



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 2 ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - มิถุนายน 2567 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินสภาพปัญหาแผนการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไขปัญหา การบริหารจัดการประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อการบรรลุเป้าหมาย 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 สถานชิวาภิบาล
- 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 2 ประจำปีงบประมาณ 2567 จากระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection) และวิเคราะห์รายงานผลการตรวจราชการในประเด็นตรวจราชการ ร่วมกับคณะทำงานวิชาการตรวจราชการกรมสุขภาพจิต และหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักแต่ละประเด็น (PM) โดยแบ่งเป็นประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบ (PM) ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมดำเนินการกับกรมอื่น และจัดทำสรุปผลการตรวจราชการงานสุขภาพจิตรอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2567 เสนอต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อให้หน่วยงานในเขตสุขภาพนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ที่รับผิดชอบให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดและเกิดผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายรัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

กรมสุขภาพจิต

กันยายน 2567



สารบัญ

คำนำ	หน้า
สารบัญ	
บทสรุปผู้บริหาร	3
● สรุปผลภาพรวมการติดตามรายงานผลการตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2567 จากระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection)	7
● รายงานผลการวิเคราะห์การดำเนินงานในการตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 2 (เดือนตุลาคม 2566 - มิถุนายน 2567) ประจำปีงบประมาณ 2567	11
● ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบ	13
○ ประเด็นที่ 2 สุขภาพจิตและยาเสพติด	14
● ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมรับผิดชอบ	26
○ ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์	27
● ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมดำเนินการกับกรมวิชาการอื่น	29
○ ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอยคอก ลดป่วย ลดตาย	30
○ ประเด็นที่ 5 สถานชีวาภิบาล	32
○ ประเด็นที่ 8 เศรษฐกิจสุขภาพ	34
● ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2567	37



บทสรุปผู้บริหาร

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และดำเนินการตรวจติดตามการปฏิบัติราชการของหน่วยงานส่วนภูมิภาค โดยการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2567 ในช่วงเดือนมกราคม - มิถุนายน 2567 มีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินสภาพปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา การบริหารจัดการประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 - 12 และให้การสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ โดยกำหนดกรอบประเด็นสำคัญในการตรวจราชการเป็น 9 ประเด็นหลัก ซึ่งกรมสุขภาพจิต โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้รวบรวมรายงานผลจากการตรวจราชการ รอบที่ 2 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 - มิ.ย.67) สมมุติฐานในคนไทยตามแนวคิด TK model พบว่า ผู้ชายมีจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าผู้หญิง 4 เท่า จำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จะอยู่ในกลุ่มอายุ 20-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 68.87 เมื่อพิจารณาถึงวิธีการ ที่ใช้ พบว่า ร้อยละ 83.40 เป็นการแขวนคอ รองลงมาคือ อาวุธปืน ร้อยละ 6.4 การใช้ยาฆ่าตัวตาย/ ยาฆ่าแมลง/ สารเคมี (ร้อยละ 3.8) และ ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1.ป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรง/ เรื้อรังร้อยละ 25.2 2. กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชร้อยละ 22.7 (โรคซึมเศร้าร้อยละ 9.7 โรคจิตเภทร้อยละ 9.1 และโรควิตกกังวลร้อยละ 0.4) 3. ติดสารเสพติด ร้อยละ 18 4. ติดสุรา ร้อยละ 16.9 5. เคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 11.1 และ 6. Childhood trauma ร้อยละ 4.1 ส่วนปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ประสบปัญหาชีวิต หรือมีเหตุการณ์วิกฤต ที่คิดว่าพ่ายแพ้ล้มเหลว อับอาย ขาดหน้า อับจนหนทาง มีมากถึงร้อยละ 61.0 รองลงมาคือ เกิดจากฤทธิ์สารเสพติด ร้อยละ 16.6 อาการทางจิต กำเริบ ร้อยละ 19.4 (จิตเภทร้อยละ 8.4 และซึมเศร้าร้อยละ 7.9) และรับรู้ข่าวการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 2.8 มีการแสดงถึงสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 43.0

สถานการณ์ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2566 - มิถุนายน 2567) จากรายงานแบบรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง 506S พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 98.56 ทุกเขตสุขภาพมีผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี มากกว่าเป้าหมาย และข้อมูลการรายงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ในระบบ HDC พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ร้อยละ 95.99 ทุกเขตสุขภาพ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลามากกว่าเป้าหมาย เขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลาในการติดตาม



6 เดือน ผลการดำเนินงานมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 13 จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 98.62 และเขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลา ในการติดตาม 6 เดือน ผลการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 แต่เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมจากผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการทั้งหมดจากระบบ HDC ในช่วงเดือนตุลาคม 2566 - มิถุนายน 2567 จำนวน 231,753 คน และมีการติดตามได้เพียง จำนวน 2,745 คน ซึ่งควรมีแนวทางในการติดตามกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ติดตามไม่ได้ให้เข้าสู่ระบบ

ในส่วนของ การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่มีการกำหนดมาตรการ ให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ มีการขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านอนุกรรมการคณะกรรมการประสานงาน เพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และจัดตั้งหอผู้ป่วยในสำหรับโรงพยาบาลทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติด และกำหนดกลุ่มเสี่ยงและติดตามเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) โดยมีข้อค้นพบปัจจัยความสำเร็จ พบว่า การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง โดยเปลี่ยนการคัดกรองเป็นการค้นหาเชิงรุกในชุมชน สถานศึกษา (School Health HERO) มีการสื่อสารสัญญาณเตือน ทุกช่องทาง มีจุดแจ้งเหตุกรณีเกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางสุขภาพจิตและยาเสพติดให้ชัดเจนและเข้าถึงได้ง่าย รวมถึงการซักซ้อมแผนเผชิญเหตุร่วมกันในภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีการขับเคลื่อนการป้องกันการ ฆ่าตัวตายผ่านกลไกระดับอำเภอ ชุมชน พัฒนาเพิ่มศักยภาพทีมสอบสวนโรค มีการอบรมเชิงปฏิบัติการลง สอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายสำเร็จหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence : SDV) เพื่อทำ หน้าทีลงสอบสวนโรค วิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย นำมาวางแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และ สร้างความตระหนักมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ประเด็นปัญหาที่ยังคงเป็น ความท้าทายในการพัฒนาการดำเนินงานในพื้นที่ ได้แก่ (1) การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (2) การสอบสวนกรณีฆ่าตัวตาย (Suicide Investigation) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ (3) ระบบการเฝ้าระวัง/คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานจากประเด็นปัญหาอุปสรรคสำคัญที่พบจากการดำเนินงานในพื้นที่ ของหน่วยงานที่รับผิดชอบ เห็นว่าควรมีการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับชาติ และ แผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ผ่านกลไกคณะกรรมการระดับชาติ ภายใต้อ.ร.บ.สุขภาพจิต และบูรณาการดำเนินงานโดยใช้กลไก พ.ชอ.และเครือข่ายทีม 3 หมอ ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับหน่วยปฐมภูมิ/ รพศ/ รพท/ รพช เพิ่มศักยภาพทีมสอบสวนโรค มีการพัฒนาระบบ ฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดให้สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้ในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ เพิ่มระบบบริการ Psychiatric Home Ward สำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน/ชุมชน พร้อมทั้งจัดตั้ง ศูนย์รับแจ้งเหตุฆ่าตัวตายในจังหวัด



ประเด็นการตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมรับผิดชอบ

○ **ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์** การบูรณาการร่วมกับกองบริหารการสาธารณสุข สป. และกรมควบคุมโรค มีผลการดำเนินงาน ดังนี้ (1) ผู้ต้องขังจิตเวชทั่วประเทศ จำนวน 10,498 คน คิดเป็น 3.50% ของผู้ต้องขังทั่วประเทศ 299,943 คน แบ่งเป็น เพศชาย จำนวน 7,836 คน (76.64%) เพศหญิง จำนวน 2,662 คน (23.36%) (2) ผู้ต้องขังรับบริการผ่านระบบ Telepsychiatry จำนวน 10,250 ราย / รับบริการผ่านแพทย์เข้าตรวจในเรือนจำหรือได้รับการตรวจที่โรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 18,422 ราย (3) เรือนจำที่มีระบบและให้การบำบัดรักษาผ่านระบบ Telepsychiatry จำนวน 138 แห่ง จาก 143 แห่งทั่วประเทศ (96.50%) (4) ผู้ต้องขังจิตเวชพันโทชกลับสู่ชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 3,900 คน ติดตามผ่านรักษาต่อเนื่องบนระบบดิจิทัล จำนวน 1,676 คน (41.66%)

ประเด็นการตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมดำเนินการกับกรมอื่น

○ **ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอยโรค ลดป่วย ลดตาย** จากการส่งเสริมอำเภอสุขภาพดี 800 อำเภอ พบว่า ผลการดำเนินงานอำเภอที่มีคลินิกเวชจิตในชุมชน จำนวน 873 อำเภอ จากจำนวน 878 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 99.43 กิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตดี 1 อำเภอต่อจังหวัด ลงพื้นที่ถึงระดับตำบลการเสริมสร้างเวชจิตในชุมชน และภูมิคุ้มกันทางใจ (RQ: Resilience Quotient) ระดับบุคคลและชุมชน มีตำบลที่ร่วมดำเนินงานภายใต้อำเภอสุขภาพดีจำนวน 2,549 จาก 7,255 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 35.13 มีการบูรณาการเวชจิตในชุมชน เข้ากับประเด็น พชอ. ลงถึงตำบลการเสริมสร้างเวชจิตในชุมชน และภูมิคุ้มกันทางใจ (RQ: Resilience Quotient) ระดับบุคคลและชุมชน โดยการแพทย์ปฐมภูมิ: อำเภอสุขภาพดี (จิตดี) เพื่อเป้าหมายด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด Mental Health Anywhere คืนสู่ชุมชน สังคมปลอดภัย ไร้ความรุนแรง

○ **ประเด็นที่ 5 สถานชีวาภิบาล** จากการดำเนินงานสุขภาพจิตในวัยสูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ภาวะพึ่งพิง นอกจากจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทางกายแล้ว ยังมีความทุกข์ทางใจอีกด้วย ความทุกข์นี้ย่อมส่งผลให้อาการทางกายทรุดลง และไม่สนองต่อการรักษาหรือเยียวยาทางกาย อีกทั้งในท้ายที่สุดแล้วย่อมไม่อาจทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบได้ ซึ่งสถานชีวาภิบาลเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้การดูแลชีวิตของผู้ป่วยตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยเน้นการทำงานแบบองค์รวมเพื่อให้ได้รับการตอบสนองครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน โดยกรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลักด้านจิตใจและอารมณ์ มีการดำเนินการดังนี้ (1) มีศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาลทุกระดับ ทุกเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ (เป้าหมายร้อยละ 25) (2) จัดตั้งสถานชีวาภิบาลในชุมชนมีการพัฒนาเพื่อขอประเมินมาตรฐานสถานชีวาภิบาลจำนวน 210 แห่ง ครอบคลุมทุกจังหวัด (3) การให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ มีผู้ป่วยเข้าใช้บริการประมาณ 180,000 ราย และผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน (4) มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับและผ่านเกณฑ์คุณภาพ และ (5) โรงพยาบาลมีบริการ Hospital



at home/Home ward ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รายเขตสุขภาพมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนของ กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กสป.) ตามค่าเป้าหมายทุกเขตสุขภาพ (เป้าหมายร้อยละ 75)

