



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

สรุปผล การตรวจราชการ งานสุขภาพจิต รอบที่ 1

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

คำนำ

การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการตามภารกิจของกรม/กอง สำนักต่างๆ เป็นไปตามเป้าหมาย ภายใต้การขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกรม/กอง สำนักต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปีงบประมาณ 2567 ได้กำหนดกรอบประเด็นการตรวจราชการกรณีปกติ เป็น 9 ประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายมุ่งเน้นสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้กลไกคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รายประเด็น และคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยกองตรวจราชการ ร่วมกับกรมวิชาการ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ และนิเทศงานจากกรม กอง สำนักต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2567 ในรอบที่ 1 ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - มีนาคม 2567 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินสภาพปัญหาแผนการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไขปัญหา การบริหารจัดการประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย พร้อมทั้งติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 และให้การสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ตามกรอบประเด็นการตรวจราชการและกำกับติดตามการตรวจราชการ ดังนี้

- 1) ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์
- 2) ประเด็นที่ 2 สุขภาพจิตและยาเสพติด
- 3) ประเด็นที่ 3 มะเร็งครบวงจร
- 4) ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
- 5) ประเด็นที่ 5 สถานชีวาภิบาล
- 6) ประเด็นที่ 6 ดิจิทัลสุขภาพ (One ID Card Smart Hospital)
- 7) ประเด็นที่ 7 การส่งเสริมการมีบุตร
- 8) ประเด็นที่ 8 เศรษฐกิจสุขภาพ
- 9) ประเด็นที่ 9 Area Based (ประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่)

กรมสุขภาพจิต โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้รวบรวมรายงานผลจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต ภายใต้การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567 จากระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection) และวิเคราะห์รายงานผลการตรวจราชการในประเด็นตรวจราชการ ร่วมกับคณะทำงานวิชาการตรวจราชการกรมสุขภาพจิต และหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักแต่ละประเด็น (PM) โดยแบ่งเป็นประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบ (PM) ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมดำเนินการกับกรมอื่น และจัดทำสรุปผลการตรวจราชการงานสุขภาพจิตรอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567 เสนอต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อให้หน่วยงานในเขตสุขภาพนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ที่รับผิดชอบให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดและเกิดผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายรัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

กรมสุขภาพจิต

พฤษภาคม 2567

สารบัญ

คำนำ	หน้า
สารบัญ	
บทสรุปผู้บริหาร	3
<ul style="list-style-type: none"> ● สรุปผลภาพรวมการติดตามรายงานผลการตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567 จากระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection) 	6
<ul style="list-style-type: none"> ● รายงานผลการวิเคราะห์การดำเนินงานในการตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 1 (เดือนตุลาคม 2566 - มีนาคม 2567) ประจำปีงบประมาณ 2567 	13
<ul style="list-style-type: none"> ● ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบ <ul style="list-style-type: none"> ○ ประเด็นที่ 2 สุขภาพจิตและยาเสพติด 	15
<ul style="list-style-type: none"> ● ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมรับผิดชอบ <ul style="list-style-type: none"> ○ ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์ 	22
<ul style="list-style-type: none"> ● ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมดำเนินการกับกรมวิชาการอื่น <ul style="list-style-type: none"> ○ ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย ○ ประเด็นที่ 5 สถานชีวาภิบาล ○ ประเด็นที่ 8 เศรษฐกิจสุขภาพ 	22 26 28
<ul style="list-style-type: none"> ● ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567 	31

บทสรุปผู้บริหาร

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และดำเนินการตรวจติดตามการปฏิบัติราชการของหน่วยงานส่วนภูมิภาค โดยการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567 ในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2567 มีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินสภาพปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา การบริหารจัดการประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 - 12 และให้การสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ โดยกำหนดกรอบประเด็นสำคัญในการตรวจราชการเป็น 9 ประเด็นหลัก ซึ่งกรมสุขภาพจิต โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้รวบรวมรายงานผลจากการตรวจราชการ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567 จากระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection) ตามประเด็นการตรวจราชการงานสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง และข้อค้นพบจากการตรวจราชการงานสุขภาพจิต โดยจำแนกตามบทบาทภารกิจของกรมสุขภาพจิต ดังนี้

ประเด็นการตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลัก

จากการรายงานข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จประเทศไทยจากใบมรณบัตร พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2564, 2565, 2566 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 7.38, 7.97, 8.0 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - มี.ค.67) สมมติฐานในคนไทยตามแนวคิด TK model พบว่า ผู้ชายมีจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าผู้หญิง 4 เท่า จำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จะอยู่ในกลุ่มอายุ 20-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 70.95 แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับรายกลุ่มอายุ จะพบว่ากลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) เป็นกลุ่มที่มีการฆ่าตัวตายเป็นรายอายุ (Age specific death rate) สูงสุด (อัตรา 4.17 ต่อประชากรแสนคน) กลุ่มอาชีพที่มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายเป็นรายอาชีพ คือ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 36.8) รองลงมาคือ เกษตรกร (ร้อยละ 25.1) และค้าขาย (ร้อยละ 4.6) วิธีการที่ใช้ พบว่า ร้อยละ 94 เป็นการแขวนคอ รองลงมาคือ การใช้ยาฆ่าแมลง (ร้อยละ 2.4) สารเคมี (ร้อยละ 1.14) และอาวุธปืน ร้อยละ (1.05) ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชร้อยละ 23.0 (โรคจิตร้อยละ 10.5 และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 10.5) 2) ติดสารเสพติด ร้อยละ 21.8 3) ติดสุรา ร้อยละ 19.5 4) มีบุคลิกภาพหุ่นหันหลังหันหน้า ร้อยละ 17.4 5) เคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 10.9 6) ป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรง/เรื้อรัง ร้อยละ 10.74 และ 7) Childhood trauma ร้อยละ 4.3 ส่วนปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ประสบปัญหาชีวิต หรือมีเหตุการณ์วิกฤต ที่คิดว่าพ่ายแพ้ล้มเหลว อับอายขายหน้า อับจนหนทาง มีมากถึงร้อยละ 60.9 รองลงมาคือ เกิดจากฤทธิ์สารเสพติด ร้อยละ 20.7 อาการทางจิตกำเริบ ร้อยละ 20.2 และรับรู้ข่าวการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.1 มีการแสดงถึงสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 39.6

สถานการณ์ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2566 - มีนาคม 2567) จากรายงานแบบรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง 506S พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 98.87 ทุกเขตสุขภาพมีผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี มากกว่าเป้าหมาย ยกเว้นเขตสุขภาพที่ยังคงมีการพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำต่ำกว่าเป้าหมาย

คือ เขตสุขภาพที่ 13 เท่ากับร้อยละ 95.24 และข้อมูลการรายงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือนในระบบ HDC พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ร้อยละ 97.35 ทุกเขตสุขภาพ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลามากกว่าเป้าหมาย เขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ผลการดำเนินงานมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 29 คน และเขตสุขภาพที่ 13 จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และเขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ผลการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 แต่เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมจากผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการ ทั้งหมด 196,320 ราย มีการติดตามได้เพียง 1,470 คน ซึ่งต้องมีแนวทางในการติดตามกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ติดตามไม่ได้เข้าสู่ระบบ ในส่วนของการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ มีการกำหนดมาตรการให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ ขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตาย ผ่านอนุกรรมการคณะกรรมการประสานงานเพื่อ บังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด และคืนข้อมูลสถานการณ์การฆ่าตัวตายและข้อเสนอแนะในระดับจังหวัด ให้กับพื้นที่ จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งและจัดตั้งหอผู้ป่วยในสำหรับ โรงพยาบาลทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติด และกำหนดกลุ่มเสี่ยงและมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในพื้นที่และมีส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) โดยมีข้อค้นพบปัจจัยความสำเร็จ พบว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญและผลักดันเป็นนโยบายการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับเขตสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ มีการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด ขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านกลไกระดับอำเภอ ชุมชน สร้างความตระหนักและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ประเด็นปัญหาที่ยังคงเป็นความท้าทายในการพัฒนาการดำเนินงานในพื้นที่ ได้แก่

- 1) การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายยังมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายภาคประชาชน
- 2) การสอบสวนกรณีฆ่าตัวตาย (Suicide Investigation) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
- 3) การเฝ้าระวัง คัดกรอง ความเสี่ยงในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และการรับรู้สัญญาณเตือนของญาติ/ผู้ใกล้ชิด ทั้งนี้ ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานจากประเด็นปัญหาอุปสรรคสำคัญที่พบจากการดำเนินงานในพื้นที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบ เห็นว่าขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิตระดับจังหวัด และบูรณาการดำเนินงาน โดยใช้กลไก พชอ.และเครือข่ายทีม 3 หมอ ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับหน่วยปฐมภูมิ/รพช การสอบสวนโรค (MiniPG) และจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฆ่าตัวตายในจังหวัด พร้อมแนวทางการส่งต่อทีม MCATT และทีมสอบสวนโรค / จัดตั้งคณะทำงานรวบรวมข้อมูลการสอบสวนโรค และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อส่งต่อให้กับผู้รับผิดชอบในจังหวัดอย่างสม่ำเสมอ

ประเด็นการตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมรับผิดชอบ

○ **ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์** การบูรณาการร่วมกับกองบริหารการสาธารณสุขสป. และกรมควบคุมโรค มีผลการดำเนินงาน ดังนี้ (1) ผู้ต้องขังจิตเวชทั่วประเทศ จำนวน 11,018 คน คิดเป็น 3.86% ของผู้ต้องขังทั่วประเทศ 285,346 คน แบ่งเป็น เพศชาย จำนวน 8,375 คน (76.10%) เพศหญิง จำนวน 2,634 คน (23.90%) (2) ผู้ต้องขังรับบริการผ่านระบบ Telepsychiatry จำนวน 4,312 ราย / รับบริการผ่านแพทย์เข้าตรวจในเรือนจำหรือได้รับการตรวจที่โรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 9,033 ราย (3) เรือนจำที่มีระบบและให้การบำบัดรักษาผ่านระบบ Telepsychiatry จำนวน 124 แห่ง จาก 143 แห่งทั่วประเทศ (86.71%) (4) 5 อันดับวินิจฉัยโรคจิตเวช F20 จำนวน 3,950 คน / F15 จำนวน 1,426 คน / F32 จำนวน 911 คน / อื่นๆ จำนวน 4,731 คน (5) ผู้ต้องขังจิตเวชพ้นโทษกลับสู่ชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 2,054 คน ติดตามผ่านเครือข่ายสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ได้จำนวน 697 คน (33.93%)

ประเด็นการตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมดำเนินการกับกรมอื่น

○ **ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอยโรค ลดป่วย ลดตาย** จากการส่งเสริมอำเภอสุขภาพดี 800 อำเภอ พบว่า ผลการดำเนินงานอำเภอที่มีคลินิกวัคซีนใจในชุมชน จำนวน 837 อำเภอ และชุมชนมีวิถีชีวิต กิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตดี 1 อำเภอต่อจังหวัด ลงถึงตำบลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน และภูมิคุ้มกันทางใจ (RQ: Resilience Quotient) ระดับบุคคลและชุมชน โดยเน้นการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ผ่าน Mental Health Literacy บูรณาการวัคซีนใจในชุมชนและโปรแกรม COMMUNITY SET ZERO เข้ากับ พชอ./พชช. การป้องกัน (Detection) โรคต่างๆ ผ่านหลักสูตร 3 หมอสำหรับป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน (ONLINE/ONSITE) และให้ความรู้ อสม. เพื่อสื่อสารการสังเกตสัญญาณเตือน (Warning Sign) ของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ และหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) มาตรฐานการบูรณาการการดูแล กาย จิต สังคม สำหรับ PCU ให้ความรู้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ในเบื้องต้น รวมถึงการส่งต่อกลุ่มเสี่ยง/ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือและเข้าสู่ระบบบริการ

○ **ประเด็นที่ 5 สถานชีวาภิบาล** จากการดำเนินงานสุขภาพจิตในวัยสูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ภาวะพึ่งพิง นอกจากจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทางกายแล้ว ยังมีความทุกข์ทางใจอีกด้วย ความทุกข์นี้ย่อมส่งผลให้อาการทางกายทรุดลง และไม่สนองต่อการรักษาหรือเยียวยาทางกาย อีกทั้งในท้ายที่สุดแล้วย่อมไม่อาจทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบได้สถานชีวาภิบาลเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้การดูแลชีวิตของผู้ป่วยตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยเน้นการทำงานแบบองค์รวมเพื่อให้ได้รับการตอบสนองครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน โดยกรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลักด้านจิตใจและอารมณ์ โดยดำเนินการผ่านการประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) และภาวะเครียด (ST-5) และคำแนะนำเบื้องต้นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/โรคเรื้อรังในสถานดูแลผู้สูงอายุ (รัฐบาลและเอกชน) ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) สังกัดกรมกิจการผู้สูงอายุ, Nursing home และจัดแผนการดำเนินงาน/คู่มือการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย Palliative Care/ภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแล

○ **ประเด็นที่ 8 เศรษฐกิจสุขภาพ** การบูรณาการร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดำเนินงานสุขภาพจิตในตัวชี้วัด Healthy Cities MODELS มีผลการดำเนินงานด้านอารมณ์ดี คือ มีการประเมิน Mental Health Check in (Burnout, Resilience, Stress, Depression, Suicide) กลุ่มเสี่ยงจาก MHCI ได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือ โดยอารมณ์ดี (สุขภาพจิตดี) มีขั้นตอนการดำเนินการ (1) คัดเลือกอำเภอ (1 แห่งต่อจังหวัด) ดำเนินงานวัดชี้แจงในชุมชน (2) เลือกตำบลสำหรับเป็นชุมชนหลักดำเนินงาน (3) ถอดบทเรียนวัดชี้แจงในชุมชนด้วยหลัก 4 สร้าง (4) ติดตามผลการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงจาก MHCI และ (5) ติดตามประเมินผล และการดำเนินงานด้านสติปัญญาดี โดยผลการดำเนินงานเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 20 (เป้าหมายร้อยละ 15) ในเรื่องส่งเสริมการมีบุตร และการส่งเสริมความฉลาดรอบด้านสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง (7 Days Parenting) มีการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมแล้วเสร็จจำนวน 2 แห่ง จาก 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10 โดยสถานการณ์พัฒนาการข้อมูลในระบบ HDC อาจยังมีความคลาดเคลื่อน เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ในปีงบประมาณ 2567 และยังไม่เคยมีรายงานในระบบ HDC ทำให้ต้องออกแบบและพัฒนารายงานขึ้นใหม่ นอกจากนี้ ยังต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ และสาขาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จึงทำให้รายงานมีความล่าช้า และข้อมูลอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ ซึ่งปัจจุบันยังต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ร่วมกับสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูล ในระบบ 43 แห่ง เพื่อให้รายงานมีความถูกต้องแม่นยำ และมีประสิทธิภาพมากที่สุด

สรุปผลภาพรวมการติดตามรายงานผลการตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567 จากระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection)

จากการติดตามรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567 โดยกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละเขตสุขภาพจัดส่งรายงานผลการตรวจราชการให้ครบถ้วน โดยให้รายงานผลการตรวจราชการและแนบไฟล์รายงานผลทางเว็บไซต์ระบบตรวจราชการออนไลน์ (<https://inspection.moph.go.th/e-inspection/index.php>) ภายในวันที่ 19 เมษายน 2567 ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต ได้รวบรวมข้อมูลตามประเด็นการตรวจราชการงานสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง จากระบบรายงานฯ ดังกล่าว โดยแบ่งตามภารกิจของกรมสุขภาพจิต ดังนี้

ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลัก

- ประเด็นที่ 3 สุขภาพจิตและยาเสพติด

ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมรับผิดชอบ

- ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์

ประเด็นการตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมดำเนินการกับกรมอื่น

- ประเด็นที่ 6 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย (การแพทย์ปฐมภูมิ + การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย)
- ประเด็นที่ 8 สถานชีวาภิบาล
- ประเด็นที่ 12 เศรษฐกิจสุขภาพ

ทั้งนี้ สามารถสรุปผลภาพรวมการติดตามรวบรวมรายงานผลการตรวจราชการระดับจังหวัดและระดับเขต จากระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection) พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรค ในการจัดทำรายงานผลการตรวจราชการ ดังนี้

จากการติดตามรวบรวมรายงานผลการตรวจราชการประเด็นที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลัก ระดับเขตสุขภาพ พบว่า มีการจัดส่งรายงานผลการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ในประเด็นสุขภาพจิตและยาเสพติด ครบทั้งหมด 12 เขตสุขภาพ หรือคิดเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1 ทั้งนี้ประเด็นที่กรมสุขภาพจิตร่วมรับผิดชอบ และร่วมดำเนินการกับกรม/กองอื่น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์ จำนวน 7 เขตสุขภาพ จากทั้งหมด 12 เขตสุขภาพ หรือคิดเป็นร้อยละ 58.3 ประเด็นที่ 6 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย (การแพทย์ปฐมภูมิ + การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย) จำนวน 9 เขตสุขภาพ จากทั้งหมด 12 เขตสุขภาพ หรือคิดเป็นร้อยละ 75 ประเด็นที่ 8 สถานชีวาภิบาล จำนวน 7 เขตสุขภาพ จากทั้งหมด 12 เขตสุขภาพ หรือคิดเป็นร้อยละ 58.3 ประเด็นที่ 12 เศรษฐกิจสุขภาพ จำนวน 7 เขตสุขภาพ จากทั้งหมด 12 เขตสุขภาพ หรือคิดเป็นร้อยละ 58.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 รายงานผลการติดตามผลการตรวจราชการงานสุขภาพจิตที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลัก ระดับเขตสุขภาพ

ลำดับ	เขตสุขภาพที่	กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลัก ประเด็นที่ 2 สุขภาพจิต และยาเสพติด	วันที่รายงานผลการ ตรวจราชการ
1.	เขตสุขภาพที่ 1	✓	11 เม.ย. 67
2.	เขตสุขภาพที่ 2	✓	11 เม.ย 67
3.	เขตสุขภาพที่ 3	✓	19 เม.ย 67
4.	เขตสุขภาพที่ 4	✓	22 เม.ย 67
5.	เขตสุขภาพที่ 5	✓	17 เม.ย 67
6.	เขตสุขภาพที่ 6	✓	1 เม.ย 67
7.	เขตสุขภาพที่ 7	✓	17 เม.ย 67
8.	เขตสุขภาพที่ 8	✓	12 เม.ย 67
9.	เขตสุขภาพที่ 9	✓	31 มี.ค. 67
10.	เขตสุขภาพที่ 10	✓	19 เม.ย 67
11.	เขตสุขภาพที่ 11	✓	23 ก.พ. 67
12.	เขตสุขภาพที่ 12	✓	15 มี.ค. 67

แหล่งที่มา : ระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection) กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ✓ ส่งรายงาน × ไม่มีรายงาน กำหนดส่งภายในวันที่ 19 เมษายน 2567

ตารางที่ 2 รายงานผลการติดตามผลการตรวจราชการงานสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องรายประเด็น ระดับเขตสุขภาพ

ลำดับ	เขตสุขภาพ	กรมสุขภาพจิตร่วมรับผิดชอบ ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ/ เฉลิมพระเกียรติ/ ที่เกี่ยวข้องกับ พระบรมวงศานุวงศ์	กรมสุขภาพจิตร่วมดำเนินการ		
			ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย (ระบบ สุขภาพปฐมภูมิ + รพช.แม่ข่าย)	ประเด็นที่ 8 สถาน ชีวาภิบาล	ประเด็นที่ 9 เศรษฐกิจ สุขภาพ
1	เขตสุขภาพที่ 1	✗	✓	✗	✗
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	-	26 เม.ย 67	-	-
2	เขตสุขภาพที่ 2	✗	✓	✗	✗
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	-	29 มี.ค. 67	-	-
3	เขตสุขภาพที่ 3	✓	✓	✓	✗
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	19 เม.ย. 67	1 เม.ย. 67	31 มี.ค.67	-
4	เขตสุขภาพที่ 4	✗	✓	✓	✗
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	-	1 เม.ย. 67	15 เม.ย. 67	-
5	เขตสุขภาพที่ 5	✓	✓	✗	✗
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	17 เม.ย. 67	10 เม.ย. 67	-	-
6	เขตสุขภาพที่ 6	✗	✓	✗	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	-	1 เม.ย. 67	-	1 เม.ย. 67
7	เขตสุขภาพที่ 7	✗	✗	✓	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	-	-	7 มี.ค. 67	31 มี.ค. 67
8	เขตสุขภาพที่ 8	✓	✓	✓	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	12 เม.ย. 67	12 เม.ย. 67	12 เม.ย. 67	12 เม.ย. 67
9	เขตสุขภาพที่ 9	✓	✓	✓	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	18 เม.ย. 67	28 เม.ย. 67	29 เม.ย 67	20 เม.ย. 67
10	เขตสุขภาพที่ 10	✓	✓	✓	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	23 เม.ย. 67	19 เม.ย. 67	23 เม.ย. 67	9 เม.ย. 67

ลำดับ	เขตสุขภาพ	กรมสุขภาพจิตร่วมรับผิดชอบ	กรมสุขภาพจิตร่วมดำเนินการ		
		ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ/ เฉลิมพระเกียรติ/ ที่เกี่ยวข้องกับ พระบรมวงศานุวงศ์	ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย (ระบบ สุขภาพปฐมภูมิ + รพช.แม่ข่าย)	ประเด็นที่ 8 สถาน ชีวาภิบาล	ประเด็นที่ 9 เศรษฐกิจ สุขภาพ
11	เขตสุขภาพที่ 11	✓	✗	✗	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	31 มี.ค. 67	-	-	1 เม.ย. 67
12	เขตสุขภาพที่ 12	✓	✗	✓	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	19 เม.ย. 67	-	29 มี.ค. 67	31 มี.ค. 67

