



Picture from: <https://one.comodo.com/blog/msp/why-business-information-systems-are-important.php>

แนวทางการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสอบสวน ฆ่าตัวตาย โดยอาศัยหลักระบาดวิทยา

.....

นพ.ธรณินทร์ กองสุข MD., Ms.C., M.Econ
Thai board of psychiatry
Thai board certified in preventive medicine
: Branch of community psychiatry
: Branch of epidemiology

Update 1 กพ 2566

An illustration of a person from behind, wearing a dark suit and a black shirt. They are looking at a presentation board. The top part of the board has a teal background with three interlocking gears: a black one on the left, a red one in the center, and a blue one on the right. White lines connect the gears. The bottom part of the board has a white background with a pie chart on the right, divided into orange, green, and blue segments. On the left, there is some placeholder text in a small font.

CONTENT

-
1. พื้นฐานของระบาดวิทยา
 2. ลักษณะข้อมูลจากการสอบสวนโรคกรณีกระทำรุนแรงต่อตนเอง
 3. 6ขั้นตอนของการนำข้อมูลจากการสอบสวนโรคไปใช้ประโยชน์

WHAT IS EPIDEMIOLOGY?

- The study of the distribution and determinants of disease in humans (MacMahon and Pugh, 1970)
- The **study of the occurrence and distribution of health-related states or events in specified populations**, including the study of the **determinants** influencing such states, and the application of this knowledge to control the health problems. (Porta,2014)

ระบาดวิทยาเป็นการศึกษาการเกิดขึ้นและการกระจายของสภาวะหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในกลุ่มประชากรเฉพาะ รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะดังกล่าว และการประยุกต์ใช้ความรู้นี้เพื่อควบคุมปัญหาสุขภาพ

ลักษณะสำคัญของระบาวิทยา

- ระบาวิทยาเป็นสาขาวิชาทางวิทยาศาสตร์ มีวิธีการตรวจสอบทางวิทยาศาสตร์ที่ถูกต้องเป็นรากฐาน
- ระบาวิทยาขับเคลื่อนด้วยข้อมูล และอาศัยแนวทางที่เป็นระบบและเป็นกลางในการรวบรวม วิเคราะห์ และตีความข้อมูล
- ระบาวิทยายังดึงเอาวิธีการจากสาขาวิทยาศาสตร์อื่นๆ มาใช้ร่วมกัน ได้แก่ ชีวสถิติและสารสนเทศ ชีววิทยา เศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมศาสตร์

ข้อมูลที่ได้ จากการ สอบถามโรค



DATA AND INFORMATION OF SUICIDE AND SUICIDE ATTEMPTS

การรวบรวมข้อมูลทำได้หลายวิธี

- Survey
- แจ้งการตาย (ใบมรณบัตร)
- สอบสวนและรายงาน (รง506S V11)
- การลงบันทึกในระบบข้อมูลของสถานบริการสาธารณสุข (HDC)

Data

Data

Processing

Information

บันทึก

รวบรวม

วิเคราะห์
ประมวลผล

- จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ
- จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย
- ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่ฆ่าตัวตายวิธีที่ใช้
- สถานที่ เวลาที่เกิดเหตุ
- เหตุปัจจัย
- Gap ของระบบสุขภาพ
- ผู้ได้รับผลกระทบ

- Crude suicide rate
- Age specific suicide rate
- Age adjusted suicide rate
- Suicide attempt rate
- Distribution of suicide and suicide attempt (Time, place, person)
- Cause and factors
- Gap of health service systems

ข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรคกรณีกระทำรุนแรงต่อตนเอง

การสอบสวนโรค กรณี SDV มีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลและหลักฐาน 3 ส่วนสำคัญ คือ

1

Individual
sociodemographic and
event information

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลของเหตุการณ์ตาม Time, place, person รวมทั้ง วิธีและกลไกที่ทำให้ตายหรือบาดเจ็บ

2

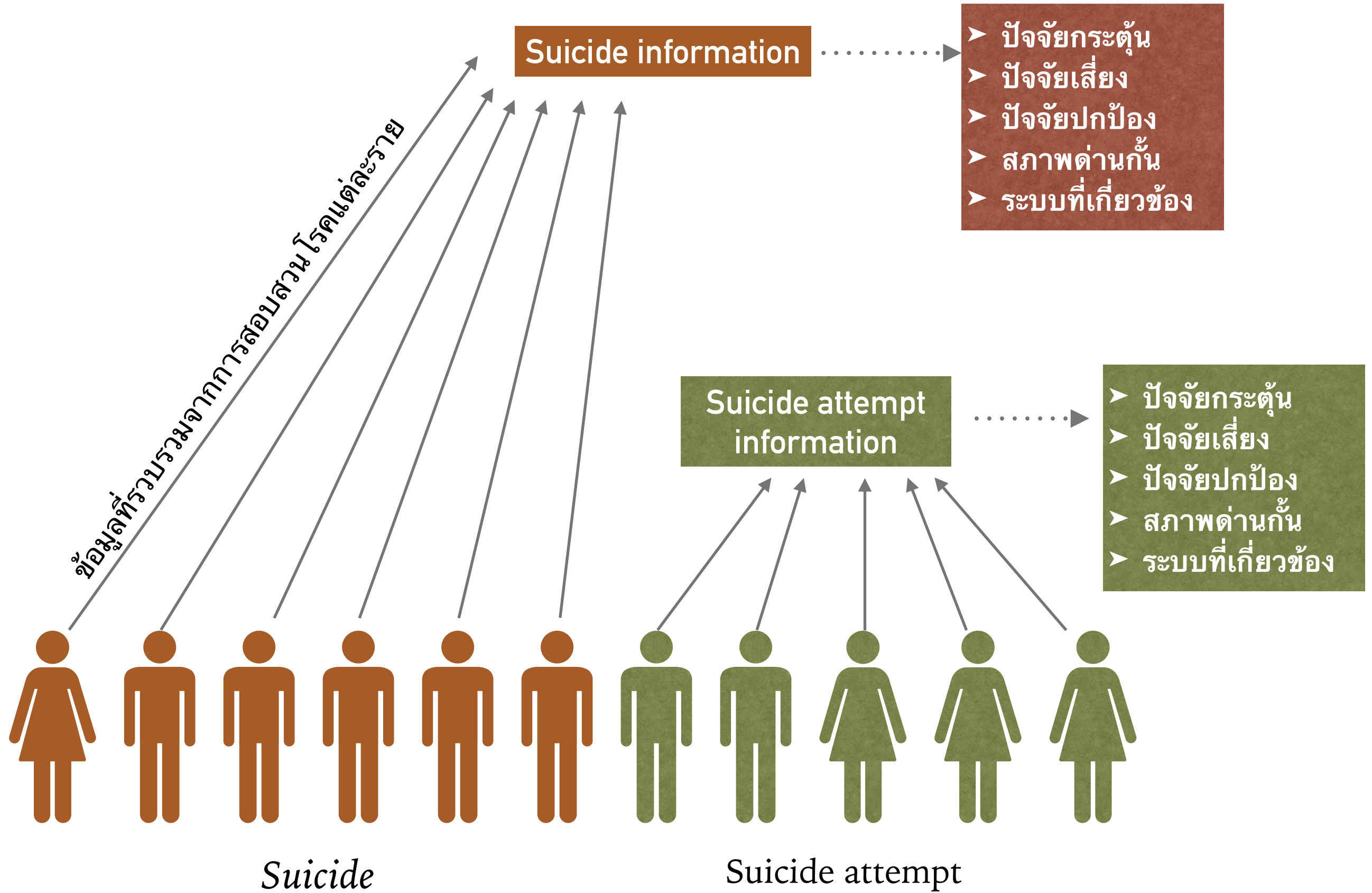
Causal factors
and barriers

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และด้านอื่น

3

Related Health systems

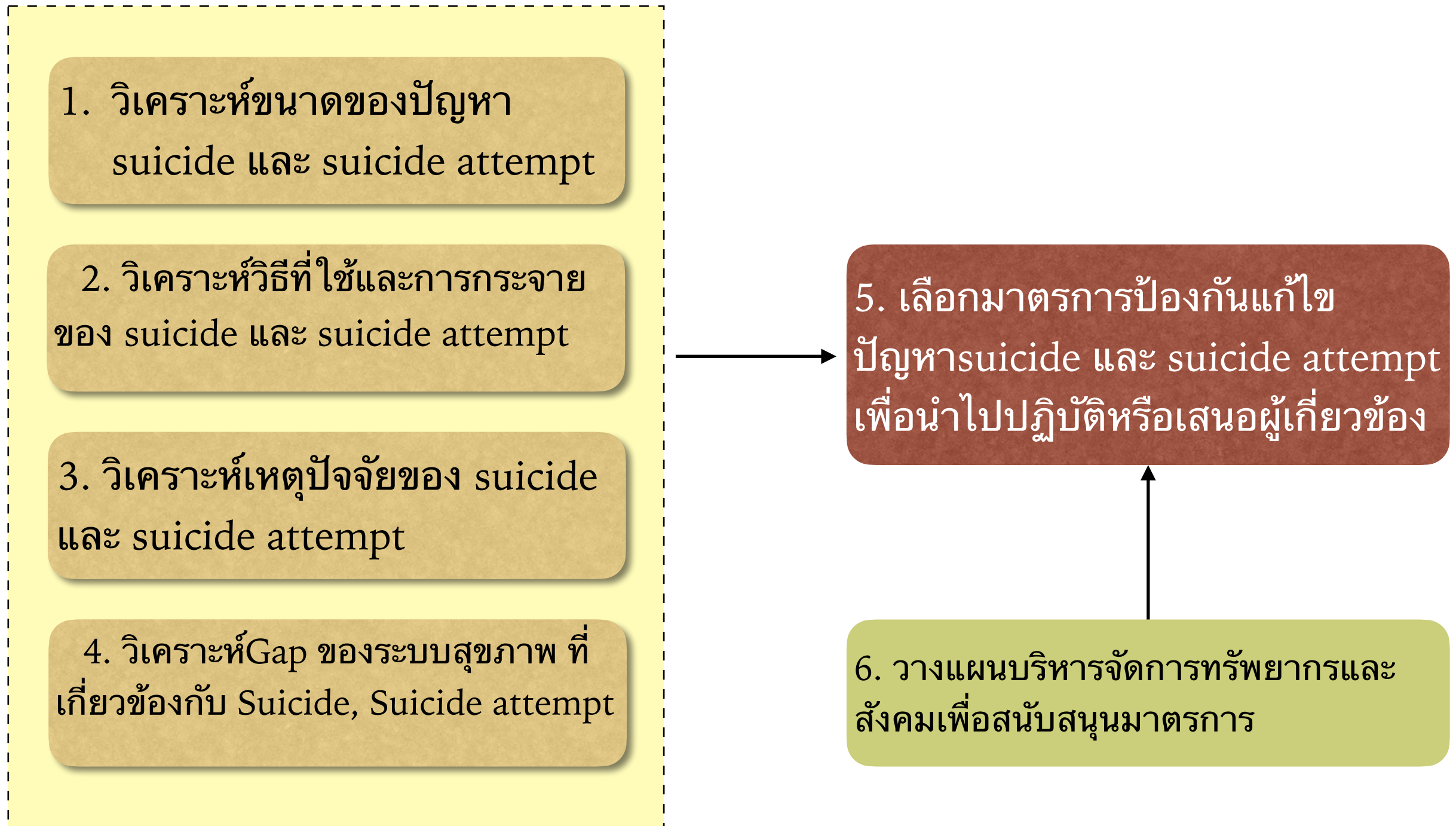
ประสิทธิภาพและจุดบกพร่องของระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในพื้นที่เกิดเหตุ



6 ขั้นตอนการนำ ข้อมูลไปใช้ ประโยชน์



ขั้นตอนนำข้อมูลจากการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายไปใช้ประโยชน์ ป้องกันแก้ไขปัญหา SUICIDE และ SUICIDE ATTEMPT ในพื้นที่



ควรแยกวิเคราะห์

```
graph TD; A[ควรแยกวิเคราะห์] --> B[SUICIDE]; A --> C[SUICIDE ATTEMPT];
```

SUICIDE

- ขนาด/ความถี่
- วิธีการ
- การกระจาย
- ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง
- Gap ของระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
- เลือกมาตรการป้องกันแก้ไข
- การวางแผนบริหารทรัพยากรและสังคมเพื่อสนับสนุนมาตรการ

SUICIDE ATTEMPT

- ขนาด/ความถี่
- วิธีการ
- การกระจาย
- ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง
- Gap ของระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
- เลือกมาตรการป้องกันแก้ไข
- การวางแผนบริหารทรัพยากรและสังคมเพื่อสนับสนุนมาตรการ

๕ ขั้นตอนที่ 1

วิเคราะห์ขนาดของปัญหา
suicide และ *suicide attempt*



SUICIDE MORTALITY RATE

อัตราการฆ่าตัวตาย (Suicide rate) สามารถวิเคราะห์ลักษณะเดียวกับ อัตราการตาย (Mortality or death rate) ซึ่งประกอบด้วย

1. อัตราการตายอย่างหยาบ (Crude death rate)
2. อัตราตายรายอายุ (age specific death rate)
3. อัตราตายปรับฐานอายุ (age standardized death rate or age adjusted death rate)

SUICIDE ATTEMPT RATE

อัตราพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt rate) สามารถวิเคราะห์ลักษณะเดียวกับ อัตราความชุก (prevalence rate) เนื่องจากอาจมีทั้ง รายใหม่และรายเก่าที่กระทำซ้ำในปี ประกอบด้วย

1. อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt rate)
2. อัตราพยายามฆ่าตัวตายรายอายุ (age specific suicide attempt rate)

ความชุก (PREVALENCE)

