

วาระประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัด จังหวัดศรีสะเกษ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

๑. วาระที่ ๑ รายงานผลการดำเนินงานสุขภาพจิต (ฆ่าตัวตายสำเร็จ)

๑.๑ ชื่อเรื่อง รายงานผลการดำเนินงานสุขภาพจิต (ฆ่าตัวตายสำเร็จ)

๑.๒ สรุปสาระสำคัญ (ที่มา/หลักการ/เหตุผลความจำเป็น/ข้อเท็จจริง/ข้อกฎหมาย)

๑.๒.๑ ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

๑. เป้าหมายอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน ผลการดำเนินงาน จังหวัดศรีสะเกษ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๖.๘๖ ต่อประชากรแสนคน ผลงานผ่านเกณฑ์ ไม่เกินค่าเป้าหมาย

๒. เป้าหมายร้อยละ ๙๐ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี ผลการดำเนินงานจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ ๙๖.๙๓ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะ ๑ ปี ผลงานผ่านเกณฑ์

๑.๒.๒ สรุปสถานการณ์

สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดศรีสะเกษ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน ย้อนหลัง ๕ ปี ดังนี้ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓ พบอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ๔.๓ , ๔.๘๕ , ๓.๘ , ๕.๖ และ ๔.๐๕ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งในปี ๒๕๖๔ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ - ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด ๑๐๐ คน คิดเป็นอัตรา ๖.๗๙ ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ๘๑ คน (ร้อยละ ๘๑) เพศหญิง ๑๙ คน (ร้อยละ ๑๙) กลุ่มอายุส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน อายุระหว่าง ๕๐ - ๕๙ ปี จำนวน ๒๒ คน สาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย ๓ ลำดับแรก คือ ความสัมพันธ์ และความขัดแย้งในครอบครัว ความรู้สึกน้อยใจ ถูกตำหนิดูด่า การประชดประชัน รองลงมา คือ โรคทางจิตเวช การใช้สุราและยาเสพติด ตามลำดับ ทั้งนี้ปี ๒๕๖๔ จังหวัดศรีสะเกษ มีพื้นที่เฝ้าระวังที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเกินค่าเป้าหมาย (อัตราสูงกว่า ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน) จำนวน ๙ อำเภอ ได้แก่ อำเภอบึงบูรพ์ (๑๘.๙) อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ (๑๒.๖) อำเภอวังหิน (๑๑.๙๓) อำเภอศรีรัตนะ (๑๑.๒๒) อำเภอพยุห์ (๑๑.๑๑) อำเภอกีลาลาด (๙.๙๗) อำเภอขุขันธ์ (๙.๒๒) อำเภอภูสิงห์ (๙.๑๕) อำเภอปรางค์กู่ (๘.๘๗) ตามลำดับ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย กรณีไม่เสียชีวิต มีจำนวนทั้งสิ้น ๒๘๓ คน ในส่วนของผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวนนี้ กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ ๑ ปี พบจำนวน ๑๒ คน กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอกันทรารมย์ อำเภอกันทรลักษ์ อำเภออุทุมพรพิสัย อำเภอศรีรัตนะ และอำเภอภูสิงห์ ภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๙๓ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ ๑ ปี

สำหรับภาพรวมการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า พบว่า สามารถเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าได้ ร้อยละ ๘๓ มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (กำหนดที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๑) โดยจำนวน ๑๘ อำเภอมีการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้ามากกว่าเกณฑ์เป้าหมาย สำหรับอำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย มีจำนวน ๔ อำเภอ ได้แก่ อำเภอกีลาลาด (ร้อยละ ๒๑.๕๗) อำเภอกันทรลักษ์ (ร้อยละ ๓๗.๒) อำเภอภูสิงห์ (ร้อยละ ๕๔.๕๓) และอำเภอพยุห์ (ร้อยละ ๕๖.๙๕) ตามลำดับ นอกจากนี้ผลการประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น เพื่อการคัดกรองเชิงรุกด้วย Mental Health Check In ในสถานการณ์วิกฤตและการระบาดของโควิด ๑๙ ข้อมูลระหว่าง ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ - ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔ จากจำนวนผู้ประเมินสุขภาพจิต N = ๑๐๗,๕๐๖ ราย การเข้าถึงการประเมินฯ มากเป็นอันดับ ๑ ของเขตสุขภาพที่ ๑๐ และสูงเป็นอันดับ ๔ ของประเทศ พบมีกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตที่อาจนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยเป็นกลุ่มผู้มีความเครียดสูง ร้อยละ ๑.๓ (๑,๓๙๓ คน) มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ ๑.๙๓ (๒,๐๗๗คน) เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ ๐.๗๖ (๘๒๑ คน) และบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข อสม. มีภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ร้อยละ ๓.๔๔ (๖๖๗ คน)

