

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๘๐๔.๖ / ๒๓๐๑



วาระทราบจรรยาเป็นข้อมูล
เรื่องที่.....๑.....

กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๖

พฤษภาคม ๒๕๔๙

สทท.รับที่.....3085.....
วันที่.....23 พ.ค. 2549.....
เวลา.....14.57.....

เรื่อง ขอบรรจุเรื่อง อัตราการฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๔๘ เข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรี
ในวาระเพื่อทราบ

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี

จัดเข้าวาระ23 พ.ค. 2549.....

ฉบับ ๒ / ๒๕๔

๒3 พค ๔๙

สิ่งที่ส่งมาด้วย สรุปร้อยอัตราการฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๔๘ จำนวน ๗๐ ชุด

ด้วย ปัญหาการฆ่าตัวตาย นับเป็นปัญหาที่สร้างความสูญเสียให้แก่
ครอบครัวและสังคมโดยรวม เป็นจำนวนมาก กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึง
ความรุนแรงดังกล่าว จึงได้มีนโยบายและแผนงานในการแก้ไขและป้องกัน เพื่อลดอัตราการ
การฆ่าตัวตายของประชาชนในประเทศอย่างต่อเนื่อง และสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตาย
ลงได้ จำนวน ๘.๑ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๔๑ จนถึง ๖.๓ ต่อแสนประชากร
ในปี ๒๕๔๘

กระทรวงสาธารณสุข พิจารณาแล้ว เห็นว่า เรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องที่
สำคัญจะต้องแก้ไขและป้องกันอย่างต่อเนื่องจริงจัง โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน
เพื่อไม่ให้อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง จึงเห็นควรนำเข้า
ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี ในวาระเพื่อทราบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการนำเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรี
ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

๗๐ ๑ / ๙
ได้นำเสนอคณะรัฐมนตรี(ฉบับ)
เมื่อวันที่ 23 พ.ค. 2549
(ทราบเพื่อเป็นข้อมูล)


(นายพินิจ จารุสมบัติ)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

กรมสุขภาพจิต

กองแผนงาน

โทร ๐ ๒๕๔๐ ๘๑๗๘

โทรสาร ๐ ๒๕๔๑ ๑๓๘๑

จัดอยู่ในประเภทเรื่องทราบเพื่อเป็นข้อมูล

๒๓ -

(นายสุรชัย ภูประเสริฐ)
รองเลขาธิการคณะกรรมการ ปฎิบัติราชการแทน
เลขาธิการคณะกรรมการ

สรุปอัตราการฆ่าตัวตายปี 2548

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ความสำคัญ

การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย แต่ในปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,500 – 5,500 คน ความสูญเสียเฉพาะอันเนื่องมาจากการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (เฉพาะเพศชาย) ในปี พ.ศ. 2542 จำนวนเป็นความสูญเสียได้เท่ากับ 147,988 DALYs (กระทรวงสาธารณสุข, 2544) หรือคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจได้น้อยกว่า 5,500 ล้านบาทต่อปี การลดปัญหานี้ลงได้เพียงร้อยละ 10 จะสามารถลดความสูญเสียได้น้อยกว่า 500 ล้านบาทต่อปี

กรมสุขภาพจิต ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาดังกล่าวจึงได้มีนโยบายและแผนงาน เพื่อแก้ไขป้องกันปัญหานี้ ตั้งแต่ปีงบประมาณปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน โดยมีกิจกรรมสำคัญดังนี้