ความชุก (Prevalence) คือ จำนวนหรือขนาดของโรคที่มีอยู่ในขณะที่ทำการศึกษา

- **Period prevalence** คือ ค่าสัดส่วน หรือขนาดของโรคที่มีอยู่ ณ.ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น 1เดือน, 1ปี


$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ณ.ช่วงเวลาที่ศึกษา}}{\text{จำนวน population at risk ณ.ช่วงเวลาที่ศึกษา}}$$

Population at risk หมายถึง ประชากรที่มีโอกาสเกิดโรคที่กำลังศึกษา

$$\text{อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย} = \frac{\text{จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ในจังหวัด ในช่วงเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด ในจังหวัด ในช่วงเวลาที่กำหนด}}$$

อัตราการตายอย่างหยาบ (CRUDE DEATH RATE, CDR) AND CRUDE SUICIDE RATE (CSR)

- **CDR** คำนวณอัตราการตายทั่วไปของประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เช่น ชาย หญิง ในเมือง ชนบท จังหวัด รายเดือน รายปี
- ค่าอัตราการตายอย่างหยาบ(CDR)เป็นค่าที่แสดงปัญหา/ความรุนแรงที่แท้จริงของประชากรนั้น
- **อัตราการตายอย่างหยาบรายปี** คือจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกิดขึ้นในประชากรที่อาศัยในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ใดๆในปีนั้น ต่อประชากรของพื้นที่ทางภูมิศาสตร์นั้นในปีเดียวกัน
- **อัตราการฆ่าตัวตายอย่างหยาบรายปี Crude suicide rate)** คือ จำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในประชากรที่อาศัยในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ใดๆ ในปีนั้น ต่อ ประชากรของพื้นที่ทางภูมิศาสตร์นั้น ในปีเดียวกัน

$$\text{CSRของจังหวัด} = \frac{\text{จำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดในจังหวัดในช่วงเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมดในจังหวัดในช่วงเวลาที่กำหนด}}$$

หมายเหตุ ประชากรของจังหวัดอาจใช้ จำนวนประชากรกลางปี ของปีนั้นๆ

ประชากรปลายปี = ประชากรต้นปี + ย้ายเข้า - ย้ายออก + จำนวนคนเกิด - จำนวนคนตาย

AGE SPECIFIC DEATH RATE AND AGE STANDARDIZED DEATH RATE (ASR)

Table 4. WHO World Standard Population Distribution (%), based on world average population between 2000-2025

Age group	World Average 2000-2025
0-4	8.86
5-9	8.69
10-14	8.60
15-19	8.47
20-24	8.22
25-29	7.93
30-34	7.61
35-39	7.15
40-44	6.59
45-49	6.04
50-54	5.37
55-59	4.55
60-64	3.72
65-69	2.96
70-74	2.21
75-79	1.52
80-84	0.91
85-89	0.44
90-94	0.15
95-99	0.04
100+	0.005
Total	100

- **Age specific death rate** คือ อัตราการตามตามช่วงอายุต่างๆ
- **age standardized death rate (ASDR)** คือ อัตราการตายที่ปรับฐานอายุ เนื่องจากจำนวนผู้เสียชีวิตต่อประชากร 100,000 คนได้รับอิทธิพลจากการกระจายอายุของประชากร ประชากรสองกลุ่มที่มี Age specific death rate เท่ากันสำหรับสาเหตุการตายหนึ่งๆ จะมีอัตราการเสียชีวิตโดยรวมที่แตกต่างกันหากการกระจายอายุของประชากรต่างกัน
- **Standard population** กำหนดขึ้นโดย WHO เพื่อสะท้อนโครงสร้างอายุเฉลี่ยของประชากรโลกในรุ่นต่อไป ตั้งแต่ปี 2000 ถึง 2025 ใช้สำหรับคำนวณ Age standardized death rate เพื่อปรับความแตกต่างการกระจายอายุของประชากร
- **ASDR ใช้สำหรับเปรียบเทียบ** ระหว่าง จังหวัด ,ประเทศ หรือต่างห้วงเวลา ที่ประชากรมีความแตกต่างของการ กระจายอายุ

Age standardized suicide mortality rate ก็สามารถใช้หลักการเดียวกันนี้

วิธีการคำนวณ AGE STANDARDIZED DEATH RATE (ASDR) หรือ AGE ADJUSTED DEATH RATE

- การคำนวณหา ASDR มี2วิธี คือ วิธีทางตรง(direct method)และ วิธีทางอ้อม(Indirect method)
- การคำนวณ ASDR ด้วยวิธีทางตรง(Calculating : adjusted death rate by direct method) เริ่มต้นด้วยการหา Age Specific death rate แต่ละช่วงอายุ แล้ว คูณด้วย สัดส่วนแต่ละช่วงอายุตาม Standard Population ซึ่งผลรวมdeath rateทุกช่วงอายุก็คือ ASDR

$$DSR_a = \sum r_{ia} \left(\frac{n_{is}}{\sum_i n_{is}} \right)$$
$$DSR_b = \sum r_{ib} \left(\frac{n_{is}}{\sum_i n_{is}} \right)$$

- DSRa : direct standardized rate ของประชากร A
- DSRb : direct standardized rate ของประชากร B
- n_{is} คือประชากรกลางปีในกลุ่มอายุ i ของประชากรมาตรฐาน
- r_{ia} และ r_{ib} คืออัตราการตายในกลุ่มอายุ i ในประชากร A และ B ตามลำดับ

ASDR = Summation of (Age specific death rate X standard proportion)

AGE SPECIFIC SUICIDE AND AGE STANDARDIZED SUICIDE RATE (ASSR) ประเทศไทย ปีงบฯ 2565

กลุ่มอายุ	1 ประชากร ¹ (คน)	2 จำนวนฆ่าตัวตาย ² (คน)	3 Age specific rate (แสนประชากร)	4 สัดส่วนประชากร มาตรฐาน WHO	(3x4) Standardized rate (ต่อแสน)
เด็กปฐมวัย (0-4ปี)	3,043,099	0	0	0.0886	0
วัยเรียน (5-14ปี)	7,600,871	24	0.32	0.1729	0.05
วัยรุ่น/วัยนักศึกษา (15-19ปี)	3,990,028	115	2.88	0.0847	0.24
วัยทำงาน (20-59ปี)	38,676,989	3,684	9.53	0.5346	5.09
วัยสูงอายุ (60ปีขึ้นไป)	11,901,964	1,227	10.3	0.1192	1.23
รวม	65,212,951	5,050	-	1	6.61

Crude suicide rate = $(5050/65,212,951) \times 10^5 = 7.74$ ต่อแสนประชากร



Age standardized
suicide rate

1. ประชากรกลางปี2564 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจากใบมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

ตัวอย่างการคำนวณ AGE STANDARDIZED SUICIDE RATE (ASSR) PER 100,000

1 กลุ่ม อายุ	2 จำนวนประชากร ของจังหวัดA	3 จำนวน ตาย	4 Suicide rate 100000	5 DSRa (4x6)	6 สัดส่วนประชากร มาตรฐาน WHO	7 จำนวนประชากร ของจังหวัดB	8 จำนวน ตาย	9 Suicide rate 100000	10 DSRb (9x6)
0-4	60443	0	0.0000	0.0000	0.0886	15685	0	0.0000	0.0000
5-9	81267	0	0.0000	0.0000	0.0869	18042	0	0.0000	0.0000
10-14	90483	2	2.2104	0.1901	0.086	18438	1	5.4236	0.4664
15-19	92444	8	8.6539	0.7330	0.0847	18991	0	0.0000	0.0000
20-24	93026	15	16.1245	1.3254	0.0822	22415	4	17.8452	1.4669
25-29	81514	11	13.4946	1.0701	0.0793	28210	1	3.5448	0.2811
30-34	73672	21	28.5047	2.1692	0.0761	28249	13	46.0193	3.5021
35-39	80326	19	23.6536	1.6912	0.0715	30161	10	33.1554	2.3706
40-44	90213	30	33.2546	2.1915	0.0659	28466	10	35.1296	2.3150
45-49	106485	29	27.2339	1.6449	0.0604	27784	12	43.1903	2.6087
50-54	114764	17	14.8130	0.7955	0.0537	31969	14	43.7924	2.3517
55-59	102248	14	13.6922	0.6230	0.0455	36659	16	43.6455	1.9859
60 up	280882	26	9.2566	1.1034	0.1192	95641	24	25.0938	2.9912
รวม	1,347,767	192		13.5373	1	400,710	105		20.3395

CSRa = (192/1,347,767)*10⁵ = 14.2458

ASSR = 13.5 per 100,000

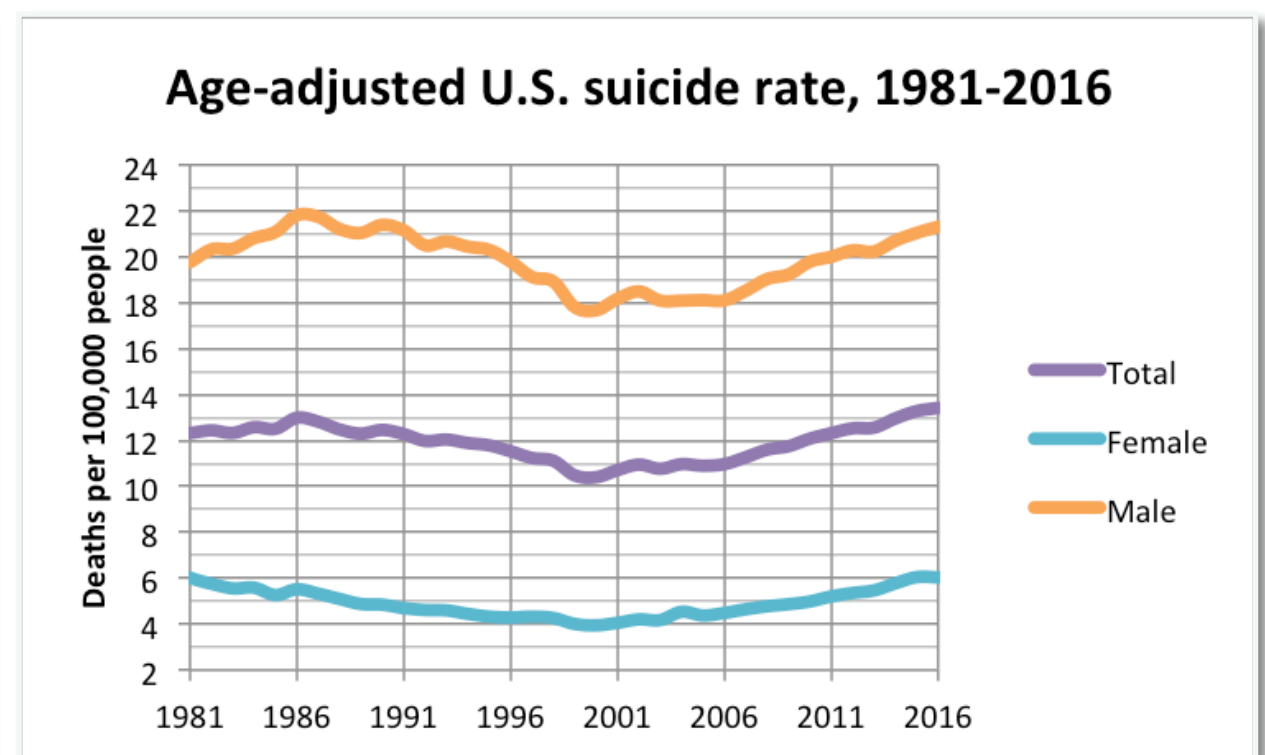
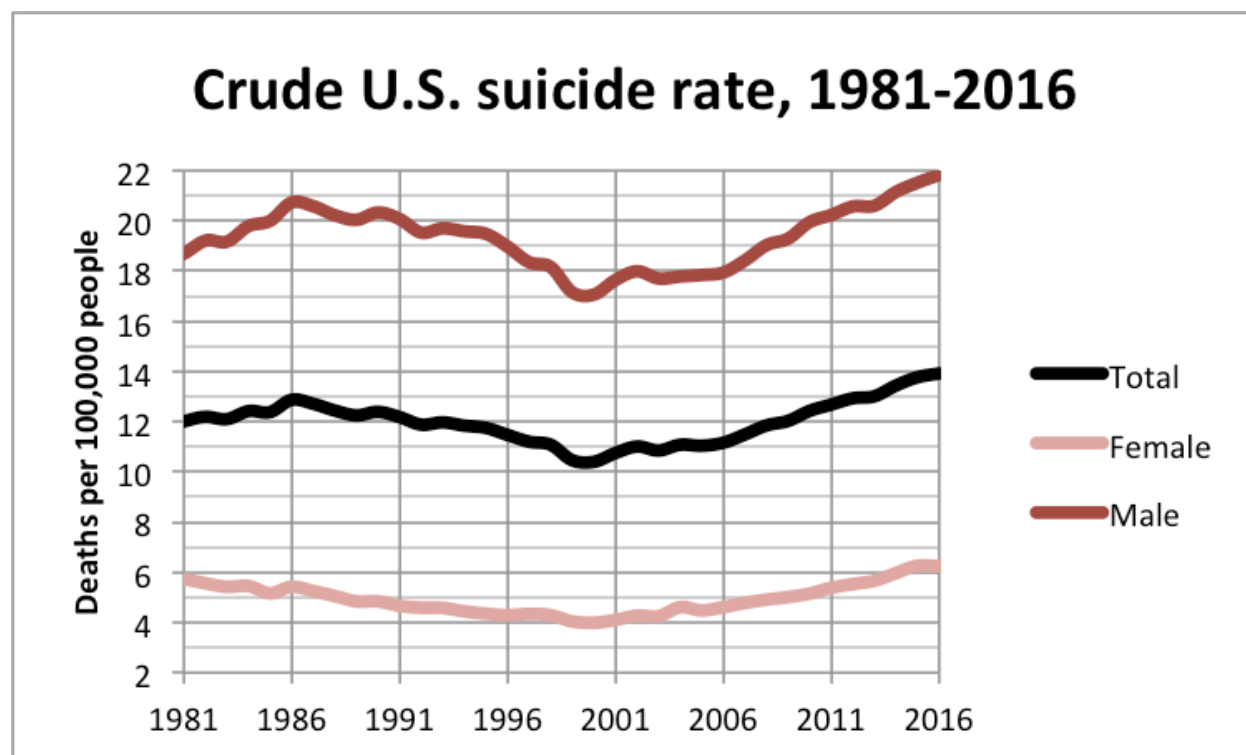
CSRb = (105/400,710)*10⁵ = 26.2035

