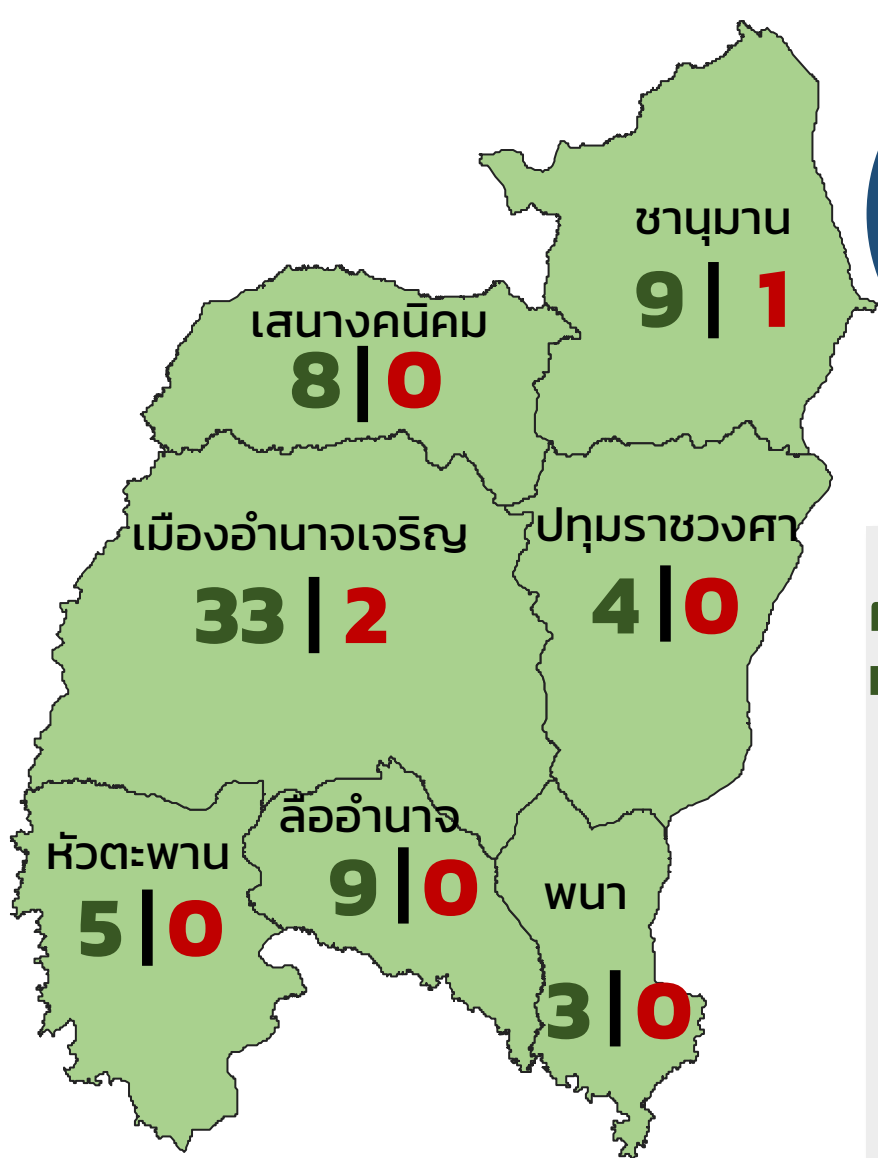
ไม่กลับมาทำร้าย
ตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย จ.อำนาจเจริญ จ.น่าน จ.แพร่ จ.อุตรดิตถ์

สถานการณ์ 3 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2566 (ณ วันที่ 19 ก.ค. 2566)



ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2565 – 19 ก.ค. 2566 ข้อมูล ณ วันที่ 19 ก.ค. 2566



จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ จ.อำนาจเจริญ จำแนกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2565 - 2566

ข้อมูลการเฝ้าระวัง ในระยะ 1 ปี ณ วันที่ 19 กรกฎาคม 2566

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ทั้งหมดที่เฝ้าระวัง*
(ปี 2565 - 2566)