- 1) การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 2) การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะที่ดีขึ้นในการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงอย่างถูกต้อง
- 3) การฝึกอบรมผู้นำชุมชนและครูโรงเรียนมัธยมให้มีส่วนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเบื้องต้น
- 4) การเผยแพร่แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหานี้แก่ประชาชนทั่วไป ตลอดจนการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง
- 5) การฝึกอบรมวิทยากรในระดับจังหวัด
- 6) การประชุมสัมมนาทางวิชาการ
- 7) การนิเทศติดตาม
- 8) การให้ความรู้และเผยแพร่เรื่องนี้ทางโทรทัศน์และการเผยแพร่ทางสื่อต่างๆ
- 9) การปรับปรุงและพัฒนาระบบการคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 10) การพัฒนาเทคโนโลยีและองค์ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย
- 11) การผลิตสื่อความรู้ต่างๆ
- 12) การพัฒนาระบบการบันทึกการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง เพื่อติดตามสถานการณ์ปัญหาอย่างใกล้ชิด
- 13) การประเมินผลโครงการ อัตราการทำร้ายตนเอง ลดลงจาก 51.5 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2544 เหลือ 36.8 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2546 และอัตราตายลดลงจาก 8.2 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2544 เหลือ 5.7 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2546 (อภิชัย มงคลและคณะ, 2546)

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

- 1) จำนวนผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสถานบริการลดลง
- 2) อัตราการทำร้ายตนเองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่าปีที่แล้ว
- 3) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มลดลง
- 4) การทำร้ายตนเองซ้ำมีแนวโน้มลดลง
- 5) มีการทำร้ายตนเองร่วมกับการทำร้ายคนอื่นด้วย

การศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศต่างๆ

ประเทศออสเตรเลีย	ปี 2543	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	12.5
	ปี 2544	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	12.7
ประเทศนิวซีแลนด์	ปี 2543	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	11.9
ประเทศอังกฤษ	ปี 2542	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	7.5
ประเทศสหรัฐอเมริกา	ปี 2543	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	10.4
ประเทศแคนาดา	ปี 2543	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	11.7

ประเทศในเอเชีย

ประเทศอินเดีย	ปี 2539	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	10.7
ประเทศศรีลังกา	ปี 2538	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	21.6
ประเทศจีน	ปี 2542	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	13.9
ประเทศฮ่องกง	ปี 2542	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	13.2
ประเทศญี่ปุ่น	ปี 2543	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	24.1
ประเทศสิงคโปร์	ปี 2543	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	9.5
	ปี 2544	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	9.2
ประเทศเกาหลี	ปี 2543	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	13.6
	ปี 2544	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	14.1

ซึ่งมากกว่าประเทศไทย ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร

พ.ศ. 2541	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	8.1
พ.ศ. 2542	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	8.6
พ.ศ. 2543	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	8.4
พ.ศ. 2544	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	7.7
พ.ศ. 2545	มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	7.8

พ.ศ. 2546 มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร 7.1

พ.ศ. 2547 มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร 6.9

พ.ศ. 2548 มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร 6.3

จากการศึกษาและวิจัย ที่เชียงใหม่ ปี 2539-2540 เก็บข้อมูลย้อนหลัง คนฆ่าตัวตาย สำเร็จทั้งหมด พบว่า

28 % มีประวัติคิดเชื่องคลั่ง (ขณะนี้สัดส่วนได้ลดลงแล้ว)

33% คิมนุราวมก ทั้งที่มีปัญหาสุขภาพ การงาน ความสัมพันธ์

42% มีอาการเข้ากันได้อับโรคซึมเศร้า

20% มีอาการทางจิต โดยเฉพาะ หนูแหว่ หวาคระแวง ก่อนฆ่าตัวตาย

อีก ๒๐% เป็นกลุ่มรวมผสมระหว่างที่ป่วยโรคเรื้อรัง และที่ท้ออย่างรุนแรงหันหลังกลับ

(โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน)

ปัจจัยนำและปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ กรณีพยายามฆ่าตัวตาย ถูกคู่ค้า ตำหนิ / ทะเลาะกัน / ปัญหาความรัก /
เหงาหง / ขาดงาน / ขัดสน / ตกงาน

ปัจจัยนำสำคัญ กรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ Chronic diseases / HIV / AIDS / Psychotic disorders Alcohol use
disorders Depression Substance use disorder