ASSR = 20.3 per 100,000

DSR = direct standardized rate

การรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายด้วย อัตราการฆ่าตัวตาย

- ควรแสดงค่า ทั้ง **Crude Suicide rate** และ **Age standardized Suicide rate** หรือ **Age adjusted suicide rate**
- หากต้องการแสดงให้เห็นแนวโน้มควรแสดงเป็นกราฟเส้น (ระหว่างปีควรวิเคราะห์รายเดือน)



๕ ขั้นตอนที่ 2

.....
วิเคราะห์วิธีที่ใช้และการกระจาย
ของ *Suicide* และ *Suicide attempt*



แนวทางการวิเคราะห์การกระจายของ SUICIDE และ SUICIDE ATTEMPT

TIME

- เวลาที่กระทำ
- เดือน
- วันในสัปดาห์

PLACE

- จำแนกตามจังหวัด อำเภอ
- จำแนกตามสถานที่เกิดเหตุ เช่น ในบ้าน อาคารสาธารณะ หุ่นยนต์ ป่าชุมชน สะพาน น้ำตก หน้าผา

PERSON

- จำแนกตามเพศ
- จำแนกตามกลุ่มอายุ
- จำแนกตามอาชีพ
- จำแนกตามสถานะสมรส
- จำแนกตามรายได้

METHODS

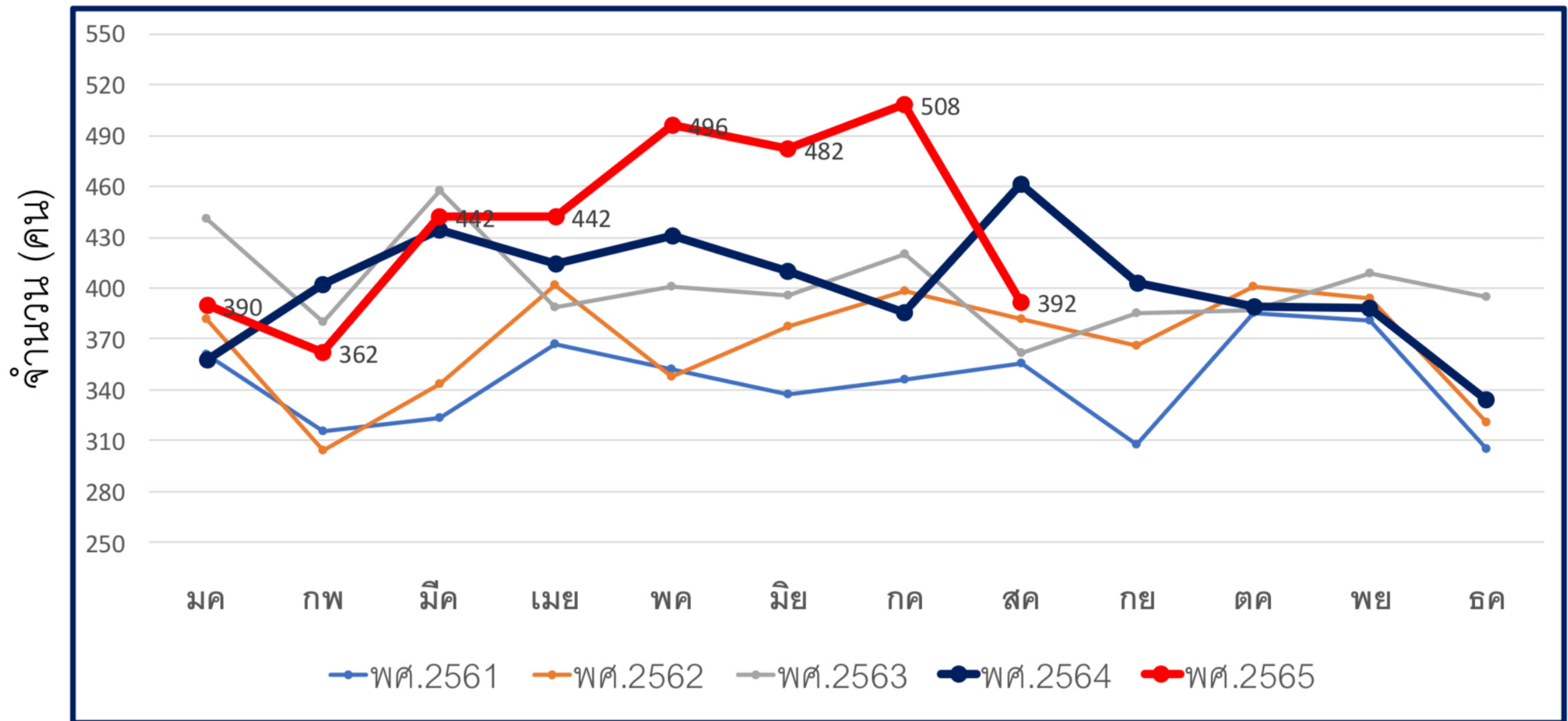
- วิธีที่ใช้ฆ่าตัวตาย ควรวิเคราะห์เป็นร้อยละเรียงลำดับจากน้อย
- หากเป็นสารเคมี หรือยา ควรนำชื่อยาหรือสารเคมีมาวิเคราะห์หาความถี่ร้อยละ

การจำแนกกลุ่มอายุที่แนะนำ สามารถคำนวณ ASSR ได้ง่าย

- | | |
|--------------------------|------------|
| 1. กลุ่มเด็กปฐมวัย | 0-4ปี |
| 2. กลุ่มวัยเรียน | 5-14ปี |
| 3. กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา | 15-19ปี |
| 4. กลุ่มวัยทำงาน | 20-59ปี |
| 5. กลุ่มวัยสูงอายุ | 60ปีขึ้นไป |

ตัวอย่างการกระจายตาม TIME ของการฆ่าตัวตายสำเร็จ

จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย จำแนกรายเดือน เปรียบเทียบ 5 ปี

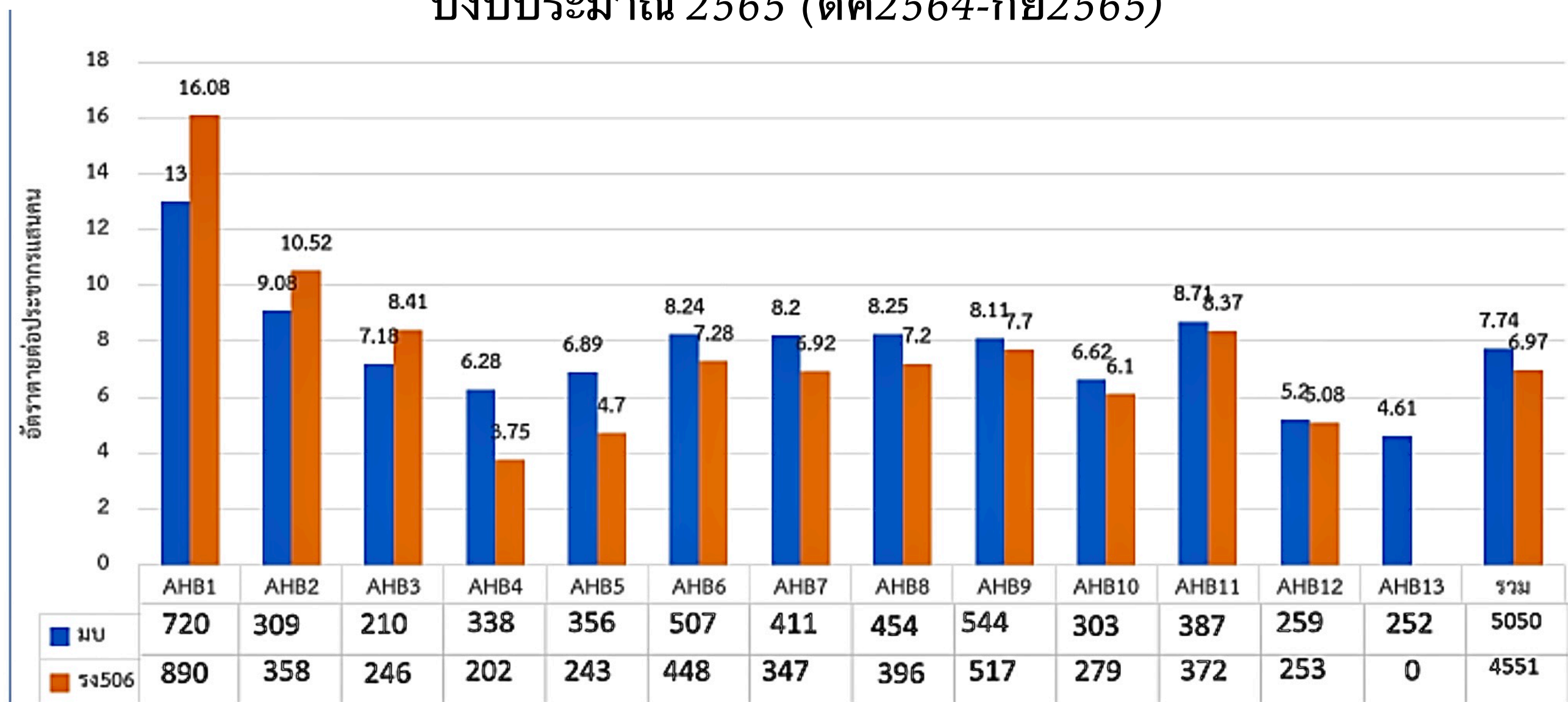


แหล่งข้อมูล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (ใบมรณบัตร)

ตัวอย่างวิเคราะห์การกระจายของ SUICIDE ตาม PLACE

Crude suicide rate จำแนกตามรายเขตสุขภาพ

ปีงบประมาณ 2565 (ตค2564-กย2565)



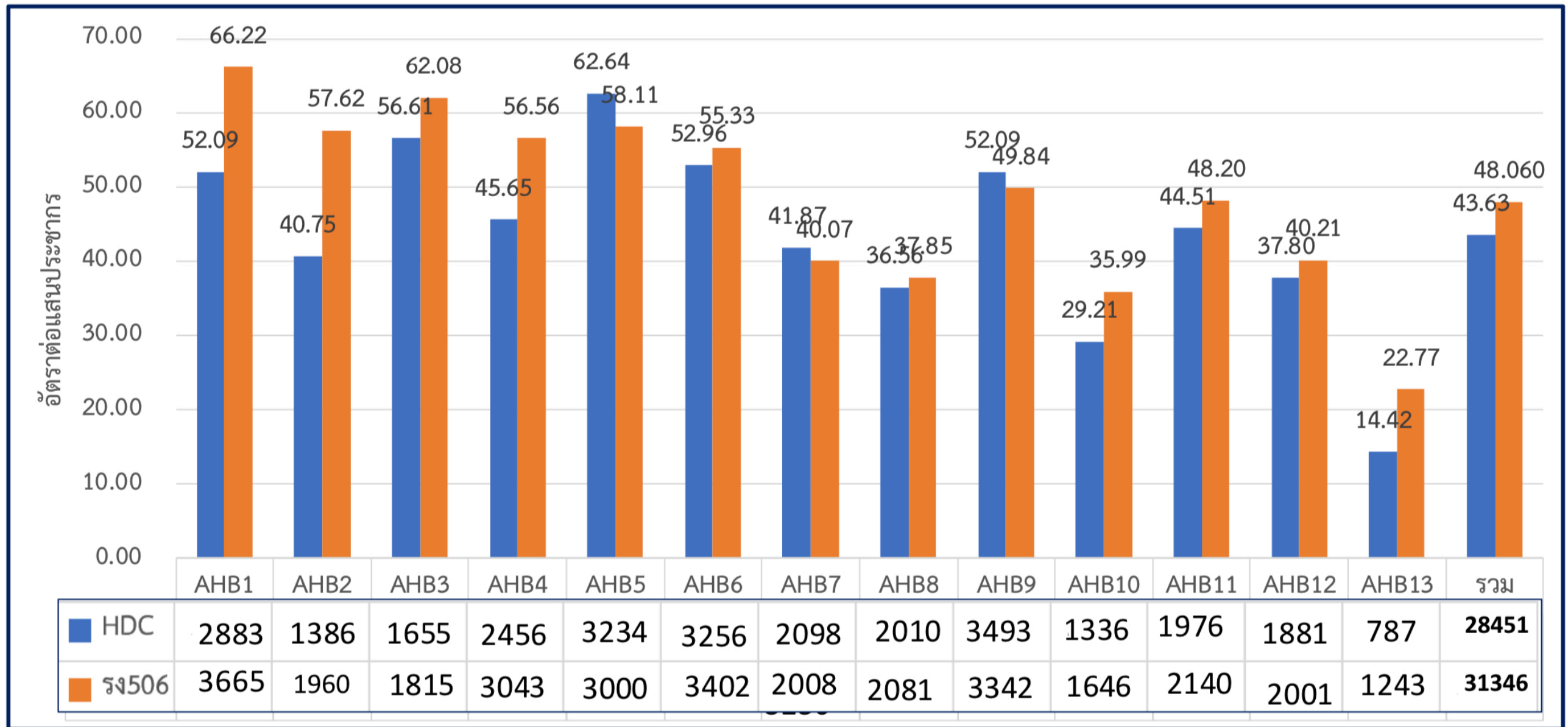
แหล่งข้อมูล: ไบรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ

ตัวอย่างวิเคราะห์การกระจายของ SUICIDE ATTEMPT ตาม PLACE

กราฟเปรียบเทียบอัตราผู้พยายามทำร้ายตนเอง จำแนกตามเขตบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565

เปรียบเทียบข้อมูล ระหว่าง HDC และ รง 506 S ช่วงเดือน ตุลาคม 2564- กันยายน 2565



แหล่งข้อมูล <https://hdcservice.moph.go.th> (HDC)

รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ

ตัวอย่าง: การวิเคราะห์การกระจายของปัญหาSUICIDE & SUICIDE ATTEMPT ตามกลุ่มอายุ

อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ (*crude Suicide rate*) = 7.74/แสนประชากร

อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย = 48.06 /แสนประชากร

กลุ่มอายุ	ประชากร ¹ (คน)	จำนวนฆ่าตัวตาย ² (คน)	Suicide rate (แสนประชากร)	จำนวนพยายาม ฆ่าตัวตาย ³ (คน)	Suicide attempt rate (ต่อแสน ประชากร)
เด็กปฐมวัย (0-4ปี)	3,043,099	0	0	0	0
วัยเรียน (5-14ปี)	7,600,871	24	0.32	3,178	41.81
วัยรุ่น/วัยนักศึกษา (15-19ปี)	3,990,028	115	2.88	8,953	224.38
วัยทำงาน (20-59ปี)	38,676,989	3,684	9.53	17,499	45.24
วัยสูงอายุ (60ปีขึ้นไป)	11,901,964	1,227	10.31	1,716	14.42
ภาพรวมประเทศ	65,212,951	5,050	7.74	31,346	48.06

1. ประชากรกลางปี2564 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

2. ข้อมูลจากใบมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

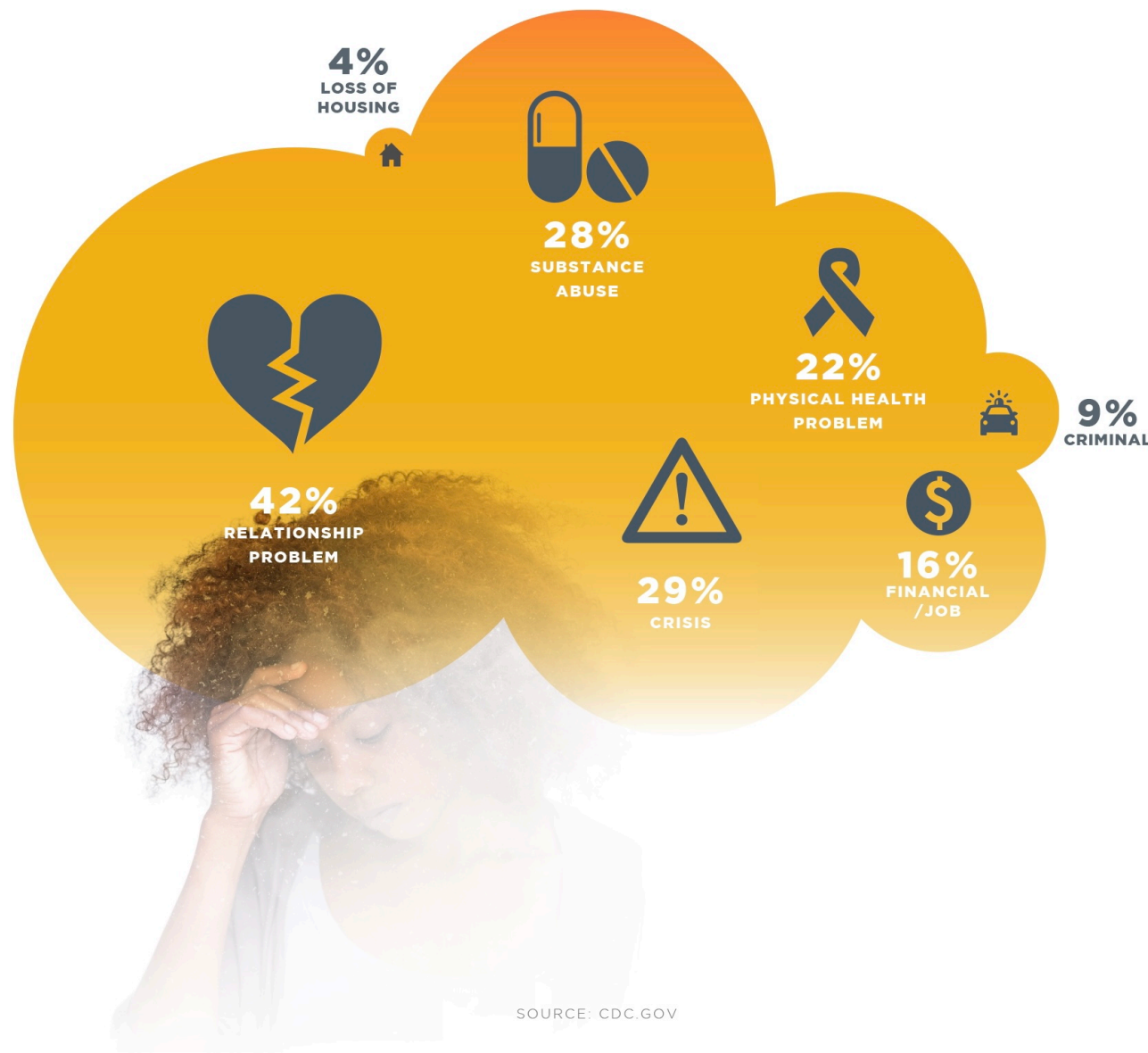
3. ข้อมูลจาก รง 506S

๕ ขั้นตอนที่ 3

วิเคราะห์เหตุและปัจจัยของ
Suicide และ *Suicide attempt*



แนวทางหาสาเหตุและกลไกSUICIDE



- การศึกษาให้เข้าใจเหตุปัจจัย และ กลไกการฆ่าตัวตาย ควรอาศัยข้อมูล ทั้งภาคทฤษฎี และข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น ในพื้นที่
- ข้อมูลภาคทฤษฎี ควรใช้หลักการของ evidence base medicine คือใช้หลักฐานทางวิชาการที่ดีที่สุด ถูกต้องน่าเชื่อถือที่สุดและเป็นปัจจุบันที่สุด ผ่าน critical appraisal แล้ว
- ข้อเท็จจริงในพื้นที่ ควรครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน จากการสอบสวนโรค หรือการศึกษาทางระบาดวิทยาเชิง วิเคราะห์ หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์เหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายในจังหวัด

วิเคราะห์จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ครอบคลุม
ถ้วนสมบูรณ์ เช่น รายงานการสอบสวนโรค
และ รง506S

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้างที่พบ
ในผู้ที่ฆ่าตัวตายใน
จังหวัด?

เรียงตามลำดับความถี่

ปัจจัยกระตุ้น

อะไรเป็นสิ่งกระตุ้น หรือ
ปัจจัยกระตุ้นที่พบบ่อยใน
ผู้ที่ฆ่าตัวตายของจังหวัด?

เรียงตามลำดับความถี่

ด้านกั้น Barriers

ในจังหวัดของเรา ปัจจัย
ปกป้อง ระดับบุคคล ระดับ
ครอบครัว ระดับชุมชน และ
ระบบบริการสาธารณสุข
อะไรบ้างที่ขาดหายไปหรือมี
น้อยกว่าที่ควร ?

ปัจจัยปกป้อง

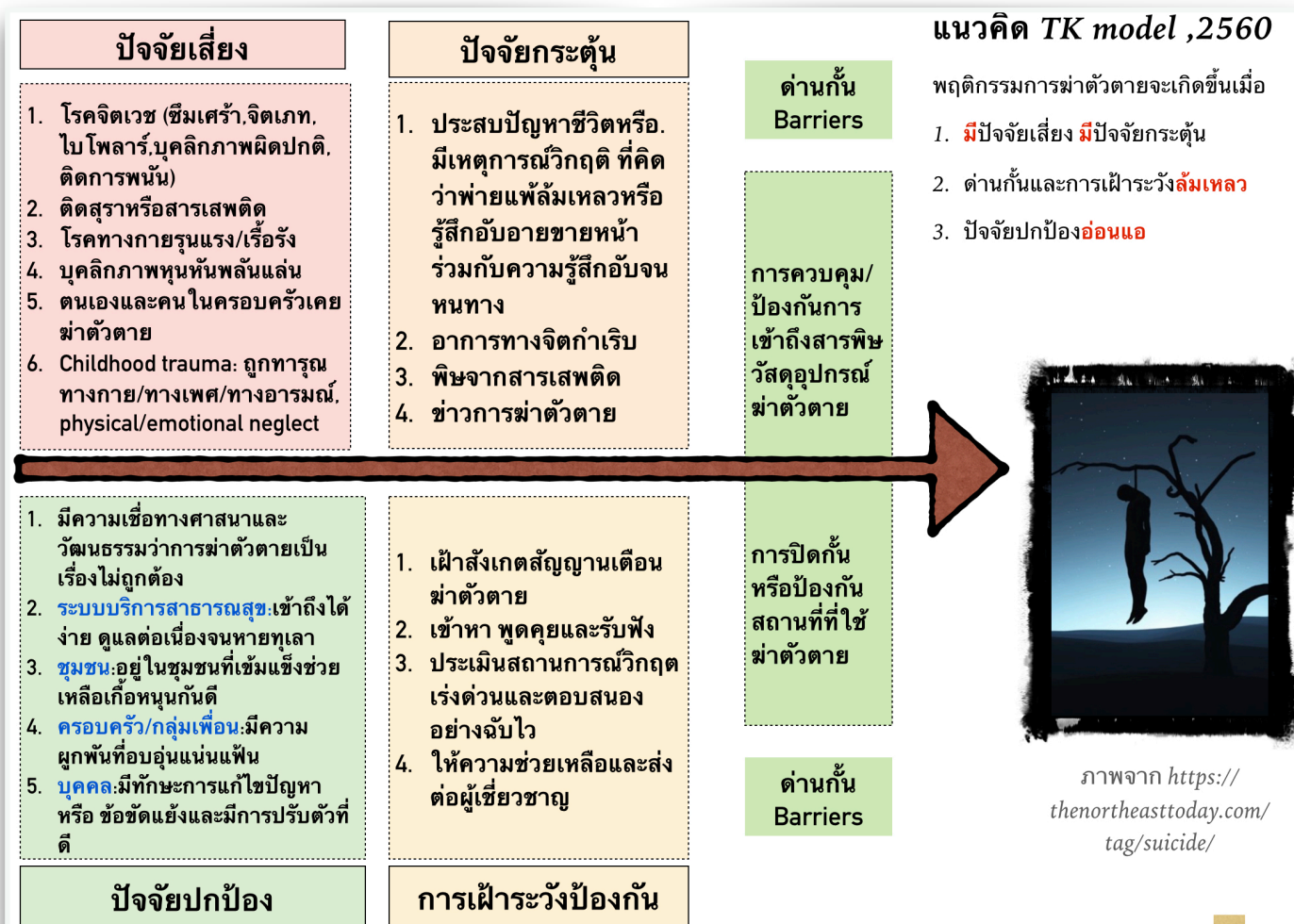
การเฝ้าระวังป้องกันฆ่าตัว
ตายในครอบครัว ในชุมชน
และในระบบสาธารณสุขมี
หรือไม่ ถ้ามีแล้วเกิดช่องโหว่
อย่างไรถึงเกิดการฆ่าตัวตาย
ในจังหวัด ?

