สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประเด็นที่ 3

เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด

คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล
การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วันที่ 20 พฤษภาคม 2568 เวลา 09.30 - 14.00 น.

ประเด็นที่ 3 เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด

สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด รอบที่ 1

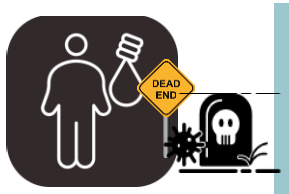
จำนวนตัวชี้วัด 2 ตัวชี้วัดหลัก/ 1 ย่อย

จำนวนตัวชี้วัด Monitor 1 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์รอบที่ 1 **ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด**

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 1	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 1
ตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข			
1.1	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน 7.8 ต่อแสนประชากร)	ไม่เกิน 5.0 ต่อประชากรแสนคน	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2,380 คน **อัตรา 3.66 ต่อประชากรแสนคน**
1.2	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 65)	ร้อยละ 35	**ร้อยละ 52.70** จำนวน 7,912 คน จาก 15,012 คน
2	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติด เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70	**ร้อยละ 80.05**
ตัวชี้วัด Monitor ในพื้นที่			
1	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจน ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (ร้อยละ 85)	≥ ร้อยละ 65	**ร้อยละ 96.97** จำนวน 75,037 คน จาก 77,379 คน

ตัวชี้วัดที่ 1.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ



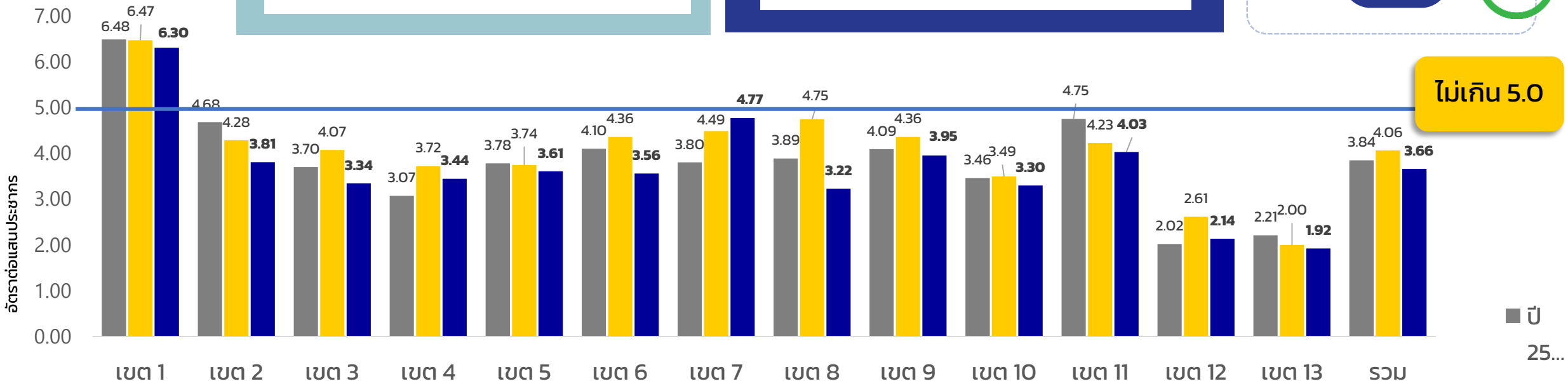
เป้าหมาย รอบที่ 1

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
ไม่เกิน 5.0 ต่อประชากรแสนคน

ผลการดำเนินงานภาพรวม

จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2,380 คน
อัตรา 3.66 ต่อประชากรแสนคน

3.66



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 – มีค.	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

ตัวชี้วัดที่ 1.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 65)

เป้าหมาย รอบที่ 1

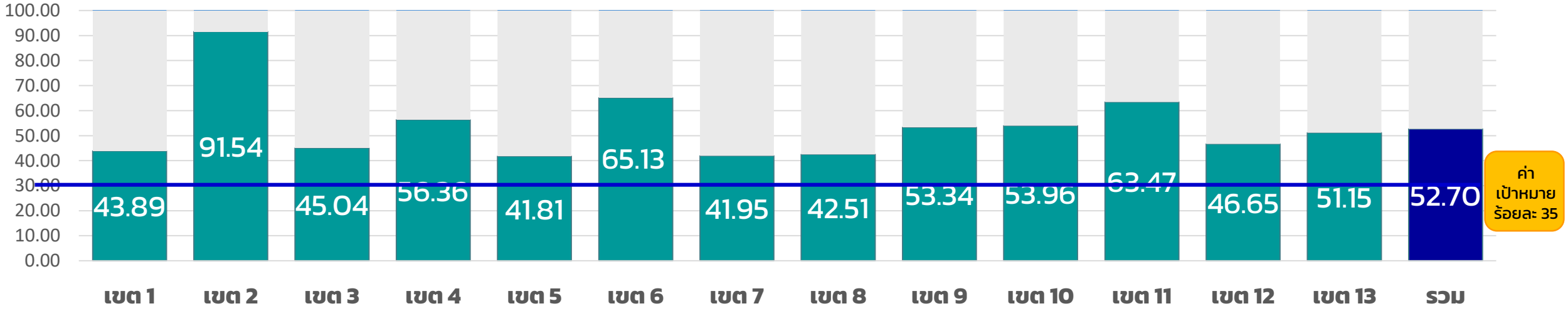
ร้อยละ 35 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 52.70 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

52.70%

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)

ประเด็นที่ 3

ตัวชี้วัด อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยความสำเร็จ

- **ด้านนโยบาย :** กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็น**ตัวชี้วัด**ที่สำคัญในระดับกระทรวง
- **ด้านโครงสร้าง :** คณะอนุกรรมการบังคับใช้**กฎหมายพรบ.สุขภาพจิต ระดับจังหวัด** คกก. SP ระดับเขต/ จังหวัด/ พชอ.
- **ด้านระบบ :** ระบบบริการดูแลเฝ้าระวังป้องกัน**ผู้มีประวัติฆ่าตัวตาย** และมีDashboard Monitor ของสาธารณสุข การวิเคราะห์ปัญหาการฆ่าตัวตาย **TK model และนำมาใช้ประโยชน์**
- **ด้านบุคลากร :** ทีม **คกก. SP เข้มแข็ง / ทีมสอบสวน**ระดับพื้นที่ผ่านการอบรมเสริมทักษะเฝ้าระวัง และป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง
- **ความร่วมมือกับเครือข่าย :** เครือข่ายทุกภาคส่วน**ทั้งในและนอกระบบราชการ**ในพื้นที่ให้ความสำคัญ เช่น โรงเรียน ชุมชน

ปัญหา/ อุปสรรค

- การสร้างความ**ตระหนักรู้ สัญญาณเตือน** – การช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแล ยังไม่ครอบคลุม ทั่วถึง
- การ**เข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยง**ต่อการฆ่าตัวตายยังไม่ครอบคลุม *กลุ่มผู้ติดสารเสพติด (การรักษาต่อเนื่อง)
- การ**บันทึกข้อมูลระบบรายงาน รง.506 v11 และระบบ ระบบ HDC** ล่าช้า ในบางพื้นที่ และไม่ครอบคลุมทุกราย
- การให้**รหัส ICD-10 ยังไม่ถูกต้อง มีความคลาดเคลื่อน** ผลปรากฏใน HDC ไม่ตรงกับสภาพปัญหาจริงในพื้นที่
- **ทีมสอบสวนโรค**กรณีฆ่าตัวตาย**ระดับอำเภอ** มีไม่เพียงพอ

แนวทางการแก้ไข / พัฒนา/ ปรับปรุง

- ค้นหา**กลุ่มเป้าหมายแบบมุ่งเป้า** กลุ่มโรค กลุ่มวัย กลุ่มปัญหาวิกฤติชีวิต
- กระตุ้นการสอบสวนโรคและ**เพิ่มมาตรการ**เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ลดปัจจัยเสี่ยง เสริมด่านกั้น เพิ่มปัจจัยปกป้อง ทักษะการแก้ปัญหารายบุคคล
- **สร้างความตระหนักรู้และทักษะ**ให้กับ ญาติ/ ผู้ดูแล บุลคลใกล้ชิด ในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน และช่วยเหลือเบื้องต้น
- กำกับ ติดตาม การลงบันทึก **HDC การวินิจฉัย X60-X84** ให้เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง ครบถ้วน

ประเด็นที่ 3

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข

1. สร้างกลไก **Data Information** ในการจัดเก็บข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ เพื่อการขับเคลื่อนงานทุกระดับ

แนวทางของกรมสุขภาพจิต ในการขับเคลื่อนและสนับสนุนงาน

1. หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบตัวชี้วัดขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ด้านการป้องกัน การเข้าถึงบริการบำบัดรักษาที่มีคุณภาพ โดยใช้ **Data Driven** ในการวิเคราะห์ กำกับ ติดตาม และประเมินผล

ข้อเสนอต่อหน่วยงานในพื้นที่

1. สร้างทีมนำ และบูรณาการร่วมงาน **Data Integration** ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต

2. สร้าง**ขวัญกำลังใจ**แก่บุคลากรที่ทำหน้าที่ปฏิบัติงาน

ประเด็นที่ 3

การกำกับ/ ติดตาม ในรอบที่ 2-2568

- กำกับ ติดตาม การบันทึก**ข้อมูล**ในระบบรายงาน**HDC และ รง 506s** ให้เป็น**ปัจจุบัน ถูกต้อง ครบถ้วน** และผู้ปฏิบัติงานเข้าใจการบันทึกและนำข้อมูล **มบ (มหาดไทย)** มาวิเคราะห์ร่วมด้วย
- กำหนดและค้นหากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายสำเร็จ เช่น**กลุ่มโรค, กลุ่มวัย กลุ่มปัญหาวิกฤติชีวิต** ที่มักเกิด**อุบัติการณ์ในพื้นที่**
- **ติดตามกลุ่มที่เคยฆ่าตัวตายให้เข้าระบบบริการ**เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยเหลือด้านสังคม จิตใจ
- **เพิ่มมาตรการ**เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายด้วย**การสอบสวนโรค**กรณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เสริมด่านกั้น เพิ่มปัจจัยปกป้อง ทักษะการแก้ปัญหารายบุคคล
- สร้างการตระหนักรู้การป้องกันการฆ่าตัวตาย (**Suicide Literacy**) และ**ใช้สัญญาณเตือน**การฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 2

