สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประเด็นที่ 3

เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด โดย กรมสุขภาพจิต

การประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล
การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วันที่ 13 พฤษภาคม 2568 เวลา 13.30 – 16.30 น.

ประเด็นที่ 3 เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด

สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด รอบที่ 1

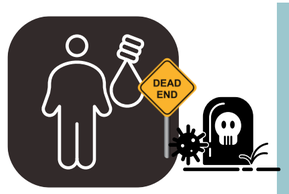
จำนวนตัวชี้วัด 2 ตัวชี้วัด

จำนวนตัวชี้วัด Monitor 1 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์รอบที่ 1 3 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 1	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 1
ตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข			
1	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน 7.8 ต่อแสนประชากร)	ไม่เกิน 5.0 ต่อประชากรแสนคน	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2,380 คน **อัตรา 3.66 ต่อประชากรแสนคน**
2	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 65)	ร้อยละ 35	**ร้อยละ 52.70** จำนวน 7,912 คน จาก 15,012 คน
ตัวชี้วัด Monitor ในพื้นที่			
1	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (ร้อยละ 85)	≥ ร้อยละ 65	**ร้อยละ 96.97** จำนวน 75,037 คน จาก 77,379 คน

ตัวชี้วัดที่ 1.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ



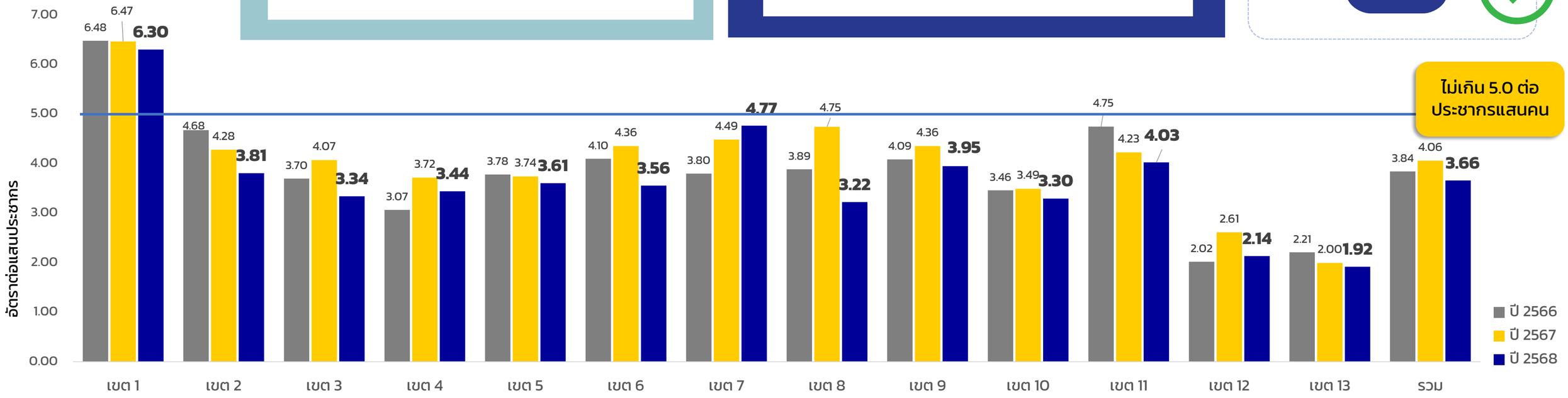
เป้าหมาย รอบที่ 1

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
ไม่เกิน 5.0 ต่อประชากรแสนคน

ผลการดำเนินงานภาพรวม

จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2,380 คน
อัตรา 3.66 ต่อประชากรแสนคน

100%



จำนวนและอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ระหว่างเดือนตุลาคม – มีนาคม (ปีงบประมาณ 2565-2567)

	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	รวม
ปี 2566 ต.ค – มี.ค.	357 (6.48)	158 (4.68)	107 (3.70)	166 (3.07)	195 (3.78)	255 (4.10)	189 (3.80)	213 (3.89)	273 (4.09)	158 (3.46)	211 (4.75)	101 (202)	119 (2.21)	**2502 (3.84)**
ปี 2567 ต.ค – มี.ค.	355 (6.47)	144 (4.28)	117 (3.72)	202 (3.72)	193 (3.74)	273 (4.36)	222 (4.49)	259 (4.75)	290 (4.36)	159 (3.49)	188 (4.23)	131 (2.61)	107 (2.00)	**2640 (4.06)**
ปี 2568 ต.ค – มี.ค.	346 (6.30)	128 (3.81)	96 (3.44)	187 (3.44)	186 (3.61)	223 (3.56)	236 (4.77)	176 (3.22)	263 (3.95)	150 (3.30)	179 (4.03)	107 (2.14)	103 (1.92)	**2380 (3.66)**

แหล่งที่มาของข้อมูล* : ใบมรณบัตร มหาดไทย รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 2 พฤษภาคม 2568

กรมสุขภาพจิต Department of Mental Health

ตัวชี้วัดที่ 1.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 65)

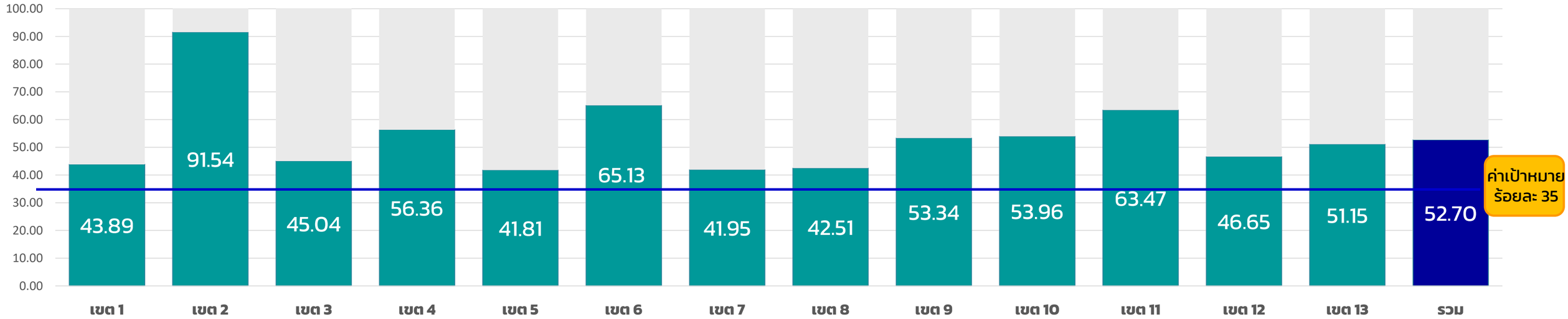
เป้าหมาย รอบที่ 1

ร้อยละ 35 ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 52.70 ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 1 - 2568)



	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	657	563	354	744	638	1199	409	519	814	477	801	626	111	**7,912**
B	1497	615	786	1320	1526	1841	975	1221	1526	884	1262	1342	217	**15,012**

โดยที่ A: จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ
B: จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ในพื้นที่ (ตุลาคม 67-มีนาคม 2568)

แหล่งที่มาของข้อมูล* : 1. รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง.506s Version 11 (ตุลาคม 2567- 30 มีนาคม 2568)
2. ข้อมูลของคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ตุลาคม 2567 - 30 มีนาคม 2568)

ตัวชี้วัด อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่พบรอบ 1

- **ด้านนโยบาย** : กลไกการขับเคลื่อนงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายผ่านคณะอนุกรรมการประสานงานระดับจังหวัด
- **ด้านโครงสร้าง :** ระบบบริการงานจิตเวชและยาเสพติด (Service Plan) ระดับจังหวัด
- **ด้านระบบ :** ระบบ เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย / Dashboard Monitor แบบ Real-Time
- **ด้านบุคลากร :** ทีมคณะกรรมการ SP ระดับจังหวัด มีความเข้มแข็ง /ทีมสอบสวนระดับอำเภอ (1-2 คน)
- **ความร่วมมือกับเครือข่าย :** เครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ให้ความสำคัญ กับการดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

ปัญหา/อุปสรรค

- การสร้างความตระหนักรู้ สัญญาณเตือน-การช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแล ยังไม่ครอบคลุม ทั่วถึง
- การเข้าถึงบริการกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายยังไม่ครอบคลุม *กลุ่มผู้ติดสารเสพติด (การรักษาต่อเนื่อง)
- บางพื้นที่ การบันทึกในระบบรายงาน รง 506 v11 ล่าช้า ไม่ครอบคลุมทุกราย /ระบบ HDC ไม่เสถียร

* แผนการดำเนินงาน ยังไม่สอดคล้องไปกับกลุ่มเสี่ยง ที่ในพื้นที่

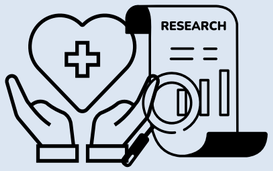
- ขาดอัตรากำลังเฉพาะทางด้านจิตเวชและยาเสพติด / บุคลากรขาดขวัญกำลังใจ

แนวทางการแก้ไข / พัฒนา/ ปรับปรุง

- เพิ่มมาตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงแบบมุ่งเป้า ลดปัจจัยเสี่ยง เสริม ด่านกั้น เพิ่มปัจจัยปกป้อง *ทักษะการแก้ปัญหารายบุคคล
- สร้างความตระหนักรู้ กับญาติ/ผู้ดูแล บุลคลใกล้ชิด ให้มีทักษะ เฝ้าระวังสัญญาณเตือนและทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น
- ทบทวนการลงบันทึกฐานข้อมูลในระบบ HDC พร้อมตรวจสอบการวินิจฉัย X60-X84 ให้เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง ครบถ้วน