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย
กลับมาทำร้าย
ตัวเองซ้ำใน 1 ปี

71 | 3

* ผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดที่ต้องเฝ้าระวังไม่
กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี หมายถึง ผู้ที่เคย
พยายามฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณได้รับการช่วยเหลือ
อย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่เกิด
พฤติกรรมทำร้ายตนเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณ
เดียวกัน (ปีงบประมาณนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565-
วันที่ 30 กันยายน 2566)

ปี 2566 จ.อำนาจเจริญ
มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย
กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ระยะ 1 ปี

ร้อยละ 4.22

อำเภอที่กลับมาทำร้ายซ้ำ
คือ อ.เมือง และ อ.ชานุมาน

= คิดเป็นร้อยละ 95.78

ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับ
มาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี
(เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80)

ผู้พยายามฯ กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ เกินเกณฑ์

ผู้พยายามฯ กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ เท่ากับเกณฑ์

ผู้พยายามฯ กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ น้อยกว่าเกณฑ์ = 7 อำเภอ

ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยระดับชาติ
ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2565 - 19 ก.ค. 2566 ข้อมูล ณ วันที่ 19 ก.ค. 2566

วิเคราะห์ปัจจัยสำคัญ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัด อำนาจเจริญปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 19 ก.ค. 2566)

เพศ	ช่วงวัย	สถานภาพ	อาชีพ	วิธีการ	ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยกระตุ้น	Warning Sign
 หญิง 17 คน (60.71%)	 วัยรุ่น 20-39 ปี 18 คน (64.28%) - อายุน้อยสุด 12 ปี - อายุมากที่สุด 68 ปี	 โสด 13 คน (46.43%)	 รับจ้าง 10 คน (35.71%) นักเรียน นักศึกษา 7 คน (29.16%)	 กินยา เกินขนาด 13 คน (46.43%)	 โรคจิตเวช 7 คน (25 %) ซึมเศร้า 4 คน โรคจิต 2 คน โรคจิต + ซึมเศร้า 1 คน	 ความสัมพันธ์ ทะเลาะคนใกล้ชิด/ น้อยใจ ถูกดุด่า 15 คน (53.57%) ใช้สุรา 6 คน (21.43 %)	 ไม่มี/ไม่พบ สัญญาณเตือน 26 คน (92.86%)

คน

ปัจจัยปกป้อง/เฝ้าระวัง เสริมปัจจัยปกป้อง สร้างความเข้มแข็งทางใจ เฝ้าระวังไม่ให้อำนาจตัวเองซ้ำ
ด้านอื่น (การปิดกั้นสถานที่/อุปกรณ์ในการฆ่าตัวตาย) อ่อนแอ ล้มเหลว เพิ่มมาตรการด้านกั้นการเข้าถึงการฆ่าตัวตาย สำหรับญาติ/คนใกล้ชิด

ข้อชื่นชม

1. มีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย จังหวัดอำนาจเจริญ และระบบการจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ การฆ่าตัวตาย หรือพบสัญญาณเตือน มีจุดแจ้งเหตุที่ชัดเจน ตามระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์

ผลลัพธ์

- เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ขณะเผชิญเหตุได้ดีมากขึ้น
- ลดปัญหาความสับสนในการประสานงาน และทีมที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าจัดการเหตุ ตามระบบได้อย่างทันที

การจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ การฆ่าตัวตาย หรือพบสัญญาณเตือน

ขณะเกิดเหตุ

กระทำการแล้ว เสียชีวิตแล้ว

กระทำการแล้ว ได้รับความเจ็บ ยังไม่เสียชีวิต

กำลังพยายามฆ่าตัวตาย เช่น อยู่บนสะพาน

คิดฆ่าตัวตาย คิดวางแผนไว้แล้ว แต่ยังไม่ลงมือ

คิดฆ่าตัวตาย แต่ไม่ได้วางแผน ยังไม่ได้ลงมือ

แจ้งตำรวจ

แจ้งหน่วยฉุกเฉินทางการแพทย์และตำรวจ

แจ้งตำรวจและหน่วยฉุกเฉินทางการแพทย์

แจ้ง 3 หมอ ในพื้นที่เพื่อนำส่งสถานพยาบาล

แจ้ง 3 หมอ ในพื้นที่



หลังเกิดเหตุ (กรณีวิกฤตสุขภาพจิตระดับบุคคล)