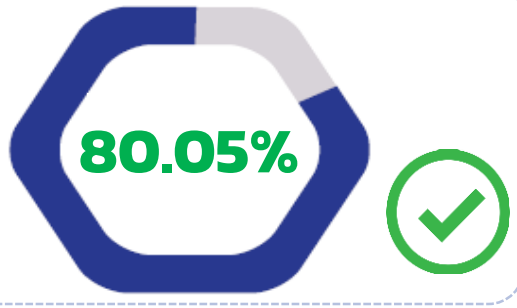
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

เป้าหมาย รอบที่ 1

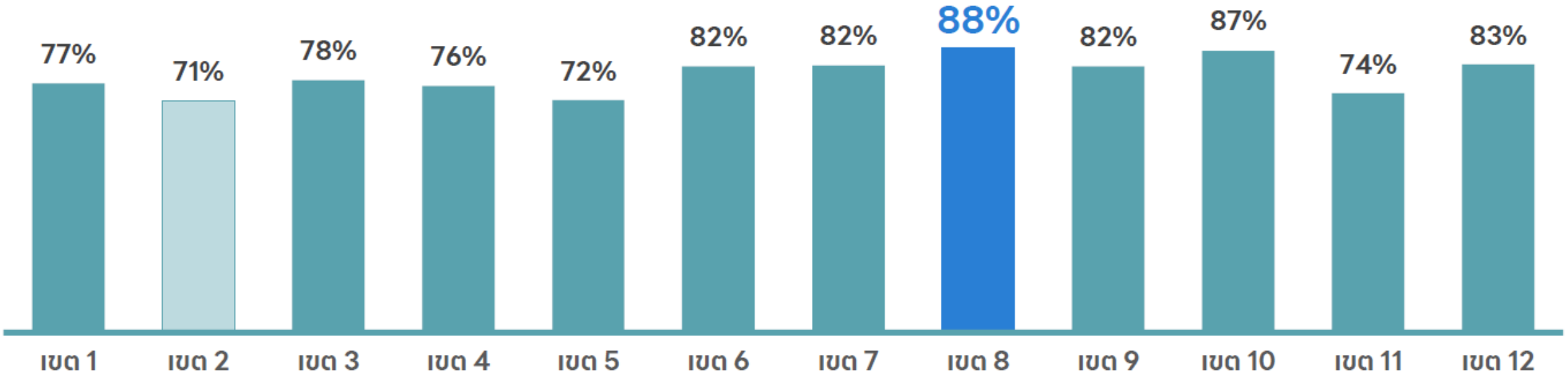
ไม่ต่ำกว่า **ร้อยละ 70**

ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 80.05



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 1 – 2568) ข้อมูลวันที่ 1 ต.ค. 2567 – 31 มี.ค. 2568



ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

ปัญหาและอุปสรรค

1. **ศักยภาพการบำบัดในรายพื้นที่**
   การกระจายตัวของ รพ.ธัญญารักษ์ รพ.จิตเวช ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่
   มินิธัญญารักษ์ มีข้อจำกัดด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม ในสถานพยาบาล

2. **ความเพียงพอและสมรรถนะของบุคลากร**
   ภาระงานที่เกินกำลัง เนื่องจากนโยบายการเร่งรัดนำเข้าผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัด
   การปรับเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบ

3. **ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย**
   ยังประสานงานและบูรณาการได้ไม่ครบถ้วน นอกสถานพยาบาล

4. **ระบบข้อมูล** ยังมีช่องว่างในการสื่อสารข้อมูลที่ต้องทำงานร่วมกัน
   บสต. รูปแบบใหม่ บุคลากรหลายส่วนอาจยังไม่เข้าใจวิธีการใช้งาน

ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. **การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน**
   ประเมินผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพ เพิ่มโอกาสคงอยู่ในการรักษา และป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

2. **กลไกของ ศป.ปส. ระดับจังหวัด ที่เข้มแข็ง**
   ส่งเสริมการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

3. **การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสม**
   มีความหลากหลายและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ในและนอกสถานพยาบาล
   เช่น การบำบัดยาเสพติดแบบทางเลือก ด้วยแพทย์แผนไทย ชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx) มินิธัญญารักษ์ **IMC/LTC**
   Home Ward

4. **การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการดำเนินงาน**
   การใช้งาน บสต. อย่างถูกต้อง บันทึกตามความเป็นจริงและทันเวลา
   ใช้ประโยชน์จากแอพลิเคชัน “บสต” และ “ล้อมรักษ์”

ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. **ขับเคลื่อนผ่านกลไก Service Plan ระดับเขตสุขภาพ** จากส่วนกลางที่บูรณาการงานสุขภาพจิตและยาเสพติด
   กำหนด Patient Journey ของพื้นที่ให้เหมาะสมตามศักยภาพและทรัพยากร
   พัฒนาระบบส่งต่อและให้คำปรึกษาให้เป็นภาพรวมของเขตสุขภาพ
   System Manager ผู้บริหารจัดการผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่
2. **การกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน**
   ใช้ข้อมูลอย่างรอบด้าน เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และทรัพยากร ที่มีผลต่อการคงไว้ซึ่งการบำบัด ติดตามที่มีคุณภาพ
3. **พัฒนาศักยภาพผู้ใช้งาน บสต.**
   จัดทำสื่อการเรียนรู้ที่เข้าถึงง่าย พัฒนาผู้เชี่ยวชาญเพื่อเป็นที่ปรึกษาประจำพื้นที่
4. **พัฒนาความร่วมมือของภาคีเครือข่าย**
   อาศัยกลไกของ ศอ.ปส. ทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ
   สนับสนุนการให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือโดยศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมมากขึ้น

ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

การกำกับ /ติดตาม ในรอบที่ 2-2568

1. **ติดตามตัวชี้วัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง**
   การนำเข้าผู้ป่วยสู่ระบบการบำบัด เทียบเป้าหมาย ศปท.ครส. / สธ. / มินิธัญญารักษ์ / CBTx
   การบำบัดครบโปรแกรม การช่วยเหลือโดยศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

2. **สะท้อนปัญหาในการใช้งาน บสต.**
   เปิดรับข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบให้ตรงกับความต้องการใช้งานมากขึ้น

3. **ค้นหาหน่วยงานหรือพื้นที่ Best Practice** หรือ **Alternative Management**
   เพื่อถอดบทเรียน และขยายผล **เช่นการบำบัดด้วยสมุนไพร อาทิยาอดยาบ้า หรือการบำบัดนอกสถานพยาบาลแบบone stop**

4. **รายงานข้อมูลผู้ป่วยทะเบียน บสต. เทียบกับ HDC** กรณีระดับความรุนแรง (กลุ่มสี และ SMI-V) การรับไว้ในรพ.
   การติดตามการรักษา การรับยาต่อเนื่อง ระยะเวลาการหยุดเสพ เป็นต้น

ตัวชี้วัด Monitor

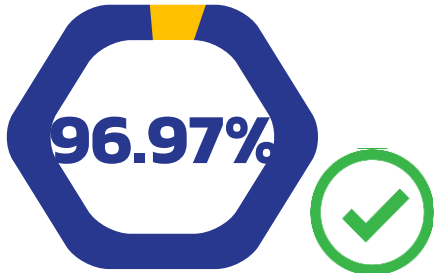
ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (ร้อยละ85)

เป้าหมาย รอบที่ 1

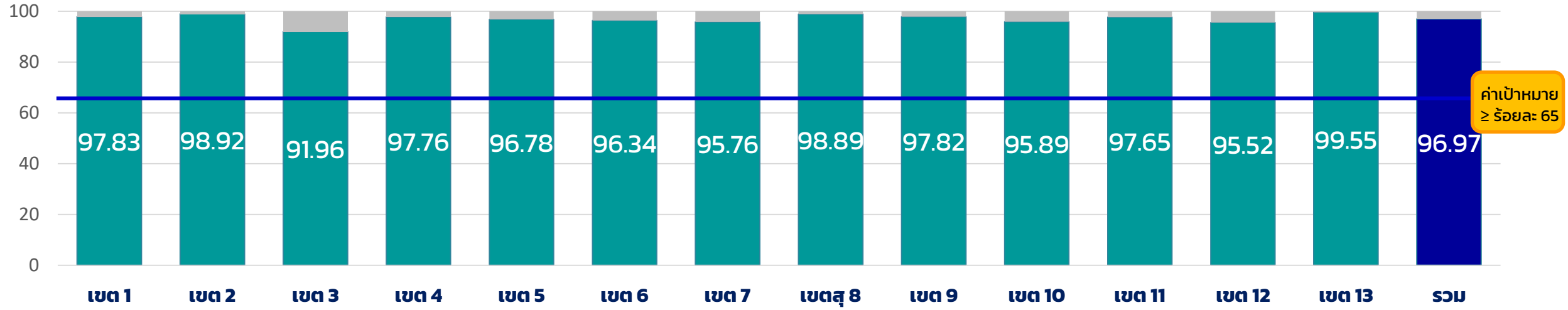
≥ ร้อยละ 65

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

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%

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 11 เมษายน 2568

ประเด็นที่ 3

ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ปัจจัยความสำเร็จ

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

ปัญหา/ อุปสรรค

- การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตผ่านคณะกรรมการระดับจังหวัด ยังขาดความต่อเนื่องและบูรณาการกับงานยาเสพติด
- การขาดความเชื่อมโยงการดำเนินงานในระบบ V care และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมไม่ครบถ้วน
- ระบบฐานข้อมูลที่ไม่เอื้อต่อการใช้งาน และโปรแกรม HDC ยุ่งยาก ซับซ้อน
- บุคลากรด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอกับภาระงาน เช่น นักจิตวิทยาคลินิก