ปัญหาที่กระตุ้นให้มีการทำร้ายตนเอง

พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ที่กระตุ้นหรือเป็นสาเหตุให้มีการทำร้ายตนเอง คือ ปัญหาความสัมพันธ์
กับคนใกล้ชิด และคนใกล้ชิดที่มีปัญหากันมากที่สุด คือ คนรัก หรือสามีภรรยา รองลงมา คือ ปัญหาแม่
พ่อ พี่ น้อง การป้องกันปัญหาการทำร้ายตนเองจึงควรพิจารณาหาทางแก้ไขป้องกันปัญหาความสัมพันธ์กับ
คนใกล้ชิด โดยอาจศึกษาเพิ่มเติมเรื่องลักษณะของความสัมพันธ์ที่กระตุ้นให้เกิดการทำร้ายตนเอง สาเหตุ
สำคัญส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่อง ความรัก / เหงาหง ซึ่งในการป้องกันปัญหาการทำร้ายตนเอง จึงอาจมี
มาตรการด้านการส่งเสริมทักษะชีวิตคู่ที่ดี ให้กับกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้จากข้อค้นพบ เรื่อง สภาพาสุขาภาพ
และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ควรได้รับช่วยเหลือ อันดับหนึ่ง คือ
เรื่อง รายได้และการมีงานทำ จึงอาจจะมีสมมติฐานได้ว่า ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ส่วนหนึ่ง มี
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย การช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องรายได้และการมีงานทำ ทั้งใน
ระยะฉุกเฉินและระยะยาว โดยอาจจะมีกองทุนช่วยเหลือฉุกเฉินไว้ที่หน่วยบริการสุขภาพ (เพราะ
คนใช้คุ้นเคย เข้าถึงง่าย และเป็นผู้นิฉัยปัญหาของผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรก) หรือ การประสานงานกับหน่วยงาน
ต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในเรื่องนี้ จึงอาจจะช่วยเยียวยาปัญหานี้ลงได้ไม่น้อย ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหา
สุขภาพจิต มีภาวะซึมเศร้า เจ็บป่วยโรคเรื้อรัง คิดสารเสพติด นั้น ถึงแม้จะมีจำนวนน้อยกว่าปัญหาเรื่อง
ความสัมพันธ์ แต่ก็เป็งานที่ควรได้รับการพัฒนาให้เข้มแข็งอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

กลยุทธ์หลักของกรมสุขภาพจิต ในการป้องกันการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

กลยุทธ์ที่ 1 การสร้างและการพัฒนาเครือข่ายสาธารณสุข

1. จัดตั้งและพัฒนาเครือข่ายสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน PCU และสถานีอนามัย ให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยภายในภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
2. อบรมพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้รับทราบถึงปัญหาและความสำคัญของโรคซึมเศร้าและผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยอบรมเป็นระยะๆ ตั้งแต่ปี 2544-2547 ให้การดูแล ให้คำปรึกษา และให้การรักษาด้วยยา และมีการติดตามผลการดูแลรักษาที่บ้าน ในกรณีที่เกินขีดความสามารถเครือข่ายจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวช
3. อบรมพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีขีดความสามารถในการให้คำปรึกษาแก่ผู้มีความคิดจะฆ่าตัวตาย โดยใช้เทคนิคแบบ Satir
4. อบรมแพทย์ทั่วไป เน้นอบรมแพทย์ในจังหวัดที่มีสถิติการฆ่าตัวตายสูง เช่น ภาคเหนือ ตอนบน และแพทย์ผู้สนใจ การอบรมเน้นให้แพทย์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ พร้อมทั้งมีขีดความสามารถในการใช้ยาต้านเศร้า และยาทางจิตเวชอื่น ขณะนี้อยู่ระหว่างประเมินผลว่าแพทย์ ที่ผ่านการอบรมใช้น้ำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์อย่างไร
5. การจัดประชุมวิชาการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับประเทศทุกปี โดยเน้นความรู้ใหม่ๆ อบรมแก่เครือข่าย เปิดโอกาสให้เครือข่ายได้นำเสนอผลงาน ประกวดผลงาน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทางวิชาการ

กลยุทธ์ที่ 2 การให้ความรู้แก่ชุมชน และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

