

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 3.11 พัฒนาระบบงานสุขภาพจิต

- ประกอบด้วย
1. พัฒนางานป้องกันและดูแลสุขภาพจิต
 2. พัฒนางานป้องกัน บำบัดฟื้นฟู และดูแลผู้ติดยาเสพติด
 3. พัฒนางานควบคุมป้องกันแอลกอฮอล์และยาสูบ

1. งานพัฒนาการป้องกันและดูแลสุขภาพจิต

1. สถานการณ์

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้กำหนดขอบเขตของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญและเร่งด่วนไว้ 8 โรค/ภาวะ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก ความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการ ปัญหาพฤติกรรมในเด็ก การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิตให้ข้อมูลว่ามีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้าถึงบริการ 10 ล้านคน แต่มีผู้ป่วยประมาณ 8 แสนคน (ร้อยละ 8) เท่านั้น ที่เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2556) ทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชไม่ได้รับการดูแลรักษาและได้รับยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ จากผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี 2556 พบว่า ความชุกตลอดชีพของ โรคจิตเวชที่สูงสุด คือ Alcohol abuse ร้อยละ 13.90 รองลงมาคือ การมีประสบการณ์คล้ายโรคจิต (ประสาทหลอน และ/หรือหูแว่ว) ร้อยละ 5.90 ส่วน Major depressive episode พบร้อยละ 1.80 ความชุกตลอดชีพของการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 3.5 (ระบาดวิทยาสุขภาพจิต, 2556)

จากสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพจิตในจังหวัดอุดรธานีที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคม เป็นอันตรายต่อตัวผู้มีความผิดปกติทางจิตและบุคคลอื่น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ตลอดจนทรัพย์สิน จนนำไปสู่ปัญหาสังคม ซึ่งต้องวางแผนการดำเนินงานในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายการดำเนินงานสุขภาพจิตให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุข และแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ส่งเสริมสนับสนุนงานด้านสุขภาพจิตตามพระราชดำริและพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และพระบรมวงศานุวงศ์ ให้มีความสำคัญกับการดำเนินโครงการ ด้านสุขภาพจิตตามแนวพระราชดำริและพระราชดำริ ตลอดจนโครงการเทิดพระเกียรติต่างๆ 2) มุ่งมั่นผลักดันงานสุขภาพจิต เพื่อให้คนในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข โดยครอบคลุมทั้ง 5 มิติ คือ การส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพจิตดี การป้องกันผู้เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคม การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช 3) ขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตผ่านยุทธศาสตร์ โดยการสร้างและใช้เครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (Mental Health Network) เพื่อทำให้เครือข่ายที่หลากหลาย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม สามารถเข้ามาร่วมกันสร้างสังคมไทยที่มีสุขภาพจิตดี และ 4) มุ่งเน้นงานสุขภาพจิตตามปัญหาหลัก คือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่นในสังคม (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ซึ่งรวมไปถึงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Suicide Prevention) ด้วย

ในรอบปีงบประมาณ 2566 การดำเนินงานพัฒนาการป้องกันและดูแลสุขภาพจิต จังหวัดอุดรธานี มีการขับเคลื่อนนโยบายและแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพจิตในจังหวัดอุดรธานี โดยการทำงานร่วมกันกับเครือข่ายในหลายระดับ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

2.1 การดำเนินงานตามกลยุทธ์ ปี 2566

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ตามมาตรฐาน (เป้าหมายกลยุทธ์/ Key Word : อัตรากำลังเพียงพอ, รวดเร็ว, ลดความแออัด, ทันสมัย)

กลยุทธ์ย่อย/กิจกรรมหลัก	การดำเนินงาน ปี 2566	ผลการดำเนินงาน
กลยุทธ์ย่อยที่ 1.1 พัฒนาระบบค้นหา/คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง	1.คัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้สูงอายุ	-ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 66.12 ไม่ผ่านเกณฑ์ -ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังในภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 77.37 ไม่ผ่านเกณฑ์ -ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุในภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 94.36 ผ่านเกณฑ์
	2.ประชาสัมพันธ์การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเชิงรุกด้วยโปรแกรม Mental health check in ในประชาชนทุกกลุ่ม	-ผลการใช้โปรแกรมของประชาชนค่อนข้างต่ำทุกกลุ่มเป้าหมาย
กลยุทธ์ย่อยที่ 1.2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชตามมาตรฐาน		
กิจกรรมหลักที่ 1 พัฒนาโครงสร้างทีมใน รพช. ที่เหมาะสม (แพทย์จิตเวชเด็กและวัยรุ่น, พยาบาลเฉพาะทาง, นักจิตวิทยา)	1.ประสานกลุ่มงานทรัพยากรบุคคลในการสรรหานักจิตวิทยาไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดแคลน (โรงพยาบาลบ้านโคกและโรงพยาบาลน้ำป่าด)	-ขาดแคลนนักจิตวิทยาในโรงพยาบาลบ้านโคก
กิจกรรมหลักที่ 2 พัฒนาคุณภาพบริการงานสุขภาพจิตในคลินิกจิตเวชผู้ใหญ่	1.ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (บูรณาการร่วมโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก)	
	2.อบรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 พิษณุโลก	-อบรมวันที่ 23 มกราคม 2566
	3.ส่งบุคลากรสาธารณสุขประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 พิษณุโลก	-ประชุมวันที่ 1-2 มีนาคม 2566
กิจกรรมหลักที่ 3 พัฒนาคุณภาพบริการงานสุขภาพจิตในคลินิกจิตเวชเด็ก	1.ประชุมทิศทางการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กที่มีความต้องการพิเศษในชุมชนจังหวัดอุดรดิตถ์	-ประชุมวันที่ 11 มกราคม 2566
	2.จัดทำ Flow การดูแลเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการล่าช้าและโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นใน รพช.จังหวัดอุดรดิตถ์	
	3.ส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ อารมณ์ พฤติกรรม สมาธิสั้นและออทิสติก โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	-ประชุมวันที่ 26-27 มกราคม 2566

กลยุทธ์ย่อย/กิจกรรมหลัก	การดำเนินงาน ปี 2566	ผลการดำเนินงาน
กิจกรรมหลักที่ 4 พัฒนาคุณภาพบริการงานสุขภาพจิตใน รพ.สต.	1.อบรมเชิงปฏิบัติการการให้คำปรึกษาเบื้องต้น สำหรับเจ้าหน้าที่ รพช./ รพ.สต. (พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขใหม่)	
	2.อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สสจ. และ สสอ. (บูรณาการร่วมศูนย์สุขภาพจิตที่ 2)	
	3.จัดทำมาตรฐานระบบบริการผู้ป่วยสุขภาพจิตผู้ใหญ่และเด็กใน รพช./รพ.สต. จังหวัดอุดรดิตถ์	
กิจกรรมหลักที่ 5 พัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาของโรงพยาบาล ชุมชน ให้มีความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็ก/ผู้ใหญ่	1.อบรมพัฒนาศักยภาพนักจิตวิทยาบูรณาการร่วมกับเขตสุขภาพที่ 2	
	2.อบรมการสร้างเสริมความสุขและพลังใจประชาชนวัยทำงานสำหรับองค์กรและสถานประกอบการ ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 พิษณุโลก	-อบรมวันที่ 9-10 พฤษภาคม 2566
	3.ส่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตเข้ารับการอบรมพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นปี 2565	-อบรม จำนวน 1 คน ได้แก่ โรงพยาบาลท่าปลา

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตฉุกเฉินและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ภายใต้อำนวยการ ร.บ. สุขภาพจิต

กลยุทธ์ย่อย/กิจกรรมหลัก	การดำเนินงาน ปี 2566	ผลการดำเนินงาน
กลยุทธ์ย่อยที่ 2.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตฉุกเฉินและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงภายใต้อำนวยการ ร.บ. สุขภาพจิต	1.พัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน Acute care และจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	-ดำเนินการทุกอำเภอ
	2.อบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วย (Acute care) และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (บูรณาการร่วมโครงการ สพฉ. ทุกอำเภอ)	-ดำเนินการทุกอำเภอ
	3.ประชุมพัฒนาศักยภาพในพื้นที่ต้นแบบด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ประจำปีงบประมาณ 2566	-ประชุมวันที่ 18-20 มกราคม 2566
	4.ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสื่อสารและสร้างความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในระดับจังหวัด ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 พิษณุโลก	-ประชุมวันที่ 27 มกราคม 2566
	5.ประชุมคณะทำงานเพื่อพัฒนาหลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V	-ประชุมวันที่ 24 มีนาคม 2566
	6.ประชุมอบรมเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตในทุกพื้นที่ของจังหวัดอุดรดิตถ์ในการพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งแบบบูรณาการในพื้นที่ (SMI-V) ทุกอำเภอ	-ประชุมวันที่ 24-26 เมษายน 2566
	7.ประชุมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดภาวะวิกฤตในเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวชเขตสุขภาพที่ 2	-ประชุมวันที่ 18 พฤษภาคม 2566

