

วิเคราะห์ข้อมูลฆ่าตัวตายจังหวัดขอนแก่น และข้อเสนอแนะมาตรการป้องกันแก้ไข



| ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7



ขอบเขตเนื้อหา



1. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (suicide) จังหวัดขอนแก่น
ปีงบประมาณ 2566
2. เหตุปัจจัย และวิธีที่ใช้ฆ่าตัวตายในจังหวัดขอนแก่น
ปีงบประมาณ 2566
3. มาตรการป้องกันแก้ไขปัญหายาฆ่าตัวตายที่ควรจะมีของ
จังหวัดขอนแก่น
4. ข้อเสนอแนะมาตรการและกิจกรรมป้องกันแก้ไขปัญหายา
ฆ่าตัวตายสำหรับจังหวัดขอนแก่น ปี 2567



สถานการณ์ฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดขอนแก่น

ปีงบประมาณ 2566



ตารางแสดงการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย งบประมาณ 2566 จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มอายุ	จำนวนประชากร ของจังหวัด	จำนวนผู้ฆ่าตัวตาย สำเร็จ	AGE SPECIFIC SUICIDE RATE 100,000	standardized rate	สัดส่วนประชากร มาตรฐาน WHO
0-4 ปี	69,451	0	0.00	0.00	0.886
5-14 ปี	192,199	0	0.00	0.00	0.1729
15-19	103,741	3	2.89	0.24	0.0847
20-59	1,067,133	113	10.59	5.66	0.5346
60 ขึ้นไป	352,117	32	9.09	1.08	0.1192
รวม	1,784,641	148	8.29	6.98	1

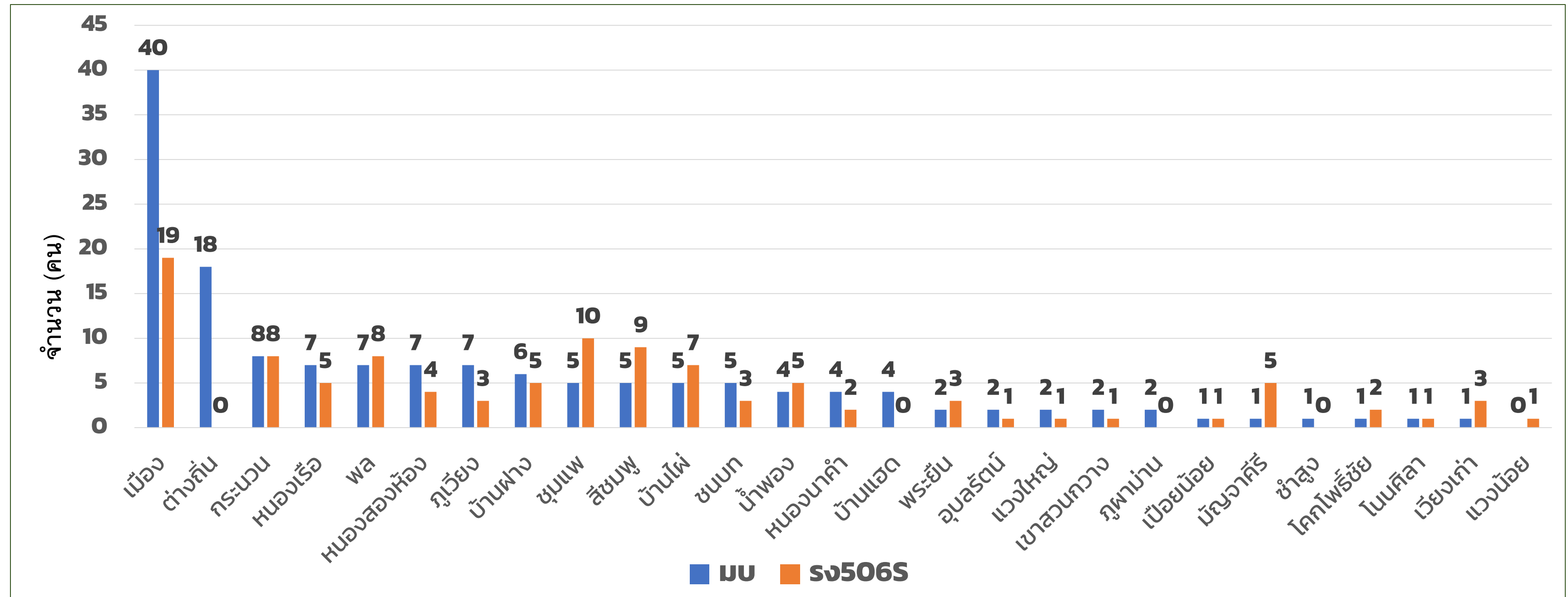
หมายเหตุ : ข้อมูลจาก มรณบัตร. ณ วันที่ 16 พ.ย. 2566