แนวทางการแก้ไข/ พัฒนา/ ปรับปรุง

- ขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด ผ่านการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด/ อำเภอ
- มีผู้กำกับติดตาม ระบบดูแลผู้ป่วย SMI-V ให้ได้รับการบำบัดรักษาที่มีคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง
- ให้บุคลากรบันทึกผลการติดตาม เฝ้าระวังผู้ป่วย SMI-V ในระบบ SMI-V Care และระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข
- จัดหารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับศักยภาพและอัตรากำลังของหน่วยบริการ

ประเด็นที่ 3

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข

1. บูรณาการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เพื่อทำทะเบียนผู้ป่วย SMI-V และจัดระบบการดูแลร่วมกัน

แนวทางของกรมสุขภาพจิต ในการขับเคลื่อนและสนับสนุนงาน

1. ผลักดันการกลไกการติดตามต่อเนื่อง การรับยาจิตเวชต่อเนื่อง ทั้งยากินและยาฉีด Long Acting ให้เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ
2. คำนวณกลุ่มเป้าหมาย SMI-V และวิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อมูลข่าวก่อความรุนแรงSocial Listening
3. กำกับมาตรฐานการใช้ระบบบริการ SMI–V Care ให้ครอบคลุม การจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม
4. พัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันควบคุมความรุนแรงด้วยภาคีและเทคโนโลยีดิจิตอล ให้เหมาะสมในแต่ละบริบท
5. ถอดบทเรียน Best Practice เพื่อนำมาเป็นต้นแบบการดำเนินงานในเขตสุขภาพ

ข้อเสนอต่อหน่วยงานในพื้นที่

1. กำกับ การบันทึกข้อมูลHDC SMI-V ให้ถูกต้อง ครบถ้วน
2. นำข้อมูล บสต.กลุ่มสีต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์นำเข้าSMI-V
3. ดักจับข้อมูลข่าวก่อความรุนแรงใน ของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เพื่อสะท้อนและถอดบทเรียน
4. ค้นหากลุ่มเป้าหมาย โดยใช้ V-Care เฝ้าระวัง/ คัดกรองประชาชนอายุ 15 – 50 ปี ด้วย 5 สัญญาณเตือน รวมทั้งขยายความร่วมมือภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ เช่น อสม.
5. เร่งติดตามผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V 2-3-4 (ทำร้ายผู้อื่น - หลงผิดบุคคลสำคัญ - คดีอุกฉกรรจ์โดยเฉพาะกลุ่มสถานพินิจและราชทัณฑ์) ที่ขาดการรักษา กลับเข้าสู่กระบวนการรักษา
6. ทบทวนรูปแบบการดูแล In-Hosที่เหมาะสมกับศักยภาพและอัตรากำลัง มี ER Medication and Management Protocol มีพี่เลี้ยงช่วยอบรม ซ้อม กำกับดูแล
7. เพิ่มประสิทธิภาพบำบัดติดตามผู้ป่วย SMI-V ให้รับยาจิตเวชต่อเนื่อง ยากิน ยาฉีด พบแพทย์ตามนัด
8. ยกระดับการดำเนินงานของ “คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด” ในการกำกับ ติดตามงานด้านสุขภาพจิต ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย/ ตำรวจอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ 3

การกำกับ /ติดตาม ในรอบที่ 2-2568

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวช SMI-V กำหนดเป้าหมายที่ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ทั้งหมด
2. ผลักดันการขับเคลื่อนงานของคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย/ตำรวจ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้สั่งการ
3. ขยายผลระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด V-Care ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
4. เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวัง คัดกรองและติดตามผู้ป่วย SMI-V ในพื้นที่ให้ได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

BACKUP ประเด็นที่ 3

เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด

ตัวชี้วัดที่ 1 :

ฆ่าตัวตาย

คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล
การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วันที่ 20 พฤษภาคม 2568 เวลา 09.30 - 14.00 น.

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 จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จ(คน)	3 Age specific rate 100000	4 สัดส่วนประชากรมาตรฐานWHO	Standardized (ต่อแสน)	5 จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย	Age specific rate 100000
กลุ่มเด็กปฐมวัย 0-4 ปี	2,603,428	0	0	0.0886	0	298	11.44
กลุ่มวัยเรียน 5-14 ปี	7,159,045	11	0.15	0.1729	0.03	1610	22.49
กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา 15-19 ปี	3,970,598	57	1.44	0.0847	0.12	2960	74.55
กลุ่มวัยทำงาน 20-59 ปี	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)

KPI: ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

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

Common risk factors *

ผ

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 *

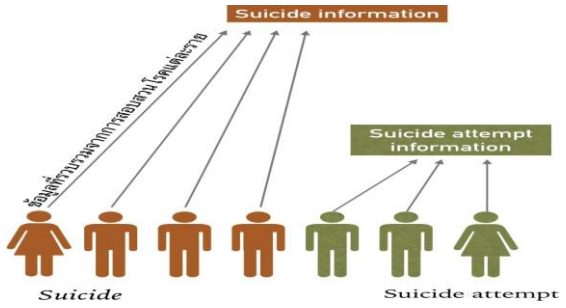
1. วิกฤติชีวิต 64.7 %
2. ฤทธิ์สารเสพติด 18.2%
   (ยาบ้า 9.9%, สุรา 7.1, กัญชา 1.5%)
3. อาการทางจิตกำเริบ 10.1 %
   (ขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง 9.9 %,
   ปฏิเสธการรักษา 0.2 %)
4. ทราบข่าวฆ่าตัวตาย 3.1%

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)
1ความเข้มแข็งของความเชื่อ	14.8%
2อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง	25.8%
3.มีครอบครัวที่อบอุ่น	25.4%
4มีกลุ่มเพื่อนดี	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 = 2110 คน)

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 *

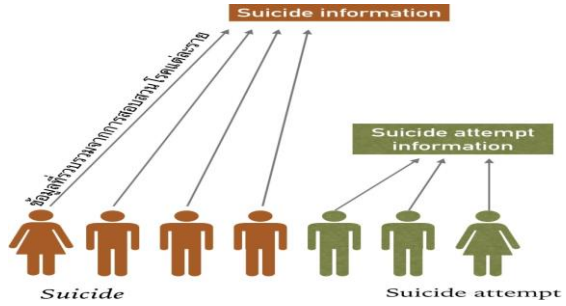
1. วิกฤติชีวิต 75.7%
2. อาการทางจิตกำเริบ 7.3%
   (ขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง 6.7%
   ปฏิเสธการรักษา 0.6 %)
3. ฤทธิ์สารเสพติด 5.6%
   (สุรา 2.9%, ยาบ้า 2.6%,
   กัญชา 0.7%)
4. ทราบข่าวฆ่าตัวตาย 0.9%

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

การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน
พบ 244%
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)

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 12

ติดสารเสพติด 26.9%

เขตสุขภาพที่ 11

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

เขตสุขภาพที่ 10

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

เขตสุขภาพ(ที่ 9

ติดสารเสพติด 19.2%

เขตสุขภาพที่ 8

ติดสารเสพติด 41.1%

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

กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปีงบประมาณ 2568

ติดสารเสพติด 21.1%

(ยาบ้า 16.3%, กัญชา 2.9%)

ติดสุรา 15.4%

โรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 18.9%

(ปวดเรื้อรัง 2.8%, อัมพาต 2.6%, มะเร็ง 1.8%)

เคยทำร้ายตัวเอง 11.7%

ป่วยโรคจิตเวช 18.7%

(ซึมเศร้า 8.9%, จิตเภท 6.5%, วิตกกังวล 1.3%)

คนในครอบครัว เคยฆ่าตัวตาย 6.4%

เป็นการทำเพียงครั้งเดียวเสียชีวิต 88.3 %

Childhood Trauma 3.4%

แหล่งข้อมูล: รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2568 (ตุลาคม 2567- เมษายน 2568) (n =2110 คน)

ปัจจัยกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวช

อาการทางจิตกำเริบ

มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 13 เท่า

- โรคซึมเศร้า : 18 เท่า
- โรคจิตเภท : 25 เท่า

ฤทธิ์สารเสพติด

มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 0.6 เท่า

โรคซึมเศร้า : 0.5 เท่า
โรคจิตเภท : 1.4 เท่า

วิกฤติในชีวิต

มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 0.7 เท่า

โรคซึมเศร้า : ขัดแย้งกับคนสำคัญ 1.3 เท่า
โรคจิตเภท : ขัดแย้งกับคนสำคัญ 0.6 เท่า

วิกฤติในชีวิต (หนีสิ้น ถูกทวงหนี้)

โรคซึมเศร้า : 0.7 เท่า
โรคจิตเภท : 0.4 เท่า

$p < 0.05$

แหล่งข้อมูล: รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2567 –2568 (ตุลาคม 2567– เมษายน 2568) (n = 5137 คน)

ปัจจัยกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้ติดสารเสพติด

อาการทางจิตกำเริบ

มีความเสี่ยงต่อ
การฆ่าตัวตาย 13 เท่า

วิกฤติในชีวิต

มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1.5 เท่า

สูญเสียความสัมพันธ์ 0.8 เท่า
ขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญในชีวิต 0.9 เท่า
มีคดีความ 0.4 เท่า

แหล่งข้อมูล: รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2567 –2568 (ตุลาคม 2567– เมษายน 2568) (n = 5137 คน)

ปัจจัยกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง รุนแรง

วิกฤติในชีวิต

ความขัดแย้งรุนแรงกับบุคคลสำคัญในครอบครัว

มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 0.7 เท่า

จำแนกรายโรค

- อัมพาต/ โรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 0.4 เท่า (OR)
- มะเร็ง 0.5 เท่า (OR)
- ไตวายเรื้อรัง 0.5 เท่า (OR)
- โรคตับเรื้อรัง 0.5 เท่า (OR)
- โรคเอดส์ 0.5 เท่า (OR)