กลยุทธ์ย่อย/กิจกรรมหลัก	การดำเนินงาน ปี 2566	ผลการดำเนินงาน
กลยุทธ์ย่อยที่ 2.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตฉุกเฉินและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงภายใต้ พ.ร.บ สุขภาพจิต (ต่อ)	8.ซ้อมแผนรับมือผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตในทุกพื้นที่ของจังหวัดอุดรดิตถ์	-ซ้อมแผนการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยการซ้อมแผนบนโต๊ะและสถานการณ์จำลอง วันที่ 25 พฤษภาคม 2566
	9.ขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิต โดยคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมาย ว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด โดยกำหนดประเด็นการป้องกันและแก้ไขปัญหสุขภาพจิต โดยการพัฒนาเครือข่ายนอกระบบสุขภาพ (โรงเรียน/สถานประกอบการ/หน่วยงานที่ครอบครองอาวุธร้ายแรง)	-ประชุมวันที่ 25 พฤศจิกายน 2565 และ 24 กรกฎาคม 2566
การดูแลสุขภาพจิตในเรือนจำ	1.ประเมินภาวะสุขภาพจิต ผู้ต้องขังแรกรับด้วยแบบประเมิน (PMHQ-Thai)	-คัดกรองสุขภาพจิต จำนวน 798 คน พบปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 40 คน (ร้อยละ 5.01)
	2.บริการให้คำปรึกษาและบำบัดรักษาแก่ผู้ต้องขังที่มีภาวะเครียด/ซึมเศร้า และเจ็บป่วยทางจิตเวช	-ได้รับการดูแลรักษาครบทุกราย (ร้อยละ 100)
	3.บริการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดแก่ผู้ต้องขังที่มีภาวะเครียด/ซึมเศร้า และเจ็บป่วยทางจิตเวช	-ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ จำนวน 74 คน
	4.ให้บริการบำบัดสารเสพติดในเรือนจำ	-ผู้ต้องขังได้รับการบำบัดรักษา สะสมจำนวน 122 คน
	5.Consult รายการระหว่างเรือนจำกับ รพ.อุดรดิตถ์ กรณี ผู้ต้องขังมีอาการผิดปกติทางจิต โดยการสื่อสารทางโทรศัพท์/ไลน์	
	6.ส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบทางจิตไปรักษา รพ.อุดรดิตถ์	
	7.ติดตามผู้ต้องขังป่วยจิตเวชหลังการปล่อยตัว โดยจัดทำกลุ่มไลน์ รับ-ส่ง ข้อมูลผู้ต้องขังปล่อยตัว ระหว่างเรือนจำ+ สสจ.+รพ.อต. และส่งข้อมูลให้ รพช.	-มีผู้ต้องขังได้รับการปล่อยตัว 36 คน

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบงานวิกฤตสุขภาพจิต (MCATT) ร่วมกับภาคีเครือข่าย

กลยุทธ์ย่อย/กิจกรรมหลัก	การดำเนินงาน ปี 2566	ผลการดำเนินงาน
กลยุทธ์ย่อยที่ 3.1 พัฒนาระบบงานวิกฤตสุขภาพจิตร่วมกับภาคีเครือข่าย	1.ทบทวนโครงสร้างทีมระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ	
	2.ประชุมคณะกรรมการชี้แจงการดำเนินงานวิกฤตสุขภาพจิต (ประชุมร่วม Core team ฆ่าตัวตาย)	
	3.พัฒนาศักยภาพทีม MCATT (บูรณาการร่วมศูนย์สุขภาพจิตที่ 2)	
	4.ส่งบุคลากรผู้รับผิดชอบงานวิกฤตสุขภาพจิต (MCATT) ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบวิกฤตสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	-ประชุมวันที่ 10 มกราคม 2566
	5.เข้าร่วมประชุมทีม MCATT ระดับกระทรวง/เขต/จังหวัด ร่วมกับทีม EOC	
	6.ซ้อมแผนจำลอง กรณี เกิดสาธารณภัย ดินโคลนถล่ม ร่วมกับกระทรวงฯ	

กลยุทธ์ที่ 4 ส่งเสริมภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

กลยุทธ์ย่อย/กิจกรรมหลัก	การดำเนินงาน ปี 2566	ผลการดำเนินงาน
กลยุทธ์ย่อยที่ 4.1 ส่งเสริมภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย	1.ประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย จังหวัดอุดรดิตถ์ Core team	
	2.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสอบสวนโรค กรณีฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง	-ประชุมวันที่ 8-9 ธันวาคม 2565
	3.พัฒนาระบบการรายงานข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จโดยมีการแจ้งข้อมูลเบื้องต้นทางไลน์ภายใน 24 ชั่วโมง	-มีกลุ่มไลน์รายงานข้อมูลของทีมจังหวัด
	4.พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่/อสม/ทีมเฝ้าระวังเรื่องสัญญาณเตือนและการดูแลช่วยเหลือป้องกันการฆ่าตัวตาย (ใช้งบกองทุนตำบล และงบส่งเสริมป้องกันของเขตสุขภาพที่ 2)	
	5.ลงนามความร่วมมือโครงการคู่มือคู่มือคู่มือคู่มือใจ ก้าวสู่คนไทยคุณภาพ เพื่อผลักดันการขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจนักศึกษา ม.ราชภัฏอุดรดิตถ์ บูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
	6.ประชุมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างสุขภาพจิตด้วยโปรแกรมสร้างสุขในวัยทำงาน (ร่วมกับ อบจ. และ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 ในทุกอำเภอ)	
	7.อบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ปี 2566 ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 พิษณุโลก	-ดำเนินการในอำเภอทองแสนขัน (21 กุมภาพันธ์ 2566) และอำเภอตรอน (24 กุมภาพันธ์ 2566)
	8.จัดสรรงบประมาณ PPA ในการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ทุกอำเภอ	-กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแล 800 ราย

กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนางานศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

กลยุทธ์ย่อย/กิจกรรมหลัก	การดำเนินงาน ปี 2566	ผลการดำเนินงาน
กลยุทธ์ย่อยที่ 5.1 พัฒนางานศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน	1.พัฒนาระบบการให้บริการศูนย์พึ่งได้ให้มีคุณภาพมาตรฐาน	
	1.1 ประชุมทบทวนระบบการคัดกรอง และการส่งต่อกรณีการถูกกระทำรุนแรง และท้องไม่พร้อม	-ประชุมวันที่ 2 มิถุนายน 2566
	1.2 ประชุมทบทวนแนวทางการดูแลและจัดการ case รายกรณี (case management)	-ประชุมวันที่ 28 สิงหาคม 2566
	2.ส่งบุคลากรประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนปฏิบัติการศูนย์พึ่งได้แบบบูรณาการเพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาความรุนแรงในเด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัว พ.ศ.2566-2570	-ประชุมวันที่ 16-18 มกราคม 2566
	3.ประชุมชี้แจงการประเมินมาตรฐานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต สำหรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 พิษณุโลก	-ประชุมวันที่ 23 พฤษภาคม 2566 -ประเมินตนเอง และลงประเมินโดยคณะกรรมการระดับเขต
4.อบรมหลักสูตรการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรงสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ของกองบริหารการสาธารณสุขร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	-ส่งพยาบาลวิชาชีพ รพ.พิชัย เข้ารับการอบรม จำนวน 1 คน	

กลยุทธ์ที่ 6 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศงานสุขภาพจิตให้ครบถ้วนถูกต้อง

กลยุทธ์ย่อย/กิจกรรมหลัก	การดำเนินงาน ปี 2566	ผลการดำเนินงาน
กลยุทธ์ย่อยที่ 6.1 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศงานสุขภาพจิตให้ครบถ้วนถูกต้อง	1. พัฒนาระบบการติดตามนัดทางไลน์ (พากท่า, ท่าปลา)	-อยู่ระหว่างการพัฒนา
	2. ใช้โปรแกรม Mental health check in ในการติดตามกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย	-ดำเนินการติดตามเป็นรายบุคคล โดยกรมสุขภาพจิต

2.2 ตารางข้อมูลผลการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากภาวะดังกล่าวเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม จากสถิติการเข้าถึงบริการของกลุ่มโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย 2 โรค ได้แก่ ออทิสติกและสมาธิสั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อค้นหา คัดกรอง วินิจฉัย และบำบัดรักษา เด็กและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการและมีความต่อเนื่องในการบำบัดรักษา ได้รับการช่วยเหลือตามมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากทุกหน่วยบริการ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการบำบัดรักษาและพัฒนาการทางสติปัญญา สังคม อารมณ์ จิตใจของเด็กต่อไป

- งานพัฒนาการเด็ก

จากการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัดด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตเด็ก 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA41 (เป้าหมาย ร้อยละ 100) 2) ร้อยละเด็กปฐมวัยที่ได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA41 จนมีพัฒนาการสมวัย (เป้าหมาย ร้อยละ 30) และ 3) ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเวชเด็กที่สำคัญเข้าถึงบริการ (เป้าหมาย ASD ร้อยละ 52 ADHD ร้อยละ 35 LD ร้อยละ 25 และ ID ร้อยละ 20)

ผลการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี จังหวัดอุดรธานี ย้อนหลัง 3 ปี (2563-2565) พบว่า เพิ่มขึ้นเข้าใกล้เป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 97.26, 97.80 และ 97.30 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 90) ทั้งนี้ เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจคัดกรองภายใน 30 วัน และในปี 2563-2565 เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการช่วยเหลือแก้ไข/กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA41 (เป้าหมาย ร้อยละ 90) พบว่า ผลงานอยู่ที่ร้อยละ 78.26, 81.48 และ 83.82 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2566 ผลงานอยู่ที่ร้อยละ 79.01 ซึ่งลดลงและอำเภอที่มีผลงานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอน้ำปาด ร้อยละ 100 อำเภอท่าปลา ร้อยละ 93.30 และอำเภอทองแสนขัน ร้อยละ 92.31 ดังข้อมูลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผลการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าด้วย TEDA41 จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2566

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ปี									ปี			
		1.พากท่า	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	2566	2565	2564	2563
เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA41 (สจ. 100%) (กรมฯ 70%)	จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้าทั้งหมด	9	5	13	14	11	15	25	50	39	181	68	135	138
	เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ													
	ขึ้นTEDA41 (c)	8	3	12	9	11	14	13	42	31	143	57	110	108
	ร้อยละ	88.89	60.0	92.31	64.29	100	93.33	52.0	84.0	79.49	79.01	83.82	81.48	78.26

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผลการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าด้วย TEDA4I จังหวัดอุดรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2566 (ต่อ)