๑.๓ ผลการดำเนินงาน (สรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา/ผลการประเมินหรือการติดตามการดำเนินงาน)

๑.๓.๑ การดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

- การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยใช้กระบวนการการประเมินสุขภาพจิตเชิงรุก (Active Screening) ด้วยโปรแกรม Mental Health Check In เพื่อการค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ในประเด็นความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ และพลังใจ ในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ผู้ใช้สุราและยาเสพติด ผู้ว่างงาน ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุ และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผ่านเครือข่ายสาธารณสุขในระดับพื้นที่ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข และการนำเสนอในการประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน จังหวัดศรีสะเกษ (EOC) เป็นกลไกขับเคลื่อนกระบวนการการประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นเชิงรุกและการติดตามดูแลช่วยเหลือในกลุ่มที่เสี่ยงสูงจากการประเมินฯ

- การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต/เสี่ยงฆ่าตัวตายในระดับชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำในชุมชน จิตอาสา ทีมอาสาสมัครตำรวจบ้าน และ “เพื่อนบ้าน” ในการมีส่วนร่วมดูแลโดยใช้กระบวนการสอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง กรณีพบปัญหา และการรับรู้สัญญาณเตือนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นแนวร่วมประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในลักษณะปฏิบัติการป้องกันและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต/เสี่ยงฆ่าตัวตาย

- ภาคีเครือข่ายระดับแกนนำชุมชน ผู้นำท้องถิ่นท้องถิ่น หน่วยงานในพื้นที่ และภาคประชาชน มีส่วนร่วมในการป้องกันเฝ้าระวัง ค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน และมีการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยขับเคลื่อนแผนงานการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เด่นชัดใน ๔ อำเภอ ได้แก่ อำเภอศรีรัตนะ อำเภอขุขันธ์ อำเภอโนนคูณ และอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ

๑.๓.๒ ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๑. ทีมสอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตาย กรณีเสียชีวิต (Psychological Autopsy) เมื่อเกิดเหตุการณ์ ฆ่าตัวตาย ทีมมีการสอบสวนสาเหตุฯ ยังไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ และยังขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำไปใช้ในการป้องกันและเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นโอกาสการพัฒนางานในปีต่อไป

๒. พัฒนาแนวทางการสื่อสาร Early warning sign อย่างจริงจัง เข้าถึง โดยให้ความรู้ในประเด็นการสังเกตกลุ่มที่เคยฆ่าตัวตาย กลุ่มทำร้ายตัวเองและยังไม่เคยทำร้ายตัวเอง การลดการใช้ความรุนแรงสำหรับ ผู้ใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ชุมชน

๓. ส่วนหนึ่งของกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ ฆ่าตัวตายสำเร็จในครั้งแรกที่ลงมือ บางรายไม่เข้าสู่ระบบการรักษา เฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และในบางรายมีการย้ายถิ่นฐานกลับมาอยู่ที่ภูมิลำเนา มีปัญหาสุขภาพจิตเดิมมาจากพื้นที่อื่น ขาดการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง

๑.๓.๓ ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑. เพิ่มประสิทธิภาพระบบป้องกัน เฝ้าระวังปัญหา และการดูแลช่วยเหลือ ปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยพัฒนาแนวทางการสื่อสาร Early warning sign อย่างจริงจัง เข้าถึง ให้ความรู้ในประเด็นการสังเกตสัญญาณเตือน กลุ่มที่เคยฆ่าตัวตาย กลุ่มพยายามทำร้ายตัวเองและไม่เคยทำร้ายตัวเอง การลดการใช้ความรุนแรง สำหรับผู้ใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย และกลุ่มเสี่ยงวัยรุ่น และเพิ่มแนวทางการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติงานเชิงบวก Positive After Action Review : PAAR ในการดูแลช่วยเหลือ Case

๒. เน้นการประเมินสุขภาพจิตเชิงรุกกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสุรา/ยาเสพติด โรคเรื้อรัง ผู้พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มวัยรุ่น (พบผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงในกลุ่มวัยรุ่นอายุ ช่วงอายุ ๑๐ - ๑๙ ปี) กลุ่มเปราะบางทาง

สังคม ผู้ตกงาน ว่างงาน ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ กลุ่มที่ย้ายถิ่นฐานกลับมาอยู่ภูมิลำเนา และติดตามผู้ที่มีความเสี่ยง ด้านสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยจิตเวช

๓. สร้างและพัฒนาทีมสอบสวนระดับวิทยาการฆ่าตัวตายและพัฒนาศักยภาพ ทั้งในระดับอำเภอ/จังหวัด ให้มีทักษะ ความมั่นใจ ลงมือปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ในการดำเนินการสอบสวนการฆ่าตัวตายกรณีเสียชีวิต (Psychological Autopsy) รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับอำเภอตนเอง และควรดำเนินการ การสอบสวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกราย

๔. พัฒนา Gate Keeper, Acute Care, บริการสุขภาพจิตเชิงรุก ในการป้องกันเฝ้าระวังฆ่าตัวตายรวมถึงการกำกับติดตาม ระบบการป้องกันเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย เน้นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ เช่น วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้ป่วยจิตเวชเดิม ผู้ใช้สุรา ยาเสพติด ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้มีหนี้สิน/ตกงาน/รายได้น้อย เปราะบางทางสังคม เป็นต้น พัฒนากลุ่ม “เพื่อนบ้าน” เป็น Gate Keeper ในการมีส่วนร่วมดูแล สอดส่อง ปัญหาสุขภาพจิต/การฆ่าตัวตาย

๕. สร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยบูรณาการการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการ ฆ่าตัวตายร่วมกับเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขในพื้นที่ กำหนดกลวิธีในการดำเนินงาน โดยขับเคลื่อนผ่านเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ จัดทำแผนการเฝ้าระวังและป้องกัน การฆ่าตัวตายระดับจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้นำ บูรณาการแก้ไขปัญหาในเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้ครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในอำเภอที่มีจำนวนและอัตราการฆ่าตัวตาย ที่สูง

๖. สร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) โดยการสื่อสารสร้างความตระหนัก ได้แก่ กลุ่มประชาชน : เรื่องการสังเกตสัญญาณเตือนในคนใกล้ชิด และแหล่งการดูแลช่วยเหลือด้านสังคมจิตใจ กลุ่มแกนนำชุมชน / อสม. : การสอดส่อง สังเกตอาการ สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย การใส่ใจรับฟังและส่งต่อ การให้ข้อมูลบริการด้านสุขภาพจิต แนวทาง 3 ส Plus สำหรับกลุ่มชุมชนและเครือข่าย : การดูแลทางสังคมจิตใจ การสื่อสารการสังเกตสัญญาณเตือน การดูแลช่วยเหลือส่งต่อ ในระดับชุมชน ให้มีความครอบคลุม

๗. บันทึกข้อมูลรายงานการฆ่าตัวตายให้มีความต่อเนื่องเพื่อการใช้ประโยชน์ ทั้งกรณีเสียชีวิต กรณีไม่เสียชีวิตและแบบเฝ้าระวังการติดตามเยี่ยมบ้านผู้พยายามทำร้ายตนเอง ลงในระบบ รง506s ออนไลน์ของศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โดยบันทึกข้อมูลให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่องสม่ำเสมอและเป็นปัจจุบัน เพื่อการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการวางแผนและแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ต่อไป