○ **ประเด็นที่ 8 เศรษฐกิจสุขภาพ** การบูรณาการร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดำเนินงาน สุขภาพจิตในตัวชี้วัด Healthy City MODELS มีผลการดำเนินงานด้านอารมณ์ดี คือ มีการประเมินภายใต้ตัวชี้วัด (1) ชุมชนมีวิถีชีวิต กิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตดี (ชุมชนที่มีคะแนนวัคซีนใจอยู่ในระดับ A และ B) ผลการดำเนินงานชุมชนที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 47 ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 46.53 (2) ชุมชนมีการประเมิน Mental Health Check In การติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงจาก MHCI (ร้อยละ 60) ผลการดำเนินงานชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 42 ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 41.58 และภาพรวมชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ อารมณ์ดี (D3) จำนวน 66 ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 65.35 และการดำเนินงานด้านสติปัญญาดี โดยมีผลการดำเนินงานดังนี้ (1) ตัวชี้วัดเด็กในชุมชน ได้รับการประเมินระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) และได้รับการแก้ไขในกลุ่มที่มีความผิดปกติ จำนวนชุมชนในเขตสุขภาพ ที่มีการประเมินดูแล ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า 64 ชุมชนจาก 101 ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 63.37 (2) ตัวชี้วัดเด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 โดยมีตัวชี้วัดย่อย : ร้อยละของเด็ก ปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (คำนวณใหม่โดยปรับฐาน ความชุกเป็นร้อยละ 20) จำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิต ที่ได้มาตรฐานในเขตสุขภาพ 108,155 คนจาก 447,825 คน คิดเป็นร้อยละ 24.15



สรุปผลการรวมการติดตามรายงานผลการตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2567 จากระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection)

จากการติดตามรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2567 โดยกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละเขตสุขภาพจัดส่งรายงานผลการตรวจราชการให้ครบถ้วน โดยให้รายงานผลการตรวจราชการและแนบไฟล์รายงานผลทางเว็บไซต์ระบบตรวจราชการออนไลน์ (<https://inspection.moph.go.th/e-inspection/index.php>) ภายในวันที่ 28 สิงหาคม 2567 ทั้งนี้ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต ได้รวบรวมข้อมูลตามประเด็นการตรวจราชการงานสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง จากระบบรายงานฯ ดังกล่าว โดยแบ่งตามภารกิจของกรมสุขภาพจิต ดังนี้

ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลัก

- ประเด็นที่ 2 สุขภาพจิตและยาเสพติด

ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมรับผิดชอบ

- ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์

ประเด็นการตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมดำเนินการกับกรมอื่น

- ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย (การแพทย์ปฐมภูมิ + การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย)
- ประเด็นที่ 5 สถานชีวาภิบาล
- ประเด็นที่ 8 เศรษฐกิจสุขภาพ

ทั้งนี้ สามารถสรุปผลภาพรวมการติดตามรวบรวมรายงานผลการตรวจราชการระดับจังหวัดและระดับเขต จากระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection) พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรค ในการจัดทำรายงานผลการตรวจราชการ ดังนี้

จากการติดตามรวบรวมรายงานผลการตรวจราชการประเด็นที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลักระดับเขตสุขภาพ พบว่า มีการจัดส่งรายงานผลการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ในประเด็นสุขภาพจิตและยาเสพติดครบทั้งหมด 12 เขตสุขภาพ หรือคิดเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1 ทั้งนี้ประเด็นที่กรมสุขภาพจิตร่วมรับผิดชอบและร่วมดำเนินการกับกรม/กองอื่น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์ จำนวน 10 เขตสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 83.33 ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย (การแพทย์ปฐมภูมิ + การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย) จำนวน 12 เขตสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 100 ประเด็นที่ 5 สถานชีวาภิบาล จำนวน 11 เขตสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 91.6 ประเด็นที่ 8 เศรษฐกิจสุขภาพ จำนวน 10 เขตสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 83.33 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 1 รายงานผลการติดตามผลการตรวจราชการงานสุขภาพจิตที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลัก ระดับเขตสุขภาพ

ลำดับ	เขตสุขภาพที่	กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลัก ประเด็นที่ 2 สุขภาพจิต และยาเสพติด	วันที่รายงานผลการ ตรวจราชการ
1.	เขตสุขภาพที่ 1	✓	26 ส.ค. 67
2.	เขตสุขภาพที่ 2	✓	17 ส.ค. 67
3.	เขตสุขภาพที่ 3	✓	13 ส.ค. 67
4.	เขตสุขภาพที่ 4	✓	16 ส.ค. 67
5.	เขตสุขภาพที่ 5	✓	14 ส.ค. 67
6.	เขตสุขภาพที่ 6	✓	15 ส.ค. 67
7.	เขตสุขภาพที่ 7	✓	14 ส.ค. 67
8.	เขตสุขภาพที่ 8	✓	28 ส.ค. 67
9.	เขตสุขภาพที่ 9	✓	14 ส.ค. 67
10.	เขตสุขภาพที่ 10	✓	21 ส.ค. 67
11.	เขตสุขภาพที่ 11	✓	13 ส.ค. 67
12.	เขตสุขภาพที่ 12	✓	14 ส.ค. 67

แหล่งที่มา : ระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection) กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ✓ ส่งรายงาน ✗ ไม่มีรายงาน กำหนดส่งภายในวันที่ 28 สิงหาคม 2567 ดึงข้อมูล ณ วันที่ 20 กันยายน 2567



ตารางที่ 2 รายงานผลการติดตามผลการตรวจราชการงานสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องรายประเด็น ระดับเขตสุขภาพ

ลำดับ	เขตสุขภาพ	กรมสุขภาพจิตร่วมรับผิดชอบ ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ/ เฉลิมพระเกียรติ/ ที่เกี่ยวข้องกับ พระบรมวงศานุวงศ์	กรมสุขภาพจิตร่วมดำเนินการ		
			ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย (ระบบสุขภาพปฐม ภูมิ + รพช.แม่ข่าย)	ประเด็นที่ 5 สถาน ชีวาภิบาล	ประเด็นที่ 8 เศรษฐกิจ สุขภาพ
1	เขตสุขภาพที่ 1	✗	✓	✓	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	-	23 ส.ค. 67	23 ส.ค. 67	16 ส.ค. 67
2	เขตสุขภาพที่ 2	✓	✓	✓	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	1 ส.ค. 67	15 ส.ค. 67	19 ส.ค. 67	13 ส.ค. 67
3	เขตสุขภาพที่ 3	✗	✓	✓	✗
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	-	21 ส.ค. 67	16 ส.ค. 67	-
4	เขตสุขภาพที่ 4	✓	✓	✗	✗
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	28 ส.ค. 67	14 ส.ค. 67	-	-
5	เขตสุขภาพที่ 5	✓	✓	✓	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	28 ส.ค. 67	16 ส.ค. 67	21 ส.ค. 67	24 ส.ค. 67
6	เขตสุขภาพที่ 6	✓	✓	✓	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	14 ส.ค. 67	13 ส.ค. 67	13 ส.ค. 67	15 ส.ค. 67
7	เขตสุขภาพที่ 7	✓	✓	✓	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	24 ส.ค. 67	24 ส.ค. 67	19 ส.ค. 67	24 ส.ค. 67
8	เขตสุขภาพที่ 8	✓	✓	✓	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	30 ส.ค. 67	30 ส.ค. 67	30 ส.ค. 67	30 ส.ค. 67
9	เขตสุขภาพที่ 9	✓	✓	✓	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	14 ส.ค. 67	17 ส.ค. 67	14 ส.ค. 67	27 ส.ค. 67
10	เขตสุขภาพที่ 10	✓	✓	✓	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	22 ส.ค. 67	19 ส.ค. 67	20 ส.ค. 67	18 ส.ค. 67
11	เขตสุขภาพที่ 11	✓	✓	✓	✓



ลำดับ	เขตสุขภาพ	กรมสุขภาพจิตร่วมรับผิดชอบ ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ/ เฉลิมพระเกียรติ/ ที่เกี่ยวข้องกับ พระบรมวงศานุวงศ์	กรมสุขภาพจิตร่วมดำเนินการ		
			ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย (ระบบสุขภาพปฐม ภูมิ + รพช.แม่ข่าย)	ประเด็นที่ 5 สถาน ชีวาภิบาล	ประเด็นที่ 8 เศรษฐกิจ สุขภาพ
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	5 ก.ย. 67	2 ก.ย. 67	21 ส.ค. 67	30 ส.ค. 67
12	เขตสุขภาพที่ 12	✓	✓	✓	✓
	วันที่รายงานผล การตรวจราชการ	23 ส.ค. 67	1 ก.ย. 67	3 ก.ย. 67	25 ส.ค. 67

แหล่งที่มา : ระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection) กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ✓ ส่งรายงาน ✗ ไม่มีรายงาน กำหนดส่งภายในวันที่ 28 สิงหาคม 2567 ดึงข้อมูล ณ วันที่ 20 กันยายน 2567



รายงานการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในการตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 2 (เดือนตุลาคม 2566 - มิถุนายน 2567) ประจำปีงบประมาณ 2567

จากการตรวจราชการ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2567 ภายใต้การขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยกองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกรม/กอง สำนักต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้ร่วมดำเนินการผ่านกลไกคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รายประเด็น และคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีกรอบประเด็นการตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตเกี่ยวข้อง จำแนกตาม 9 ประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายมุ่งเน้นสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ดังต่อไปนี้

- 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)

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: กรมสุขภาพจิต โดย สำนักความรอบรู้สุขภาพจิตและโรงพยาบาล
สวนสราญรมย์ดำเนินการร่วมกับกรมการแพทย์

ประเด็นที่ 8 เศรษฐกิจสุขภาพ : Healthy City MODELS กรมสุขภาพจิต โดยกองส่งเสริมและพัฒนา
สุขภาพจิต และสถาบันราชานุกูล ร่วมดำเนินการกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากการรวบรวมรายงานผลการตรวจราชการที่ผู้รับผิดชอบรายประเด็นในเขตสุขภาพที่ 1 - 12
ดำเนินการรายงานผลและจัดส่งไปยังระบบตรวจราชการทางออนไลน์ (e-Inspection) โดยสามารถสรุปผล
การตรวจราชการฯ ตามประเด็นดังกล่าวได้ ดังนี้