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	1.พากทำ	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ทาบลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี	ปี	ปี	ปี
											2566	2565	2564	2563
เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I (สสจ. 100%) (กรมฯ 70%)	อยู่ระหว่างติดตาม (b)													
	จำนวน	0	1	0	1	0	0	1	4	4	11	3	9	20
	ร้อยละ	0	20.0	0	7.14	0	0	4.0	8.0	10.26	6.08	4.41	6.67	14.49
	ตามไม่ได้ (d)													
	จำนวน	1	1	1	4	0	1	11	4	4	27	8	16	6
	ร้อยละ	11.11	20.0	8.33	28.57	0	6.67	44.0	8.0	10.26	14.92	11.77	11.85	4.35
	กระตุ้นTEDA4I ครบ													
	จำนวน	5	2	6	4	4	9	8	30	22	90	42	74	75
	ร้อยละ	62.5	66.67	50.0	44.44	36.36	64.29	61.54	71.43	70.97	62.94	73.68	67.27	69.44
	อยู่ระหว่างการกระตุ้น													
	จำนวน	1	0	4	4	5	3	3	12	7	39	10	27	32
	ร้อยละ	12.5	0	33.33	44.44	45.46	21.43	23.08	28.57	22.58	27.27			
	ตามไม่ได้ระหว่างกระตุ้น													
	จำนวน	2	1	2	1	2	2	2	0	2	14	5	9	1
	ร้อยละ	25.0	33.33	16.67	11.11	18.18	14.29	15.39	0	6.45	9.79	8.77	8.18	0.93
หลังกระตุ้นครบ พบล่าช้า														
จำนวน	1	1	4	2	0	7	8	20	16	59	28	45	48	
ร้อยละ	20.0	50.0	66.67	50.0	0	77.78	100	66.67	72.73	65.56	66.67	60.81	64.0	
เด็กปฐมวัยที่ได้รับการกระตุ้น TEDA4I จนมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 30)	กระตุ้น TEDA4I ครบ	5	2	6	4	4	9	8	30	22	90	42	74	75
	กลับมาสมวัย	4	1	2	2	4	2	0	10	6	31	14	29	27
	ร้อยละ	80.0	50.0	33.33	50.0	100	22.22	0	33.33	27.27	34.44	33.00	39.19	36.00

ที่มา : ข้อมูล HDC จังหวัดอุดรดิตถ์ ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2566

จากข้อมูลในตารางที่ 1 พบว่า ในปี 2566 ผลงานเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จำนวน 143 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.01 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2564-2565 พบว่า มีแนวโน้มลดลง ซึ่งอยู่ระหว่างการติดตาม จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.08 ติดตามไม่ได้ จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.92 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เกิดจากการปัญหาที่ข้อมูลเลยกำหนดเวลา จึงทำให้ในระบบติดตามไม่ได้ เด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการจนครบ จำนวน 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.94 ผลงานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอฟิชัย ร้อยละ 71.43 อำเภอมือง ร้อยละ 70.97 และอำเภอบ้านโคก ร้อยละ 66.67 อยู่ระหว่างการกระตุ้นพัฒนาการ จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.27 และติดตามไม่ได้ระหว่างการกระตุ้นพัฒนาการ จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.79 เด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการจนครบ พบว่า หลังกระตุ้นพัฒนาการยังล่าช้า จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.56 เด็กกลับมา มีพัฒนาการสมวัย จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.44 ผลงานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอน้ำปาด ร้อยละ 100 อำเภอฟากทำ ร้อยละ 80 และอำเภอบ้านโคกและอำเภอตرون คิดเป็นร้อยละ 50.0 เท่ากัน

- การเข้าถึงบริการโรคจิตเวชเด็ก

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลอัตราการเข้าถึงบริการโรคจิตเวชเด็ก 4 กลุ่มโรคหลัก ปี 2563-2566

ปี	ASD (2-5 ปี) เป้า 52% (HDC)			ADHD(6-15 ปี) เป้า 35%(HDC)			LD (6-12 ปี) เป้า 25% (รพ.อต.)			ID (6-15 ปี) เป้า 20% (กท.สธ.)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตราการเข้าถึงบริการ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตราการเข้าถึงบริการ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตราการเข้าถึงบริการ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตราการเข้าถึงบริการ
2563	100	297	297.00	2638	4038	153.07	1977	801	40.51	2443	242	9.91
2564	95	70	73.68	2620	3261	124.47	1931	662	34.27	2426	216	8.90
2565	90	98	108.89	2501	3455	138.14	1879	575	30.60	2315	189	8.16
2566	90	117	130.0	2501	2363	94.48	1769	737	41.66	1072	160	14.92

ที่มา : กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2566

จากข้อมูลในตารางที่ 2 พบว่า ผลงานการเข้าถึงบริการโรคจิตเวชเด็ก 4 กลุ่มโรคหลัก มีดังนี้ 1) โรคออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการ ร้อยละ 130.0 2) โรคสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการ ร้อยละ 94.48 3) โรคการเรียนรู้บกพร่อง (LD) เข้าถึงบริการ ร้อยละ 41.66 ซึ่งผ่านเกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 3 ตัวชี้วัด และ 4) โรคการบกพร่องทางสติปัญญา (ID) เข้าถึงบริการ ร้อยละ 14.92 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ชี้วัดของจังหวัดอุดรดิตถ์ เมื่อจำแนกเป็นรายอำเภอ การเข้าถึงบริการโรคจิตเวชเด็ก 4 กลุ่มโรคหลัก พบว่า

- 1) การเข้าถึงบริการของโรคออทิสติก (ASD) คิดเป็นร้อยละ 130.0 ผลงานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอลับแล ร้อยละ 211.11 อำเภอท่าปลา ร้อยละ 166.67 และอำเภอน้ำปาด ร้อยละ 128.57
- 2) การเข้าถึงบริการของโรคสมาธิสั้น (ADHD) คิดเป็นร้อยละ 94.48 ผลงานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอตรอน ร้อยละ 156.9 อำเภอทองแสนขัน ร้อยละ 126.88 และอำเภอลับแล ร้อยละ 116
- 3) การเข้าถึงบริการของโรคบกพร่องทางสติปัญญา (LD) คิดเป็นร้อยละ 41.66 ผลงานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอตรอน ร้อยละ 53.07 อำเภอท่าปลา ร้อยละ 51.79 และอำเภอลับแล ร้อยละ 51.66
- 4) การเข้าถึงบริการของโรคบกพร่องทางสติปัญญา (ID) คิดเป็นร้อยละ 14.92 ผลงานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอตรอน ร้อยละ 23.97 อำเภอทองแสนขัน ร้อยละ 21.30 และอำเภอท่าปลา ร้อยละ 20.99 ตามลำดับดังตารางข้อมูลที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลอัตราการเข้าถึงบริการโรคจิตเวชเด็ก 4 กลุ่มโรคหลัก (แยกรายอำเภอ)

ผลการประเมิน	1.ฟากท่า	2.บ้านดก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563
โรคออทิสติก (ASD) (ฐานข้อมูล HDC)													
เป้าหมายประชากรอายุ 2-5 ปี	374	544	967	954	1069	1456	1519	2349	4418	136.50	14320	15782	16708
คาดการณ์อัตราฯ 0.6 %	7	3	6	6	7	9	9	15	28	90	90	95	100
จำนวนผู้ป่วยสะสม	4	3	4	6	9	15	19	19	38	117	98	70	297
อัตราการเข้าถึงบริการ (52%)	57.14	100	66.67	100	128.57	166.67	211.11	126.67	135.71	130.0	108.89	73.92	296.27
โรคสมาธิสั้น (ADHD) (ฐานข้อมูล HDC)													
เป้าหมายประชากรอายุ 6-15 ปี	1312	1530	2936	3123	3671	4557	4096	7935	15740	44900	46318	48514	48851
คาดการณ์อัตราฯ 5.4 %	74	84	160	174	206	254	225	439	885	2501	2501	2620	2638
จำนวนผู้ป่วยสะสม	52	70	203	273	184	241	261	261	818	2363	3455	3261	4038
อัตราการเข้าถึงบริการ (35%)	70.27	83.33	126.88	156.9	89.32	94.88	116	59.45	92.43	94.48	138.14	124.47	153.07
โรคการเรียนรู้บกพร่อง (LD) (ฐานข้อมูล รพ.อต.)													
เป้าหมายประชากรอายุ 6-12 ปี	887	1032	1969	2082	2484	3144	2837	5437	10539	30465	31307	32191	32958
คาดการณ์อัตราฯ 0.6 %	53.22	61.92	118.14	124.92	149.04	188.64	170.22	326.22	635.58	1827.9	1879	1931	1977
จำนวนผู้ป่วยสะสม	16	15	49	64	57	95	87	58	296	737	575	662	801
อัตราการเข้าถึงบริการ (25%)	30.62	24.51	42.31	53.07	40.05	51.79	51.66	18.41	48.52	41.66	30.60	34.27	40.51
โรคการบกพร่องทางสติปัญญา (ID) (ฐานข้อมูล รพ.อต.)													
เป้าหมายประชากรอายุ 6-17 ปี	1634	1886	3582	3825	4540	5607	5115	9680	19356	55225	2315	2426	2443
คาดการณ์อัตราฯ 2 %	32.68	37.72	71.64	36.50	90.80	112.14	102.30	193.6	387.12	1104.5	NA	NA	NA
จำนวนผู้ป่วยสะสม	1	3	15	18	9	23	14	18	59	160	189	216	242
อัตราการเข้าถึงบริการ (20%)	3.16	8.26	21.30	23.97	10.32	20.99	13.94	9.52	15.84	14.92	8.16	8.90	9.91

ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 2 ต.ค.66 และกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ณ วันที่ 2 ต.ค.66

งานสุขภาพจิตผู้ใหญ่

- ผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

โรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับความคิดและอารมณ์รูปแบบหนึ่งติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด ส่งผลต่อความพิการเรื้อรังและการเป็นภาระทางสังคม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และเพื่อให้เกิดรูปแบบการบริการผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประสิทธิภาพและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่พบได้บ่อยจากความผิดปกติทางจิตที่พบได้ในประชาชนทุกเพศทุกวัย โรคซึมเศร้าเป็นภาวะผิดปกติที่เกิดกับร่างกายและจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพและความคิด ความรู้สึกต่อตนเองและผู้อื่น จึงทำให้โรคซึมเศร้ากลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และความมั่นคงของประเทศได้ ดังนั้น สังคมจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญในการป้องกันและร่วมกันดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

จากการดำเนินงานผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ในปี 2566 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัดด้านการเข้าถึงระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้า 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ (เป้าหมาย ร้อยละ 85) 2) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 74) ดังนี้