ตัวชี้วัด อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



- ทบทวนมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย จากข้อมูลรายงานการสอบสวน ให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มเสี่ยงที่พบในพื้นที่
- การวางแผนมาตรการจำเพาะตามกลุ่มวัย โดยใช้ข้อมูลวิเคราะห์เชิงลึก ส่งเสริมสุขภาพจิตในวัยเรียน/วัยรุ่น เช่น School Health HERO และนวัตกรรม “To be Heal ใจ”
- การสร้างความตระหนักรู้ในชุมชนเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการบูรณาการ Suicide Literacy ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่
- เสนอเพิ่มกรอบอัตรากำลังคนด้านสุขภาพจิต ในพื้นที่เสี่ยงสูง ให้รองรับต่อภาระงาน

การกำกับ /ติดตาม ในรอบที่ 2-2568

- การพัฒนาระบบติดตาม กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ เน้น กลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด โรคซึมเศร้าและผู้มีประวัติทำร้ายตนเอง
- การสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและการบันทึกข้อมูลกำกับการสอบสวนและ Self-Direct Violence (SDV) ทุกรายในระบบ รง.506s V.11 และ การลงรหัสโรค HDC ให้ครอบคลุมและแม่นยำ
- การพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชุมชน เพื่อติดตามการดำเนินงานร่วมกันกับทีม 3 หมอ ในพื้นที่เสี่ยงสูง
- การพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายด้านการวิเคราะห์ข้อมูล การกำหนดมาตรการ และติดตามแผนการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ในช่วง 6 เดือนหลัง

ข้อมูลปรับตามข้อเสนอที่ประชุมฯ เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 ประเด็น ฆ่าตัวตาย

AGE SPECIFIC SUICIDE RATE AND SUICIDAL ATTEMPT RATE ประเทศไทย ปีงบฯ 2568

(ตุลาคม 2567 – เมษายน 2568)

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (crude Suicide rate)ของประเทศ 3.66 ต่อแสนประชากร

อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt rate) ของประเทศ 22.63 ต่อแสนประชากร

กลุ่มอายุ	1 ประชากร (คน)	2 จำนวนฆ่าตัวตาย สำเร็จ(คน)	3 Age specific rate 100000	4 สัดส่วนประชากร มาตรฐานWHO	Standardized (ต่อแสน)	5 จำนวนผู้พยายาม ฆ่าตัวตาย	Age specific rate 100000
กลุ่มเด็กปฐมวัย 0-4ปี	2,603,428	0	0	0.0886	0	298	11.44
กลุ่มวัยเรียน 5-14ปี	7,159,045	11	0.15	0.1729	0.03	1610	22.49
กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา 15-19ปี	3,970,598	57	1.44	0.0847	0.12	2960	74.55
กลุ่มวัยทำงาน 20-59ปี	38,100,523	1683	4.42	0.5346	2.36	8638	22.67
กลุ่มสูงอายุ 60 up	13,173,832	629	4.77	0.1192	0.57	1506	11.43
รวม	65,007,426	2380	3.66	1	3.08	15012	23.09

1. ประชากรกลางปี*2567* กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจากใบมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปีงบ2568 (ตค.67-มีค 68)
5. ข้อมูลรหัส *X60-84* จากคลังข้อมูลสุขภาพ *(HDC)* ก.สาธารณสุข ปีงบ 2568(ตค.67-มีค 68)

กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำแนกตามรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพที่ 1

ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 25.8 %
(ปวดเรื้อรัง 5.5 %,มะเร็ง 3.4 %,
อัมพาต 2.9%,)

เขตสุขภาพที่ 2

ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 24.8 %
(อัมพาต 3.4 %,ปวดเรื้อรัง 3.4 %,มะเร็ง 2.0 %,)

เขตสุขภาพที่ 3

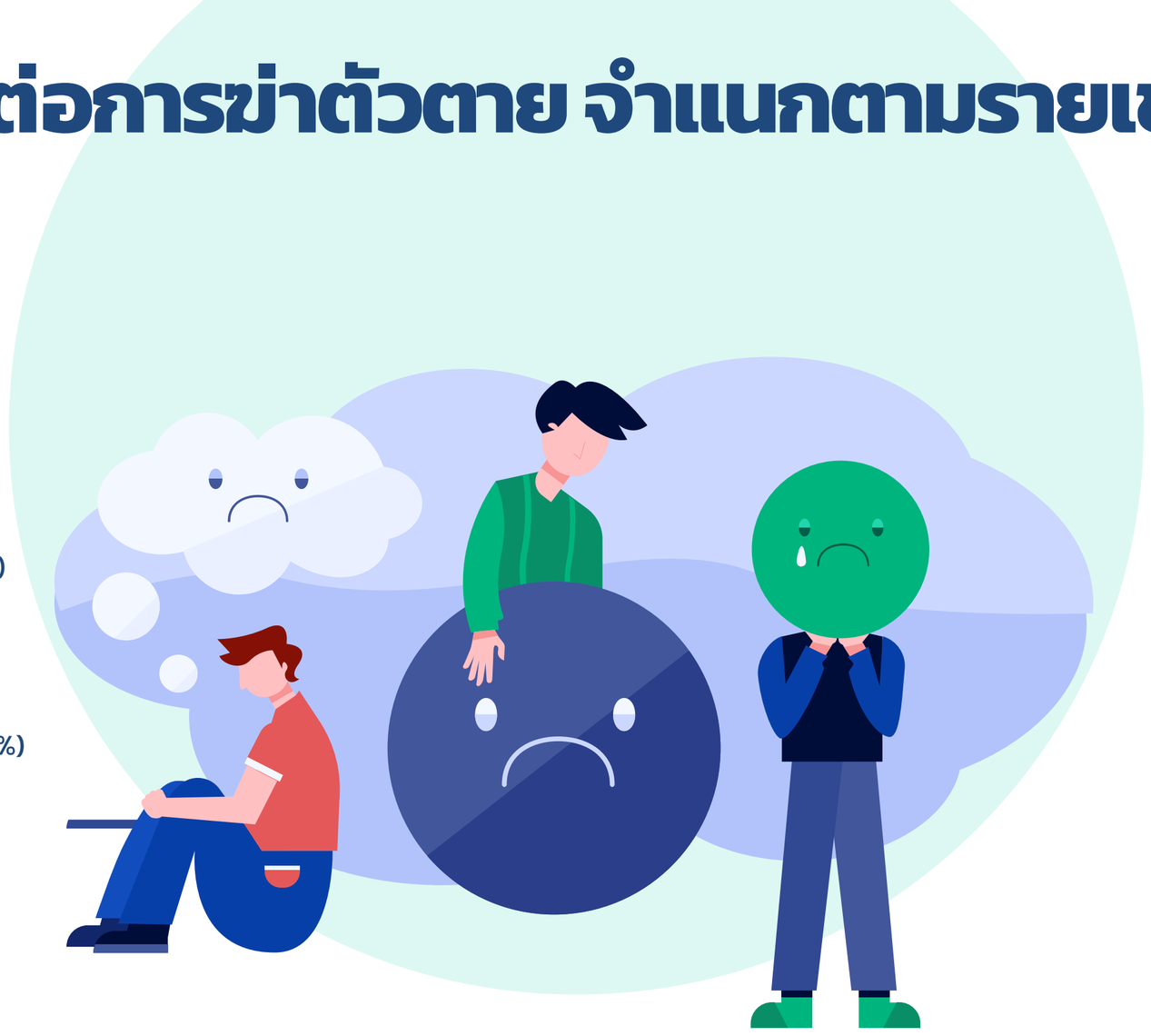
ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 28. 5 %
(ปวดเรื้อรัง 4.9 % อัมพาต 4. 9 %, มะเร็ง 2.4 %)

เขตสุขภาพที่ 4

ป่วยโรคจิตเวช 19. 9 %
ซึมเศร้า 10. 3%,จิตเภท 3.7 %).

เขตสุขภาพที่ 5

โรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 23. 0 %
(อัมพาต 8.7 %,มะเร็ง 3.3 %,หัวใจ 1.6 %,)



เขตสุขภาพที่ 6

ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 16. 0 %
(อัมพาต 1.3 %,ไตวาย 1.3%, มะเร็ง 0.9 %,)

เขตสุขภาพที่ 7

ติดสารเสพติด 33.5%

เขตสุขภาพที่ 8

ติดสารเสพติด 41.1%

เขตสุขภาพ(ที่ 9

ติดสารเสพติด 19.2%

เขตสุขภาพที่ 10

ป่วยโรคจิตเวช 28.7%
(จิตเภท 13.2%,ซึมเศร้า 10.3%)

เขตสุขภาพที่ 11

ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 20.6%
(อัมพาต 4.2%,ปวดเรื้อรัง 3 % ,มะเร็ง 3%)

เขตสุขภาพที่ 12

ติดสารเสพติด 26.9%

แหล่งข้อมูล : รายงานการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตายฯ (ต.ค.67- เม.ย 68)

High Risk Group

กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โรคจิตเวช

1.1 โรคซึมเศร้า

1.2 โรคจิตเภท

01

ติดสุรา

02

สารเสพติด

3.1 กัญชา

3.2 แอมเฟตามีน

03

โรคทางกาย รุนแรง/เรื้อรัง

04

มีประวัติเคย ฆ่าตัวตาย

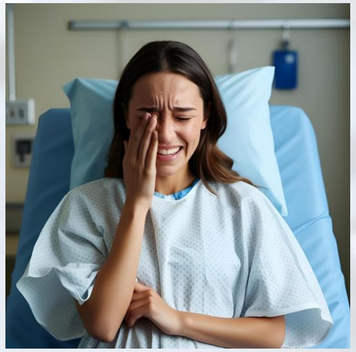
05

ประสบปัญหา วิกฤตชีวิตรุนแรง (Non-Health)