๘. บริการสายด่วนสุขภาพจิต การดูแลใจในสถานการณ์วิกฤต (MCATT) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โทร. ๐๔๕-๖๑๖๐๔๐-๖ (ต่อ ๑๐๙) กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

๑.๓.๔ ปัจจัยความสำเร็จ

๑. ผู้บริหารสาธารณสุขในทุกระดับ ให้ความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่

๒. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่

๓. ในภาพของจังหวัด มีการประเมินและวิเคราะห์ตนเองในการทำงานสุขภาพจิต และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุข ในแต่ละระดับ ให้มีความรู้ ความมั่นใจในการดำเนินงานส่งเสริมเฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชตามปัญหาและกลุ่มวัย

๔. การนิเทศและติดตามเป็นพี่เลี้ยงวิชาการจากทั้งในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ และ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

๑.๓.๕ ประเด็นที่ควรกำกับติดตาม

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหา การดำเนินงานการสอบสวนการฆ่าตัวตายกรณี เสียชีวิต (Psychological Autopsy) และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลฯ ตลอดจนการติดตามดูแลช่วยเหลือ กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย อย่างต่อเนื่องทุกราย

๒. แผนการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ/จังหวัด โดยกรมมีส่วนร่วม ผลักดันเป็นนโยบายและวาระของจังหวัด

๓. บันทึกข้อมูลรายงานการฆ่าตัวตาย (506s) ที่ครบถ้วน ถูกต้อง ต่อเนื่องสม่ำเสมอและเป็น ปัจจุบัน อยู่เสมอ เพื่อการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

๑.๔ ข้อเสนอ (ระบุประเด็นที่ต้องการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม/ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนภารกิจ และการ พัฒนาแก้ไขปัญหาให้เกิดผลสัมฤทธิ์)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอให้กำกับติดตามการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

๒. วาระที่ ๒ รายงานผลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนน จังหวัดศรีสะเกษ ปี ๒๕๖๔

(ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔)

๒.๑ ชื่อเรื่อง รายงานผลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนน จังหวัดศรีสะเกษ ปี ๒๕๖๔

๒.๒ สรุปสาระสำคัญ (ที่มา/หลักการ/เหตุผลความจำเป็น/ข้อเท็จจริง/ข้อกฎหมาย)

๒.๒.๑ คำเป้าหมายการดำเนินงาน

อัตราเสียชีวิตลดลงร้อยละ ๕ จากค่า median ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓

๒.๒.๒ สรุปสถานการณ์

ข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๓ พบว่า มีอัตราเสียชีวิตต่อแสนประชากรเท่ากับ ๒๑.๕๖, ๒๓.๑๑, ๒๓.๑๐ และ ๒๓.๓๗ ตามลำดับ และ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ (๑ ม.ค.- ๓๐ มิ.ย.๖๔) อัตรา ๙.๑๒ (๑๓๓ ราย)

๒.๓ ผลการดำเนินงาน (สรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา/ผลการประเมินหรือการติดตามการ ดำเนินงาน

๒.๓.๑ จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน รายไตรมาส และรายจังหวัด ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ลดลงร้อยละ ๕ จากค่า มัธยฐาน

ศรีสะเกษ	ค่ามัธยฐาน ๕ ปี (ต่อแสนปชก.)(คน)	เป้าหมายลดลงร้อยละ ๕ จากค่า มัธยฐาน รอบ ๓ เดือน(คน)	เป้าหมายลดลงร้อยละ ๕ จากค่า มัธยฐาน รอบ ๖ เดือน(คน)	เป้าหมายลดลงร้อยละ ๕ จากค่า มัธยฐาน รอบ ๑๒ เดือน(คน)
ค่าเป้าหมาย (ต่อแสนปชก.)(คน)	๑๗.๓๒	๕.๖๙ ต่อแสนปชก. ๘๓ ราย	๘.๒๓ ต่อแสนปชก. ๑๒๐ ราย	๑๖.๔๖ ต่อแสนปชก. ๒๔๒ คน
ผลการดำเนินงาน	(๒๕๕ คน)	๙.๑๘ ต่อแสนปชก. ๙๑ ราย	๙.๑๒ ต่อแสนปชก. ๑๓๓ ราย	-