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ

จากตารางข้อมูลที่ 4 ในปี 2565 แสดงผลงานผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ 157.6 ในปี 2566 ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ 86.31 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ผลงานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอบ้านโคก ร้อยละ 137.76 อำเภอลับแล ร้อยละ 93.85 และอำเภอเมือง ร้อยละ 91.38 ตามลำดับ และอำเภอที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการน้อยที่สุด คือ อำเภอพิชัย คิดเป็นร้อยละ 70.57 ดังตารางข้อมูลที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ (เป้าหมาย ร้อยละ 85)

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	1. พากฟ้า	2. บ้านโคก	3. ทองแสนซัน	4. ทรอน	5. น้ำปาด	6. ท่าปลา	7. ลับแล	8. พิชัย	9. เมือง	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563
ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	8,278	8,196	20,563	19,974	22,647	23,463	39,423	44,624	103,503	290,677			
	ผู้ป่วยคัดการณ์ 2.3% (B)	99	98	218	235	251	295	390	513	998	3,097	3,097	3,114	3,146
	จำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการ (A)	87	135	210	183	202	216	366	362	912	2,673	4,881	2,517	3,058
	ร้อยละ (A/B)x100	87.88	137.76	96.33	77.87	80.48	73.22	93.85	70.57	91.38	86.31	157.6	80.83	97.2

ข้อมูล HDC: ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2566

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

จากตารางข้อมูลที่ 5 ในปี 2565 แสดงผลงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ 125.51 ในปี 2566 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ 86.23 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ผลงานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอตรอน ร้อยละ 119.53 อำเภอทองแสนขัน ร้อยละ 110.86 และอำเภอท่าปลา ร้อยละ 98.23 ตามลำดับ และอำเภอที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการน้อยที่สุด คือ อำเภอพิชัย คิดเป็นร้อยละ 59.64 ดังตารางข้อมูลที่ 5 ตารางที่ 5 แสดงร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน (เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 74)

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	1. พากทำ	2. บ้านโคก	3. ทองแสนขัน	4. ตรอน	5. ไร่ปด	6. ท่าปลา	7. ไล่เป็ด	8. พิชัย	9. เมือง	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563
ร้อยละผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	8,278	8,196	20,563	19,974	22,647	23,463	39,423	44,624	103,503	290,677			
	ผู้ป่วยคาถการณ์ 2.3% (B)	285	282	626	676	721	847	1,121	1,462	2,868	8,888	8,901	8,958	8,936
	จำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการ (A)	204	239	694	808	651	832	1032	872	2332	7664	11,172	9,938	6,376
	(A/B)x100	71.58	84.75	110.86	119.53	90.29	98.23	92.06	59.64	81.31	86.23	125.51	110.94	71.35

ข้อมูล HDC: ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2566

- การคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง

การคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 2) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ 3) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือ 2Q 9Q และ 8Q ในการคัดกรอง

การคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

ในปี 2566 ผลงานการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 9 อำเภอ พบว่า ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ (2Q) ภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 66.12 ผลงานคัดกรองสูงสุด ได้แก่ อำเภอท่าปลา คิดเป็นร้อยละ 93.88 รองลงมา ได้แก่ อำเภอปากทำ ร้อยละ 88.89 และอำเภอตรอน ร้อยละ 83.56 สำหรับผลงานต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ อำเภอเมือง ร้อยละ 39.83 อำเภอพิชัย ร้อยละ 57.21 และอำเภอบ้านโคก ร้อยละ 71.43 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 อำเภอ และในภาพรวมจังหวัดมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติ 2Q จำนวน 4 คน ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ดังข้อมูลในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตารางแสดงข้อมูลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (2Q) (9Q) ปีงบประมาณ 2566

ผลการประเมิน	1. ฟากท่า	2. บ้านโคก	3. ทองแสนซัน	4. ทรอน	5. น้ำปาด	6. ท่าปลา	7. ใต้	8. พิชัย	9. เมืองอุดรธานี	ปี 2566	ปี 2565
หญิงตั้งครรภ์ ทั้งหมด	27	42	100	73	105	98	172	208	344	1,169	1,087
คัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q											
คัดกรอง 2Q	24	30	81	61	87	92	142	119	137	773	911
ร้อยละ	88.89	71.43	81.00	83.56	82.86	93.88	82.56	57.21	39.83	66.12	83.81
คัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q ก่อนสิ้นสุดการตั้งครรภ์											
คัดกรอง 2Q	12	25	45	55	75	85	108	91	100	596	729
ร้อยละ	44.44	59.52	45.0	75.34	71.43	86.73	62.79	43.75	29.07	77.10	67.07
ผลการคัดกรอง 2Q											
ปกติ	12	24	44	55	75	83	108	91	100	592	722
ร้อยละ	100	96.0	97.78	100	100	97.65	100	100	100	99.33	99.04
ผิดปกติ	0	1	1	0	0	2	0	1	0	4	7
ร้อยละ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.67	6.17
2Q ผิดปกติได้รับคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q											
คัดกรอง 9Q	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0
ร้อยละ	0	0	100	0	0	50	0	0	0	50	0.00

ข้อมูล HDC: ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2566

การคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ในปี 2566 ผลงานการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ทั้ง 9 อำเภอ พบว่า ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง (2Q) ภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 77.37 ผลงานคัดกรองสูงสุด ได้แก่ อำเภอท่าปลา คิดเป็นร้อยละ 90.27 รองลงมา ได้แก่ อำเภอน้ำปาด ร้อยละ 82.89 และอำเภอฟากท่า ร้อยละ 80.91 สำหรับผลงานต่ำสุด ได้แก่ อำเภอทรอน ร้อยละ 70.70 อำเภอเมือง ร้อยละ 73.50 และอำเภอพิชัย ร้อยละ 75.72 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 อำเภอ และในภาพรวมจังหวัดมีกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติ 2Q จำนวน 752 คน ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q จำนวน 620 คน คิดเป็นร้อยละ 82.45 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการประเมิน 8Q จำนวน 627 คน พบว่า มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย 36 คน ระดับปานกลาง 4 คน และระดับมาก 4 คน ดังข้อมูลในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ตารางแสดงข้อมูลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง (2Q) (9Q) และประเมินการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (8Q) ปีงบประมาณ 2566

ผลการประเมิน	1.ฟากท่า	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมืองอุดรธานี	ปี 2566	ปี 2565
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งหมด	2,929	2,251	6,370	7,880	7,871	8,526	13,439	15,872	30,256	95,394	93,197
คัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q											
คัดกรอง 2Q	2,370	1,792	4,985	5,571	6,524	7,696	10,615	12,018	22,238	73,809	69,168
ร้อยละ	80.91	79.61	78.26	70.70	82.89	90.27	78.99	75.72	73.50	77.37	74.22
ผลการคัดกรอง 2Q											
ปกติ	2,358	1,760	4,968	5,541	6,473	7,683	10,595	11,883	21,796	73,057	66,359
ร้อยละ	99.49	98.21	99.66	99.46	99.22	99.83	99.81	98.88	98.01	98.98	95.94
ผิดปกติ	12	32	17	30	51	13	20	135	442	752	2,809
ร้อยละ	0.51	1.79	0.34	0.54	0.78	0.17	0.19	1.12	1.99	1.02	4.06
คัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q											
ได้รับการประเมิน 9Q	8	27	8	6	29	12	5	113	412	620	2,386
ร้อยละ	66.67	84.38	47.06	20.0	56.86	92.31	25.0	83.70	93.21	82.45	84.94
ผลการคัดกรอง 9Q											
ปกติ	0	24	2	4	18	12	3	26	31	120	2,098
ซึมเศร้าน้อย	5	3	4	2	10	0	1	78	350	453	263
ซึมเศร้าปานกลาง	3	0	1	0	1	0	1	9	1	16	22
ซึมเศร้ารุนแรง	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3
มีซึมเศร้า ทั้งหมด	8	3	6	2	11	0	2	87	351	470	288
ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)											
ที่มีผล 9Q ผิดปกติ	12	7	23	393	17	5	11	190	415	1073	395
ได้รับการประเมิน (8Q)	12	2	12	4	16	0	1	171	409	627	314
ร้อยละ	100	28.57	52.17	1.02	94.12	0	9.09	90.0	98.55	58.43	79.49
ผลการประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย											
ไม่มีแนวโน้ม	10	0	6	1	7	-	0	150	409	583	276
ระดับน้อย	2	1	2	3	8		0	20	0	36	26
ระดับปานกลาง	0	1	0	0	1		1	1	0	4	6
ระดับมาก	0	0	4	0	0		0	0	0	4	6

ข้อมูล HDC: ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2566

การคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากข้อมูลในตารางที่ 8 ในปี 2566 ผลงานการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้ง 9 อำเภอ พบว่า ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (2Q) ภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 94.36 ผลงานคัดกรองสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ อำเภอทองแสนขัน คิดเป็นร้อยละ 98.06 รองลงมา ได้แก่ อำเภอท่าปลา ร้อยละ 96.67 และอำเภอบ้านโคก ร้อยละ 96.17 สำหรับผลงานต่ำสุด ได้แก่ อำเภอฟากท่า ร้อยละ 91.63 และในภาพรวมจังหวัดมีผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ 2Q จำนวน 601 คน ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q จำนวน 474 คน คิดเป็นร้อยละ 78.87 กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการประเมิน 8Q จำนวน 656 คน พบว่า มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย 24 คน ระดับปานกลาง 1 คน และระดับมาก 2 คน ดังข้อมูลในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ (2Q) (9Q) และประเมินการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุ (8Q) ปีงบประมาณ 2566

