



แนวทางการ ดำเนินการสุขภาพจิต ในระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 7

โดย ดร.ลักขณา สกุลทอง รองผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 7

Smart Kids

- เสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูลูกคุณภาพ
- เสริมสร้าง IQ, EQ, EF, ทักษะชีวิตและดูแลช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น

"พลังผู้สูงอายุ
สู่พลังสังคม"

เด็กปฐมวัย

- SA Model
- DSPM
- TEDA4I

มารดาตั้งครรภ์

- ANC
- เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์



วัยรุ่นเรียน/วัยรุ่น/เยาวชน

- School health hero
- CPIS
- ระบบดูแลสุขภาพจิตในสถาบันอุดมศึกษา
- EQ, RQ, ทักษะชีวิต เด็กและเยาวชน
- MHL ครู/นักเรียน/นักศึกษา



ก้าวสู่วัยทำงาน

อย่างมีคุณภาพ

Smart citizen



สูงวัยอย่างมีคุณค่า

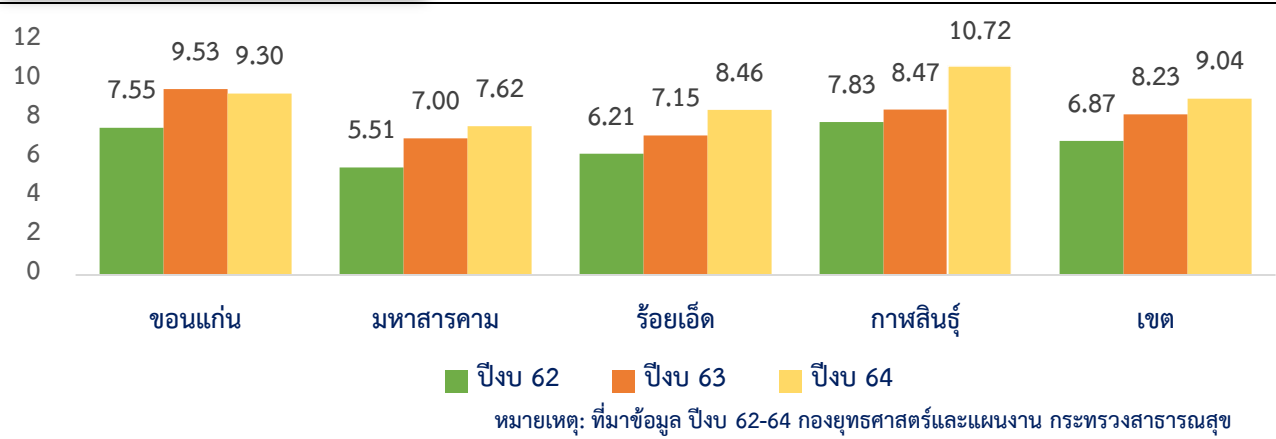
Goal : ลดปัจจัยและผลกระทบที่จะก่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มี RQ เพิ่มขึ้น ด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล เกิดเครือข่ายประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างสังคมสุขภาพจิตดี



สถานการณ์สุขภาพวัยทำงาน (อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร)

Time

อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร 3 ปี ย้อนหลัง (ปี 2562-2564)



อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเขตสุขภาพที่ 7

ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 336 ราย อัตรา 6.69 ต่อแสนประชากร

Place

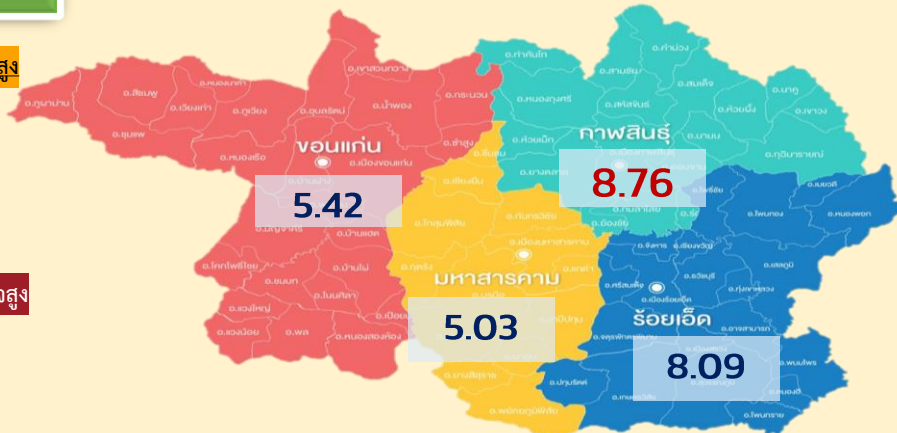
อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร ปีงบประมาณ 2565

จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง

- 1.กาฬสินธุ์ 8.76
- 2.ร้อยเอ็ด 8.09
- 3.มหาสารคาม 5.03
- 4.ขอนแก่น 5.42

จังหวัดที่มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูง

- 1.ร้อยเอ็ด 105 คน
- 2.ขอนแก่น 97 คน
- 3.กาฬสินธุ์ 86 คน
- 4.มหาสารคาม 48 คน



หมายเหตุ: ข้อมูลจากระบบข้อมูลตัวชี้วัดสำหรับตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 7 (CockpitR7)
ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

Person

Completed Suicide

ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ผู้ฆ่าตัวตายจำนวน 336 ราย
(เป้าหมายไม่เกิน 401 ราย)



เพศชาย (85.53 %)

วัยทำงาน อายุ 25-59 ปี 79.30%



วิธีการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด
การผูกคอต (90.52 %)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเขตสุขภาพที่ 7

ปัจจัยเสี่ยง

- 1.ป่วยโรคจิตเวช 28.93
- 2.ติดสุรา 27.43
- 3.ติดสารเสพติด 20.45
- 4.ป่วยทางกาย 19.45