แหล่งที่มา : ระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection) กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ✓ส่งรายงาน ✗ไม่มีรายงาน กำหนดส่งภายในวันที่ 19 เมษายน 2567

รายงานการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในการตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 1 (เดือนตุลาคม 2567 - มีนาคม 2567) ประจำปีงบประมาณ 2567

จากการตรวจราชการ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567 ภายใต้การขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยกองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกรม/กอง สำนักงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้ร่วมดำเนินการผ่านกลไกคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รายประเด็น และคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีกรอบประเด็นการตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตเกี่ยวข้อง จำแนกตาม 9 ประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายมุ่งเน้นสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ดังต่อไปนี้

- 1) ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องพระบรมวงศานุวงศ์
- 2) ประเด็นที่ 2 สุขภาพจิตและยาเสพติด
- 3) ประเด็นที่ 3 มะเร็งครบวงจร
- 4) ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
- 5) ประเด็นที่ 5 สถานชีวาภิบาล
- 6) ประเด็นที่ 6 ดิจิทัลสุขภาพ (One ID Card Smart Hospital)
- 7) ประเด็นที่ 7 การส่งเสริมการมีบุตร
- 8) ประเด็นที่ 8 เศรษฐกิจสุขภาพ
- 9) ประเด็นที่ 9 Area Based (ประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่)

ทั้งนี้ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้จำแนกประเด็นตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขตามบทบาทภารกิจของกรมสุขภาพจิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลัก

ประเด็นที่ 2 สุขภาพจิตและยาเสพติด : โดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมรับผิดชอบ

ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์ : เครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุขเขตสุขภาพละ 1 เครือข่าย: โดย สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ร่วมรับผิดชอบกับกองบริหารการสาธารณสุข สป./ กรมควบคุมโรค

ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตดำเนินการร่วมกับกรมอื่น

ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย : อำเภอสุขภาพดี โดยกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต ร่วมดำเนินการกับกรมการแพทย์

ประเด็นที่ 5 สถานชีวาภิบาล :สถานชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง: กรมสุขภาพจิต โดยสำนักความร่วมมือสุขภาพจิตและโรงพยาบาลสวนราชมรมย์ดำเนินการร่วมกับกรมการแพทย์

ประเด็นที่ 8 เศรษฐกิจสุขภาพ : Healthy Cities MODELS กรมสุขภาพจิต โดยกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต และสถาบันราชานุกูล ร่วมดำเนินการกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากการรวบรวมรายงานผลการตรวจราชการที่ผู้รับผิดชอบบรรยายประเด็นในเขตสุขภาพที่ 1 -12 ดำเนินการรายงานผลและจัดส่งไปยังระบบตรวจราชการทางออนไลน์ (E-Inspection) โดยสามารถสรุปผลการตรวจราชการฯ ตามประเด็นดังกล่าวได้ ดังนี้

ประเด็นการตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลัก

ประเด็นที่ 2 สุขภาพจิตและยาเสพติด

หัวข้อ : สุขภาพจิตและยาเสพติด

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 70)

: ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด (ร้อยละ 100)

: ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวทยาเสพติดในเขตสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ (Retention Rate) (ร้อยละ 68)

: อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน

: ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (ร้อยละ 98)

: ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน (ร้อยละ 55)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก : สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข/ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์/ กองบริหารการสาธารณสุข / กรมสุขภาพจิต (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต/โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์)

1. หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

1.1 สถานการณ์

จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 (ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567) พบว่า ผลการดำเนินงานเปิดบริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปครอบคลุม 127 แห่ง จำนวน 1,408 เตียง คิดเป็นร้อยละ 100 จำแนกเป็น Ward จำนวน 75 แห่งคิดเป็นร้อยละ 59.06 และ Co-ward จำนวน 52 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 40.94 โดยมีหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 55 แห่ง จาก 127 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 43.31 นอกจากนี้ มีแผนการพัฒนาโรงพยาบาลในเขตสุขภาพจาก Co-ward เป็น Ward จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุโขทัย (เขตสุขภาพที่ 2) โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์(เขตสุขภาพที่ 3) และ โรงพยาบาลระยอง (เขตสุขภาพที่ 6) ดังภาพที่ 1

ประเด็นที่ 2 สุขภาพจิตและยาเสพติด

การเปิดให้บริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพใน swt. / swn. / swx

1.1 หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดใน swt. / swn. (เขต 1-12)



1.2 หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพ (ใน swt. / swn. (เขต 1-12))



เขตสุขภาพ	จำนวนรพ.รพช. (จำนวนเตียง)	Ward	Co-ward	มีแผนรับเป็น ward ภายใน ต.ค. 67
1	12 (149 เตียง)	7 แห่ง (107 เตียง)	5 แห่ง (42 เตียง)	
2	8 (80 เตียง)	5 แห่ง (69 เตียง)	3 แห่ง (11 เตียง)	sw.สุโขทัย
3	5 (60 เตียง)	3 แห่ง (46 เตียง)	2 แห่ง (14 เตียง)	รพ.ชัยนาทเรมร / sw.สระบุรีเรมร
4	12 (67 เตียง)	3 แห่ง (30 เตียง)	9 แห่ง (37 เตียง)	
5	16 (106 เตียง)	10 แห่ง (72 เตียง)	7 แห่ง (34 เตียง)	
6	15 (168 เตียง)	6 แห่ง (102 เตียง)	9 แห่ง (66 เตียง)	sw.ระยอง
7	6 (81 เตียง)	4 แห่ง (63 เตียง)	2 แห่ง (18 เตียง)	
8	11 (133 เตียง)	7 แห่ง (89 เตียง)	4 แห่ง (44 เตียง)	
9	11 (198 เตียง)	6 แห่ง (156 เตียง)	5 แห่ง (42 เตียง)	
10	9 (133 เตียง)	6 แห่ง (109 เตียง)	3 แห่ง (24 เตียง)	
11	12 (145 เตียง)	10 แห่ง (121 เตียง)	2 แห่ง (24 เตียง)	
12	10 (88 เตียง)	8 แห่ง (81 เตียง)	2 แห่ง (7 เตียง)	
รวมทั้งหมด	1,408	75 แห่ง (1,045 เตียง)	52 แห่ง (363 เตียง)	

อยู่ระหว่างดำเนินการเขียนเสริมพลังในเขตสุขภาพ

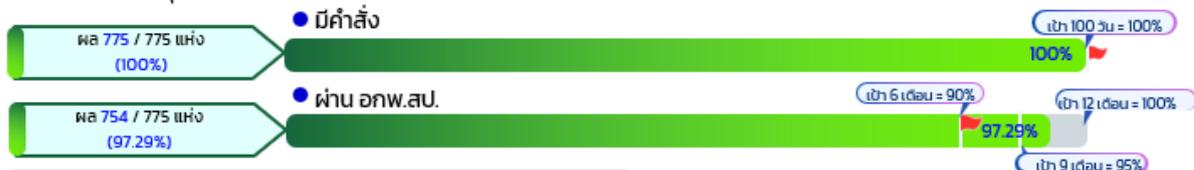
หอผู้ป่วยฯ ครอบคลุมทุก swt. swn. (127 แห่ง 1,408 เตียง)

การดำเนินงานโรงพยาบาลชุมชนมีการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ครบทั้ง 775 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 และได้รับอนุมัติโครงสร้างแล้ว จำนวน 754 แห่ง จากจำนวน 775 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.29 นอกจากนี้ ปัญหาอุปสรรคที่พบ คือ มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 7 แห่ง ยังไม่สามารถทำการประเมินตนเองได้ เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลระดับ F3 ซึ่งมีบุคลากรไม่เพียงพอตามเกณฑ์การจัดตั้งฯ และโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง ยังไม่ผ่านการการรับรองคุณภาพงานยาเสพติด (HA ยาเสพติด) และการขาดกำลังคนในการทำงานด้านสุขภาพยาเสพติดในเขตสุขภาพ ดังภาพที่ 2

ประเด็นที่ 2 สุขภาพจิตและยาเสพติด

การจัดตั้งกลุ่มจิตเวชและยาเสพติด ในหน่วยบริการสังกัด สป.

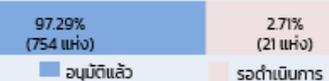
1.3 swx. ที่มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด (เขต 1-12)



เขตสุขภาพ	swx.	อนุมัติ อภ. แล้ว	หมายเหตุ
1	91	87	
2	39	39	
3	49	46	อยู่ระหว่างพิจารณา 3 แห่ง
4	60	56	1 แห่ง ไม่ผ่านการประเมิน HA
5	51	48	อยู่ระหว่างพิจารณา 3 แห่ง
6	58	55	3 แห่ง บุคลากรไม่เพียงพอ
7	71	69	อยู่ระหว่างพิจารณา 2 แห่ง
8	77	76	1 แห่ง ไม่ผ่านการประเมิน HA
9	79	77	อยู่ระหว่างพิจารณา 1 แห่ง
10	62	62	
11	70	67	2 แห่ง บุคลากรไม่เพียงพอ
12	68	68	
รวมทั้งหมด	775	754	

หมายเหตุ : swx. 11 แห่ง อยู่ระหว่างดำเนินการเข้ารับการประเมิน

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด



จัดทำคำสั่ง 100% (775 แห่ง)

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด 7 แห่ง ยังไม่สามารถทำการประเมินตนเองได้

- เนื่องจาก swx. เป็น sw ระดับ F3
- บุคลากรไม่เพียงพอตามเกณฑ์การจัดตั้งกลุ่มงานฯ
- sw ไม่ผ่านการประเมิน HA ยาเสพติด

1.2 มาตรการ/แนวทางการดำเนินงานในพื้นที่

- 1) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการต่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดใน รพศ./รพท. ให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐาน และมีความปลอดภัย
- 2) พัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลังระดับเขตสุขภาพ และลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลังการให้บริการต่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในเขตสุขภาพ

1.3 ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) รพศ./รพท. บางแห่งยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการประเมินตนเองตามแนวทาง การพัฒนาคุณภาพการให้บริการต่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เนื่องจากไม่เข้าร่วมการประชุมชี้แจงและสร้างความเข้าใจต่อแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการต่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
- 2) การดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง เช่น การเผยแพร่ความรู้และการประชาสัมพันธ์ ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มวัย ขั้วเคลื่อนการดำเนินงานของคณะทำงานประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับอำเภอยังไม่เป็นไปตามแผน ขาดการติดตามผลการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง เพราะภาระงานที่เพิ่มขึ้น