แจ้งทีมสอบสวนโรค สสจ.อำนาจเจริญ (ทำร้ายตัวเอง)

สรุปรายงานการสอบสวนโรค

หลังเกิดเหตุ (กรณีวิกฤตสุขภาพจิตระดับภัยพิบัติสุขภาพ)
เช่น ไฟไหม้ น้ำท่วม อุบัติภัยหมู่ โรคระบาด หรือ Mass shooting เป็นต้น

รายงาน ผวจ./นพ.สสจ. จัดตั้งทีม EOC และแจ้ง MCATT

โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เม.ย.66

ข้อเสนอแนะ

2. มีแผนยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดอำนาจเจริญ ปี 2566 -2567

“คนอำนาจเจริญ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ติดสุรา ยาเสพติด มีความรอบรู้เท่าทันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Suicide Literacy) ได้รับการสนับสนุนให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่า” ขับเคลื่อนโดยคณะอนุกรรมการประสานงานว่าด้วยการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิตระดับจังหวัด

▶ แผนยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดอำนาจเจริญ ปี 2566 -2567

(สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลด้านสวัสดิการ การบริการทางสังคมและสุขภาพขั้นพื้นฐาน รวมถึงเสริมสร้างพลังใจในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางเศรษฐกิจและสังคม กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ผู้ติดสุราและยาเสพติด

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบการคัดกรอง ค้นหาและเฝ้าระวังประชากรกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ตามระดับความรุนแรงและครอบคลุมทุกมิติ เช่น กลุ่มวัยทำงาน เด็กและวัยรุ่น ผู้สูงอายุ คลินิกในสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนารูปแบบกลไกการจัดการแบบบูรณาการภาคีเครือข่ายในจังหวัด โดยเฉพาะในระดับอำเภอที่มีการฆ่าตัวตายสูง ในฐานะเจ้าของปัญหาร่วมกัน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม ที่เอื้อและสนับสนุนการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย มีการสอบสวนโรค วิเคราะห์และสะท้อนข้อมูลการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่

ข้อขึ้นชม

3. บูรณาการการจัดทำแผนป้องกันการค้าตัวตายใช้กลไกคณะอนุกรรมการประสานงานว่าด้วยการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิตระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (แนวทาง 3 หมอ) การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การจัดทำแผนบูรณาการป้องกันการค้าตัวตาย จังหวัดอำนาจเจริญ

เสริมสร้างความรอบรู้ประชาชน

ส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลด้านสวัสดิการ การบริการทางสังคม และสุขภาพขั้นพื้นฐาน รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สัญญาณเตือน เสริมสร้างพลังใจในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการค้าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางเศรษฐกิจและสังคม กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ผู้ติดสุรา และยาเสพติด

มหาไทย ปกครอง สาธารณสุข พมจ. ตำรวจ สถานศึกษา สถานประกอบการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

พัฒนาระบบคัดกรองค้นหา เฝ้าระวัง

คัดกรอง ค้นหาและเฝ้าระวังเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงการค้าตัวตาย ตามระดับความรุนแรง ให้ครอบคลุมทุกมิติ ตามบริบทของพื้นที่ เช่น กลุ่มวัยทำงาน เด็ก และวัยรุ่น ผู้สูงอายุ คลินิกในสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น และ พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ให้มีความพร้อมรองรับบริการผู้ป่วย

มหาไทย ปกครอง สาธารณสุข swท.อำนาจเจริญ swช. และ sw.สต.ทุกแห่ง

สร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย

พัฒนารูปแบบกลไกการจัดการแบบบูรณาการภาคีเครือข่ายในจังหวัด โดยเฉพาะในระดับอำเภอที่มีการค้าตัวตายสูง พัฒนาการมีส่วนร่วมผู้นำ ประชาชนในชุมชน ต่อการเฝ้าระวังป้องกันการค้าตัวตาย (Gate Keeper) ในเรื่อง การตรวจจับสัญญาณเตือน (warning sign) การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น