ประเด็นการตรวจราชการ ที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลัก





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 2 (ตุลาคม 2566 - มิถุนายน 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 92 แห่ง จาก 127 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 72.44 นอกจากนี้ มีแผนการพัฒนาโรงพยาบาลในเขตสุขภาพจาก Co-ward เป็น Ward จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุโขทัย (เขตสุขภาพที่ 2) โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (เขตสุขภาพที่ 3) และ โรงพยาบาลระยอง (เขตสุขภาพที่ 6) และจัดบริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในรูปแบบ Co-ward จำนวน 14 จังหวัด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 จ.แม่ฮ่องสอน จ.ลำพูน, เขตสุขภาพที่ 3 จ.ชัยนาท จ.อุทัยธานี, เขตสุขภาพที่ 4 จ.นนทบุรี จ.พระนครศรีอยุธยา จ.สระบุรี จ.สิงห์บุรี จ.นครนายก จ.อ่างทอง, เขตสุขภาพที่ 5 จ.ประจวบคีรีขันธ์ จ.เพชรบุรี, เขตสุขภาพที่ 6 จ.ระยอง และเขตสุขภาพที่ 11 จ.ชุมพร รายละเอียดการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพแยกรายเขตสุขภาพดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รายละเอียดการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพแยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จำนวน รพศ/ รพท ทั้งหมด		จำนวน รพ. ที่เปิด Psychiatric Ward		จำนวน รพ. ที่เปิด Co- Ward		จำนวน รพ. ที่ยื่นแบบประเมินตนเอง	จำนวน รพ. ที่ได้รับการเยี่ยมเสริมพลัง	หอผู้ป่วยคุณภาพ
	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง			
1	12	149	7	107	5	42	12	12	7
2	8	89	6	81	2	8	7	6	6
3	5	60	3	46	2	14	3	3	3
4	12	67	3	30	9	37	12	12	3
5	16	106	9	72	7	34	15	7	3
6	15	168	6	102	9	66	9	6	4
7	6	81	4	63	2	18	4	5	4
8	11	133	7	89	4	44	8	9	9
9	11	198	6	156	5	42	8	8	6
10	9	133	6	109	3	24	88	5	4
11	12	145	10	121	2	24	12	9	7
12	10	88	8	81	2	7	10	10	8
รวม	127	1,408	75 (59.06%)	1,045	52 (40.94%)	363	108 (85.04%)	92 (72.44%)	64 (50.39%)

ผลการดำเนินงานวิกฤติสุขภาพจิตและความรุนแรงในสังคม (Social Listening) ปีงบประมาณ 2567 มีการสรุปผลข้อมูล ดังนี้

(1) ร้อยละความรุนแรงเป็นผู้ก่อเหตุรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 36.3, ร้อยละความรุนแรงมาจากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 30.1 , ร้อยละความรุนแรงมาจากการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 26.4, ร้อยละความรุนแรงมาจากผู้ป่วยจิตเวช SMI-V คิดเป็นร้อยละ 7.6 และร้อยละความรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเป็นเหยื่อ คิดเป็นร้อยละ 1

(2) ด้านประวัติการรักษา พบว่า ร้อยละของผู้ไม่พบประวัติการรักษา คิดเป็นร้อยละ 63, ร้อยละของการพบประวัติใน รพ. สังกัด สป คิดเป็นร้อยละ 19.2, ร้อยละ 15 พบประวัติใน รพ. สังกัดกรมสุขภาพจิต และร้อยละ 2.8 อื่นๆ

(3) ข่าวกความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด พบว่า เขตสุขภาพที่ข่าวกความรุนแรงมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 8 คิดเป็นร้อยละ 18.65 รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 12.38 และเขตสุขภาพที่ 11 คิดเป็นร้อยละ 10.93 ตามลำดับ รายละเอียดผลการดำเนินงานดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ผลการดำเนินงานวิกฤติสุขภาพจิตและความรุนแรงในสังคม



ร้อยละ 100 และได้รับอนุมัติโครงสร้างแล้ว จำนวน 766 แห่ง จากจำนวน 776 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 98.71 นอกจากนี้ ปัญหาอุปสรรคที่พบ คือ มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 7 แห่ง ยังไม่สามารถทำการประเมินตนเองได้ เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลระดับ F3 ซึ่งมีบุคลากรไม่เพียงพอตามเกณฑ์การจัดตั้งฯ และโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง ยังไม่ผ่านการการรับรองคุณภาพงานยาเสพติด (HA ยาเสพติด) และการขาดกำลังคนในการทำงานด้านสุขภาพยาเสพติดในเขตสุขภาพ ดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 การจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด แยกรายละเอียดตามเขตสุขภาพ (ณ วันที่ 26 กันยายน 2567)

เขตสุขภาพ	swx. (แห่ง)	โครงสร้างฯ ได้รับ อนุมัติจาก อภ.ส.ป.แล้ว	ไม่ได้รับอนุมัติ (แห่ง)
1	91	91	
2	39	39	
3	50	48	2
4	60	59	1
5	51	48	3
6	58	58	
7	71	71	
8	77	77	
9	79	78	1
10	62	62	
11	70	67	3
12	68	68	
รวมทั้งหมด	776	766	10



1.2 มาตรการ/แนวทางการดำเนินงานในพื้นที่

- 1) ยกระดับหอผู้ป่วยคุณภาพ ใน รพศ./รพท. ได้แก่
 - (1) สนับสนุนการยกระดับหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพ ใน รพศ./รพท. พัฒนาการ จัดบริการจากแบบหอผู้ป่วยร่วมรักษา (Co-Ward) เป็นหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (Psychiatric Ward)
 - (2) พัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลังหอผู้ป่วยฯ ระดับเขตสุขภาพ
 - (3) แผนสนับสนุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เพื่อดูแลผู้ป่วยแดง/ส้ม เช่น ECT แก้อั้วจำกัดพฤติกรรม



2) พัฒนา/เพิ่มศักยภาพบุคลากรหอผู้ป่วยฯ รพศ./รพท. ได้แก่

- (1) สนับสนุนการจัดอบรม แพทย์/ พยาบาล/ สหวิชาชีพเพิ่มหลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร
- (2) เพิ่มแรงจูงใจในการฝึกอบรมพยาบาล PG เพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากร
- (3) เพิ่มค่าตอบแทนเฉพาะในการปฏิบัติการที่มีความเสี่ยง

1.3 ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) อัตรากำลังปฏิบัติงานในสถานพยาบาลไม่เพียงพอมีภาระงานหลายด้าน
- 2) ภาระงานมากกว่ากรอบอัตรากำลังที่ตรงจริง
- 3) บุคลากรปฏิบัติงานไม่ตรงกรอบโครงสร้าง

1.4 ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) มีกลไกการขับเคลื่อนที่สำคัญ ได้แก่
 - (1) กำหนดเป็นนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
 - (2) ขับเคลื่อนนโยบายด้วยกลไกกำกับติดตามผ่านตัวชี้วัดตามประเด็นเข็มมุ่ง Service Plan สุขภาพจิตและยาเสพติด ตัวชี้วัดระดับต่างๆ และการนิเทศงาน/ตรวจราชการ ตลอดจนการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงในเขตสุขภาพ/จังหวัด
- 2) การบริหารจัดการทรัพยากรในเขตสุขภาพ ได้แก่
 - (1) มีการบริหารจัดการเตียงตามข้อตกลง Service Plan จิตเวชและยาเสพติดในระดับจังหวัด
 - (2) มีทีมในการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบสหวิชาชีพ

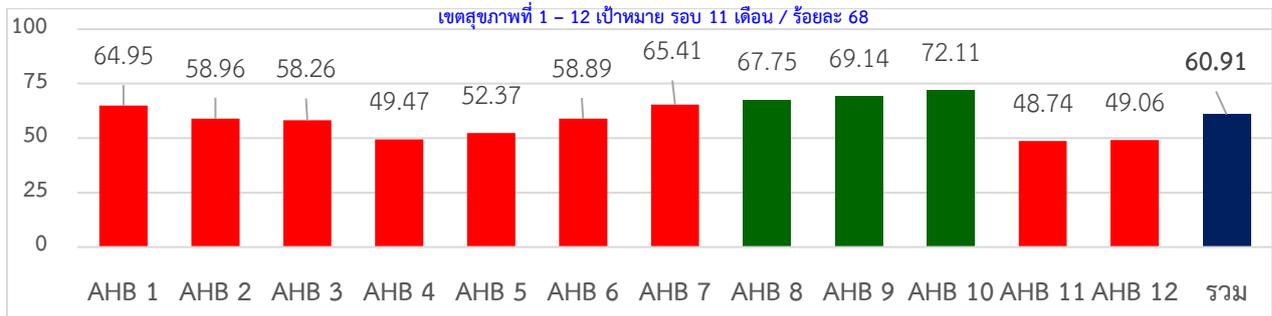
2. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในเขตสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ (Retention Rate)

2.1 สถานการณ์

จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 (ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567) พบว่า ผลการดำเนินงานผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในเขตสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ ในเขตสุขภาพที่ 1-12 จำนวนผู้ป่วย 130,538 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.91 (เป้าหมายร้อยละ 68) และในเขตสุขภาพที่ 13 จำนวนผู้ป่วย 9,849 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.09 (เป้าหมายร้อยละ 40) ซึ่งข้อมูลตั้งต้นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในเขตสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ โรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพจิตในสังกัดกรมสุขภาพจิตเป็นต้นแบบการดำเนินงาน เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการทำงานของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ดำเนินงานผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในเขตสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่อง
อย่างมีคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 1 - 12



แหล่งที่มา ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (ระบบรายงาน บสต.) ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2567

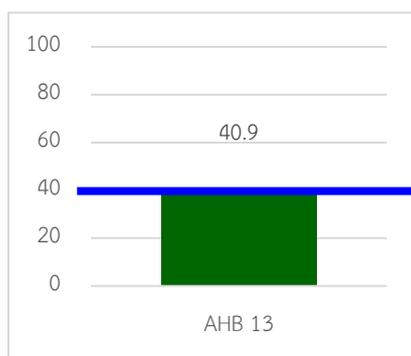
โดยที่ A : จำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในเขตสุขภาพ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี นับจากวันที่สิ้นสุดการบำบัด

B : จำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในเขตสุขภาพได้รับการจำหน่ายทั้งหมด