เครือข่ายในระดับจังหวัด อบรม อสม. ให้มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และการค้นหาดูแลผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ การค้นหาใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าและแบบคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้พัฒนาจากแบบเดิมของกรมสุขภาพจิต และผ่านขบวนการวิจัยแล้ว การอบรมนี้ ใช้บโครงการสุขภาพใจในชุมชนส่วนหนึ่ง และจังหวัดทางบมาเองอีกส่วนหนึ่ง เช่น งบจาก อบจ. อบต. จังหวัดที่มีความโดดเด่นในการทำโครงการนี้เช่น จังหวัดลำพูน ลำปาง สามารถดำเนินการได้อย่างได้ผล เช่น จังหวัดลำพูน สถิติผู้ฆ่าตัวตายลดลงจาก 25 ต่อแสน ในปี 2546 เป็น 21 ต่อแสนในปี 2547 นอกจากอบรม อสม. แล้ว บางจังหวัด เช่น ลำพูน ได้ขยายการอบรมไปยังผู้นำชุมชนอีกด้วย

กลยุทธ์ที่ 3 ด้านข้อมูลข่าวสาร

1. พัฒนาระบบรายงาน 506 DS เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ ในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
2. พัฒนาระบบรายงาน มบ.1 เพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ทั้งข้อมูลจากในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล พื้นที่ส่งข้อมูลทุก 3 เดือน ทำให้ได้ตัวเลขคร่าว ๆ ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในแต่ละพื้นที่เพื่อนำไปวางแผนการป้องกันของจังหวัดต่อไป (ในช่วงที่เหลือของปี)
3. พัฒนาระบบ Psychological Autopsy เพื่อให้ได้ข้อมูลทางวิชาการ เช่น ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดจากสาเหตุใด จำนวนเท่าใด เช่น เกิดจากโรคซึมเศร้าร้อยละเท่าไรข้อมูลที่ได้จะเป็นประเทศไทย สามารถใช้เปรียบเทียบกับตำราต่างประเทศได้
4. อบรมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของแต่ละจังหวัด ให้ใช้ข้อมูลที่ได้จากระบบรายงาน DS 506 และ มบ.1 มาประมวลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Epiinfo เพื่อเป็นข้อมูลทางระบาดวิทยาของจังหวัด นำมาใช้ในการวางแผนต่อไป (แต่จังหวัดจะส่งข้อมูลดิบเท่านั้นมาให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เพื่อวิเคราะห์ภาพรวมในระดับประเทศ)

กลยุทธ์ที่ 4 การดูแลในพื้นที่รุนแรง

1. กรมสุขภาพจิตสนับสนุนให้จังหวัดในพื้นที่รุนแรง (ภาคเหนือตอนบน) ทำโครงการขอสนับสนุนงบประมาณ เป็นโครงการนำร่อง เช่น พระสงฆ์กับการป้องกันการฆ่าตัวตาย ผู้นำชุมชนกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย ชมรมเพื่อนใจวัยรุ่นกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย DJ กับการป้องกันการฆ่าตัวตาย จะสรุปผลการดำเนินการ 2-3 มิถุนายน 2548 โครงการนำร่องที่น่าสำเร็จจะนำมาใช้ดำเนินการต่อเนื่องในปี 2549
2. การจัดตั้งศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ภาคเหนือที่โรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งโรงพยาบาลสวนปรุงจะประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมงานในวันที่ 8-9 มิถุนายน 2548 ที่จังหวัดเชียงใหม่

กลยุทธ์ที่ 5 การทำสื่อและการประชาสัมพันธ์

การรณรงค์ในวันคัดกรองโรคซึมเศร้าโลก ในวันที่ 7 ตุลาคม 2548 จะทำการรณรงค์ในภาคเหนือตอนบน และกรุงเทพมหานคร มีการประชาสัมพันธ์ เชิญชวนประชาชนเข้าร่วมงานประชาชนจะได้รับความรู้โรคซึมเศร้า และผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิธีการป้องกันและช่วยเหลือเบื้องต้น

