

**บทสรุปผู้บริหารการตรวจราชการภาพรวมประเทศ**  
**รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖**  
**ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ**

.....

**ประเด็นตรวจราชการ :** สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ (วัยทำงาน)

**๑. เป้าหมาย และผลงาน**

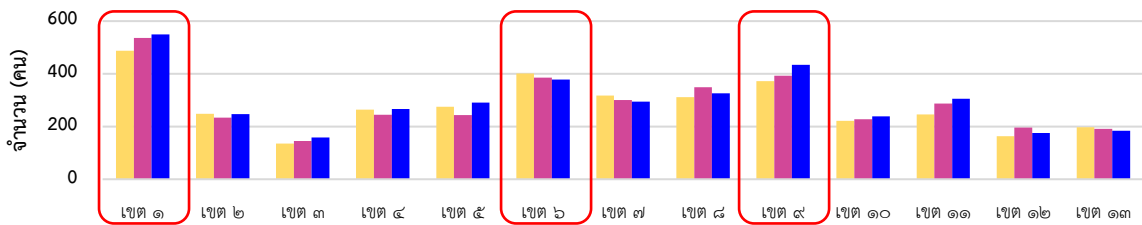
**ตัวชี้วัด ๑.๑ :** อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน

๑.๒ : ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

**ผลงาน :** ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต.ค. ๖๕ - มิ.ย. ๖๖) จำนวน ๓,๘๔๗ ราย คิดเป็น อัตรา ๕.๙๐ ต่อประชากรแสนคน  
 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๙๔.๑๓

**๒. สรุปสถานการณ์**

จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มิถุนายน ๒๕๖๖) พบว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทย เมื่อเปรียบเทียบกับในช่วงเวลาเดียวกันระหว่างเดือน ตุลาคม - มิถุนายน ของปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ในช่วง ๓ ปีนี้ จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จยังคงเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับในช่วงเวลาเดียวกัน โดยปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๙ เดือน) มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ๓,๘๔๗ คน หรือคิดเป็นอัตรา ๕.๙๐ ต่อประชากรแสนคน (๙ เดือน) เขตสุขภาพที่มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากเป็นลำดับต้น ๆ คือ เขตสุขภาพที่ ๑ จำนวน ๕๔๙ คน (๙.๙๔ ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ ๙ จำนวน ๔๓๔ คน (๖.๔๘ ต่อประชากรแสนคน) และเขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๓๗๘ คน (๖.๑๒ ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ ดังภาพที่ ๑ และเขตสุขภาพที่มีจำนวนน้อยกว่าในช่วงปีที่ผ่านมา คือ เขตสุขภาพที่ ๖ , ๗ , ๘ , ๑๒ และ ๑๓



	เขต ๑	เขต ๒	เขต ๓	เขต ๔	เขต ๕	เขต ๖	เขต ๗	เขต ๘	เขต ๙	เขต ๑๐	เขต ๑๑	เขต ๑๒	เขต ๑๓	รวม
ปี ๒๕๖๔	๔๔๘ (๘.๘๒)	๒๓๘ (๗.๒๙)	๑๓๖ (๔.๖๕)	๒๖๕ (๕.๙๑)	๒๗๕ (๕.๓๓)	๔๐๑ (๖.๕๒)	๓๑๗ (๖.๓๓)	๓๑๑ (๕.๖๖)	๓๗๒ (๕.๕๕)	๒๒๒ (๔.๘๕)	๒๔๖ (๕.๕๕)	๑๖๓ (๓.๒๘)	๑๙๗ (๓.๖๑)	๓,๖๔๐
ปี ๒๕๖๕	๕๓๖ (๙.๗๑)	๒๓๙ (๖.๙๐)	๑๕๕ (๔.๙๘)	๒๕๕ (๕.๕๔)	๒๕๓ (๔.๗๑)	๓๘๖ (๖.๒๕)	๓๐๐ (๖.๐๑)	๓๙๙ (๖.๓๖)	๓๙๓ (๕.๘๗)	๒๒๘ (๔.๙๙)	๒๘๗ (๖.๔๖)	๑๙๖ (๓.๙๖)	๑๙๑ (๓.๕๓)	๓,๗๓๓
ปี ๒๕๖๖	๕๔๙ (๙.๙๔)	๒๔๗ (๗.๒๙)	๑๕๙ (๕.๘๗)	๒๖๖ (๕.๙๓)	๒๙๑ (๕.๖๔)	๓๗๘ (๖.๑๒)	๒๙๔ (๕.๘๙)	๓๒๖ (๕.๙๔)	๔๓๔ (๖.๘๘)	๒๓๙ (๕.๒๓)	๓๐๕ (๖.๘๗)	๑๗๕ (๓.๕๑)	๑๘๔ (๓.๔๐)	๓,๘๔๗