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	9,954	5,620	3,690	6,528	4,798	2,673	7,918	10,482	9,343	9,902	5,056	3,626	79,509
B	15,326 (64.95)	9,532 (58.96)	6,195 (58.26)	13,197 (49.47)	9,162 (52.37)	4,539 (58.89)	12,105 (65.41)	15,472 (67.75)	13,513 (69.14)	13,732 (72.11)	10,374 (48.74)	7,391 (49.06)	130,538 (60.91)

ภาพที่ 5 ดำเนินงานผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในเขตสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่อง
อย่างมีคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 13

เขตสุขภาพที่ 13 เป้าหมาย รอบ 11 เดือน / ร้อยละ 40



เป้าหมาย
ร้อยละ 40

ปี 2567	เขต 13
A	3,948
B	9,849 (40.09)

2.2 ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) การแพร่ระบาดของยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช
เสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงมากขึ้น การดูแล ติดตามได้ยากมากขึ้น
- 2) มีนโยบายค้นหาผู้เสพยาเข้าสู่กระบวนการบำบัด ทำให้ปริมาณผู้เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นและ
พบการ Drop out เพิ่มขึ้นเช่นกันการกลับไปเสพยาสูงขึ้น ส่งผลให้ Retention Rate ลดลง
- 3) การบันทึกข้อมูลในระบบ บสต. ไม่ครบถ้วนและไม่เป็นปัจจุบันส่งผลให้ข้อมูล Retention Rate
ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
- 4) ผู้บำบัดยาเสพติดนอกเขตการรักษามีปัญหาเรื่องสิทธิการรักษา ในรายที่ต้องรับยาต่อเนื่อง
เช่น มีอาการ Psychotic ร่วมด้วย



5) มีปัญหาเรื่องการติดตามผู้บำบัดยาเสพติดให้มารับบริการต่อเนื่องครบกระบวนการ เนื่องจากอยู่พื้นที่ห่างไกล รพ. บางกลุ่มเป็นผู้เสพยาเสพติดเรื้อรัง บำบัดมานานแต่กลับไปใช้ซ้ำ

2.3 ปัจจัยความสำเร็จ

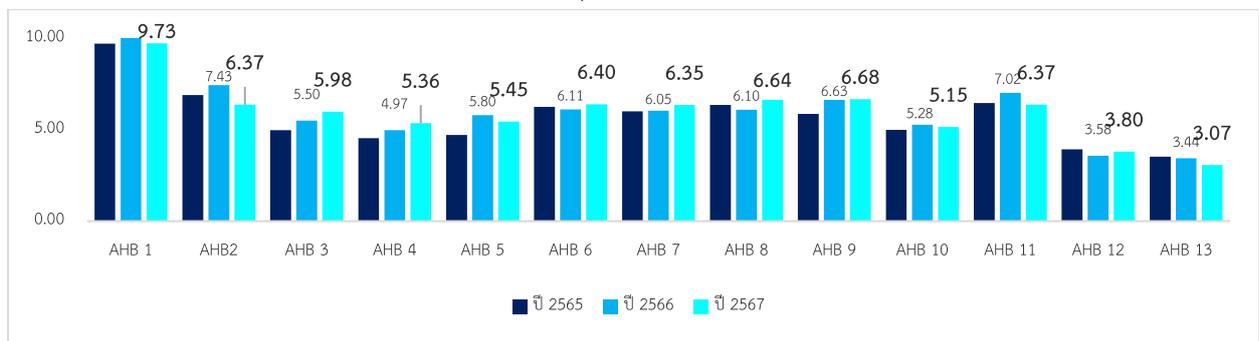
- 1) ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด
- 2) กลไกการขับเคลื่อนด้านการบำบัดรักษายาเสพติดระดับพื้นที่ โดยจัดทำโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ไขปัญหามืออาชีพการทางจิตจากยาเสพติด โดยดำเนินการ ดังนี้
 - (1) ชี้แจงแนวทาง Patient Journey ของจังหวัด ทั้งงานยาเสพติดและงานสุขภาพจิต แก่ตัวแทนตำรวจ ปกครอง ท้องถิ่น รพ. รพ.สต. อสม. ทุกอำเภอ
 - (2) ทบทวนช่องว่างอุปสรรคที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ระดับอำเภอ และร่วมกันกำหนดรูปแบบเพื่อแก้ไขปัญหแต่ละพื้นที่

3. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ/ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน

3.1. สถานการณ์

จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 (ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567) พบว่าปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทย เมื่อเปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกันระหว่างเดือน ตุลาคม - มิถุนายน ของปีงบประมาณ 2565 - 2567 ในช่วง 3 ปีนี้ จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จยังคงเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง โดยปีงบประมาณ 2567 ระยะ 9 เดือน (ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567) มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 3,892 คน เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพที่มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากเป็นลำดับต้น ๆ คือ เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 536 คน รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 446 คน และเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 398 คน และเขตสุขภาพที่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น คือ เขตสุขภาพที่ 3, 4, 6, 7, 8, 9 และ 12 ซึ่งควรมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเพิ่มมาตรการการคัดกรองสอบสวนโรคในพื้นที่ให้มากขึ้น ดังภาพที่ 6

ภาพที่ 6 จำนวนอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน เปรียบเทียบ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน (ต.ค. - มิ.ย.) ปีงบประมาณ 2565 - 2567 แยกตามรายเขตสุขภาพ



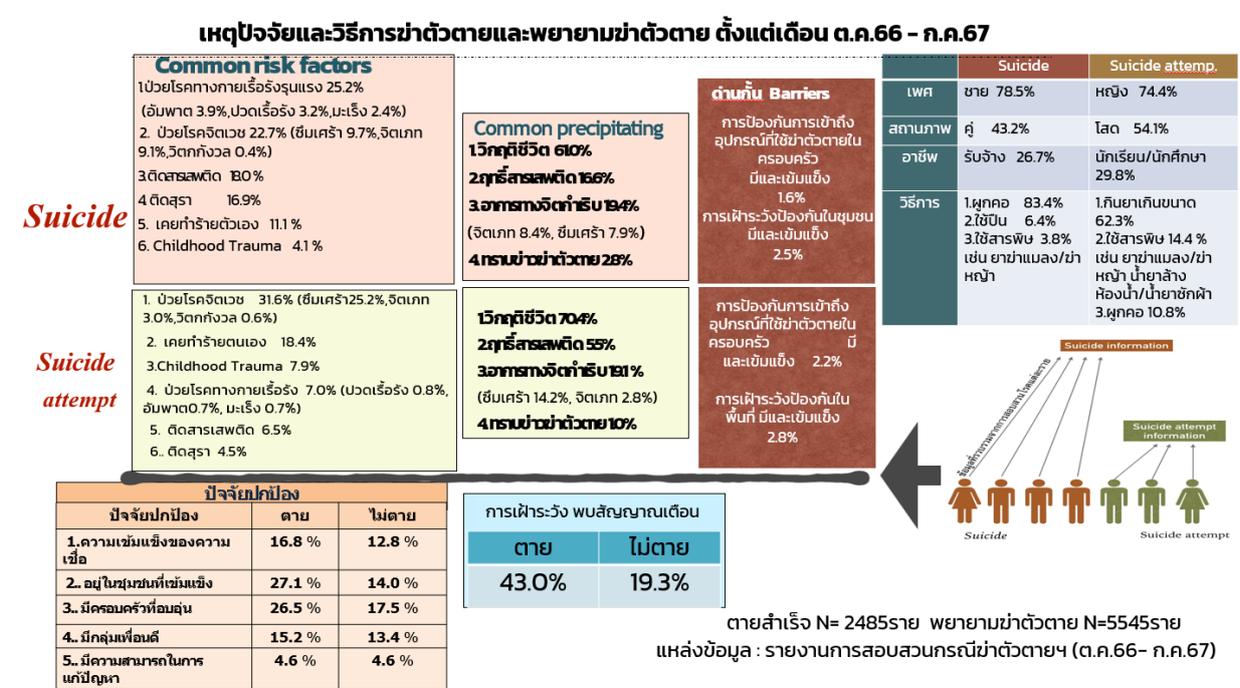
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	รวม
ปี 2565	536	234	145	245	243	386	300	349	393	228	287	196	191	3,733
ปี 2566	554	251	159	269	299	380	301	334	443	241	312	179	185	3,907
ปี 2567	536	215	173	290	281	398	316	364	446	235	283	190	165	3,892

ที่มา : ข้อมูลจากใบมรณบัตร (ตามสถานที่เสียชีวิต) สำนักทะเบียนราษฎร โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 (ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567) จำนวน 3,892 คน พบว่า ผู้ชายมีจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าผู้หญิง 4 เท่า จำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จะอยู่ในกลุ่มอายุ 20-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 68.87 วิธีการที่ใช้ พบว่า ร้อยละ 83.40 เป็นการแขวนคอ รองลงมาคือ อาวุธปืน ร้อยละ 6.4 การใช้ยา กำจัดวัชพืช/ ยาฆ่าแมลง/ สารเคมี (ร้อยละ 3.8) และ ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1. ป่วยด้วยโรคทางกาย รุนแรง/เรื้อรังร้อยละ 25.2 2. กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชร้อยละ 22.7 (โรคซึมเศร้าร้อยละ 9.7 โรคจิตเภทร้อยละ 9.1 และ โรควิตกกังวลร้อยละ 0.4) 3. ติดสารเสพติด ร้อยละ 18 4. ติดสุรา ร้อยละ 16.9 5. เคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 11.1 และ 6. Childhood trauma ร้อยละ 4.1 ส่วนปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ประสบปัญหาชีวิต หรือมีเหตุการณ์วิกฤต ที่คิดว่า พ่ายแพ้ล้มเหลว อับอายขายหน้า อับจนหนทาง มีมากถึงร้อยละ 61.0 รองลงมาคือ เกิดจากฤทธิ์สารเสพติด ร้อยละ 16.6 อารมณ์ทางจิตกำเริบ ร้อยละ 19.4 (จิตเภทร้อยละ 8.4 และซึมเศร้าร้อยละ 7.9) และรับรู้ว่าการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 2.8 มีการแสดงถึงสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 43.0 ตามภาพที่ 7

ภาพที่ 7 เหตุปัจจัยการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2567 ข้อมูลเดือน ต.ค. 66 - ก.ค. 67