การเฝ้าระวังป้องกัน

ด้านกั้นอะไร
ที่ควรมีหรือมี
แต่ล้มเหลว
ไม่สามารถ
สกัดกั้นการ
ฆ่าตัวตาย
ครั้งนี้ได้



การวิเคราะห์ปัจจัยการฆ่าตัวตาย



นำข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรคทุกรายมาวิเคราะห์ให้เห็นภาพรวมของจังหวัด

ข้อมูลเชิงปริมาณ:

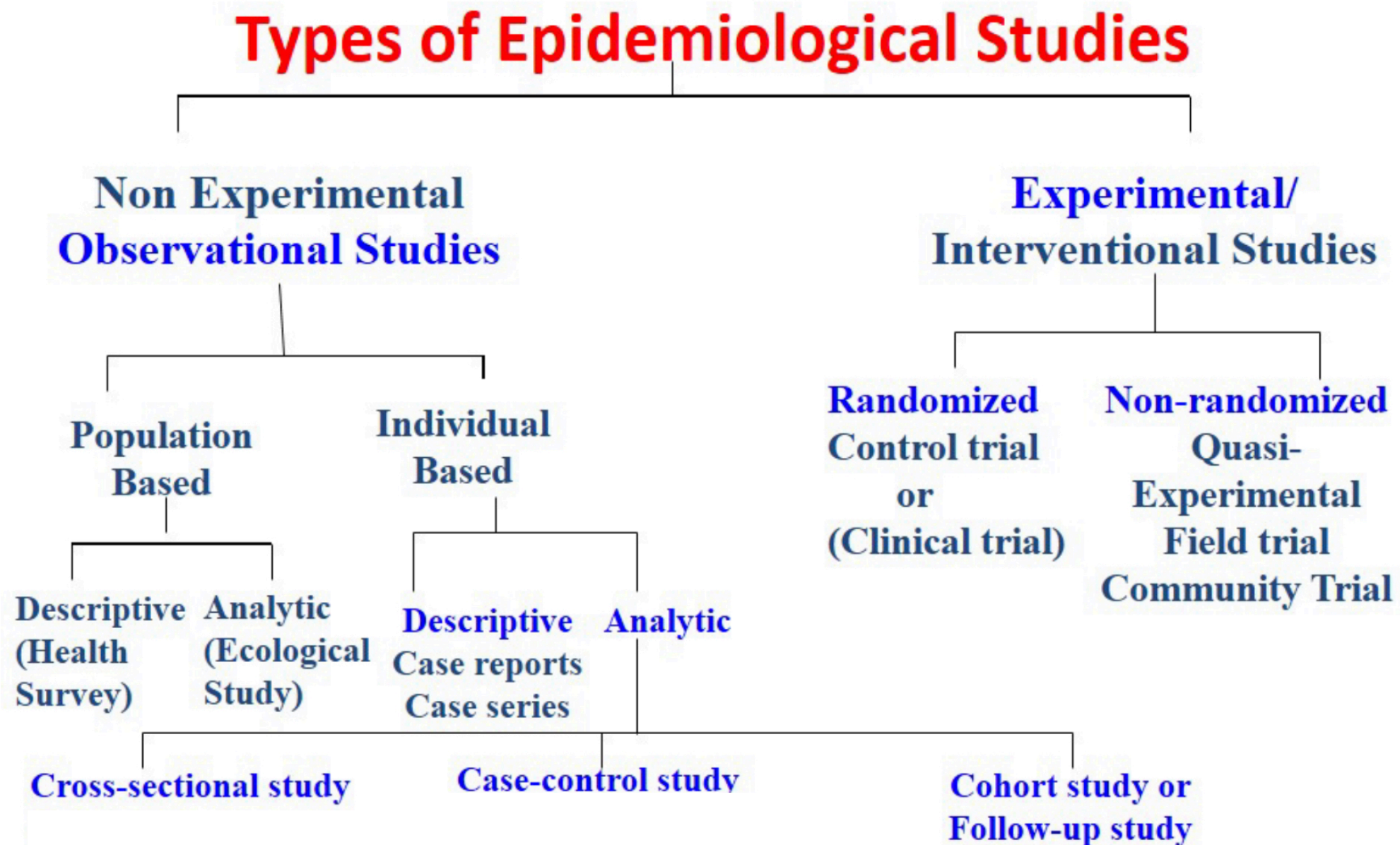
- ร้อยละของปัจจัยเสี่ยงเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย
- ปัจจัยกระตุ้นเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย
- วิธีการฆ่าตัวตายและวิธีทำให้เสียชีวิต (ร้อยละ)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ:

- สรุปลักษณะ 1) ปัจจัยปกป้องที่ควรมีแต่ไม่มีในชุมชนและครอบครัว 2) ปัจจัยปกป้องที่มีอยู่แต่ไม่เข้มแข็ง
- วิเคราะห์การเฝ้าระวังป้องกันสัญญาณเตือนและการฆ่าตัวตายในครอบครัวและในชุมชน มีข้อบกพร่องอย่างไรบ้าง
- ด้านกั้นการเข้าถึงสารพิษ วัสดุ และสถานที่ฆ่าตัวตายมีการป้องกันดีหรือไม่ บกพร่องอย่างไร

การศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยา เพื่อหาสาเหตุและปัจจัยของปัญหาสุขภาพ

.....



วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2565

ปัจจัยเสี่ยง

1. ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง 30.3%
2. ป่วยโรคจิตเวช 24.2%
3. ใช้แอลกอฮอล์ 21%
4. เคยทำร้ายตนเอง 12.1%
5. ติดสารเสพติด 10.4%

ปัจจัยกระตุ้น

1. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 48.7%
2. ปัญหาเศรษฐกิจ 22.6%

ด้านกั้น Barriers (ลั้มเหลว)

การควบคุม/
ป้องกันการเข้าถึงสารพิษและ
วัสดุอุปกรณ์
ใช้ฆ่าตัวตาย

การปิดกั้นหรือ
ป้องกันสถานที่
ที่ใช้ฆ่าตัวตาย



เพศชาย
79.5%

- ผูกคอ 82.6%
- ปีน 6.2%
- ยากำจัดวัชพืช 3.3%



- อาชีพรับจ้าง 34.5%

1. ไม่มีข้อมูล

ปัจจัยป้องกัน (อ่อนแอ)

1. เฝ้ารวังสัญญาณเตือนพบ 25.8%

การเฝ้ารวังป้องกัน (ลั้มเหลว)

วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2565

ปัจจัยเสี่ยง

1. ป่วยโรคจิตเวช 30.2%
2. เคยทำร้ายตนเอง 30.6%
3. ใช้แอลกอฮอล์ 16.2%
4. ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง 12.9%
5. ติดสารเสพติด 11.1%

ปัจจัยกระตุ้น

1. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 80.7%
2. ปัญหาเศรษฐกิจ 25.3%

ด้านกั้น Barriers (ลั้มเหลว)

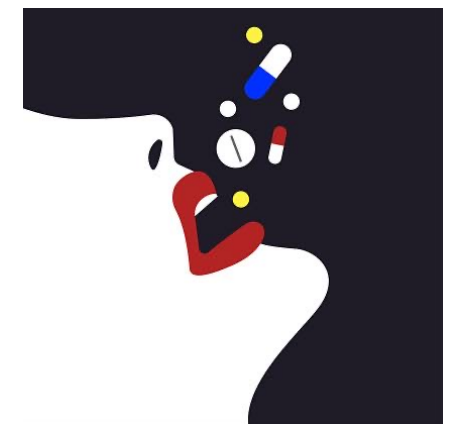
การควบคุม/
ป้องกันการเข้าถึงสารพิษและ
วัสดุอุปกรณ์
ใช้ฆ่าตัวตาย

การปิดกั้นหรือ
ป้องกันสถานที่
ที่ใช้ฆ่าตัวตาย



เพศหญิง
73.2%

- กินยาเกินขนาด 59.5%
- ใช้ของมีคม 9.3%
- ผูกคอ 8.5%



- นักเรียน/นักศึกษา/ไม่ได้ทำงาน 44.6%
- อายุ 15-19 ปี 28.2%

• ไม่มีข้อมูล

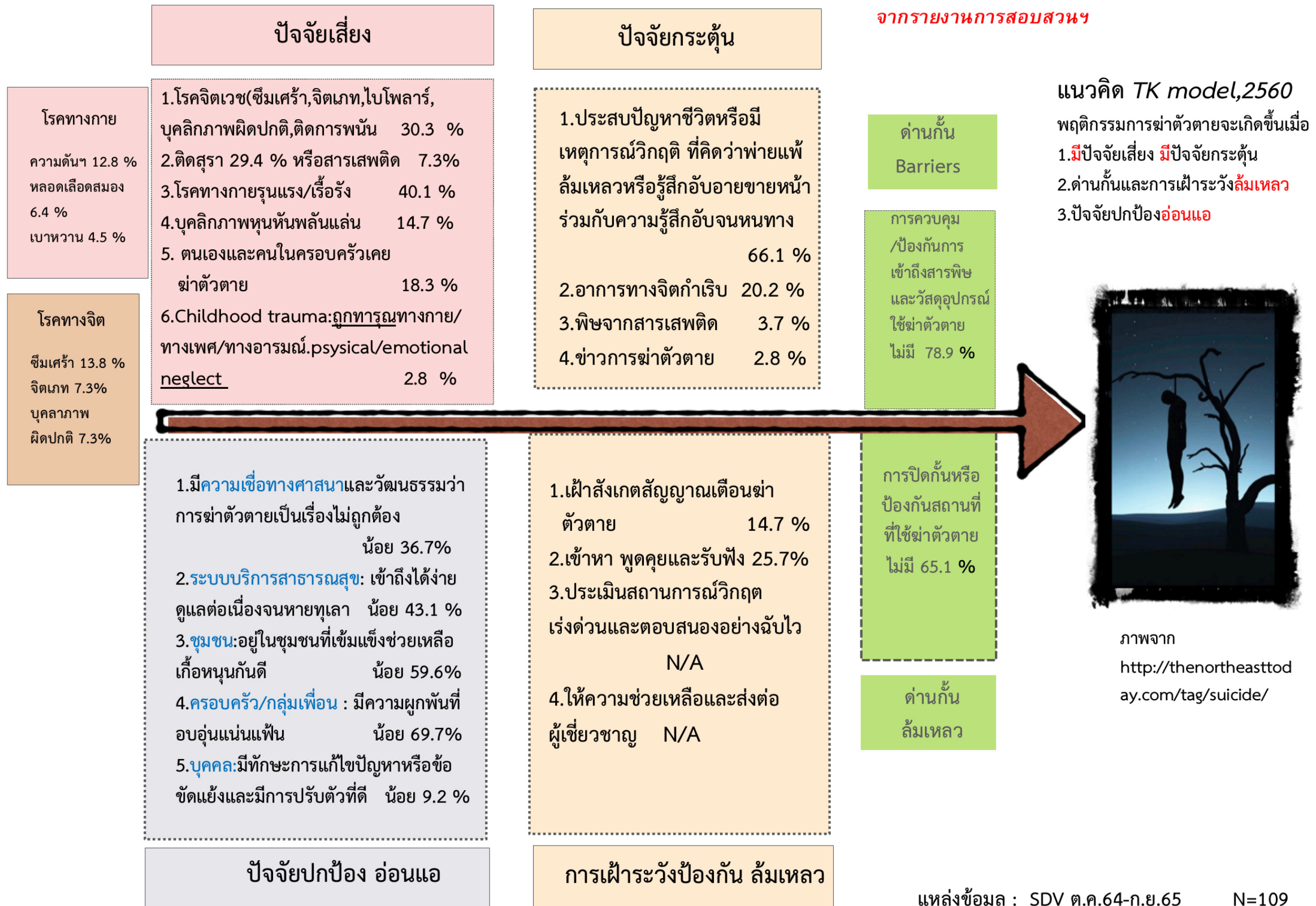
ปัจจัยป้องกัน
(อ่อนแอ)

- เผื่อระวังสัญญาณเตือนพบ 11.6%

การเผื่อระวังป้องกัน
(ลั้มเหลว)

ตัวอย่าง ผลการนำข้อมูลการสอบสวนโรคมาวิเคราะห์เหตุปัจจัย

วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดเชียงรายปีงบประมาณ 2565



๕ ขั้นตอนที่ 4

วิเคราะห์ Gap ระบบสุขภาพ
ที่เกี่ยวข้อง



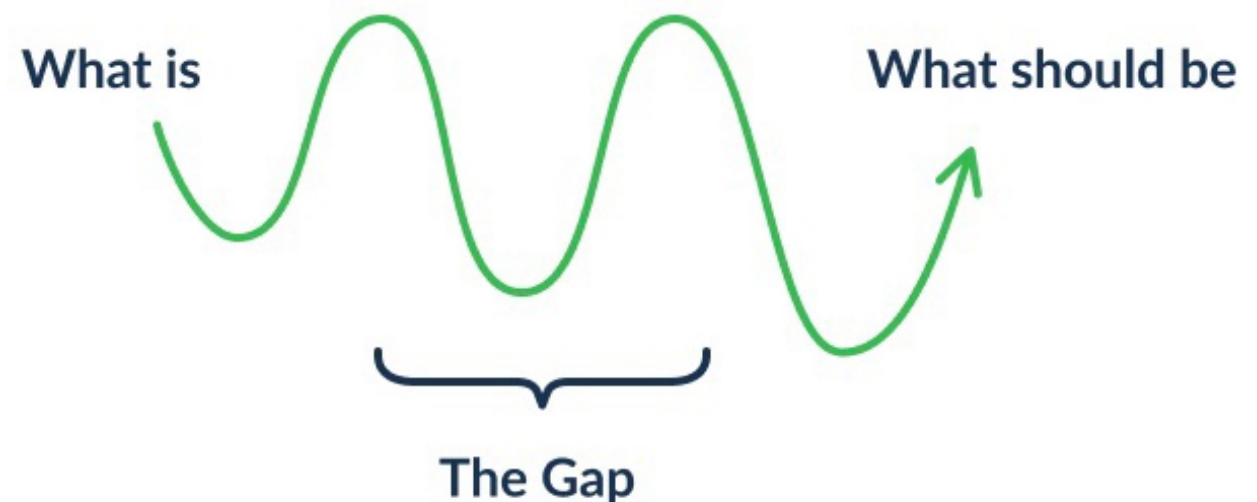
วิเคราะห์ให้เห็น Gap ในระบบทั้ง 4ระบบ เพื่อให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไข

ระบบเฝ้าระวังและติดตาม
ผู้มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

ระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือ

ระบบติดตามดูแลผู้ป่วยติดสุรา

ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคจิต
และโรคซึมเศร้า



ระบบที่ต้องวิเคราะห์ และ จุดสำคัญที่ต้องพิจารณา

What should be..

ระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือ
กรณีกระทำรุนแรงต่อตนเอง และ
ฆ่าตัวตาย

จังหวัดควรมีจุดแจ้งเหตุให้ผู้พบเห็นการการทำรุนแรงต่อตนเอง
และญาติที่พบสัญญาณเตือนสามารถติดต่อแจ้งได้ 24ชม และมีทีม
ช่วยเหลือเช่น ทีมกู้ชีพ หรือ *hope task force* ที่พร้อมช่วยชีวิต

ระบบเฝ้าระวังและติดตาม
ผู้มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

ควรบ่งชี้กลุ่มเสี่ยงในจังหวัดแล้วประเมินความเสี่ยงและแนวโน้ม
ฆ่าตัวตายสม่ำเสมอเพื่อดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมทันท่วงที
และอบรมญาติให้สามารถสังเกตสัญญาณเตือน รวมทั้งมีช่องทาง
ให้ญาติติดต่อกับทีมสุขภาพจิตที่สะดวกรวดเร็ว

ระบบคัดกรองและบำบัดรักษา
ผู้ติดสุราและผู้ติดสารเสพติด

ผู้ใช้สุรา/ยาเสพติดใช้ควรได้รับการประเมินด้วย *AUDIT* หรือ
ASSIT เพื่อประเมินว่าถึงขั้น *dependence* หรือไม่ แล้วนำเข้าสู่
กระบวนการรักษา ในรายที่รักษาหายแล้วก็ต้องมีการติดตาม
ป้องกันการกลับไปติดซ้ำ

ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า
และโรคจิต

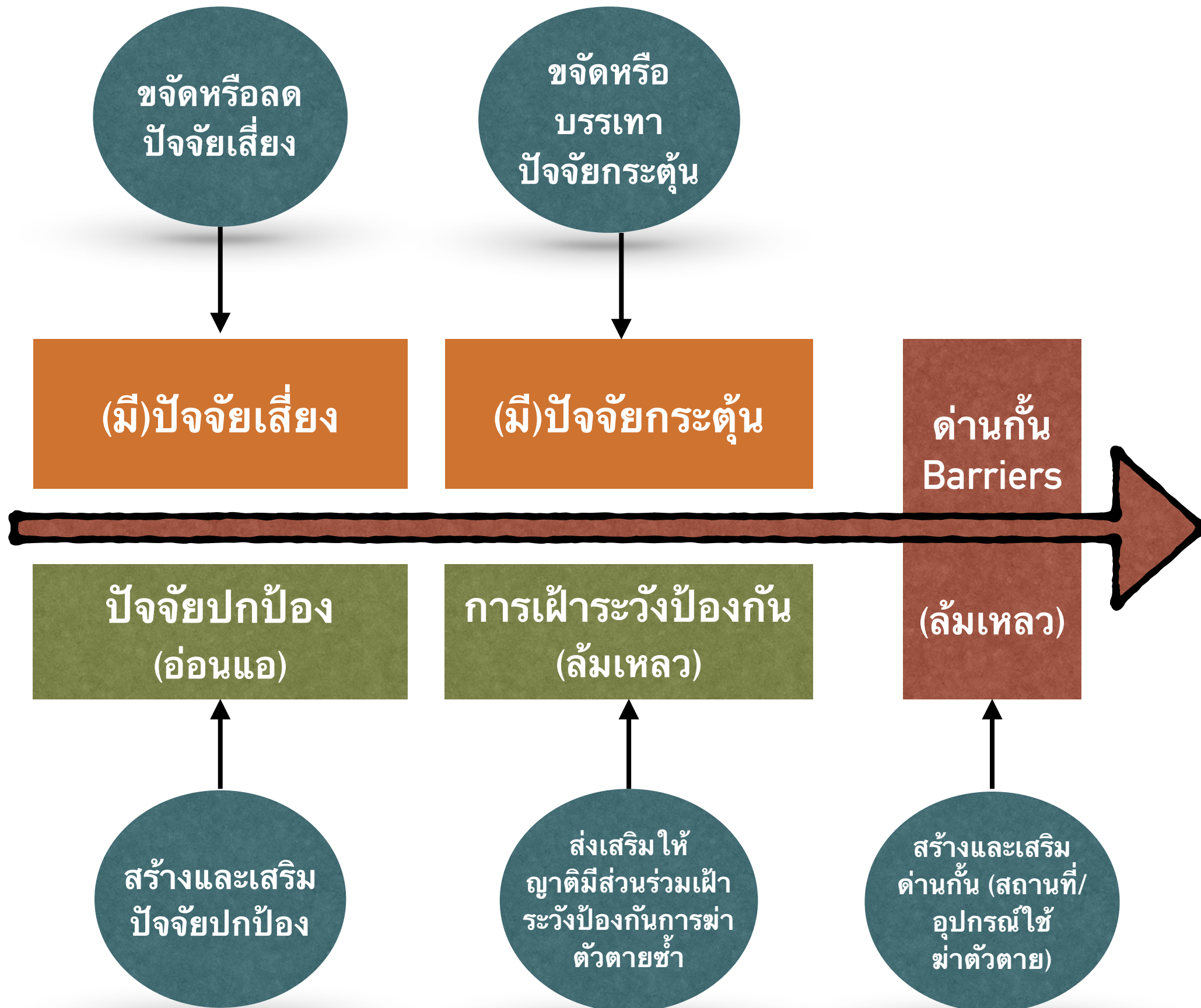
ควรคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า 7กลุ่มทุกครั้งที่มารับบริการ
ด้วย 2Q, 9Q, 8Q ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต หากพบว่ามี
อาการซึมเศร้าต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ตาม
แนวทางมาตรฐาน และหากมีแนวโน้มฆ่าตัวตายก็ควรจะได้รับการ
ดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสม ส่วนโรคจิตต้องได้รับการ
วินิจฉัยรักษาจากจิตแพทย์ตามแนวทางมาตรฐานและติดตามต่อ
เนื่องเพื่อเฝ้าระวังการกลับซ้ำ

๕ ขั้นตอนที่ 5

เลือกมาตรการการป้องกันแก้ไขเพื่อ
นำไปปฏิบัติหรือนำเสนอ



แนวทางการช่วยเหลือผู้ที่รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย(รายบุคคล)



หลักการกำหนดมาตรการ ป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายระดับจังหวัดหรือชุมชน



- ใช้ **ข้อเท็จจริงในพื้นที่** จากข้อมูลการสอบสวนโรค วิเคราะห์ให้เห็นเหตุปัจจัยที่ครบถ้วน ทั้งปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง ด้านกัน และการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน
- ใช้ **ข้อมูลภาคทฤษฎี** ซึ่งควรใช้หลักการของ evidence base medicine คือบูรณาการ 1).หลักฐานจากการวิจัยที่ดีที่สุด กับ 2).ความเชี่ยวชาญทางเวชปฏิบัติ และ 3).ค่านิยมของผู้ป่วย ชุมชนและสถานการณ์แวดล้อม ในการเลือกมาตรการป้องกันแก้ไข การฆ่าตัวตายที่เฉพาะเจาะจงกับเหตุปัจจัย

กำหนดค่าเป้าหมาย ก่อนเลือกมาตรการหรือINTERVENTIONS เพื่อแก้ปัญหาฆ่าตัวตาย

ลำดับแรก ... ต้องกำหนดค่าเป้าหมาย(target)ของ
ผลลัพธ์ (Outcome) ให้ชัดเจน

การกำหนด *target* ของการป้องกัน
ฆ่าตัวตาย มักจะใช้ 2 รูปแบบ ดังนี้

1. กำหนดเพดาน: เช่น การฆ่าตัว
ตายไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร
2. กำหนดเป็นปริมาณที่ลดลง
หรือเพิ่มขึ้น: เช่น การฆ่าตัว
ตายลดลงจากปีที่แล้วร้อยละ
30



KPI และ target ส่งผลต่อการเลือก
interventions และมาตรการ

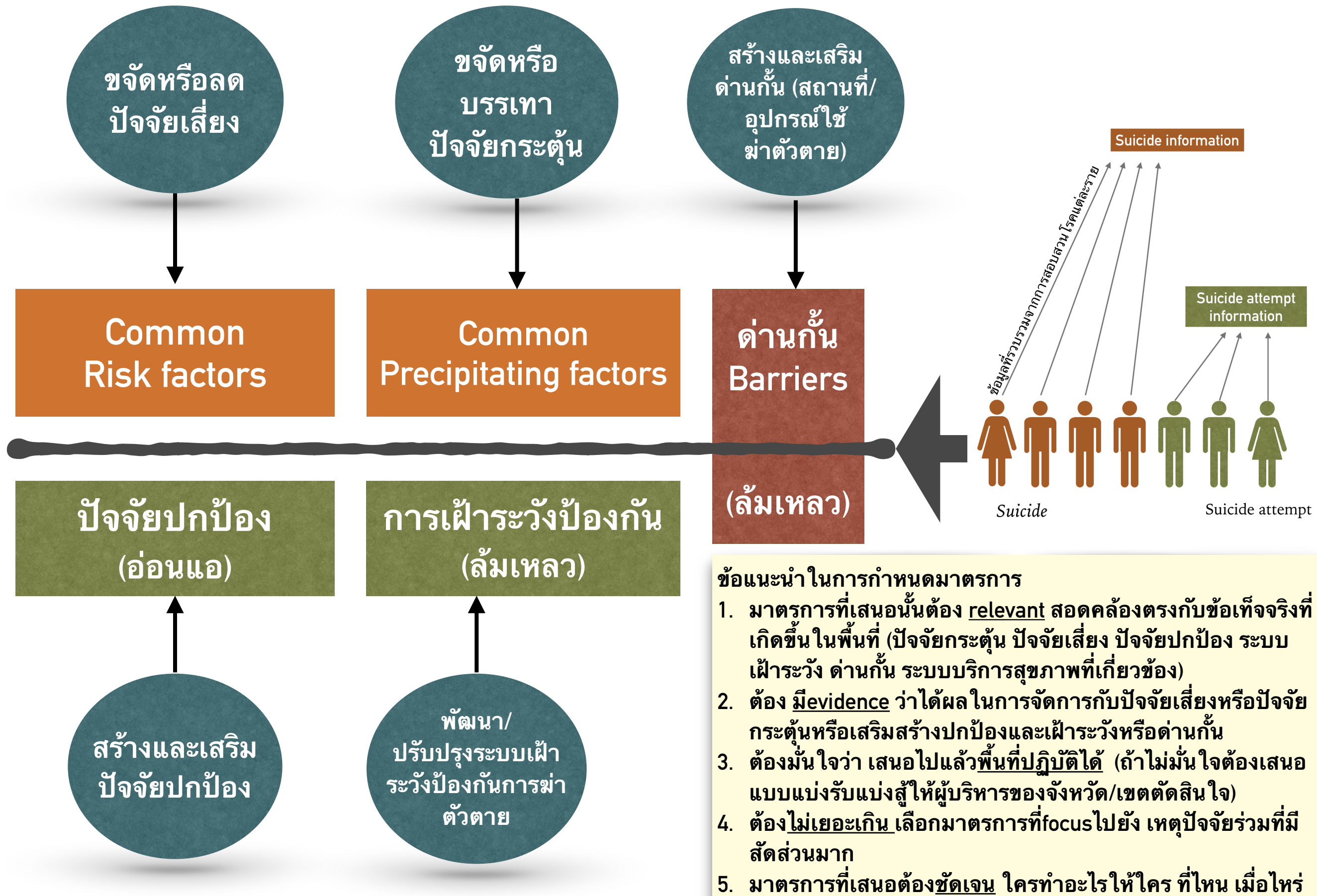
มาตรการ 8 ด้าน ที่ควรพิจารณา และมาตรการ 4ด้านที่จำเป็น



ธนินทร์ กองสุข 12พย2562

1. **ปัจจัยกระตุ้น**ที่พบบ่อยควร กำหนดมาตรการแก้ไข จัดหรือ บรรเทา
2. **ปัจจัยเสี่ยง**ที่พบบ่อยควรกำหนด มาตรการแก้ไข จัดหรือลด
3. **ปัจจัยปกป้อง**ที่ขาดควรสร้างให้ เกิดมีขึ้น ส่วนปัจจัยปกป้องที่ อ่อนแอควรกำหนดมาตรการ เสริมให้แข็งแรง
4. สร้างและเสริม**ด้านกัน**การเข้าถึง วัสดุอุปกรณ์ สารเคมี สถานที่ที่ ใช้ฆ่าตัวตายบ่อย

แนวทางการกำหนดมาตรการระดับจังหวัด



2

ค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยงทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับcaseเพื่อลดหรือขจัด

1. ถ้ามีโรคจิตเวชและติดสุราสารเสพติดที่อาการไม่ดี ให้นำส่งโรงพยาบาลเพื่อให้การรักษาจนทุเลา แล้วติดตามดูแลไม่ให้กลับซ้ำ
2. ส่งจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาแก้ไขปัญหามุคลิกภาพ

3

ค้นหาและประเมินปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับcaseเพื่อสร้างและเสริมให้เข้มแข็ง ได้แก่

1. ปรับเจตคติและความเข้าใจด้วยหลากหลายวิธี ว่า ความคิดฆ่าตัวตายหรือการอยากตายเป็นอาการของโรคที่จำเป็นต้องรักษา และการฆ่าตัวตายเป็นบาปหรือสิ่งไม่ดีหรือฆ่าตัวตายไม่ใช่ทางแก้ไขปัญหา
2. เอื้อช่องทางเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ง่าย สะดวก
3. ส่งเสริมให้ชุมชนช่วยเหลือ ผูกพัน เอื้ออาทรกัน
4. แก้ไขปัญหาครอบครัว ส่งเสริมให้เกิดความผูกพันที่แน่นแฟ้น
5. ส่งเสริมให้เกิดสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน หากคนที่case สามารถคุยอย่างไว้วางใจปรึกษาหารือได้
6. พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา และการปรับตัว

