

## แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

## ประเด็นที่ 4 : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

## หัวข้อ สุขภาพวัยทำงาน (ฆ่าตัวตาย)

## เขตสุขภาพที่ 1 รอบที่ 1/2566 วันที่ 8-10 กุมภาพันธ์ 2566 จังหวัด เชียงใหม่

## 1. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 โรงพยาบาลสวนปรุง และสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

ตัวชี้วัด : 1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร

2) ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 80

## 2. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

## 2.1 สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของเขตสุขภาพที่ 1 โดยรวบรวมจากระบบรายงานการเฝ้าระวังฆ่าตัวตายกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ (รง 506 S) ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2563 – 2565 พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ โดยพบ 14.15, 14.91 และ 15.25 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนในปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มกราคม 2566) มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 3.32 ต่อแสนประชากร

สำหรับข้อมูลสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปี 2563 มีจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 207 ราย คิดเป็นอัตรา 11.69 ต่อแสนประชากร และ ปี 2564 มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 213 ราย คิดเป็นอัตรา 12.59 ต่อแสนประชากร ปี 2565 มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 208 ราย คิดเป็นอัตรา 12.3 ต่อแสนประชากร ปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มกราคม 2566) พบจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 57 ราย คิดเป็นอัตรา 3.16 ต่อแสนประชากร โดยพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดอยู่ที่ อำเภอดอยเต่า รองลงมา คือ อำเภอพร้าว และอำเภอจอมทอง มีอัตราต่อแสนประชากรเท่ากับ 11.13, 10.40 และ 9.62 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงาน รง 506S พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวนทั้งหมด 57 ราย เป็นเพศชายมากถึงร้อยละ 81.48 วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายเป็นการผูกคอกมากที่สุด คือร้อยละ 74.07 และมีปัจจัยเกี่ยวข้องกับปัญหาด้านความสัมพันธ์ ร้อยละ 51.85 ปัญหาโรคเรื้อรังทางกาย ร้อยละ 40.74 ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 29.63 ปัญหาโรคทางจิตเวช ร้อยละ 24.07 ปัญหาสุราและยาเสพติด ร้อยละ 20.37 และ 12.96 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มวัยทำงานมากที่สุด 30 ราย และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 27 ราย และในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบมากที่สุดในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 34 ราย และจากการนำข้อมูลของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมาวิเคราะห์เป็นรายกรณี พบว่า ร้อยละ 61.54 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และประเมินความเสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย และเป็นผู้ที่อยู่ในชุมชน/ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.63 รวมถึงกลุ่มที่อยู่ในระบบสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ที่แม้แต่จะได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและประเมินความเสี่ยงในช่วงมารับบริการก็ประเมินไม่พบความเสี่ยง ดังนั้น การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการทำร้ายตนเองในชุมชน จึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการทำร้ายตนเอง ของจังหวัดเชียงใหม่