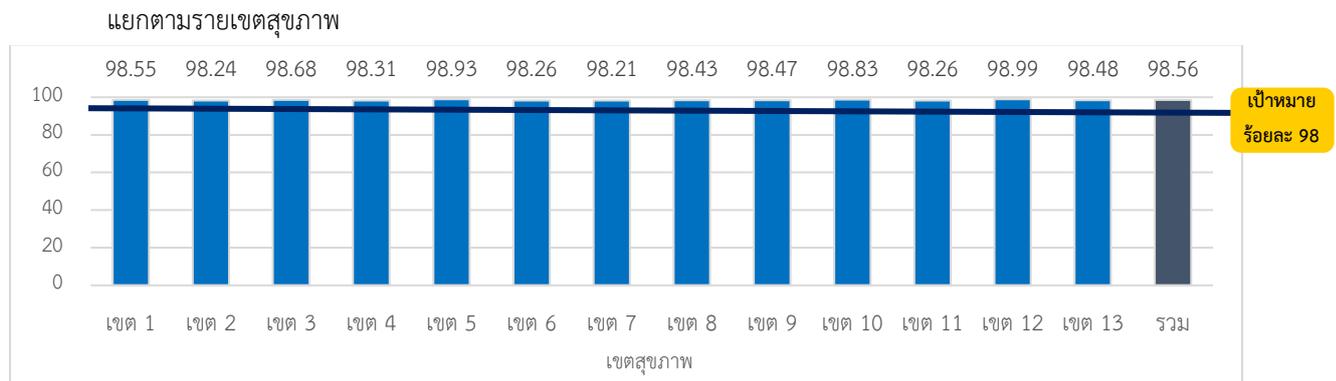


ที่มา : รายงานข้อมูล การฆ่าตัวตาย รง 5065

สถานการณ์ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567) พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 98.56 ทุกเขตสุขภาพ มีผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี มากกว่าเป้าหมาย ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค. 66 - มิ.ย. 67)



ปี 2567 (ต.ค. 66 - มิ.ย. 67)	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
A	1,426	669	745	1,107	1,390	1,699	879	1,006	1,564	926	1,301	1,767	130	14,609
B	1,477	681	755	1,126	1,405	1,729	895	1,022	1,584	937	1,324	1,785	132	14,822
ร้อยละ	98.55	98.24	98.68	98.31	98.93	98.26	98.21	98.43	98.47	98.83	98.26	98.99	98.48	98.56

A: จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำ (ในระยะเวลา 1 ปี)

B: จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพทั้งหมด

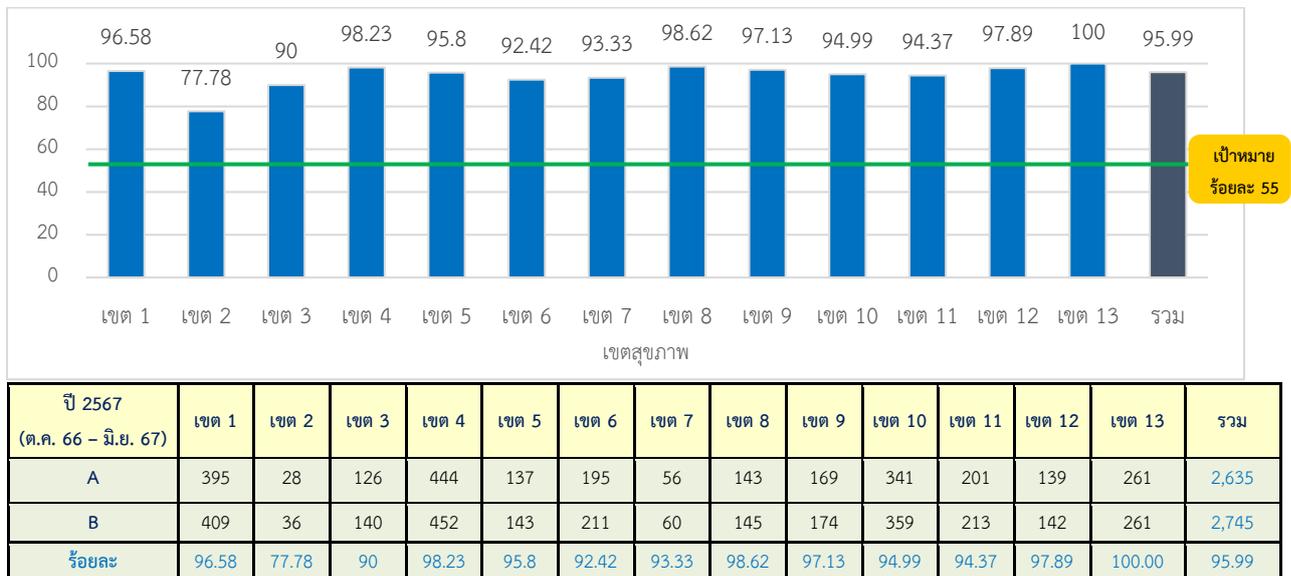
ที่มา : แหล่งที่มาของข้อมูล แบบรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง 506S version 10 - 11

การดำเนินงานภายใต้การดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี พบว่า เขตสุขภาพมีการให้คำปรึกษาและมีการจัดวิทยากรบำบัดดูแลช่วยเหลือกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจากวิกฤตที่มีสาเหตุจากปัญหาความสัมพันธ์ อาทิเช่น มีจิตแพทย์ออกตรวจในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลชุมชนที่มีจิตแพทย์ประจำ จะทำให้ดำเนินงานได้ต่อเนื่อง มีการทบทวนและพัฒนามาตรการติดตามเฝ้าระวังในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มเสี่ยงโดยเน้นการติดตามอย่างต่อเนื่องในชุมชน รวมถึงการสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ฝึกทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การใช้กระบวนการวิจัยในชุมชนในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน (ตุลาคม 2566 - มิถุนายน 2567) พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ร้อยละ 97.35 ทุกเขตสุขภาพมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลามากกว่าเป้าหมาย เขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ผลการดำเนินงานมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 13 จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และเขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 ดังภาพที่ 9



ภาพที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค. 66 - มิ.ย. 67)
แยกตามรายเขตสุขภาพ



A: จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจาก B ที่มีผลการประเมิน 9Q ภายใน 6 เดือน และมีระดับคะแนนประเมิน 9Q ลดลงอย่างน้อย 1 ระดับ

หมายเหตุ

B: จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2567 และพบว่า มีระดับคะแนน 9Q ครั้งสุดท้าย >

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) และมีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (SMI-V) โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายแบบชุมชนมีส่วนร่วมและมีการบูรณาการทำงานสุขภาพจิตร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการติดตามและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง NCDs และผู้สูงอายุมีการดูแลติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงผ่าน 3 หมอ สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายในการเฝ้าระวังปัญหา การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนความเข้มแข็งทางใจในแกนนำชุมชนและประชาชนทั่วไปและเสริมสร้างปัจจัยปกป้องให้แข็งแรงระดับครอบครัว เพื่อลดปัจจัยกระตุ้นโดยสนับสนุนการสร้างวัคซีนใจในครอบครัว (ทักษะการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว เสริมสร้างความเข้มแข็งในครอบครัว)

3.2 การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่

3.2.1 มาตรการพัฒนาปรับปรุงระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายระดับจังหวัด

1) การมีแผนป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายระดับจังหวัดโดยมาตรการมุ่งที่เหตุปัจจัยที่เกิดขึ้นในจังหวัดโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างพหุภาคี (Multisector) ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต ในระดับจังหวัด กำหนดมาตรการในระดับจังหวัดเพื่อแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงของตนเอง เปลี่ยนการคัดกรองเป็นการค้นหาเชิงรุกในชุมชน ในสถานศึกษา (School Health HERO) มีการสื่อสารสัญญาณเตือนทุกช่องทาง มีจุดแจ้งเหตุกรณีเกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางสุขภาพจิตและยาเสพติด ให้ชัดเจนและเข้าถึงได้ง่าย รวมถึงการซักซ้อมแผนเผชิญเหตุร่วมกันในภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง และมีหน่วยบริการจิตเวช



ศูนย์สุขภาพจิต ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนด้านวิชาการ โดยจัดเวทีประชุมหารือและคืนข้อมูลสถานการณ์ การฆ่าตัวตายและประชุมกลุ่มย่อยในรูปแบบคณะอนุกรรมการเพื่อปรึกษาหารือให้ความช่วยเหลือผู้พยายาม ฆ่าตัวตายกรณีที่ประสบปัญหาวิกฤตชีวิตที่เกี่ยวข้องในแง่กฎหมาย คดีความและปัญหาหนี้สิน ถูกทวงหนี้ เป็นต้น และมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยมีการขยายต่อโครงการชุมชนต้นแบบในการ ดูแลสุขภาพจิต และมีต้นแบบชุมชนเข้มแข็งในการบูรณาการงานสุขภาพจิตผ่าน พ.ร.บ.สุขภาพจิต ในจังหวัด

2) การระบุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เพื่อการเฝ้าระวัง การใช้ระบบฐานข้อมูลที่มีในจังหวัด มาวิเคราะห์ระบุกลุ่มเสี่ยงของจังหวัด ได้แก่ ข้อมูล รง 506S และการสอบสวนโรคในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เพื่อกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังของพื้นที่ แต่ละเขตบริการสุขภาพ มีการจัดประชุมทั้งในรูปแบบ Online และ Onsite เพื่อทบทวนพัฒนามาตรการติดตามเฝ้าระวังในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มเสี่ยง โดยเน้นการติดตามอย่างต่อเนื่องในชุมชน อาทิเช่น คัดกรองในรูปแบบเชิงรุกในชุมชน โดย อสม. และแกนนำ ชุมชนเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย การคัดกรองประชาชน กลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่เสี่ยงสูง เน้นเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs), ผู้ป่วยจิตเวช, ผู้ติดสารเสพติด/สุรา, โรคซึมเศร้า, ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ต่างๆ, และผู้ที่มีประวัติตนเอง/ครอบครัว เคยทำร้ายตนเอง มีการคัดกรอง ดูแล รักษา นำเข้าสู่ระบบบริการ และบูรณาการงาน 3 หมอ มีการประเมิน ทุกเดือน

3.2.2 มาตรการติดตามเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย
พบว่า จังหวัดมีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามเฝ้าระวัง มีความชัดเจน และตรงตามข้อมูลที่ปรากฏจริง ได้มากยิ่งขึ้น มีการเร่งค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงช่วงอายุ 15-19 ปี พบว่า มีอัตราการพยายามทำร้ายตนเอง เพิ่มสูงขึ้น โดยจัดให้มีกิจกรรมเพื่อการเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้มีปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นวัยเรียนมีการ อบรมแกนนำซึมเศร้าในโรงเรียน การแก้รกของปัญหาครอบครัวผ่านโปรแกรม Positive Parenting Program ในเด็กปกติ กลไกการขับเคลื่อนงานในระดับจังหวัดใช้กลไก พชอ.และเครือข่ายทีม 3 นอกจากนี้ได้พัฒนาตำบล ต้นแบบการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน การป้องกันการฆ่าตัวตายและระบบการเฝ้าระวังดูแล ต่อเนื่องผ่าน Application Mental Health Check In โดยชุมชนมีส่วนร่วม ดำเนินการจัดอบรมเสริมพลังญาติและผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงให้สามารถจับสัญญาณเตือนและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้ง ได้มีการส่งเสริมความรู้ ความ เข้าใจ และวัคซีนใจให้กับประชาชนทั่วไป รวมทั้งกลุ่มวัยแรงงานที่มีความเสี่ยงสูง เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (เน้น MDD, Schizophrenia) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายที่สำคัญ โดยนำผู้ป่วยทุกรายเข้ารับการ ประเมินอาการ ติดตามการรักษา ไม่ให้ขาดยา จัดทำฐานข้อมูลเชื่อมโยงในหน่วยบริการทุกระดับ วางระบบการ เฝ้าระวังติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยรับการรักษอย่างต่อเนื่องจนอาการทุเลาหรือ Remission ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก V-Scan ในกลุ่มSMI-V เพื่อนำเข้าสู่ระบบบริการ และมีการเพิ่มความรอบรู้ในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและ ทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับกลุ่มเสี่ยงให้แก่ญาติและอสม.ให้ความรู้แก่ชุมชนผ่านที่ประชุมหมู่บ้านและ เสี่ยงตามสายในชุมชน