โครงการที่จะทำเพิ่มเติมในปี 2549

- ขยายความรู้เทคนิค Satir แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ขยายการอบรมแก่แพทย์
- ระบบข้อมูล โดยรายงาน 506 DS และ มบ.1 และ Website

- การดูแล ป้องกันการฆ่าตัวตายโดยชุมชน ขยายเครือข่ายจาก อสม. ไปยังผู้นำชุมชนอื่นๆ นักเรียน นักศึกษา สถานประกอบการ
- รณรงค์ในวันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก (กันยายน)
- รณรงค์ในวันคัดกรองโรคซึมเศร้าโลก (ตุลาคม)
- สัมมนาสื่อมวลชน
- พัฒนาระบบ Hotline
- ประชุมวิชาการ

กำหนดเป้าหมายตามสถานการณ์ของพื้นที่ เพื่อให้เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา

กรมสุขภาพจิต ได้ดำเนินการคาดการณ์จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่ให้เกินอัตรา 6.1 ต่อแสนประชากร จำแนกตามจังหวัดต่างๆ ใน ปี 2549 เพื่อให้พื้นที่เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา ดังนี้

จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2548

- จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2548 3,941 คน อัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร ปี 2548 เท่ากับ 6.34
- ถ้ากำหนดให้ปี 2549 มีอัตรา 6.34 ดังนั้นจำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จ ประมาณ 3,963 คน
- แต่ถ้าต้องการให้ปี 2549 มีอัตราการฆ่าตัวตายไม่เกินอัตรา 6.1 จำนวนฆ่าตัวตาย จะต้องไม่เกิน 3,813 คน)
- ต้องลดจำนวนฆ่าตัวตายใน ปี 2549 ลงจากที่คาดว่าจะเกิด จำนวน 150 คน

หลักการคำนวณการคาดการณ์จำนวนการฆ่าตัวตาย ทั้งประเทศ ไม่ให้ เกิน 6.1 ต่อแสนประชากร ติดตามความสามารถในการปฏิบัติงานของแต่ละจังหวัด

- ถ้าอัตรา 0.1 – 6.0 ต่อแสนประชากร เป้าหมายไม่ลด ให้รักษาสภาพเดิมไว้
- ถ้าอัตรา 6.1 – 12.0 ต่อแสนประชากร เป้าหมายให้ลดลง 2 ใน 3 ของจำนวนที่ควรลดลงทั้งประเทศ (150 คน) คือ จำนวน 100 คน เนื่องจากจำนวนจังหวัดในกลุ่มนี้มีมากถึง 38 จังหวัด
- ถ้าอัตรา มากกว่า 12.0 ต่อแสนประชากร เป้าหมายให้ลดลง 1 ใน 3 ของจำนวนที่ควรลดลงทั้งประเทศ (150 คน) คือ จำนวน 50 คน เนื่องจากจำนวนจังหวัดในกลุ่มนี้มีเพียง 6 จังหวัด

ผลการคาดการณ์

- กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย มากกว่า 12 ต่อแสนประชากร จำนวน 6 จังหวัด คือ

จังหวัด	อัตรา ปี 2548	จำนวนฆ่าตัวตายปี 2549 ตามอัตราเท่ากับ ปี 2548	จำนวนฆ่าตัวตายปี 2549 ตามอัตรา 6.1 ไม่ควรเกิน	ประชากร กลาง ปี 2549
ลำพูน	18.04	73	68	405,087
เชียงใหม่	17.98	297	278	1,652,156
ระยอง	15.77	89	83	563,167
เชียงราย	15.00	184	172	1,229,558
พะเยา	12.92	63	59	486,213
แพร่	12.28	58	54	470,053

- กลุ่ม จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย มากกว่า 6 แต่ไม่เกิน 12 ต่อแสนประชากร จำนวน 32 จังหวัด คือ