สัญญาณเตือน



มี 25.93 %



ไม่มี 74.07 %

Attempt Suicide

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย
จำนวน 1,453 คน



ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ 95.66 %

เพศหญิง 71.95 %

อายุ 20-59 ปี 53.62%



วิธีการกินยาเกินขนาด
58.02 %

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเขตสุขภาพที่ 7

ปัจจัยเสี่ยง

- 1.โรคทางกาย 39.41%
- 2.โรคทางจิต 33.36%
- 3.โรคซึมเศร้า 25.20%
- 4.ใช้แอลกอฮอล์ 3.5%
- 5.ติดสารเสพติด 1.92%

ปัจจัยกระตุ้น

- 1.ด้านความสัมพันธ์
57.19 %
- 2.ด้านเศรษฐกิจ
20.80%
- 3.ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย
8.98 %

หมายเหตุ: ข้อมูลจาก รง506S ณ วันที่ 11 พ.ย 2565

เสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกัน
การฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมในชุมชน

การดำเนินงานที่ผ่านมา 2565

321 คน
จำนวนทีมนำวัคซีนใจในชุมชน

จำนวนแกนนำที่ได้รับการพัฒนา
ศักยภาพวัคซีนใจในชุมชน

2,017 คน

อสม. 1,314 คน

แกนนำชุมชน/อปท. 286 คน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 327 คน

ประชาชนทั่วไป 90 คน รวม 2,017 คน

69 อำเภอ 387 ตำบล



Intervention

- เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
- สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ในญาติ
- Mental Health check in
- เสริมสร้างความเข้มแข็งใจ RQ
- การจัดการความเครียด



ดูแลสุขภาพใจ เพื่อเฝ้าระวังป้องกัน
การฆ่าตัวตาย ด้วยระบบปฐมภูมิ 3 หมอ

การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ระบบเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ในพื้นที่ต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2565

การดำเนินงานที่ผ่านมา 2565

สนับสนุน บริการวิชาการ องค์ความรู้ ถ่ายทอด รวมไปถึง
coaching การดำเนินงานในพื้นที่ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด ในพื้นที่ต้นแบบ ได้แก่

- พื้นที่อำเภอห้วยเม็ก ตำบลกุดโดน จังหวัดกาฬสินธุ์
- พื้นที่อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์
- พื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์
- พื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
- พื้นที่อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

Best practice อำเภอห้วยเม็ก



อำเภอห้วยเม็ก

- มีการบูรณาการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในระดับอำเภอ
- ผ่านคณะกรรมการเสริมสร้างวัคซีนใจระดับอำเภอ มีหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สาธารณสุข ท้องถิ่น ตำรวจ ทหาร ตำรวจ
- ดำเนินการดูแลสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย
- มีการมอบสนับสนุนจากกองทุนในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน
- มี key man คนสำคัญคือ นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยเม็ก นายอานันท์ กุดโดน อำเภอห้วยเม็ก
- ตำรวจ ทหาร ตำรวจที่มีความเข้มแข็ง
- มีการสนับสนุนทรัพยากรจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



“ชุมชนเข้มแข็งเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ สร้างวัคซีนใจป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน”

สรุปประเด็นเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
ระบบเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย
“หยุดการฆ่าตัวตายในชุมชน เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์”
COMMUNITY SET ZERO



2565 กับสุขภาพจิตเขต 7 ร่วมกับ เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
กาฬสินธุ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ร่วมกันจัดกิจกรรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน หยุดการ
ฆ่าตัวตาย บุกเพิ่ม นายกเทศมนตรีเมืองกาฬสินธุ์ เข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ตำรวจ ทหาร ตำรวจ อสม.
โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพื้นที่ต้นแบบในการเสริมสร้างวัคซีนใจในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน
ยสำเร็จในชุมชน โดยการพัฒนากิจกรรมองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรและเครือข่ายชุมชน ตลอดจนสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบและ
การบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการพัฒนากฎหมายชีวิตในระดับอำเภอ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 150 คน

ตำบลนาหว้า อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น

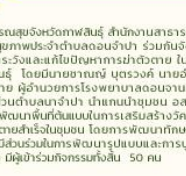
“ชุมชนเข้มแข็งตำบลนาหว้า สร้างวัคซีนใจป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน”



กับสุขภาพจิตเขต 7 ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลนาหว้า ร่วมกันจัด
ประชุมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ระบบเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย
ในพื้นที่ต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2565 จังหวัดขอนแก่น โดยมีนายพร
ฤทธิ์ นันทกร สาธารณสุขอำเภอกุเวียง เป็นประธานในพิธี และมีนายสมพงษ์ อุ่นพันธ์ นาย
องค์การบริหารส่วนตำบลนาหว้า นายสมชาย อสม.ทุกหมู่บ้านตำบลนาหว้า เข้าร่วม
กิจกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพื้นที่ต้นแบบในการเสริมสร้างวัคซีนใจในระดับบุคคล
ครอบครัว ชุมชน เพื่อระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยการพัฒนากิจกรรมองค์
ความรู้ให้แก่บุคลากรและเครือข่ายชุมชน ตลอดจนสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบและ
การบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการพัฒนากฎหมายชีวิตในระดับอำเภอ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม
ทั้งสิ้น 50 คน

ตำบลนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

“ชุมชนเข้มแข็งตำบลนาจำปา สร้างวัคซีนใจป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน”



แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิต ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2566