3.2.3 มาตรการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

- 1) สร้างเครือข่ายการช่วยเหลือจากหลายวิชาชีพ ในรูปแบบอาสาสมัคร แต่งตั้งคณะกรรมการจากหลายอาชีพ ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย นักการเงินการธนาคาร นักพัฒนาอาชีพ ตำรวจ เพื่อให้การช่วยเหลือรายที่มีวิกฤตชีวิตด้านอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย อาชีพ ในรูปคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เข้าหาหรือเพื่อช่วยเหลือในที่ประชุมกรรมการหลากหลายวิชาชีพของจังหวัด
- 2) พัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษาและนักจิตบำบัด เพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจากวิกฤตชีวิตที่มีสาเหตุจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน คู่สมรส และครอบครัว เพิ่มทักษะ Family counseling แก่นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
- 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลบำบัดสังคมจิตใจ ในระดับ รพช. ที่สามารถ Family therapy, Couple therapy กลุ่มผู้ติดสุรา ติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 4) มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ด้วยระบบชุมชนจัดการตนเองสู่ระบบสุขภาพแบบไร้รอยต่อทั้งจังหวัดโดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย: ชุมชนต้นแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง การก่อความรุนแรง (SMI-V)
- 5) สื่อสารประชาสัมพันธ์ ช่องทางการให้คำปรึกษาแก่ประชาชนในพื้นที่การช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

3.2.4 มาตรการสนับสนุนการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองในจังหวัด

- 1) การสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 โดยการประชาสัมพันธ์และพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต
- 2) มีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพทีมสอบสวนโรค การอบรมเชิงปฏิบัติการลงสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายสำเร็จหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence : SDV) ในระดับอำเภอและระดับตำบล เพื่อทำหน้าที่ลงสอบสวนโรค วิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย นำมาวางแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่

3.2.5 มาตรการเสริมสร้างปัจจัยปกป้องและต้านกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายในจังหวัด

- 1) สร้างเสริมปัจจัยปกป้องโดย พัฒนาทักษะชีวิต ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ความร่วมมือของทุกภาคส่วน เช่นครอบครัว โรงเรียน ชุมชน โดยความร่วมมือจากองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชนจัดโครงการโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาวะ
- 2) ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์วิชาการต่างๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะการดำเนินงานช่วยเหลือในการป้องกันการฆ่าตัวตาย การวิเคราะห์สาเหตุ ค้นหาปัจจัยร่วมเพื่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนารูปแบบวิธีดำเนินการแก่หน่วยบริการภาครัฐและเอกชน



3.3 ปัญหา/จุดร่วมสะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- 1) บุคลากรในทีมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายระดับอำเภอมีน้อยยังไม่ผ่านการอบรม ทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้เต็มประสิทธิภาพ
- 2) การเข้าถึงบริการกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายยังไม่ครอบคลุม
- 3) ปัญหาการฆ่าตัวตายมีหลายปัจจัย (Multi-factor) ต้องอาศัยภาคีเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เช่น พม, มท , ธนาคาร เป็นต้น
- 4) ระบบ Data Management ขาดบุคลากรที่ผ่านการอบรมการบันทึกข้อมูล บสต, การบันทึกในโปรแกรมรายงานศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โปรแกรม 506s Version 11

3.4 ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) มีการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตผ่านคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดและกรุงเทพมหานคร เพื่อขับเคลื่อนแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายระดับจังหวัด
- 2) มีความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์วิชาการต่างๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะการดำเนินงานช่วยเหลือในการป้องกันการฆ่าตัวตาย การวิเคราะห์สาเหตุ ค้นหา ปัจจัยร่วมเพื่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนารูปแบบวิธีดำเนินการแก่หน่วยบริการภาครัฐและเอกชน
- 3) มีช่องทางการประสาน ส่งต่อข้อมูล กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งเฝ้าระวัง ในชุมชน และเข้ารับบริการในหน่วยบริการ เช่น Mental Health Check In และ ช่องทาง LINE

ประเด็นการตรวจราชการ ที่กรมสุขภาพจิตร่วมรับผิดชอบ





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

กรมสุขภาพจิต โดยสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังของประเทศไทย ดำเนินงานภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบันจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 (ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567) พบว่า (1) ผู้ต้องขังจิตเวชทั่วประเทศ จำนวน 10,498 คน คิดเป็น 3.50% ของผู้ต้องขังทั่วประเทศ 299,943 คน แบ่งเป็น เพศชาย จำนวน 7,836 คน (76.64%) เพศหญิง จำนวน 2,662 คน (23.36%) (2) ผู้ต้องขังรับบริการผ่านระบบ Telepsychiatry จำนวน 10,250 ราย/ รับบริการผ่านแพทย์เข้าตรวจในเรือนจำหรือได้รับการตรวจที่โรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 18,422 ราย (3) เรือนจำที่มีระบบและให้การบำบัดรักษาผ่านระบบ Telepsychiatry จำนวน 138 แห่ง จาก 143 แห่งทั่วประเทศ (96.50%) (4) ผู้ต้องขังจิตเวชพันโทชกกลับสู่ชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 3,900 คน ติดตามผ่านรักษาต่อเนื่องบนระบบดิจิทัล จำนวน 1,676 คน (41.66%)

2. การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่

1) ร้อยละของผู้ต้องขังรายใหม่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (ค่าเป้าหมาย 9 เดือน ร้อยละ 100) คิดเป็นร้อยละ 100

2) ร้อยละของผู้ต้องขังรายเก่าที่ถูกจำคุก 1 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (ค่าเป้าหมาย 9 เดือน ร้อยละ 45) คิดเป็นร้อยละ 48.07

3) ร้อยละของผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา (ค่าเป้าหมาย 9 เดือน ร้อยละ 95) คิดเป็นร้อยละ 100

4) ร้อยละของผู้ต้องขังจิตเวชพันโทชกได้รับการติดตามรักษาต่อเนื่องบนระบบดิจิทัล โดยไม่กลับมาก่อคดีซ้ำ (ค่าเป้าหมาย 9 เดือน ร้อยละ 45) คิดเป็นร้อยละ 41.66

5) มีการคัดกรองสุขภาพจิตผู้ต้องขังรายใหม่ทุกรายด้วยแบบประเมิน PMHQ –THAI / 2Q 9Q 8Q โดยนักจิตวิทยา/พยาบาล ในเรือนจำ และคัดกรองผู้ต้องขังรายเก่าด้วยแบบประเมิน PMHQ –THAI โดยนักจิตวิทยา/พยาบาล/อสรจ.

6) มีระบบส่งต่อระหว่าง รพ.จิตเวช กับทางเรือนจำในการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชในกรณียุ่งยากซับซ้อน

7) มีการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร และ อสรจ.



8) คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) 2562 ระดับจังหวัดจะระบุเรื่องการติดตามผู้ต้องขังจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่องหลังพ้นโทษ ในวาระการประชุมฯ และมีการทำหนังสือแจ้งพื้นที่เพื่อร่วมกันติดตามหลังพ้นโทษ

9) มีการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจในการติดตาม ดูแลรักษาผู้ต้องขังจิตเวช ให้กับเครือข่ายสาธารณสุข และยุติธรรมในแต่ละพื้นที่

3. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) พื้นที่ที่มีการติดตามแต่ยังไม่ได้ลงข้อมูลในระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช ทำให้ข้อมูลน้อยกว่าความเป็นจริง
- 2) การส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังจิตเวชพ้นโทษล่าช้า หรือไม่ได้รับข้อมูล ทำให้ไม่ทราบว่าผู้ต้องขังจิตเวชพ้นโทษแล้วต้องติดตาม
- 3) ผู้ต้องขังจิตเวชหรือญาติไม่ยินยอมให้ติดตามหลังผู้ต้องขังกลับสู่ชุมชน
- 4) ผู้ต้องขังไม่กลับไปอยู่ตามภูมิลำเนาที่แจ้งไว้/ไปทำงานในเขตเมือง ทำให้ติดตามได้ยาก

4. ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) ผู้บริหาร สสจ. รพ.แม่ข่าย รพ.จิตเวช และเรือนจำให้ความสำคัญ และมีนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง
- 2) หน่วยบริการและเครือข่ายมีความเข้มแข็ง สามารถบริหารจัดการการดำเนินการด้านสุขภาพจิตได้ดี มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตตามบริบทได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นไปตามแผน เพื่อเป็นการลดความตึงเครียดของผู้ต้องขัง ทำให้เกิดการจัดบริการด้านสุขภาพจิตให้กับผู้ต้องขังในเรือนจำมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
- 3) ความเข้มแข็งของเรือนจำ โรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตทำให้มีการจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) มีการกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

ประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิต ร่วมดำเนินการกับกรมวิชาการอื่น





ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอยรอย ลดป่วย ลดตาย

หัวข้อ : อำเภอสุขภาพดี

ตัวชี้วัด : อำเภอสุขภาพดี 800 อำเภอ (เป้าหมายทุกอำเภอสุขภาพดี)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