รายการ	1.พากทำ	2.บ้านโดก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.นาป่าด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมืองอุดรดิตร	ปี 2566	ปี 2565
ผู้สูงอายุทั้งหมด	3,395	2,399	6,390	7,259	8,091	8,132	13,079	15,486	30,527	94,758	92,487
คัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q											
คัดกรอง 2Q	3,111	2,307	6,266	6,970	7,576	7,861	12,379	14,389	28,552	89,411	78,933
ร้อยละ	91.63	96.17	98.06	96.02	93.63	96.67	94.65	92.92	93.53	94.36	85.34
ผลการคัดกรอง 2Q											
ปกติ	3,107	2,293	6,253	6,944	7,536	7,847	12,364	14,273	28,194	88,811	76,476
ร้อยละ	99.87	99.39	99.79	99.63	99.47	99.82	99.88	99.19	98.75	99.33	96.89
ผิดปกติ	4	14	13	26	40	14	15	116	358	601	2,457
ร้อยละ	0.13	0.61	0.21	0.37	0.53	0.18	0.12	0.81	1.25	0.67	3.11
2Q ผิดปกติ ได้รับการประเมิน 9Q											
ประเมิน 9Q	2	8	5	1	12	13	6	101	326	474	1,850
ร้อยละ	50	57.14	38.46	3.85	30	92.86	40	87.07	91.06	78.87	75.30
ผลการคัดกรอง 9Q											
ปกติ	0	8	0	0	8	13	2	19	27	77	1,684
ซึมเศร้าน้อย	2	0	4	1	3	0	3	76	298	387	149
ซึมเศร้าปานกลาง	0	0	1	0	1	0	1	6	1	10	14
ซึมเศร้ารุนแรง	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
มีซึมเศร้า ทั้งหมด	2	0	5	1	4	0	4	82	299	397	166
มีซึมเศร้า ที่ได้รับการประเมิน (8Q)											
ที่มีผล 9Q ผิดปกติ	4	3	20	537	7	4	9	182	480	1,246	263
การประเมิน (8Q)	3	0	8	1	7	0	1	163	473	656	177
ร้อยละ	75	0	40	0.19	100	0	11.11	89.56	98.54	52.65	67.30
ผลการประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย											
ไม่มีแนวโน้ม	3	0	5	1	2	0	1	144	473	629	154
ระดับน้อย	0	0	1	0	4	0	0	19	0	24	18
ระดับปานกลาง	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3
ระดับมาก	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2

ข้อมูล HDC: ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2566

การป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัดอุดรธานี โดยในปี 2565 พบปัจจัยสาเหตุหลักที่ทำให้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายและทางจิต คิดเป็นร้อยละ 25.46 เท่ากัน สาเหตุกระตุ้น ได้แก่ ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ร้อยละ 45.46 ปัญหาเศรษฐกิจ/หนี้สิน ร้อยละ 41.82 และปัญหาความสัมพันธ์ ร้อยละ 34.55 โดยผลกระทบทางด้านจิตใจจากการฆ่าตัวตายยังส่งผลต่อผู้ใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน และสังคมเป็นอย่างยิ่ง ในปี 2566 จังหวัดอุดรธานีได้วิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุของการฆ่าตัวตายสำเร็จ และดำเนินการหามาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่ยังคงพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเกณฑ์เป้าหมาย ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร จำเป็นต้องมีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วนต่อไป

สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งมีการดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย และมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม พัฒนาศักยภาพเสริมสร้างสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยทำงานสำหรับตนเองและครอบครัวในอำเภอ โดยบูรณาการร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 พิษณุโลก

- การฆ่าตัวตายสำเร็จ

ตารางที่ 9 แสดงอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (เป้าหมาย ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร)

ตัวชี้วัด และเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	1.พลาท่า	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563
อัตราการ ฆ่าตัวตาย	ประชากร	14,048	14,377	31,130	33,529	36,108	42,967	54,530	74,554	144,905	446,148	446,148	453,103	454,352
	ตายสำเร็จ	1	1	7	2	6	4	9	11	14	55	59	53	58
	อัตราต่อ แสน ประชากร	7.12	6.96	22.49	5.97	16.62	9.31	16.51	14.75	9.66	12.33	13.22	11.7	12.77

ข้อมูลรายงาน 506s: ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

จากข้อมูลในตารางที่ 9 ปี 2566 พบมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 55 คน อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 12.33 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่ เพศชาย ร้อยละ 81.82 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.37 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.73 วิธีการผูกคอ ร้อยละ 85.46 อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1) อำเภอทองแสนขัน (22.49/แสน ปชก.) 2) อำเภอน้ำปาด (16.62/แสน ปชก.) 3) อำเภอลับแล (16.51/แสน ปชก.) 4) อำเภอพิชัย (14.75/แสน ปชก.) 5) อำเภอเมือง (9.66/แสน ปชก.) และ 6) อำเภอท่าปลา 9.31/แสน ปชก.) ซึ่งจำแนกรายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ (N=55) ปีงบประมาณ 2566

รายการข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	45	81.82
หญิง	10	18.18
2.อายุ		
10-19 ปี	0	0
20-29 ปี	2	3.64
30-39 ปี	8	14.55
40-49 ปี	12	21.82
50-59 ปี	13	23.64
60 ปีขึ้นไป	20	36.37

ตารางที่ 10 แสดงตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ (N=55) ปีงบประมาณ 2566 (ต่อ)

รายการข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
3.สถานภาพ		
โสด	6	10.91
คู่	30	54.55
หย่า	5	9.09
แยก	3	5.46
หม้าย	10	18.19
สมณะ	1	1.82
4.อาชีพ		
รับจ้าง	18	32.73
เกษตรกรกรรม	17	30.91
ค้าขาย	2	3.64
รับราชการ/ บำนาญ	3	5.46

รายการข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	1	1.82
แม่บ้าน (ไม่ได้ทำงาน)	5	9.09
ธุรกิจเอกชน/ลูกจ้างชั่วคราว	4	7.28
นักบวช	1	1.82
ไม่ระบุ	4	7.28
5.วิธีการ		
กินยากำจัดวัชพืช	1	1.82
ใช้ปืน	6	10.91
ผูกคอ	47	85.46
จุดไฟเผาตัวเอง	1	1.82
6.โรคประจำตัว		
ไม่มี	19	34.55
มี	36	65.46
-โรคทางจิต	14	38.89
-โรคทางกาย	14	38.89
-โรคทางกายร่วมโรคทางจิต	8	22.23
7.ช่วงเวลา		
00.00-06.00น.	12	21.82
07.00-12.00น.	13	23.64
13.00-18.00น.	16	29.09
19.00-24.00น.	7	12.73
ไม่ทราบ	7	12.73
8.ประวัติเคยทำร้ายตนเองมาก่อน		
ไม่เคย	28	50.91
เคย	11	20.00
-น้อยกว่า 1 ปี	1	9.09
-มากกว่า 1 ปี	0	0
-ไม่ทราบระยะเวลา	10	90.91
ไม่ทราบ	16	29.09

ตารางที่ 10 แสดงตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ (N=55) ปีงบประมาณ 2566 (ต่อ)

รายการข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
9.สัญญาณเตือน		
มี	25	45.46
ไม่มี	18	32.73
10.สาเหตุ		
ปัญหาความสัมพันธ์	22	40.01
การใช้สุรา	11	20.00
การใช้สารเสพติด	4	7.28
ปัญหาความเจ็บป่วยโรคทางกายและจิต	25	45.46
เศรษฐกิจ/หนี้สิน	23	41.82
ผลกระทบจากโรค COVID-19	3	5.46
ปัญหาอื่นๆ	4	7.28

- การพยายามฆ่าตัวตายและไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ

ปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย ในปี 2564 มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 138 คน ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 96.37 ในปี 2565 มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 94 คน ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 96.81 ซึ่งเพิ่มขึ้น ถือได้ว่า มีการเพิ่มขึ้นจำนวนมาก เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ในปี 2566 พบผู้พยายามฆ่าตัวตาย 157 คน ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ 151 คน คิดเป็นร้อยละ 96.18 ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.70 อายุ <20 ปี ร้อยละ 35.67 อาชีพนักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 35.67 วิธีการกินยาเกินขนาด ร้อยละ 62.42 อำเภอที่มีผู้ทำร้ายตนเองซ้ำ 4 แห่ง ได้แก่ 1) อำเภอตรอน 2) อำเภอบ้านโคก 3) อำเภอโนนสะอาด และ 4) อำเภอเมือง ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี

ผลการประเมิน	1.พากทำ	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.โนนสะอาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563
จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายในรอบ 1 ปี	5	8	13	4	17	13	13	19	65	157	94	138	99
จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่ทำร้ายตัวเองซ้ำ	5	7	13	3	16	13	13	19	62	151	91	133	99
ร้อยละ	100	87.5	100	75.0	92.31	100	100	100	95.38	96.18	96.81	96.37	100

งานดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำเป็นที่จะต้องมีการมีระบบดูแลเฝ้าระวังระวังติดตาม จากปัจจัยที่ทำให้อัตราการก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา การไม่รับรู้ความเจ็บป่วย และการใช้สารเสพติด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ บางรายเกิดภาวะอันตรายก่อความรุนแรงต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว หรือผู้ดูแล รวมทั้ง อาจเกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนและสังคมหวาดวิตก รู้สึกไม่ปลอดภัย และผู้ป่วยกลุ่มนี้กลายเป็นภาระทางสังคมและขาดคุณภาพชีวิตที่ดี

จากสถานการณ์ในปี 2566 ของจังหวัดอุดรดิตถ์ รายงานจากศูนย์รับแจ้งเหตุกลุ่มอาการที่มีปัญหาทางจิตประสาท/อารมณ์ที่มีอันตรายคุกคามต่อตนเองหรือผู้อื่น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบมากในกลุ่มอายุ 35-59 ปี และกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง คือ กลุ่มอาการติดยาเสพติด และพบว่ายังมีกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้แก่ กลุ่มติดสารเสพติด (ยาบ้า) ภัยยา สุรา ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 แสดงข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในปี 2566

ผลการประเมิน	1. พากทำ	2. บ้านโคก	3. ทองแสนซัน	4. ตรอน	5. ไม้ปาด	6. ทาปลา	7. สับแล	8. พิชัย	9. เมืง	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
ยาบ้า												
กลุ่มอาการติดยา (F152)	3	2	74	10	51	8	24	161	342	675	-	-
กลุ่มอาการผิดปกติแบบโรควิต (F155)	1	0	6	2	13	4	10	2	23	61	-	-
กัญชา												
กลุ่มอาการติดยา (F122)	0	1	16	2	1	1	0	2	14	37	-	-
กลุ่มอาการผิดปกติแบบโรควิต (F125)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	-	-
สุรา												
กลุ่มอาการผิดปกติแบบโรควิต (F105)	4	3	0	6	12	11	2	12	6	56	-	-
รวม	8	6	96	20	77	24	36	177	387	831	-	-