มหาไทย ปกครอง สาธารณสุข swท.อำนาจเจริญ swช. sw.สต.และเครือข่ายภาคประชาชน

พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการแก้ไขปัญหา

พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม ที่เอื้อและสนับสนุนการแก้ไขปัญหาการค้าตัวตาย มีการสอบสวนโรค (ทีมสอบสวนโรค ระดับวิทยาการค้าตัวตาย) วิเคราะห์และสะท้อนข้อมูลการค้าตัวตายในระดับพื้นที่ มีการบันทึกข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง 506S ที่ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต swท.อำนาจเจริญ swช. และ sw.สต.ทุกแห่ง

ข้อชื่นชม

4. มีการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่เสี่ยงฆ่าตัวตายสูง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community set Zero) อ.ลืออำนาจ อ.ชานุมาน



อ.ลืออำนาจ สร้างการมีส่วนร่วมเครือข่ายในชุมชน

ดูแลสุขภาพจิต + ผู้ป่วยจิตเวช + ยาเสพติด + เติมภูมิคุ้มกันทางใจ

รพ.ลืออำนาจ เป็นตัวแทนนำเสนอผลการดำเนินงาน

"การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยใช้กระบวนการ 3 หมอ"

ในเวทีระดับประเทศจัดโดยกรมสุขภาพจิตขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี ภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ "ร่วมสร้างพลังใจ สุขภาพจิตไทยยั่งยืน Better Mental Health care for all"

ระหว่างวันที่ 8-9 สิงหาคม 2566 ณ โรงแรมปริ๊นซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร

อ.ชานุมาน สร้างการมีส่วนร่วมเครือข่ายในชุมชน

ดูแลสุขภาพจิต + ผู้ป่วยจิตเวช + ยาเสพติด + เติมภูมิคุ้มกันทางใจ

ข้อเสนอแนะ

Suicide Literacy

- เน้นสื่อสาร **"Suicide Literacy การช่วยเหลือแบบเร่งด่วน ผู้มีสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย"**
- **ศึกษาการรับรู้และวิเคราะห์สัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตายที่พบในกลุ่มที่ฆ่าตัวตาย** นำไปสู่การกำหนดเป็นสโลแกนของจังหวัดในการสื่อสารเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย

Psychological autopsy

- **พัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนโรค กรณีฆ่าตัวตาย** ให้มีทักษะและความเชี่ยวชาญในการดำเนินการสอบสวนฆ่าตัวตายกรณีเสียชีวิต (Psychological Autopsy)
- นำข้อมูลจากการสอบสวนโรคมา **วิเคราะห์เพื่อหาปัจจัย** นำไปสู่การวางแผน กำหนดมาตรการ และแก้ไขปัญหาในระดับอำเภอ

การสร้างภาคีเครือข่าย

- **ขยายพื้นที่** การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community set Zero) โดยเน้น หลัก 3 ส. พลัส (สอดส่องมองหาโดยเฉพาะกลุ่มว่างงานกลับภูมิลำเนา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง)

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

แจ้งทีมเยียวยาจิตใจ
(MCATT)

แจ้งทีมปฏิบัติการพิเศษ
ป้องกันการฆ่าตัวตาย
จากจุดแจ้งเหตุ

ช่วยชีวิต

แจ้งทีมสอบสวนโรค

สอบสวนโรค

ค้นหา/ประเมิน
ผู้ได้รับผลกระทบ

สรุป/รายงาน
การสอบสวนโรค

วิเคราะห์/คืนข้อมูล
เวทีระดับพื้นที่/จังหวัด



สุขภาพ คือ ชีวิต สุขภาพจิต คือ ชีวิตที่มีความสุข

"Health is Life : Mental Health is Happy Life"



Thank You



สุขภาพกลุ่มวัยและสุขภาพจิต

กรมอนามัย © กรมสุขภาพจิต