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (*crude Suicide rate*) ของจังหวัด = **8.29 ต่อแสนประชากร**
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปรับฐานอายุ (*age standardized Suicide rate*) ของจังหวัด = **6.98 ต่อแสนประชากร**

แผนภูมิ เปรียบเทียบจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ฐาน ข้อมูล จังหวัดขอนแก่น จำแนกรายเดือน ปีงบประมาณ 2566



แผนภูมิ เปรียบเทียบจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ฐาน ข้อมูล จังหวัดขอนแก่น จำแนก รายอำเภอ ปีงบประมาณ 2566



**เหตุปัจจัย และวิธีที่ใช้ฆ่าตัวตาย
ในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ
2566**





เหตุปัจจัยและวิธีที่ใช้ในกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยเสี่ยง

1. โรคทางจิตเวช 32.7%
 - โรคจิต 22.4%
 - โรคซึมเศร้า 8.4%
2. โรคทางกาย 25.2%
(HT 9.3% , DM 8.4%)
4. ปัญหาการใช้สุรา 19.6%
5. ประวัติทำร้ายตนเอง 19.6 %

ปัจจัยกระตุ้น

1. ด้านความสัมพันธ์ 48.6%
 - น้อยใจ ถูกดูดำ ตำหนิ 27.1%
 - ทะเลาะกับคนใกล้ชิด 26.2%
 - ผิดหวังความรัก 7.5%
2. ด้านเศรษฐกิจ 26.2%
(หนี้สิน 16.8%, ยากจน 7.5%, ตกงาน 5.6%)

ด้านอื่น

การควบคุม/
ป้องกันการ
เข้าถึงสารพิษ
และวัสดุ
อุปกรณ์ใช้
ฆ่าตัวตาย

เพศชาย
(127 ราย)
(85.81%)



วิธีการฆ่าตัวตายสูงสุด
ผูกคอ 93.24%



ส่วนใหญ่ กลุ่มวัยทำงาน
20-59 ปี 76.35%
อาชีพ รับจ้าง 41.12%

- ความเชื่อทางศาสนา
- ความผูกพันแน่นแฟ้น
- เจื่ออาทรเกื้อกูล
- การเข้าถึงบริการ
- มีทักษะในการแก้ไขปัญห

รง.506 V.10 ไม่มีการเก็บข้อมูลในส่วนนี้

มีสัญญาณเตือน พบ 35.51 %
- พุดบ่น/บอกลา 14.95% - แสดงพฤติกรรม 3.74%

รง.506 V.10 ไม่มีการเก็บข้อมูลในส่วนนี้

การปิดกั้นหรือ
ป้องกันสถานที่
ฆ่าตัวตาย

ปัจจัยปกป้อง

การเฝ้าระวัง ป้องกัน

กลุ่ม อายุ 20-59 ปี = 10.59 ต่อแสนประชากร
(AGE SPECIFIC SUICIDE RATE)



1. เสริมความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง คัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุก กลุ่มเด็กวัยเรียน วัยรุ่น ด้วย MHCI School health hero

2. จัดระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด

- กำหนดจุดรับแจ้งเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย 1669
- เพิ่มศักยภาพทีมสอบสวนการฆ่าตัวตาย (ผ่านอบรม 96 คน/ร่วม Conference case Online 1 ครั้ง)
- พัฒนาระบบข้อมูล การฆ่าตัวตายผ่านเว็บไซต์

3. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตนเอง/จิตเวช/SMIV ให้ครอบคลุม

- ติดตามเฝ้าระวังเยี่ยมผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง ร้อยละ 69.74
- เฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชหลังพ้นโทษ จำนวน 113 ราย ติดตามเยี่ยม 23 ราย ยังไม่ครบติดตาม 90 ราย

4. สร้างเครือข่ายเฝ้าระวัง คัดกรองช่วยเหลือและส่งต่อ ในงานสุขภาพจิตและจิตเวช

- Flow การนำส่งผู้ป่วยจิตเวช จ.ขอนแก่น เข้าสู่การบำบัด ตาม พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551

5. ขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยคณะกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด (ประชุม 1 ครั้ง)

6. จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดใน รพช. ทุกแห่ง 100 % (18 แห่งผ่านการประเมินระดับเขต)

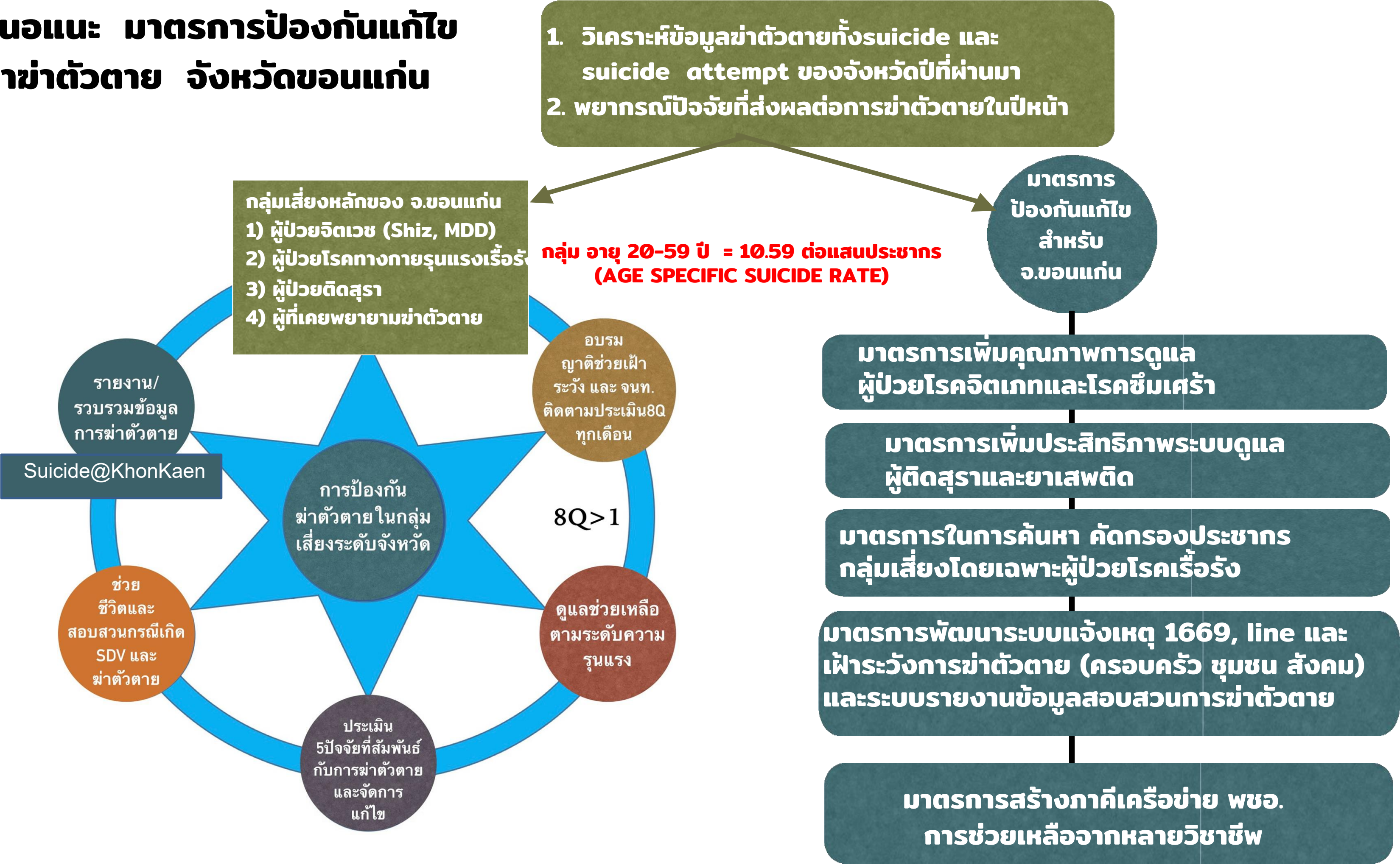
7. พัฒนาความรู้ของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวช(การเจรจาต่อรองในภาวะวิกฤตและการเตรียมพร้อมเพื่อรับมือสาธารณภัย) ร่วมกับเขตสุขภาพที่ 7

กิจกรรม ไม่ค่อยไปถึง / ตรง กับกลุ่มเสี่ยงที่มี ในระบบรายงาน

**ข้อเสนอแนะมาตรการและกิจกรรม
ป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับ
จังหวัดขอนแก่น ปี 2567**



ข้อเสนอแนะ มาตรการป้องกันแก้ไข ปัญหาฆ่าตัวตาย จังหวัดขอนแก่น



มาตรการที่ควรมีตาม TK MODEL สำหรับจังหวัดขอนแก่น

Goal : การฆ่าตัวตายลดลงจากปี 2567 ร้อยละ 30

Rick factor

1. โรคทางจิตเวช 32.7%
 - โรคจิต 22.4%
 - โรคซึมเศร้า 8.4%
2. โรคทางกาย 25.2%
(HT 9.3% , DM 8.4%)
4. ปัญหาการใช้สุรา 19.6%
5. ประวัติทำร้ายตนเอง 19.6 %

การจัดและลดปัจจัยเสี่ยง

1. มาตรการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (เน้น Schizophrenia, MDD) : (ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายที่สำคัญ) โดยนำผู้ป่วยทุกรายเข้ารับการประเมินอาการซ้ำหากยังไม่ remission ให้พบจิตแพทย์เพื่อปรับการรักษาและติดตามผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาไม่ให้ขาดยา
 - จัดทำฐานข้อมูลเชื่อมโยงในหน่วยบริการทุกระดับ (**สสจ ขอนแก่น มี DATA Center ใช้ข้อมูลจาก รง 506 S**)
 - วางระบบการเฝ้าระวังติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่องจน remission ให้ครอบคลุมกลุ่มจิตเวช
 - ค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุกในพื้นที่แบบ active surveillance ในกลุ่ม SMI เพื่อนำเข้าสู่ระบบบริการ
2. มาตรการเพิ่มประสิทธิภาพระบบดูแลผู้ติดสุรา : โดยค้นหา/ประเมินผู้ใช้สารเสพติดและผู้ดื่มสุราด้วย ASSIST หรือ AUDIT เพื่อนำผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) เพิ่มการติดตามป้องกันการกลับซ้ำ

การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง

- มีสัญญาณเตือน พบ 35.51 %
- พุดบ่น/บอกญาติ 14.95%
 - แสดงพฤติกรรม 3.74%

พื้นที่ดำเนินการทุกอำเภอ
เน้น พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
สูง (อ.หนองนาคำ อ.บ้านแฮด อ.บ้าน
ฝาง อ.ชนบท อ.กระนวน) เกินกว่า 10
ต่อประชากรแสนคน

3. มาตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายแบบมุ่งเป้า : ประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตายด้วย 8Q แล้วให้การดูแลช่วยเหลือตามความรุนแรงใน 3 กลุ่มเสี่ยงหลัก 1)ผู้ป่วยจิตเวช (Schizophrenia, MDD) 2)ผู้ป่วยติดสุรา 3)ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ควรประเมินทุกเดือน
4. มาตรการ **เน้น การคัดกรองผู้ป่วย NCD** ด้วย 2Qplus บูรณาการร่วมกันกับระบบปฐมภูมิ 3 หมอ
5. เพิ่มความความรู้ในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับกลุ่มเสี่ยง
 - ฝึกอบรมญาติและอสม.ของกลุ่มเสี่ยงให้มีทักษะเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับกลุ่มเสี่ยง
 - ให้ความรู้แก่ชุมชนผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น เสียงตามสาย รายการวิทยุ ฯลฯ
 - นำเสนอผู้บริหารเพื่อผลักดันในเชิงนโยบาย

มาตรการที่ควรมีตาม TK MODEL สำหรับจังหวัดขอนแก่น

การจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น

Common precipitating

1. ด้านความสัมพันธ์ 48.6%

- น้อยใจ ถูกดุด่า ตำหนิ 27.1%
- ทะเลาะกับคนใกล้ชิด 26.2%
- ผิดหวังความรัก 7.5%

2. ด้านเศรษฐกิจ 26.2%

(หนี้สิน 16.8%, ยากจน 7.5%,
ตกงาน 5.6%)

3. ปัญหาจากการเจ็บป่วยทางกาย/ จิต มีปัญหาสูญเสียความสัมพันธ์ กับคนในชีวิต 29.6 %

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

การช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

7. มาตรการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือจากหลายวิชาชีพ : อาจเป็นในรูปแบบอาสาสมัคร หรือ แต่งตั้งในรูปแบบคณะกรรมการจากหลายอาชีพประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย นักการเงินการธนาคาร นักพัฒนาอาชีพ ตำรวจฯลฯ เพื่อให้การช่วยเหลือรายที่มีวิกฤติชีวิตด้านอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย อาชีพ เป็นต้น เช่น คณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง

8. มาตรการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาก่อภัยทำงาน - สูงอายุ :
- Need analysis ในกลุ่มเสี่ยงของอำเภอที่มีอุบัติการณ์สูง
- จัดประชุมวางแผนร่วมกับเครือข่ายชุมชนเพื่อกำหนดแนวทางการเสริมสร้างปัจจัยปกป้องร่วมกัน

ส่วนใหญ่ กลุ่มวัยทำงาน 20-59 ปี
76.35%

พื้นที่ดำเนินการทุกอำเภอ
เน้น พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
สูง (อ.หนองนาคำ อ.บ้านแฮด อ.บ้าน
ฝาง อ.ชนบท อ.กระนวน) เกินกว่า 10
ต่อประชากรแสนคน

การวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรและสังคมเพื่อสนับสนุนมาตรการ

การขจัด / ลดปัจจัยเสี่ยง

1. มาตรการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (เน้น Schizophrenia) : (ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายที่สำคัญ) โดยนำผู้ป่วยทุกรายเข้ารับการประเมินอาการซ้ำหากยังไม่ remission ให้พบจิตแพทย์เพื่อปรับการรักษาและติดตามผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาไม่ให้ขาดยา
2. มาตรการเพิ่มประสิทธิภาพระบบดูแลผู้ติดสุรา : โดยค้นหา/ประเมินผู้ใช้สารเสพติดและผู้ดื่มสุราด้วย ASSIST หรือ AUDIT เพื่อนำผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) เข้ารับการรักษา รวมทั้งเพิ่มการติดตามป้องกันการกลับซ้ำ



การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง

3. มาตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายแบบมุ่งเป้า : ประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตายด้วย 8Q แล้วให้การดูแลช่วยเหลือตามความรุนแรงใน 3 กลุ่มเสี่ยงหลัก 1) ผู้ป่วยจิตเวช (Schizophrenia, MDD) 2) ผู้ป่วยติดสุรา 3) ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ควรประเมินทุกเดือน ร่วมกับการให้ความรู้ญาติ ผู้ดูแล มีความรู้สัญญาณเตือน และมีทักษะการดูแลช่วยเหลือ

1. จัดชี้แจงแก่สร้างความตระหนักและกำหนดเป็นนโยบาย
2. ร่วมกับ ทีม SW จิตเวชขอนแก่น 4 ทบตอนแนวทางการรักษาและติดตามดูแลผู้ป่วย จิตเภท, โรคซึมเศร้าและผู้ติดสุรา
3. จัดอบรมจนท. sw.สต./swช/swท ในการใช้ 8Q ประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงที่ได้จากการประเมิน 8Q
4. จัดอบรมญาติหรือคนใกล้ชิดของ 3กลุ่มเสี่ยงหลัก ให้สามารถเฝ้าสังเกตสัญญาณเตือนและช่วยเหลือเบื้องต้น - สำหรับญาติผู้ป่วยจิตเวชให้ฝึกอบรมการบริหารยาและจัดการให้ผู้ป่วยได้ทานยาอย่างถูกต้อง
5. นิเทศติดตาม ผู้ป่วยรายกรณียุ่งยาก /conference เพื่อป้องกันการขาด ยาหรือกลับซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชและผู้ป่วยติดสุรา ทุก 3 เดือน (เน้น จำเริญ ตายสูง)
6. ดำเนินการทุกพื้นที่ และเน้นติดตามใกล้ชิดในพื้นที่ที่ฆ่าตัวตายสูง

การวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรและสังคมเพื่อสนับสนุนมาตรการ

การจัด หรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น

6. มาตรการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การปรึกษาและนักจิตบำบัด : เพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจากวิกฤตชีวิตที่มีสาเหตุจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน คู่สมรส และครอบครัว

การเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง

มาตรการพัฒนากิจกรรมการแก้ไขปัญหากล้วยทำงาน – สูงอายุ
มาตรการเฝ้าระวังป้องกันเหตุการณ์ในชุมชน

การช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

มาตรการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือจากหลายวิชาชีพ : อาจเป็นในรูปแบบอาสาสมัคร หรือแต่งตั้งในรูปคณะกรรมการจากหลายอาชีพประกอบด้วย



1. สำรวจ หน่วยบริการที่มีทีมสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรมเป็น นักครอบครัวบำบัดและคู่สมรสบำบัด หรือ ผู้ให้การปรึกษา ครอบครัวและคู่สมรส รวมทั้งอบรม problem solving therapy, Interpersonal psychotherapy และผลักดันให้อำเภอที่ ตายสูงควรมีการอบรม นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช หรือจิตแพทย์ในพื้นที่
2. กำหนดเป็นนโยบายและผลักดันให้เกิดคณะ กรรมการแก้ไขปัญหาลูกตัวตายระดับพื้นที่ หรือ/ และเครือข่ายผู้ช่วยเหลือจากหลากหลายอาชีพ ได้แก่ ตำรวจ นักกฎหมาย นักการเงิน ตัวแทน จากธนาคาร ตัวแทนจากกระทรวงพม. ฯลฯ เพื่อให้ความช่วยเหลือกรณีเหตุกระตุ้นเป็นเรื่องอื่น นอกเหนือจากด้านสุขภาพ
3. สนับสนุนให้มีชุมชนเห็น ความสำคัญของการมีจุดแจ้งเหตุ ในชุมชน / อาสาสมัคร รับแจ้งเหตุ
4. ส่งเสริม กิจกรรม เยี่ยมเยือน สูงวัย ใส่ใจ สุขภาพ โดยชมรม สูงอายุ
5. จัดกิจกรรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจให้กับชุมชนและครอบครัวพร้อมด้วยวิธีการสังเกต รับรู้ สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายให้กับผู้นำชุมชน แกนนำด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงประชาชนทั่วไปในชุมชน
6. จัดกิจกรรมหรือโครงการเพิ่มศักยภาพในการส่งต่อผู้มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย



Thank
you!!!