การให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำ

แนวทางการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขัง ประกอบด้วย การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การดูแลบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพจิต และติดตามดูแลรักษาหลังพ้นโทษอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดการเพิ่มโอกาสให้ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพจิตอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปในทิศทางเดียวกันและยั่งยืน ผู้ต้องขังจิตเวชหลังพ้นโทษได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ป้องกันการก่อความรุนแรงและป้องกันการกลับมาก่อคดีซ้ำ โดยมีเป้าหมาย ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา ร้อยละ 100 ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566 ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขัง ปี 2566

กิจกรรมผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566	ปี 2566		ปี 2565	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ให้บริการคัดกรองสุขภาพจิต โดยเรือนจำประเมินภาวะสุขภาพจิตในผู้ต้องขัง แรกเริ่มด้วยแบบประเมิน PMHQ-Thai, 2Q 9Q 8Q และแบบคัดกรองโรควิต	1,484	100	1,542	100
2. คัดกรองพบปัญหาสุขภาพจิต	62	4.18	14	0.91
3. ผู้ต้องขังที่ผ่านการคัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวได้รับการดูแลรักษา	62	100	14	100
4. ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงผู้ต้องขังที่มีภาวะเครียด/ซึมเศร้า โดยจิตแพทย์ ทุก 3 เดือน ปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเวชสะสม	97 คน	100	48	100
5. ผู้ต้องขังทุกรายได้รับการบำบัดรักษาโดยจิตแพทย์ ผ่านระบบ Telesychiatry	275	100	148	100

กิจกรรมผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566	ปี 2566		ปี 2565	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6.ติดตามผู้ต้องขังป่วยจิตเวชหลังปล่อยตัว โดยเรือนจำจะส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชที่ได้รับการปล่อยตัว ให้กับ สสจ. เพื่อส่งต่อ รพศ./รพช. ดำเนินการติดตามดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง มีผู้ต้องขังได้รับการปล่อยตัว	36 คน	100	9	100

งานระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิต (MCATT)

การพัฒนาบริการวิกฤตสุขภาพจิต มีความสำคัญอย่างยิ่ง เมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤตขึ้น จะมีผู้ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านชีวิตและทรัพย์สิน เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจ เช่น ช็อค ตื่นตระหนก ตื่นกลัว เสียใจ โกรธ เกิดภาวะเครียด ส่งผลต่อจิตใจ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว หรือเกิดความผิดปกติหรือโรคทางจิตเวช เช่น โรคเครียด ภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายได้ ทีม MCATT มีหน้าที่ในการช่วยเหลือเยียวยาและฟื้นฟูด้านจิตใจผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตทั้งจากภัยพิบัติที่เกิดจากธรรมชาติและภัยพิบัติที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดระบบบริการและการบริหารจัดการในภาวะวิกฤตที่มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง ซึ่งในปีงบประมาณ 2566 ไม่พบการเกิดสาธารณภัย

งาน พรบ.สุขภาพจิต

ตามที่คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562 ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้มีความผิดปกติทางจิตและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชและความสงบเรียบร้อยของสังคม คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ได้มีคำสั่งที่ 3/2563 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด ลงวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2563 และคำสั่งจังหวัดอุดรธานีที่ 20087/2565 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด (เพิ่มเติม) เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด เป็นไปด้วยความเรียบร้อย สามารถปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลต่อการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้มีความผิดปกติทางจิตและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช

ในปีงบประมาณ 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จัดประชุมคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในวันที่ 25 พฤศจิกายน 2566 และครั้งที่ 2 ในวันที่ 24 กรกฎาคม 2566 โดยมุ่งเน้นประเด็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของจังหวัด ได้แก่ การฆ่าตัวตาย และการก่อความรุนแรง ผลการดำเนินงาน พบว่า ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และมีแผนดำเนินงานนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

งานศูนย์พึ่งได้ (OSCC)

ตามที่ได้มีการตราพระราชบัญญัติ คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.2550 พระราชบัญญัติ ส่งเสริมการพัฒนาและคุ้มครองสถาบันครอบครัว พ.ศ.2562 และพระราชบัญญัติ การป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น พ.ศ.2559 จะเป็นการคุ้มครองบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำการใดๆ เป็นการบูรณาการความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการแก้ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และกำหนดมาตรการในการส่งเสริมพัฒนาและคุ้มครองสถาบันครอบครัว เพื่อให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย กำหนดให้รัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว อันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม รวมทั้ง คุ้มครองป้องกันบุคคลในครอบครัวจากการกระทำความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมและกำหนดให้มีการบำบัด ฟื้นฟู และเยียวยาผู้ถูกกระทำรุนแรง

จากสถานการณ์ในปัจจุบัน “ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว” และ “การตั้งครม.ไม่พร้อม” ถือเป็น

ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในสังคมไทย และมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น ทุกสังคมจึงต้องมีมาตรการในการปกป้องผู้ที่ถูกรักษา การแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด รวมทั้ง ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เข้ามาร่วมกันดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็ง สร้างความสัมพันธ์อันดีของคนในครอบครัว จากการดำเนินงานศูนย์พึ่งได้ จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2566 พบข้อมูล ดังนี้

ตารางที่ 14 แสดงข้อมูลการให้บริการศูนย์พึ่งได้ จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2566

ประเด็นการถูกรักษา รุนแรง	1.พกทำ	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563
1. เด็กถูกรักษาความ รุนแรงในครอบครัว	0	0	3	22	0	1	0	6	0	32	28	25	36
1.1 ด้านร่างกาย	0	0	2	12	0	1	0	6	0	21	17	17	17
1.2 ด้านจิตใจ	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6	6	4	5
1.3 ด้านเพศ	0	0	1	4	0	0	0	0	0	5	5	4	14
2. เด็กถูกรักษาความ รุนแรงนอกครอบครัว	0	0	3	7	0	4	0	1	0	15	7	10	15
2.1 ด้านร่างกาย	0	0	2	3	0	1	0	1	0	7	3	5	7
2.2 ด้านจิตใจ	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	2	1	1
2.3 ด้านเพศ	0	0	1	2	0	3	0	0	0	6	2	4	7
3. ครอบครัวที่มีคนกระทำ ความรุนแรงต่อกัน	0	0	0	2	0	0	0	4	0	6	3	2	8
4. สตรีที่ถูกล่วงละเมิด ทางเพศ	1	0	0	2	5	1	0	1	0	10	6	12	13
5. สตรีที่ถูกทำร้าย ร่างกาย/จิตใจ	2	0	0	5	0	4	2	1	0	14	38	30	42
5.1 ด้านร่างกาย	2	0	0	4	0	4	2	1	0	13	34	28	40
5.2 ด้านจิตใจ	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4	2	2
6. ผู้สูงอายุที่ถูกทำร้าย ร่างกาย/จิตใจ	1	0	2	2	0	5	0	1	0	11	8	7	4
6.1 ด้านร่างกาย	1	0	2	1	0	5	0	1	0	10	8	6	4
6.2 ด้านจิตใจ	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
6.3 ทางเพศ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7. ท้องไม่พร้อม	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-
● รพศ.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	61	228	9	236
รวม	4	0	8	40	11	15	2	14	0	149	318	95	354

จากข้อมูลในตารางที่ 14 พบว่า ในปี 2566 ผู้รับบริการศูนย์พึ่งได้ จังหวัดอุดรดิตถ์ จากปัญหาการถูกรักษา
รุนแรง มีจำนวนทั้งหมด 149 ราย ซึ่งลดลงจากปีงบประมาณ 2565 ที่มีจำนวนถึง 318 ราย ส่วนใหญ่ เป็นปัญหาเด็ก
ถูกรักษาความรุนแรงในครอบครัวด้านร่างกาย จิตใจและทางเพศ รองลงมา ได้แก่ ปัญหาเด็กถูกรักษาความรุนแรง
นอกครอบครัวด้านร่างกาย จิตใจและทางเพศ และสตรีที่ถูกทำร้ายร่างกาย/จิตใจ

งานพัฒนาคุณภาพและระบบบริการสุขภาพจิต

การพัฒนาคุณภาพและระบบบริการสุขภาพจิตให้สอดคล้องตามรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ เป็นไปในทิศทางมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน และระบบบริการมีความพร้อมทั้งในการบริการจิตเวชทั่วไปได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน สอดรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงจะเป็นการยกระดับระบบบริการจิตเวชให้มีคุณภาพมาตรฐาน ส่งผลให้ลดความเสี่ยงและเกิดความปลอดภัยในบริการ อีกทั้ง การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพจิตอย่างครอบคลุม ทั่วถึงและสามารถได้รับการดูแลสุขภาพจิตที่รวดเร็ว ตลอดจนสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัวได้ นำไปสู่เป้าหมายที่มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี

จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและระบบบริการสุขภาพจิต จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้วางแผนพัฒนาคุณภาพและระบบบริการสุขภาพจิตทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งในปีที่ผ่านมา มีการประเมินมาตรฐานด้วยวิธีการประเมินตนเอง พบว่า ผลการประเมินโรงพยาบาลชุมชนได้คะแนนระดับ 1 ทุกด้าน ในทุกโรงพยาบาล ยกเว้น โรงพยาบาลลับแล ได้ระดับ 2 ในด้านบุคลากร ผลการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 แห่งในพื้นที่อำเภอพิชัย ที่ได้รับการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยคณะกรรมการระดับเขต พบว่า ผ่านระดับ 1 ทั้ง 3 แห่ง ดังข้อมูลในตารางที่ 15 และ 16

ตารางที่ 15 แสดงข้อมูลผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับ รพช. ปี 2566