ฤทธิ์ สารเสพติด

มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1.9 เท่า

จำแนกรายโรค

ปวดเรื้อรัง 3.4 เท่า
อัมพาต/โรคหลอดเลือดสมอง 3 เท่า (OR)
มะเร็ง 10 เท่า (OR)
ไตวายเรื้อรัง 0.9 เท่า (OR)
โรคตับเรื้อรัง 0.4 เท่า (OR)
โรคเอดส์ 1.6 เท่า (OR)

หนีสิ้น ถูกทวงหนี้)

- **อัมพาต/โรคหลอดเลือดสมอง 7.1 เท่า (OR)**
- **มะเร็ง 0.2 เท่า (OR)**
- **ไตวายเรื้อรัง 0.2 เท่า (OR)**
- **โรคตับเรื้อรัง 0.5 เท่า (OR)**
- **โรคเอดส์ 0.6 เท่า (OR)**

(n = 5137 คน) $p < 0.05$

ปัจจัยกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้ติดสุรา

อาการทางจิตกำเริบ

มีความเสี่ยงต่อ
การฆ่าตัวตาย 0.5 เท่า

ฤทธิ์สารเสพติด

มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
0.2 เท่า

ทราบข่าวฆ่าตัวตาย

มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
0.4 เท่า

แหล่งข้อมูล: รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2567 –2568 (ตุลาคม 2567– เมษายน 2568) (n = 5137 คน)

สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายเคยทำร้ายตัวเอง 49.8 %

โรคทางกายเรื้อรังรุนแรง

- อัมพาต/โรคหลอดเลือดสมอง) 48.1 %
- มะเร็ง 51.3 %
- พิการ 62.5 %
- โรคหัวใจ 65.7 &
- ปวดเรื้อรัง 56.8 %
- HIV 49 %

ป่วยโรคจิตเวช

โรคจิตเภท 51.0 %
โรคซึมเศร้า 52.8 %

ติดสุรา

มีสัญญาณเตือน 49.1 %

ติดสารเสพติด

มีสัญญาณเตือน 46.3 %

เคยทำร้ายตัวเอง

มีสัญญาณเตือน 57.3 %

แหล่งข้อมูล: รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2567-2568 (ตุลาคม 2567- เมษายน 2568) (n = 5137 คน)

High Risk Group

กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

01 โรคจิตเวช
- 1.1 โรคซึมเศร้า
- 1.2 โรคจิตเภท

02 ติดสุรา

03 สารเสพติด
- 3.1 กัญชา
- 3.2 แอมเฟตามีน

04 โรคทางกาย รุนแรง/เรื้อรัง

05 มีประวัติเคย ฆ่าตัวตาย

06 ประสบปัญหา วิกฤตชีวิตรุนแรง (Non-Health)

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)

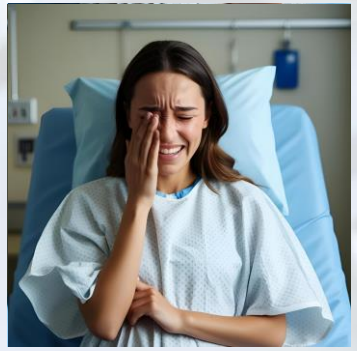
แนวทางการช่วยเหลือ

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

โรคจิตเวช

1.1 โรคซึมเศร้า



แนวทางการดูแลช่วยเหลือ

1. มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า 7 กลุ่ม ทุกครั้งที่มารับบริการ ด้วย 2Q และ9Q ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต
2. หากพบว่ามีอาการซึมเศร้า (9Q คะแนนมากกว่า 7) ส่งพบแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ตามแนวทางมาตรฐาน
3. หากมีแนวโน้มฆ่าตัวตายควรได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสม
4. มีการติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ขาดนัด รักษาจนครบตามเวลามาตรฐาน 6 ถึง 9 เดือน
5. 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

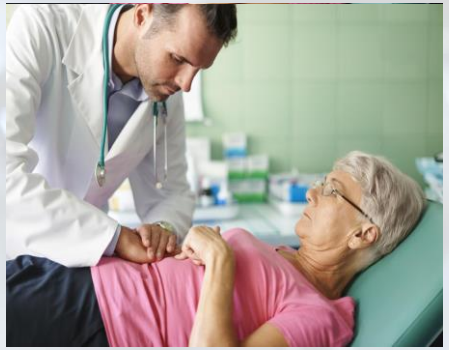
1. มีทะเบียนรายชื่อผู้ติดสุราและยาเสพติดที่เป็นปัจจุบันและค้นหาได้ง่าย
2. มีการประเมินผู้ใช้สุราด้วยแบบประเมิน AUDIT เพื่อประเมินว่าถึงขั้น Dependence หรือไม่
3. นำผู้ติดสุราและยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการรักษา
4. มีการติดตามป้องกันการมาดื่มซ้ำ
5. ประเมินด้วย 8Q ทุกเดือน

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 โดยญาติ หรือ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต./ รพช.

โรคทางกายรุนแรง/เรื้อรัง



แนวทางการดูแลช่วยเหลือ

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

มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย

แนวทางการดูแลช่วยเหลือ

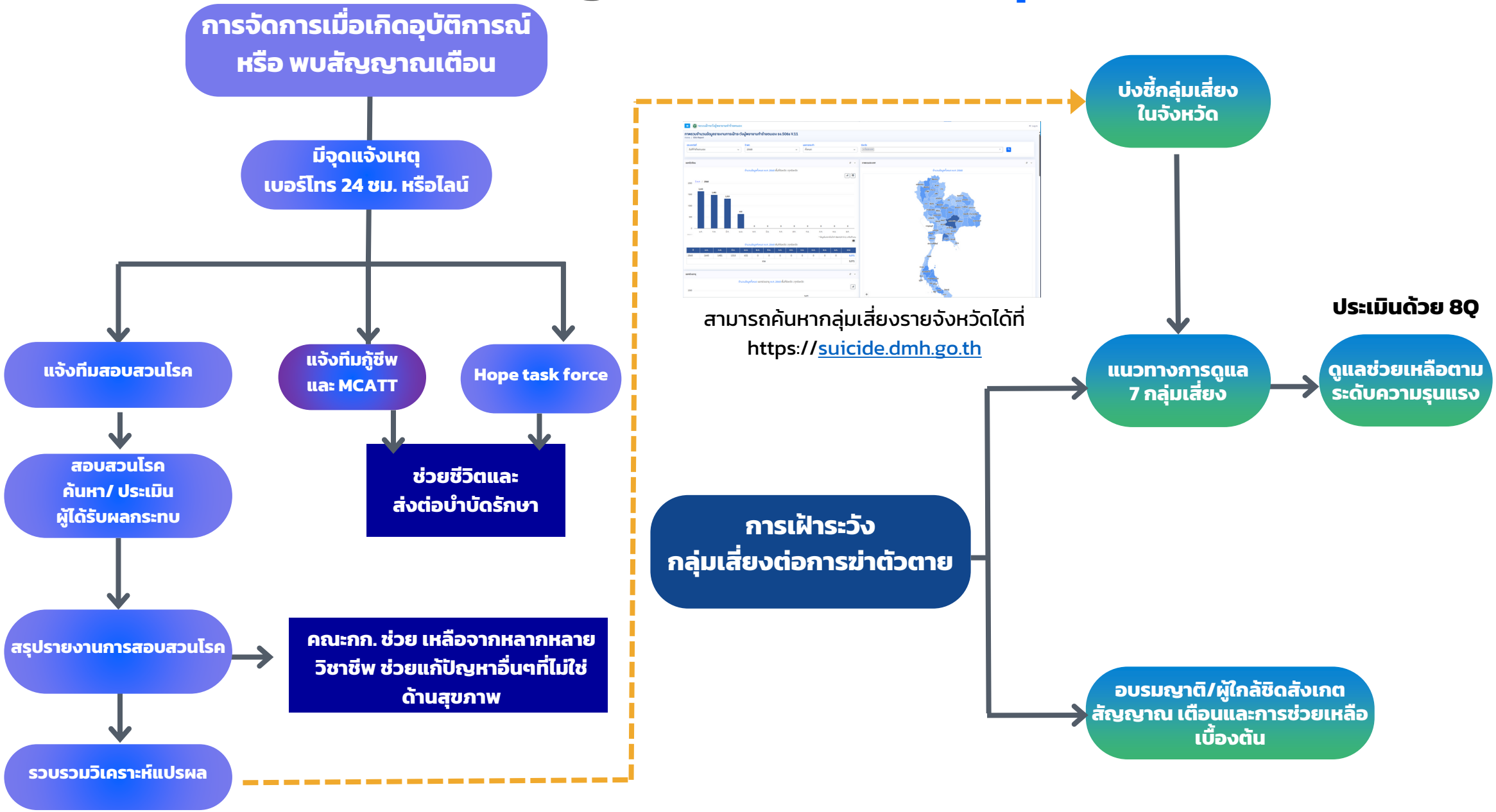
1. มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่เป็นปัจจุบัน
2. มีการติดตามประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (แบบประเมิน 8Q) อย่างสม่ำเสมอ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลือตามระดับ ความรุนแรง(ตามระดับคะแนนของ8Q)อย่างเหมาะสมทันท่วงที
4. มีการอบรมให้ความรู้ญาติ ผู้ดูแลกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายถึง การสังเกตสัญญาณเตือน 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 (แบบประเมิน 8Q) อย่างสม่ำเสมอ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
5. กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง (ตามระดับคะแนนของ 8Q) อย่างเหมาะสมทันท่วงที่
6. มีการอบรมให้ความรู้ญาติ ผู้ดูแลกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายถึงการสังเกต สัญญาณเตือน และการช่วยเหลือเบื้องต้น
7. มีช่องทางให้ญาติติดต่อกับทีมสุขภาพจิตที่รวดเร็ว
8. ประสานขอความช่วยช่วย เหลือจากหลากหลายวิชาชีพ ช่วยแก้ปัญหาอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ

Package Menu For Suicide prevention



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

BACKUP ประเด็นที่ 3

เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด

ตัวชี้วัดที่ 2 :

Retention Rate

คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล
การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

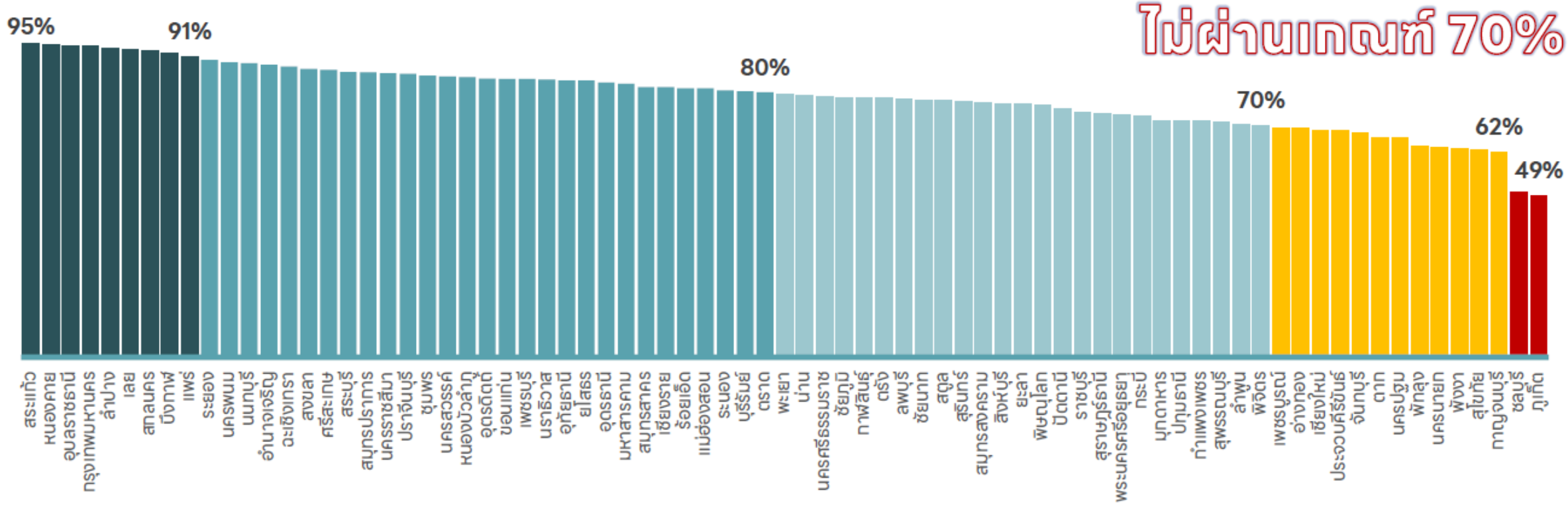
วันที่ 20 พฤษภาคม 2568 เวลา 09.30 - 14.00 น.

ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

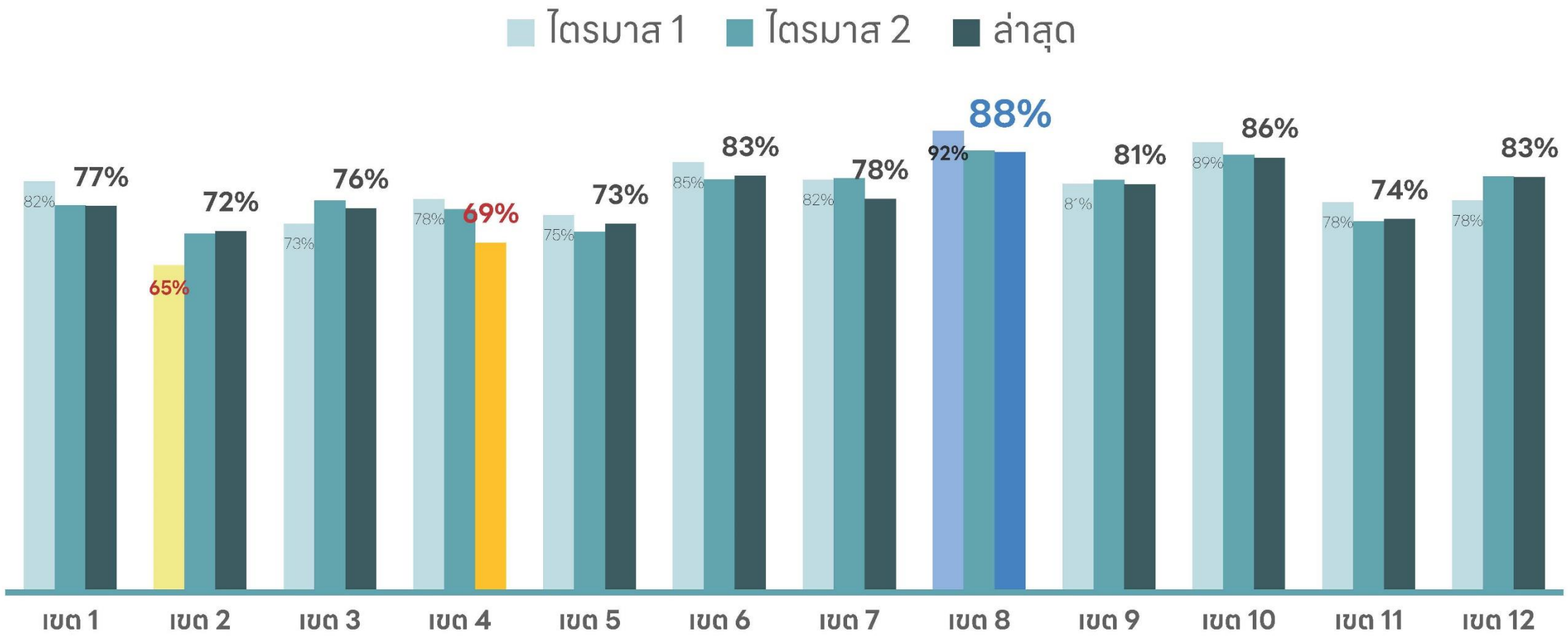
9 จังหวัด
มากกว่า 90%

14 จังหวัด
ไม่ผ่านเกณฑ์ 70%

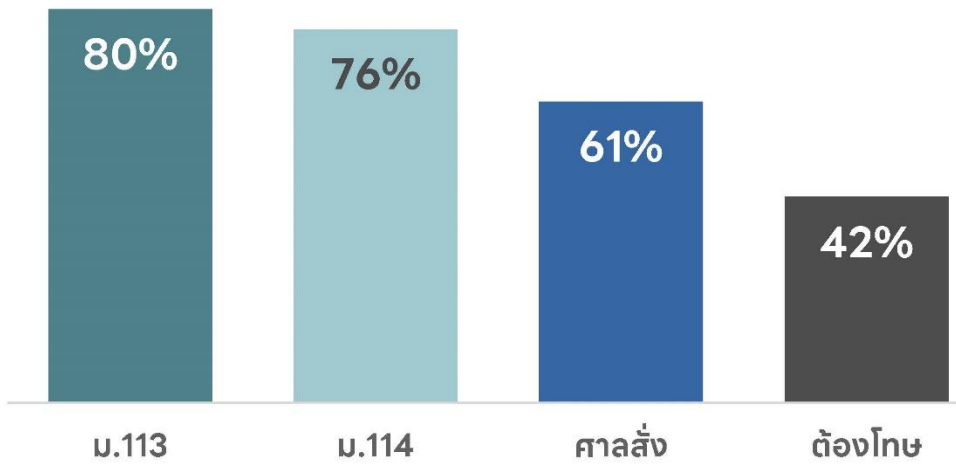


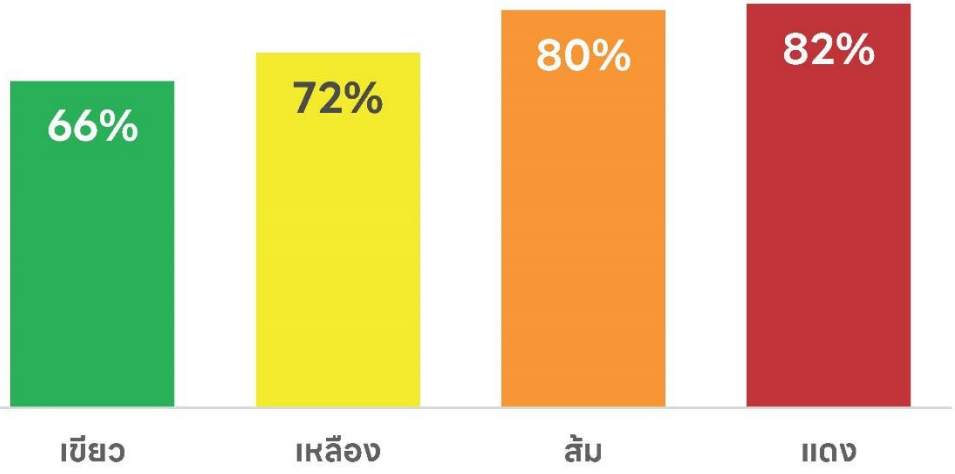
ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)



ผลงาน Retention Rate ของทุกกระทรวง/ทุกระบบ





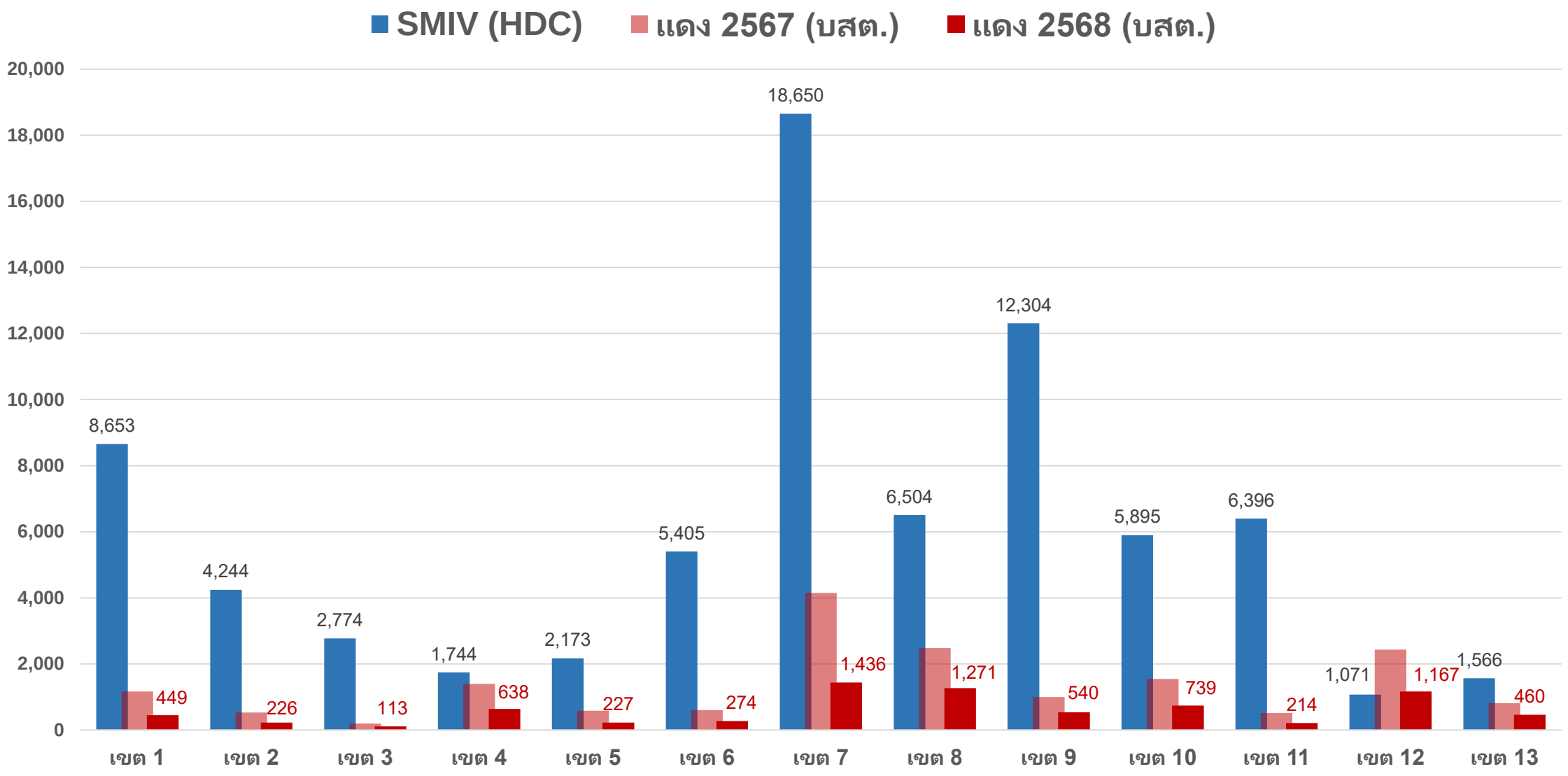
จำแนกตามประเภทการนำเข้า

	A	B	%
ม.113	22,001	27,615	79.67%
ม.114	7,746	10,253	75.55%
ศาลสั่ง	393	645	60.93%
ต้องโทษ	4,184	10,044	41.66%

จำแนกตามสีของผู้ป่วย

	A	B	%
เขียว	27,107	41,017	66.09%
เหลือง	548	763	71.82%
ส้ม	1,848	2,298	80.42%
แดง	4,378	5,355	81.76%

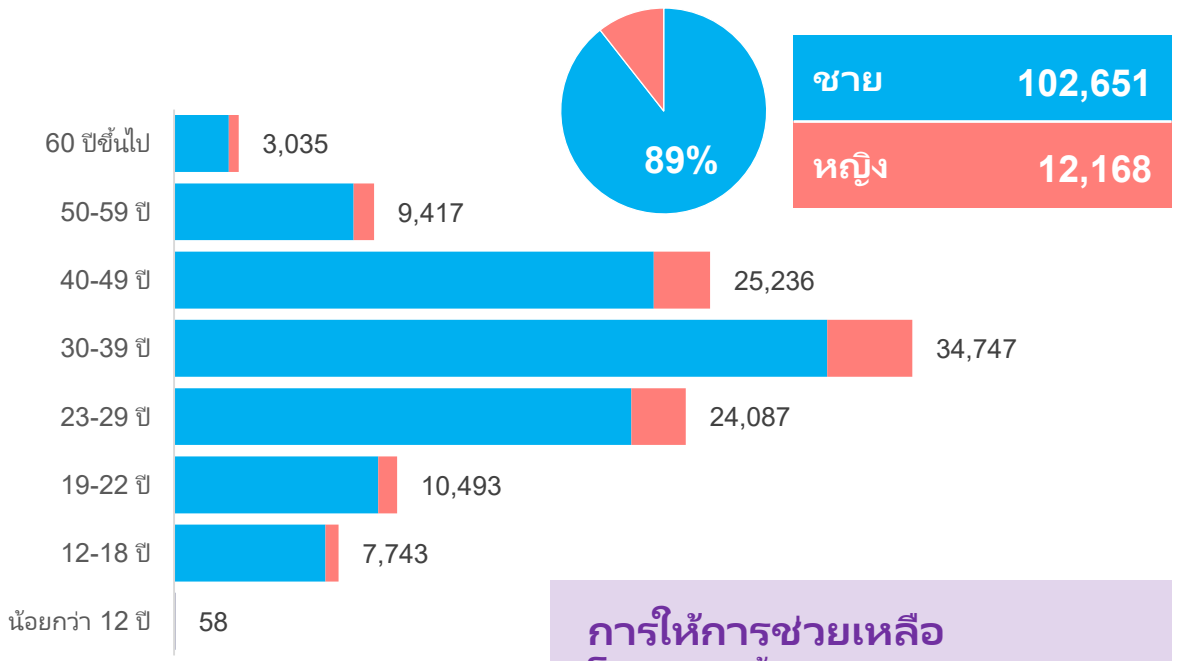
สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



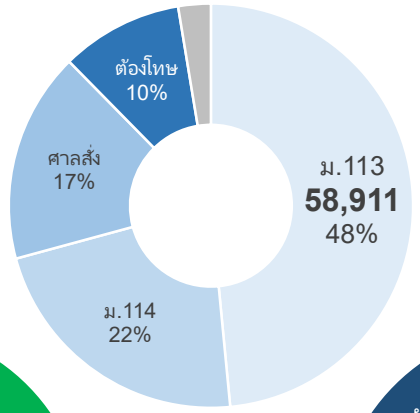
ภาพรวมผลการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ปีงบประมาณ 2568

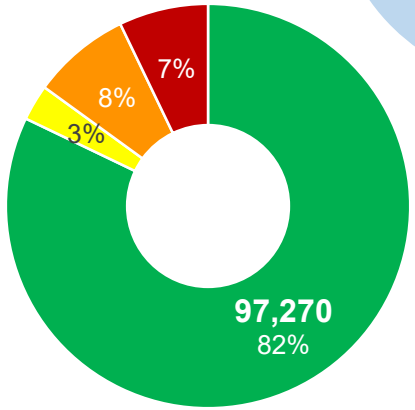
คัดกรอง **131,148**

บำบัด **121,527**

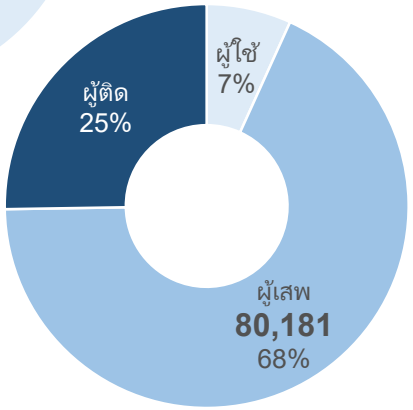


จำแนกตามประเภทการนำเข้า





จำแนกตามสีของผู้ป่วย (อาการทางจิต)



จำแนกตามพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด

CBTx **15,342**

มินิธัญญารักษ์ **5,403**

การให้การช่วยเหลือโดยศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

จำนวนการขอ **12,767**

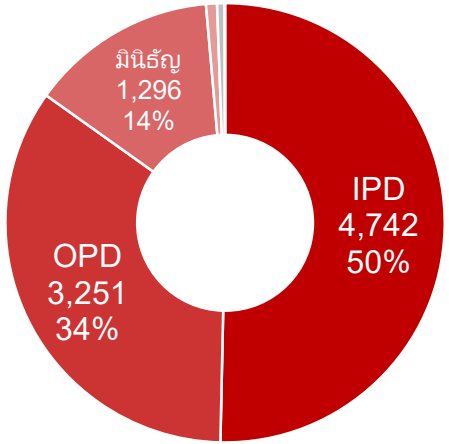
จำการช่วยเหลือ **8,112**

ผู้ป่วยกลุ่มสีแดง – ปีงบประมาณ 2568

คัดกรอง **8,766**

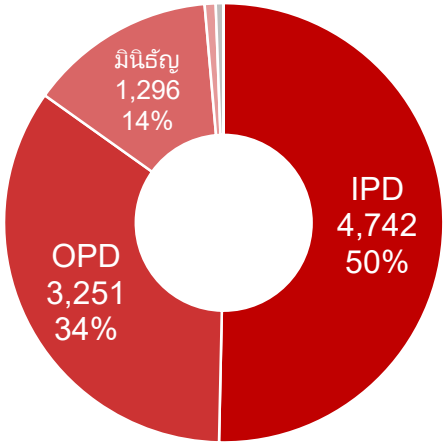
บำบัดสะสม **7,808**

จำแนกตามรูปแบบการบำบัด



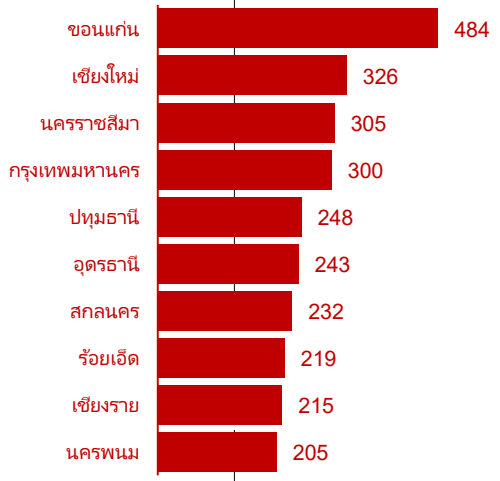
รูปแบบการบำบัด	จำนวน
IPD	4,742
OPD	3,251
มินิธัญญารักษ์	1,296
CBTx	76
สถานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	53
ต้องโทษ	2

จำแนกตามหน่วยงานสังกัด



รูปแบบการบำบัด	จำนวน
IPD	4,742
OPD	3,251
มินิธัญญารักษ์	1,296
CBTx	76
สถานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	53
ต้องโทษ	2

จังหวัดที่มีจำนวน ผู้ป่วยกลุ่มสีแดง มากที่สุด 10 อันดับแรก



Backup Slide

เขตสุขภาพ	ม.113			ม.114			รวมระบบสมัครใจ		
	ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	%	ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	%	ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	%
1	2,248	2,908	77.30%	526	698	75.36%	2,774	3,606	76.93%
2	942	1,330	70.83%	941	1,310	71.83%	1,883	2,640	71.33%
3	684	845	80.95%	571	768	74.35%	1,255	1,613	77.81%
4	1,884	2,471	76.24%	478	633	75.51%	2,362	3,104	76.10%
5	821	1,098	74.77%	294	458	64.19%	1,115	1,556	71.66%
6	836	1,000	83.60%	321	410	78.29%	1,157	1,410	82.06%
7	2,486	2,983	83.34%	608	774	78.55%	3,094	3,757	82.35%
8	2,583	2,966	87.09%	827	916	90.28%	3,410	3,882	87.84%
9	1,537	1,834	83.81%	1,418	1,771	80.07%	2,955	3,605	81.97%
10	1,886	2,181	86.47%	443	497	89.13%	2,329	2,678	86.97%
11	945	1,307	72.30%	319	407	78.38%	1,264	1,714	73.75%
12	2,092	2,479	84.39%	76	142	53.52%	2,168	2,621	82.72%
รวม	**18,944**	**23,402**	**80.95%**	**6,822**	**8,784**	**77.66%**	**25,766**	**32,186**	**80.05%**

BACKUP ประเด็นที่ 3

เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด

ตัวชี้วัด Monitor :

SMI-V

คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล
การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วันที่ 20 พฤษภาคม 2568 เวลา 09.30 - 14.00 น.

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V)

Social Listening เฝ้าระวังข่าวความรุนแรง
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

60%
ปัญหาสังคม
ทะเลาะวิวาท
ขัดผลประโยชน์
ความสัมพันธ์ในครอบครัว

40%
ข่าวความรุนแรงที่
เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
จิตเวชหรือ ยาเสพติด

40%
ผู้ป่วยจิตเวช ไม่เสพยา

30%
ผู้ป่วยอื่น (แอลกอฮอล์)

30%
ผู้ป่วยยาเสพติด หรือจิตเวช ยาเสพติด

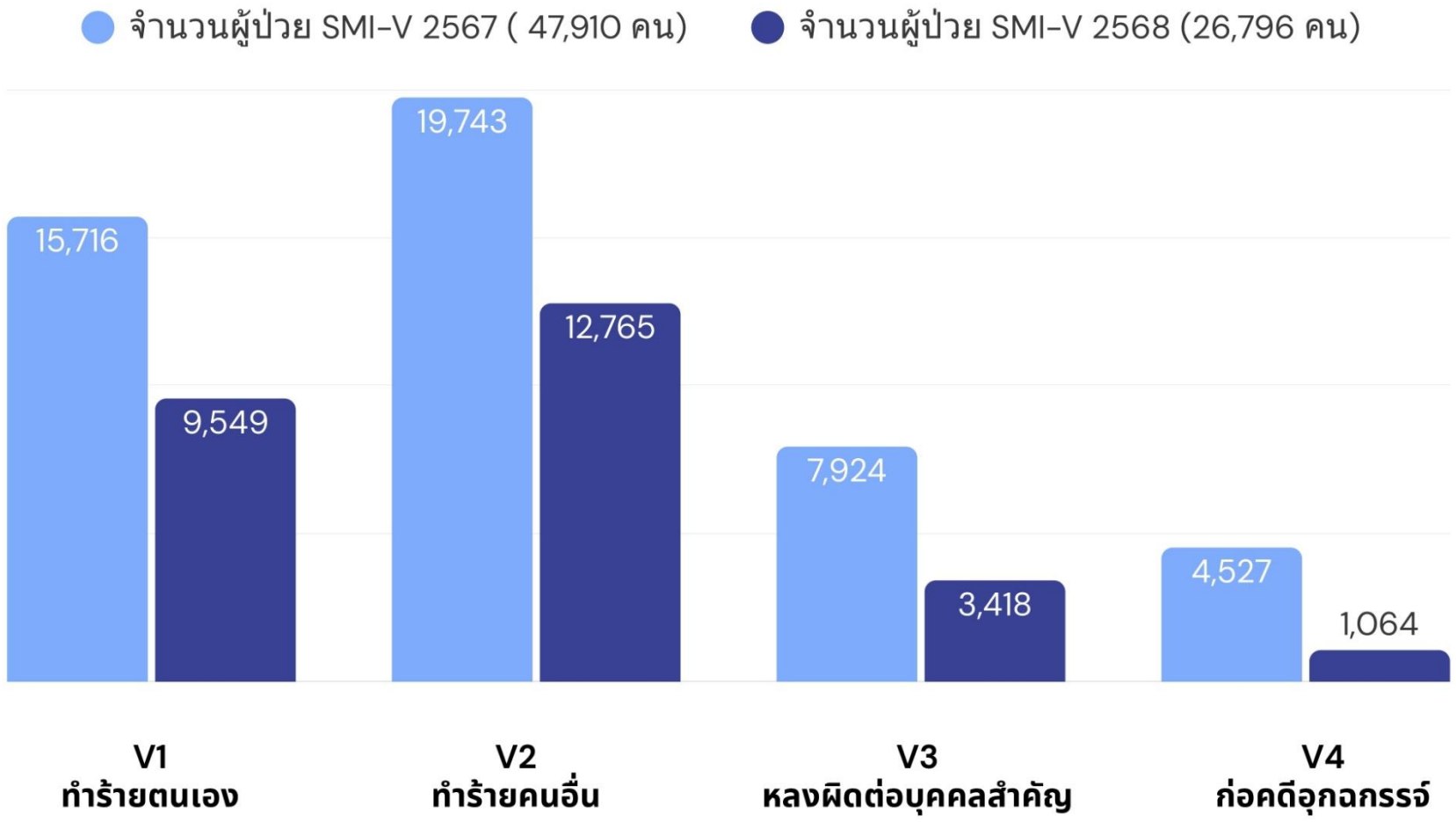
223,253 ประมาณการณ์ผู้ป่วย SMI-V

33.57% อัตราการเข้าถึงบริการ SMI-V

สาเหตุความรุนแรง

- หลงผิดประสานหลอนจากจิตเวชหรือยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์
- รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่ร่วมมือในการรักษา
- กลับไปเสพยาซ้ำ จนอาการกำเริบ

ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่ก่อความรุนแรงแยกประเภท V1-2-3-4 ปี 2568



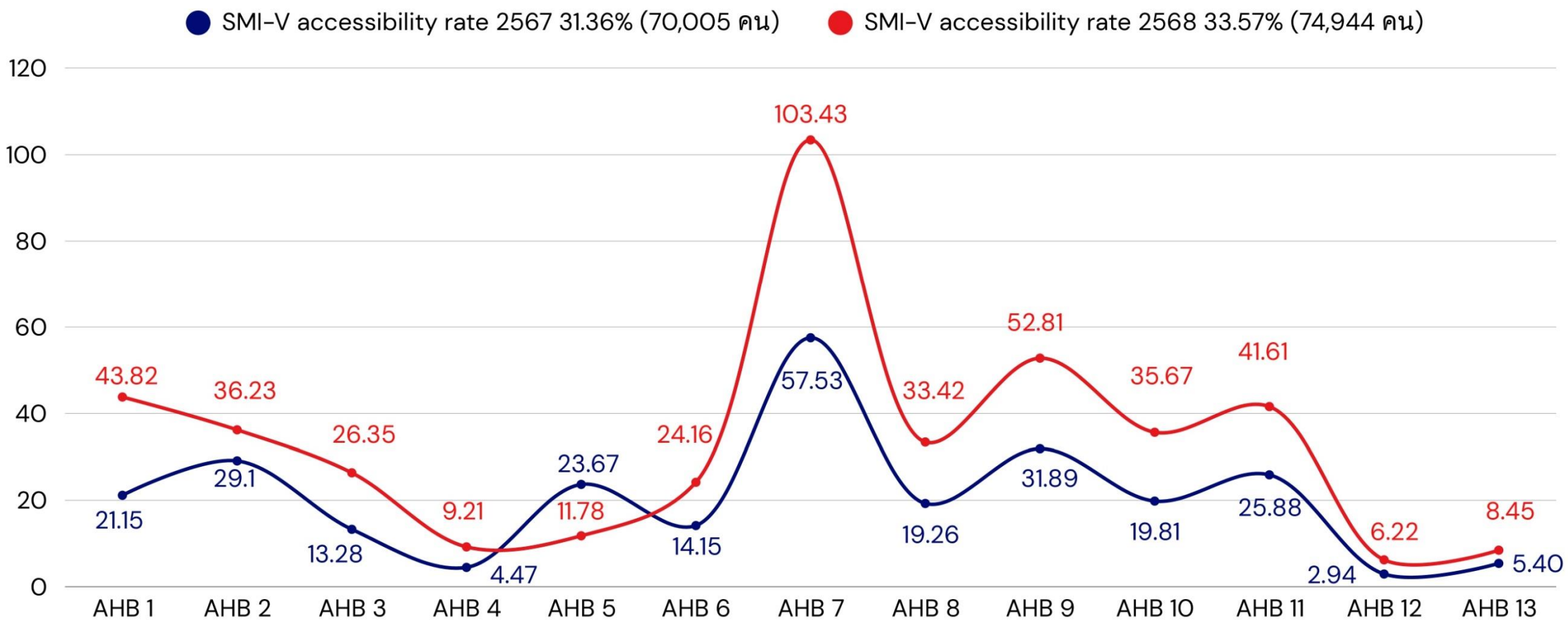
V1 ทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต

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)

การเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดก่อความรุนแรง 2567 – 2568



ข้อมูล : Health Data Center 11 เมษายน 2568

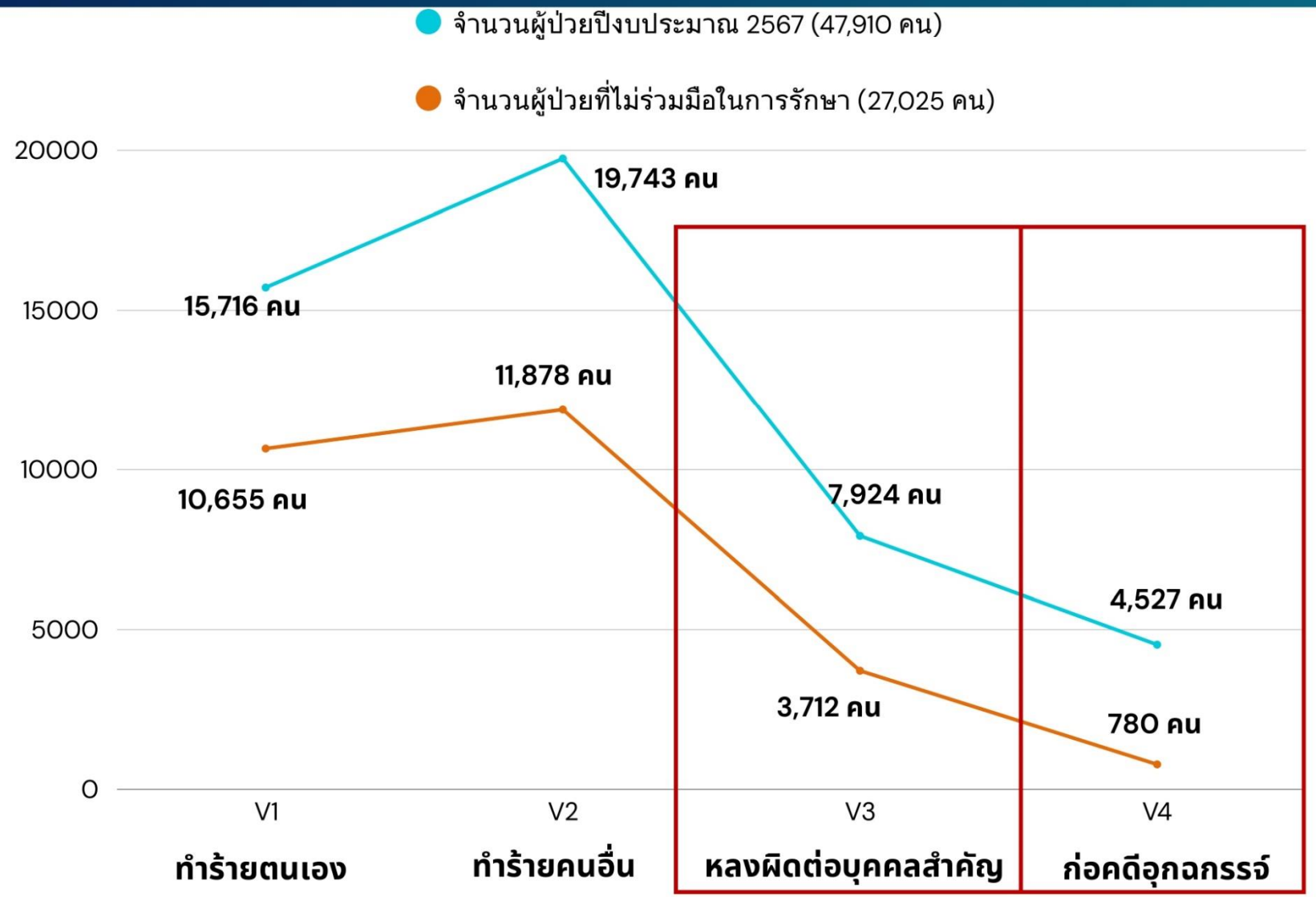
ศึกษาความสัมพันธ์จากข้อมูลผู้ป่วย SMI-V 2567

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

ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่ก่อความรุนแรงแยกประเภท V1-2-3-4 ปี 2567



V1 ทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต

V2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อความรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน

V3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จะมุ่งทำร้าย

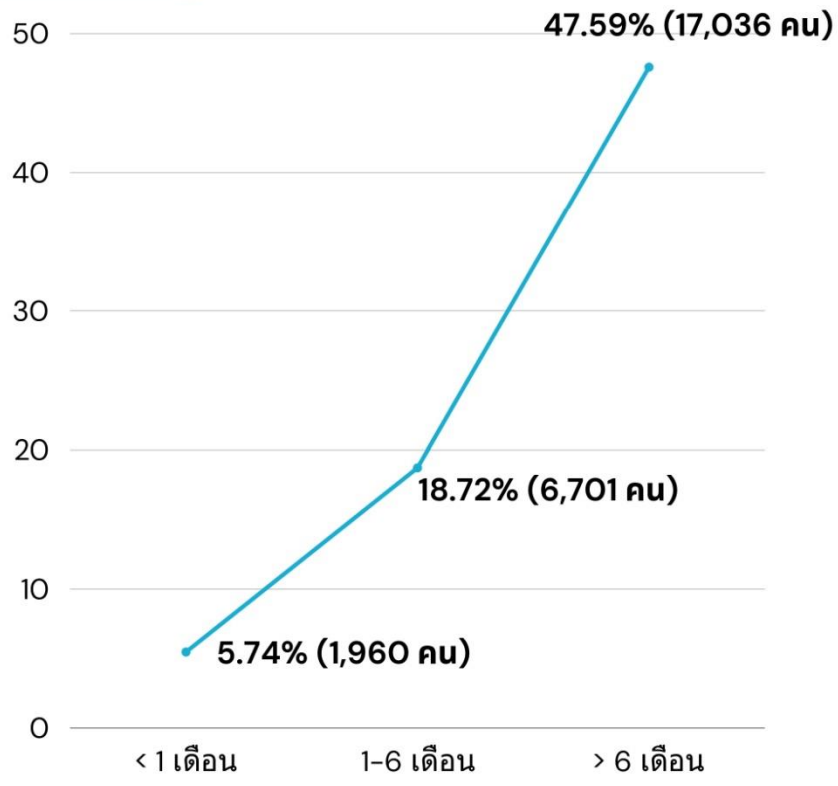
V4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน อนาจาร ความผิดต่อเสรีภาพ ม. 3 พรบ.JSOC พ.ศ. 2565 และวางเพลิง)

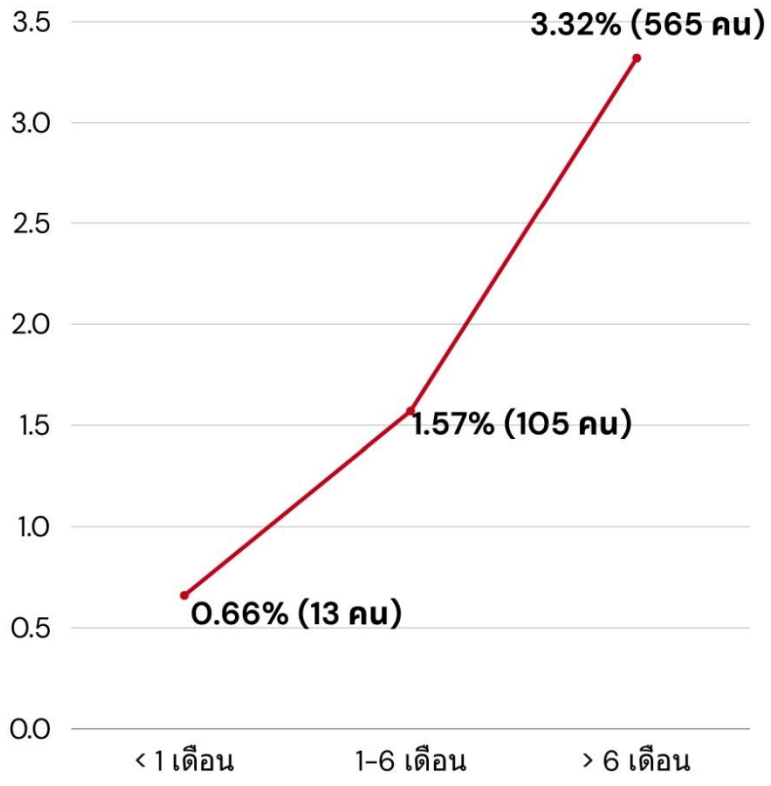
Health Data Center 26 พฤศจิกายน 2567, MOPH Big Data กระทรวงสาธารณสุข 20 กุมภาพันธ์ 2568

ความสอดคล้องระหว่างความไม่ร่วมมือในการรักษา กับการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง

ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา (%)

จำนวนรวม 25,697 คน



อัตราการก่อเหตุซ้ำ (%)

รวม 2.27 %