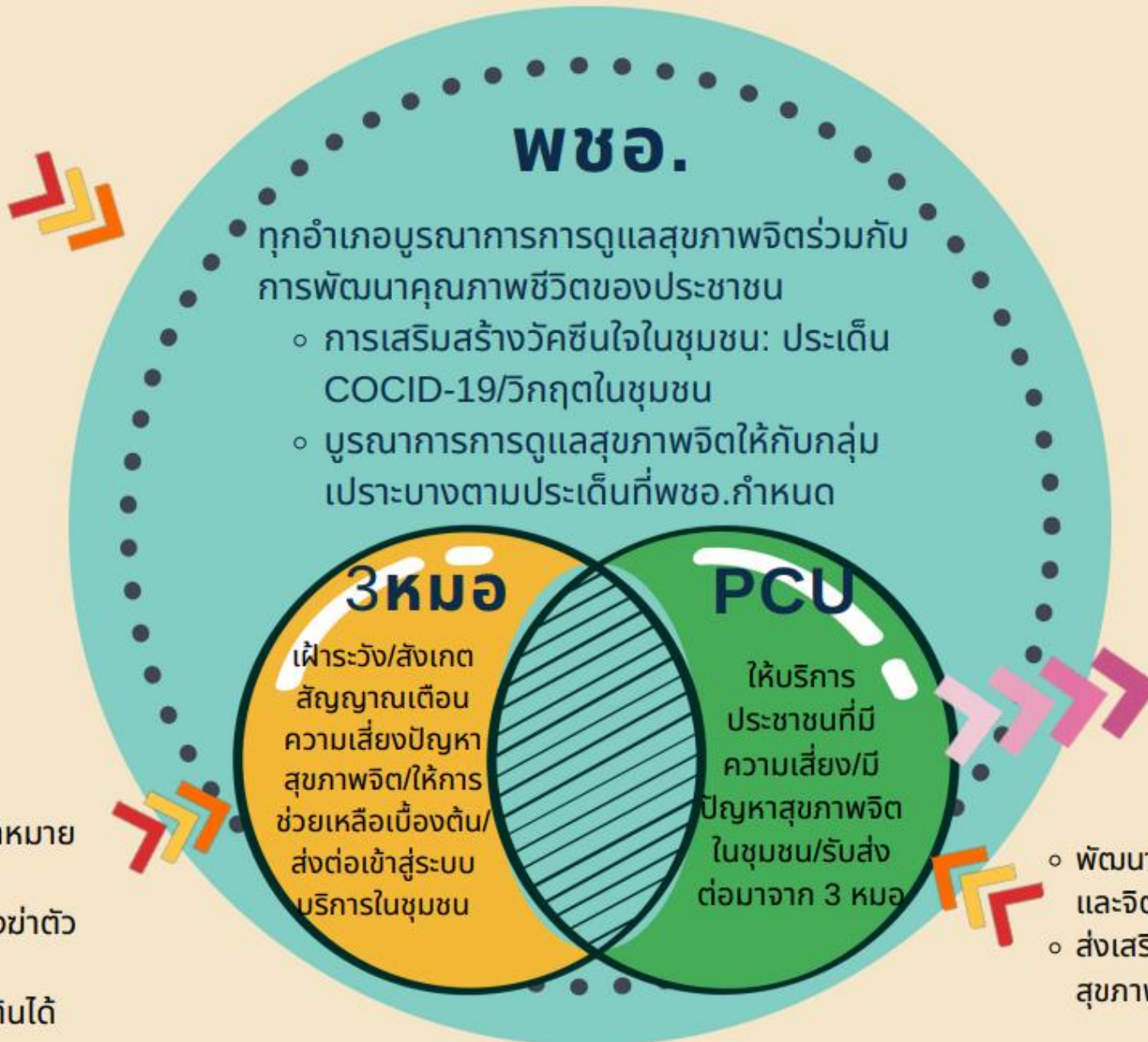
ภายใต้กลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญและมุ่งขับเคลื่อนกลไกภายในที่สำคัญ 3 ส่วนได้แก่

- 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- 2) ทีม 3 หมอ
- 3) หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit: PCU)



กรอบแนวคิดการดำเนินงาน

สนับสนุน/ติดตามการดำเนินงานสุขภาพจิตผ่านพชอ.



ส่งต่อระบบบริการ
ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ เมื่อพบผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน

พัฒนาศักยภาพทีม 3 หมอ (เป้าหมายครอบคลุมทุกจังหวัด)

- สังเกตสัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย
- ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้

- พัฒนาร่างมาตรฐานฯ การให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชใน PCU
- ส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนได้รับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมกับบริการทางกาย

พชอ.