รอบ ๓ เดือนปี ๒๕๖๓ (๑ ต.ค.- ๓๑ ธ.ค. ๖๓) เป้าหมายเสียชีวิต ไม่เกิน ๕.๖๙ ต่อแสนปชก. ๘๓ ราย

ผลงาน ๙๑ ราย (อัตรา ๖.๑๘ ต่อแสน ประชากร)
รอบ ๖ เดือน ปี ๒๕๖๔ (๑ ม.ค.- ๓๐ มิ.ย. ๖๔) เป้าหมายเสียชีวิตไม่เกิน ๘.๒๓ ต่อแสนปชก ๑๒๐ ราย
ผลงาน ๑๓๓ ราย (อัตรา ๙.๑๒ ต่อแสนประชากร)

๒.๓.๒ จำแนกผู้เสียชีวิตรายอำเภอต่อแสนประชากรของจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปี ๒๕๖๔ มีอัตรา
การเสียชีวิตสูงกว่า ปี ๒๕๖๓

- ปี ๒๕๖๔ (๑ ม.ค.- ๓๐ มิ.ย.๖๔) มีอัตราเสียชีวิตต่อแสนประชากรเท่ากับ ๙.๑๒
- ปี ๒๕๖๓ (๑ ม.ค.- ๓๐ มิ.ย.๖๓) มีอัตราเสียชีวิตต่อแสนประชากรเท่ากับ ๘.๙๐

๒.๓.๓ จำแนกผู้เสียชีวิตรายอำเภอต่อแสนประชากร พบว่าสูงที่สุด ๕ ลำดับได้แก่อำเภอ ห้วยทับ
ทัน อัตรา ๒๑.๓๑ (๙ ราย) รองลงมาคือ บึงบูรพ์ ๑๘.๙๘ (๒ ราย) ยางชุมน้อย ๑๖.๖๕ (๖ ราย) เมืองศรีสะเกษ ๑๕.๒๕ (๒๑ ราย) และ อำเภอโนนคูณ ๑๒.๖๘ (๕ ราย) ตามลำดับ

๒.๓.๔ ข้อมูลระบาดวิทยาของผู้เสียชีวิต ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ระหว่าง วันที่ ๑ ม.ค.- ๓๐ มิ.ย.๖๔ จาก
โปรแกรม PHER Acc จำนวนผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น ๑๓๓ ราย พบอัตราส่วน เพศชายต่อหญิง อัตรา ๓.๒๙ : ๑ กลุ่ม
อายุที่ประสบเหตุมากที่สุด ได้แก่ ช่วงอายุ ๓๑-๔๐ปี ร้อยละ ๑๙.๕๕ รองลงมาคืออายุ ๒๑-๓๐ปี ร้อยละ ๑๗.
๒๙ พฤติกรรมเสี่ยงดื่มสุราแล้วขับขี ร้อยละ ๑๒.๐๕ ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ ๖๐.๕๘ พาหนะเกิดเหตุเป็น
รถจักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ ๗๘.๒๐ ช่วงเวลาเกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือ ๑๖.๐๐-๒๐.๐๐ น. ถนนที่เกิด
เหตุเสียชีวิตมากที่สุดคือ ถนนทางหลวง ร้อยละ ๔๓.๖๑

๒.๔ ข้อเสนอ (ระบุประเด็นที่ต้องการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม/ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนภารกิจ และการ
พัฒนาแก้ไขปัญหาให้เกิดผลสัมฤทธิ์)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และนำข้อมูลไปพัฒนาระบบบริการต่อไป

๓. วาระที่ ๓ ขอมติความเห็นชอบการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน **ของโรงพยาบาลบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพิ่มเติมในปีงบประมาณ ๒๕๖๔**

๓.๑ ชื่อเรื่องขอมติความเห็นชอบการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน
ของโรงพยาบาลบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพิ่มเติมในปีงบประมาณ ๒๕๖๔

๓.๒ สรุปสาระสำคัญ (ที่มา/หลักการ/เหตุผลความจำเป็น/ข้อเท็จจริง/ข้อกฎหมาย)

ตามหนังสือที่ สร ๐๒๓๕ / ๑๓๔๖ ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๑๐ แจ้งผลการประเมิน
และแนวทางการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อม และคณะกรรมการ
ประเมินรับรองเพื่อขอรับการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้
รับรองให้ โรงพยาบาลบึงบูรพ์ ผ่านการประเมินและรับรองให้จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
ในโรงพยาบาลชุมชนได้ โรงพยาบาลบึงบูรพ์จึงขอแจ้งความประสงค์ ขอจัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิต
และยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน มาเพื่อเสนอขอความเห็นชอบจากมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารระดับ
จังหวัดตามขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติ เมื่อผ่านมติและรับรองของคณะกรรมการบริหารสาธารณสุขระดับ
จังหวัดศรีสะเกษแล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จะดำเนินการส่งมติการรับรองฯ ไปเสนอความ
เห็นชอบต่อคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลระดับเขตสุขภาพที่ ๑๐ ตามลำดับต่อไป

๓.๓ ผลการดำเนินงาน (สรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา/ผลการประเมินหรือการติดตามการ
ดำเนินงาน

สรุปข้อมูล โรงพยาบาลบึงบูรพ์ เพื่อขอมติต่อคณะกรรมการบริหารระดับจังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

ชื่อ โรงพยาบาล	ระดับ	ผ่านการประเมินรับรอง การจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติดระดับเขต สุขภาพที่ ๑๐ ในวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๓	แจ้งความประสงค์ขอ จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติด	แจ้งการจัด โครงสร้างบุคลากร กลุ่มงานจิตเวชและ ยาเสพติด โดยกลุ่ม งานทรัพยากร บุคคล	หมายเหตุ
โรงพยาบาลบึงบูรพ์	F๒	√	ตามหนังสือเลขที่ศก. ๐๐๓๒.๓๐๔/๖๑๕ ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔	√	

๓.๔ ข้อเสนอ (ระบุประเด็นที่ต้องการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม/ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนภารกิจ และการพัฒนาแก้ไขปัญหาให้เกิดผลสัมฤทธิ์)

จึงเรียนมาเพื่อขอมติที่ประชุมของคณะกรรมการบริหารสาธารณสุขระดับจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเสนอ ความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลระดับเขตสุขภาพ และเสนอขอความเห็นชอบต่อ คณะกรรมการ อ.ก.พ. เขตสุขภาพตามลำดับต่อไป

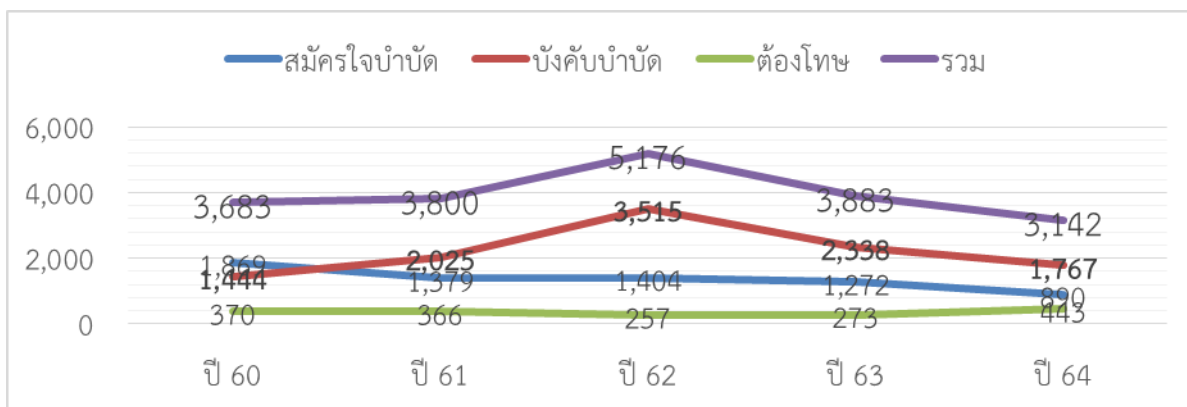
๔. วาระที่ ๔ สรุปผลการดำเนินงานบำบัดรักษา ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษ ปี ๒๕๖๔