1.4 ปัจจัยความสำเร็จ

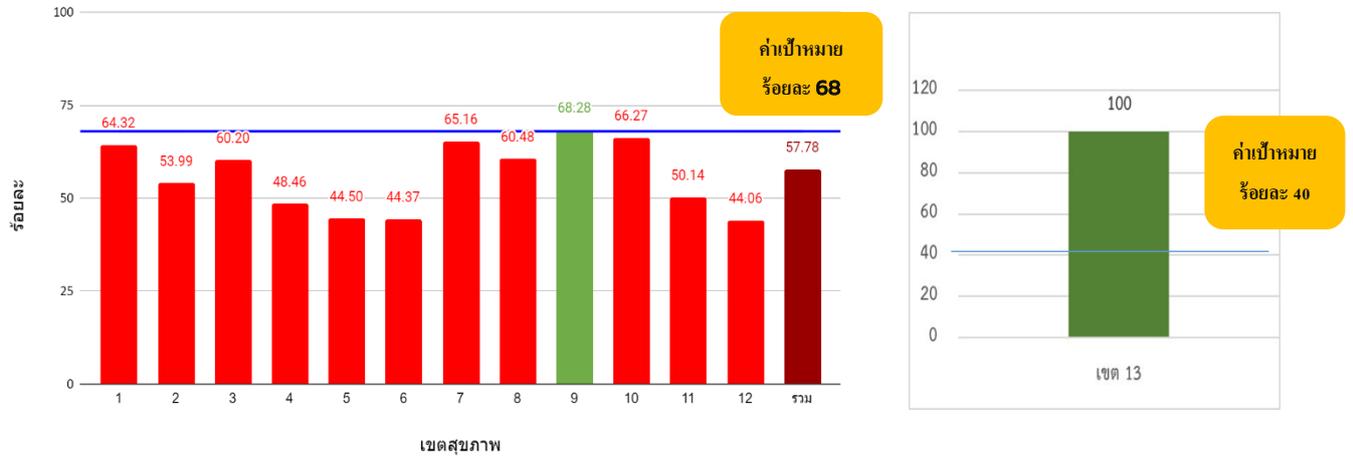
- 1) นโยบายระดับกระทรวงสู่ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัดมีความชัดเจนทำให้สามารถขับเคลื่อนการเปิด Ward และจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดใน รพช.ได้ รวมถึงมีกลไกและความร่วมมือดำเนินงานระดับชุมชนมากขึ้น
- 2) มีการพัฒนาแนวทางการจัดตั้ง ward ที่ใช้เป็นแนวทางดำเนินงานควบคู่กับการวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อรองรับการให้บริการ
- 3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง (4 เดือน) เช่น PG ผู้ใหญ่/ PG เด็กและวัยรุ่น/ PG ยาและสารเสพติด เพื่อรองรับกับการมีผู้ป่วยจิตเวชในระดับรพท./รพศ. และการมีมินิธัญรักษ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจร

2. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในเขตสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ (Retention Rate)

2.1 สถานการณ์

จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 (ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567) พบว่าผลการดำเนินงานผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในเขตสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ ในเขตสุขภาพที่ 1-12 จำนวนผู้ป่วย 49,090 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.78 (เป้าหมายร้อยละ 68) และในเขตสุขภาพที่ 13 จำนวนผู้ป่วย 4,629 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 (เป้าหมายร้อยละ 40) ซึ่งข้อมูลตั้งต้นผู้ป่วย

จิตเวชยาเสพติดในเขตสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ โรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพจิตในสังกัดกรมสุขภาพจิตเป็นต้นแบบการดำเนินงาน เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการทำงานของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ดังภาพที่ 3



ปี 2567	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
A	4,079	2,166	1,434	2,545	1,261	836	2,646	3,708	3,646	3,198	1,557	1,287	28,363
B	6,342 (64.32)	4,012 (53.99)	2,382 (60.20)	5,252 (48.46)	2,834 (44.50)	1,884 (44.37)	4,061 (65.16)	6,131 (60.48)	5,340 (68.28)	4,826 (66.27)	3,105 (50.14)	2,921 (44.06)	49,090 (57.78)

หมายเหตุ A : จำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในเขตสุขภาพ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี นับจากวันที่สิ้นสุดการบำบัด

B : จำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในเขตสุขภาพได้รับการจำหน่ายทั้งหมด

แหล่งที่มา ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (ระบบ รายงาน บสต.)

2.2 ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ผู้บำบัดยาเสพติดนอกเขตการรักษามีปัญหาเรื่องสิทธิการรักษา ในรายที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น มีอาการ Psychotic ร่วมด้วย
- 2) มีปัญหาเรื่องการติดตามผู้บำบัดยาเสพติดให้มาต่อเนื่องครบกระบวนการ เนื่องจากอยู่พื้นที่ห่างไกล รพ. บางกลุ่มเป็นผู้เสพยาเสพติดเรื้อรัง บำบัดมานานแต่กลับไปใช้ซ้ำ
- 3) หน่วยงานที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย มีสาเหตุจากผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินบำบัดรักษา ยังติดตามดูแลต่อเนื่องไม่ครบ 4 ครั้ง ใน 1 ปี นับจากวันที่สิ้นสุดการบำบัดตามเกณฑ์มาตรฐาน

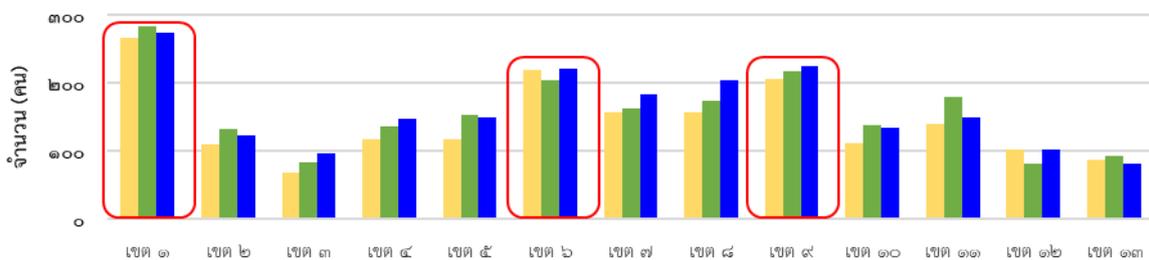
2.3 ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) ทีมดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบสหวิชาชีพ ทั้งจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- 2) สถานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยทุกระยะ ได้แก่ แบบ Acute care : หอผู้ป่วยสรรคสุข , ค่ายฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และมินิธัญญารักษ์
- 3) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และเครือข่ายการดำเนินงานให้สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ และมาตรฐานการดำเนินงานในจังหวัดที่ชัดเจน

3. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ/ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน

3.1. สถานการณ์

จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 (ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567) พบว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทย เมื่อเปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกันระหว่างเดือน ตุลาคม - มีนาคม ของปีงบประมาณ 2565 - 2567 ในช่วง 3 ปีนี้ จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จยังคงเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง โดยปีงบประมาณ 2567 ระยะ 6 เดือน (ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567) มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2,093 คน เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่มีจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากเป็นลำดับต้น ๆ คือ เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 274 คน รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 226 คน และเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 222 คน และเขตสุขภาพที่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น คือ เขตสุขภาพที่ 3,4,7,8 และ 9 ดังภาพที่ 1



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	รวม
ปี 2565	267	110	69	118	118	220	157	157	206	112	141	103	87	1,865
ปี 2566	283	132	84	137	154	204	162	175	217	139	179	81	93	2,040
ปี 2567	274	123	96	148	149	222	183	205	226	134	149	103	81	2,093

ภาพที่ 1 : จำนวนอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน เปรียบเทียบ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน (ต.ค. - มี.ค.) ปีงบประมาณ 2565 - 2567 แยกตามรายเขตสุขภาพ

ที่มา : ข้อมูลจากใบมรณบัตร (ตามสถานที่เสียชีวิต) สำนักทะเบียนราษฎร โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 (ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567) จำนวน 2,093 คน พบว่า ผู้ชายมีจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าผู้หญิง 4 เท่า จำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จะอยู่ในกลุ่มอายุ 20-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 70.95 แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับรายกลุ่มอายุ จะพบว่ากลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) จะเป็นกลุ่มที่มีการฆ่าตัวตายเป็นรายอายุ (Age specific death rate) สูงสุด (อัตรา 4.17 ต่อประชากรแสนคน) กลุ่มอาชีพที่มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสูง คือ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 36.8) รองลงมาคือ เกษตรกร (ร้อยละ 25.1) และค้าขาย (ร้อยละ 4.6) วิธีการที่ใช้ พบว่า ร้อยละ 94 เป็นการแขวนคอ รองลงมาคือ การใช้ยาฆ่าแมลง / ยาฆ่าแมลง (ร้อยละ 2.4) สารเคมี (ร้อยละ 1.14) และอาวุธปืน ร้อยละ 1.05 ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชร้อยละ 23.0 (โรคจิตร้อยละ 10.5 และโรคซึมเศร้าร้อยละ 10.5) 2) ติดสารเสพติด ร้อยละ 21.8 3) ติดสุรา ร้อยละ 19.5 4) มีบุคลิกภาพหุ่นหันพลันแล่น ร้อยละ 17.4 5) เคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 10.9 6) ป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรง/เรื้อรัง ร้อยละ 10.74 และ 7) Childhood trauma ร้อยละ 4.3 ส่วนปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ประสบปัญหาชีวิต หรือมีเหตุการณ์วิกฤต ที่คิดว่าพ่ายแพ้ล้มเหลว อับอายขายหน้า อับจนหนทาง มีมากถึงร้อยละ 60.9 รองลงมาคือ เกิดจากฤทธิ์สารเสพติด ร้อยละ 20.7 อาการทางจิตกำเริบ