ชื่อสถานบริการ/ ระดับสถานบริการ		ระดับคะแนนการประเมิน							
		1. ด้าน บุคลากร	2. ด้าน สถานที่	3. ชีตความสามารถระบบบริการ					
				3.1 การตรวจ วินิจฉัยและ การ บำบัดรักษา	3.2 การให้การ ดูแล ทางสังคม และจิตใจ	3.3 การส่งเสริม ป้องกันใน ด้าน สุขภาพจิต	3.4 ระบบยา	3.5. ด้านการ ส่งต่อ	3.6 ด้านการ ติดตาม ดูแล
1	ฟากท่า	1	1	1	1	1	1	1	1
1	บ้านโคก	1	1	1	1	1	1	1	1
1	ทองแสนขัน	1	1	1	1	1	1	1	1
2	ตรอน	1	1	1	1	1	1	1	1
2	น้ำปาด	1	1	1	1	1	1	1	1
2	ท่าปลา	1	1	1	1	1	1	1	1
2	ลับแล	2	1	1	1	1	1	1	1
2	พิชัย	1	1	1	1	1	1	1	1

ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับ รพช. ปี 2566 พบว่า ผ่านเกณฑ์ระดับ 1 ทุกข้อ จำนวน 7 แห่ง ไม่ผ่าน จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลลับแล คิดเป็นร้อยละ 12.5

ตารางที่ 16 แสดงข้อมูลผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต สำหรับ รพ.สต. ปี 2566

อำเภอ	ระดับคะแนนการประเมิน เดือน พฤษภาคม 2566								
	จำนวน รพ.สต.	ประเมินตนเอง	ร้อยละ	ระดับ 1	ร้อยละ	ระดับ 2	ร้อยละ	ระดับ 3	ร้อยละ
ฟากท่า	4	0	0	-	-	-	-	-	-
บ้านโคก	5	0	0	-	-	-	-	-	-
ทองแสนขัน	5	5	100	1	20.0	2	40.0	2	40.0
ตรอน	6	0	0	-	-	-	-	-	-
น้ำปาด	12	11	91.67	3	27.27	1	9.09	7	63.64
ท่าปลา	12	1	8.33	-	-	-	-	1	100
ลับแล	11	0	0	-	-	-	-	-	-
พิชัย	13	7	53.85	2	28.57	2	28.57	3	42.86
เมืองอุดรดิตถ์	21	2	9.52	1	50.0	-	-	1	50.0
รวม	89	26	29.21	7	26.92	5	19.23	14	53.85
ข้อมูล มี.ค.66	89	81	91.01	51	63.0	3	3.7	27	33.33

ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต สำหรับ รพ.สต. ปี 2566 พบว่า ประเมินตนเอง 81 แห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับ 1 ทุกข้อ จำนวน 51 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 63.0

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

งาน	ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้งานไม่บรรลุเป้าหมาย	ปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานสำเร็จ
3.1 งานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น -พัฒนาการเด็ก -การเข้าถึงบริการผู้ป่วยเด็ก 4 กลุ่มโรคหลัก (ADHD/ASD/LD/ID)	<ol style="list-style-type: none"> การติดตามเด็กส่วนหนึ่งให้มารับบริการตามโปรแกรมไม่ได้ เนื่องจาก 1) ระบบการคัดกรองและการติดตามผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ขาดระบบกำกับติดตามการคัดกรองความผิดปกติ ด้านพฤติกรรมและการเรียนรู้ 2) ไม่มีระบบแจ้งเตือนในระดับจังหวัด/อำเภอตามทางไลน์ 3) ระยะเวลารอคอยการวินิจฉัย ยืนยันโดยจิตแพทย์เด็ก นาน 3 เดือน และ 4) ไม่มีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง รพศ/รพช. และระบบการรายงานผลการดำเนินงานตาม flow การบริการ การลงข้อมูลในโปรแกรม HDC กับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ไม่สอดคล้องกัน การเชื่อมโยงบูรณาการระหว่างงานส่งเสริมสุขภาพเด็กและวัยรุ่น และงานสุขภาพจิตกลุ่มวัยยังมีรอยต่อระหว่างการทำงานร่วมกัน บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนยังมีไม่เพียงพอต่อปริมาณงานที่ดำเนินงาน เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น 	<ol style="list-style-type: none"> นโยบายและเป้าหมายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นมีความชัดเจน และมีการสื่อสารนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติอย่างทั่วถึง การสนับสนุนทางด้านวิชาการและงบประมาณในการพัฒนาบุคลากรจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 และโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก บุคลากรมีทัศนคติที่ดีเหมาะสม และมีความมุ่งมั่นตั้งใจในงานที่รับผิดชอบ บุคลากรมีทักษะ ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ

งาน	ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้งานไม่บรรลุเป้าหมาย	ปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานสำเร็จ
3.2 งานสุขภาพจิตผู้ใหญ่ -การเข้าถึงบริการโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้า -การคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง	<ol style="list-style-type: none"> 1. การคัดกรองซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 80) 2. อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยซึมเศร่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ในบางพื้นที่ 3. ระบบการบันทึกข้อมูลขาดการเชื่อมโยงกัน ระหว่างข้อมูลการคัดกรอง 2Q, 9Q และ 8Q 4. ระบบการติดตามหลังการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าสู่กระบวนการรักษายังไม่ชัดเจน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การมีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ทำให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ลดความซ้ำซ้อน ลดความขัดแย้งในหน้าที่การงาน 2. มีความสะดวกในการติดต่อประสานงาน และช่วยให้ผู้บริหารสามารถตัดสินใจในการบริหารจัดการได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว 3. ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นในการทำงาน และเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้ปฏิบัติงานในองค์กร 4. บุคลากรทราบถึงขอบเขตงานในความรับผิดชอบ
3.3 งานป้องกันและแก้ไขปัญหามรณะ		
-การฆ่าตัวตายสำเร็จ -การพยายามฆ่าตัวตายและไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เกินเกณฑ์ที่กำหนด 2. มีผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จเป็นจำนวนมาก 3. การค้นหากลุ่มเสี่ยงและการเฝ้าระวังมีความยุ่งยากซับซ้อน กลุ่มเสี่ยงบางคนเข้าถึงยาก 4. การจัดทำมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังไม่สามารถใช้ได้จริง 	-
3.4 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	<ol style="list-style-type: none"> 1. กระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมเครือข่ายในพื้นที่ 2. ผู้ป่วยโรคจิตเวชส่วนหนึ่งขาดการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้อาการกำเริบ 3. ผู้ป่วยโรคจิตเวชจากยาเสพติดส่วนหนึ่งขาดการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้อาการกำเริบ 4. ทีมเครือข่ายในชุมชนขาดแนวทางที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขการก่อความรุนแรงในชุมชน 5. ทีมเครือข่ายในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) 6. พยาบาลวิชาชีพขาดทักษะการเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อลดความรุนแรงของการก่อความรุนแรงของผู้ป่วย 7. แนวทางการบันทึกข้อมูลยังไม่ชัดเจน/ ยังไม่พบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HDC 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีม 191 และ 1669 ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีความเข้มแข็ง 2. ระบบส่งต่อผู้ป่วยโดยทีมกู้ภัย ตำรวจ มีความเข้มแข็ง ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี
3.5 การให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกมาจากเรือนจำไม่ชัดเจน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีแผนการดำเนินงานก่อนจำหน่ายที่ชัดเจน เป็นไปตามมาตรฐาน 2. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ มีการกำกับติดตามประเมินผลการทำงานที่ชัดเจน

งาน	ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้งานไม่บรรลุเป้าหมาย	ปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานสำเร็จ
		3. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ ได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี
3.6 งานสุขภาพจิตฉุกเฉิน (MCATT)	1. ขาดการทบทวนระบบการปฏิบัติงานของทีม MCATT 2. การปรับเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานใหม่ ระบบการทำงานขาดความต่อเนื่อง	1. บุคลากรมีทักษะ ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ 2. บุคลากรมีทัศนคติที่ดีเหมาะสม และมีความมุ่งมั่นตั้งใจในงานที่รับผิดชอบ 3. ภาครีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขมีความเข้มแข็ง
3.7 งาน พรบ.สุขภาพจิต	-	1. บุคลากรมีเป้าหมายในการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจน ส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่ายได้อย่างเข้มแข็ง 2. ได้รับการสนับสนุนองค์ความรู้และงบประมาณจากเครือข่ายระดับเขต
3.8 งานบริการศูนย์พึ่งได้ -ปัญหาความรุนแรงในเด็กสตรี และบุคคลในครอบครัว -การตั้งครรภ์ไม่พร้อม -การค้ำมนุษย์ -แรงงานผิดกฎหมาย -มาตรฐานบริการศูนย์พึ่งได้	1. โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีบริการยุติการตั้งครรภ์ จึงต้องส่งต่อเครือข่ายภายนอก ซึ่งผู้มารับบริการจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง 2. ผู้ประสบปัญหาไม่ต้องการรับบริการในโรงพยาบาลใกล้บ้าน เนื่องจากเกิดความอับอาย หรือเกรงกลัวผู้กระทำ 3. บุคลากรยังมีทัศนคติด้านลบต่อการยุติการตั้งครรภ์ 4. การจัดสรรงบประมาณมีความล่าช้า 5. การลงข้อมูลในโปรแกรมมีความยุ่งยาก ทำให้เกิดความล่าช้า 6. การลงข้อมูลในโปรแกรมไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง	1. บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ มีทัศนคติ ที่ ถูกต้องเหมาะสม และมีแรงจูงใจในการทำงาน 2. เครือข่ายภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
3.9 งานพัฒนาคุณภาพและระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช	1. การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ. ส่งผลให้มีความยุ่งยากในการประสานงาน และความร่วมมือในการทำงานลดน้อยลง 2. การให้ความสำคัญในงานพัฒนาคุณภาพและระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช และการกำหนดเป็นนโยบายของผู้บริหารในเครือข่าย อบจ.ไม่ชัดเจน	1. การประสานการทำงานในระดับ คปสอ. และภาคี เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2567