๔.๑ ชื่อเรื่องสรุปผลการดำเนินงานบำบัดรักษา ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษ ปี ๒๕๖๔

๔.๒ สรุปสาระสำคัญ (ที่มา/หลักการ/เหตุผลความจำเป็น/ข้อเท็จจริง/ข้อกฎหมาย)

๔.๒.๑ ผลการดำเนินงานบำบัดรักษา ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษ(ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม – 29 กรกฎาคม 2564)

ผลการดำเนินงานบำบัดรักษา ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษปี 2564 รวมระบบบำบัด 3 ระบบ ทั้งระบบสมัครใจบำบัด ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ จำนวน 3,142 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.19 ผล การดำเนินงานบำบัดผู้เสพผู้ติดยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษ เป็นอันดับที่ 1 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ เป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ



ระบบบำบัด	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย/ร้อยละ)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. ระบบสมัครงใจบำบัด	1,400	898 (64.07%)	สธ./มท
2. ระบบบังคับบำบัด	1,675	1,801 (107.10%)	คป./ มท.
3. ระบบต้องโทษ	400	443 (110.75%)	เรือนจำ
รวม	3,475	3,142 (90.19%)	

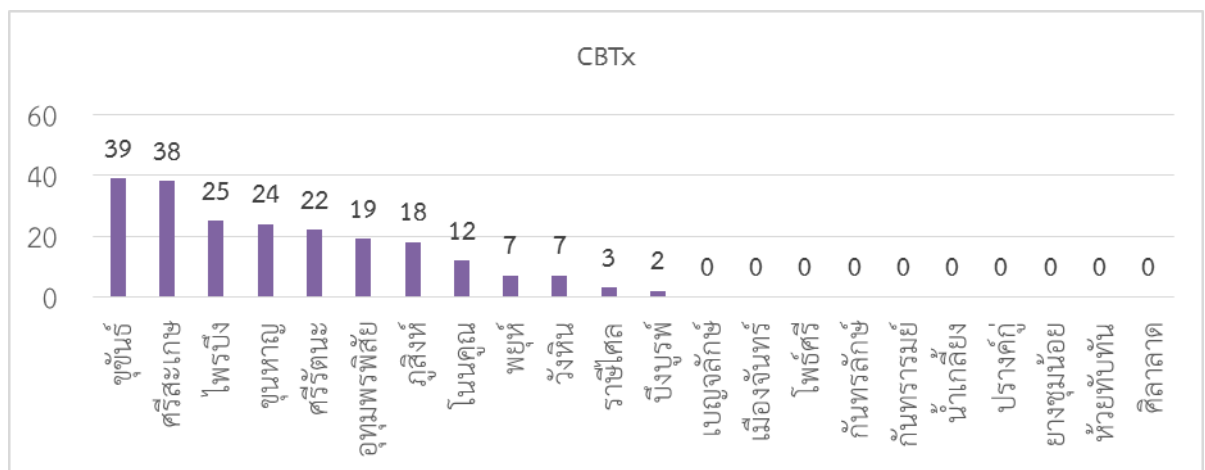
๔.๒.๒ ร้อยละ 55 ของการติดตามหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด (Retention Rate 1 ปี)

ผลการดำเนินการติดตามหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด (Retention Rate 1 ปี) ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 70.07 แต่ในภาพรวมของระดับจังหวัดศรีสะเกษ ยังไม่ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 43.45

