



สรุปผลการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ 1 เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ พ.ศ.2566

Functional based ประเด็นที่ 3.1 สุขภาพกลุ่มวัย

3.1 กลุ่มวัย ประกอบด้วยตัวชี้วัด

3.1.1. มารดาและทารก

3.1.2. เด็กปฐมวัย

3.1.3 วัยทำงาน



นางสาวไพลดา วิรัมย์ ผู้นำเสนอ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต

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

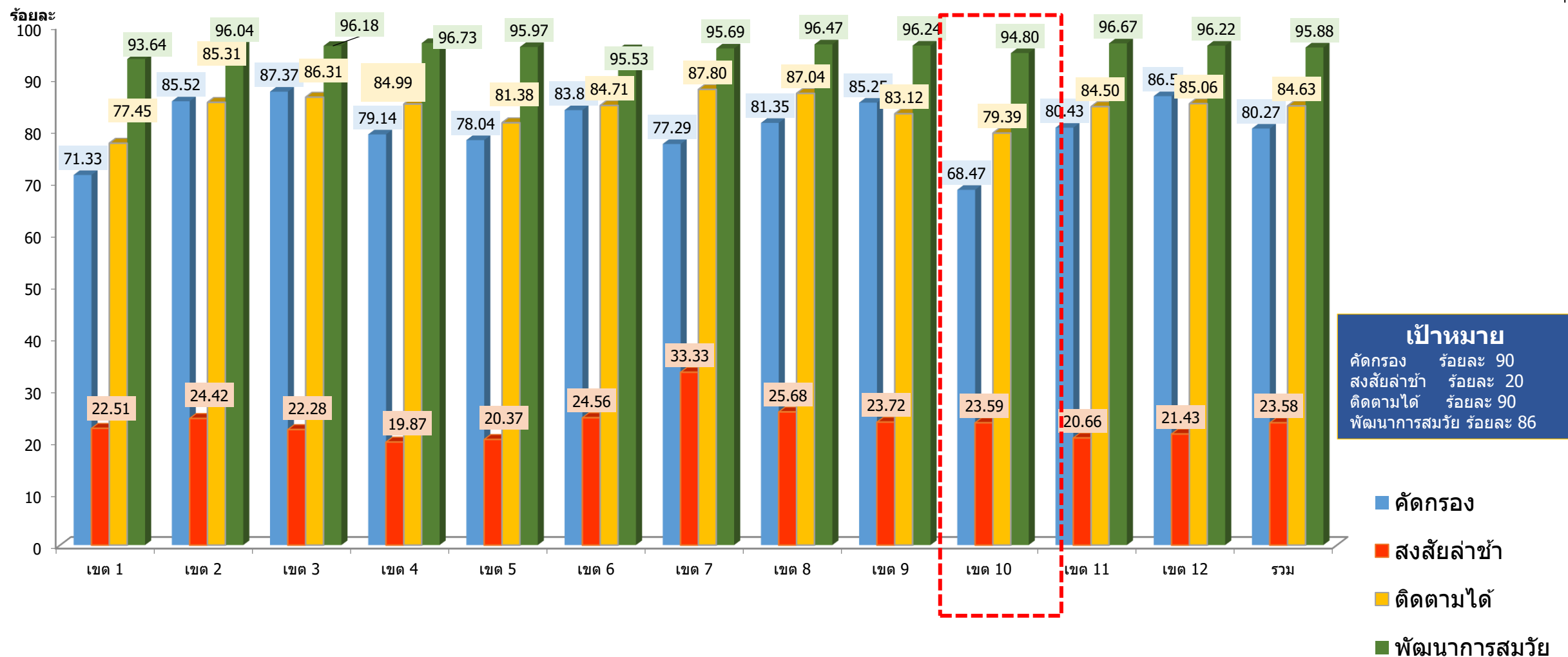


สรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ 1 ปี 2566 ตัวชี้วัด ประเด็น : สุขภาพกลุ่มวัย : HDC 31 มี.ค. 66

หัวข้อ/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อุมล	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจ	มุกดาหาร	เขต 10
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17ต่อแสน LB	16.95	0	0	105.60	0	15.49
2. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	<3.60 ต่อพันเกิดมีชีพ	4.38	4.06	1.62	2.99	3.24	3.65
3.ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 86	94.35	94.10	97.60	97.04	91.88	94.80
4.ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรอง แล้วพบว่ามีความพิการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมืออื่น จนมีความพิการสมวัย	ร้อยละ 35	25	11.11	0	0	20	14.81
5.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 66	65.98	64.37	69.96	54.42	52.85	63.80
6.ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ 75	78.61	78.06	90.75	81.14	85.90	81.82
7.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร	2.41	3.98	4.33	3.73	2.28	3.23
8.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ 80	104.58	92.32	114.48	95.86	138.38	109.12
9.ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 57	53.8	57.82	64.85	60.24	51.28	59.9

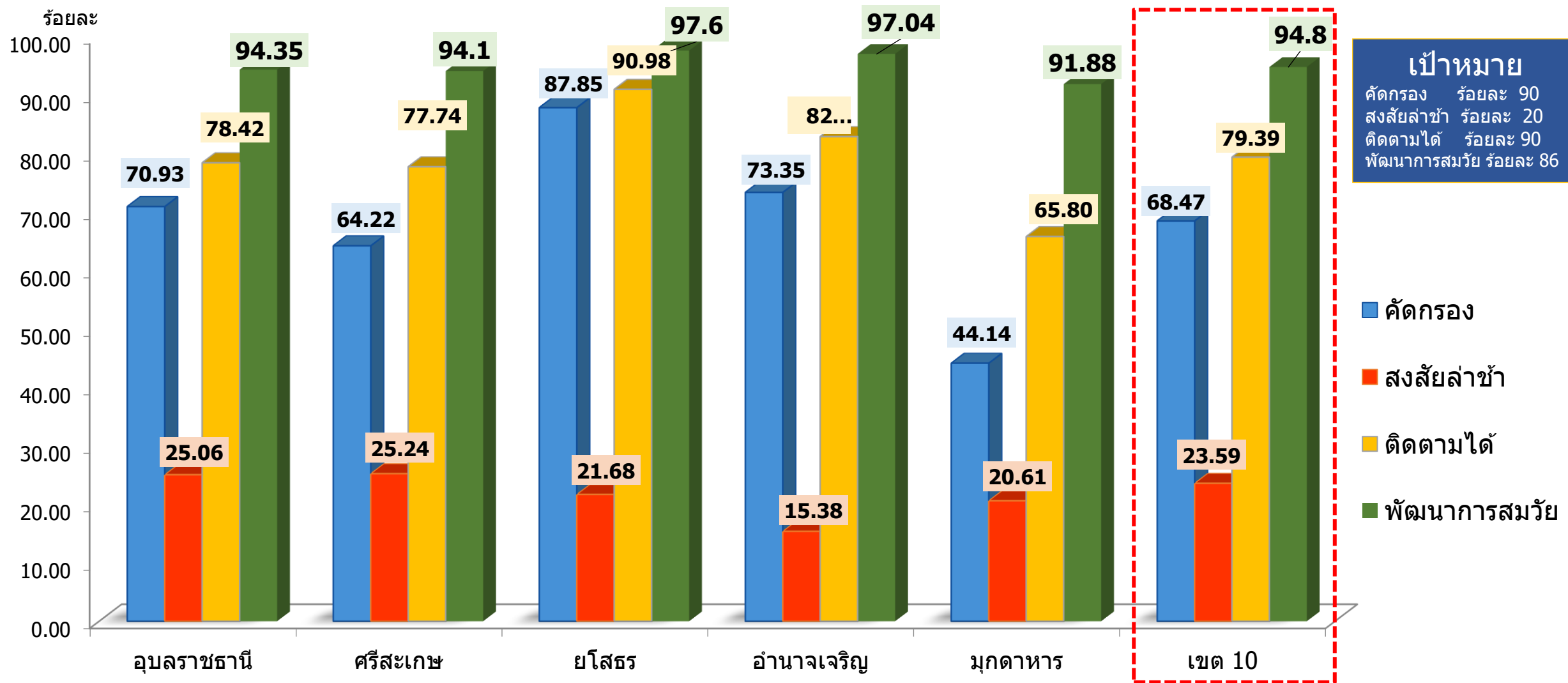
สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2566 เปรียบเทียบระดับประเทศ