จังหวัด	อัตรา ปี 2548	จำนวนฆ่าตัวตายปี 2549 ตามอัตราเท่ากับ ปี 2548	จำนวนฆ่าตัวตายปี 2549 ตามอัตรา 6.1 ไม่ควรเกิน	ประชากร กลาง ปี 2549
ชลบุรี	11.75	139	131	1,182,241
แม่ฮ่องสอน	11.26	29	27	254,954
ระนอง	10.16	18	17	180,629
ลำปาง	10.03	78	73	775,353
ตาก	10.02	53	50	527,711
พัทลุง	9.81	49	46	501,007
จันทบุรี	9.68	48	45	499,491
กำแพงเพชร	9.62	70	66	728,046
อุดรดิตถ์	9.37	44	41	468,182
น่าน	9.21	44	41	477,934
ลพบุรี	9.19	69	65	752,325
ชุมพร	8.65	41	39	476,293
ภูเก็ต	8.65	26	24	294,523
ฉะเชิงเทรา	8.37	55	52	649,018

จังหวัด	อัตรา ปี 2548	จำนวนฆ่าตัวตาย ปี 2549 ตามอัตราเท่ากับ ปี 2548	จำนวนฆ่าตัวตาย ปี 2549 ตามอัตรา 6.1 ไม่ควรเกิน	ประชากร กลาง ปี 2549
เพชรบูรณ์	8.28	83	78	1,001,693
เลย	8.18	50	47	611,328
นครสวรรค์	8.17	88	83	1,076,240
นครปฐม	8.09	66	62	812,668
สุพรรณบุรี	7.96	67	63	842,269
อ่างทอง	7.76	22	21	283,565
สระบุรี	7.68	46	43	603,602
ชัยนาท	7.63	26	24	339,205
สมุทรสาคร	7.60	35	33	456,087
นครราชสีมา	7.00	179	169	2,548,606
กาญจนบุรี	6.97	58	55	830,739
ราชบุรี	6.96	57	54	825,227
พิษณุโลก	6.78	57	54	840,751
เพชรบุรี	6.63	30	28	454,445
ประจวบคีรีขันธ์	6.62	32	30	489,913
ตราด	6.41	14	13	220,039
สระแก้ว	6.15	33	31	537,587
นครนายก	6.01	15	14	250,222

- กลุ่ม จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ 6 ต่อแสนประชากรลงมา จำนวน 38 จังหวัด

การดำเนินงานและงบประมาณ เพื่อการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและกำหนดเป้าหมายตามสถานการณ์ของพื้นที่ เพื่อให้เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาดังนี้

1. โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ปี 2547	15 ล้านบาท
ปี 2548	11 ล้านบาท
ปี 2549	15 ล้านบาท
ปี 2550	30 ล้านบาท

2. โครงการวิจัยระบบสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันความสูญเสียเนื่องจากโรคซึมเศร้า (เริ่มปี 2549)

ปี 2549 10.633 ล้านบาท

ปี 2550 21.320 ล้านบาท

3.1 โครงการสร้างเสริมสุขภาพใจภาคประชาชน

ปี 2547 40.970 ล้านบาท

ปี 2548 113.00 ล้านบาท

3.2 โครงการบูรณาการงานสุขภาพจิตไทยเครือข่ายชุมชน

ปี 2549 15.00 ล้านบาท

3.3 โครงการบูรณาการงานสุขภาพจิต และจิตเวชในเครือข่ายชุมชน

ปี 2550 28.00 ล้านบาท

สื่อชุดเทคโนโลยีการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตาย จำนวน 12 เรื่อง

1. รายงานการสัมมนาเรื่อง “แนวทางการเสนอข่าวเชิงป้องกันการฆ่าตัวตาย
2. คู่มือการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับแพทย์
3. คู่มือการป้องกันและการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรสาธารณสุข
4. คู่มือการช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาล
5. คู่มือการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือในชุมชน
6. คู่มือการฝึกอบรมเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
7. คู่มือการฝึกอบรมเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาล
8. คู่มือการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือในชุมชน
9. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
10. VDO/CD ประกอบการสอน โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ปีงบประมาณ 2545
11. ปัญหาการฆ่าตัวตาย (1667)
12. คู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย