



**วิเคราะห์ข้อมูลฆ่าตัวตายจังหวัดร้อยเอ็ด
และข้อเสนอแนะมาตรการป้องกันแก้ไข**

จังหวัดร้อยเอ็ด

เนื้อหา

1. การฆ่าตัวตายสำเร็จ(suicide) และพยายามฆ่าตัวตาย(suicide attempt) ของจังหวัดร้อยเอ็ด
ปีงบประมาณ 2566
2. เหตุปัจจัย และวิธีที่ใช้ฆ่าตัวตายในจังหวัด
ปีงบประมาณ 2566
3. มาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่ควรจะมี
ของจังหวัด
4. ข้อเสนอแนะมาตรการและกิจกรรมป้องกันแก้ไข
ปัญหาฆ่าตัวตายสำหรับจังหวัดร้อยเอ็ดปี 2567

**สถานการณ์ฆ่าตัวตายสำเร็จ
และพยายามฆ่าตัวตาย
ของจังหวัดร้อยเอ็ด**

ปีงบประมาณ 2566



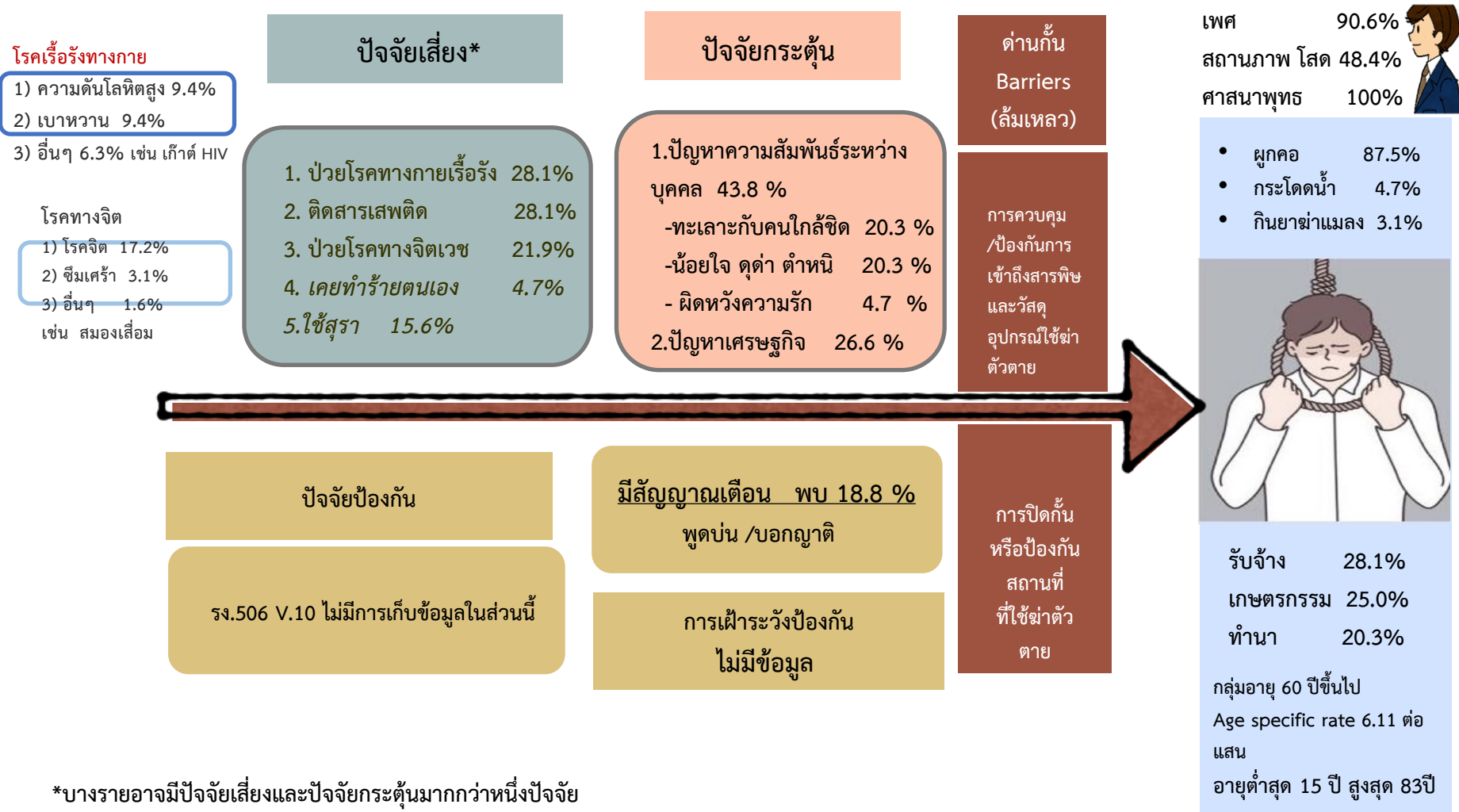


อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (*crude Suicide rate*) ของจังหวัด = 5.34 ต่อแสนประชากร
อัตราการการพยายามฆ่าตัวตายของจังหวัด = 14.16 ต่อแสนประชากร

เหตุปัจจัยและวิธีที่ใช้ฆ่าตัวตาย
และพยายามฆ่าตัวตาย
ของจังหวัดร้อยเอ็ด
ปีงบประมาณ 2566



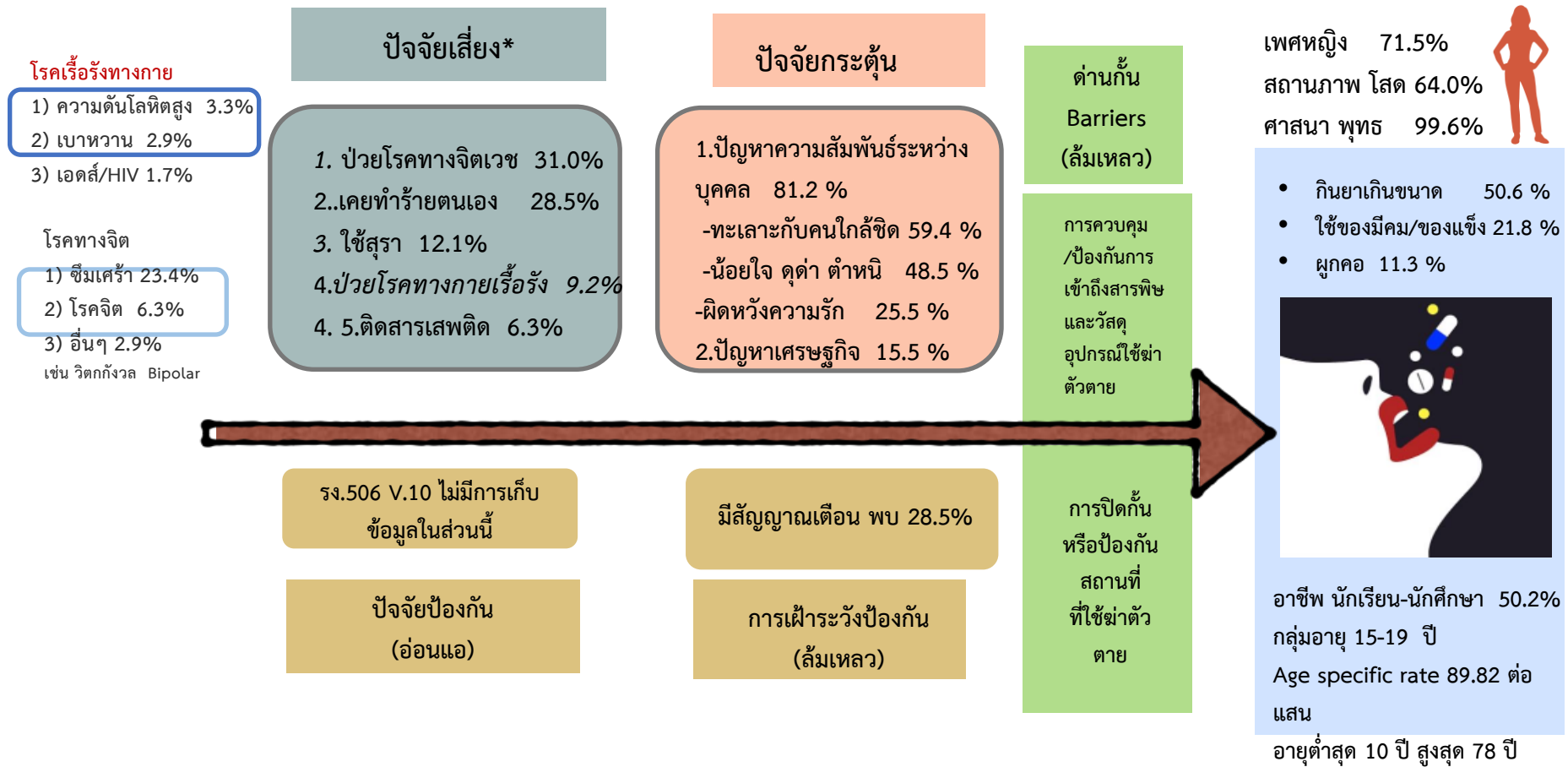
เหตุปัจจัยและวิธีที่ใช้ในกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65-ส.ค.66)



*บางรายอาจมีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นมากกว่าหนึ่งปัจจัย

แหล่งข้อมูล : 506S V.10 ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2566 N= 64 ราย

เหตุปัจจัยและวิธีที่ใช้ในกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2566(ต.ค.65-ส.ค.66)



*บางรายอาจมีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นมากกว่าหนึ่งปัจจัย

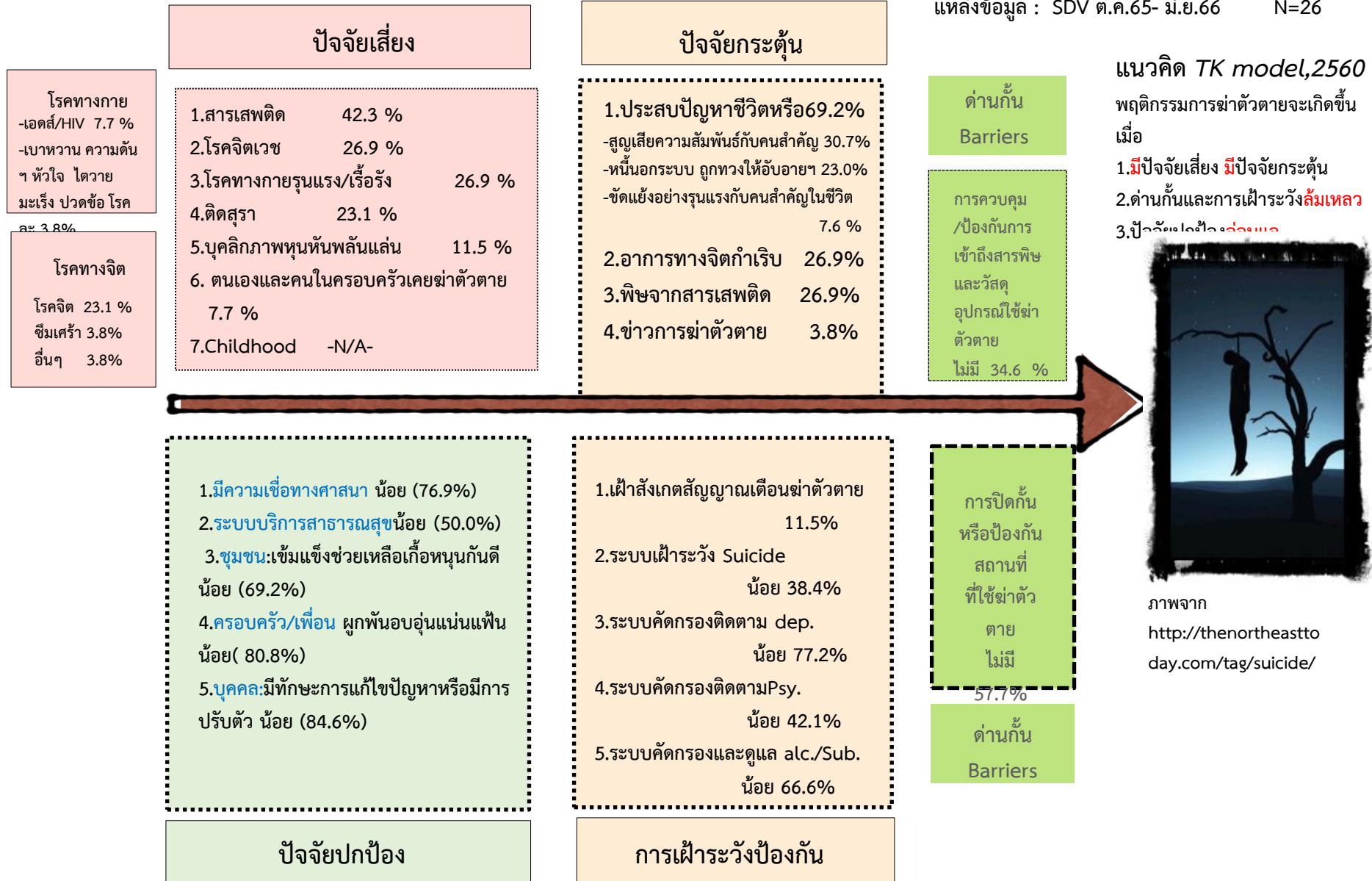
แหล่งข้อมูล : 506S V.10 ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2566