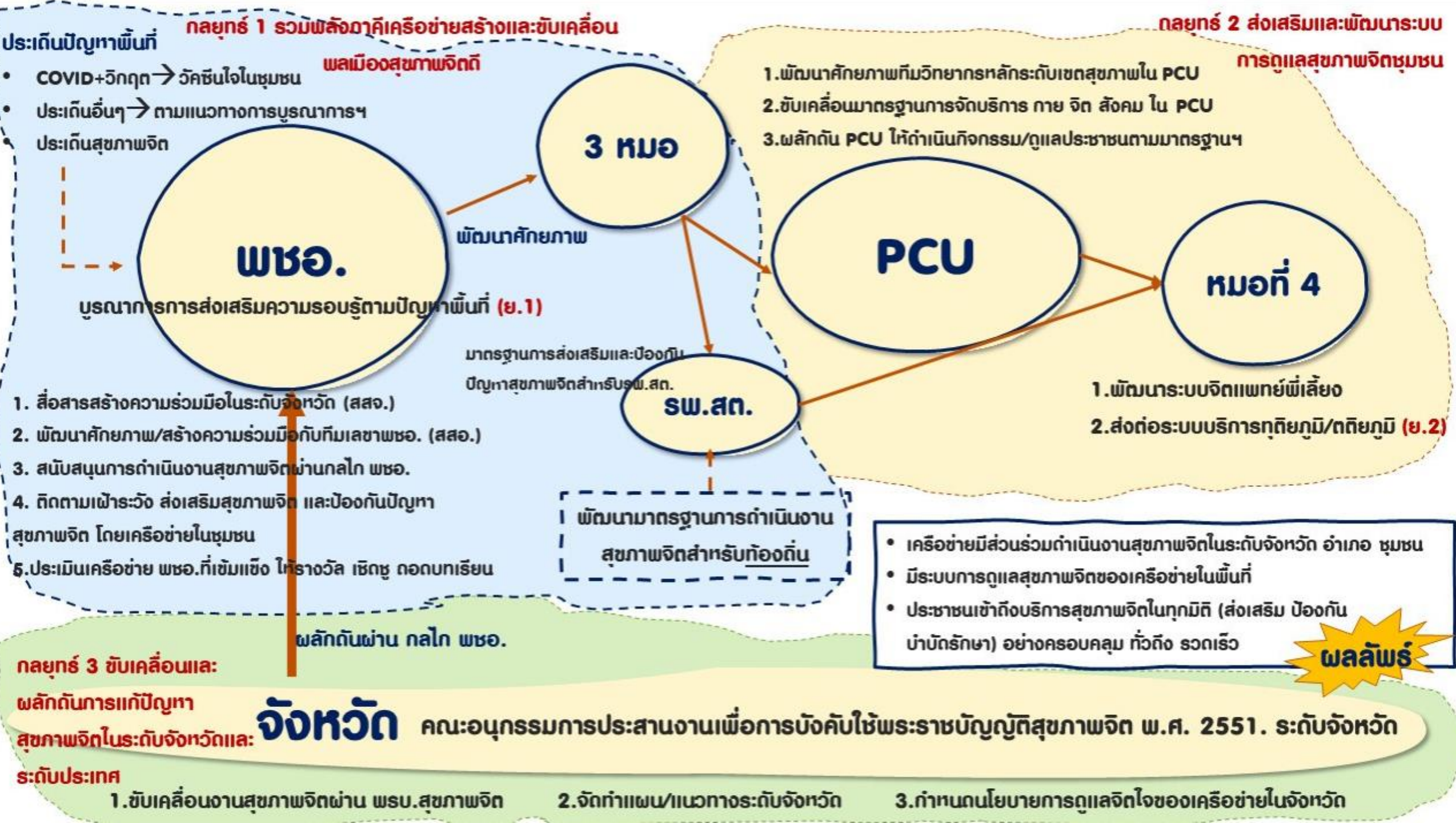
3 หมอ



PCU/NPCU/
sw.สต.



เป้าหมาย กระทรวง	ร้อยละ 85 มีคุณภาพ	ครอบคลุม 35 ล้านคน	3,500 แห่ง
เป้าหมาย กรมจิต	<ul style="list-style-type: none">ประชาชนในชุมชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามบริบทของชุมชนกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเปราะบางได้รับการคัดกรองและดูแลสุขภาพจิตโดยเครือข่ายในชุมชนชุมชนมีแผนรับมือเหตุวิกฤตฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none">ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกในชุมชนกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเปราะบางได้รับการเฝ้าระวัง คัดกรองช่วยเหลือป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนลดปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน	<ul style="list-style-type: none">ประชาชนได้รับบริการสุขภาพจิตที่มีมาตรฐานจากหน่วยบริการปฐมภูมิประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชมากขึ้นลดปัญหาความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน
แนวทาง การ ดำเนิน งาน สำคัญ	<ol style="list-style-type: none">พชอ.กำหนดประเด็นปัญหาสำคัญของอำเภอพชอ.กำหนดการดูแลสุขภาพจิตบูรณาการเข้ากับแผนพชอ.ตามประเด็นปัญหาสำคัญพชอ.ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนฯ โดยประยุกต์แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตที่กำหนดศูนย์สุขภาพจิตสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของพชอ.ในระดับตำบลผ่าน พชต. เช่น สนับสนุนวิทยากร/สื่อองค์ความรู้/เป็นพี่เลี้ยงในพื้นที่ ฯลฯ	<ol style="list-style-type: none">สสจ./สสอ. สนับสนุนให้ทีม 3 หมอในพื้นที่เข้ารับการอบรมตามหลักสูตร 3 หมอสำหรับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน ที่จัดโดยศูนย์สุขภาพจิตหรือเข้าเรียนแบบ E-Learningสสจ./สสอ. ผลักดันให้ทีม 3 หมอในพื้นที่ได้ติดตามดูแลกลุ่มเปราะบางทางสังคม/กลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายติดตามจำนวนประชาชนที่ได้รับการดูแลจากทีม 3 หมอในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	<ol style="list-style-type: none">กรมสุขภาพจิตร่วมกับ PCU ใน 4 พื้นที่ Sandbox ร่วมขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชตาม (ร่าง) มาตรฐานฯสนับสนุนให้ PCU/NPCU/sw.สต. ในพื้นที่มีการบูรณาการการจัดบริการแบบบูรณาการ ภาย จิต สังคมในหน่วยบริการปฐมภูมิsw.จิตเวชรับ Consult และ refer ผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงที่มีความรุนแรง/ยุ่งยากซับซ้อน



มีอำเภอที่มีการบูรณางานสุขภาพจิตเข้ากับประเด็น พชอ./พชบ.





การขับเคลื่อนการดำเนินงาน สุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

จุดเน้น: พชอ./พชบ.

1

ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย/สร้างความร่วมมือทีมนำในระดับพื้นที่

ประชุมชี้แจง/สร้างความร่วมมือกับทีมนำในระดับจังหวัด (สสจ.) และระดับอำเภอ (สสอ.)