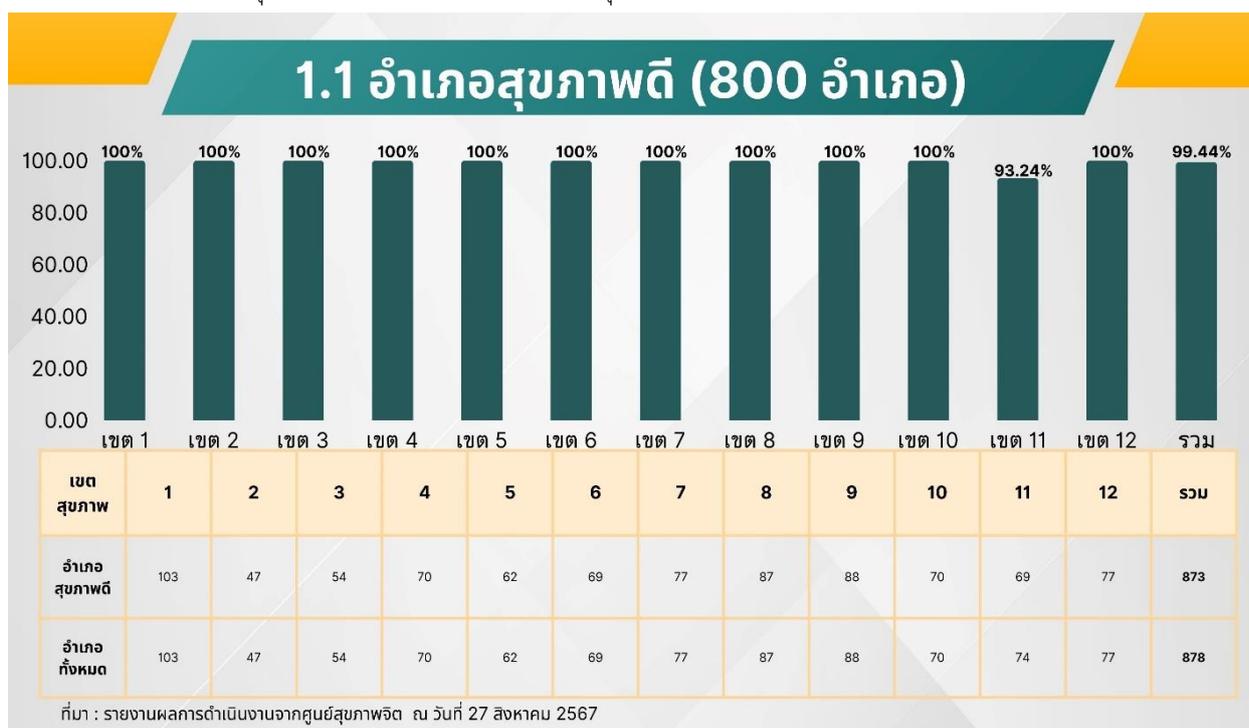
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กรมสุขภาพจิต กองพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพจิต

1. สถานการณ์

กรมสุขภาพจิต โดยกองพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นองค์กรหลักด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับประเทศเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดี และมีความสุข และขับเคลื่อนการดำเนินงานตรวจราชการภายใต้ตัวชี้วัดอำเภอสุขภาพดี 800 อำเภอ (เป้าหมายทุกอำเภอสุขภาพดี) จึงขอสรุปผลการดำเนินงานจากการตรวจราชการรอบที่ 2 (ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567) ในปีงบประมาณ 2567 กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานรับผิดชอบร่วมบูรณาการกับกรมการแพทย์ ในการส่งเสริมอำเภอสุขภาพดี 800 อำเภอ พบว่า ผลการดำเนินงานอำเภอที่มีคลินิกวัคซิ่งใจในชุมชน จำนวน 873 อำเภอ จาก 878 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 99.44 และผลการดำเนินงานชุมชนมีวิถีชีวิต กิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตดี 1 อำเภอต่อจังหวัด (ชุมชนที่มีคะแนนวัคซิ่งใจอยู่ในระดับ A และ B) ลงถึงตำบลการเสริมสร้างวัคซิ่งใจในชุมชน และภูมิคุ้มกันทางใจ (RQ: Resilience Quotient) ระดับบุคคลและชุมชน มีตำบลที่ร่วมดำเนินงานภายใต้ อำเภอสุขภาพดีจำนวน 2,549 จาก 7,255 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 35.13 ดังภาพที่ 10 และภาพที่ 11 ตามลำดับ

ภาพที่ 10 จำนวนอำเภอสุขภาพดี (800 อำเภอ) แยกรายเขตสุขภาพ





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 นอกจากจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทางกายแล้ว ยังมีความทุกข์ทางใจอีกด้วย ความทุกข์นี้ย่อมส่งผลให้อาการทางกายทรุดลง และไม่สนองต่อการรักษาหรือเยียวยาทางกาย อีกทั้งในท้ายที่สุดแล้วย่อมไม่อาจทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบได้สถานชีวาภิบาลเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้การดูแลชีวิตของผู้ป่วย ตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยเน้นการทำงานแบบองค์รวมเพื่อให้ได้รับการตอบสนองครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน โดยกรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลักด้านจิตใจและอารมณ์

2. การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ (ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567)

1) มีศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาลทุกระดับ ทุกเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ (เป้าหมายร้อยละ 25) ผลการดำเนินงาน ในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 78.52

2) จัดตั้งสถานชีวาภิบาลในชุมชน มีการพัฒนาเพื่อขอประเมินมาตรฐานสถานชีวาภิบาลจำนวน 210 แห่ง ครอบคลุมทุกจังหวัด และมีสถานชีวาภิบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินแล้ว จำนวน 23 แห่ง (ข้อมูลจากกรมอนามัย ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2567)

3) ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ มีผู้ป่วยเข้าสู่บริการประมาณ 180,000 ราย โดยร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพภาพรวมประเทศ คิดเป็นร้อยละ 65.99 และ ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้านหรือชุมชน ภาพรวมประเทศ คิดเป็นร้อยละ 43.32 ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 40)

4) มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับและผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ พบว่า ทุกเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ (เป้าหมายร้อยละ 30) โดยมีผลการดำเนินงานในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 86.88

5) โรงพยาบาลมีบริการ Hospital at home/Home ward ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รายเขตสุขภาพ มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนของกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กสป.) ตามค่าเป้าหมายทุกเขตสุขภาพ (เป้าหมายร้อยละ 75) โดยมีผลการดำเนินงานในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 86.88

3. การพัฒนาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพในระยะถัดไป

นำคู่มือการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย Palliative Care และผู้ดูแลสู่สถานชีวาภิบาลในการดูแลสุขภาพจิต, มีการเพิ่มบุคลากรในการดำเนินงาน เช่น พยาบาลจิตเวช/นักจิตวิทยาเข้าร่วมในการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย Palliative Care และผู้ดูแล/ญาติ ในสถานชีวาภิบาล และมีการประเมินผลการใช้คู่มือการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย Palliative Care และผู้ดูแล



3. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) งานประจำในหน่วยบริการมีจำนวนมาก เจ้าหน้าที่ต้องดูแลหลายมิติ
- 2) บุคลากรมีน้อยและบุคลากรที่ได้รับการอบรมมีการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน ต้องจัดหาและพัฒนาบุคลากรใหม่
- 3) ศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการยังไม่เพียงพอในการดูแลด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

4. ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) นโยบายกรมสุขภาพจิตให้มีการคัดกรอง/ประเมินปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
- 2) การดำเนินงานภายใต้นโยบายการดูแลฟื้นฟูผู้ใช้บริการจิตเวชในสถานรองรับของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (SMI-R)
- 3) มีการจัดอบรมการประเมินสุขภาพจิตด้วย 2Q, ST-5 และการให้คำแนะนำเบื้องต้นสำหรับบุคลากรในการดำเนินงาน
- 4) การเชื่อมโยงระบบชีวภาค าระหว่าง รพ. (ตติยภูมิ ทติยภูมิ) กับบ้านและชุมชน ผ่านการเชื่อมต่อของทีม Primary care/ LTC/ PC ที่เข้มแข็ง
- 5) ความเข้มแข็งของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมชุมชน และภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี
- 6) การขับเคลื่อนงานแบบไร้รอยต่อ บุคลากรทางสาธารณสุขทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย เป้าหมายการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ



ประเด็นที่ 8 เศรษฐกิจสุขภาพ

หัวข้อ : เศรษฐกิจสุขภาพ

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

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

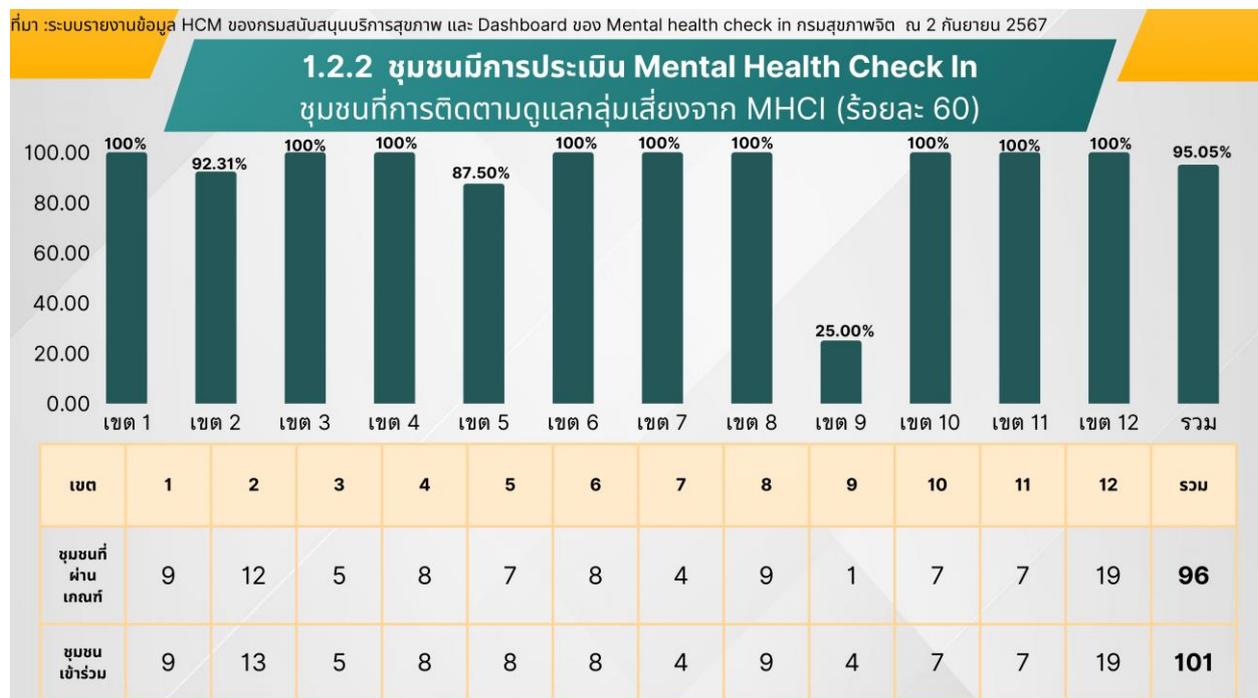
หน่วยงานรับผิดชอบหลัก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หน่วยงานร่วมดำเนินการ กรมสุขภาพจิต กองพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพจิต และ สถาบันราชานุกูล