ระบบบำบัด	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย/ร้อยละ)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. ระบบสมัครงใจบำบัด	845	592 (70.06%)	(ผ่าน) สธ.
2. บังคับบำบัด	2,911	1,034 (35.45%)	คป./ มท.
3. ต้องโทษ	111	57 (51.35%)	เรือนจำ
รวม	3,873	1,683 (43.45%)	(ไม่ผ่าน)

๔.๒.๓ ผลการดำเนินงานการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care: CBTx)

มีการบูรณาการร่วมกับโครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ จำนวน 22 อำเภอ 32 หมู่บ้าน มีการค้นหา คัดกรอง ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดในหมู่บ้าน พบจำนวน 708 ราย มีการนำข้อมูลเข้าระบบ บสต. และระบบ Nispa เพียง 213 ราย แยกรายอำเภอ พบอำเภอที่นำข้อมูลผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่ระบบ บสต. มากที่สุด คือ อำเภออุ้มผาง รองลงมาเป็นอำเภอเมืองศรีสะเกษ และอำเภอที่ยังไม่ได้นำข้อมูลเข้าระบบ บสต. ได้แก่ เบญจลักษณ์ เมืองจันทร์ โพธิ์ศรีสุวรรณ กันทรลักษณ์ กันทรารมย์ น้ำเกลี้ยง ปราคู่ งาม ชุมน้อย ห้วยทับทัน และศิลาลาด



๔.๓.๔ ประเด็นที่ควรกำกับติดตาม

๑. ประสานเครือข่ายยาเสพติดอำเภอ เร่งดำเนินการติดตามลงข้อมูลผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดในโครงการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care: CBTx) เข้าสู่ระบบ บสต. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสมัครใจในภาพรวมของระดับจังหวัดให้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๕

๒. เร่งดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการบำบัดยาเสพติด (Retention Rate ๑ ปี) ลงในระบบ บสต. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในภาพรวมของระดับจังหวัดให้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๕๕

***** (เพื่อผ่านการประกวดรางวัลเลิศรัตน์ระดับจังหวัดในวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๔) *****

๔.๓ ข้อเสนอ (ระบุประเด็นที่ต้องการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม/ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนภารกิจ และการพัฒนาแก้ไขปัญหาให้เกิดผลสัมฤทธิ์)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และเร่งรัดการดำเนินงานต่อไป

๕. วาระที่ ๕ การนำเสนอผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ระดับประเทศ ปี ๒๕๖๔

๕.๑ ชื่อเรื่องการนำเสนอผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ระดับประเทศ ปี ๒๕๖๔

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยกองโรคไม่ติดต่อ กำหนดจัดประชุมคัดเลือก NCD Clinic Plus Awards ผลงานดีเด่นระดับประเทศ ปี ๒๕๖๔ เพื่อคัดเลือกสถานบริการที่มีผลการดำเนินงาน ดีเด่น ระดับประเทศ ในวันที่ ๙ – ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ผ่านระบบโปรแกรม Cisco WebEx Meeting โดยแบ่งเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (A , M๑) โรงพยาบาลขนาดกลาง (M๒ , F๑) และโรงพยาบาลขนาดเล็ก (F๑ , F๒) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้มาตรฐาน

๕.๒ สรุปสาระสำคัญ (ที่มา/หลักการ/เหตุผลความจำเป็น/ข้อเท็จจริง/ข้อกฎหมาย)

เขตสุขภาพที่ ๑๐ ดำเนินการคัดเลือกหน่วยบริการที่มีผลงาน NCD Clinic Plus Awards ผลงานดีเด่นระดับเขต ปี ๒๕๖๔ เข้าประกวดระดับประเทศ ดังนี้

๑. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (A , M๑) ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. โรงพยาบาลขนาดกลาง (M๒ , F๑) ได้แก่ โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

๓. โรงพยาบาลขนาดเล็ก (F๑ , F๒) ได้แก่ โรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

๕.๓ ข้อเสนอ (ระบุประเด็นที่ต้องการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม/ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนภารกิจ และการพัฒนาแก้ไขปัญาให้เกิดผลสัมฤทธิ์)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอให้เตรียมข้อมูลเพื่อนำเสนอระดับประเทศต่อไป