ร้อยละความครอบคลุมของเด็กที่รับการคัดกรองด้วย DSPM / พัฒนาการสงสัยล่าช้า/ติดตามได้/พัฒนาการสมวัย
จำแนกรายเขต ปีงบประมาณ 2566 (1 ต.ค. 2565 – ก.พ. 2566)

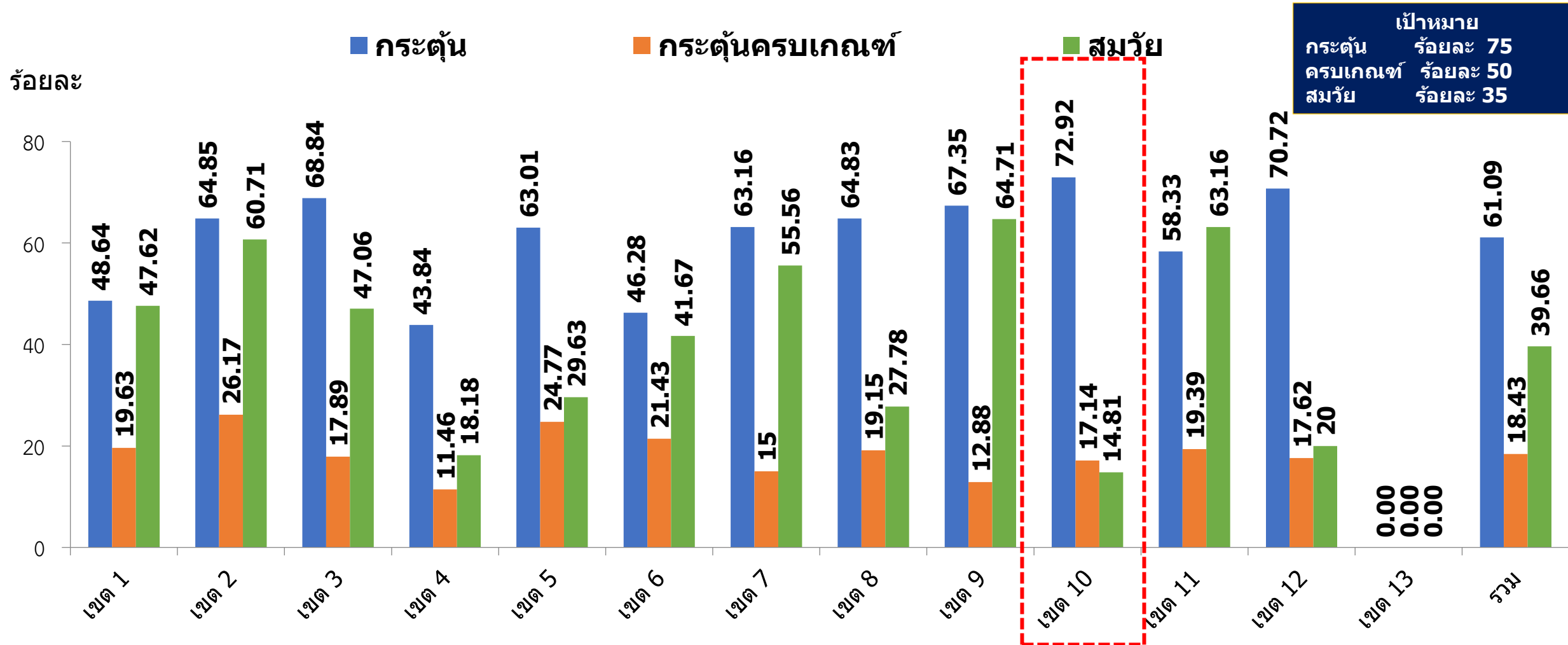


สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2566 เปรียบเทียบระดับเขต

ร้อยละความครอบคลุมของเด็กที่รับการคัดกรองด้วย DSPM / พัฒนาการสงสัยล่าช้า/ติดตามได้/พัฒนาการสมวัย
จำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2566 (1 ต.ค. 2565 – ก.พ.2566)

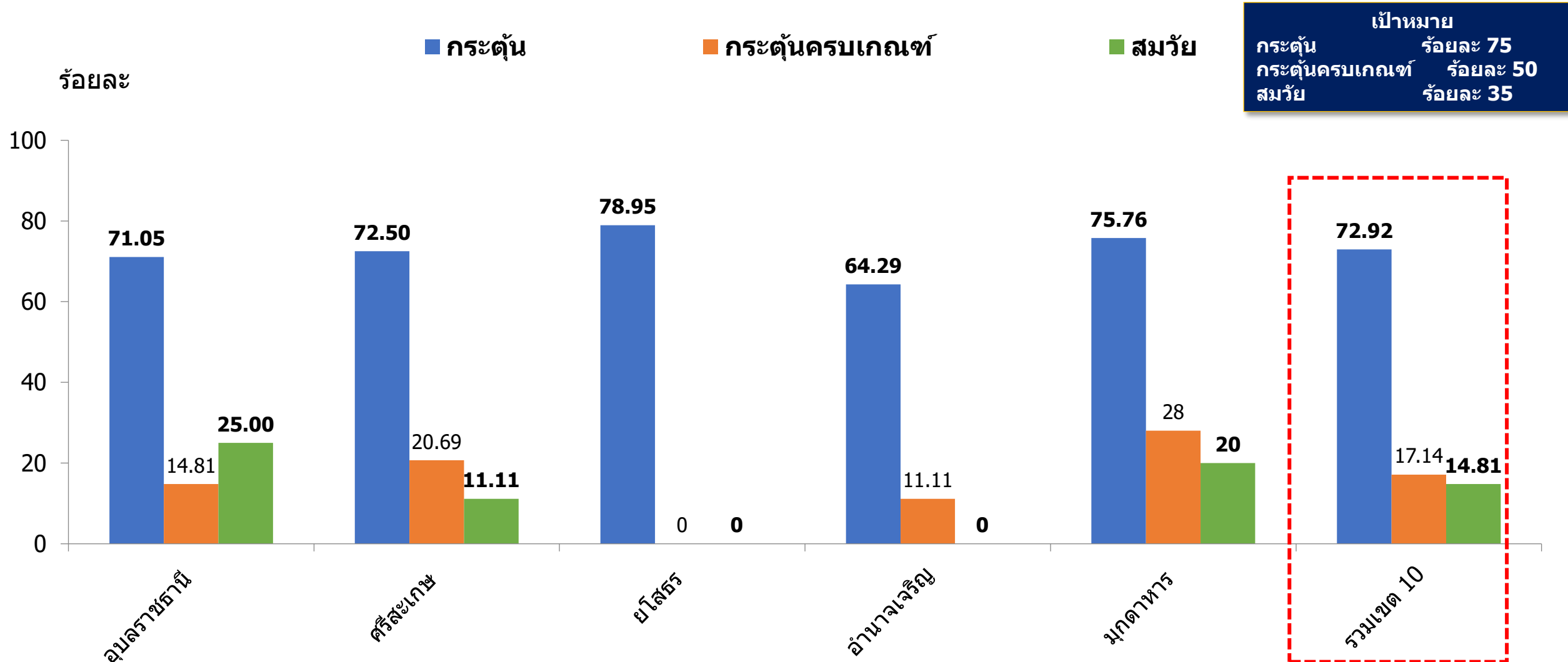


กราฟแสดงร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรอง แล้วพบว่ามีความพิการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีความสามารถสมวัย
เปรียบเทียบระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2566



หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1-12 นับเฉพาะเด็กปฐมวัย อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ดึงจากรายงานในระบบ HDC ณ วันที่ 20 มีนาคม 2566
ในส่วนข้อมูลเขตสุขภาพที่ 13 ต้องดึงจากสำนักอนามัย กทม. (ศบส. 68 แห่ง) และ รพ.ตติยภูมิในพื้นที่ (5 แห่ง) ไม่พบข้อมูลในระบบ HDC

กราฟแสดงร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรอง แล้วพบว่ามีการล่าช้า
แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีการพัฒนาการสมวัย
แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2566



หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1-12 นับเฉพาะเด็กปฐมวัย อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ดึงจากรายงานในระบบ HDC ณ วันที่ 20 มีนาคม 2566
ในส่วนข้อมูลเขตสุขภาพที่ 13 ต้องดึงจากสำนักอนามัย กทม. (ศบส. 68 แห่ง) และ รพ.ตติยภูมิในพื้นที่ (5 แห่ง) ไม่พบข้อมูลในระบบ HDC

ข้อมูลเด็กปฐมวัยที่เข้าสู่ระบบ TEDA 4I แล้วได้รับการวินิจฉัย

จังหวัด	เด็ก พัฒนาการ ล่าช้า ทั้งหมด	F84.0 ออทิสติก (ASD)	F84.1 ออทิสติกนอก แบบ (ASD)	F84.2 กลุ่มอาการ เรตต์	G80.x อัมพาต สมอง ใหญ่	Q90.x ดาวน์ ซินโดรม (Down syndrome)	รวม	ร้อยละ
ศรีสะเกษ	47	11	0	1	3	4	19	40.42
อุบลราชธานี	39	7	2	0	2	1	12	30.76
ยโสธร	29	6	0	0	0	2	8	27.58
อำนาจเจริญ	15	6	1	0	1	1	9	60
มุกดาหาร	37	11	0	0	5	3	19	51.35
รวม	167	41	3	1	11	11	67	40.12

ปัญหา/สาเหตุ / สิ่งสะท้อนความไม่สำเร็จ

❑ ระบบบริการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

1. การให้บริการเด็กปฐมวัยไม่ครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์ (การคัดกรองภาวะโลหิตจาง / การจ่ายยารักษาเสริมธาตุเหล็ก/ การชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง/ การตรวจสุขภาพช่องปาก)
2. คุณภาพการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วย DSPM และการค้นหาเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่การกระตุ้นด้วย TEDA 4I น้อย
3. เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจากการคัดกรองพัฒนาการ DSPM พบการเข้าถึงบริการเพื่อตรวจวินิจฉัยโรคน้อย สาเหตุ ผปค.ไม่นำเด็กเข้าสู่ระบบการรักษา / ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง ค่าที่พัก
4. การนำเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ล่าช้ากว่าห้วงเวลาที่กำหนด

ข้อเสนอแนะสำหรับพื้นที่ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ระบบบริการ

- 1) ระบบการดูแลสุขภาพเด็กรายบุคคล (Individual Care plan) ใน สพด.
- 2) มีระบบติดตาม และกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าให้มีความต่อเนื่อง โดย Child and Family Team) ในพื้นที่ สพด.

2. การพัฒนาศักยภาพ

- 1) พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้สามารถประเมินพัฒนาการ ด้วย DSPM อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) ฟื้นฟูความรู้และทักษะ TEDA4I ให้กับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (PG เด็ก) และผู้รับผิดชอบงานกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 3) ฟื้นฟู ทบทวนทักษะความรู้ พี่เลี้ยงเด็ก ครูพี่เลี้ยง ในการใช้เครื่องมือ DSPM ในศพด.
- 4) สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้วยคู่มือ DSPM และส่งเสริมวินัยเชิงบวกด้วย Triple p

3. การสร้างความรอบรู้

- 1) สร้าง HL ของผู้ปกครองในการเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผ่านช่องทาง ออนไลน์ คลิป Youtube / ออฟไลน์

4.ระบบข้อมูล

- 1) ควรมีการคืนข้อมูลให้ พชอ กำกับติดตาม ผ่าน CFT โดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อผลักดันส่วนที่ขาด ให้มีความต่อเนื่อง
- 2) การเชื่อมข้อมูล (Link) การให้บริการฐานข้อมูล กับ ระบบโปรแกรม HDC ของจังหวัด นำข้อมูลเข้าสู่ระบบ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน

การติดตาม รอบที่ 2 ตามข้อสั่งการ

อุบลราชธานี

ศรีสะเกษ

- 1) ให้มี**ระบบเชิงรุกติดตามให้เด็กที่พัฒนาการล่าช้า**ให้พบแพทย์และกระตุ้นพัฒนาการ รวมถึงการบันทึกข้อมูลในระบบให้ทันเวลา
- 2) ทบทวนแนวทาง**การคัดกรอง DSPM ตามช่วงอายุ ของ จนท.**

- 1) ให้**เน้นการพัฒนาพื้เลี้ยงเด็ก**ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้สามารถคัดกรองพัฒนาการเด็กได้
- 2) การคัดกรองพัฒนาการเด็กต่ำกว่าเกณฑ์ โดยเฉพาะใน รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจ จังหวัด ตำบล**คืนข้อมูลให้ อบจ.รับทราบและกำกับ**ให้มีการดำเนินงานตามข้อตกลง/พรบ.ว่าด้วยการถ่ายโอนภารกิจที่ระบุว่าประชาชนต้องได้รับบริการด้านสุขภาพตามมาตรฐานของ กระทรวงสาธารณสุข

อำนาจเจริญ

มุกดาหาร

- 1.มอบหมายผู้บริหารระดับจังหวัดจัดทำข้อตกลงความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในจังหวัด ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก
- 2.**พัฒนาศักยภาพครู/ พื้เลี้ยงเด็กให้สามารถคัดกรอง/กระตุ้นพัฒนาการได้** โดยให้มีพยาบาลที่มีความ**เชี่ยวชาญ** ด้านพัฒนาการเด็กอำเภอละ 1 คนช่วยให้คำปรึกษาครู/พื้เลี้ยงเด็กในกลุ่มไลน์ สำหรับ รพ.สต.ให้ประสานเก็บข้อมูลผลการคัดกรองจากครู/พื้เลี้ยงเด็ก

- 1) ขอให้เพิ่มการคัดกรองพัฒนาการเด็กให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
- 2) **ติดตามให้เด็กที่พัฒนาการล่าช้าให้พบแพทย์และกระตุ้นพัฒนาการ รวมถึงการบันทึกข้อมูล ในระบบให้ทันเวลา**
- 3) ให้จังหวัดมุกดาหาร List ประเด็นปัญหากลุ่มวัยที่เป็นปัญหาอยู่ คือวัยไหน ให้จับกลุ่ม แล้ว คัดเลือกปัญหามาดำเนินการ

ยโสธร

ให้**ติดตามเด็กที่มีปัญหา IQ ต่ำ** จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตว่ามีสาเหตุใดบ้าง เช่น ชีด ผอม ประวัติพัฒนาการล่าช้า

Change >>> ศพด.

1 Input

เขตสุขภาพที่ 10

- จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งหมด **5,107** แห่ง
- ผลการประเมิน มาตราฯ ชาติ 2,346 แห่ง (ร้อยละ 45.93)
 - ❑ ผ่าน **2,313** แห่ง (ร้อยละ 98.59)
 - ❑ ไม่ผ่าน **33** แห่ง (ร้อยละ 1.41) มี.ค. 66

- จำนวนเด็กปฐมวัยทั้งหมดใน ศพด. **188,282** คน
- จำนวนครู/ครูผู้ช่วย/พี่เลี้ยง/ผู้ดูแลเด็กทั้งหมด **6,380** คน.



