**แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565**

**ประเด็นที่ 4 : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต**

**หัวข้อ สุขภาพวัยทำงาน (ฆ่าตัวตาย)**

**จังหวัดแพร่ เขตสุขภาพที่ 1 รอบที่ 2/2565**

**1. ประเด็นตรวจราชการ :** สุขภาพกลุ่มวัยและสุขภาพจิต

 **ตัวชี้วัด :** อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน

**2) สรุปสถานการณ์**

 จากรายงานแบบเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (รง. 506s) จังหวัดแพร่ เปรียบเทียบย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 – 2564 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 11.83 , 13.90 , 12.45 , 15.84 และ 15.49 ซึ่งเกินกว่าเป้าหมายที่กรมสุขภาพจิตได้ตั้งเป้าหมายไว้คือ < 6.3 ต่อประชากรแสนคน (ปีงบประมาณ 2560 – 2563) และเกินกว่าเป้าหมายที่กรมสุขภาพจิตได้ตั้งเป้าหมายไว้คือ≤8.0 ต่อประชากรแสนคน ในปีงบประมาณ 2565

 วิเคราะห์สถานการณ์ปี 2565 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2564 – เดือนมิถุนายน 2565 จังหวัดแพร่ มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 62 คน คิดเป็น 14.26อัตราต่อแสนประชากร จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 54 คน ร้อยละ 87.10 เพศหญิง จำนวน 8 คน ร้อยละ 12.90 กลุ่มวัยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดคือ กลุ่มวัยทำงาน(ช่วงอายุ 20-59 ปี) ร้อยละ 72.58 รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 25.81 อาชีพที่ฆ่าตัวตายสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ เกษตรกรรม/ทำนา ร้อยละ 41.95 รองลงมา คือ รับจ้าง ร้อยละ 32.25 และ นักเรียน นักศึกษา แม่บ้าน (ไม่ได้ทำงาน) ร้อยละ 12.90 ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย 3 อันดับแรก คือ 1. ปัญหาด้านความสัมพันธ์ ร้อยละ 67.73 2.ปัญหาที่มาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายและโรคทางจิต ร้อยละ 37.08 3. ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 22.56 โดยผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีการมีการส่งสัญญาณบ่งบอกว่าจะทำร้ายตนเอง ร้อยละ 14.52 โดยวิธีการฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น การผูกคอ ร้อยละ 77.42 การกินยากำจัดวัชพืช/ยาฆ่าแมลง ร้อยละ 14.50 ใช้ปืน ร้อยละ 4.84 รมควันและใช้ของมีคม/ของแข็ง ร้อยละ 3.24 ซึ่งอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด ได้แก่ อำเภอเด่นชัย (17.43 ต่อแสนประชากร) อำเภอสอง (16.44 ต่อแสนประชากร) และอำเภอวังชิ้น (15.42 ต่อแสนประชากร)

**ตารางที่ 1** **แสดงข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดแพร่ แยกรายอำเภอ ปี 2565 (ต.ค.2564 - มิ.ย.2565)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **อำเภอ** | **ประชากรกลางปี** | **ปีงบประมาณ 2565**  |
| **ผู้พยายาม****ฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำใน 1 ปี** | **อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ** |
| **จำนวน** | **ไม่กลับมาทำร้ายตนเอง** | **ร้อยละ** | **จำนวน** | **อัตรา:แสน ปชก.** |
| 1 | เมือง | 115,466 | 24 | 21 | 87.5 | 16 | 13.85 |
| 2 | ร้องกวาง | 47,766 | 11 | 11 | 100 | 7 | 14.65 |
| 3 | ลอง | 53,190 | 5 | 5 | 100 | 7 | 13.16 |
| 4 | สูงเม่น | 72,567 | 19 | 18 | 94.74 | 10 | 13.78 |
| 5 | เด่นชัย | 34,412 | 16 | 15 | 93.75 | 6 | 17.43 |
| 6 | สอง | 48,645 | 10 | 9 | 90 | 8 | 16.44 |
| 7 | วังชิ้น | 45,372 | 11 | 9 | 81.81 | 7 | 15.42 |
| 8 | หนองม่วงไข่ | 17,162 | 1 | 1 | 100 | 1 | 5.82 |
| **รวม** | **434,580** | **97** | **89** | **91.75** | **62** | **14.26** |

**ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย**

|  |  |
| --- | --- |
| **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย** | **ร้อยละ** |
| **1.ปัญหาด้านความสัมพันธ์** | **67.73**19.3511.2937.09 |
|  -น้อยใจ ถูกดุด่า ตำหนิ / ถูกนินทาว่าร้ายให้อับอาย  |
|  -ปัญหาผิดหวังความรัก/หึงหวง |
|  -ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด |
| **2.ปัญหาที่มาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง**- โรคเรื้อรังทางกาย - โรคทางจิตเวช | **37.08**27.419.67 |
| **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย** | **ร้อยละ** |
| **3.ปัญหาการใช้สุรา** | **19.35** |
| **4.ปัญหาการใช้ยาเสพติด** | **14.51** |
| **5.ปัญหาเศรษฐกิจ**  | **22.56** |
|  - ยากจน ค้าขายขาดทุน  | 9.67 |
|  - มีหนี้สิน - ตกงาน | 4.838.06 |
| **6. อื่นๆ**  - สูญเสียสมาชิกในครอบครัว - ปัญหาชราภาพไม่มีคนดูแล | **3.22**1.611.61 |

**3) สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

1. ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ควรได้รับการบำบัดรักษากับบุคลากรทางด้านจิตเวช จึงไม่เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

2. บุคลากรด้านสุขภาพจิตแลฃะจิตเวช ไม่เพียงพอที่จะกระจายให้ทั่วถึงสถานบริการทุกระดับและกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เช่น ในสถานศึกษา เป็นต้น

**4)ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
| 1. หน่วยงาน/ผู้เกี่ยวข้องกับ พรบ.สุขภาพจิต 2551 ขาดความเข้าใจ ในบทบาทหน้าที่ วิธีการปฏิบัติงานและการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิต  | 1. การแต่งตั้งและประชุมคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด เพื่อสนับสนุนและผลักดันการบังคับใช้กฎหมายและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงบทบาทหน้าที่ตาม พรบ.สุขภาพจิต | ผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องแปลงนโยบายออกมาเป็นโครงการ/กิจกรรมนำสู่การปฏิบัติ ตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต  |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
| 1. หน่วยงาน/ผู้เกี่ยวข้องกับพรบ.สุขภาพจิต 2551 ขาดความเข้าใจ ในบทบาทหน้าที่ วิธีการปฏิบัติงานและการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิต  | 2. การแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อช่วยปฏิบัติงานตามความเหมาะสม มีตารางการปฏิบัติการที่ชัดเจน และกำหนดการติดตามงานตามตารางงานอย่างสม่ำเสมอ | - |
| 2. อัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานในแต่ละระดับไม่สอดคล้องกับภาระงานที่ปฏิบัติ | ควรมีการบริหารจัดสรรอัตรากำลังภายในองค์กรให้สอดคล้องกับภาระงานที่ปฏิบัติ | กำหนดกรอบโครงสร้างงานการพยาบาลจิตเวชของโรงพยาบาลทุกระดับให้ชัดเจน อัตรากำลังในแต่ละระดับและสอดคล้องกับปริมานงานที่ปฏิบัติจริงในแต่ละระดับ |
| 3. ชุมชน/ภาคีเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในบทบาทของตนเองและหน่วยงาน ตาม พรบ.สุขภาพจิต ทำให้เพิกเฉยเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น | 1. การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะฝ่ายปกครองและผู้นำชุมชน สร้าง Gate Keeper ในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน2. ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ในเรื่องพรบ.สุขภาพจิต เพื่อให้ชุมชน/ภาคีเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทของตนเองและหน่วยงาน |  |