**ภาพที่ ๑ :** อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน เปรียบเทียบ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน (ต.ค. - มิ.ย.) ปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ แยกตามรายเขตสุขภาพ

**ที่มา :** ข้อมูลจากใบมรณบัตร(ตามสถานที่เสียชีวิต) สำนักทะเบียนราษฎร โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ วิเคราะห์ถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ จากกระบวนงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง จนเสียชีวิต กรมสุขภาพจิต (รง 506S) ระหว่าง ต.ค.๖๕ - มิ.ย.๖๖ จำนวน ๓,๒๓๘ คน ยังคงพบว่า ผู้ชายมี อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (อัตรา ๘.๐๕ ต่อประชากรแสนคน) สูงกว่าผู้หญิง ๔ เท่า (อัตรา ๑.๙๘ ต่อประชากรแสน คน) สำหรับกลุ่มวัยสูงอายุ (๖๐ ปี ขึ้นไป) จะเป็นกลุ่มที่มีอัตราตายรายอายุ ( Age specific death rate ) สูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ (อัตรา ๖.๔๓ ต่อประชากรแสนคน) กลุ่มรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงานเป็นกลุ่มที่มีจำนวนของการ ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าอาชีพอื่น ๆ (๓๓.๓๐%) รองลงมา คือเกษตรกร (๒๕.๒๖%) ผู้ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง (๑๕.๖๕%) ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วย

โรคเรื้อรัง (๓๑.๒๐%), เจ็บป่วยโรคทางจิตเวช ๒๗.๒๐%, มีปัญหาการใช้สุรา (๒๑.๕๐%), เคยทำร้ายตนเอง (๑๔.๑๐%) และติดสารเสพติด (๑๐.๓๐%) ส่วนปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (๔๗.๗๐%) จำแนกเป็น การทะเลาะกับคนใกล้ชิด (๒๔.๕๐%), น้อยใจ ดุด่า ตำหนิ (๒๑.๖๐%), ผิดหวังความรัก (๑๐.๕๐%) และสำหรับปัจจัยที่มาจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (๒๔.๖๐%) โดยบางรายจะมีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นมากกว่าหนึ่งปัจจัย เช่น ปัญหาเศรษฐกิจร่วมกับปัญหาความสัมพันธ์และการดื่มสุรา สำหรับวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ แขนงคอ ๘๓.๘๐% รองลงมาคือ ใช้ปืน ๖.๑๐% และใช้ยากำจัดวัชพืช ๑.๘๐%