PG
249 คน

เด็ก 72 คน
ทั่วไป 177 คน

2 Process

ศพด พัฒนาครูพี่เลี้ยง ครูผู้ช่วย ทุกสังกัด

- DSPM
- Triple P/หลักสูตรปฐมนิเทศผู้ปกครอง
- คู่มือส่งเสริมสติปัญญาเด็กปฐมวัย(เชาว์เล็ก)
- การดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง

จนท.สบ.

- ทักษะการเป็น Coacher ด้านพัฒนาการ 1 คน / 1 ตำบล
- ระบบ PM พี่เลี้ยง
- รวบรวมข้อมูลที่ประเมินพัฒนาการเด็กลงระบบข้อมูล
- สร้าง HL ผ่านช่องทาง Line OA

พชอ./ พชจ. กำกับติดตาม

- วางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและสนับสนุนการดำเนินงาน
- กำกับติดตามคืนข้อมูล

ศูนย์วิชาการ

- จัดทำหลักสูตร DSPM ,Triple P, คู่มือส่งเสริมสติปัญญาเด็กปฐมวัย(เชาว์เล็ก)
- สนับสนุนวิทยากร
- กำกับติดตามประเมินผล

3 Output

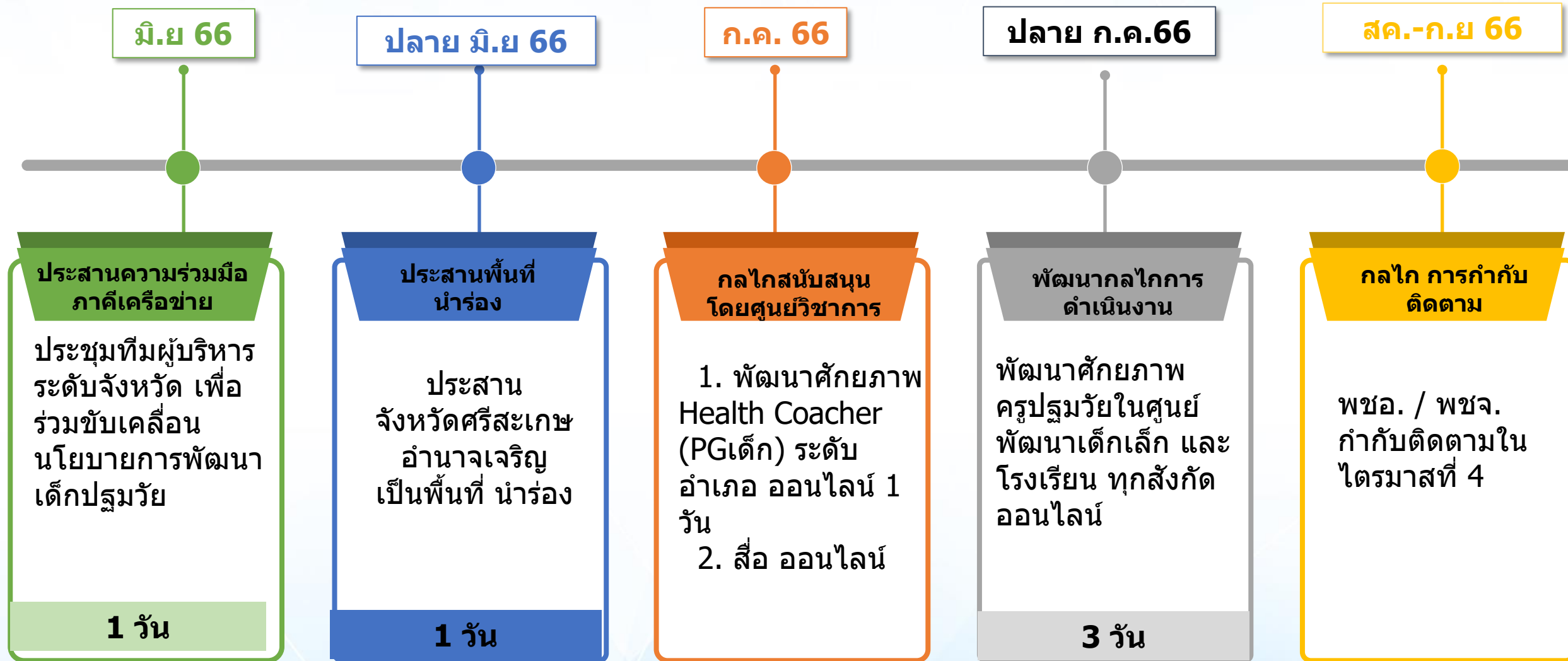
เด็ก

- ได้รับการประเมินพัฒนาการ
- ค้นหา เพื่อพบเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการ เร็วขึ้น
- ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวก
- ติดตาม ส่งต่อ เข้าสู่ระบบการรักษา

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยได้มาตรฐาน

- ผ่านมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
- ผ่านมาตรฐานด้านสุขภาพ 4D

(ยกร่าง)) โครงการ “เด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 10 พัฒนาการสมวัย EQ ดี มีวินัยเชิงบวก”ปี 2566



(ยกร่าง) โครงการ “เด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 10 พัฒนาการสมวัย EQ ดี มีวินัยเชิงบวก”

ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย ร่วมกับ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 กรมสุขภาพจิต

ปี 2567



- 1 ขยายผลการดำเนินงาน
- 2 ถอดบทเรียน ระยะที่ 2
- 3 กำกับติดตาม

ปี 2569



ปี
2568

นำร่อง จ.อำนาจเจริญและศรีสะเกษ

- 1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข (Health Coacher) ครู ก ระดับตำบล อำเภอ
- 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการศึกษา อบรมภาคทฤษฎีและฝึกทักษะ DSPM/ Triple P /IQ
- 3 ถอดบทเรียน ระยะที่ 1
- 4 จัดทำคู่มือ “การพัฒนาเด็กปฐมวัย”

สรุปการวิจัย
ประเมินผล
โครงการ

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานฯ สุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 10 รอบที่ 1/2566

KPI 28

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
เข้าถึงบริการสุขภาพจิต

KPI 29.1

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

KPI 29.2

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี



กรมสุขภาพจิต

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี



โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

อุบลราชธานี
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 และ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



KPI 28

ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต

ปีงบประมาณ 2560 – 2566

ข้อมูล ณ วันที่ 13 มีนาคม 2566

ภาพรวมผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
มีแนวโน้ม **เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น**
(ทุกจังหวัดมีผลงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)

เป้าหมาย

≥ **80%**

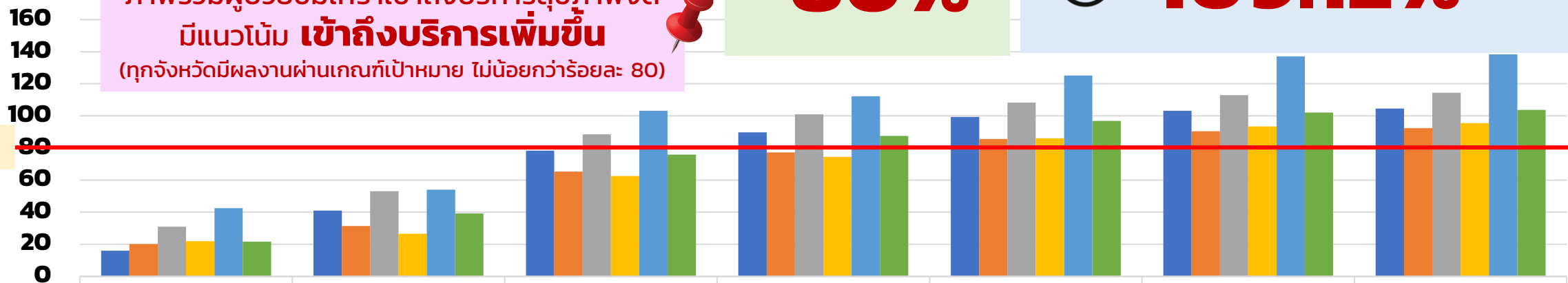
ผลงาน เขตสุขภาพที่ 10

(รอบ 6 เดือน)



109.12%

≥ ร้อยละ 80



	2560	2561	2562	2463	2564	2565	2566
■ อุบลราชธานี	16.02	41.06	78.27	89.77	99.4	103.21	104.58 ✓
■ ศรีสะเกษ	20.12	31.4	65.26	77.18	85.63	90.45	92.32 ✓
■ ยโสธร	30.96	53.04	88.48	100.98	108.26	112.88	114.48 ✓
■ อำนาจเจริญ	21.99	26.62	62.59	74.52	85.98	93.5	95.86 ✓
■ มุกดาหาร	42.45	54.04	103.16	112.23	125.16	137.03	138.38 ✓
■ ภาพรวม	21.63	39.2	75.91	87.52	96.9	102.06	109.12 ✓

ที่มา : ประมวลผลจากข้อมูลทะเบียนกลาง HDC Big DATA กระทรวงสาธารณสุข และฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูล ณ สิ้นสุดการตรวจราชการฯ 24 มีนาคม 2566

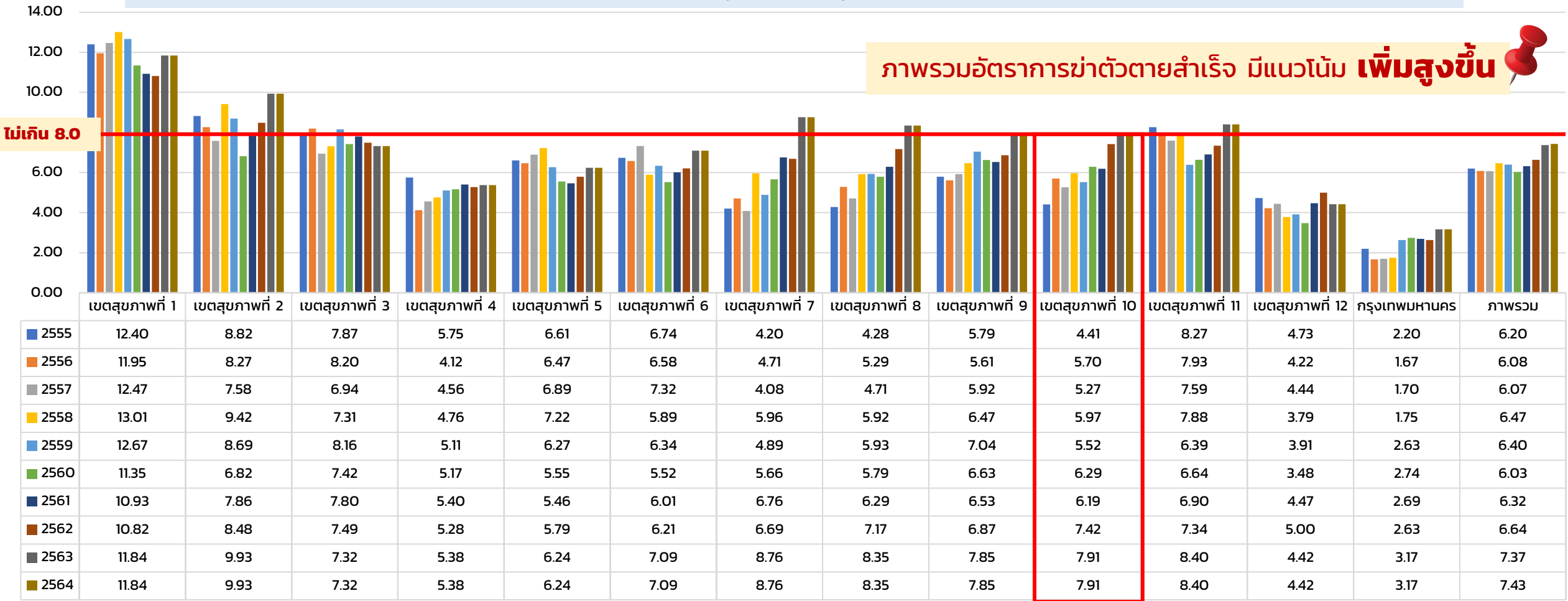


KPI 29.1

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกรายเขตสุขภาพ

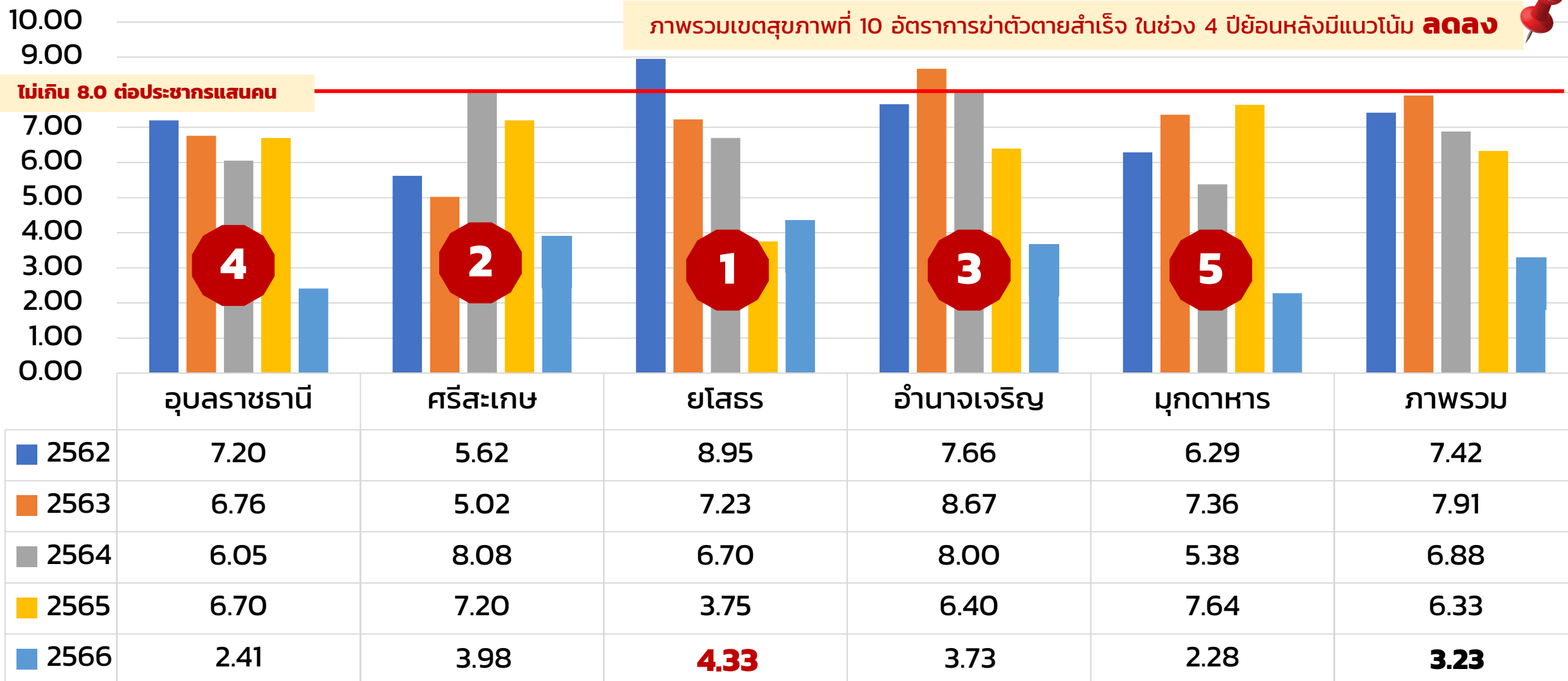
สถานการณ์ 10 ปี ระหว่างปี 2555 – 2564 (ข้อมูลรายงานศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ กรมสุขภาพจิต)



ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ข้อมูลเสียชีวิตตามทะเบียนบ้าน ระหว่างปี 2555 – 2564 ที่ประกาศนำเสนอผลอัตราอย่างเป็นทางการ ข้อมูล ณ วันที่ 24 มีนาคม 2566

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด

สถานการณ์ 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2566 (ณ วันที่ 18 เมษายน 2566)

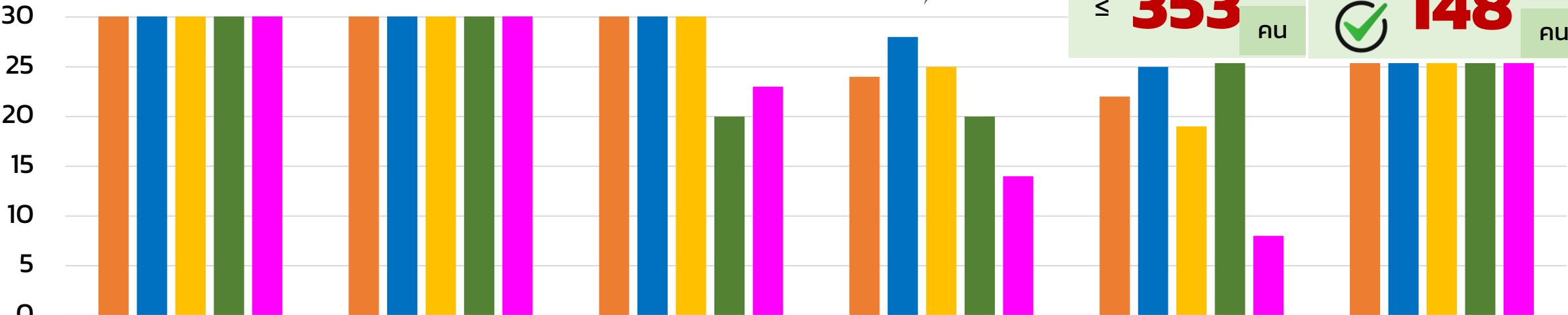


ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 18 เมษายน 2566

จำนวน การฆ่าตัวตายสำเร็จ เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด

สถานการณ์ 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2566 (ณ วันที่ 18 เม.ย. 2566)

ภาพรวมจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ สูงสุดในปี 2562
ลดลงต่อเนื่องในระยะ 5 ปี



เป้าหมาย

อัตรา 8.0

ต่อประชากรแสนคน

จำนวน ≤ 353 คน

ผลงาน

(รอบ 6 เดือน)



อัตรา 3.23

ต่อประชากรแสนคน



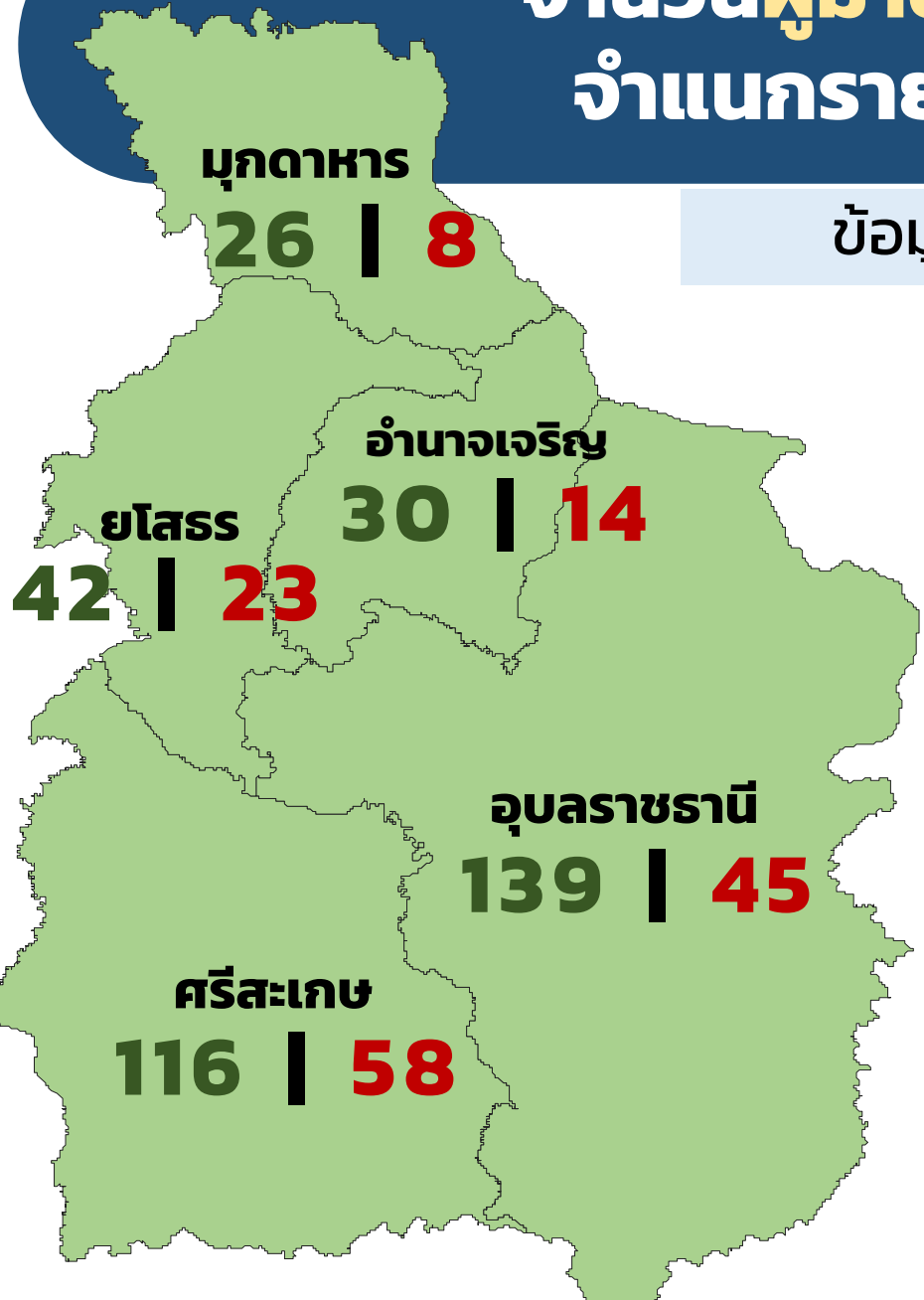
จำนวน 148 คน

	อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร	ภาพรวม
ปี 2562	135	65	48	24	22	294
ปี 2563	127	73	35	28	25	288
ปี 2564	82	119	37	25	19	282
ปี 2565	86	105	20	20	27	258
ปี 2566	45	58	23	14	8	148

ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 18 เมษายน 2566

จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2566

ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ ณ วันที่ 18 เมษายน 2566)



เสียชีวิต
ได้ไม่เกิน
353 | **148**
เสียชีวิตแล้ว

- ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เกินเกณฑ์ที่กำหนด
- ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับเกณฑ์ที่กำหนด
- ไม่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ / ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด = 5 จังหวัด

ปี 2566 เขตสุขภาพที่ 10
มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ **148** คน

= อัตรา **3.23**
ต่อประชากรแสนคน
(เกณฑ์อัตราไม่เกิน 8.0
ต่อประชากรแสนคน)

วิเคราะห์ปัจจัย สาเหตุส่วนใหญ่ของการฆ่าตัวตายสำเร็จ

เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 18 เมษายน 2566)

เพศ	ช่วงวัย	สถานภาพ	อาชีพ	วิธีการ	ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยกระตุ้น	Warning Sign
 ชาย 124 คน (83.78%)	 วัยทำงาน 30-59 ปี 97 คน (65.54%) - อายุน้อยสุด 13 ปี - อายุมากที่สุด 87 ปี	 โสด 60 คน = คู่ 60 คน (รวม 81.08%)	 เกษตรกร /ทำนา 53 คน (39.18%)	 ผูกคอ 141 คน (95.27%)	 โรคจิตเวช 54 คน (36.48%) โรคจิต 40 คน ซึมเศร้า 13 คน จิตติอดสุรา 1 คน	ความสัมพันธ์ ทะเลาะคนใกล้ชิด/ น้อยใจ ถูกดุด่า 55 คน(37.16%) และ ใช้สุรา/มึนเมา 41 คน(27.7%)	 ไม่มี สัญญาณเตือน ถึงการจะลงมือ ฆ่าตัวตาย 98 คน (66.21%)

ปัจจัยปกป้อง/เฝ้าระวัง ปัจจัยปกป้องพบน้อย เป็น New Case จำนวน **123 คน (83.1%)** ควรเน้นการเฝ้าระวัง/คัดกรอง ดูแลทางสังคมจิตใจ
ด้านกัน (การปิดกั้นสถานที่/อุปกรณ์ในการฆ่าตัวตาย) อ่อนแอ ล้มเหลว เพิ่มมาตรการด้านกัน สำหรับญาติ/คนใกล้ชิด กลไกชุมชน เพื่อนบ้าน



KPI 29.2

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี

เป้าหมาย

ผลงาน

(รอบ 5 เดือน)

80%



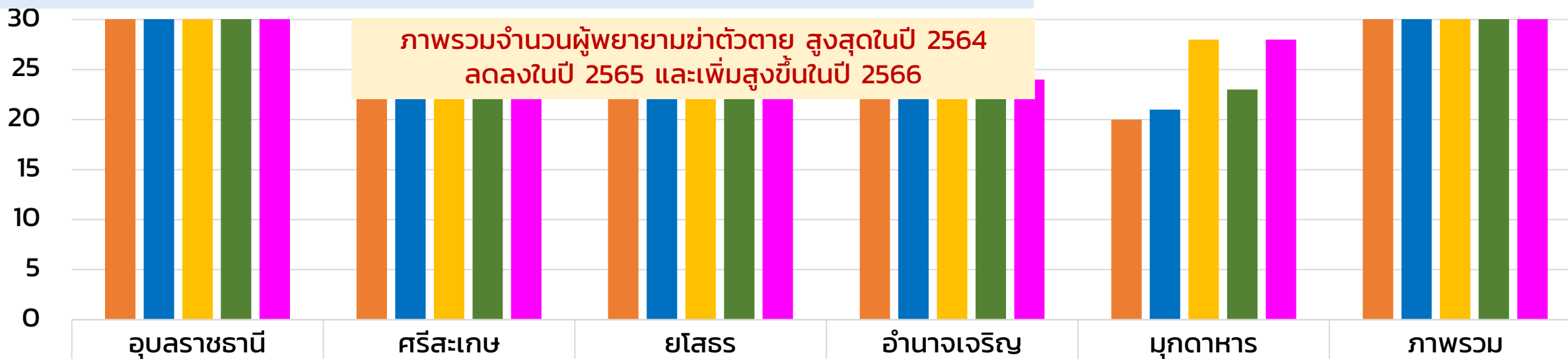
94.19%

ไม่กลับมาทำร้ายตัวเอง
ซ้ำในระยะ 1 ปี

ไม่กลับมาทำร้าย
ตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด

สถานการณ์ 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2566 (ณ วันที่ 18 เม.ย. 2566)



	อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร	ภาพรวม
ปี 2562	185	157	23	49	20	434
ปี 2563	284	148	46	32	21	531
ปี 2564	162	332	45	44	28	611
ปี 2565	182	105	40	43	23	393
ปี 2566	105	169	36	24	28	362

ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (5065) ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2565 – 1 มี.ค. 2566 ข้อมูล ณ วันที่ 8 มี.ค. 2566

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทำร้ายตัวเองซ้ำ เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2566

ข้อมูลการเฝ้าระวังในระยะ 1 ปี ณ วันที่ 18 เมษายน 2566)

มุกดาหาร

28 | 4

✓ ร้อยละ 85.71 ผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ

ยโสธร

36 | 2

✓ ร้อยละ 94.44
ผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ

อำนาจเจริญ

24 | 3

✓ ร้อยละ 87.5 ผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ

อุบลราชธานี

105 | 8

✓ ร้อยละ 92.38 ผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ

ศรีสะเกษ

169 | 4

✓ ร้อยละ 97.63 ผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย
กลับมาทำร้าย
ตัวเองซ้ำ
ในระยะ 1 ปี

ผู้พยายาม
ฆ่าตัวตาย
ทั้งหมด

362* | 21

* จำนวนที่มีการบันทึกข้อมูลรายงาน



ผู้พยายามฯ กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ เกินเกณฑ์



ผู้พยายามฯ กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ เท่ากับเกณฑ์



ผู้พยายามฯ กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ น้อยกว่าเกณฑ์ = 5 จังหวัด

ปี 2566 เขตสุขภาพที่ 10

มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย
กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ระยะ 1 ปี

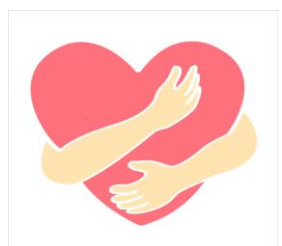
ร้อยละ 5.8

= คิดเป็นร้อยละ 94.19

ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับ
มาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี
(เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80)

ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ
และข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ 18 เมษายน 2566

วิเคราะห์ปัจจัย สาเหตุส่วนใหญ่ของการพยายามฆ่าตัวตาย เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 18 เมษายน 2566)

เพศ	ช่วงวัย	สถานภาพ	อาชีพ	วิธีการ	ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยกระตุ้น	Warning Sign
 หญิง 269 คน (74.3%)	 วัยรุ่น 10-29 ปี 267 คน (73.75%) - อายุน้อยสุด 11 ปี - อายุมากที่สุด 78 ปี	 โสด 262 คน (72.37%)	 นักเรียน นักศึกษา 185 คน (51.1%)	 กินยา เกินขนาด 228 คน (62.98%)	 โรคจิตเวช 159 คน (43.92%) ซึมเศร้า 136 ราย โรคจิต 19 ราย จิตติอดสุรา 4 ราย ไบโพลาร์ 3 ราย	 ความสัมพันธ์ ทะเลาะคนใกล้ชิด/ น้อยใจ ถูกดุด่า 228 คน (62.98%)	 ไม่มี สัญญาณเตือน ถึงการจะลงมือ ฆ่าตัวตาย 209 คน (57.73%)

ปัจจัยปกป้อง/เฝ้าระวัง ปัจจัยปกป้องพบน้อย เป็นผู้พยายามฆ่าตัวตาย New Case จำนวน **273** คน และเฝ้าระวังไม่ให้เกิดซ้ำ
ด้านอื่น (การปิดกั้นสถานที่/อุปกรณ์ในการฆ่าตัวตาย) อ่อนแอ ล้มเหลว เพิ่มมาตรการด้านกั้นการเข้าถึงการฆ่าตัวตาย สำหรับญาติ/คนใกล้ชิด

ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตาย (506S) ศูนย์ป้องกันและลดผลกระทบจากการฆ่าตัวตายเป็นระดับชาติ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 18 เมษายน 2566 (N = 362 คน)

ศรีสะเกษ

1. สอบสวนโรคทุกราย **วิเคราะห์ บ่งชี้กลุ่มเสี่ยงในจังหวัดได้**
2. sw.ศรีสะเกษ ดูแลเครือข่าย-ส่งต่อ **"หอผู้ป่วยกมลรักษ์"** และเครือข่ายระดับ sw.ชุมชน มีความเข้มแข็ง
3. ผลักดันวาระจังหวัด : **"คนศรีสะเกษสุขภาพดี ปลอดภัย พยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี สู่การทอเกี่ยววิถีใหม่ สุขภาพจิตดีมีวัคซีนใจไม่ฆ่าตัวตาย"**
4. บูรณาการระดับปฐมภูมิ ขับเคลื่อน **"วัคซีนใจ" "3 หมอ"** ในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน 22 อำเภอ

อำนาจเจริญ

1. สอบสวนโรค **มีการวิเคราะห์บ่งชี้กลุ่มเสี่ยงในจังหวัดได้**
2. **มีจุดแจ้งเหตุ** เหตุการณ์ที่สำคัญสูงสุด สำหรับผู้บริหาร Line Application : **DCIRs Suicide Amnat**
3. อ.ปทุมราชวงศา สร้างการมีส่วนร่วมเครือข่ายในชุมชน ดูแลสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด เติมภูมิคุ้มกันทางใจ

มุกดาหาร

1. **โครงการคัดกรองซึมเศร้าวัยรุ่น** อายุ 13 – 18 ปี ในสถานศึกษา ดำเนินการคัดกรองได้ 45% ของนักเรียน ทั้งหมด พบกลุ่มเสี่ยง 59% ได้รับการดูแลช่วยเหลือ มีการติดตามต่อเนื่องโดยเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่
2. sw.มุกดาหาร ดูแลเครือข่าย-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด **"หอผู้ป่วยพักใจ"** และเครือข่ายระดับ sw.ชุมชน มีความเข้มแข็ง

อุบลราชธานี

1. สอบสวนโรคผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทุกราย **วิเคราะห์ บ่งชี้กลุ่มเสี่ยงภาพจังหวัดได้**
2. **การป้องกันปัญหาฆ่าตัวตาย เป็นประเด็นขับเคลื่อนใน พชอ. 2** อำเภอ (อ.น้ำขุ่น อ.ม่วงสามสิบ) บูรณาการประเด็นสุขภาพจิต ใน คณะกรรมการ พชอ. จำนวน 23 อำเภอ สร้างการมีส่วนร่วมสหวิชาชีพในการแก้ไขปัญหา
3. กำหนดแผนงานสุขภาพจิต/ฆ่าตัวตายในระดับปฐมภูมิ ใช้แนวทาง **"3 หมอ"**
4. **จัดบริการสุขภาพจิตเวชรองรับ** เปิด Ward รับส่งต่อ ดูแลช่วยเหลือ Case โดย 4 sw.แม่ข่าย และจัดตั้ง กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ใน sw.ชุมชน หลายแห่ง

ข้อ ชื่นชม

ยโสธร

1. สอบสวนโรคและนำเข้าข้อมูล/ระบบรายงานฆ่าตัวตาย เป็นปัจจุบัน **มีการวิเคราะห์และบ่งชี้กลุ่มเสี่ยงได้**
2. sw.ยโสธร เป็นพี่เลี้ยง ดูแลเครือข่าย-รับส่งต่อผู้ป่วย **"หอผู้ป่วยสุขใจ"** และเครือข่ายเข้มแข็ง
3. การพัฒนา Gate Keeper โดยการอบรม **"สร้างเครือข่ายเฝ้าระวัง สอดแนม"** ปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน จำนวน 79 ตำบล

ข้อเสนอแนะเชิงมาตรการระดับจังหวัด

- ➡ 1. จังหวัดดำเนินการสื่อสาร สร้างความรอบรู้สุขภาพจิต (ฆ่าตัวตาย) **“Suicide Literacy”** ในครอบครัว/ชุมชน/สถานศึกษา/สถานประกอบการต่าง ๆ Warning Sign การช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยง การสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว การจัดการความเครียด ทักษะชีวิต เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อเกิดภูมิคุ้มกันทางใจ เป็นต้น
- ➡ 2. แต่ละพื้นที่กำหนด **“จุดแจ้งเหตุ”** ให้ชัดเจน สื่อสารในระดับพื้นที่/อำเภอและจังหวัดให้ทั่วถึง เมื่อเกิดเหตุสามารถปฏิบัติได้ตามที่กำหนด
- ➡ 3. **เพิ่มคัดกรองซึมเศร้าเชิงรุก “วัยเรียน วัยรุ่น”** ในสถานศึกษา ชุมชน กศน. (ไม่อยู่ในระบบ) เฝ้าระวังทำร้ายซ้ำในกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่ากลุ่มอายุดังกล่าวมีจำนวนพยายามฆ่าตัวตายที่สูง
- ➡ 4. สอบสวนโรคทุกรายและนำข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรคมานำ **วิเคราะห์เพื่อหาปัจจัย นำไปสู่การวางแผน กำหนดมาตรการและแก้ไขปัญหาระดับอำเภอ สะท้อนข้อมูลผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาระดับจังหวัด**
- ➡ 5. สร้างความร่วมมือเพื่อ **เสริมปัจจัยปกป้อง ขจัดปัจจัยกระตุ้น** เช่น พัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือกลุ่มนักเรียน - นักศึกษา ในสถานศึกษา / ใช้กลไกชุมชนในการเฝ้าระวังฯ / ผลักดันการบูรณาการแก้ไขปัญหาค่าตัวตายใน คณะกรรมการ พชอ. และ คณะอนุกรรมการประสานงานบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิตระดับจังหวัด เชื่อมโยงแก้ไขปัญหายังเป็นองค์รวม ร่วมกับ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หน่วยงานศึกษาธิการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตำรวจ หน่วยกู้ชีพกู้ภัย องค์การภาคเอกชน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเชิงระบบ ในการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ระดับจังหวัด

การเฝ้าระวัง
ในกลุ่มเสี่ยง

ระบุ/บ่งชี้กลุ่มเสี่ยงในจังหวัด

ประเมินกลุ่มเสี่ยง

ด้วยแบบประเมินฆ่าตัวตาย (8Q)
ทุกเดือน (ในระยะ 1 ปี)

ดูแลช่วยเหลือ
ตามระดับ
ความรุนแรง

การเฝ้าระวัง
ในกลุ่มที่เคยลงมือ
ฆ่าตัวตาย

อบรมคนใกล้ชิด ญาติ ในเรื่องการตรวจจับสัญญาณเตือน
การช่วยเหลือเบื้องต้น และ ช่องทางแจ้งเหตุ

ผู้พบเห็นในชุมชน หรือ
ในสื่อ Social Online

การจัดการ
เมื่อเกิดอุบัติเหตุการ
ฆ่าตัวตาย
หรือพบสัญญาณเตือน



มีจุดแจ้งเหตุ
เบอร์โทร 24 ชั่วโมง
หรือ ช่องทางไลน์

เช่น อสม หมอประจำบ้าน
ผู้นำชุมชน จนท.สร. เป็นต้น

แจ้งทีม
MCATT

ทีมปฏิบัติการพิเศษป้องกัน
การฆ่าตัวตาย
จากจุดแจ้งเหตุ

ช่วยชีวิต

แจ้งทีมสอบสวนโรค

สอบสวนโรค
ค้นหา/ประเมิน
ผู้ได้รับผลกระทบ

สรุป/รายงาน
การสอบสวนโรค



สุขภาพ คือ ชีวิต สุขภาพจิต คือ ชีวิตที่มีความสุข

“Health is Life : Mental Health is Happy Life”



Thank You



สุขภาพกลุ่มวัยและสุขภาพจิต

กรมอนามัย © กรมสุขภาพจิต