06

โรคจิตเวช

1.1 โรคซึมเศร้า



แนวทางการดูแลช่วยเหลือ

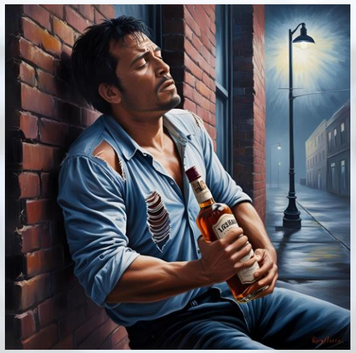
1. มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า 7 กลุ่ม ทุกครั้งที่มารับบริการ
2. ด้วย 2Q และ9Qตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต
3. หากพบว่ามีอาการซึมเศร้า(9Q คะแนนมากกว่า 7) ส่งพบแพทย์
4. เพื่อการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ตามแนวทางมาตรฐาน
5. หากมีแนวโน้มฆ่าตัวตายควรได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสม
6. มีการติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ขาดนัด รักษาจนครบตามเวลามาตรฐาน 6 ถึง 9 เดือน
7. ผู้ป่วยหายดีแล้วหลังการหยุดยาก็มีการติดตามประเมิน 9Q อีก3 ถึง 6 เดือน เพื่อเฝ้าระวังการกลับซ้ำ

1.2 โรคจิตเภท

แนวทางการดูแลช่วยเหลือ

1. มีการค้นหาเชิงรุกในชุมชน (ผู้ป่วยรายใหม่) และมีทะเบียนรายชื่อ ผู้ป่วยโรคจิตเภทรายเก่าที่เป็นปัจจุบันและค้นหาได้ง่าย
2. มีระบบการส่งต่อที่ดีจากชุมชนถึงโรงพยาบาล เพื่อส่งพบแพทย์วินิจฉัยรักษาตามแนวทางมาตรฐาน
3. มีระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด
4. มีการให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลการกินยาและสังเกตอาการ
5. มีการติดตามป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ เช่น ระบบการติดตามในชุมชนโดยญาติหรืออสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต./ รพช.

ติดสุรา



แนวทางการดูแลช่วยเหลือ

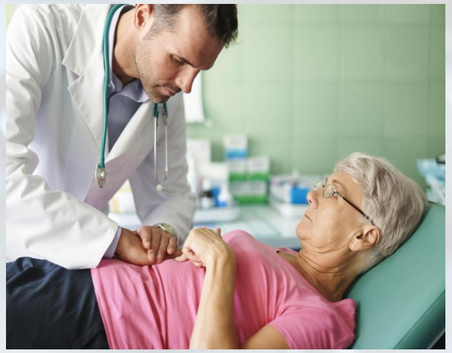
1. มีทะเบียนรายชื่อผู้ติดสุราและยาเสพติดที่เป็นปัจจุบันและค้นหาได้ง่าย
2. มีการประเมินผู้ใช้สุราด้วยแบบประเมิน AUDIT เพื่อประเมินว่าถึงขั้น Dependence หรือไม่
3. นำผู้ติดสุราและยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการรักษา
4. มีการติดตามป้องกันการมาดื่มซ้ำ
5. ประเมินด้วย 8Q ทุกเดือน

สารเสพติด

แนวทางการดูแลช่วยเหลือ

1. มีทะเบียนรายชื่อผู้ติดสารเสพติดที่เป็นปัจจุบันและค้นหาได้ง่าย
2. มีการประเมินผู้ใช้สุราด้วยแบบประเมิน ASSIST เพื่อประเมินว่า ถึงขั้น Dependence หรือไม่
3 นำผู้ติดสารเสพติดเข้าสู่กระบวนบำบัดรักษา
4. มีการติดตามป้องกันการมาเสพซ้ำ
5. ประเมินด้วย 8Q ทุกเดือน
6. มีระบบการส่งต่อที่ดีจากชุมชนถึงโรงพยาบาล เพื่อส่งพบแพทย์วินิจฉัยรักษาตามแนวทางมาตรฐาน
7. มีระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด
8. มีการให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลการกินยาและสังเกตอาการ
9. มีการติดตามป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ เช่น ระบบการติดตามในชุมชน โดยญาติหรืออสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต./ รพช.

โรคทางกายรุนแรง/เรื้อรัง



แนวทางการดูแลช่วยเหลือ

1. มีการคัดกรองโรคซึมเศร้า ทุกครั้งที่มารับบริการด้วย 2Q และ 9Q ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต
2. หากพบว่ามีอาการซึมเศร้า (9Q คะแนนมากกว่า 7) ส่งพบแพทย์
3. เพื่อการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ตามแนวทางมาตรฐาน
4. หากมีแนวโน้มฆ่าตัวตายควรได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสม
5. มีการติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ขาดนัด รักษาจนครบตาม เวลามาตรฐาน 6 ถึง 9 เดือน
6. ผู้ป่วยหายดีแล้วหลังการหยุดยาก็มีการติดตามประเมิน 9Q อีก3 ถึง 6 เดือน เพื่อเฝ้าระวังการกลับซ้ำ

มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย

แนวทางการดูแลช่วยเหลือ

1. มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่เป็นปัจจุบัน
2. มีการติดตามประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (แบบประเมิน8Q) อย่างสม่ำเสมอ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง(ตามระดับคะแนนของ8Q)อย่างเหมาะสมทันท่วงที
4. มีการอบรมให้ความรู้ญาติ ผู้ดูแลกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายถึงการสังเกตสัญญาณเตือน และการช่วยเหลือเบื้องต้น
5. มีช่องทางให้ญาติติดต่อกับทีมสุขภาพจิตที่รวดเร็ว

ประสบปัญหา วิกฤตชีวิตรุนแรง (Non-Health)

แนวทางการดูแลช่วยเหลือ

1. มีจุดแจ้งเหตุ ผู้พบเหตุการณ์ หรือญาติสามารถติดต่อ แจ้งได้ 24 ชม.
2. มีทีมช่วยเหลือ เช่น กู้ชีพ hope task force ที่พร้อมช่วยชีวิต
3. มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่เป็นปัจจุบัน
4. มีการติดตามประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (แบบประเมิน8Q) อย่างสม่ำเสมอ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
5. กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง (ตามระดับคะแนนของ8Q) อย่างเหมาะสมทันท่วงที่
6. มีการอบรมให้ความรู้ญาติ ผู้ดูแลกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายถึงการสังเกต สัญญาณเตือน และการช่วยเหลือเบื้องต้น
7. มีช่องทางให้ญาติติดต่อกับทีมสุขภาพจิตที่รวดเร็ว
8. ประสานขอความช่วยช่วย เหลือจากหลากหลายวิชาชีพ ช่วยแก้ปัญหาอื่นๆ ที่ไม่ใช่ด้าน สุขภาพ

Package Menu For Suicide prevention

การจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์
หรือ พบสัญญาณเตือน

มีจุดแจ้งเหตุ
เบอร์โทร 24 ชม. หรือไลน์

แจ้งทีมสอบสวนโรค

แจ้งทีมกู้ชีพ
และ MCATT

Hope task force

สอบสวนโรค
ค้นหา/ ประเมิน
ผู้ได้รับผลกระทบ

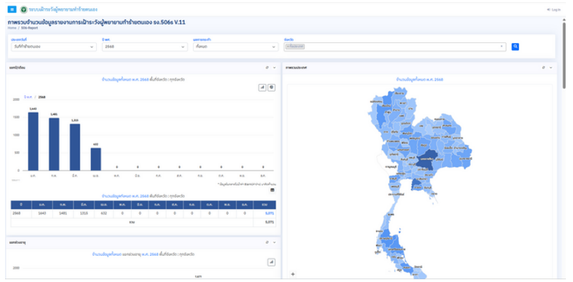
ช่วยชีวิตและ
ส่งต่อบำบัดรักษา

สรุปรายงานการสอบสวนโรค

คณะกก. ช่วย เหลือจากหลากหลาย
วิชาชีพ ช่วยแก้ปัญหาอื่นๆที่ไม่ใช่
ด้าน สุขภาพ

รวบรวมวิเคราะห์แปรผล

บ่งชี้กลุ่มเสี่ยง
ในจังหวัด



สามารถค้นหากลุ่มเสี่ยงรายจังหวัดได้ที่
https://suicide.dmh.go.th

การเฝ้าระวัง
กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

แนวทางการดูแล
7 กลุ่มเสี่ยง

ประเมินด้วย 8Q

ดูแลช่วยเหลือตาม
ระดับความรุนแรง

อบรมญาติ/ผู้ใกล้ชิดสังเกต
สัญญาณ เตือนและการช่วยเหลือ
เบื้องต้น

แนวทางการดูแลและเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด

ค้นหา/บ่งชี้

Active : screening by health personal or self-screening

Passive : ทำร้ายตนเองแล้วเข้ารับการรักษา และได้รับการสอบสวน อุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย

กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. โรคจิตเวช (ซึมเศร้า,จิตเภท)
2. ติดสุราหรือสารเสพติด
3. โรคทางกายรุนแรง/เรื้อรัง
4. บุคลิกภาพหุนหันพลันแล่น
5. ตนเองและคนในครอบครัว เคยฆ่าตัวตาย
6. Childhood trauma
7. ประสบปัญหา วิกฤตชีวิตรุนแรง (Non-Health)

แนวทางการช่วยเหลือ

1. กลุ่มเสี่ยงข้อ 1,2,3,4 ให้การบำบัดรักษาจนหาย หรือควบคุมอาการได้
2. กลุ่มเสี่ยงข้อ 5 ให้ประเมินและช่วยแก้ไขความทุกข์ใจที่อาจเป็นปัจจัย กระตุ้นให้กระทำซ้ำ
3. กลุ่มเสี่ยงข้อ 6 ควรได้รับการประเมินผลกระทบ ต่อจิตใจและบุคลิกภาพ ให้การช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจและบุคลิกภาพที่มีปัญหา
4. กลุ่มเสี่ยงข้อ 7 ส่งต่อให้กับเครือข่ายช่วยเหลือจากหลากหลายวิชาชีพ เพื่อช่วยเหลือวิกฤติชีวิตที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ

01 “ประเมิน” 02 “ขจัดหรือลด” 03

การประเมินด้วย suicidal severity

แนวทางช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย ตามระดับความรุนแรง

กลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง

ประเมินด้วยเครื่องมือวัด suicidal severity

ประเมินทุกครั้งที่มารับบริการ
ในสถานบริการสาธารณสุข หรือ เดือนละ 1 ครั้ง

- **ไม่มีความเสี่ยง**
- **Mild** → **ควรได้พบกับแพทย์/พยาบาลจิตเวชเพื่อค้นหาและแก้ไขปัจจัยกระตุ้น/ปัจจัยเสี่ยง**
- **Moderate** → 1. ควรมีคนดูแลใกล้ชิด 24 ชม. ถ้าไม่มีคนดูแลควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
  2. ควรได้พบแพทย์หรือพยาบาลจิตเวชให้ intervention เพื่อลด suicidality ค้นหาและจัดการปัจจัยกระตุ้น/ปัจจัยเสี่ยง
- **Severe** → **มักจะเป็นผู้ที่มีแผนฆ่าตัวตายหรือกำหนดวิธีการหรือวันเวลาไว้แล้วต้องได้รับการช่วยเหลือทันที**
  - **ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อยับยั้งการฆ่าตัวตาย (ด้วยการหาทางช่วยลดความทุกข์ใจ ค้นหาและแก้ไขปัจจัยกระตุ้น/ปัจจัยเสี่ยง)**

Application สุขภาพจิต

@SmileConnect

1

Khuikun

2

mental – health check – up

3

mental – health check – in

4

HERO เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในเด็ก

5

กรมสุขภาพจิต Department of Mental Health

ตัวชี้วัด Monitor **ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (ร้อยละ85)**

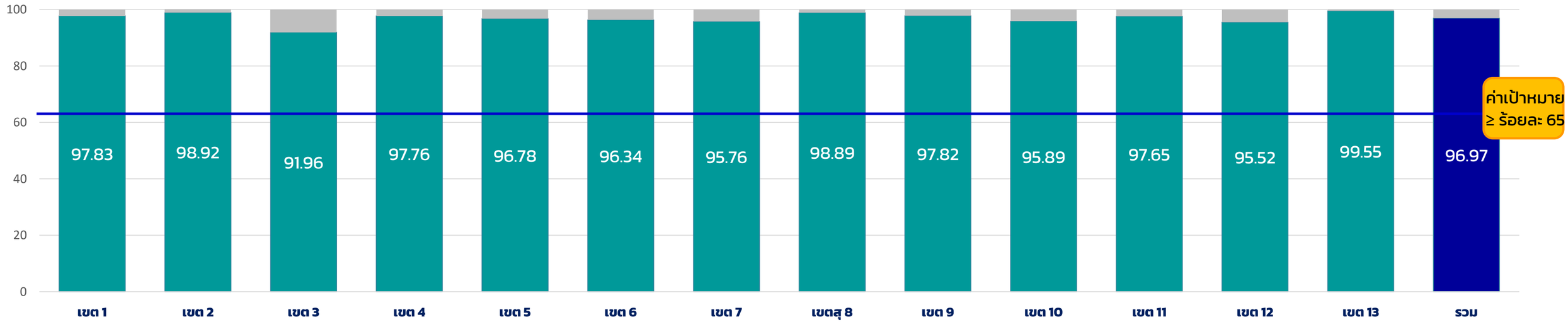
เป้าหมาย รอบที่ 1

≥ ร้อยละ 65

ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 96.97 ของผู้ป่วย SMI-Vที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 1 - 2568)



	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	8,465	4198	2551	1705	2103	5207	17859	6432	12036	5653	6246	1023	1559	**75037**
B	8,653	4244	2774	1744	2173	5,405	18,650	6,504	12,304	5,895	6,396	1,071	1,566	**77,379**

โดยที่ A: ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ
B: ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่อง

แหล่งที่มาของข้อมูล https://hdc.moph.go.th/ ณ วันที่ 14 เมษายน 2568

ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

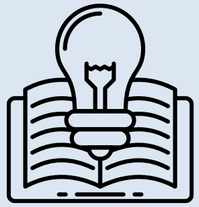
ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่พบรอบ 1

- ด้านนโยบาย : ผู้บริหารให้ความสำคัญ และสนับสนุนการขับเคลื่อนด้านนโยบายภายในพื้นที่ที่ชัดเจน
- ด้านโครงสร้าง : การมีโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดในพื้นที่/ การพัฒนาโมเดลในพื้นที่ เช่น CBTx การใช้ Line Application เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้เสพสารเสพติด
- ด้านระบบ : ระบบ Service plan / หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่ม SIMI-V ในจังหวัด
- ด้านบุคลากร/เครือข่าย : หมุนเวียนจิตแพทย์ภายในเขตฯ เพื่อลงพื้นที่ตรวจผู้ป่วยฯ/ พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ใน รพ./ บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวง

ปัญหา/อุปสรรค

- การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตผ่านคณะกรรมการระดับจังหวัด ขาดความต่อเนื่องในบางเขตสุขภาพ ไม่เป็นรูปธรรม
- จำนวนมินิธัญญารักษ์ไม่เพียงพอที่จะรองรับจำนวนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เพิ่มขึ้น
- การขาดความเชื่อมโยงการดำเนินงานในระบบ V care และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมไม่ครบถ้วน
- ระบบฐานข้อมูลที่ไม่เอื้อต่อการใช้งานและโปรแกรม HDC ยุ่งยาก ซับซ้อน
- บุคลากรด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอกับภาระงาน

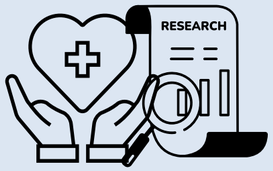
แนวทางการแก้ไข / พัฒนา/ ปรับปรุง



- ขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด ผ่านการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด/อำเภอ
- กำกับติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V ให้ได้รับการบำบัด รักษาอย่างต่อเนื่อง
- สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ เพิ่มพูนความรู้ ความเชี่ยวชาญให้กับบุคลากรผ่านหลักสูตรต่างๆ อย่างต่อเนื่อง
- ให้บุคลากรบันทึกผลการติดตาม เฝ้าระวังผู้ป่วย SMI-V ในระบบ SMI-V Care และระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



- การพัฒนาโครงสร้างและขยายบริการเพื่อรองรับผู้ป่วย SMI-V และกลุ่มติดสารเสพติด โดย มินิธัญญารักษ์ และโครงการ “ชุมชนล้อมรักษ์”
- การบูรณาการและยกระดับระบบ V-Care สู่ระดับนโยบาย
- การเชื่อมโยงระบบข้อมูลแบบ Real-Time ของผู้ป่วยจิตเวชจากระบบ V-Care และ Special PP เข้าสู่ระบบ HDC
- การเพิ่มกรอบอัตรากำลังบุคลากรด้านสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพใน รพช./รพ.สต. เพื่อสามารถคัดกรองและดูแลเบื้องต้นด้านสุขภาพจิต
- การเสริมสร้างความตระหนักและมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านโครงการ ชุมชนล้อมรักษ์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงการเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง
- การขยายโมเดลที่มีความสำเร็จในการดำเนินงาน เช่น เก้าเลี้ยวโมเดล พะตงโมเดล และหนองคายโมเดล เพื่อนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

การกำกับ /ติดตาม ในรอบที่ 2-2568

- การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะทางจิตเวชสำหรับบุคคลคลุ้มคลั่ง
- การพัฒนาระบบและมาตรฐานการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วย SMI-V ให้มีคุณภาพและเข้าถึงง่ายในทุกพื้นที
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย ให้มีความเข้มแข็งและสามารถติดตาม เฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน เพื่อให้เข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้
- การขยายผลระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด V-Care ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

ข้อมูลปรับตามข้อเสนอที่ประชุมฯ เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 ประเด็น SMI-V

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V)

Social Listening เฝ้าระวังข่าวความรุนแรง
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

60%
ปัญหาสังคม
ทะเลาะวิวาท
ขัดผลประโยชน์
ความสัมพันธ์ในครอบครัว

40%
ข่าวความรุนแรงที่
เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
จิตเวชหรือ ยาเสพติด

40%	30%	30%
ผู้ป่วยจิตเวช ไม่เสพยา	ผู้ป่วยอื่น (แอลกอฮอล์)	ผู้ป่วยยาเสพติด หรือจิตเวช ยาเสพติด