## ๒.๑ มาตรการการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่

### ๒.๑.๑ มาตรการพัฒนาปรับปรุงระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายระดับจังหวัด

๑) การมีแผนป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายระดับจังหวัดโดยมาตรการมุ่งที่เหตุปัจจัยที่เกิดขึ้นในจังหวัดโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างพหุภาคี (Multisector) ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขเป็นเลขานุการ และมีหน่วยบริการจิตเวช ศูนย์สุขภาพจิต ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนด้านวิชาการ โดยได้มีการจัดเวทีประชุมหารือและคืนข้อมูลสถานการณ์การฆ่าตัวตายและประชุมกลุ่มย่อยในรูปแบบคณะอนุกรรมการเพื่อปรึกษาหารือให้ความช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายกรณีที่เหมาะสมปัญหาวิกฤตชีวิตที่เกี่ยวข้องในแง่กฎหมาย คดีความและปัญหาหนี้สิน ถูกทวงหนี้ เป็นต้น ได้ มีการแต่งตั้งและประชุมคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิตในครอบคลุมทุกจังหวัด สำหรับจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ ได้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิตระดับจังหวัดอย่างชัดเจน แต่ยังไม่ได้บรรจุประเด็นปัญหาการฆ่าตัวตายเข้าเป็นวาระสำคัญของการประชุม

๒) การระบุดูแลความเสี่ยงในพื้นที่เพื่อการเฝ้าระวัง การใช้ระบบฐานข้อมูลที่มีในจังหวัด มาวิเคราะห์ระบุดูแลความเสี่ยงของจังหวัด ได้แก่ ข้อมูล รง 506S และรายงานการสอบสวนโรค พบว่า แต่ละเขตบริการสุขภาพ มีการจัดตั้งทีมสอบสวนระดับจังหวัดและผ่านการอบรม ครอบคลุมทุกจังหวัด เมื่อเกิดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายได้มีการลงสอบสวนและเฝ้าระวังเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติ ใกล้ชิด และคนในชุมชน โดยนำข้อมูลดังกล่าวมาจัดทำเป็น Dashboard ระดับเขต/จังหวัด เพื่อติดตามสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายที่รวดเร็วและมีคุณภาพ อาทิเช่น จังหวัดลำพูน, จังหวัดมหาสารคาม เป็นต้น และนำข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนการฆ่าตัวตาย มาวิเคราะห์ตามแนวทางระบาดวิทยาและจัดทำโครงการโดยมีเป้าประสงค์ตรงตามปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ อาทิเช่นเขตพื้นที่ภาคเหนือ: เขตสุขภาพที่ ๑ ๒ และ ๓ มีนโยบายกำกับให้พื้นที่ที่มีการสอบสวนฆ่าตัวตายทุกราย เพื่อเชื่อมโยงการวางมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด

๒.๑.๒ มาตรการติดตามเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย พบว่า จากการที่จังหวัด/เขตสุขภาพที่มีการวิเคราะห์ข้อมูล รง506Sและการสอบสวนโรคปีที่ผ่านมา พบว่า การกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามเฝ้าระวัง มีความชัดเจน และตรงตามปัญหาที่เกิดขึ้น ได้มากยิ่งขึ้น ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน และแนวทาง/วิธีการที่กรมสุขภาพจิตได้แนะนำไว้ อาทิเช่น จะเน้นการคัดกรองติดตามกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย(8Q) ในผู้ป่วยเรื้อรังซ้ำซ้อน ผู้ป่วยจิตเวช (เขตสุขภาพที่ ๒) การเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้มีปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นวัยเรียน เฝ้าระวังวัยรุ่นที่ทำร้ายตัวเองในเวชระเบียน OPD/IPD/ER ในกลุ่มที่มีประวัติทำร้ายตนเองมารักษาที่โรงพยาบาลให้ครอบคลุม (เขตสุขภาพที่๘) โดยกลไกการขับเคลื่อนงานในระดับจังหวัด ยังคงใช้กลไก พชอ.และเครือข่ายทีม ๓ หมอ ค้นหากกลุ่มเสี่ยงในชุมชน คัดกรอง ประเมินด้วยเครื่องมือทางสุขภาพจิต ( 2Q Plus) หากพบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะมีการประเมินระดับความรุนแรงด้วยแบบประเมิน 8Q ดำเนินการส่งต่อและการเฝ้าระวังในพื้นที่ การกำหนดให้มีจุดแจ้งเหตุในชุมชน พบว่า การจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุ ๒๔ ชม ในช่วงเริ่มต้นแต่ละจังหวัดอาจมี ๑ จุด ส่วนใหญ่เป็นหมายเลข ๑๖๖๙

ซึ่งเจ้าหน้าที่รับผิดชอบสามารถโทรแจ้งทีมกู้ภัยหรือทีม MCATT และทีมสอบสวนได้ทันที มีการประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนและหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งทราบ นอกจากนี้ได้พัฒนาตำบลต้นแบบการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน การป้องกันการฆ่าตัวตายและระบบการเฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องผ่าน Application Mental Health Check In โดยชุมชนมีส่วนร่วม ดำเนินการจัดอบรมเสริมพลังญาติและผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงให้สามารถจับสัญญาณเตือนและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้ง ได้มีการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และวัคซีนใจให้กับประชาชนทั่วไป รวมทั้งกลุ่มวัยแรงงานที่มีความเสี่ยงสูง (เขตสุขภาพที่๔) นอกจากนี้สำหรับกลุ่มเยาวชนในระบบสถานศึกษา ได้มีการร่วมกับภาคเอกชนร่วมสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังและรับฟังเพื่อน (Deep Listening) โดยทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่นักศึกษาแกนนำของมหาวิทยาลัย

### ๒.๑.๓ มาตรการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

๑) จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งและจัดตั้งหอผู้ป่วยในสำหรับโรงพยาบาลทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติด

๒) บูรณาการงานจิตเวชผูกพันกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) เพื่อร่วมมือในการนำตัวผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและขาดการรักษาเข้าสู่ระบบบริการ โดยในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการรักษาระงับอาการทางจิตโดยเร็วแล้วติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรคจิต โรคซึมเศร้า อย่างต่อเนื่อง มีการประเมินอาการและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยมีทีมสหวิชาชีพให้การบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย/ผู้ดูแล สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสุราและยาเสพติดแก้ไขภาวะ Intoxication และนำผู้ติดสารเสพติดเข้าสู่กระบวนการรักษาส่งจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาแก้ไข้ปัญหา เช่น ให้การรักษาและควบคุมอาการ มีทีมสหวิชาชีพให้การบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย/ผู้ดูแล

๓) จัดระบบการดูแลเบื้องต้นตามมาตรฐานสุขภาพจิตการให้บริการสุขภาพจิตทุก รพช. และจัดบริการดูแลด้านจิตสังคม เพื่อช่วยบรรเทาหรือแก้ไข้ปัญหา/วิกฤติชีวิต ได้แก่ Csg, PST, การให้การปรึกษาครอบครัว, การให้การปรึกษาคู่สมรส และมีการประเมินด้วย 8Q ทุกเดือนในรายที่ยังมีความคิดฆ่าตัวตายและดูแลแก้ไข้ตามระดับความรุนแรง

๔) มีการจัดระบบการดูแลจิตใจทางด้านสังคม จิตใจในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยได้มีการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับ พม.จังหวัด ประเมินด้วย 8Q ทุกเดือนในรายที่ยังมีความคิดฆ่าตัวตาย และดูแลแก้ไข้ตามระดับความรุนแรง