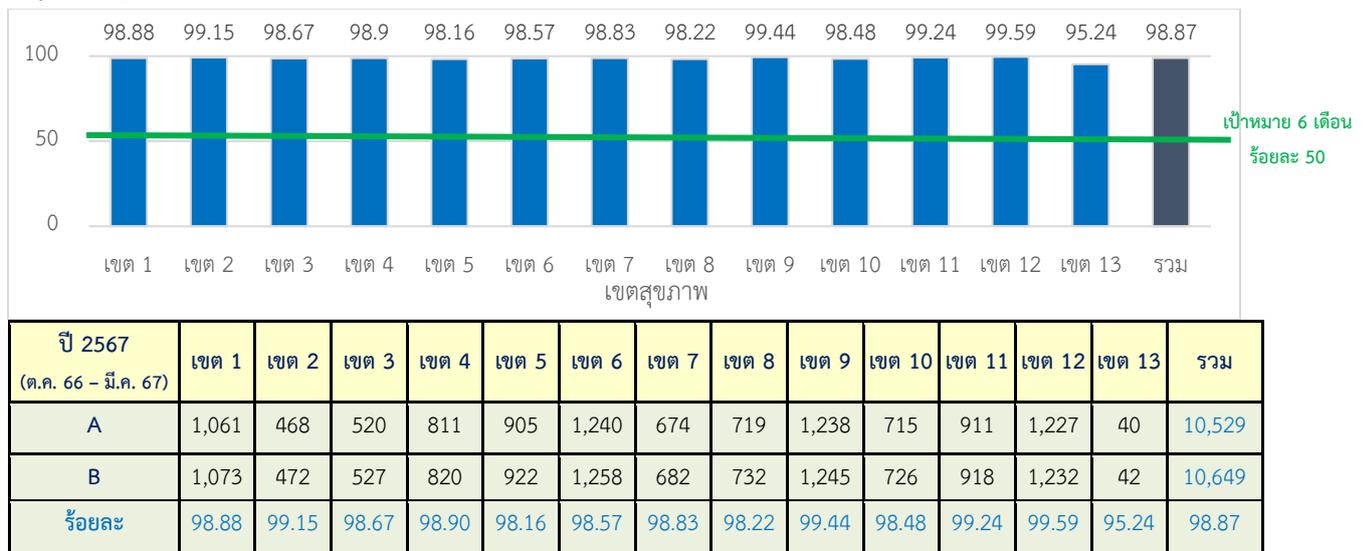
ร้อยละ 20.2 และรับรู้ข่าวการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.1 มีการแสดงถึงสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 39.6 ตามภาพที่ 2



ภาพที่ 2 : เหตุปัจจัยการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2567 ข้อมูลเดือน ต.ค. 66 - มี.ค. 67

ที่มา : รายงานข้อมูล การฆ่าตัวตาย รง 506S

สถานการณ์ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567) พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 98.87 ทุกเขตสุขภาพ มีผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี มากกว่าเป้าหมาย ยกเว้นเขตสุขภาพที่ยังคงมีการพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำต่ำกว่าเป้าหมาย คือ เขตสุขภาพที่ 13 เท่ากับร้อยละ 95.24 ดังภาพที่ 3



A: จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำ (ในระยะเวลา 1 ปี)

B: จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพทั้งหมด

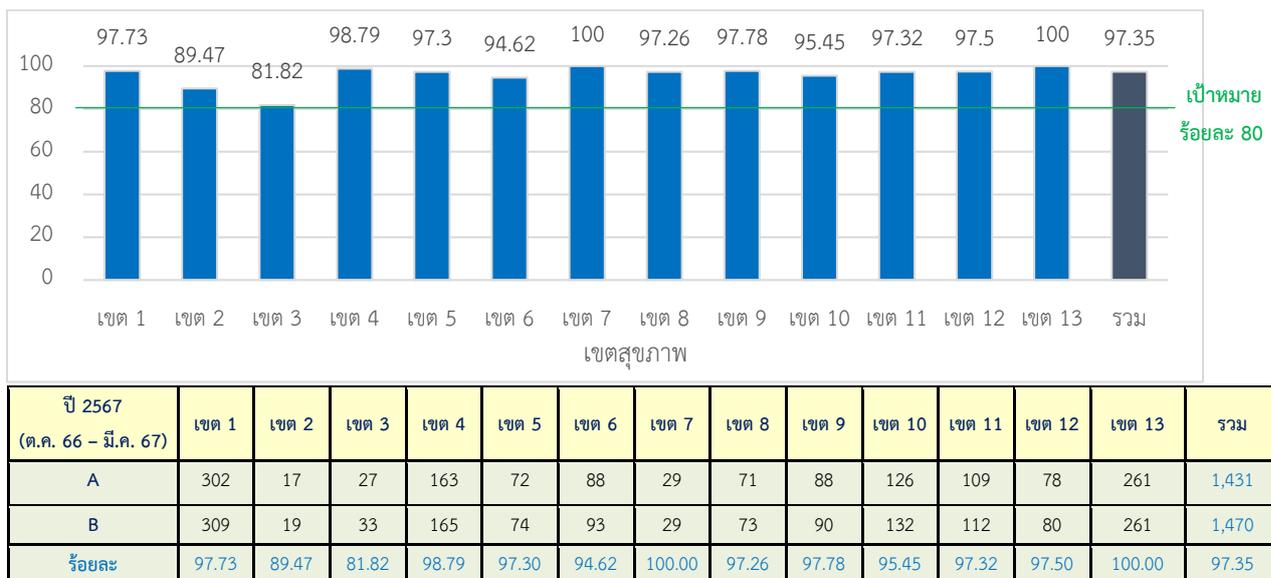
ภาพที่ 3 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค. 66 - มี.ค. 67)

แยกตามรายเขตสุขภาพ

ที่มา : แหล่งที่มาของข้อมูล แบบรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง 506S version 10 - 11

การดำเนินงานภายใต้การดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี พบว่า เขตสุขภาพมีการให้คำปรึกษาและมีนักจิตวิทยาบำบัดดูแลช่วยเหลือกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจากวิกฤตที่มีสาเหตุจากปัญหาความสัมพันธ์ อาทิเช่น มีจิตแพทย์ออกตรวจในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลชุมชนที่มีจิตแพทย์ประจำ จะทำให้ดำเนินงานได้ต่อเนื่อง มีการทบทวนและพัฒนามาตรการติดตามเฝ้าระวังในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มเสี่ยงโดยเน้นการติดตามอย่างต่อเนื่องในชุมชน รวมถึงการสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ฝึกทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การใช้กระบวนการวัดชี้แจงใจในชุมชนในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน (ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567) พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ร้อยละ 97.35 ทุกเขตสุขภาพมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลามากกว่าเป้าหมาย เขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ผลการดำเนินงานมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 29 คน และเขตสุขภาพที่ 13 จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และเขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ผลการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 ดังภาพที่ 4



หมายเหตุ A: จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจาก B ที่มีผลการประเมิน 9Q ภายใน 6 เดือน และมีระดับคะแนนประเมิน 9Q ลดลงอย่างน้อย 1 ระดับ
B: จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2567 และพบว่ามีระดับคะแนน 9Q ครั้งสุดท้าย ≥ 7 พบก่อนเดือนเมษายน ของปีงบประมาณนั้น และไม่มี Status refer และไม่เสียชีวิตภายใน 6 เดือน

ภาพที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค. 66 - มี.ค. 67) แยกตามรายเขตสุขภาพ

ที่มา : จากระบบ <https://hdcservice.moph.go.th> และ www.thaidepression.com

การดำเนินงานภายใต้ตัวชี้วัด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน พบว่า เขตสุขภาพมีการค้นหาและคัดกรอง ในระบบ Mental Health Check in และ 2Q+ (กลุ่มเปราะบาง) และ

มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (SMI-V) โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายแบบชุมชนมีส่วนร่วมและมีการบูรณาการการทำงานสุขภาพจิตร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการติดตามและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ รวมถึงกลุ่มผู้ป่วย NCD และผู้สูงอายุมีการดูแลติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงผ่าน 3 หมอ

3.2 การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่

3.2.1 มาตรการพัฒนาปรับปรุงระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายระดับจังหวัด

1) การมีแผนป้องกันแก้ไขปัญหามาตัวตายระดับจังหวัดโดยมาตรการมุ่งที่เหตุปัจจัยที่เกิดขึ้นในจังหวัดโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างพหุภาคี (Multisector) ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขเป็นและมีหน่วยบริการจิตเวช ศูนย์สุขภาพจิต ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนด้านวิชาการ โดยจัดเวทีประชุมหารือและคืนข้อมูลสถานการณ์การฆ่าตัวตายและประชุมกลุ่มย่อยในรูปแบบคณะอนุกรรมการเพื่อปรึกษาหารือให้ความช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายกรณีที่ประสบปัญหาวิกฤตชีวิตที่เกี่ยวข้องในแง่กฎหมาย คดีความและปัญหาหนี้สิน ถูกทวงหนี้ เป็นต้น ได้มีการแต่งตั้งและประชุมคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิตครอบคลุมทุกจังหวัด สำหรับจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ ได้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิตระดับจังหวัดอย่างชัดเจน และมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยมีการขยายต่อโครงการชุมชนต้นแบบในการดูแลสุขภาพจิต และมีต้นแบบชุมชนเข้มแข็งในการบูรณาการงานสุขภาพจิตผ่าน พ.ร.บ.สุขภาพจิต ในจังหวัด (เขตสุขภาพที่ 5)

2) การระบุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เพื่อการเฝ้าระวัง การใช้ระบบฐานข้อมูลที่มีในจังหวัด มาวิเคราะห์ระบุกลุ่มเสี่ยงของจังหวัด ได้แก่ ข้อมูล รง 506S และการสอบสวนโรคในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เพื่อกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังของพื้นที่ แต่ละเขตบริการสุขภาพ มีการจัดประชุมทั้งในรูปแบบ Online และ Onsite เพื่อทบทวนพัฒนามาตรการติดตามเฝ้าระวังในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มเสี่ยง โดยเน้นการติดตามอย่างต่อเนื่องในชุมชน อาทิเช่น คัดกรองในรูปแบบเชิงรุกในชุมชน โดย อสม. และแกนนำชุมชนเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย การคัดกรองประชาชน กลุ่มเสี่ยง (เขตสุขภาพที่ 5 และเขตสุขภาพที่ 12) เมื่อเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายได้มีการลงสอบสวนและเฝ้าระวังเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติใกล้ชิด และคนในชุมชน โดยนำข้อมูลดังกล่าวมาจัดทำเป็น Dashboard ระดับเขต/จังหวัด เพื่อติดตามสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายที่รวดเร็วและมีคุณภาพ อาทิเช่น การพัฒนาเครือข่ายระดับหมู่บ้าน/ตำบลเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายให้มีความเข้มแข็งโดยบูรณาการร่วมกับ 3 หมอ ในพื้นที่เสี่ยงสูง เน้นเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (เขตสุขภาพที่ 2 และเขตสุขภาพที่ 11)

3.2.2 มาตรการติดตามเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย

พบว่า จังหวัดมีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามเฝ้าระวัง มีความชัดเจน และตรงตามข้อมูลที่ปรากฏจริงได้มากยิ่งขึ้น มีการเร่งค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงช่วงอายุ 15-19 ปี พบว่า มีอัตราการพยายามทำร้ายตนเองเพิ่มสูงขึ้น โดยจัดให้มีกิจกรรมเพื่อการเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้มีปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นวัยเรียน

