

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามแผนตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 /2566

เขตสุขภาพที่ 1 : จังหวัดเชียงใหม่
ระหว่างวันที่ 21 - 23 มิถุนายน 2566

1) กรอบประเด็นการตรวจราชการ () Agenda Based (/) Functional Based () Area Based

2) ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น /ตัวชี้วัด :

ประเด็นที่ 3 : สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ (กลุ่มวัย)

หัวข้อ : กลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัดที่ 1 : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน

ตัวชี้วัดที่ 2 : ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

3) สถานการณ์

จังหวัดเชียงใหม่ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าประเทศ และเขตสุขภาพที่ 1 มาโดยตลอด โดยพบสูงสุดในปี 2563 15.2 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2565 พบว่ามีการฆ่าตัวตาย สำเร็จ 227 คน คิดเป็น 12.72 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นปีแรก ที่ต่ำกว่าเขต และตั้งแต่วันที่ 1 เดือนตุลาคม 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2566 มีผู้ทำร้ายตนเอง 417 ราย ในจำนวนนี้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 140 ราย คิดเป็น 7.82 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นอันดับ 8 ของเขตสุขภาพที่ 1 ลำพูน 13.76 น่าน 12.64 พะเยา 12.34 แพร่ 11.36 แม่ฮ่องสอน 9.42 ลำปาง 9.02 เชียงราย 7.85 แต่หากเทียบในช่วงเวลาเดียวกัน ปี 2566 ยังมีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำกว่าปีที่ผ่านมา ร้อยละ 7.89 มี 14 อำเภอ ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน และมี อำเภอจอมทอง กัลยาณิวัฒนา ดอยหล่อ แม่วาง ดอยเต่า และสะเมิง ที่สูงเกิน 2 เท่าของเกณฑ์ (16) พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นเพศชาย ถึงร้อยละ 74.29 ฆ่าตัวตายโดยวิธีการผูกคอ ร้อยละ 80 โดยปีนี้มีผู้ฆ่าตัวตายโดยวิธีรมควัน 2 ราย (ชายโสด อายุ 22 แม่วาง ดัดหน้พั่นออนไลน์ รมควันในห้องโดยซิลปิดห้องหญิงคู่ อายุ 36 ปัญหาวงแชร์และหนี้สิน นอกกระบบ รมควันฆ่าตัวตายในรถยนต์) ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จอายุน้อยที่สุด 16 ปี เพศชาย แม่เวย น้อยใจ ถูกผู้ปกครองดุด่า มีการ Post FB ก่อน 1 วัน และมากที่สุด 91 ปี เพศหญิง ไชยปราการ ป่วยด้วยโรคมะเร็งและ วัณโรคปอดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ ร้อยละ 44.29 โรคเรื้อรังทางกาย ร้อยละ 36.43 สุราและยาเสพติด ร้อยละ 31.43 เศรษฐกิจ ร้อยละ 26.63 โรคทางจิตเวช ร้อยละ 22.86 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้สูงอายุสูงสุด 57 ราย (40.71 %) เป็นกลุ่มวัยแรงงาน (20-59 ปี) จำนวน 78 ราย ร้อยละ 55.71 ส่วนกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จสูงสุดในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 98 ราย 35.38 % ผู้ที่มีประวัติการทำร้ายตนเอง ได้รับการเยี่ยมติดตามทุกราย โดยในจำนวนนี้ไม่กลับไป ทำร้ายตนเองซ้ำใน 1 ปี เกินร้อยละ 90 ทุกปี โดยในปี 2566 มีผู้ทำร้ายตนเอง 417 ราย มีทำร้ายตัวเองซ้ำ 3 ราย สำเร็จ 2 รายในปี 2566 มีการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 58.96 มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการ คัดกรองโรคซึมเศร้าร้อยละ 72.86 พบผลผิดปกติร้อยละ 15.72 และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จไม่ได้รับการคัดกรองโรค ซึมเศร้าร้อยละ 27.14 เป็นผู้ที่มิโรคประจำตัวร้อยละ 15 เป็นผู้ที่อยู่ในชุมชน/ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 12.14

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต คำนวณจากข้อมูล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 ถึงปัจจุบัน พบว่าเกินค่าเป้าหมาย ร้อยละ 80 โดยเกิน 100 % ตั้งแต่ปี 2565 เป็นต้นมา โดยกรมควบคุมโรคคาดประมาณว่าจังหวัดเชียงใหม่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.3

4) ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 /ความก้าวหน้าจากการตรวจราชการรอบที่ 1/2566