งาน	ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2566	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2567
3.1 งานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น		
3.1.1 พัฒนาการเด็ก	<p>1. การติดตามเด็กส่วนหนึ่งให้มารับบริการตามโปรแกรมไม่ได้ เนื่องจาก 1) ระบบการคัดกรองและการติดตามผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ขาดระบบกำกับติดตามการคัดกรองความผิดปกติ ด้านพฤติกรรมและการเรียนรู้</p> <p>2) ไม่มีระบบแจ้งเตือนในระดับจังหวัด/อำเภอทางไลน์</p> <p>3) ระยะเวลารอคอยการวินิจฉัยยืนยันโดยจิตแพทย์เด็กนาน 3 เดือน และ 4) ไม่มีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง รพศ/รพช. และระบบการรายงานผลการดำเนินงานตาม flow การบริการ</p> <p>2. การคัดกรองพัฒนาการเด็กในโรงเรียนไม่ครอบคลุม ไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลการคัดกรองของโรงเรียนกับโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เด็กส่วนหนึ่งเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยและการดูแลรักษาล่าช้า</p> <p>3. การเชื่อมโยงบูรณาการระหว่างงานส่งเสริมสุขภาพเด็กและวัยรุ่น และงานสุขภาพจิตกลุ่มวัยยังมีรอยต่อระหว่างการทำงานร่วมกัน</p>	<p>-ค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เด็กพัฒนาการล่าช้าไม่ได้เข้ารับบริการวินิจฉัยและดูแลรักษา และ/หรือรักษาไม่ต่อเนื่อง</p> <p>-พัฒนาระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้า การเข้ารับบริการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>-กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางการบันทึกผลการบำบัดฟื้นฟูตามรหัส ICD10 ในกลุ่มเด็กพัฒนาการล่าช้าของโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างรอการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็ก</p> <p>-กำกับติดตามผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กในโรงเรียนและการเชื่อมโยงข้อมูลการคัดกรองของโรงเรียนกับโรงพยาบาล เพื่อเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยและการดูแลรักษา</p> <p>-พัฒนาศักยภาพบุคลากรและนักเรียนในการดูแลสุขภาพจิตเด็กในโรงเรียน</p>
3.1.2 การเข้าถึงบริการผู้ป่วยเด็ก 4 กลุ่มโรคหลัก (ADHD/ASD/LD/ID)	<p>1. การเข้าถึงบริการผู้ป่วยเด็กโรค LD ยังไม่ผ่านเกณฑ์ระดับจังหวัด</p> <p>2. การลงข้อมูลในโปรแกรม HDC กับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ของโรงพยาบาลจังหวัดไม่สอดคล้องกัน</p> <p>3. บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนยังมีไม่เพียงพอต่อปริมาณงาน ที่ดำเนินงาน เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น</p>	<p>-พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยเด็กโรค LD ร่วมกับโรงพยาบาลจังหวัด</p> <p>-ทบทวนระบบการบันทึกข้อมูลและพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง รพศ./รพช. และระบบรายงานการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคเด็ก</p> <p>-วางแผนขอสนับสนุนอัตรากำลังงานสุขภาพจิต</p>
3.2 งานสุขภาพจิตผู้ใหญ่		
3.2.1 การเข้าถึงบริการโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้า	<p>1. อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยซึมเศร้านี้ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในบางพื้นที่</p>	<p>-กำกับติดตามผลการดำเนินงานเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</p>
3.2.2 การคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง	<p>1. การคัดกรองซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 80)</p> <p>2. ระบบการบันทึกข้อมูลขาดการเชื่อมโยงกัน ระหว่างข้อมูลการคัดกรอง 2Q, 9Q และ 8Q ทำให้ข้อมูลการประเมินไม่สอดคล้องกัน และผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่เข้าระบบการวินิจฉัยและดูแลรักษา</p>	<p>-บูรณาการร่วมศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 ในการใช้โปรแกรม Mental health check in ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเชิงรุก</p> <p>-ประชาสัมพันธ์ Application ในการประเมินภาวะเครียดและโรคซึมเศร้าด้วยตนเอง</p> <p>-กำกับติดตามผลการดำเนินงานคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง</p> <p>-ทบทวนระบบการนำผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าสู่การวินิจฉัยและดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>-พัฒนาภาวะสุขภาพจิตกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้สูงอายุ</p>

งาน	ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2566	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2567
3.3 งานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย		
3.3.1 การฆ่าตัวตายสำเร็จ	<ol style="list-style-type: none"> อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เกินเกณฑ์ที่กำหนด การค้นหากลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และการเฝ้าระวัง มีความยุ่งยากซับซ้อน กลุ่มเสี่ยงบางคนเข้าถึงยาก การจัดทำมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ยังไม่สามารถใช้ได้จริง 	<ul style="list-style-type: none"> -ประชุมชี้แจงนโยบายและทิศทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ -พัฒนาศักยภาพเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ในการเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน -ส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง -ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วม -กำกับติดตามผลการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำเข้าระบบวินิจฉัยและรักษา (กลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ/ส่วนราชการ/ในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ) -ประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน
3.3.2 การพยายามฆ่าตัวตายและไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> มีผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เป็นจำนวนมาก การค้นหากลุ่มเสี่ยงและการเฝ้าระวัง มีความยุ่งยากซับซ้อน กลุ่มเสี่ยงบางคนเข้าถึงยาก 	<ul style="list-style-type: none"> -ประชุมชี้แจงนโยบายและทิศทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย -พัฒนาศักยภาพเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขในการเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย -กำกับติดตามผลการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำเข้าระบบวินิจฉัยและรักษา (กลุ่มวัยเรียน วัยรุ่นในโรงเรียน) -ประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย
3.4 การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	<ol style="list-style-type: none"> การค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ผู้ป่วยโรคจิตเวช/โรคจิตเวชจากยาเสพติดส่วนหนึ่งขาดการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้อาการกำเริบ ทีมเครือข่ายในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังป้องกันอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) พยาบาลวิชาชีพขาดทักษะการเจรจาไกล่เกลี่ย เพื่อลดความรุนแรงของการก่อความรุนแรงของผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> -ประชุมชี้แจงนโยบายและวางแผนการเชื่อมโยงข้อมูลกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน -ทบทวนแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช/โรคจิตเวชจากยาเสพติดอย่างต่อเนื่องในชุมชน -พัฒนาศักยภาพเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขในการเฝ้าระวังป้องกันอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน -จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพ หลักสูตร การเจรจาไกล่เกลี่ย -ทบทวนแนวทางการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HDC

งาน	ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2566	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2567
	5. แนวทางการบันทึกข้อมูลยังไม่ชัดเจน/ ยังไม่พบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HDC	
3.5 การให้บริการสุขภาพจิต ผู้ต้องขัง ในเรือนจำ	1. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากเรือนจำ ไม่ชัดเจน	- ทบทวนแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากเรือนจำ - พัฒนาระบบการรายงานข้อมูลผู้ต้องขังหลังปล่อยตัวและการติดตามผู้ต้องขังหลังปล่อยตัว
3.6 งานสุขภาพจิตฉุกเฉิน (MCATT)	1. ขาดการทบทวนระบบการปฏิบัติงานของทีม MCATT	- ประชุมชี้แจงทิศทางและนโยบายการพัฒนาระบบการปฏิบัติงานของทีม MCATT - ทบทวนคณะกรรมการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ - ทบทวนระบบการปฏิบัติงานของทีม MCATT - พัฒนาระบบการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต
3.7 งาน พรบ.สุขภาพจิต	- เครือข่ายภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พรบ.สุขภาพจิต	- ประชุมคณะอนุกรรมการประสานงาน เพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด
3.8 งานบริการศูนย์พึ่งได้		
3.8.1 ความรุนแรงในเด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัว	1. การลงข้อมูลในโปรแกรมมีความยุ่งยาก ทำให้เกิดความล่าช้า 2. การลงข้อมูลในโปรแกรมไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง	- กำกับติดตามการลงข้อมูลในโปรแกรมให้เป็นปัจจุบัน
3.8.2 การตั้งครุภัณฑ์ไม่พร้อม	1. โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีบริการยุติการตั้งครุภัณฑ์ จึงต้องส่งต่อเครือข่ายภายนอก ซึ่งผู้มารับบริการจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง 2. ผู้ประสบปัญหาไม่ต้องการรับบริการในโรงพยาบาลใกล้บ้าน เนื่องจากเกิดความอับอาย หรือเกรงกลัวผู้กระทำ 2. การเชื่อมโยงบูรณาการระหว่างงานส่งเสริมสุขภาพเด็กและวัยรุ่น และงานสุขภาพจิตกลุ่มวัยยังมีรอยต่อระหว่างการทำงานร่วมกัน	- เชื่อมโยงบูรณาการระหว่างงานส่งเสริมสุขภาพเด็กและวัยรุ่น และงานสุขภาพจิตกลุ่มวัย
3.8.3 การค้ำมนุษย์	-	-
3.8.4 การใช้แรงงาน ผิดกฎหมาย	-	-
3.8.5 กลุ่มเปราะบาง	-	-
3.8.6 มาตรฐานบริการ ศูนย์พึ่งได้	1. การจัดสรรงบประมาณมีความล่าช้า	- พัฒนาบริการศูนย์พึ่งได้

งาน	ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2566	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2567
3.9 งานพัฒนาคุณภาพและระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช	1. การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ. ส่งผลให้มีความยุ่งยากในการประสานงาน และความร่วมมือในการทำงานลดน้อยลง 2. การให้ความสำคัญในงานพัฒนาคุณภาพและระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช และการกำหนดเป็นนโยบายของผู้บริหารในเครือข่าย อบจ. ไม่ชัดเจน	-ประชุมชี้แจงทิศทางการพัฒนาคุณภาพและระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช -กำกับติดตามการพัฒนาคุณภาพและระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช -ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพและระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- 1) การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานและการพัฒนางาน ควรจัดสรรในรอบระยะเวลาที่สอดคล้องกับแผนการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้ทันเวลา
- 2) การสนับสนุนอัตรากำลัง ควรให้เพียงพอเหมาะสมกับปริมาณงานและขอบเขตความรับผิดชอบงานสุขภาพจิต

ผู้รับผิดชอบงาน

1. นางภิญญาพัชญ์ ทรัพย์มีตา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
เบอร์โทรศัพท์ 085-7323296

หัวหน้ากลุ่มงาน

2. นางอัจฉราวดี เสนีย์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
เบอร์โทรศัพท์ 093-5965145