### ๒.๑.๔ มาตรการเสริมสร้างปัจจัยปกป้องและต้านกั้นการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายในจังหวัด

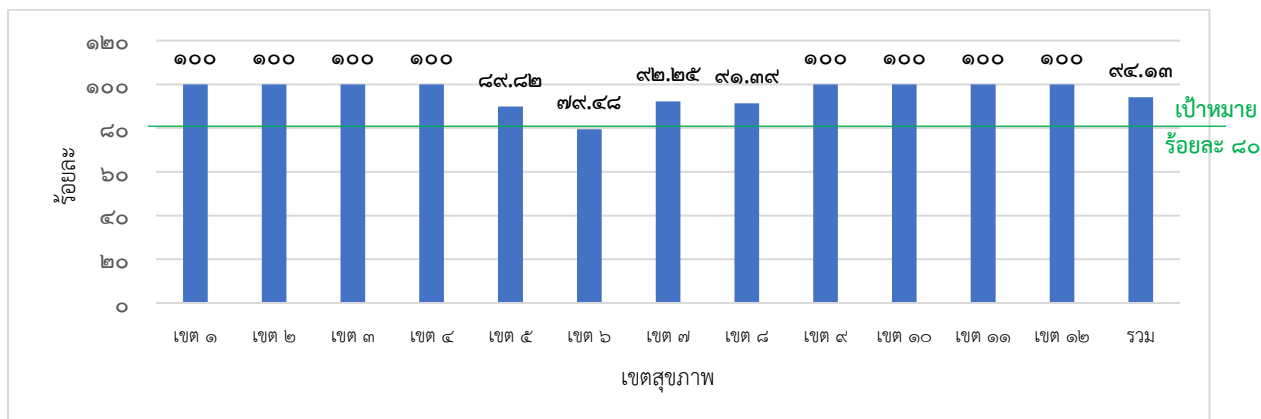
๑) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนเรื่อง สัญญาณเตือน กลุ่มเสี่ยงและช่องทางการช่วยเหลือ

๒) กำหนดกลุ่มเสี่ยงและมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่และมีส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health Literacy)

๓) มีการสร้างต้านกั้นในชุมชน อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การมีราวกันสถานที่เสี่ยงต่อการกระโดดฆ่าตัวตาย สะพาน (จังหวัดกาฬสินธุ์, จังหวัดสุราษฎร์ธานี) หรือมีกล้องวงจรปิดเฝ้าระวังในสถานที่ที่เสี่ยงพร้อมกับมี รพภ. ที่ผ่านการอบรมมีทักษะในการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย

## ๒.๒ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มิถุนายน ๒๕๖๖) พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๙๔.๑๓ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ทุกเขตสุขภาพมีการเข้าถึงบริการมากกว่าเป้าหมาย ยกเว้นเขตสุขภาพที่ยังคงมีการเข้าถึงบริการต่ำกว่าเป้าหมาย คือ เขตสุขภาพที่ ๖ เท่ากับร้อยละ ๗๙.๔๘ เนื่องจากบางพื้นที่ไม่ลงข้อมูลการวินิจฉัยในระบบ HDC รายละเอียดดังภาพที่ ๒ ในส่วนของกรุงเทพมหานครมีการเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๑๕.๙๕ เนื่องจากมีหน่วยงานบริการสุขภาพภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงมหาดไทยของกรุงเทพมหานคร การไม่มีระบบเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลและการนำเข้าสู่ข้อมูลใน HDC



ภาพที่ ๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ต.ค.๖๕-มิ.ย.๖๖) แยกตามรายเขตสุขภาพ ที่มา : จากระบบ <https://hdcservice.moph.go.th> และ [www.thaidepression.com](http://www.thaidepression.com) ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

การดำเนินงานภายใต้ตัวชี้วัด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ พบว่า เขตสุขภาพมีการใช้ 2Q 9Q เข้าถึงบริการได้ง่ายและมีการดูแลแบบชุมชนมีส่วนร่วม มีการบูรณาการทำงานสุขภาพจิตร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการติดตามและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ และยังพบว่าในบางพื้นที่มีการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม NCD หญิงตั้งครรภ์และผู้สูงอายุ ด้วยแบบประเมิน 2Q และ 2Q Plus แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

### ๓. ปัญหา/จุดร่วมสะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- ๑) เจ้าหน้าที่ในบางพื้นที่ยังคงมีความเข้าใจในการประเมิน 9Q ที่คลาดเคลื่อน
- ๒) กระบวนการค้นหาปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มเสี่ยงเปราะบางทางสังคมยังไม่ครอบคลุม
- ๓) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบมีภาระงานมาก รับผิดชอบตัวชี้วัดหลายตัวชี้วัด และในบางพื้นที่มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน

### ๔. ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อพัฒนาปรับปรุงพัฒนา

#### ๔.๑ ข้อเสนอแนวทางในการขับเคลื่อนการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายโดยกรมสุขภาพจิต

##### ๔.๑.๑ กรมสุขภาพจิตและจังหวัด ร่วมกันขับเคลื่อนการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ดังนี้

- ๑) จัดตั้งระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายเน้นการมีศูนย์รับแจ้งเหตุกรณีการฆ่าตัวตาย การสื่อสารไปยังทีมกู้ชีพ (HOPE) และทีมสอบสวนกรณีการฆ่าตัวตาย เพื่อการช่วยเหลือและดำเนินการสอบสวนการฆ่าตัวตายทุกราย (Suicide investigation) เปรียบเทียบระดับประเทศได้

๒) สนับสนุนกลไกการดำเนินงานของพหุภาคี (Multi-Sectors) อาทิ คณะอนุกรรมการประสานงาน เพื่อบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ เครือข่ายทีม ๓ หมอ

๓) มีหน่วยงานรับผิดชอบ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล รายจังหวัด และจัดทำแผนป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงสูง ให้มีมาตรการที่มุ่งเน้นการจัดการกับเหตุปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย เฉพาะเจาะจง รวมทั้งการมี Dashboard ในแต่ละจังหวัดเพื่อการติดตามและสะท้อนปัญหาได้อย่างรวดเร็วและ ถูกต้อง

๔.๑.๒ กรมสุขภาพจิต ติดตามและประเมินระบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายตามประเด็น มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาระดับจังหวัด

๔.๑.๓ กรมสุขภาพจิตสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะการให้ความรู้ เรื่อง การสังเกตถึงสัญญาณเตือน (Warning Sign) และการช่วยเหลือเบื้องต้น และช่องทางการส่งต่อไปยังบุคลากร สาธารณสุขแก่ญาติ/ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง

## ๕. ปัจจัยความสำเร็จ

๑) ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและผลักดันเป็นนโยบายการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับ เขตสุขภาพสร้างการมีส่วนร่วมภาคส่วนต่างๆ ที่เป็นรูปธรรม

๒) การจัดตั้งคณะอนุกรรมการระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนระดับจังหวัด/อำเภอ ซึ่งเป็นกลไกการ ยกระดับมาตรการการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในทุกภาคส่วนร่วมกัน

๓) ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายผ่านกลไกระดับอำเภอ/ชุมชน เช่น พชอ. เครือข่ายทีม ๓ หมอในการเฝ้าระวังในพื้นที่ การคัดกรองแบบบูรณาการใน Setting ต่างๆในหน่วยบริการ สาธารณสุข โดยที่ชุมชนมีส่วนร่วม ชุมชนตระหนักถึงปัญหาและเป็นเจ้าของในการแก้ปัญหาร่วมกัน

๔) พัฒนาค่าบดต้นแบบการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน การป้องกันการฆ่าตัวตาย และระบบการเฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องผ่าน Application Mental Health Check In โดยชุมชนมีส่วนร่วม

๕) กำหนดกลุ่มเสี่ยงและมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่และมีส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy)

๖) นำมาตรการ ๕ มาตรการไปแก้ไขปัญหา การฆ่าตัวตายในพื้นที่ คือ

- ระบบปรับปรุง ระบบเฝ้าระวังป้องกันการ ฆ่าตัวตาย
- ติดตามเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายใน กลุ่มเสี่ยงและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย
- การช่วยเหลือผู้รอดชีวิต และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย
- การสนับสนุนการสอบสวนโรค กรณีฆ่าตัว ตายในจังหวัด
- การเสริมสร้าง ปัจจัยปกป้อง และต้านกัน ในจังหวัด