การแก้ไขปัญหาตามข้อสั่งการฯ



Pillar 1 ระบบข้อมูล	Pillar 2 ระบบดักจับ	Pillar 3 ระบบป้องกันและบำบัด	Pillar 4 ระบบบริหารจัดการ
<p>1. พัฒนาระบบรายงานการฆ่าตัวตาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายงานข้อมูลการกระทำรุนแรงต่อตนเอง จังหวัดเชียงใหม่ ภายใน 1 สัปดาห์ (239ราย) - รายงานการสอบสวนการฆ่าตัวตาย ภายใน 3 สัปดาห์ (ใช้หลักการบาดวิทยา Time Place Person + ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น ระบบเฝ้าระวังป้องกัน ดำเนินกัน) (140 ราย) - รายงานการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงทำร้ายตนเอง (265 ราย) - Suicide Attempt/Death Case Conference (กพ. 66, เม.ย 66) - ค้นข้อมูล แก่ ชุมชน และนำเสนอในที่ประชุม (หน.ส่วน, พชอ. ฯลฯ) เพื่อจัดทำแผนพัฒนาการป้องกัน แก้ไขปัญหา การฆ่าตัวตาย (ทุกเดือน) - อบรมการสอบสวนการฆ่าตัวตาย (25 อำเภอ ส.ค. 66) 	<p>1. พัฒนาทีมเฝ้าระวัง การทำร้ายตนเอง และให้คำปรึกษาในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - อบรมทีมระดับตำบล เบญจภาคี ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. ชมรมผู้สูงอายุ อปท. รพ.สต. เน้นสัญญาณเตือน /กลุ่มเสี่ยง /ความรู้ด้านสุขภาพจิตการส่งต่อ(27 ตำบล) - Mental Health Leader tea(25อำเภอ) <p>2. ค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวัง ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เพิ่ม MHL และความเข้มแข็งทางใจ RQ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เน้น 3 ร. (ชรา, โรคเรื้อรัง, ไร้คนดูแล) และผู้มีปัญหาเศรษฐกิจ สัมพันธภาพ ประวัติทำร้ายตนเอง ในพื้นที่เสี่ยง 27 ตำบลเร่งรัด (3,500คน) 	<p>1. จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในรพช. (ผ่านการประเมิน 100 % , มีคำสั่งมอบหมายงานทุกแห่ง)</p> <p>2. การจัดตั้งหอผู้ป่วยใน รพช. รพศ. ทุกแห่ง (รพ.นครพิงค์ 13 เตียง, จอมทอง 6 เตียง, สันป่าตอง 8 เตียง, ฝาง 10 เตียง, สันทราย 4 เตียง)</p> <p>3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ทั้งช่วงก่อนเกิดเหตุ ช่วงเผชิญเหตุ และหลังเกิดเหตุ (บูรณาการ ปกครอง ตำรวจ อปท. สธ. ซ้อมแผนฯ วันที่ 2 และ 6 มิ.ย.)</p> <p>4. เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต(3หมอ) ในพื้นที่ ฆ่าตัวตายสูงสุด (สันป่าตองและคอดยสะเก็ด มิ.ย.66)</p> <p>5. การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้กลไก พชอ. (17 อำเภอ ก.ค - ส.ค 66)</p>	<p>1. Service planสุขภาพจิต (27 กพ. 66, 28 เม.ย 66, ก.ค. 66)</p> <p>2. คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด(10 มีนาคม 66 , ก.ค. 66)</p> <ul style="list-style-type: none"> - นโยบายดูแลสุขภาพจิตบุคลากรภาครัฐ - คำสั่งคณะทำงานป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับอำเภอ <p>3. คณะทำงานระบบข้อมูลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (8 มิ.ย 66)</p>

ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง 3,500 ราย

มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า 251 ราย ส่งต่อ จนท.รพ.สต.

ประเมิน 9Q

ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	121 ราย (48.21%)
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย	93 ราย (37.05%)
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง	30 ราย (11.95%)
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง	7 ราย (2.79%)

ประเมิน 8Q ในผู้ที่ผล 9Q > 7 คะแนน 130 ราย

ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	87 ราย (66.93%)
มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ระดับน้อย	28 ราย (21.54%)
มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ระดับปานกลาง	7 ราย (5.38%)
มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ระดับรุนแรง	8 ราย (6.15%)

5) การแก้ไขปัญหาตามข้อสั่งการ /ข้อเสนอแนะ ที่ให้ไว้จากการตรวจราชการฯ รอบที่ 1/2566

ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ 1/2566



ข้อเสนอแนะ	การแก้ไขตามข้อสั่งการ
1. ให้กำหนดเป้าหมายในการลดจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 10 จากปีที่ผ่านมา	ปี 2565 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 227 ราย ตั้งเป้าหมายปี 2566 ไม่ให้เกิน 204 ราย (ปัจจุบัน 31 พ.ค. 2566 จำนวน 140 ราย)
2. ให้กำหนดเป้าหมายการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง	กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง เน้น 3 ร. (ชรา, โรครีื้อรัง, ไร้คนดูแล) และผู้มีปัญหาเศรษฐกิจ สัมพันธภาพ ประวัติทำร้ายตนเอง จำนวน 3,500คน
3. พัฒนาให้เกิดศูนย์รับฟังหรือศูนย์ให้คำปรึกษาในชุมชน โดยแกนนำชุมชนหรือจิตอาสา	พัฒนา ทีมเฝ้าระวังและให้คำปรึกษา การทำร้ายตนเอง ในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. ชมรมผู้สูงอายุ อปท. รพ.สต. (เบญจภาคี) เน้น สัญญาณเตือน /กลุ่มเสี่ยง/ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต/ การส่งต่อ นำร่องใน 27 ตำบลเร่งรัด