2

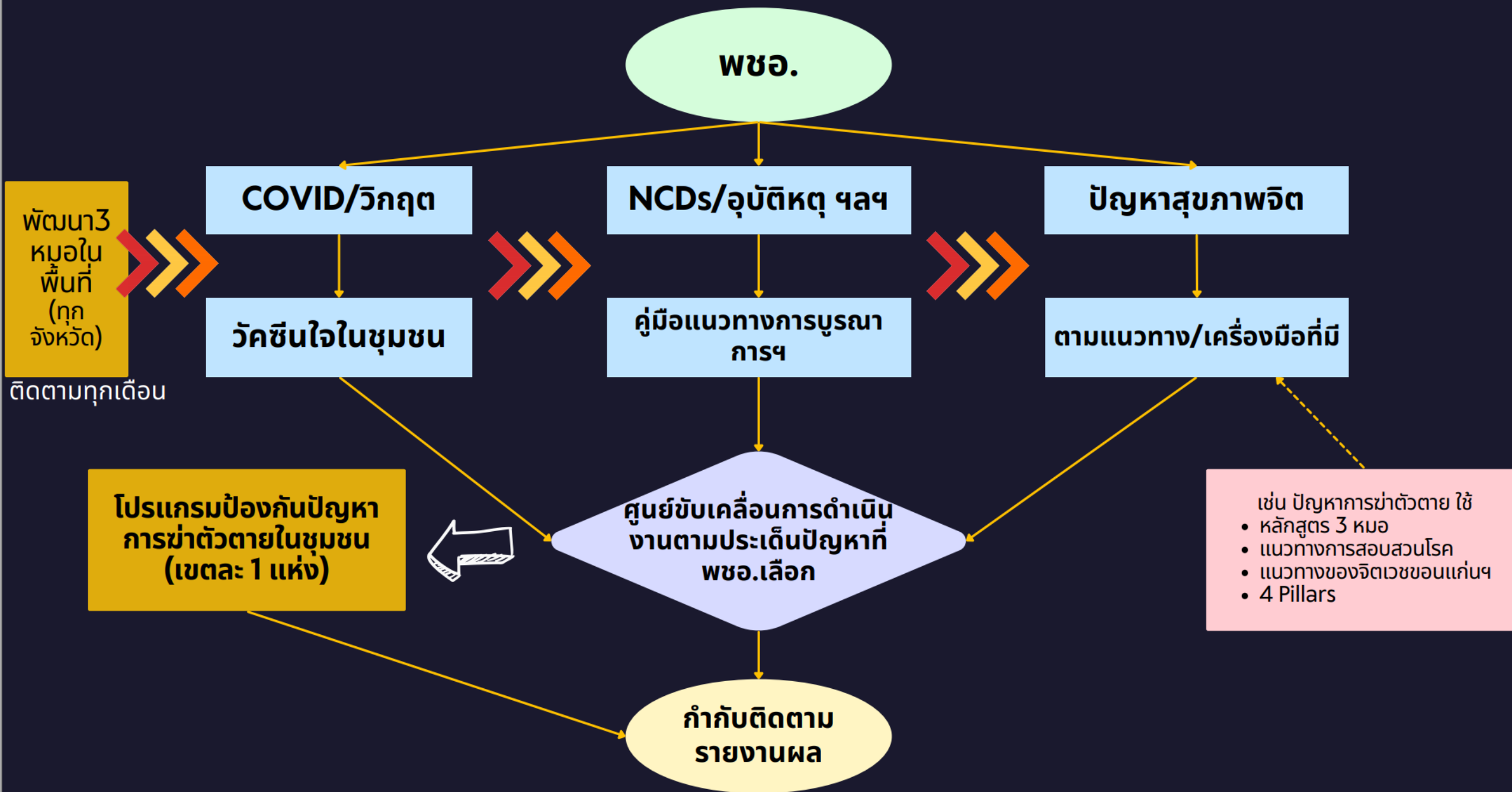
**พัฒนาศักยภาพเครือข่าย/พัฒนา
มาตรฐานการดำเนินงาน**

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรศูนย์สุขภาพจิต/ทีมนำทุกเขตสุขภาพ (Mental Health Leader)/ทีม 3 หมอ (Gate Keeper)
- พัฒนามาตรฐานการดำเนินงานในท้องถิ่น

3

**บูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับ
กลไก พชอ.**

สนับสนุน พชอ.และเครือข่ายในชุมชนบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตร่วมกับการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนตามสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน



เครื่องมือที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในระดับอำเภอ

ปัญหาการฆ่าตัวตาย

- โปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน
- หลักสูตร 3 หมอ สำหรับป้องกันการฆ่าตัวตาย
- แนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจ
- แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย 5 มาตรการ TK model ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

แหล่งข้อมูล สื่อสนับสนุน

QR CODE เอกสารที่เกี่ยวข้อง



เล่มแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิต ปี 66

		แนวทางการเสริมสร้าง วัคซีนใจ ในชุมชน ปี 66		แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ
		หลักสูตร 3 หมอ สำหรับป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน		โปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน
		คู่มือเข้าใช้ E-LEARNING 3 หมอ		แบบติดตามการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน (3 หมอ)
		MENTAL HEALTH CHECK-IN ตรวจสุขภาพใจออนไลน์		สรุปข้อมูลผลการรายงานการติดตามดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน
		พรบ.สุขภาพจิต 1.เล่มสาระสำคัญกรมสุขภาพจิต 2.รวมกฎหมายอนุบัญญัติ		(ร่าง) มาตรฐาน PCU

แนวทางการป้องกัน การฆ่าตัวตาย 5 มาตรการ TK model โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์

1.มาตรการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายระดับจังหวัด

เป้าประสงค์	KPI	ค่าเป้าหมาย	กลวิธี
จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังป้องกันฆ่าตัวตายที่เข้มแข็งมีประสิทธิผล	1. มีจุดแจ้งเหตุการณ์กระทำรุนแรงต่อตนเอง	มี	1. กำหนดให้เป็นนโยบายหรือKPI ของจังหวัด
	2. มีหน่วยรวบรวมข้อมูลการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายจากการสอบสวนโรคของจังหวัด	มี	2. ทบทวนค้นหา gap ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของจังหวัด และจัดทำแผนหรือ โครงการพัฒนาปรับปรุงระบบ (ใช้ข้อมูล รง506Sและรง.การสอบสวน โรค ใน การวิเคราะห์)
	3. มีฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายของจังหวัดจากการสอบสวนโรค	มี	3. ขอความเห็นชอบแผน/โครงการและแนวทางพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายจากผู้บริหารของจังหวัด
	4. มีการวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตาย	มี	4. ดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายตามแผน โดยเน้น 1) ให้มีจุดแจ้งเหตุ 2) มีหน่วยรวบรวมข้อมูลการสอบสวนโรค 3) สร้างฐานข้อมูล และ4) มีการวิเคราะห์ข้อมูลเผยแพร่สม่ำเสมอ
	5. เผยแพร่สถิติ/สารสนเทศรายเดือนทุกเดือนแก่ผู้รับผิดชอบและประชาชน (เป็นเอกสารหรือผ่านเว็บไซต์)	มี	5. ชี้แจงแนวปฏิบัติเมื่อเกิดการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง ในชุมชน แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกส่วน
		มี	6. ติดตามนิเทศและให้การสนับสนุนการดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายของจังหวัด

4

2.มาตรการติดตามเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย

เป้าประสงค์	KPI	ค่าเป้าหมาย	กลวิธี
กลุ่มเสี่ยงและผู้พยายามฆ่าตัวตายของจังหวัดได้รับการเฝ้าระวังตามแนวทางที่กำหนด	1. ร้อยละของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในจังหวัดได้รับการติดตามเฝ้าระวังตามแนวทาง	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	1. ทีมรพจ.และศูนย์สุขภาพจิตประชุมร่วมกับทีมสุขภาพจิตของจังหวัดวิเคราะห์ข้อมูลจากการ506sและการสอบสวนโรคปีที่ผ่านมา เพื่อกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง
	2. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการเฝ้าระวังไม่เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	ไม่เกินร้อยละ...	2. กำหนดนโยบายเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่กำหนดไว้ จากกิจกรรมในข้อ1
	3. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ	ไม่เกินร้อยละ...	3. ชี้แจงหรือฝึกอบรมแนวปฏิบัติติดตามเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มเสี่ยงแก่ผู้ปฏิบัติ
			4. จัดอบรมการใช้8Q และการจัดการตามความรุนแรงสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมิน suicidality และให้การช่วยเหลือ ในกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามเฝ้าระวัง ใน โรงพยาบาลหรือติดตามในชุมชน(ควรติดตามประเมินทุกเดือน)
			5. อบรมให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงให้สามารถจับสัญญาณเตือน จากอาการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น
			6. จัดเตรียมช่องทางติดต่อสื่อสารที่สะดวกระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบป้องกันการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ

9

3.มาตรการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย(CLOSE IMPACT)

เป้าประสงค์	KPI	ค่าเป้าหมาย	กลวิธี
ผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือด้านการแพทย์และแก้ไขกฎหมาย อาชีพ ฯลฯ	1. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ได้รับผลกระทบได้รับการช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวัง	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	1. กำหนดนโยบายระดับจังหวัด ให้การช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตายในจังหวัดทุกราย
			2. ทบทวนแนวทางปฏิบัติช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตายของจังหวัด
			3. ชี้แจงหรือฝึกอบรมแนวทางปฏิบัติช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตายแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง
			4. ผลักดันให้เกิดคณะกรรมการหลากหลายวิชาชีพระดับจังหวัดเพื่อช่วยเหลือปัญหาวิกฤติของผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย
			5. ทีมสุขภาพจิตของจังหวัดนำเสนอรายงานการสอบสวนการพยายามฆ่าตัวตายของรายที่มีวิกฤติชีวิตด้านอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย อาชีพ เข้าหาหรือเพื่อช่วยเหลือ ในที่ประชุมกรรมการหลากหลายวิชาชีพของจังหวัด(อาจเป็นคณะกรรมการตาม พรบ.สุขภาพจิตของจังหวัด)
			6. จัดประชุม case conference เพื่อช่วยเหลือรายที่ยังยากซับซ้อนอย่างน้อยเดือนละ1ครั้ง

12

4.มาตรการสนับสนุนการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายในจังหวัด

เป้าประสงค์	KPI	ค่าเป้าหมาย	กลวิธี
สอบสวน โรครณีกระทำรุนแรงต่อตนเองครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย* ในจังหวัด	ร้อยละของอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดได้รับการสอบสวนโรค	อย่างน้อยร้อยละ80	1. อบรมการสอบสวนกรณีกระทำรุนแรงต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย และสร้างทีมสอบสวนในจังหวัดหรือระดับอำเภอ (มีผู้ผ่านการอบรมอย่างน้อย3คน/อำเภอ)
			2. กำหนดเป็นนโยบายจังหวัดให้สอบสวนโรคฯ เมื่อมีการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในพื้นที่ทุกราย
			3. จังหวัดจัดงบประมาณสนับสนุนการลงพื้นที่สอบสวนกรณีกระทำรุนแรงต่อตนเองและการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในจังหวัด
			4. ทีมรพจ.และศูนย์สุขภาพจิตประชุมร่วมกับทีมสุขภาพจิตของจังหวัดจัดประชุม conference สำหรับแก้ไขปัญหากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อย่างน้อยไตรมาสละ1 ครั้ง
			5. รพจ. และศูนย์สุขภาพจิตนิเทศติดตามการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย

* กลุ่มเป้าหมาย ของการสอบสวน โรคมี2กลุ่มคือ 1).กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายและ 2).กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

18

5.มาตรการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องและด้านกั้นในจังหวัด

เป้าประสงค์	KPI	ค่าเป้าหมาย	กลวิธี
1. วัสดุอุปกรณ์และสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตายบ่อได้รับการควบคุมป้องกันการครอบครอง 2. ปัจจัยปกป้องระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้รับการเสริมสร้าง	1. มีการควบคุมป้องกันการเข้าถึงวัสดุ อุปกรณ์และสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายในจังหวัด	มี	1. ทีมรพจ.และศูนย์ฯร่วมกับผู้รับผิดชอบของจังหวัดวิเคราะห์ข้อมูลจาก รง506s และรายงานสอบสวนโรคถึงปัจจัยปกป้องและวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายของจังหวัด พร้อมเสนอแผนควบคุมป้องกันวัสดุอุปกรณ์สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายที่พบบ่อย และ แผนเสริมสร้างปัจจัยปกป้องของจังหวัด
	2. มีการเสริมสร้างปัจจัยปกป้องที่สำคัญในจังหวัด	มี	2. ประชุมหารือหรือเสนอรายงานผลการวิเคราะห์กับผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ในจังหวัด และขอความเห็นชอบ ในแผนดังกล่าว
			3. จังหวัดดำเนินการตามแผนที่ได้รับความเห็นชอบแล้ว โดย รพจ.และศูนย์ฯ สนับสนุนด้านวิชาการ
			4. นิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินการ

21

เป้าหมายและความคาดหวังต่อการดำเนินงาน งานสุขภาพจิต ในระดับจังหวัด/อำเภอ



1. สสจ. /สสอ.หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีนโยบายในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน

- จังหวัดสนับสนุนให้เกิดระบบการดำเนินงานสุขภาพจิต และสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่
- อำเภอที่เข้าร่วมดำเนินงานมีการบูรณาการประเด็นสุขภาพจิตเข้ากับประเด็นสำคัญของ พชอ.
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเป็นภาคีเครือข่ายสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตประชาชนในพื้นที่
- มีพื้นที่ที่ดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (2,000 แห่ง/ตำบล)

2. พัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพในพื้นที่ให้มีทักษะและองค์ความรู้ในการช่วยเหลือ ดูแล ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตของประชาชน

- ทุกจังหวัดมีทีม 3 หมอที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการป้องกัน ปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยสามารถสังเกตสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตาย การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น รวมไปถึงการประสานส่งต่อไปยังระบบบริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

3. ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม

- กลุ่มเปราะบางทางสังคมได้รับการช่วยเหลือดูแล ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
- ประชาชนมีความรู้ในการจัดการสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชน
- ประชาชนรู้ช่องทางการเข้าถึง/ขอรับบริการด้านสุขภาพจิต

4. สสจ./สสอ.มีการกำกับติดตาม/ประเมินผลการดำเนินงานในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ รวมไปถึงสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในพื้นที่ร่วมกับ พชอ.



เป้าหมายของกรมสุขภาพจิต

อำเภอที่มีการบูรณาการสุขภาพจิตเข้ากับประเด็น พชอ.
(ร้อยละ 80 ของอำเภอ)

บทบาทหน้าที่ สสจ.



1. สสจ. ร่วมสนับสนุนและผลักดันให้เกิดการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับประเด็นสำคัญของ พชอ. ก่อนให้เกิดแผนงานสุขภาพจิตในระดับจังหวัด
2. สนับสนุนการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตให้แก่ภาคีเครือข่ายในชุมชน
3. กำกับติดตามการดำเนินงานรวมถึงพัฒนาระบบสนับสนุนให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดเป็นระบบสนับสนุนในระดับจังหวัด

ทีม 3 หมอได้รับการพัฒนาศักยภาพครอบคลุมทุกจังหวัด

1. วิเคราะห์พื้นที่ที่อยู่ในเกณฑ์การเข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพทีม 3 หมอในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย และร่วมคัดเลือกพื้นที่ร่วมไปกับศูนย์สุขภาพจิต
2. ร่วมผลักดันและสนับสนุนให้ทีม 3 หมอในพื้นที่รับผิดชอบเข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย
3. ช่วยกระตุ้นให้ทีม 3 หมอที่ได้รับการพัฒนา ติดตามดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่
4. กำกับติดตามการดำเนินงาน ผลการดูแลช่วยเหลือประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากทีม 3 หมอ

จัดบริการในรูปแบบบูรณาการกาย จิต สังคม ในหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานของ PCU

1. สนับสนุนให้ PCU/NPCU/รพ.สต. ดำเนินการจัดบริการสุขภาพจิตตาม(ร่าง) มาตรฐานที่กรมสุขภาพจิตร่วมพัฒนา ทั้งนี้อาจช่วยสนับสนุน PCU/NPCU/รพ.สต. ที่ต้องส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่หรือพื้นที่ใกล้เคียง
2. กำกับติดตามการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรครวมไปถึงพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดบริการบูรณาการทั้งกาย ใจ สังคม ให้แก่ชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น



เป้าหมายของกรมสุขภาพจิต

อำเภอที่มีการบูรณาการสุขภาพจิตเข้ากับประเด็น พชอ.
(ร้อยละ 80 ของอำเภอ)

บทบาทหน้าที่ สสอ.



1. สสอ. ร่วมวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตและผลักดันให้เกิดการบูรณาการงานสุขภาพจิตในระดับอำเภอ
2. สนับสนุนให้เครือข่ายในระดับอำเภอ/ตำบล มีการดูแลสุขภาพจิตร่วมไปกับกลไก พชอ./พชข.

ทีม 3 หมอได้รับการพัฒนาศักยภาพครอบคลุมทุกจังหวัด

1. ร่วมคัดเลือกพื้นที่ตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อพัฒนา ศักยภาพทีม 3 หมอในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน
2. ร่วมผลักดันและสนับสนุนให้ทีม 3 หมอในพื้นที่รับผิดชอบ เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย
3. สนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือจากทีม 3 หมอ

จัดบริการในรูปแบบบูรณาการกาย จิต สังคม ในหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานของ PCU

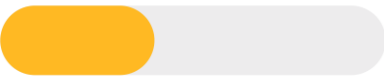
1. ส่งเสริมให้ PCU/NPCU/รพ.สต. ดำเนินการจัดบริการสุขภาพจิตตาม (ร่าง) มาตรฐานที่กรมสุขภาพจิตร่วมพัฒนา ทั้งนี้อาจช่วยสนับสนุน PCU/NPCU/รพ.สต. ที่ต้องส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่หรือพื้นที่ใกล้เคียง
2. กำกับติดตามการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรครวมไปถึงพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดบริการบูรณาการทั้งกาย ใจ สังคม ให้แก่ชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

เป้าหมายที่คาดหวัง การดูแลสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิ



GOAL 1

80% อำเภอเข้าร่วมบูรณา
การทำงานกับพชอ.