N= 239 ราย

เหตุปัจจัยและวิธีที่ใช้ในกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)

จากรายงานการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายหรือกระทำการรุนแรงต่อตนเองฯ

แหล่งข้อมูล : SDV ต.ค.65- มิ.ย.66 N=26



แผนงาน/การดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัด ปีงบประมาณ 2566

แผนงาน : พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายจังหวัดร้อยเอ็ด

กิจกรรม

1. คัดกรอง/ค้นหา ประเมินผู้ใช้สารเสพติดและผู้ดื่มสุราด้วย Assist หรือ AUDIT เพื่อนำผู้ติดสุราเข้ารับการรักษา รวมทั้งป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ
2. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และโรคซึมเศร้า
3. เฝ้าระวังความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ด้วย 8Q ทุก หนึ่งเดือน และเพิ่มการคัดกรอง 2Q plus NCD คลินิก
4. ฝึกอบรมญาติของกลุ่มเสี่ยงให้เฝ้าระวังสัญญาณเตือน การช่วยเหลือเบื้องต้น ช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
5. จัดให้มีการหลักสูตรอบรม School Health hero , MCI
6. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทั้งในระบบเอกสารและเผยแพร่ทางออนไลน์
7. เพิ่มศักยภาพผู้ให้การปรึกษานักจิตบำบัด ต้องเพิ่มทักษะ CBT, Family counseling, Problem solving therapy,
 - วิทยากรที่มีปัญหา ติดสุรา ยาเสพติด
 - ผู้ป่วยจิตเวช (โรคจิต ซึมเศร้า)
 - ผู้ที่มีโรคทางกายเรื้อรัง/รุนแรง
 - กลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตเวช
 - ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

กลุ่มเป้าหมาย :

ผู้ป่วยจิตเวช ซึมเศร้า ผู้ติดสุราและสารเสพติดได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 80 ญาติมีความรู้เรื่องสัญญาณเตือน การช่วยเหลือเบื้องต้น รู้ช่องทางการเข้าถึงบริการ
จัดอบรมหลักสูตร School Health hero 1 โรงเรียน/หนึ่งอำเภอ จังหวัดมีระบบรายงานที่ครอบคลุม ถูกต้องและสรุปข้อมูลที่เข้าถึงได้สะดวก บุคลากรได้รับการอบรมเพิ่มศักยภาพ

ผลผลิต :

ผลลัพธ์:

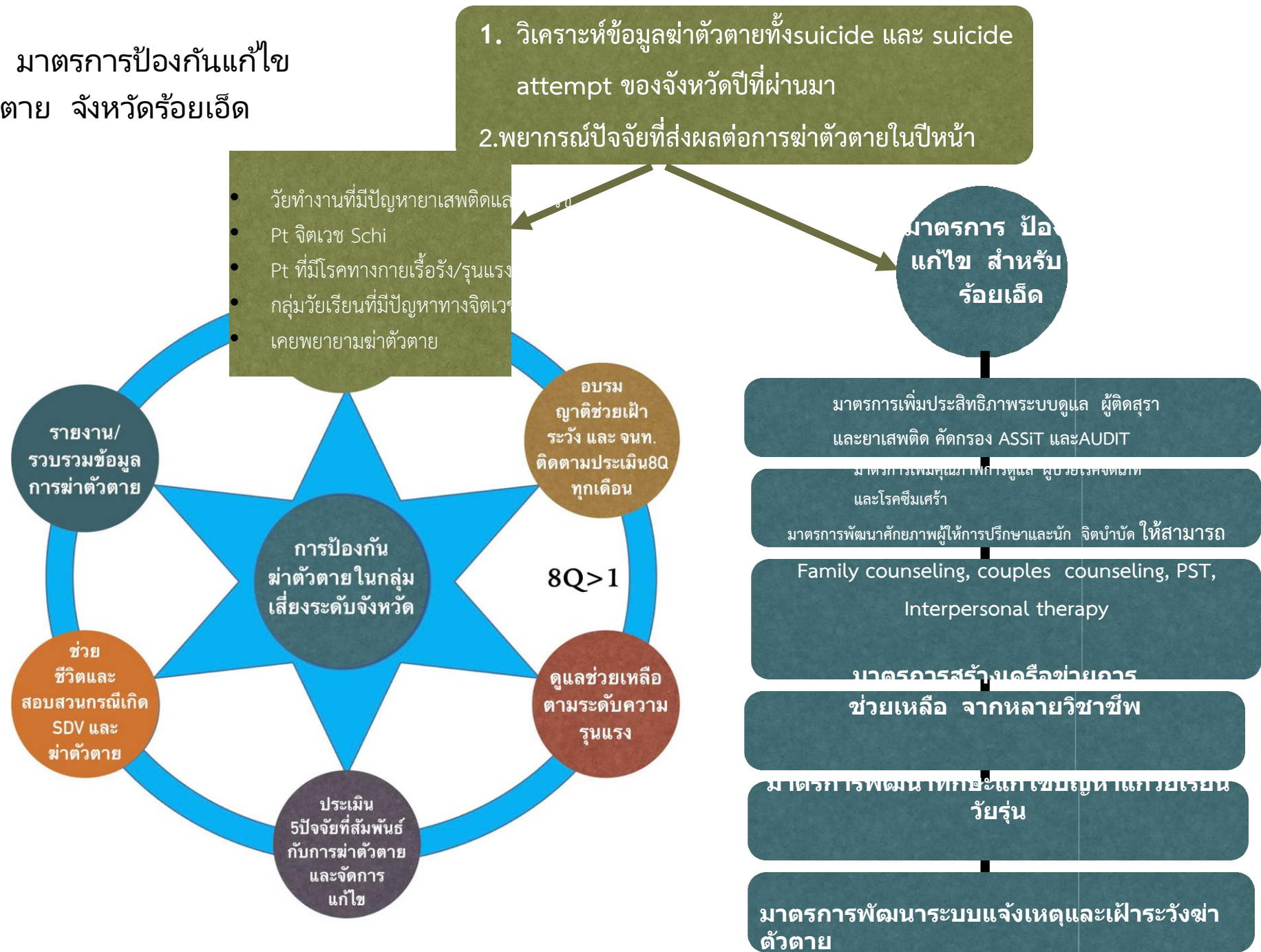
ผลลัพธ์อัตราการฆ่าตัวตายลดลง 20% ไม่เกิน (4.27 ต่อประชากรแสนราย)

**มาตรการป้องกันแก้ไข
ปัญหาฆ่าตัวตายที่ควรจะมี
สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ด**

ปีงบประมาณ 2567



ข้อเสนอแนะ มาตรการป้องกันแก้ไข
ปัญหาฆ่าตัวตาย จังหวัดร้อยเอ็ด



มาตรการที่ควรมีตาม TK MODEL



Goal : การฆ่าตัวตายลดลงจากปี 2566 ร้อยละ 20

Suicide

Common risk factors

1. โรคทางกาย 28.1 %
2. สารเสพติด 28.1 %
3. ป่วยทางจิตเวช 21.9 %
4. เคยทำร้ายตนเอง 4.7 %
5. ใช้สุรา 1.5 %

Suicide attempt

1. โรคทางจิตเวช 31. %
- โรคซึมเศร้า - โรคจิต
2. เคยทำร้ายตนเอง 28.5%
4. ใช้แอลกอฮอล์ 12.1%
5. โรคเรื้อรัง 9.2%
6. สารเสพติด 6.3%

การเฝ้าระวังพบสัญญาณเตือน

Suicide
Suicide attempt

พื้นที่ดำเนินการ

เน้น พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย
สำเร็จสูง

การจัดและลดปัจจัยเสี่ยง

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

การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง

3. มาตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายแบบมุ่งเป้า: โดยประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตายด้วย 8Q แล้วให้การดูแลช่วยเหลือตามความรุนแรงใน 3 กลุ่มเสี่ยงหลัก 1) ผู้ป่วยจิตเวช (Shiz, MDD) 2) ผู้ป่วยติดสุรา ยาเสพติด 3) ผู้ที่เคยฆ่าตัวตาย 4) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรุนแรง (ไตวายเรื้อรัง, มะเร็ง) ควรประเมินทุกเดือน อาจเพิ่มการคัดกรองด้วย 2Qplus ใน NCD คลินิก ผูกอบรมญาติของกลุ่มเสี่ยงให้มีทักษะเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น

ตัวอย่าง มาตรการที่ควรมีตาม TK MODEL สำหรับจังหวัด

Suicide

Common
precipitating

1.ปัญหาในสัมพันธ 43.8 %

Suicide attempt

1.ปัญหาความสัมพันธ์
ระหว่างบุคคล 81.2%

กลุ่มวัยเรียนนักศึกษา อายุ 10-19 ปี 52%

พื้นที่ดำเนินการทุกอำเภอ
เน้น พื้นที่ที่มีอัตราการ
ฆ่าตัวตายสำเร็จสูง



**Goal :การฆ่าตัวตายลดลงจากปี 2567
ร้อยละ 20**

การจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น

5. มาตรการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การปรึกษาและนักจิตบำบัด : เพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจากวิกฤตชีวิตที่มีสาเหตุจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน คู่สมรส และครอบครัว ต้องเพิ่มทักษะ Family counseling and therapy, couple counseling and therapy, problem solving therapy, Interpersonal psychotherapy, CBT แก่นักจิตวิทยาพยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ ทุกอำเภอทั้งในภาคราชการและภาคเอกชน

การช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

6. มาตรการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือจากหลายวิชาชีพ : อาจเป็นในรูปแบบอาสาสมัคร หรือ แต่งตั้งในรูปคณะกรรมการจากหลายอาชีพประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย นักการเงินการธนาคาร นักพัฒนาอาชีพ ตำรวจ ฯลฯ เพื่อให้การช่วยเหลือรายที่มีวิกฤตชีวิตด้านอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย อาชีพ เป็นต้น เช่น คณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง

- Need analysis ในกลุ่มเสี่ยงของอำเภอที่มีอุบัติการณ์สูง 9 อำเภอ เมือง สุวรรณภูมิ อาจสามารถ ปทุมรัตต์ เกษตรฯ โพนทอง เสลภูมิ จตุรฯ หนองพอก
- จัดประชุมวางแผนร่วมกับเครือข่ายครูเพื่อกำหนดแนวทางการเสริมสร้างปัจจัยปกป้องร่วมกัน
- MCI, Tobe number one

Thank
you