มีการอบรมแกนนำซึมเศร้าในโรงเรียน การแก้รกของปัญหาครอบครัวผ่านโปรแกรม Positive Parenting Program ในเด็กปกติ กลไกการขับเคลื่อนงานในระดับจังหวัดใช้กลไก พขอ.และเครือข่ายทีม 3 หมอ และมีการจัดอบรม แกนนำผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า ในการดูแลติดตามเฝ้าระวัง โดยใช้วัคซีนใจ (เขตสุขภาพที่ 2) การคัดกรอง สุขภาพจิต (แบบประเมิน 2Q 9Q 8Q) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงในกลุ่มเปราะบาง โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุรวมถึงบุคลากร ในสังกัดและส่งต่อเพื่อได้รับการวินิจฉัย บำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อยับยั้งและลดปัญหา การฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ได้พัฒนาตำบลต้นแบบการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน การป้องกัน การฆ่าตัวตายและระบบการเฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องผ่าน Application Mental Health Check In โดยชุมชน มีส่วนร่วม ดำเนินการจัดอบรมเสริมพลังญาติและผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงให้สามารถจับสัญญาณเตือนและให้การช่วยเหลือ เบื้องต้น รวมทั้ง ได้มีการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และวัคซีนใจให้กับประชาชนทั่วไป รวมทั้งกลุ่มวัยแรงงาน ที่มีความเสี่ยงสูง (เขตสุขภาพที่ 4)

3.2.3 มาตรการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

- 1) จังหวัดนำรายงานการสอบสวนการพยายามฆ่าตัวตายของรายที่มีวิกฤตชีวิตด้านอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย อาชีพ เข้าหาหรือเพื่อช่วยเหลือในที่ประชุมกรรมการหลากหลายวิชาชีพของจังหวัด
- 2) พัฒนาศักยภาพผู้ให้การปรึกษาและนักจิตบำบัด ช่วยเหลือกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจากวิกฤตที่มีสาเหตุจากปัญหาความสัมพันธ์ อาทิเช่น มีจิตแพทย์ออกตรวจในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลชุมชนที่มีจิตแพทย์ประจำอยู่ และมีระบบส่งยากลับบ้าน (เขตสุขภาพที่ 6)
- 3) มีระบบส่งต่อผู้พยายามฆ่าตัวตายเชื่อมโยงจิตเวชฉุกเฉิน จิตแพทย์ 24 ชม. One psychiatrist One province, Doctor Click consult สุขภาพจิตเบอร์เดียวทั้งจังหวัด (เขตสุขภาพที่ 2)

3.2.4 มาตรการเสริมสร้างปัจจัยปกป้องและต้านกั้นการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายในจังหวัด

- 1) มีฐานข้อมูล Real Time และมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน
- 2) มีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพทีมสอบสวนโรค Self-Directed Violence (SDV) ระดับอำเภอ / ระดับจังหวัด ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด โดยจังหวัดที่มีทีมสอบสวนการฆ่าตัวตาย ระดับอำเภอ จำนวน 3 คน ครอบคลุมอำเภอของจังหวัด ได้แก่ จังหวัด สุรินทร์ แม่ฮ่องสอน ชุมพร กระบี่ ระนอง เพื่อทำหน้าที่ลงสอบสวนโรค วิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย นำมาวางแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่

3.2.5 มาตรการเสริมสร้างปัจจัยปกป้องและต้านกั้นการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายในจังหวัด

- 1) ภาควิชาเครือข่ายเข้าถึงการรับรู้เรื่องการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ได้แก่ สัญญาณเตือน ช่องทางการขอความช่วยเหลือ ระบบบริการสาธารณสุข
- 2) กำหนดกลุ่มเสี่ยงและมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่และส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health Literacy)

3.3 ปัญหา/จุดร่วมสะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- 1) อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปัญหากลุ่มวัยทำงาน กลุ่มที่มีปัญหาโรคเรื้อรังทางกาย และการติดสุรา/ยาเสพติด และควบคุมได้ยาก ต้องอาศัยภาคีเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุขเข้ามาแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน
- 2) การคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระบบ Mental Health Check In ในระบบสถานศึกษายังมีน้อย ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น
- 3) การคัดกรองสุขภาพจิต เพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในคลินิกโรคเรื้อรังทางกาย คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกจิตเวชและยาเสพติด กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มาจากกลุ่มที่อยู่นอกระบบเฝ้าระวัง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง ยังไม่ครอบคลุมทุกราย
- 4) บางพื้นที่ขาดการขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่ายและภาคประชาชนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- 5) การสอบสวนการฆ่าตัวตายต้องใช้จำนวนบุคลากรที่ผ่านการอบรมในการลงพื้นที่ดำเนินงาน การสอบสวนเนื่องจากบุคลากรอบรมยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่
- 6) การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยซึมเศร้าซึ่งฆ่าตัวตายสำเร็จ ในกลุ่มวัยทำงาน วัยรุ่น-นักศึกษา กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีภาวะซึมเศร้า
- 7) การลงบันทึกข้อมูลการสอบสวนโรคในโปรแกรม Suicide Thailand ไม่ครบถ้วนไม่เป็นปัจจุบัน

3.4 นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

- 1) โครงการรณรงค์ป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในกลุ่ม 3 ร (ชรา โรคเรื้อรัง ไร้คนดูแล) ใน 27 ตำบลของ 17 อำเภอที่มีผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จสูงติดต่อกัน 3 ปี จังหวัดเชียงใหม่ (เขตสุขภาพที่ 1)
- 2) รพ.แม่ระมาด จ.ตาก มีการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy group) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล (เขตสุขภาพที่ 2)
- 3) รพ. อุตรดิตถ์ มีระบบ One Province One Psychiatrist, doctor click สุขภาพจิต เบอร์เดียว ทั้งจังหวัด 24 ชม.(เขตสุขภาพที่ 2)
- 4) Sepsis ดำเนินการได้ดี โดยเน้นขับเคลื่อนกลไก RRS/RRT/Line alert group at ward (เขตสุขภาพที่ 3)
- 5) NCD Remission Clinic รพ.ชุมแสง (เขตสุขภาพที่ 3)
- 6) โรงพยาบาลวิหารแดงจัดทำ "นวัตกรรมแผ่นภาพสื่ออารมณ์" ใช้เป็นแบบประเมินคัดกรองภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายเบื้องต้น เพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนในการประเมินภาวะซึมเศร้าผู้ป่วย จังหวัดสระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4)
- 7) จังหวัดลพบุรี มีนโยบาย "การมีเตียงรองรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) ในทุกโรงพยาบาลชุมชน แห่งละ 2 เตียง (เขตสุขภาพที่ 4)

8) พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยมีการขยายต่อโครงการ ชุมชนต้นแบบในการดูแลสุขภาพจิต เฝ้าระวังและสังเกตสัญญาณเตือนในชุมชน และมีต้นแบบชุมชนเข้มแข็ง ได้รับเลือกเป็นจังหวัดต้นแบบในการบูรณาการงานสุขภาพจิต ผ่าน พ.ร.บ.สุขภาพจิต ในจังหวัดนครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5)

9) ต.แวงน่าง ต้นแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมในชุมชนและระบบดูแลช่วยเหลือนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 6)

10) จ.ยโสธร บำบัดรักษา CI-IMC (30 วัน) ขับเคลื่อนพื้นที่อำเภอต้นแบบการดูแลเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยทีม Health/ทีมNon-Health (เขตสุขภาพที่ 10)

11) ได้รับรางวัลเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เรื่อง ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (SMI-V) ดีเด่นด้านคุณภาพและบริการแบบบูรณาการกายจิตสังคม (เขตสุขภาพที่ 11)

12) โรงพยาบาลบ้านนาเดิม จ.สุราษฎร์ธานี ได้รับรางวัลผลการดำเนินงานศูนย์พึ่งได้ระดับประเทศ เรื่องเล่าเร้าพลัง “เรื่องลับที่ควรลับ” (เขตสุขภาพที่ 11)

13) พะตงโมเดล พื้นที่นาร่องการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายในชุมชน (เขตสุขภาพที่ 12)

3.5 ปัจจัยความสำเร็จ

1) ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและผลักดันเป็นนโยบายการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับเขตสุขภาพสร้างการมีส่วนร่วมภาคส่วนต่าง ๆ ที่เป็นรูปธรรม

2) คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต และกลไก 4 Pillars มีความเข้มแข็ง ภายใต้การนำของผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และทีมภาคีเครือข่ายทุกอำเภอ

3) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยมีการขยายต่อโครงการ ชุมชนต้นแบบในการดูแลสุขภาพจิต และมีต้นแบบชุมชนเข้มแข็งในการบูรณาการงานสุขภาพจิตผ่าน พ.ร.บ.สุขภาพจิต

4) มีทีมสอบสวนโรค Self-Directed Violence (SDV) ในการลงสอบสวนโรค วิเคราะห์สาเหตุปัจจัย นำมาวางแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่

5) ภาคีเครือข่ายเข้าถึงการรับรู้เรื่องการป้องกันปัญหาการ ฆ่าตัวตาย ได้แก่ สัญญาณเตือนช่องทางการขอความช่วยเหลือ ระบบบริการสาธารณสุข

6) การผลักดันให้เครือข่ายคัดกรองภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในชุมชน กลุ่มผู้ป่วย NCD และผู้สูงอายุ ในการดูแลติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ผ่าน 3 หมอ และมีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (SMI-V) โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกอำเภอ

ประเด็นการตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมรับผิดชอบ

ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับ พระบรมวงศานุวงศ์

หัวข้อ : โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์

ตัวชี้วัด : เครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 เครือข่าย

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก : กองบริหารการสาธารณสุข สป./ กรมควบคุมโรค

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กรมสุขภาพจิต (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์)

1.สถานการณ์

จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 (ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567) พบว่า (1) ผู้ต้องขังจิตเวชทั่วประเทศ จำนวน 11,018 คน คิดเป็น 3.86% ของผู้ต้องขังทั่วประเทศ 285,346 คน แบ่งเป็น เพศชาย จำนวน 8,375 คน (76.10%) เพศหญิง จำนวน 2,634 คน (23.90%) (2) ผู้ต้องขังรับบริการผ่านระบบ Telepsychiatry จำนวน 4,312 ราย / รับบริการผ่านแพทย์เข้าตรวจในเรือนจำหรือได้รับการตรวจที่โรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 9,033 ราย (3) เรือนจำที่มีระบบและให้การบำบัดรักษาผ่านระบบ Telepsychiatry จำนวน 124 แห่ง จาก 143 แห่งทั่วประเทศ (86.71%) (4) 5 อันดับวินิจฉัยโรคจิตเวช F20 จำนวน 3,950 คน / F15 จำนวน 1,426 คน / F32 จำนวน 911 คน / อื่นๆ จำนวน 4,731 คน (5) ผู้ต้องขังจิตเวชพันโทฯกลับสู่ชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 2,054 คน ติดตามผ่านเครือข่ายสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ได้ จำนวน 697 คน (33.93%)

2. การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่

- 1) ร้อยละ 100 ของผู้ต้องขังรายใหม่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (ค่าเป้าหมาย 6 เดือน ร้อยละ 100)
- 2) ร้อยละ 35.27 ของผู้ต้องขังรายเก่าที่ถูกจำคุก 1 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (ค่าเป้าหมาย 6 เดือน ร้อยละ 30)
- 3) ร้อยละ 100 ของผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา (ค่าเป้าหมาย 6 เดือน ร้อยละ 95)
- 4) ร้อยละ 33.93 ของผู้ต้องขังจิตเวชพันโทฯได้รับการติดตามรักษาต่อเนื่องบนระบบดิจิทัล โดยไม่กลับมาก่อคดีซ้ำ (ค่าเป้าหมาย 6 เดือน ร้อยละ 30)

3.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) เรือนจำ และ รพ.แม่ข่าย ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในผู้ต้องขังรายเก่าได้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามเกณฑ์ เนื่องจากบุคลากรน้อย
- 2) การส่งต่อและติดตามผู้ต้องขังจิตเวชหลังพันโทฯยังไม่เป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ต้องขังจิตเวชส่วนใหญ่เมื่อพันโทฯไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3) ปัจจุบันมีการบันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ต้องขังจิตเวชในหลายระบบ เช่น ระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชของกรมสุขภาพจิต ระบบฐานข้อมูลผู้ต้องขัง 17 ระบบของกรมราชทัณฑ์ ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล เกิดภาระงานต่อผู้ปฏิบัติ และไม่สะดวกในการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

4. ปัจจัยความสำเร็จ

1) การบูรณาการและความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลแม่ข่าย สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกองบริการทางแพทย์ เรือนจำทัณฑสถาน ในสังกัดกรมราชทัณฑ์

2) บุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเรือนจำ มีความรู้ ความเข้าใจในแนวทางการดูแลผู้ต้องขังจิตเวช ทำให้ผู้ต้องขังเข้าถึงบริการ และ ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

3) ความเข้มแข็งของเรือนจำ โรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตทำให้มีการจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) มีการกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิต
ร่วมดำเนินการกับกรมวิชาการอื่น

ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอย คดป้วย ลดตาย

หัวข้อ : อำเภอสุขภาพดี

ตัวชี้วัด : อำเภอสุขภาพดี 800 อำเภอ (เป้าหมายทุกอำเภอสุขภาพดี)

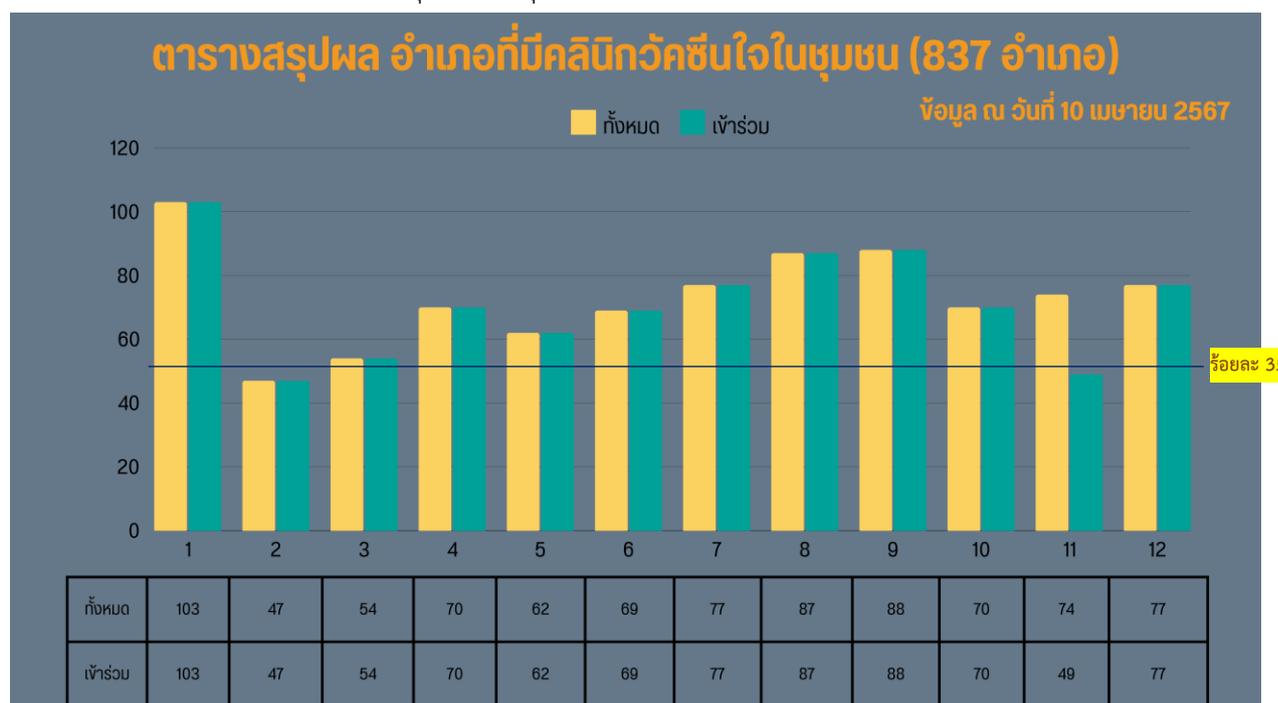
หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กรมสุขภาพจิต กองพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพจิต

1. สถานการณ์

จากการตรวจราชการรอบที่ 1 (ต.ค. 2566 - มี.ค. 2567) ในปีงบประมาณ 2567 กรมสุขภาพจิต เป็นหน่วยงานรับผิดชอบร่วมบูรณาการกับกรมการแพทย์ ในการส่งเสริมอำเภอสุขภาพดี 800 อำเภอ พบว่า ผลการดำเนินงานอำเภอที่มีคลินิกเวชชีงใจในชุมชน จำนวน 837 อำเภอ และชุมชนมีวิถีชีวิต กิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตดี 1 อำเภอต่อจังหวัด ลงถึงตำบลการเสริมสร้างเวชชีงใจในชุมชน และภูมิคุ้มกันทางใจ (RQ: Resilience Quotient) ระดับบุคคลและชุมชน ดังภาพที่ 3



2. การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่

มีขั้นตอนการดำเนินการ คือ (1) คัดเลือกอำเภอ (พขอ.) ร่วมบูรณาการดำเนินงานเวชชีงใจในชุมชน (2) บูรณาการเวชชีงใจในชุมชนเข้ากับประเด็น พขอ. (3) ส่งรายชื่ออำเภอพร้อมประเด็น พขอ. (4) สนับสนุนการดำเนินงานเวชชีงใจในชุมชน และ (5) ติดตามประเมินผล ดังภาพที่ 4

ขอบเขตเป้าหมายการทำงานเชิงพื้นที่

การแพทย์ปฐมภูมิ
อำเภอสุขภาพดี: 800 อำเภอ
Quantitative

Healthy City MODELS

1 ชุมชน/จังหวัด
Qualitative

แนวทางการดำเนินงานและการติดตามรายงานผล

1. คัดเลือกพื้นที่เข้าร่วม พชอ./พชง. ปี 67 (เป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของอำเภอที่มีในเขต)
2. ส่งเสริมความรู้หรือการนำวัคซีนใจในชุมชนไปประยุกต์ใช้
3. ติดตาม รายงานความก้าวหน้าเป็นประจำทุกเดือน

แนวทางการดำเนินงานและการติดตามรายงานผล

1. คัดเลือกพื้นที่/ชุมชนร่วมกับเขต, สสจ.
2. ทดสอบเรียน โดยยึดหลักวัคซีนใจในชุมชน 4 สร้าง 2 ใช้
3. ติดตามผลการติดตาม ดูแลกลุ่มเสี่ยงจาก MHCI
4. สนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่
5. ประเมินความเข้มแข็งทางใจในระดับบุคคลและชุมชน

ประเด็นที่ 5 สถานชีวาภิบาล

หัวข้อ : สถานชีวาภิบาล

ตัวชี้วัด : สถานชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมการแพทย์

หน่วยงานร่วมดำเนินการ กรมสุขภาพจิต (สำนักความรอบรู้/โรงพยาบาลสวนสราญรมย์)

1. สถานการณ์

กรมสุขภาพจิตในฐานะกรมวิชาการ ดูแลและกำกับการดำเนินงานสุขภาพจิตในวัยสูงอายุ ซึ่งบูรณาการร่วมกับกรมการแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ภาวะพึ่งพิง นอกจากจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางกายแล้ว ยังมีความทุกข์ทางใจอีกด้วย ความทุกข์นี้ย่อมส่งผลให้อาการทางกายทรุดลง และไม่สนองต่อการรักษาหรือเยียวยาทางกาย อีกทั้งในท้ายที่สุดแล้วย่อมไม่อาจทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบได้สถานชีวาภิบาลเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้การดูแลชีวิตของผู้ป่วย ตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยเน้นการทำงานแบบองค์รวมเพื่อให้ได้รับการตอบสนองครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน โดยกรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลักด้านจิตใจและอารมณ์

2. การพัฒนาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพในระยะถัดไป

1) ประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/โรคเรื้อรังที่คลินิกผู้สูงอายุและให้คำแนะนำเบื้องต้น/คำปรึกษาในโรงพยาบาลนาร์อง

2) ประเมิน ภาวะซึมเศร้า (2Q) และภาวะเครียด (ST-5) และคำแนะนำเบื้องต้นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/โรคเรื้อรังในสถานดูแลผู้สูงอายุ (รัฐบาลและเอกชน) ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) สังกัดกรมกิจการผู้สูงอายุ, Nursing home

3) จัดทำคู่มือการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย Palliative Care/ภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแล (รพ.สวนสราญรมย์& สำนักความรอบรู้ฯ กรมสุขภาพจิต

4) แผนจัดให้มีการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย Palliative Care/ภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแล/ญาติในสถานชีวาภิบาล (พยาบาลและสหวิชาชีพ)

3. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) งานประจำในหน่วยบริการมีมาก ต้องดูแลหลายมิติ
- 2) บุคลากรมีน้อยและบุคลากรที่ได้รับการอบรมมีการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน ต้องจัดหาและพัฒนาบุคลากรใหม่
- 3) ศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการยังไม่เพียงพอในการดูแลด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

4. ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) นโยบายกรมสุขภาพจิตให้มีการคัดกรอง/ประเมินปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
- 2) การดำเนินงานภายใต้นโยบายการดูแลฟื้นฟูผู้ใช้บริการจิตเวชในสถานรองรับของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (SMI-R)
- 3) มีการจัดอบรมการประเมินสุขภาพจิตด้วย 2Q, ST-5 และการให้คำแนะนำเบื้องต้นสำหรับบุคลากรในการดำเนินงาน

ประเด็นที่ 8 เศรษฐกิจสุขภาพ

หัวข้อ : เศรษฐกิจสุขภาพ

ตัวชี้วัด : Healthy Cities MODELS ร้อยละ 100 (จังหวัดละ 1 แห่ง)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หน่วยงานร่วมดำเนินการ กรมสุขภาพจิต กองพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพจิต และ สถาบันราชานุกูล