GOAL 2

70% PCU คุณภาพมีระบบ
กิจกรรมดูแลสุขภาพจิต



GOAL 3

100% จังหวัดที่มีการขับเคลื่อน
ประเด็นสุขภาพจิตผ่านอนุกรม
การฯ จังหวัด

77

จังหวัดที่ทีม 3 หมอได้รับการ
พัฒนาศักยภาพการป้องกัน
ปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน



กลุ่มเปราะบางในชุมชน

ได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ



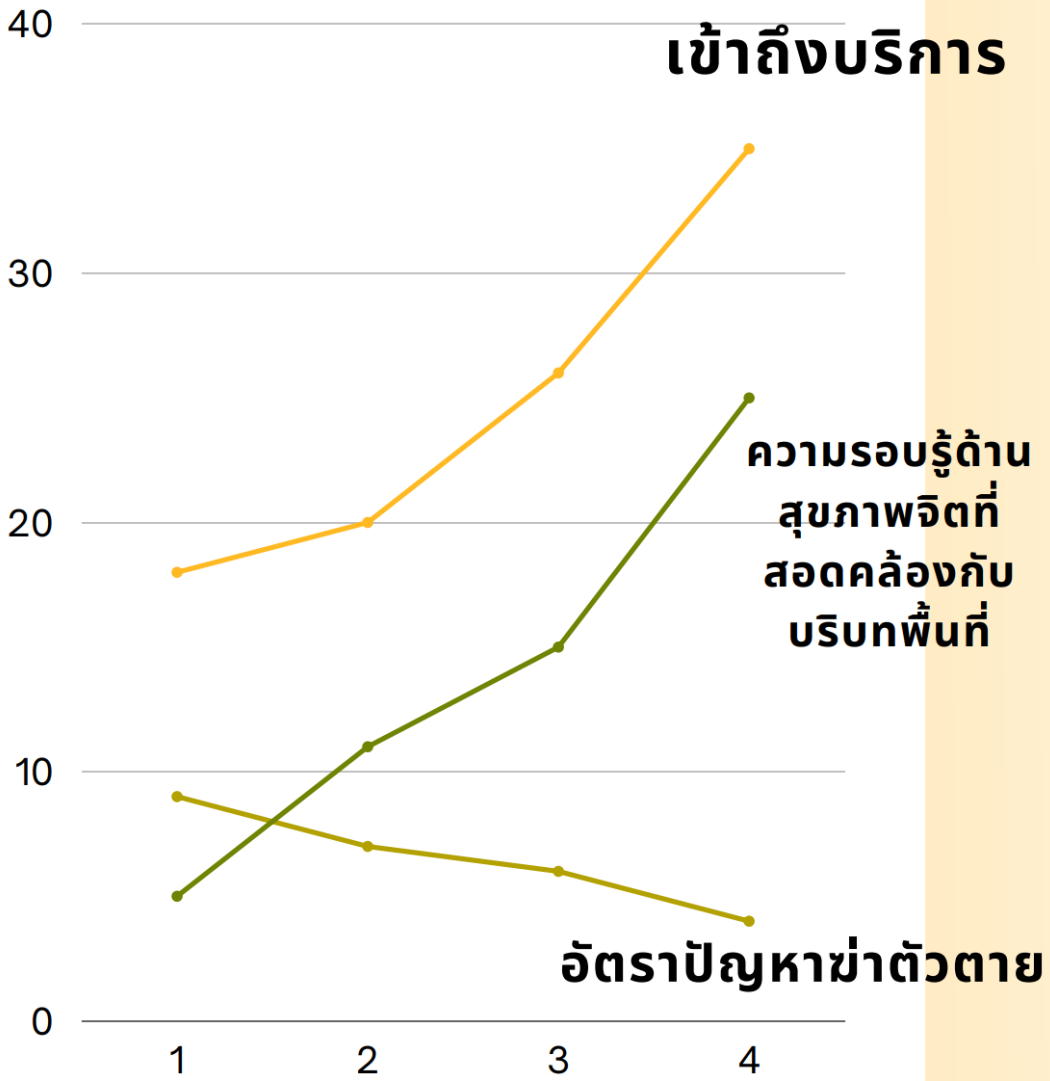
กลุ่มเสี่ยง

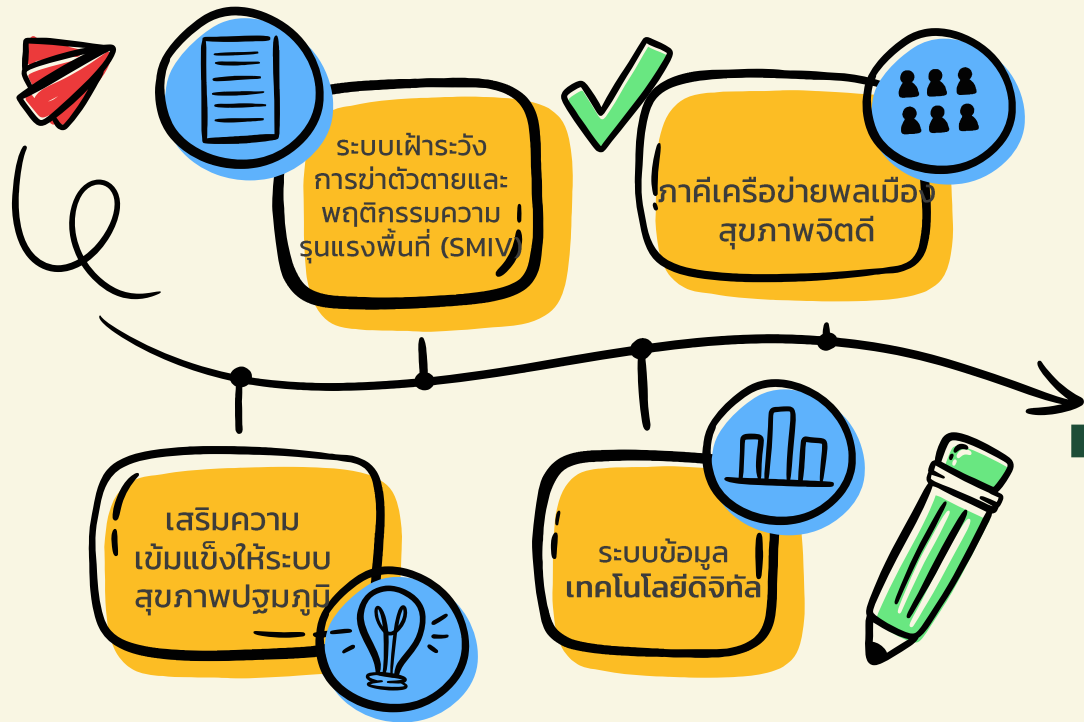
ได้รับการดูแลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ
จิตและปัญหาการฆ่าตัวตาย



ประชาชน

เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน





เขตสุขภาพที่ 7

THANK YOU