1. สถานการณ์

กรมสุขภาพจิตมีการดำเนินงานสุขภาพจิตในตัวชี้วัด Healthy City MODELS มีผลการดำเนินงานด้านอารมณ์ดี (ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567) คือ มีการประเมินภายใต้ตัวชี้วัด (1) ชุมชนมีวิถีชีวิต กิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตดี (ชุมชนที่มีคะแนนวัคซีนใจอยู่ในระดับ A และ B) ผลการดำเนินงานชุมชนที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 98 ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 97.03 (2) ชุมชนมีการประเมิน Mental Health Check In การติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงจาก MHCI (ร้อยละ 60) ผลการดำเนินงานชุมชนที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 96 ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 95.05 และภาพรวมชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ อารมณ์ดี (D3) จำนวน 101 ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 100 ดังภาพที่ 13

ภาพที่ 13 ชุมชนมีการประเมิน MHCI ชุมชนที่มีการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยง ข้อมูล ณ 2 กันยายน 2567

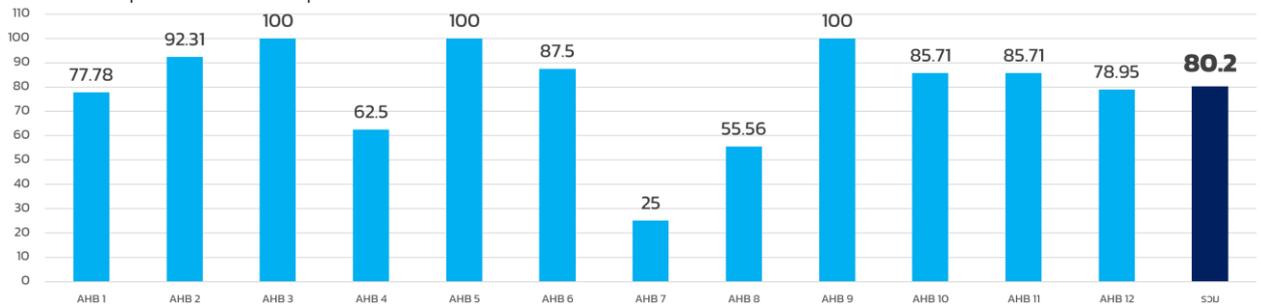




มีการดำเนินงานด้านสติปัญญาตังนี้ (1) ตัวชี้วัดเด็กในชุมชนได้รับการประเมินระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) และได้รับการแก้ไขในกลุ่มที่มีความผิดปกติ จำนวนชุมชนในเขตสุขภาพที่มีการประเมินดูแล ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า (ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567) จำนวน 81 ชุมชนจาก 101 ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 80.2

(2) ตัวชี้วัดเด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 โดยมีตัวชี้วัดย่อย : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (ค่านวนใหม่โดยปรับฐานความชุกเป็นร้อยละ 20) จำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐานในเขตสุขภาพ 108,155 คนจาก 447,825 คน คิดเป็นร้อยละ 24.15 ดังภาพที่ 14

ภาพที่ 14 จำนวนชุมชนในเขตสุขภาพที่มีการประเมินดูแล ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า (ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567)



แหล่งที่มาของข้อมูล <http://hdcservice.moph.go.th> (HDC กระทรวงสาธารณสุข) ณ วันที่ 11 กันยายน 2567

ปี 2567 (ต.ค. 66 – มิ.ย 67)	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	7	12	5	5	8	7	1	5	4	6	6	15	81
B	9	13	5	8	8	8	4	9	4	7	7	19	101
ร้อยละ	77.78	92.31	100	62.5	100	87.5	25	55.56	100	85.71	85.71	78.95	80.2

โดยที่ A: จำนวนชุมชนในเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน
B: จำนวนชุมชนในเขตสุขภาพที่เข้าร่วมดำเนินงาน

ภาพที่ 15 ตัวชี้วัด เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103

ตัวชี้วัดย่อย : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

(ค่านวนใหม่โดยปรับฐานความชุกเป็นร้อยละ 20)



แหล่งที่มาของข้อมูล ผลการดำเนินงานจาก HDC ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2567

ปี 2567 (ต.ค. 66 – ก.ค. 67)	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
A	17,833	8,748	3,361	6,662	8,033	8,754	7,706	8,119	8,824	7,223	7,621	13,202	2,069	108,155
B	38,446	25,022	17,736	29,117	33,241	37,810	35,964	45,376	50,246	39,391	36,487	51,426	7,563	447,825
ร้อยละ	46.38	34.96	18.95	22.88	24.17	23.15	21.43	17.89	17.56	18.34	20.89	25.67	27.36	24.15

โดยที่ A: จำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐานในเขตสุขภาพ
B: จำนวนประชากรเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพ x ความชุก (ร้อยละ 20)



2. แนวทางการดำเนินงานในพื้นที่

- 1) ผลักดันการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับประเด็นตรวจราชการปฐมภูมิและ Healthy City MODELS อย่างต่อเนื่อง
- 2) ร่วมวางแผนและกำหนดแนวทางการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง
- 3) จัดทำแนวทาง ตัวชี้วัด พร้อมทั้งสื่อสารที่ชัดเจนไปยังศูนย์สุขภาพจิตและเครือข่ายในพื้นที่
- 4) พัฒนา/ฟื้นฟูศักยภาพผู้รับผิดชอบงานในการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและการบันทึกข้อมูลในระบบ 43 แห่ง

3. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) การบูรณาการร่วมกันของกรมที่ร่วมรับผิดชอบตัวชี้วัดขาดการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้กับเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่ ที่ไม่เพียงพอ ทำให้ขาดความชัดเจนเกิดความยุ่งยากในการดำเนินงาน
- 2) ผู้ปฏิบัติไม่ศึกษารายละเอียดของตัวชี้วัด Healthy City MODELS ทำให้ขาดความเข้าใจ
- 3) ข้อมูลที่ได้จากพื้นที่ไม่สามารถเก็บค่าเป้าหมายได้ในระดับชุมชน ทำให้ไม่สามารถนำข้อเสนอมาวิเคราะห์ สะท้อนถึงปัญหาและพัฒนาชุมชนได้อย่างแท้จริง

4. ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) จังหวัดหรือพื้นที่ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างดี ทั้งในส่วนของภาคประชาชน ศาสนสถาน ราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน และสถานประกอบการในพื้นที่
- 2) มีการวางแผนและบูรณาการร่วมกันทั้งในระดับจังหวัดคือกลุ่มงาน/ฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและระดับอำเภอทั้งในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนชุมชนต้นแบบ ด้านสุขภาพ Healthy City MODELS

**ข้อเสนอเชิงนโยบายงานสุขภาพจิต
จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2567**





**ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2567
ประเด็นที่ 2 สุขภาพจิตและยาเสพติด**

ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข

- 1) ยกกระดับมาตรการการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และมาตรการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายภายใต้แผนปฏิบัติการระดับชาติ ให้เป็นนโยบายระดับกระทรวง
- 2) พัฒนาความร่วมมือและบูรณาการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติดอย่างครอบคลุม กับภาคีเครือข่ายนอกกระทรวง หน่วยงานในท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชน
- 3) เพิ่มอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และเพิ่มค่าตอบแทนงานในการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยง สำหรับบุคลากร/พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด

ข้อเสนอต่อหน่วยงานในพื้นที่

- 1) สื่อสารและสร้างความรอบรู้ในเรื่องสัญญาณความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงให้แก่ประชาชนในพื้นที่/ ในชุมชน
- 2) นำเครื่องมือวัดคลื่นใจในชุมชน (4 สร้าง 2 ใช้) และวัดคลื่นใจในครอบครัว ไปใช้ในการส่งเสริม/ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดในระดับชุมชนและระดับครอบครัว
- 3) พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดให้สามารถใช้อัฒนร่วมกันได้ในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ
- 4) จัดให้มีระบบการเฝ้าระวังดูแลและเครื่องมือในการคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในระดับชุมชน เพื่อให้มีการนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบรักษาได้อย่างรวดเร็ว
- 5) พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดผ่านระบบ Digital Health และระบบการดูแลต่อเนื่อง ผ่าน Telemedicine
- 6) เพิ่มระบบบริการ Psychiatric Home Ward สำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน/ชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง

แนวทางของกรมสุขภาพจิตในการขับเคลื่อนและสนับสนุนงาน

- 1) ขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับชาติ และแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ผ่านกลไกคณะกรรมการระดับชาติ ภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต
- 2) ยกกระดับการคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผ่านระบบ Mental Health Check In
- 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะในการช่วยเหลือและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย
- 4) สร้างความรอบรู้และการรับรู้สัญญาณเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ผ่านช่องทางต่างๆ
- 5) เพิ่มสิทธิประโยชน์เรื่องยาจิตเวช เพื่อการรักษาแบบ Long Term Care



ข้อเสนอเชิงนโยบาย

การพัฒนางานสุขภาพจิตและยาเสพติด ในปีงบประมาณ 2568

ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข



- ยกระดับมาตรการการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และมาตรการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายภายใต้แผนปฏิบัติการระดับชาติ ให้เป็นนโยบายระดับกระทรวง
- พัฒนาความร่วมมือและบูรณาการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติดอย่างครอบคลุมกับภาคีเครือข่ายนอกกระทรวง หน่วยงานในท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชน
- เพิ่มอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และเพิ่มค่าตอบแทนงานในการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยง สำหรับบุคลากร/พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด

ข้อเสนอต่อหน่วยงานในพื้นที่



- สื่อสารและสร้างความรอบรู้ในเรื่องสัญญาณความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงให้แก่ประชาชนในพื้นที่/ ในชุมชน
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ให้สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้ในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ
- นำเครื่องมือวัคซีนใจในชุมชน (4 สร้าง 2 ใช้) และวัคซีนใจในครอบครัว ไปใช้ในการส่งเสริม/ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดในระดับชุมชนและระดับครอบครัว
- จัดให้มีระบบการเฝ้าระวังดูแลและเครื่องมือในการคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในระดับชุมชน เพื่อให้มีการนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบรักษาได้อย่างรวดเร็ว
- พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ผ่านระบบ Digital Health และระบบการดูแลต่อเนื่อง ผ่าน Telemedicine
- เพิ่มระบบบริการ Psychiatric Home Ward สำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน/ชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง

แนวทางของกรมสุขภาพจิตในการขับเคลื่อนและสนับสนุนงาน



- ขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับชาติ และแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ผ่านกลไก กกก.ระดับชาติ ภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต
- ยกระดับการคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผ่านระบบ Mental Health Check In
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะในการช่วยเหลือและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย
- สร้างความรอบรู้และการรับรู้สัญญาณเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ผ่านช่องทางต่างๆ
- เพิ่มสิทธิประโยชน์เรื่องยาจิตเวช เพื่อการรักษาแบบ Long Term Care