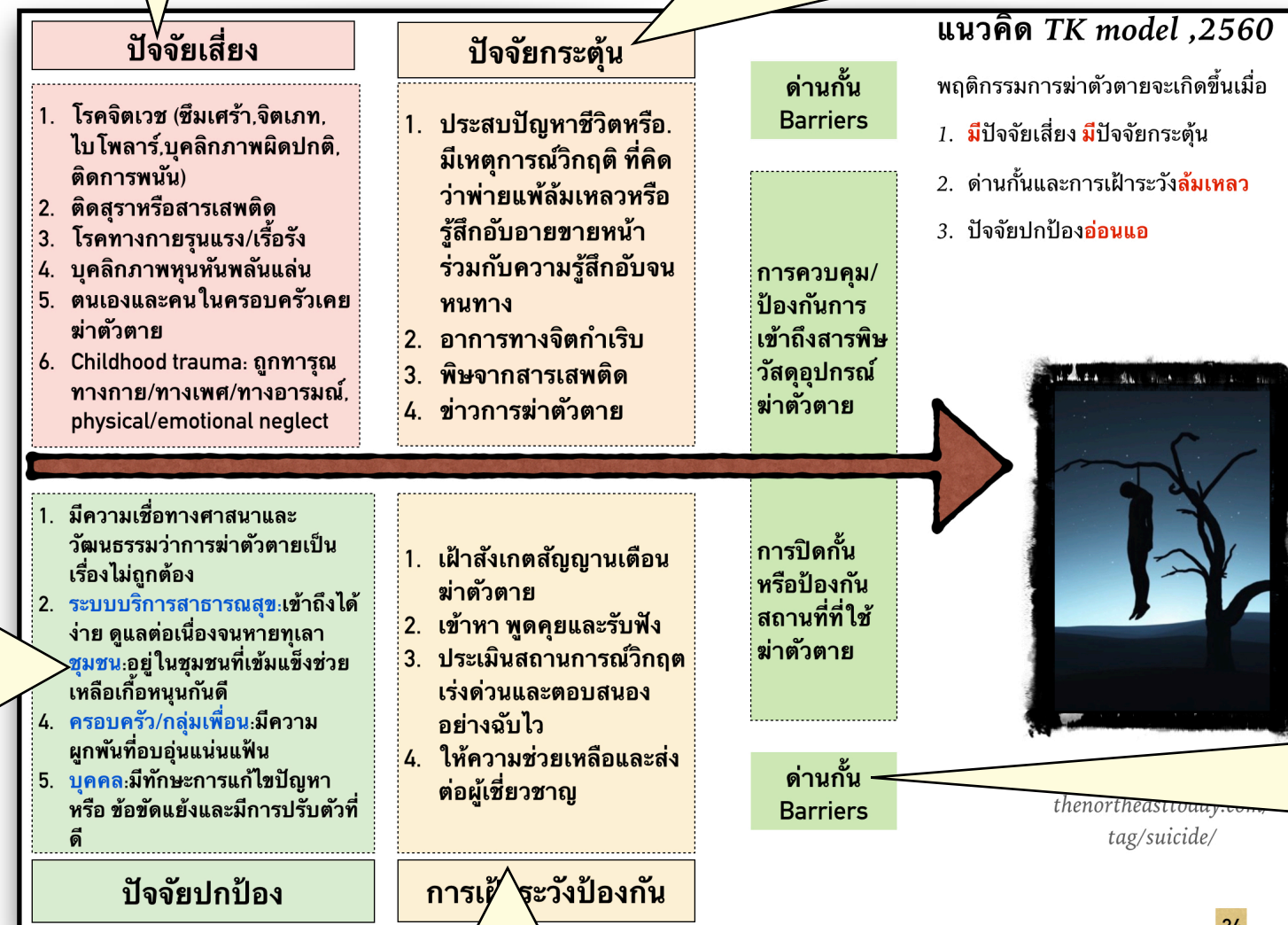
1

ค้นหาปัจจัยกระตุ้นและเลือก intervention ที่เฉพาะเจาะจง

1. ช่วยบรรเทาหรือแก้ไขปัญหา/วิกฤติชีวิต เช่น Csg, PST, supportive therapy, ปรึกษาทางกฎหมาย, ปรึกษาทางการเงิน, Family therapy, couple therapy
2. รักษาอาการทางจิต โดยเร็ว แล้วติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรคจิต ซึมเศร้า อย่างต่อเนื่อง ประเมินอาการและการรับประทานยา
3. แก้ไขภาวะintoxication และนำผู้ติดสารเสพติดเข้าสู่กระบวนการรักษา

4

1. ค้นหาและประเมินด้านกั้น ที่มีอยู่
2. สร้างและเสริมด้านกั้นให้แข็งแรง เช่น มีที่เก็บแบบล็อกได้สำหรับเชือก สารพิษต่างๆ สร้างราวกันสถานที่เสี่ยงต่อการกระโดดเพื่อฆ่าตัวตายหรือมีกล่องวงจรปิดและมี รปภ. เฝ้าระวังในสถานที่ที่เสี่ยง



5

1. สอน/กระตุ้นคนในชุมชนและครอบครัวได้ตระหนักถึงหน้าที่ที่ต้องช่วยกันเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย ตามแนวทาง “สอดส่องมองหา เจจารับฟัง ยับยั้งฉับไว ช่วยเหลือและส่งต่อ”
2. เพิ่มศักยภาพของเครือข่ายเช่น อสม อปท NGO ในการสังเกตและเฝ้าระวังสัญญาณเตือนฆ่าตัวตายและการเข้าหาช่วยเหลือเบื้องต้น

การป้องกันแก้ไขปัญหฆ่าตัวตายตามเหตุปัจจัย

กรณีศึกษา ข้อมูลจาก รง506S

ปีงบฯ 2565

Suicide

Suicide attempt

จัดหรือลดปัจจัยเสี่ยง

จัดหรือบรรเทา
ปัจจัยกระตุ้น

Common risk factors

1. ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง 30.3%
2. ป่วยโรคจิตเวช 24.2%
3. ใช้แอลกอฮอล์ 21%
4. เคยทำร้ายตนเอง 12.1%
5. ติดสารเสพติด 10.4%

1. ป่วยโรคจิตเวช 30.2%

2. เคยทำร้ายตนเอง 30.6%

3. ใช้แอลกอฮอล์ 16.2%

4. ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง 12.9%

5. ติดสารเสพติด 11.1%

Common precipitating

1. ปัญหาความสัมพันธ์
ระหว่างบุคคล 48.7%
2. ปัญหาเศรษฐกิจ 22.6%

1. ปัญหาความสัมพันธ์

ระหว่างบุคคล 80.7%

2. ปัญหาเศรษฐกิจ 25.3%

ปัจจัยปกป้อง
-NA

สร้าง
และเสริม
ปัจจัยปกป้อง

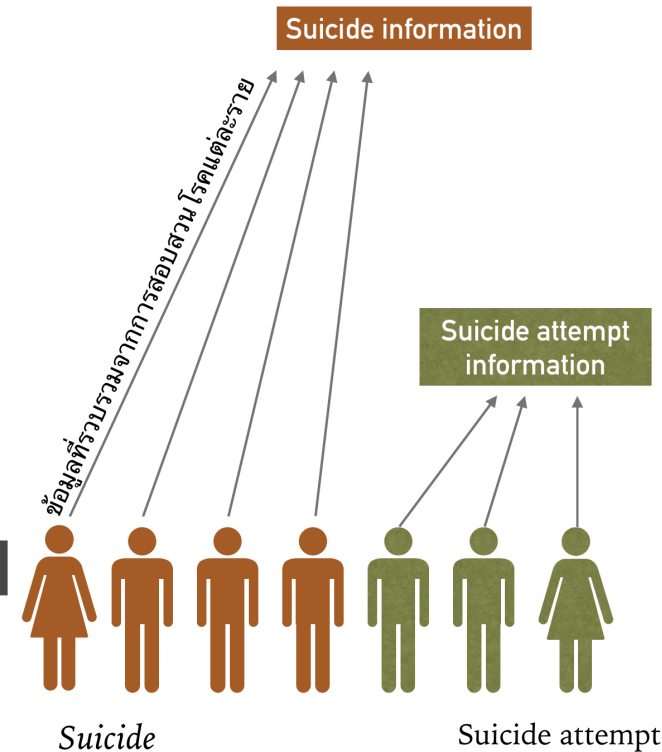
การเฝ้าระวัง
พบสัญญาณเตือน

- Suicide พบ 25.8%
- Suicide attempt พบ 11.6%

พัฒนา/
ปรับปรุงระบบเฝ้า
ระวังป้องกันการฆ่า
ตัวตาย

ด่านกั้น
Barriers
(ล้มเหลว)

สร้างและเสริม
ด่านกั้น (สถานที่/
อุปกรณ์ใช้
ฆ่าตัวตาย)



ตัวอย่างการกำหนดมาตรการตาม TK MODEL สำหรับข้อมูล รง506Sปีงบ2565

กำหนดเป้าหมาย

- ลดอัตราการฆ่าตัวตายลงร้อยละ30 จากปีที่แล้ว

Suicide

Common risk factors

1. ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง30.3%
2. ป่วยโรคจิตเวช 24.2%
3. ใช้แอลกอฮอล์ 21%
4. เคยทำร้ายตนเอง12.1%
5. ดิตสารเสพติด10.4%

Suicide attempt

1. ป่วยโรคจิตเวช 30.2%
2. เคยทำร้ายตนเอง30.6%
3. ใช้แอลกอฮอล์ 16.2%
4. ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง12.9%
5. ดิตสารเสพติด11.1%

พื้นที่เสี่ยง

- ทุกเขตสุขภาพ เน้นเขตสุขภาพที่อัตราฆ่าตัวตายเกิน 8ต่อแสน

เดือนที่เสี่ยง

- พค มิย กค

การจัด/ลดปัจจัยเสี่ยง

1. มาตรการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (เน้น Schizophrenia, MDD, Bipolar): (ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายที่สำคัญ) โดยนำผู้ป่วยทุกรายเข้ารับการประเมินอาการซ้ำหากยังไม่ remission ให้พบจิตแพทย์เพื่อปรับการรักษาและติดตามผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาไม่ให้ขาดยา
2. มาตรการเพิ่มประสิทธิภาพระบบดูแลผู้ติดสุราและสารเสพติด: (ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ) โดยค้นหา/ประเมินผู้ใช้สารเสพติดและผู้ดื่มสุราด้วยASSIST หรือ AUDIT เพื่อนำผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) และผู้เสพสารเสพติดเข้ารับการรักษารวมทั้งเพิ่มการติดตามป้องกันการกลับซ้ำ

การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง

3. มาตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายแบบมุ่งเป้า: โดยประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตายด้วย 8Q แล้วให้การดูแลช่วยเหลือตามความรุนแรงใน 3กลุ่มเสี่ยงหลัก 1)ผู้ป่วยจิตเวช (Shiz, MDD, Bipolar) 2)ผู้ป่วยติดสุราและผู้ติดสารเสพติด 3)ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ควรประเมินทุกเดือน ร่วมกับฝึกอบรมญาติของผู้ป่วยดังกล่าวให้มีทักษะเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น

ตัวอย่างการกำหนดมาตรการตาม TK MODEL สำหรับข้อมูล รง506Sปีงบ2565

กำหนดเป้าหมาย

- ลดอัตราการฆ่าตัวตายลงร้อยละ30 จากปีที่แล้ว

Suicide

Common precipitating

1. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 48.7%
2. ปัญหาเศรษฐกิจ 22.6%

Suicide attempt

1. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 80.7%
2. ปัญหาเศรษฐกิจ 25.3%

พื้นที่เสี่ยง

- ทุกเขตสุขภาพ เน้นเขตสุขภาพที่อัตราฆ่าตัวตายเกิน 8ต่อแสน

เดือนที่เสี่ยง

- พค มิย กค

การจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น

4. มาตรการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การปรึกษาและนักจิตบำบัด: เพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจากวิกฤติชีวิตที่มีสาเหตุจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน คู่สมรส และครอบครัว ต้องเพิ่มทักษะ Family counseling and therapy, couple counseling and therapy, problem solving therapy, Interpersonal psychotherapy, CBT แก่นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ ทุกจังหวัดทั้งในภาคราชการและภาคเอกชน

การสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง

5. มาตรการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาแก่วัยรุ่น: จัดให้มีหลักสูตรพัฒนาทักษะแก้ไขปัญหา(problem solving technique) สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมปลายและนักศึกษาชั้นปีที่1 (กลุ่มอายุ 15-19ปี ที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด)

การช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

6. มาตรการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือจากหลายวิชาชีพ: อาจเป็นในรูปแบบอาสาสมัคร หรือ แต่งตั้งในรูปคณะกรรมการจากหลายอาชีพประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย นักการเงินการธนาคาร นักพัฒนาอาชีพ ตำรวจฯลฯ เพื่อให้การช่วยเหลือรายที่มีวิกฤติชีวิตด้านอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย อาชีพ

๕ ขั้นตอนที่ 6

วางแผนบริหารจัดการทรัพยากร
และสังคมเพื่อสนับสนุนมาตรการ



หลักการและแนวทาง

การจะทำให้มาตรการที่กำหนดไว้
เกิดผลในทางปฏิบัติ
ต้องอาศัยการกำหนดนโยบาย
และการบริหารจัดการรวมถึงการ
ประสานงานที่ดี ในทีมสุขภาพและ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิด
coverage, compliance,
Timeliness

- **Coverage:** มาตรการนั้นควรครอบคลุมพื้นที่และประชากรเป้าหมาย
- **Compliance:** มาตรการนั้นถูกนำไปปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง
- **Timeliness:** มาตรการนั้นต้องทันเวลาหรือปฏิบัติในห้วงเวลาที่เหมาะสม

ตัวอย่าง การวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรและสังคมเพื่อสนับสนุนมาตรการ

การจัด/ลดปัจจัยเสี่ยง

1. มาตรการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (เน้น Schizophrenia, MDD, Bipolar): (ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายที่สำคัญ) โดยนำผู้ป่วยทุกรายเข้ารับการประเมินอาการซ้ำหากยังไม่ remission ให้พบจิตแพทย์เพื่อปรับการรักษาและติดตามผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาไม่ให้ขาดยา
2. มาตรการเพิ่มประสิทธิภาพระบบดูแลผู้ติดสุราและสารเสพติด: (ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ) โดยค้นหา/ประเมินผู้ใช้สารเสพติดและผู้ดื่มสุราด้วย ASSIST หรือ AUDIT เพื่อนำผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) และผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการรักษารวมทั้งเพิ่มการติดตามป้องกันการกลับซ้ำ

การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง

3. มาตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายแบบมุ่งเป้า: โดยประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตายด้วย 8Q แล้วให้การดูแลช่วยเหลือตามความรุนแรงใน 3กลุ่มเสี่ยงหลัก 1)ผู้ป่วยจิตเวช (Schiz, MDD, Bipolar) 2)ผู้ป่วยติดสุราและผู้ติดสารเสพติด 3)ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ควรประเมินทุกเดือน ร่วมกับฝึกอบรมญาติของผู้ป่วยดังกล่าวให้มีทักษะเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น

1. จัดชี้แจงแก่สร้างความตระหนักและกำหนดเป็นนโยบาย
2. ทบทวนแนวทางการรักษาและติดตามดูแลผู้ป่วย 4 โรคหลัก จิตเภท,ไบโพลาร์, โรคซึมเศร้าและผู้ติดสุรา/สารเสพติด
3. จัดอบรมจนท.รพ.สต./รพช/รพท ในการใช้ 8Q ประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงที่ได้จากการประเมิน 8Q
4. จัดอบรมญาติหรือคนใกล้ชิดของ 3กลุ่มเสี่ยงหลัก ให้สามารถเฝ้าสังเกตสัญญาณเตือนและช่วยเหลือเบื้องต้น -สำหรับญาติผู้ป่วยจิตเวชให้ฝึกอบรมการบริหารยาและจัดการให้ผู้ป่วยได้ทานยาอย่างถูกต้อง
5. สนับสนุนงบประมาณในการติดตามประเมินแนวโน้มนฆ่าตัวตายด้วย 8Q ทุกเดือนใน3กลุ่มเสี่ยงหลัก (1.ผู้ป่วยจิตเวช Schiz, MDD, Bipolar 2.ผู้ป่วยติดสุราและผู้ติดสารเสพติด 3.ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย) และติดตามป้องกันการขาดยาหรือกลับซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชและผู้ป่วยติดสุราสารเสพติด
6. ดำเนินการทุกพื้นที่ และเน้นติดตามใกล้ชิดในพื้นที่ที่ฆ่าตัวตายสูง

ตัวอย่าง การวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรและสังคมเพื่อสนับสนุนมาตรการ

การจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น

4. มาตรการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การศึกษาและนักจิตบำบัด: เพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจากวิกฤติชีวิตที่มีสาเหตุจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน คู่สมรส และครอบครัว ต้องเพิ่มทักษะ Family counseling and therapy, couple counseling and therapy, problem solving therapy, Interpersonal psychotherapy, CBT แก่นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ ทุกจังหวัดทั้งในภาคราชการและภาคเอกชน

การสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง

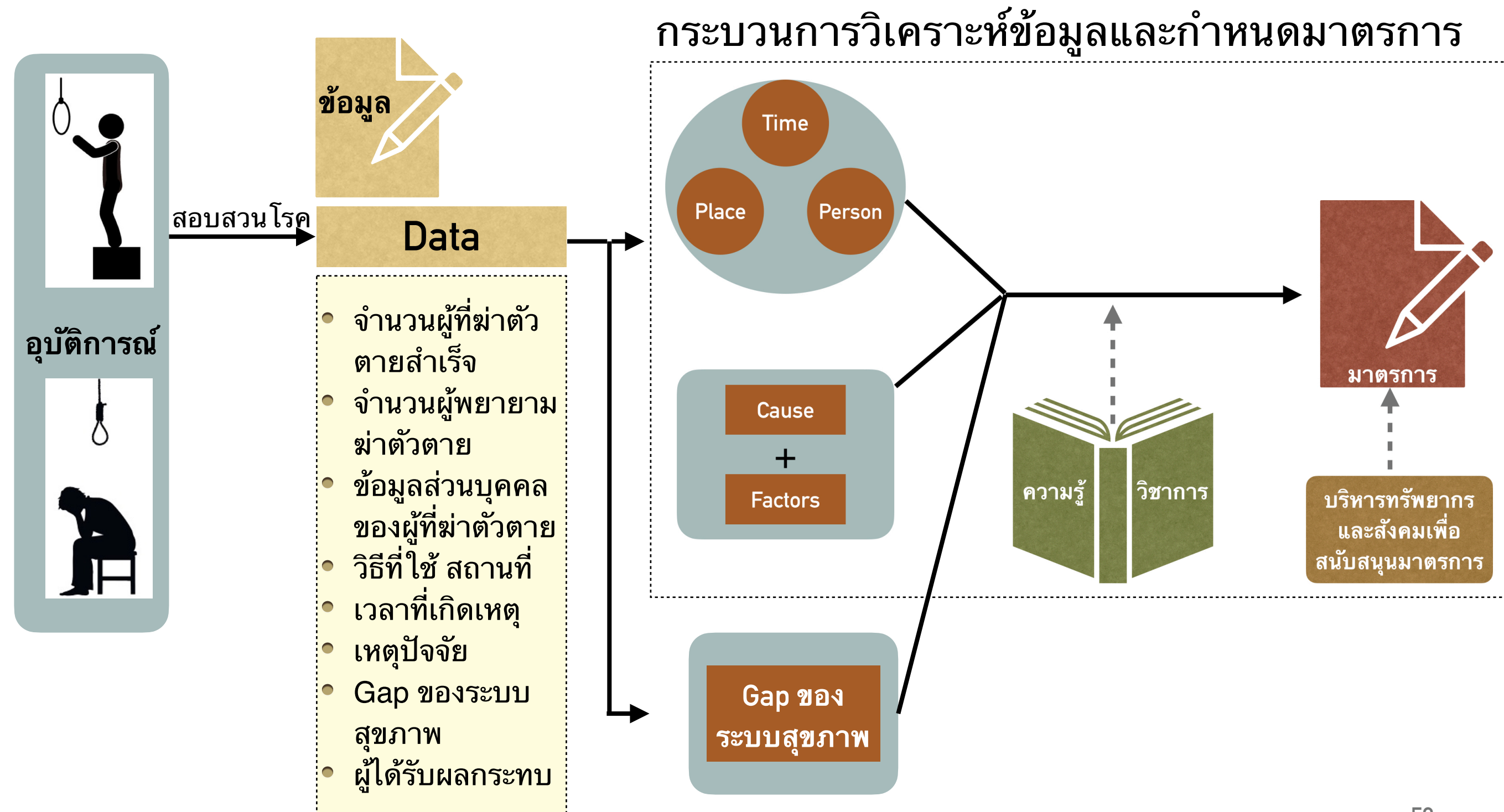
5. มาตรการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาแก่วัยรุ่น: จัดให้มีหลักสูตรพัฒนาทักษะแก้ไขปัญห (problem solving technique) สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาและนักศึกษาชั้นปีที่1 (กลุ่มอายุ 15-19ปี ที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด)

การช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

6. มาตรการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือจากหลายวิชาชีพ: อาจเป็นในรูปแบบอาสาสมัคร หรือ แต่งตั้งในรูปคณะกรรมการจากหลายอาชีพประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย นักการเงินการธนาคาร นักพัฒนาอาชีพ ตำรวจ ฯลฯ เพื่อให้การช่วยเหลือรายที่มีวิกฤติชีวิตด้านอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย อาชีพ

1. สนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดอบรมนักครอบครัวบำบัดและคู่สมรสบำบัด หรือ ผู้ให้การศึกษา ครอบครัวและคู่สมรส รวมทั้งอบรม problem solving therapy, Interpersonal psychotherapy แก่นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช หรือจิตแพทย์ในพื้นที่
2. จัดงบประมาณทำโครงการอบรมครูแนะแนวหรือครูที่ได้รับมอบหมายเรื่องหลักสูตรพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา แก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือนักศึกษาปี1
3. กำหนดเป็นนโยบายและผลักดันให้เกิดคณะกรรมการแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายระดับพื้นที่ หรือ/และเครือข่ายผู้ช่วยเหลือจากหลากหลายอาชีพ ได้แก่ ตำรวจ นักกฎหมาย นักการเงิน ตัวแทนจากธนาคาร ตัวแทนจากกระทรวงฯลฯ เพื่อให้ความช่วยเหลือกรณีเหตุกระตุ้นเป็นเรื่องอื่น นอกเหนือจากด้านสุขภาพ

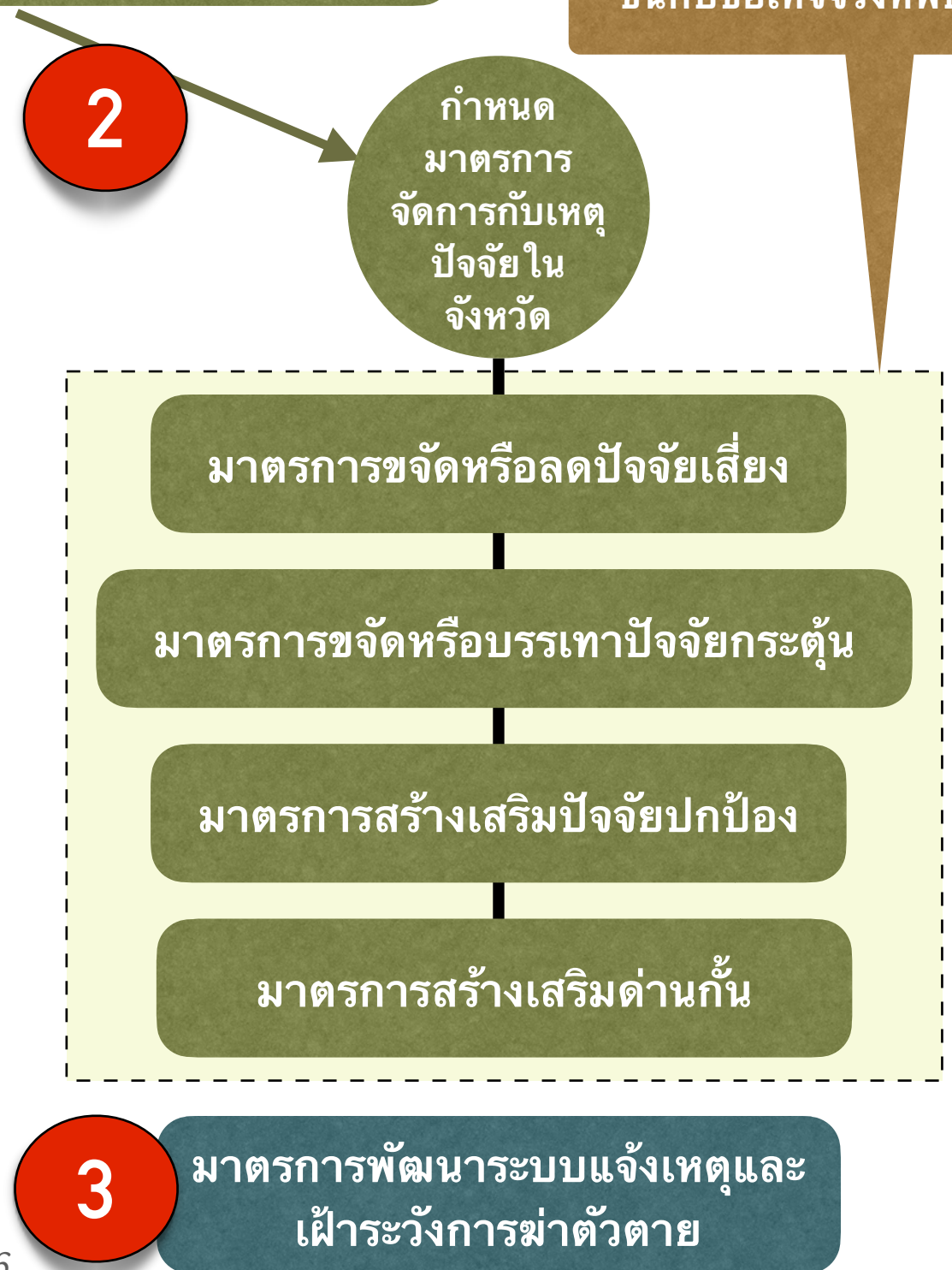
สรุปภาพรวมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสอบสวนโรค



สรุปแนวทางกำหนด มาตรการป้องกัน แก้ไขปัญหามรณะ ระดับจังหวัด

1. วิเคราะห์ข้อมูลมรณะทั้ง suicide และ suicide attempt ของจังหวัดปีที่ผ่านมา
2. พยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมรณะในปีหน้า

มาตรการทั้ง4นี้ จะต้อง
เฉพาะเจาะจงมุ่งจัดการกับ
เหตุปัจจัยที่พบในจังหวัด
อาจจะเปลี่ยนไปในแต่ละปี
ขึ้นกับข้อเท็จจริงที่พบ



หัวใจสำคัญของการแก้ปัญหาฆ่าตัวตาย



ข้อมูลที่ต้อง
ครบถ้วน ทันเวลา

- พัฒนาระบบรวบรวมข้อมูลการฆ่าตัวตายที่ครบถ้วน ถูกต้อง
ทันเวลาในระดับจังหวัด โดยการใช้การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง
และ**การสอบสวนโรค**พื้นที่ที่มีอุบัติการณ์กระทำรุนแรงต่อ
ตนเอง ในชุมชน



ศึกษาวิเคราะห์ให้ได้
เหตุและปัจจัย

- นำข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรคมาวิเคราะห์เชิงระบาด
วิทยาเพื่อหาเหตุและปัจจัยร่วม (หรือสนับสนุนให้มีการศึกษา
วิจัยระบาดวิทยาเพิ่มเติม)



เลือกมาตรการให้
สอดคล้องกับเหตุ
ปัจจัยที่เกิดขึ้นจริง

- เลือกมาตรการควบคุมป้องกันให้สอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้น
จริง (เหตุและปัจจัย) ในแต่ละcaseและแต่ละพื้นที่