**5) ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

**สำหรับพื้นที่ :**

 - เพิ่มการมีส่วนร่วมขององค์กรและภาคีเครือข่ายเพื่อการพัฒนาให้เกิดการแก้ไขปัญหาเชิงบูรณาการ

 - การพูดคุยและให้ความรู้แก่ครอบครัวและชุมชนให้เกิดการยอมรับผู้ป่วย ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล บำบัดให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติในสังคม

 - ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิตและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก่ประชาชนทุกภาคส่วน

**สำหรับส่วนกลาง :**

 - การแต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูปเขตสุขภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

 - ควรมีนโยบายเพิ่มบทบาทความรับผิดชอบเรื่องปัญหาการฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่ ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องด้วยการฆ่าตัวตายมีปัจจัยเกี่ยวของหลายด้านทั้งด้านเศรษฐกิจ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติดและการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

 - การมีนโยบาย แนวทางปฏิบัติและการสนับสนุนด้านบุคลากร ทั้งจำนวนผู้ปฏิบัติงานและความก้าวหน้าสำหรับ ผู้ปฏิบัติงาน

 - มีโครงสร้างของงานสุขภาพจิตและบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานที่ชัดเจนและลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน

**6) นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

 - การจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 8 เตียง ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่เดิม โดยเปิดเริ่มให้บริการในเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ทำให้ลดการส่งผู้ป่วยออกนอกพื้นที่ (refer out)

|  |  |
| --- | --- |
| **Key results** | **ผลงาน****(ร้อยละ)** |
| **Kr1: การคัดกรองความเสี่ยงในผู้ป่วย NCDs ที่มีภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคทางจิตเวช 90%** |
|  |  |
| -ผู้ป่วยเรื้อรังทางกายได้รับการประเมินการฆ่าตัวตายทุกราย(3Q,9Q,8Q) 90% | ร้อยละ 62.42 |
| - ผู้ป่วยเรื้อรังทางจิตได้รับการประเมินการฆ่าตัวตายทุกราย(3Q,9Q,8Q) 90% | ร้อยละ 58.74 |
| **Kr2: ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ >90%**  |
| -ระบบรายงานข้อมูลผู้ทำร้ายตนเองเพื่อ Monitor รายเดือน | มี(ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ 91.75%) |
| **Kr3: กลุ่มเปราะบางในทุกหมู่บ้าน รวมทั้งกลุ่ม Long -19 ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพใจด้วย MHCI (StBSuD) เป้าหมายร้อยละ 80** |
| - ทุกหมู่บ้านมีการประเมินภาวะสุขภาพใจ ในประชาชนกลุ่มเปราะบาง ด้วย MHCI (StBSuD)  | ร้อยละ 70.52 |
| **Kr4: ทุกชุมชนเสี่ยงมีพื้นที่สำหรับจัดกิจกรรมให้กลุ่มเสี่ยง 90%** |
| - ทุกอำเภอเสี่ยงมีการค้นหา คัดกรองกลุ่มเปราะบางหมู่บ้านละ 5 คน  | ร้อยละ 66.86 |

**4) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน**

 - เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่เกิดภาวะหมดไฟและลาออกเนื่องจากภาระงานที่หนัก ไม่มีแรงจูงใจในการทำงานและบุคลากรไม่เพียงพอ

 - สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชบางคนขาดการติดตาม

 - งานสุขภาพจิตไม่เป็นประเด็นที่น่าสนใจสำหรับพื้นที่ ในการนำมาขับเคลื่อนดำเนินการพัฒนาและแก้ไขปัญหาในระดับ พชอ.

ผู้รายงาน 1. นางสาววิชชุดา วงศ์ดาว

 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

 วัน/เดือน/ปี 4 มิถุนายน 2565

 โทร 06 1368 6305

 e-mail : nyxnan.witchu@gmail.com

ผู้รายงาน 2. นางเริงจิตร ตุ้ยดง

 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

 วัน/เดือน/ปี 4 มิถุนายน 2565

 โทร 081-8845356

 e-mail : roengchit123@gmail.com