6) วิเคราะห์ปัญหา /อุปสรรค /โอกาสพัฒนา และ Best Practice

1. ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จยังมีกลุ่มที่ไม่ได้รับการคัดกรองซึมเศร้าฆ่าตัวตาย 27.14% และในกลุ่มที่ไม่ได้รับการคัดกรอง เป็นผู้ที่มิโรคประจำตัว 15% การคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตายในผู้ที่มีโรคประจำตัวจึงเป็นสิ่งที่ยังต้องดำเนินการต่อเนื่อง และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งไม่ได้รับการคัดกรองซึมเศร้าฆ่าตัวตายไม่มีโรคประจำตัว 12.14 % ดังนั้นการดักจับกลุ่มเสี่ยงทำร้ายตนเองในชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ

2. ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า 72.86% พบผลการคัดกรองปกติ 57.17% ข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าแม้ในผู้ที่ได้รับการคัดกรองก็ยังมีกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จได้ ซึ่งในวันที่ได้รับการคัดกรองไม่พบมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย แต่ในช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่ออยู่ในชุมชนแล้วมีปัจจัยกระตุ้นให้ทำร้ายตนเอง ได้แก่ ประสบปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาเศรษฐกิจ (ปัจจัยกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย) ไม่ได้รับการคัดกรอง ดังนั้นการเฝ้าสังเกตสัญญาณเตือนการทำร้ายตนเองในชุมชนและนำผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเข้าสู่การคัดกรองสุขภาพจิตและเข้าสู่ระบบรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดการฆ่าตัวตายสำเร็จได้

3. ในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มี 34.28% ที่มีสัญญาณบ่งบอกจะทำร้ายตนเอง ซึ่งจากการสอบสวนพบว่าญาติ/บุคคลใกล้ชิดหดหู่เศร้าเมื่อผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเสียชีวิตแล้ว การให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนการทำร้ายตนเองในชุมชนและการนำผู้ที่มีความเสี่ยงดังกล่าวเข้าสู่ระบบรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเผยแพร่ให้ประชาชนทุกคนทราบ

4. การนำปัญหาของพื้นที่เข้าสู่พขอ.ยังไม่สามารถทำได้ในทุกพื้นที่เนื่องจากตามบริบทขนาดปัญหาของแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ในพื้นที่ที่สามารถนำปัญหาสุขภาพจิต/ฆ่าตัวตาย เข้าสู่พขอ.ได้ เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ร่วมกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย เช่น ในพื้นที่อำเภอออยเต่าที่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงตั้งแต่ปี 2560 - ปี 2565 โดยอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2564 เท่ากับ 39.15 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2565 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 65.26 ต่อประชากรแสนคน ได้มีการดำเนินการนำปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด(ฆ่าตัวตาย) เข้าสู่การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มีการคืนข้อมูลให้ผู้บริหาร หัวหน้าส่วนราชการและชุมชนทุกเดือน และดำเนินโครงการการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนต้นแบบ มีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับพื้นที่ซึ่งประกอบด้วยภาคีเครือข่ายที่มีส่วนในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ในปี 2566 นี้ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 18.49 ต่อประชากรแสนคน อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงประมาณ 3 เท่าของปีที่แล้ว

7) ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา / ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้บริหารเห็นความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ระดับกระทรวง เขตสุขภาพ จังหวัด
2. มีทีมสนับสนุนที่ดี รพ.สวนปรุง ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 คณะกรรมการ Service plan เขต/จังหวัด
3. การมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่/ชุมชน การนำปัญหาการฆ่าตัวตายเข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
4. การจัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด การเข้าประเมินจัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน 100 % และการมีคำสั่งมอบหมายงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติดสามารถสื่อสารได้โดยตรงจากจังหวัดลงสู่ผู้ปฏิบัติในระดับอำเภอ

8) Action Plan ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

1. ยังคงมุ่งเน้นการดักจับกลุ่มเสี่ยงทำร้ายตนเองในชุมชนและการนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบการรักษา การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนเรื่องสัญญาณเตือนการทำร้ายตนเองและช่องทางการเข้ารับการรักษา
2. พัฒนาเครื่องมือในการดักจับกลุ่มเสี่ยงทำร้ายตนเองในชุมชนเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถนำกลุ่มเสี่ยงทำร้ายตนเองเข้าสู่ระบบรักษาให้มากที่สุดและลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน
3. ขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพจิตผ่านกลไกคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด
4. การเฝ้าระวังกลุ่ม SMIV และดูแลติดตามต่อเนื่องเพื่อไม่ให้ก่อเหตุซ้ำ

ผู้รายงาน : นางพรทิวา กิจมานะทรัพย์

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงาน : สุขภาพจิตและยาเสพติด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

โทร. : 080-7947227

E-mail : mcattcm@gmail.com