223,253 ประมาณการณ์ผู้ป่วย SMI-V

33.57% อัตราการเข้าถึงบริการ SMI-V

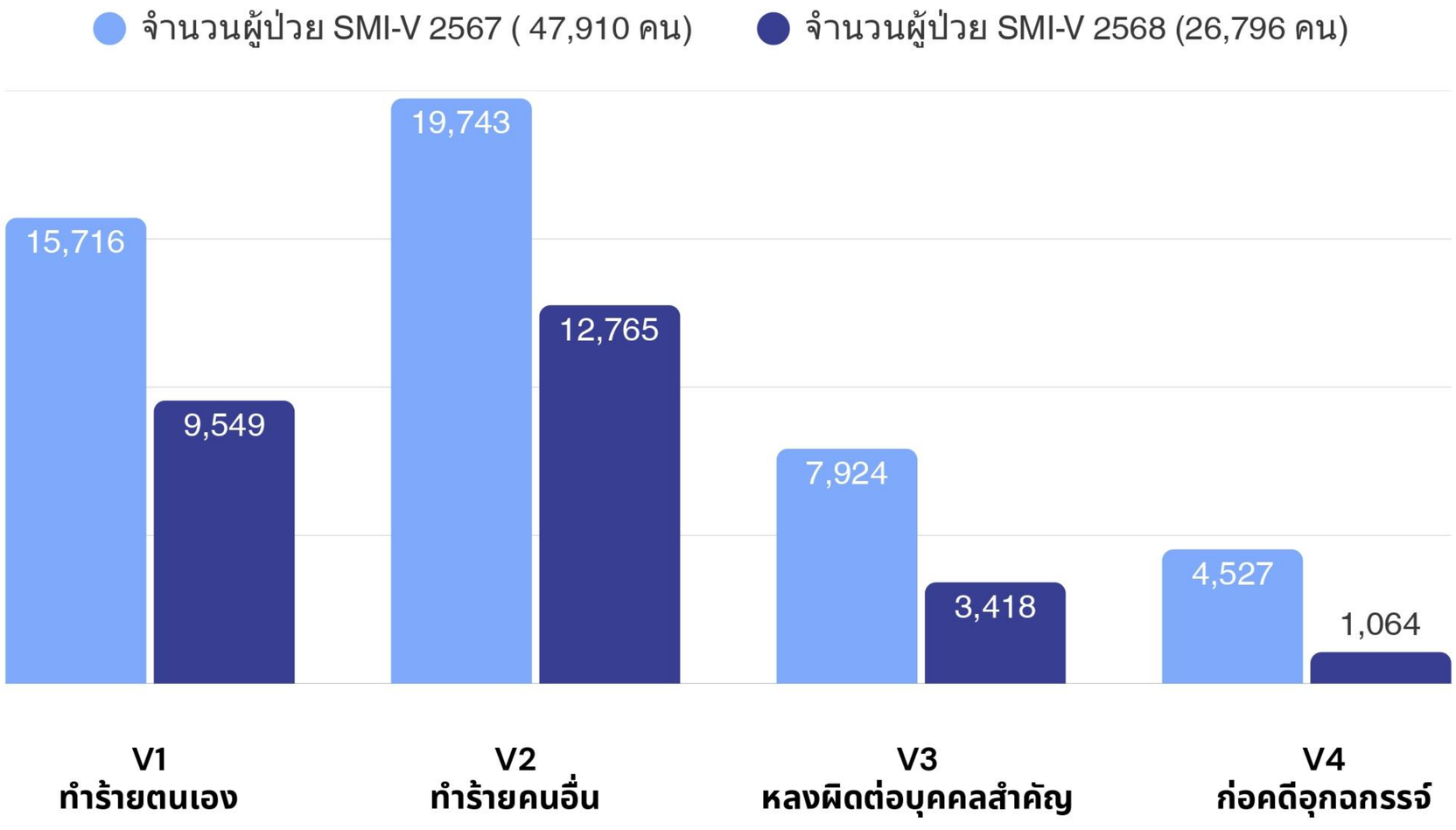
สาเหตุความรุนแรง

- หลงผิดประสานหลอนจากจิตเวชหรือยาเสพติด หรือแอลกอฮอล์
- รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่ร่วมมือในการรักษา
- กลับไปเสพยาซ้ำ จนอาการกำเริบ

กรมสุขภาพจิต เมษายน 2568

อ

ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่ก่อความรุนแรงแยกประเภท V1-2-3-4 ปี 2568



V1 ทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต

V2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อความรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน

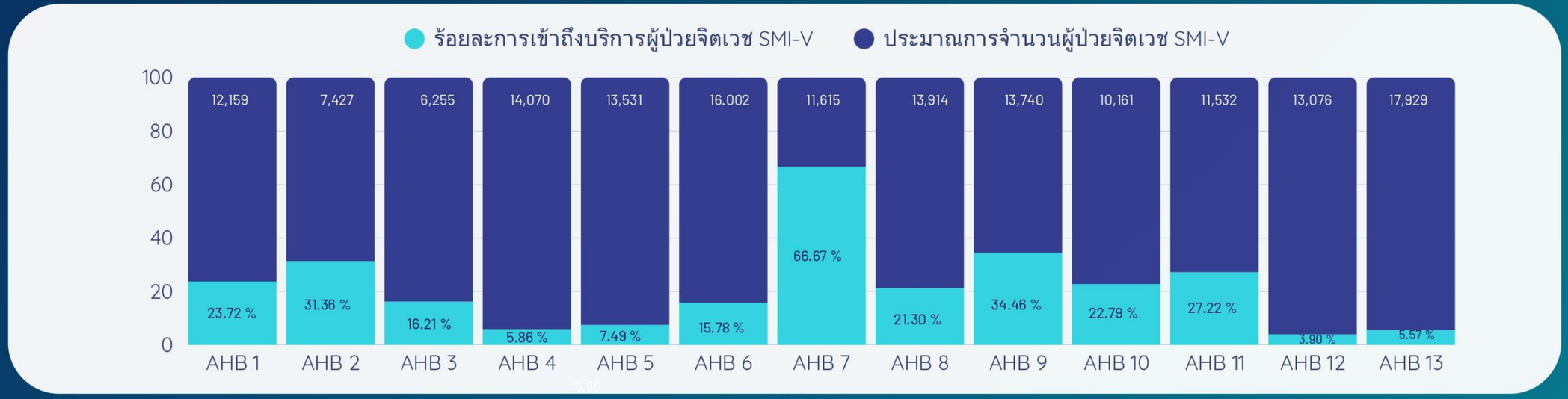
V3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จะมุ่งทำร้าย

V4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน อนาจาร ความผิดต่อเสรีภาพ ม. 3 พรบ.JSOC พ.ศ. 2565 และวางเพลิง)

Health Data Center 27 มีนาคม 2568

การเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ก่อความรุนแรง 2568 33.57%

ประชากรกลางปี 2566 (15-60 ปี)	ประมาณการณ์จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง Estimate SMI*	ประมาณการณ์จำนวนผู้ป่วยจิตเวช SMI-V Estimate SMI-V **	ผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ที่บันทึกเข้าระบบบริการ	การเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวช SMI-V Accessibility rate
42,858,688	1,872,925	223,253	74,944	33.57%



HDC

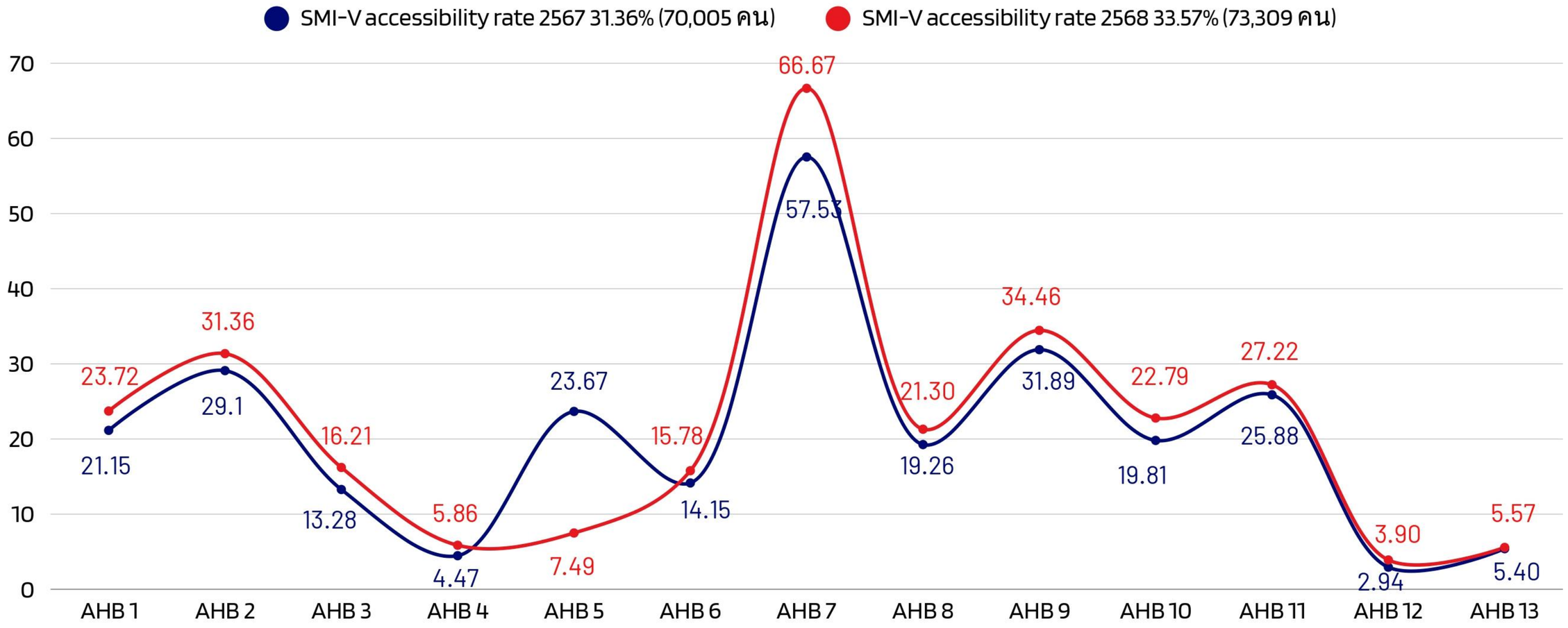
Estimate SMI= (4.37/100) x ประชากรกลางปี 2566 (15-60 ปี). (*Prevalence : Schizophrenia 0.78 / Bipolar 0.06 / Major depressive 2.28 / Drug dependence 1.25 จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต 2566)

Estimate SMI-V = (11.92 / 100) x Estimate SMI. (ข้อมูลสะสม SMI เทียบ SMI-V รพจ.ขอนแก่น 1 ตค.64-31 พค. 66 = 11.92%)

ข้อมูล : Health Data Center 7 มีนาคม 2568

อ

การเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดก่อความรุนแรง 2567 – 2568