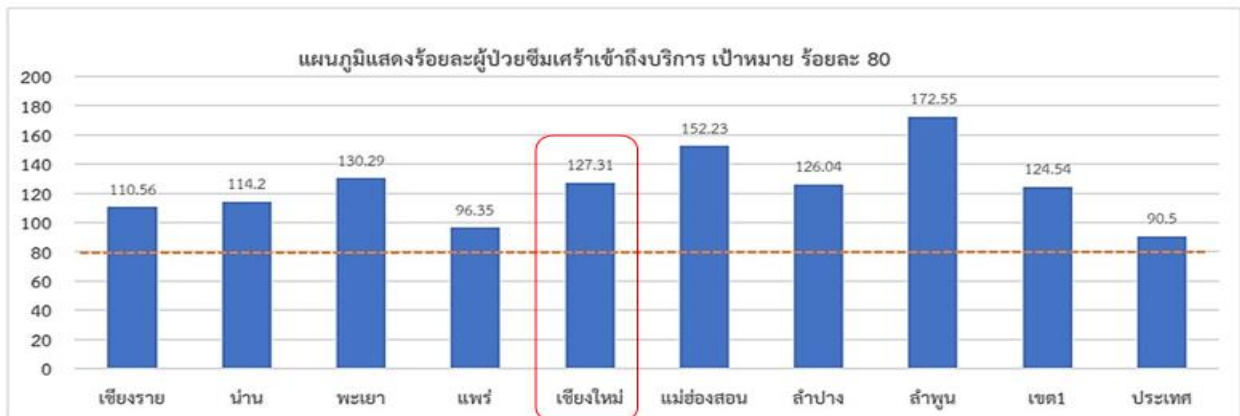
## 2.2 สถานการณ์โรคซึมเศร้า

เขตสุขภาพที่ 1 จากการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 124.54 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565) ดังแสดงในภาพที่ 1 เมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัด พบว่าทั้ง 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตมากกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (เกณฑ์ร้อยละ 80)

สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ 2566 คือร้อยละ 127.31 (ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2565) รองลงมาจากจังหวัดลำพูน จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดพะเยา ที่พบเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 172.55, 152.23 และ 130.29 ตามลำดับ

ภาพที่ 1 แสดงร้อยละการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตสุขภาพที่ 1 ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2565

ที่มา : [https://thaidepression.com/www/report/main\\_report/](https://thaidepression.com/www/report/main_report/) และ <https://hdcservice.moph.go.th/>



ปัญหา / สาเหตุ	แผน / กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า / ผลการดำเนินงาน
1. การฆ่าตัวตายสำเร็จพบจำนวน 57 ราย คิดเป็นอัตรา 3.16 ต่อแสนประชากร(ข้อมูล 1 ต.ค.65-31 ม.ค.66) เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง 4.39 เท่า พบมากที่สุดในกลุ่มวัยทำงาน 30 ราย (ร้อยละ 52.63) วัยสูงอายุ 27 ราย (ร้อยละ 47.37) และเคยมีประวัติทำร้ายตนเองมาก่อน 10 ราย (ร้อยละ 17.54) วิธีการที่ช่วยยี่สิบคือ	-กำหนดให้มีการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมถึงการติดตามดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V ขับเคลื่อนผ่านกลไกการประชุมของคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิตระดับจังหวัด -กำหนดให้ 12 อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงจัดทำแผนงานป้องกัน แก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายโดยใช้ 4 Pillars model	-ในรอบงบประมาณ 2566 ยังไม่มีการประชุมของคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิตระดับจังหวัด (แต่ดำเนินการจัดตั้งแล้ว และเคยประชุม 2 ครั้งในปีงบประมาณ 2565) -บาง พขอ.ยังไม่้นำประเด็นปัญหาการฆ่าตัวตายเข้าเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องขับเคลื่อน โดยเฉพาะอำเภอที่ยังมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง

ปัญหา / สาเหตุ	แผน / กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า / ผลการดำเนินงาน
<p>การผูกคอต (ร้อยละ 78.95) พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดได้แก่ อ.ดอยเต่า อ.พร้าว และ อ.จอมทอง (อัตรา 11.03, 10.40 และ 9.62 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) ปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ลงมือฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ ปัญหาความสัมพันธ์ จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 22.58) รองลงมาเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ปัญหาโรครื้อรังทางกายและโรคทางจิตเวช จำนวน 18 ราย เท่าๆกัน (ร้อยละ 19.35)</p>	<p>-คัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่ม 3 ร (โรคชรา โรคเรื้อรัง ไร้คนดูแล) NCDs ผู้ป่วยโรคจิตเวช โรคติดสุรา และสารเสพติด ให้ครอบคลุมทุกราย</p> <p>- จัดให้มีการ Conference case Attempted Suicide / Committed ในการประชุมของ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชของจังหวัด</p>	<p>-ฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย 3 ร ได้รับข้อมูลตอบกลับไม่ครบ มีบางพื้นที่ที่อยู่ในสังกัด อบจ.เชียงใหม่ ไม่ทราบข้อมูลการสื่อสาร และบางพื้นที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อน ไม่เข้าใจในรายละเอียดของข้อมูลที่ต้องการรวบรวมจึงต้องสื่อสารย้อนกลับพื้นที่เพื่อทบทวนข้อมูลที่ต้องการอีกครั้ง จึงทำให้การคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่ม 3 ร ล่าช้าและยังทำได้น้อยเพียงร้อยละ 24.66</p>
<p>2.การพยายามฆ่าตัวตายพบในวัยเรียน/วัยรุ่น ที่อายุน้อยกว่า 20 ปีถึงจำนวน 34 ราย (ร้อยละ 59.65) เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.78 เท่า มีวิธีการที่พบบ่อยที่สุดคือการกินยาเกินขนาดร้อยละ 54.13 พื้นที่ที่มีการพยายามฆ่าตัวตายสูงได้แก่ อ.กัลยาณิวัฒนา อ.ดอยเต่า และ อ.สันป่าตอง (อัตรา 31.36, 29.41 และ 22.85 ต่อแสนประชากรตามลำดับ)</p>	<p>- ผลักดันให้โรงเรียนระดับประถมศึกษา และโรงเรียนมัธยมศึกษาทุกสังกัดในพื้นที่ของ จ.เชียงใหม่เข้าร่วมโครงการ School Health HERO เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง และให้การช่วยเหลือโดยครู อาจารย์ร่วมกับ รพ.ที่เป็นคู่เครือข่าย</p>	<p>-โรงเรียนในสังกัด สพฐ.ยังเข้าร่วมโครงการ School Health HERO ไม่ครบทุกแห่ง และพบปัญหาครูประเมินเด็กเพื่อค้นหาความเสี่ยง/ป่วยเข้าสู่การช่วยเหลือยังน้อย การส่งการผ่านกระทรวงศึกษาธิการยังไม่ชัดเจน</p> <p>-ยังขาดแผนการแก้ไขปัญหาระยะยาว การฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเอง ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น</p>
<p>3.พบผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า และโรคติดสุรา ฆ่าตัวตายสำเร็จ สูงถึง 14 ราย (ร้อยละ 24.56) แสดงให้เห็นว่าการคัดกรองใน</p>	<p>- พัฒนาระบบการดูแล และเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม SMI-V ไม่ให้ก่อความรุนแรงซ้ำทั้งต่อตนเองและผู้อื่น</p>	<p>- มีการออกแบบรายงานผู้มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ในรูปแบบของ google form เพื่อให้ขอสม. และ</p>

ปัญหา / สาเหตุ	แผน / กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า / ผลการดำเนินงาน
<p>คลินิกบริการเพียงอย่างเดียวไม่สามารถนำไปสู่การเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพได้ เนื่องจากในช่วงมารับบริการ คัดกรองแล้วไม่พบความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และร้อยละ 61.54 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ที่อยู่ในชุมชน โดยไม่ได้เข้าถึงในระบบบริการทางสุขภาพ ดังนั้นจึงควรมีการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยการให้ครอบครัวและชุมชน รับรู้เรื่องสัญญาณเตือน และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีส่วนร่วมในการค้นหา ประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังต่อไป</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดตั้งทีมป้องกันการฆ่าตัวตายระดับตำบลใน 27 ตำบลที่เสี่ยงสูง (มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสูงในชุมชนติดต่อกัน 3 ปี)</li> <li>- การป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยวิถีพุทธ (18 ตำบล)</li> <li>- สนับสนุนให้มีการใช้ Mental Health check in ในสถานประกอบการทุกแห่ง/หน่วยงานทุกสังกัด/ชุมชนเสี่ยงเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่เข้าถึงระบบบริการ</li> <li>- การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (17 อำเภอ)</li> <li>- ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้ครอบครัว และชุมชนได้รับรู้และเฝ้าระวังร่วมกัน</li> <li>- กำหนดให้มีการซ้อมแผนรองรับสถานการณ์วิกฤติฉุกเฉินทางจิตเวช หรือจิตเวชสารเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้ครอบคลุมในพื้นที่ 4 node (อ.สันป่าตอง อ.จอมทอง อ.นครพิงค์ และอ.ฝาง) โดยดำเนินการร่วมกับหน่วยงานของท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข</li> </ul>	<p>ผู้นำชุมชนได้ใช้ในการดักจับผู้มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและส่งต่อระบบการรักษา (10 สัญญาณเตือน) แต่ยังคงมีการรายงานเข้ามาน้อย อย่างไรก็ตามพบว่า การออกแบบรายงานเช่นนี้สามารถให้ประชาชนทั่วไปในชุมชนได้รับการประเมิน ดักจับสัญญาณเตือน และนำเข้าสู่ระบบบริการได้บางส่วน</p> <p>- การรายงานเข้ามาน้อยอาจเนื่องจากการประชาสัมพันธ์เครื่องมือ และวิธีการยังไม่ทั่วถึง และข้อจำกัดของอสม.หรือผู้นำชุมชนบางแห่งจึงเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาต่อไป</p>

### 3. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ของจังหวัดเชียงใหม่ มีการประชุมต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือนเพื่อขับเคลื่อนงาน มีเวทีให้แต่ละพื้นที่นำตัวอย่าง case ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมาทำ conference ผ่านทางระบบ online เพื่อเรียนรู้และแก้ปัญหาร่วมกันทุกครั้งที่มีการประชุม

#### 4. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

##### 4.1 สำหรับพื้นที่

- สนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลในระดับ A, M1 และ M2 ที่มีจิตแพทย์ในหน่วยบริการ ขึ้นทะเบียนเป็นสถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานสมัครขอรับบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้ครบ 100 %
- จ.เชียงใหม่ เร่งดำเนินการในประเด็นการประเมินเพื่อจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในรพช. ที่ยังคงค้างอีก 10 แห่ง ทั้งนี้เพื่อให้โครงสร้างของการประสานงานและการทำงานมีความคล่องตัวมากขึ้น และการจัดให้มีนักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติงานใน รพช. ที่ยังไม่มี เพื่อช่วยทำงานเชิงรุกในชุมชนในการค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง และนำเข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือ
- สนับสนุนให้มีการใช้ MHCI ในสถานศึกษา สถานประกอบการ และในชุมชน สร้างแกนนำ Mental Health Leader ลงถึงระดับหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพจิตเต็มวัคชั่นใจ รับรู้ในปัจจัยเสี่ยง สอดส่องมองหากลุ่มเสี่ยงที่มีสัญญาณเตือนในชุมชน และนำเข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือที่รวดเร็ว

##### 4.2 สำหรับส่วนกลาง

- การกำหนดกรอบโครงสร้างใน รพช. ให้มีตำแหน่งนักจิตวิทยาคลินิก ปรากฏอยู่ในโครงสร้างที่เป็นคำสั่งมาจากส่วนกลาง โดยไม่ต้องให้แต่ รพช. แต่ละแห่งต้องดำเนินการจัดจ้างมาช่วยปฏิบัติงานในลักษณะจ้างเหมาเป็นรายปี เนื่องจากไม่มีความมั่นคง อัตราค่าจ้างน้อย และบางพื้นที่อยู่ห่างไกล การเดินทางลำบากจึงทำให้ไม่มีผู้มาสมัคร ดังเช่นที่ รพ. เชียงดาว ที่เปิดรับสมัครนักจิตวิทยาคลินิก 3 ปี แต่ไม่มีผู้มาสมัครเลย เป็นต้น
- กรมสุขภาพจิตสนับสนุนแผนและแนวทางที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว รวมถึงสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานที่เพียงพอในสอดคล้องปริมาณอำเภอ/ประชากรในจังหวัดใหญ่

#### ผู้รายงาน

1. นพ.กิตต์กวี โพธิ์โน ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง
2. พญ.หทัยชนนี บุญเจริญ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
3. ว่าที่ร้อยโทโฆสิต กัลยา ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 1
4. พญ.โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
5. นางบุษกร สมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง
6. นส.ชนินทร์ทิพย์ อินทะสืบ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1