1. สถานการณ์

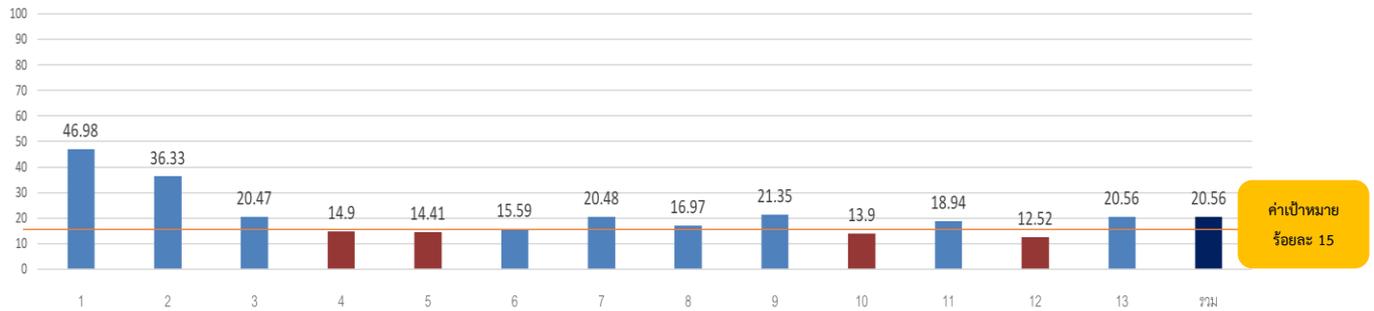
กรมสุขภาพจิตมีการดำเนินงานสุขภาพจิตในตัวชี้วัด Healthy Cities MODELS มีผลการดำเนินงานด้านอารมณดี คือ มีการประเมิน Mental Health Check in (Burnout, Resilience, Stress, Depression, Suicide) กลุ่มเสี่ยงจาก MHCI ได้รับการติดตาม ดูแลช่วยเหลือ โดยอารมณดี (สุขภาพจิตดี) มีขั้นตอนการดำเนินการ (1) คัดเลือกอำเภอ (1 แห่งต่อจังหวัด) ดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชน (2) เลือกตำบลสำหรับเป็นชุมชนหลักดำเนินงาน (3) ถอดบทเรียนวัคซีนใจในชุมชนด้วยหลัก 4 สร้าง (4) ติดตามผลการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงจาก MHCI และ (5) ติดตามประเมินผล ดังภาพที่ 6

- อารมณดี (สุขภาพจิตดี)**
- ชุมชนมีชีวิตชีวา กิจกรรม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตดี
 - มีการประเมิน Mental Health Check in (Burnout, Resilience, Stress, Depression, Suicide)
- ร้อยละของประชาชนและชุมชนที่ร่วมดำเนินงานสุขภาพจิตมีความเข้มแข็งทางใจ (ร้อยละ 80)
 - ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงที่พบจากการประเมินใน Mental Health Check In ได้รับการติดตามช่วยเหลือ (ร้อยละ 60)



มีการดำเนินงานด้านสติปัญญาดี ผลการดำเนินงานเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 20 (เป้าหมายร้อยละ 15) ในเรื่องส่งเสริมการมีบุตร และการส่งเสริมความฉลาดรอบด้านสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง (7 Days Parenting) มีการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมแล้วเสร็จ จำนวน 2 แห่ง จาก 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10 โดยสถานการณ์พัฒนาการข้อมูลในระบบ HDC อาจยังมีความคลาดเคลื่อน เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ในปีงบประมาณ 2567 และยังไม่เคยมีรายงานในระบบ HDC ทำให้ต้องออกแบบและพัฒนารายงานขึ้นใหม่ นอกจากนี้ ยังต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ และสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จึงทำให้รายงานมีความล่าช้า และข้อมูลอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ ซึ่งปัจจุบันยังต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ร่วมกับสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูล ในระบบ 43 แฟ้ม เพื่อให้รายงานมีความถูกต้อง แม่นยำ และมีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังภาพที่ 7



แหล่งที่มาของข้อมูล <http://hdcservice.moph.go.th> (HDC กระทรวงสาธารณสุข)

2. แนวทางการดำเนินงานในพื้นที่

- 1) ชี้แจง/สื่อสารแนวทางการดำเนินงาน/ให้แก่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต/กระตุนพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่เขตสุขภาพ
- 2) วางแผน/กำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน
- 3) พัฒนา/ฟื้นฟูศักยภาพผู้รับผิดชอบงานในการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและการบันทึกข้อมูลในระบบ 43 แฟ้ม
- 4) กำกับติดตาม /เยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่

3. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการบางหน่วย ยังไม่เข้าใจการดำเนินงานและขาดการประสานงาน ชี้แจงข้อมูลในระดับจังหวัดซึ่งตัวชี้วัดทั้ง 7D ดังนั้นในการดำเนินงานคัดเลือกพื้นที่ในบางแห่ง จึงไม่มีการประชุมวางแผนเตรียมความพร้อมในการคัดเลือกเนื่องจากต้องมีการมีส่วนร่วมจากหลายภาคีเครือข่าย แต่ยังคงจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจให้กับพื้นที่/ชุมชนเป้าหมาย วัตถุประสงค์การดำเนินงาน กลวิธี และประโยชน์ที่จะได้รับจากการดำเนินงาน
- 2) ควรมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบงานหลัก หรือ Project Manager ที่ชัดเจน เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการประสานงานหลายหน่วยงาน

4. ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) การวิเคราะห์การดำเนินชีวิตหรือกิจกรรมของชุมชนที่ดำเนินการอยู่แล้ว เพื่อให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของ HCM มิใช่การปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานของชุมชนที่มีอยู่แล้ว จะทำให้การดำเนินงานสอดคล้องกับบริบทของชุมชน นำไปสู่การดำเนินงานที่ยั่งยืนต่อไป
- 2) การมีผู้นำท้องถิ่นของชุมชนพื้นที่เป้าหมาย ที่มีความเข้าใจในแนวคิดของการพัฒนาชุมชนสู่เมืองสุขภาพดี แล้วให้การสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีความเสียสละ ประกอบกับสมาชิกในชุมชนให้ความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกัน จะเป็นปัจจัยหลักที่จะนำชุมชนไปสู่เป้าหมายได้

ข้อเสนอเชิงนโยบายงานสุขภาพจิต จากการตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567

ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567

ประเด็นที่ 2 สุขภาพจิตและยาเสพติด

ข้อเสนอต่อพื้นที่เพื่อการปรับปรุง พัฒนา

- 1) จังหวัดควรพิจารณา ให้มีคกก.ป้องกันการฆ่าตัวตาย ระดับจังหวัด ในพื้นที่ ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง และทีมสอบสวนโรค Self-Directed Violence (SDV) ให้มีการทบทวนกระบวนการอย่างสม่ำเสมอให้มีคุณภาพ
- 2) พื้นที่ควรสนับสนุนและพัฒนาบุคลากรของจังหวัดให้มีการประชุม Conference case ผู้พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกให้ตรงตามปัญหาจริงและการวางมาตรการของจังหวัดเพิ่มช่องทางการช่วยเหลือให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่
- 3) พื้นที่ควรเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายในกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มญาติ /ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและสนับสนุนการผลิตสื่อความรู้ทางออนไลน์ ด้านการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตที่ดีและโรคซึมเศร้า
- 4) เขตสุขภาพ Service Plan สื่อสารนโยบายทำความเข้าใจ และควรนำ Patient Journey และ Seamless Refer ไปปฏิบัติงานผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดระดับจังหวัด ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

ข้อเสนอต่อกรมสุขภาพจิตเพื่อการปรับปรุง พัฒนา

- 1) กรมสุขภาพจิตผลักดันให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายผ่าน คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร
- 2) กรมสุขภาพจิตสนับสนุนงบประมาณและการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการสอบสวนการฆ่าตัวตาย กระตุ้นให้มีการนำเสนอข้อมูลผ่านการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดหรือการประชุมจังหวัด
- 3) กรมสุขภาพจิตควรมีการสื่อสารกับประชาชนถึงช่องทางติดต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 24 ชม. หรือ การติดต่อผ่าน 1669
- 4) กรมสุขภาพจิตควรเพิ่มการเข้าถึงบริการใกล้บ้านของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในกลุ่มที่ต้องเข้ารับบริการ ในโรงพยาบาล ในระยะกลาง (Intermediate care) โดยกำกับ ติดตามการดำเนินงานผ่านกลไกการตรวจราชการ กระทรวง



+ ข้อเสนอเชิงนโยบาย ตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2567

ข้อเสนอต่อพื้นที่เพื่อการปรับปรุง พัฒนา

- 1 จังหวัดควรพิจารณา ให้มีคกก.ป้องกันการฆ่าตัวตาย ระดับจังหวัด ในพื้นที่ ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง และที่มสอบสวนโรค Self-Directed Violence (SDV) ให้มีการสนับสนุนกระบวนการอย่างสม่ำเสมอให้มีคุณภาพ
- 2 พื้นที่ควรสนับสนุนและพัฒนาศูนย์กลางของจังหวัดให้มีการประชุม Conference case ผู้พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกให้ตรงตามปัญหาจริงและการวางมาตรการของจังหวัดเพิ่มช่องทางการช่วยเหลือให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่
- 3 พื้นที่ควรสร้างความรอบรู้เรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายในกลุ่มญาติ/ ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มญาติ/ ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและสนับสนุนการผลิตสื่อความรู้ทางออนไลน์ ด้านการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตที่ดีและโรคซึมเศร้า
- 4 เขตสุขภาพ Service Plan สื่อสารนโยบายทำความเข้าใจ และควรรนำ Patient Journey และ Seamless Refer ไปปฏิบัติงานผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดระดับจังหวัด ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

ข้อเสนอต่อส่วนกลางกรมสุขภาพจิต

- 1 กรมสุขภาพจิตผลักดันให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร
- 2 กรมสุขภาพจิตสนับสนุนงบประมาณและการพัฒนาศูนย์กลางให้มีศักยภาพในการสอบสวนการฆ่าตัวตาย กระตุ้นให้มีการนำเสนอข้อมูลผ่านการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดหรือการประชุมจังหวัด
- 3 กรมสุขภาพจิตควรมีการสื่อสารกับประชาชนถึงช่องทางติดต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 24 ชม. หรือการติดต่อผ่าน 1669
- 4 กรมสุขภาพจิตเพิ่มการเข้าถึงบริการใกล้บ้านของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในกลุ่มที่ต้องเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ในระยะกลาง (Intermediate care) โดยกำกับ ติดตามการดำเนินงานผ่านกลไกการตรวจราชการกระทรวง

กลุ่มงานติดตามและประเมินผล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต



พฤษภาคม 2567



สามารถดาวน์โหลด เล่มสรุปผลการตรวจราชการ
งานสุขภาพจิต รอบที่ 1 ประจำปี 2567