ข้อมูล : Health Data Center 7 มีนาคม 2568

ศึกษาความสัมพันธ์จากข้อมูลผู้ป่วย SMI-V 2567

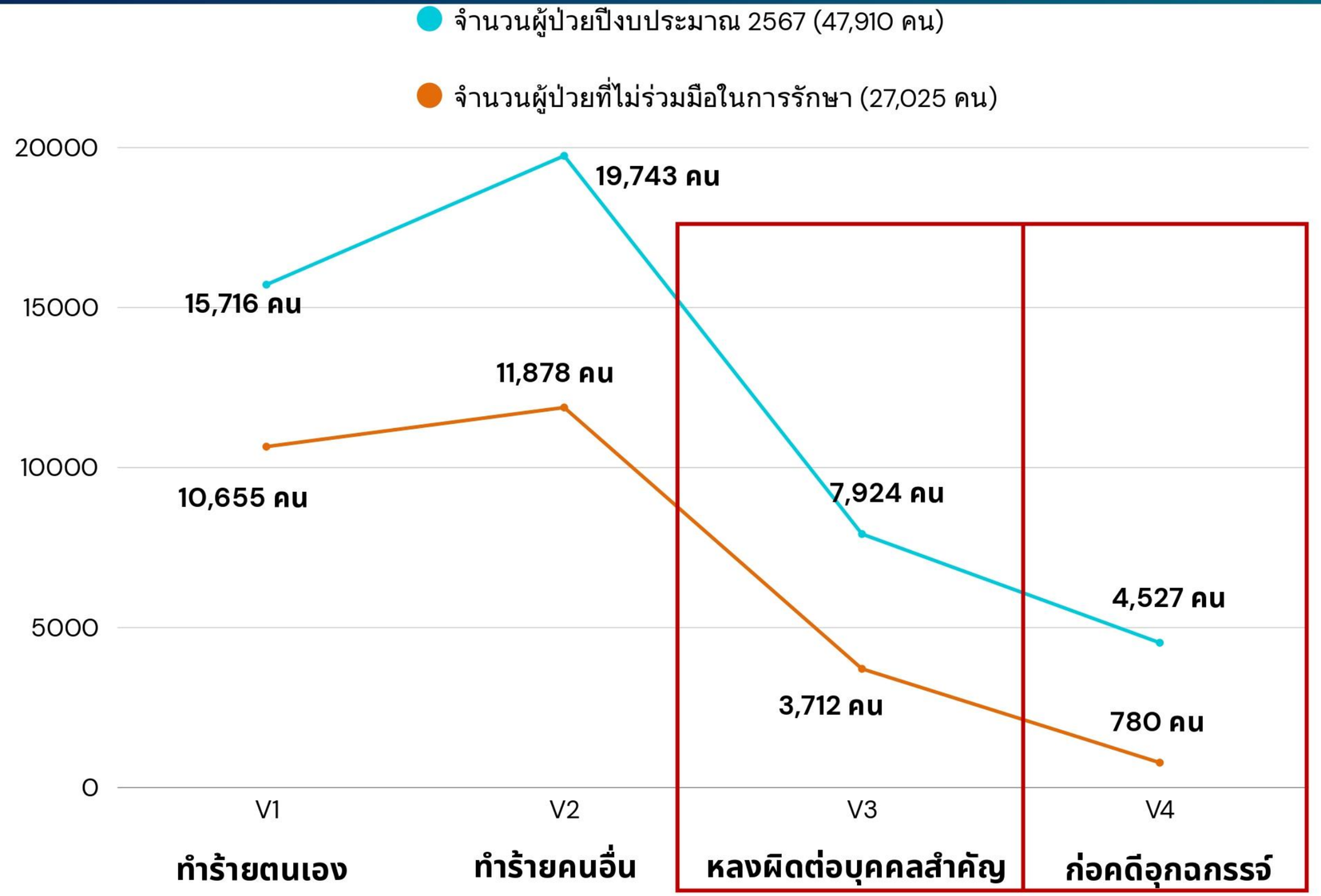
ความไม่ร่วมมือในการรักษา » การก่อความรุนแรงซ้ำ

หมายเหตุ :

1. ประมวลผลข้อมูลจาก ระบบให้บริการข้อมูลสุขภาพ Big Data · ระบบให้บริการข้อมูลเปิดเผย MoPH Open Data · Aplication MyMOPH https://bigdata2.moph.go.th ในเครือข่ายภายในกระทรวงสาธารณสุข
2. ภายใต้เงื่อนไข
   a. รายบุคคล (ID) ที่มีวันเข้ารับการรักษาครั้งสุดท้าย และมีระยะห่างจากวันนัดหมายในระบบบริการ ตามที่กำหนด น้อยกว่า 1 เดือน, 1-3 เดือน, 3-6 เดือน, 6 เดือนขึ้นไป
   b. บุคคลที่ขาดการรักษาตามระยะที่กำหนด เข้าเกณฑ์ การก่อความรุนแรงซ้ำ คือ ได้ 1B03X ใน visit ล่าสุด (ได้รับรหัส 1B03X ซ้ำ มากกว่า 2 ครั้งในชีวิต โดยที่ไม่มี 1B037)
3. .ใช้เวลาประมวลผลตามปริมาณข้อมูล เช่น 1 ปีงบประมาณ ใช้เวลา 7 วัน

อ

ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่ก่อความรุนแรงแยกประเภท V1-2-3-4 ปี 2567



V1 ทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต

V2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อความรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน

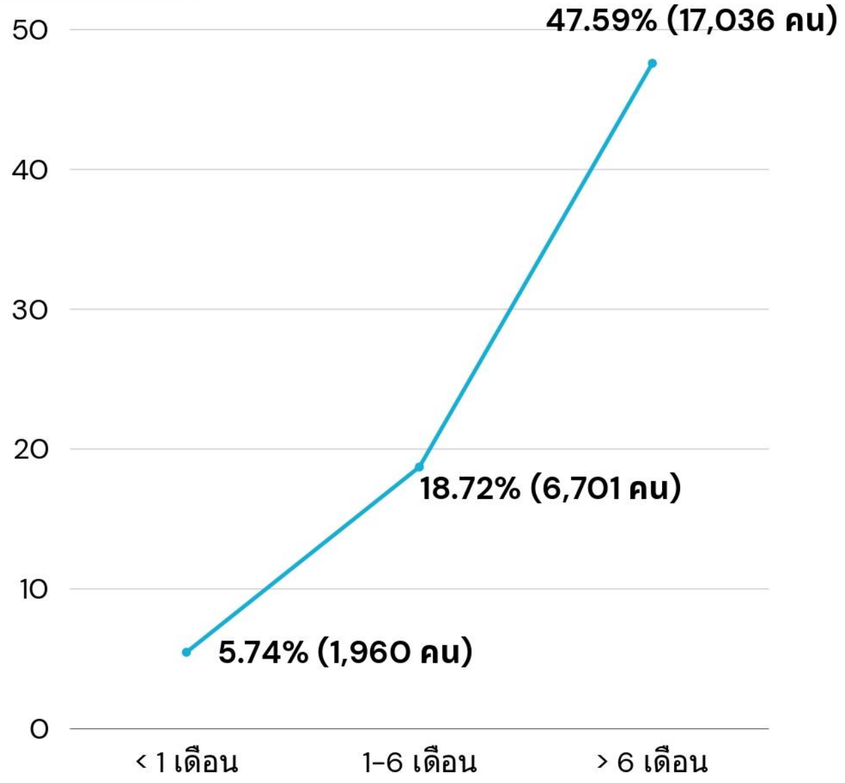
V3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จะมุ่งทำร้าย

V4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน อนาจาร ความผิดต่อเสรีภาพ ม. 3 พรบ.JSOC พ.ศ. 2565 และวางเพลิง)

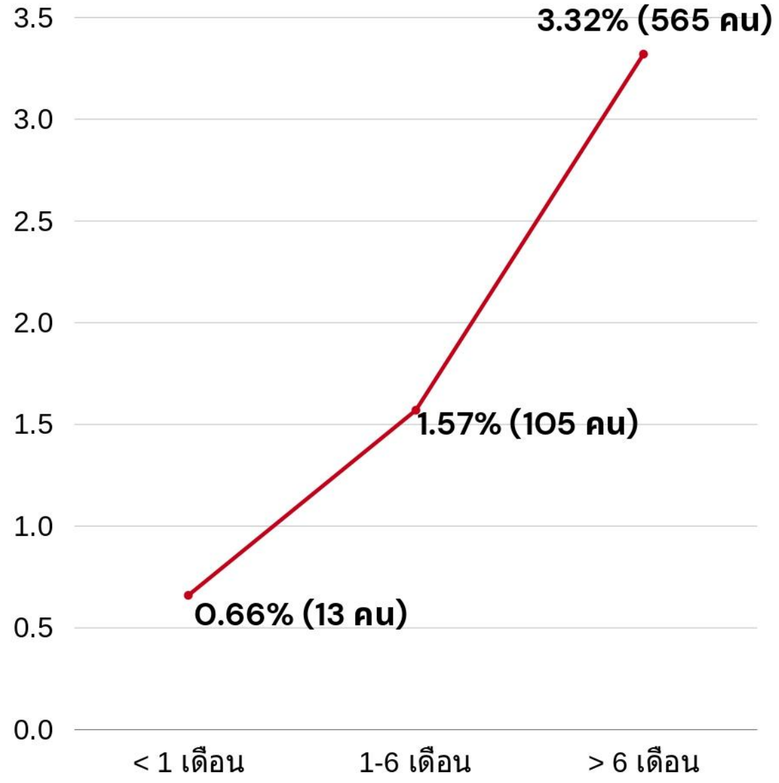
Health Data Center 26 พฤศจิกายน 2567, MOPH Big Data กระทรวงสาธารณสุข 20 กุมภาพันธ์ 2568

ความสอดคล้องระหว่างความไม่ร่วมมือในการรักษา กับการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง

ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา (%)



อัตราการก่อเหตุซ้ำ (%)



MOPH Big Data กระทรวงสาธารณสุข 17 กุมภาพันธ์ 2568

ข้อเสนออนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด การใช้งาน V-Care เพื่อลดความรุนแรง

- อนุกรรมการจังหวัด นำเสนอข้อมูล SMI-V ในระบบบริการ โดย นพ.สสจ. ในคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด เพื่อ มท/ตร ร่วมติดตามเคส และผู้ว่าราชการจังหวัดกำกับติดตาม
- ติดตามเฝ้าระวังข่าวความรุนแรง ในจังหวัด ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชหรือยาเสพติด
- ค้นหากลุ่มเป้าหมาย โดยใช้ V-Care เฝ้าระวัง/คัดกรองประชาชนอายุ 15-50 ปี ด้วย 5 สัญญานเตือน อาจเริ่มที่ผู้ชายก่อน
- เร่งติดตาม SMI-V 2-3-4 ขาดการรักษา (ทำร้ายผู้อื่น - หลงผิดบุคคลสำคัญ - คดีอุกฉกรรจ์)

กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

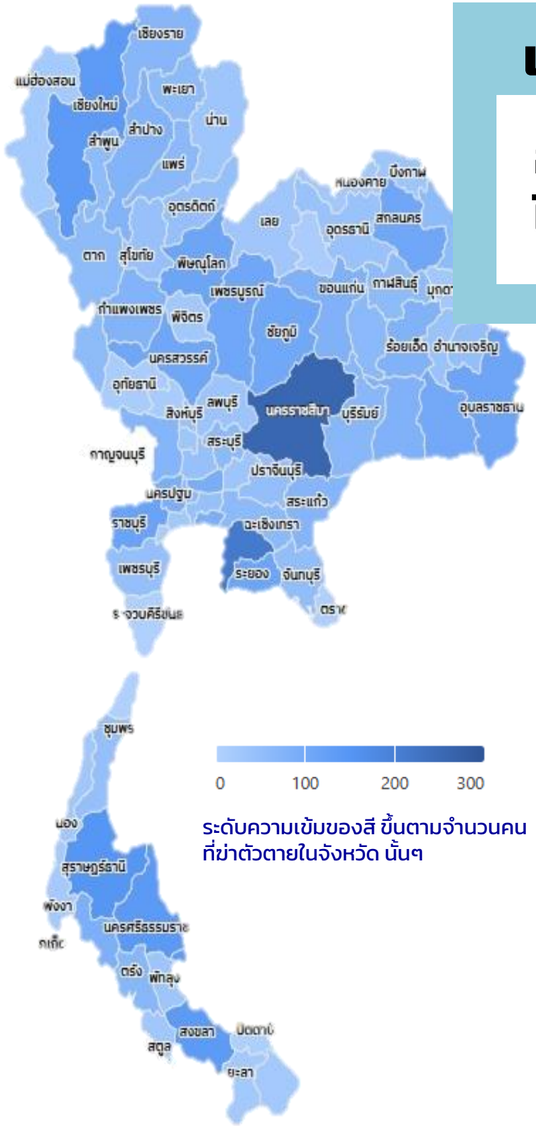
กรมสุขภาพจิต
ดูแลใจ ทุกวัย ทุกคน

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
me.mhspd@gmail.com
https://plan.dmh.go.th/
02 - 590-8125

ข้อมูลประกอบผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

ตัวชี้วัดที่ 1.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 7.8 ต่อแสนประชากร



ระดับความเข้มของสี ขึ้นตามจำนวนคน
ที่ฆ่าตัวตายในจังหวัด นั้นๆ

เป้าหมาย รอบที่ 1

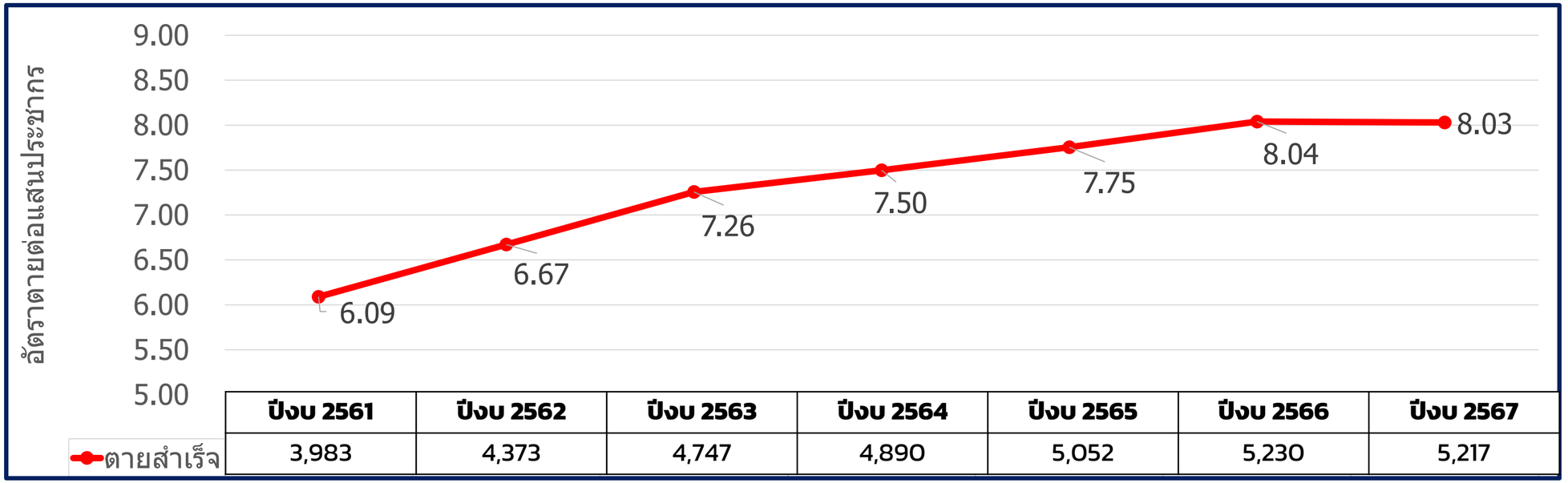
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
ไม่เกิน 5.0 ต่อประชากรแสนคน

ผลการดำเนินงานภาพรวม

จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2,380 คน
อัตรา 3.66 ต่อประชากรแสนคน

100%

อัตราการฆ่าตัวตาย (CRUDE SUICIDE RATE) ปีงบประมาณ 2561-2567



	ปีงบ 2561	ปีงบ 2562	ปีงบ 2563	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
ตายสำเร็จ	3,983	4,373	4,747	4,890	5,052	5,230	5,217

แหล่งที่มา: 1. ใบมรณบัตร มหาดไทย รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
2. ประชากรกลางปี พ.ศ. 2566 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

KPI: ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

เหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.67-เม.ย.68)

Common risk factors *

1. ติดสารเสพติด 21.1%
   (ยาบ้า 16.3%,กัญชา 2.9% สุรา 2.1%)
2. ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 18.9%
   (ปวดเรื้อรัง 2.8%,อัมพาต 2.6% มะเร็ง 1.8%)
3. ป่วยโรคจิตเวช 18.7%
   (ซึมเศร้า 8.9%,จิตเภท 6.5% วิตกกังวล 1.3%)
4. ติดสุรา 15.4%
5. เคยทำร้ายตัวเอง 11.7%
6. คนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย 6.4%
7. Childhood Trauma 3.4%

Common precipitating factors *

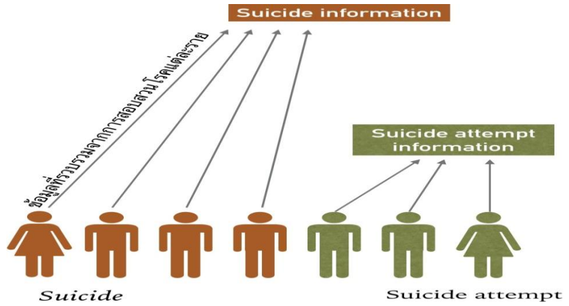
1. วิกฤติชีวิต 64.7 %
2. ฤทธิ์สารเสพติด 18.2%
   (ยาบ้า 9.9%, สุรา 7.1, กัญชา 1.5%)
3. อาการทางจิตกำเริบ 10.1 %
   (ขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง 9.9 %
   ปฏิเสธการรักษา 0.2 %)
4. ทราบข่าวฆ่าตัวตาย 3.1%

ด่านกั้น Barriers*

มีการควบคุมป้องกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตายในครอบครัวหรือในพื้นที่ และมีความเข้มแข็ง 1.2 %

มีการปิดกั้นหรือเฝ้าระวังป้องกันสถานที่คนใช้ฆ่าตัวตายในพื้นที่และมีความเข้มแข็ง 1.8%

	Suicide
เพศ	ชาย 79.7%
สถานภาพ	คู่ 40.0%
อาชีพ	1.รับจ้าง 27.1% 2. เกษตรกรรม 14.0% 3.ไม่ได้ทำงาน 13.8%
วิธีการ	1. แขวนคอ 82.9% 2. ใช้ปืน 6.4 3. ใช้สารพิษ 4.1 % เช่น ยากำจัดวัชพืช/ ยาฆ่าแมลง/น้ำยาล้างห้องน้ำ



Protective factors*

ปัจจัยปกป้อง	มาก(ร้อยละ)
1.ความเข้มแข็งของความเชื่อ	14.8%
2.อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง	25.8%
3.มีครอบครัวที่อบอุ่น	25.4%
4.มีกลุ่มเพื่อนดี	14.5%
5. มีความสามารถในการแก้ปัญหา	4.2%
6.การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	27.9%

การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน
พบ 49.8%
1. คำพูด 36.1%
2. การกระทำ 11.8%
3.เขียน 1.9%

หมายเหตุ * : หนึ่งคนอาจมีปัจจัยมากกว่า 1 ปัจจัย

แหล่งข้อมูล: : รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง.506s V.11 ปีงบประมาณ 2568 กรณีเสียชีวิต (ตุลาคม 2567- เมษายน 2568) N = 2110คน)

KPI: ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

Precipitating Factors หมวดวิกฤติชีวิต ผู้ฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2568

ลักษณะของวิกฤติชีวิต	ฆ่าตัวตาย	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1.เกิดความขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญในชีวิต (High conflict relationship)	343	16.3
2.สูญเสียความสัมพันธ์กับคนสำคัญในชีวิต (Loss of significant relationship) รวมหย่าร้าง เลิกรา พลัดพราก ตายจาก	340	16.1
3.ปัญหาสุขภาพที่รู้สึกอับอายหรือล้มเหลว	323	15.3
4.เป็นหนี้ไม่สามารถจ่ายได้หรือถูกทวงให้อับอาย	257	12.2
5.ประสบความล้มเหลวในการงาน เช่น ถูกเลิกจ้าง ขาดทุน ไม่ได้เลื่อนตำแหน่ง	142	6.7
6.ถูกตำหนิให้อับอาย	66	3.1
7.มีคดีความที่มีโอกาสแพ้	30	1.4
8.การถูกบูลลี่ (Bullying)	17	0.8
9.Violence relationship	10	0.5
10.ประสบความล้มเหลวในการเรียน เช่น สอบตก ไม่ได้ตามที่หวัง	9	0.4
11.Social isolation เช่น ถูกกักกัน ถูกกักขัง ถูกโดดเดี่ยวทางสังคม	9	0.4

หมายเหตุ : หนึ่งคนอาจมีปัจจัยมากกว่า 1 ปัจจัย

แหล่งข้อมูล: รง.506S : รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง.506s V.11 ปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2567- เมษายน 2568) suicide attempt (2110 คน)

KPI: ผู้พยายามฆ่าตัวตาย

เหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.67-เม.ย.68)

Common risk factors*

1. ป่วยโรคจิตเวช 33.6%
   (ซึมเศร้า 26.6%, จิตเภท 2.6%, ไบโพล่าร์ 1.5%)
2. เคยทำร้ายตัวเอง 19.1%
3. ติดสารเสพติด 7.8%
   (ยาบ้า 4.9 %, กัญชา 1.8%, กระท่อม 1.2 %)
4. Childhood Trauma 7.3%
5. ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 3.8%
   (ปวดเรื้อรัง 0.6%,หลอดเลือดสมอง 0.5%,มะเร็ง 0.3%)
6. ติดสุรา 3.5%
7. คนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย 2.1%

Common precipitating factors *

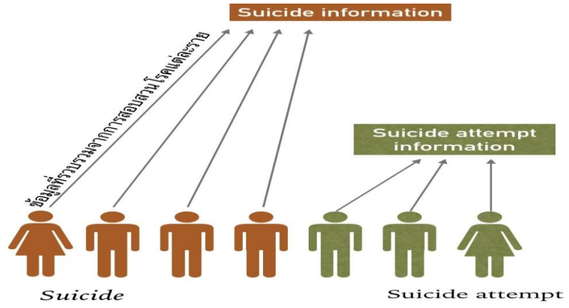
1. วิกฤติชีวิต 75.7%
2. อาการทางจิตกำเริบ 7.3 %
   (ขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง 6.7 %
   ปฏิเสธการรักษา 0.6 %)
3. ฤทธิ์สารเสพติด 5.6 %
   (สุรา 2.9 %,ยาบ้า 2.6%,กัญชา 0.7%)
4. ทราบข่าวฆ่าตัวตาย 0.9%

ด่านกั้น Barriers*

มีการควบคุมป้องกันการเข้าถึงสารพิษ
วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตาย
ในครอบครัวหรือในพื้นที่
และมีเข้มแข็ง 1..5%

มีการปิดกั้นหรือเฝ้าระวัง
ป้องกันสถานที่คนใช้ฆ่าตัวตาย
ในพื้นที่ มีและเข้มแข็ง 2.7%

	Suicide attempt
เพศ	หญิง 74.6%
สถานภาพ	โสด 58.3%
อาชีพ	1.นักเรียน/นักศึกษา 30.8% 2.รับจ้าง 20.3% 3. ม่ได้ทำงาน 13.0%
วิธีการ	1. กินยาเกินขนาด 61.8% เช่น Paracetamol , Lorazepam, CPM เป็นต้น 2. ใช้สารพิษ 16.3 % เช่น น้ำยาล้างห้องน้ำ/ ยากำจัดวัชพืช/ ยาฆ่าแมลง 3. แขวนคอ 10.6%



Protective factors*

ปัจจัยปกป้อง	มาก(ร้อยละ)
1.ความเข้มแข็งของความเชื่อ	9.0%
2.อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง	10.3%
3.มีครอบครัวที่อบอุ่น	14.5%
4.มีกลุ่มเพื่อนดี	10.1%
5. มีความสามารถในการแก้ปัญหา	3.2%
6.การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	24.9%

การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน
พบ 24.4%
1. การกระทำ 13.6%
2. คำพูด 10.2%
3.เขียน 0.6%

หมายเหตุ * : หนึ่งคนอาจมีปัจจัยมากกว่า 1 ปัจจัย

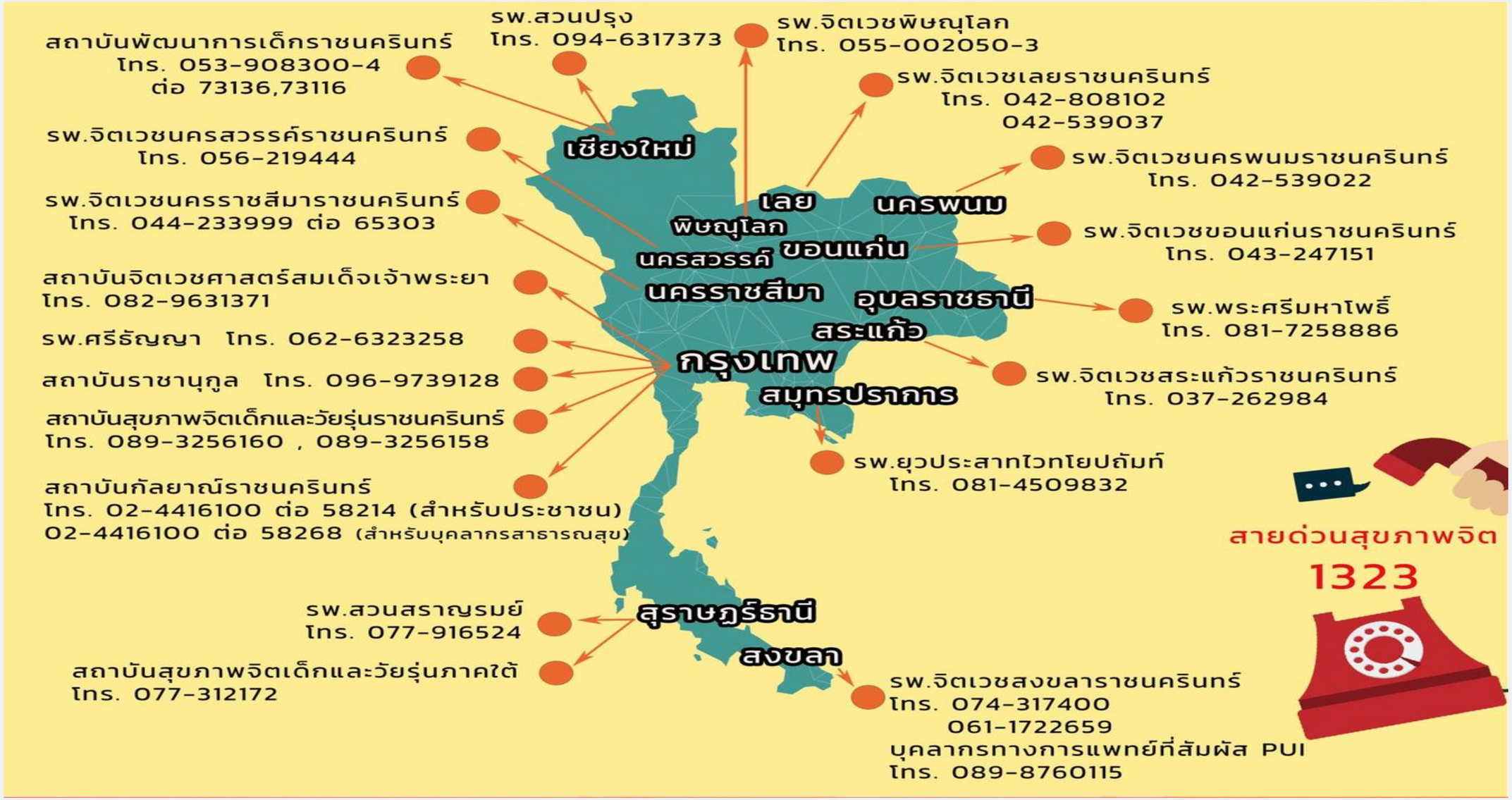
แหล่งข้อมูล: รง.506S : รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง.506s V.11 ปีงบประมาณ 2568 กรณีไม่เสียชีวิต (ตุลาคม 2567- เมษายน 2568) suicide attempt (7134 คน)

KPI: ผู้พยายามฆ่าตัวตาย

Precipitating Factors หมวดวิกฤติชีวิต ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2568

ลักษณะของวิกฤติชีวิต	พยายามฆ่าตัวตาย	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1.เกิดความขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญในชีวิต (High conflict relationship)	2,708	38.0
2.สูญเสียความสัมพันธ์กับคนสำคัญในชีวิต (Loss of significant relationship) รวมหย่าร้าง เลิกรา พลัดพราก ตายจาก	1,165	16.3
3.เป็นหนี้ไม่สามารถจ่ายได้หรือถูกทวงให้อับอาย	566	7.9
4.ถูกตำหนิให้อับอาย	435	6.1
5.ประสบความล้มเหลวในการงาน เช่น ถูกเลิกจ้าง ขาดทุน ไม่ได้เลื่อนตำแหน่ง	293	4.1
6.ปัญหาสุขภาพที่รู้สึกอับอายหรือล้มเหลว	203	2.8
7.ประสบความล้มเหลวในการเรียนเช่น สอบตก ไม่ได้ตามที่หวัง	177	2.5
8.การถูกบูลลี่ (Bullying)	166	2.3
9.Violence relationship	89	1.2
10.Social isolation เช่น ถูกกักกัน ถูกกักขัง ถูกโดดเดี่ยวทางสังคม	56	0.8
11.มีคดีความที่มีโอกาสแพ้	36	0.5

หมายเหตุ : หนึ่งคนอาจมีปัจจัยมากกว่า 1 ปัจจัย

แหล่งข้อมูล: รง.506S : รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง.506s V.11 ปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2567- เมษายน 2568) suicide attempt (7134 คน)

หน่วยงานพี่เลี้ยงสุขภาพจิตเวช และยาเสพติดระดับเขต