



คู่มือการให้บริการประชาชน
คู่มือคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

งานบริการผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล

30 กันยายน 2562

สารบัญ

	หน้า
1. ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการ	3
2. ขั้นตอน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ	3
3. เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ	5
4. ค่าธรรมเนียมการบริการ	6
5. การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการบริการ	6
6. ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ	6
ภาคผนวก	
1. แบบฟอร์มแบบคัดกรองผู้ป่วยใหม่ (สำหรับเด็ก)	8
2. รายชื่อผู้จัดทำ	10

1. ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการ

ผู้รับบริการหลัก :	
สถานที่ให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตึกอำนวยการ ที่อยู่: โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ เลขที่ 2 หมู่ 4 ต. ท่าน้ำอ้อย อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ 60130 โทรศัพท์:056-219444 ต่อ 66408,66410	- เปิดให้บริการทุกวันจันทร์-ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์) * หมายเหตุ วันพุธให้บริการเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน - เปิดบริการรับบัตรเวลา 08.30-14.00 น. - ให้บริการตรวจรักษาเวลา 08.30-16.30 น.

2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1)	คัดกรองเบื้องต้น/ให้ข้อมูลบริการ - ผู้รับบริการ ให้ข้อมูลการเข้ารับบริการเบื้องต้น ณ จุดคัดกรองโดยพยาบาล พร้อมกับรับข้อมูลการบริการของการบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และการกระตุ้นพัฒนาการ	5 นาที	พยาบาลผู้ป่วยนอก
2)	รับบัตร/ทำบัตรใหม่/ตรวจสอบสิทธิบัตร/รับบัตรคิว - ผู้รับบริการยื่นเอกสาร (ตามเอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการในหัวข้อที่ 3) ในช่องยื่นบัตรในห้องเวชระเบียนผู้ป่วยนอก พร้อมรับบัตรคิวในการรับบริการ	5 นาที	เวชระเบียน
3)	วัดสัญญาณชีพ, ชั่งน้ำหนัก, วัดรอบศีรษะ, วัดส่วนสูง - เมื่อถึงลำดับของบัตรคิวพยาบาลเรียกชื่อเพื่อชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะ และวัดสัญญาณชีพ	5 นาที	พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
4)	ประเมินอาการ/ประเมินพัฒนาการ/สัมภาษณ์	20 นาที	พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
	ประวัติ - พยาบาลวิชาชีพประเมินอาการโดยใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต และคัดกรองผู้ป่วยใหม่เพื่อค้นหาปัญหาที่ผู้ป่วยบกพร่องและต้องส่งเสริม		
5)	กระตุ้นพัฒนาการ - ทีมผู้บำบัดกระตุ้นพัฒนาการตามปัญหาที่ผู้ป่วยบกพร่องและต้องส่งเสริม	30 นาที	พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
5)	ให้คำปรึกษาผู้ปกครอง/ให้ Home program - ทีมผู้บำบัดให้คำปรึกษาผู้ป่วยครองในการกระตุ้นพัฒนาการ และให้การบ้านแก่ผู้ปกครองไปฝึกเด็กต่อที่บ้าน	15 นาที	พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
6)	รับใบนัด - ผู้รับบริการรับใบนัดที่จุดบริการหลังพบแพทย์เพื่อนัดกระตุ้นพัฒนาการในครั้งต่อไป	5 นาที	พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
7)	กรณีชำระเงิน - ในกรณีที่ผู้ป่วยรับบริการต้องจ่ายค่ารักษาให้ยืมใบสั่งยาที่ห้องจ่ายค่ารักษา รอเรียกชื่อ ชำระเงิน หรือเซ็นชื่อรับทราบค่าใช้จ่าย รับบัตรคิวรับยา และรอรับยาที่หน้าห้องยา กรณีไม่ชำระเงิน - ยื่นใบนัดที่ห้องชำระเงิน รอรับยาที่หน้าห้องยา	5 นาที	งานการเงิน
รวมระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น		90 นาที	

3.เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ

ลำดับ	เอกสาร/แบบฟอร์ม	จำนวน (ฉบับ)
1)	<p>การยื่นบัตร/เอกสาร</p> <p>1.1 ผู้ป่วยใหม่</p> <p><u>สำหรับผู้ป่วยเด็ก สิ่งที่ต้องเตรียม</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สูติบัตร /บัตรประชาชน 2. สำเนาทะเบียนบ้าน 3. เอกสารประกอบสิทธิการรักษาพยาบาลหรือเอกสารราชการ (ถ้ามี เช่น หนังสือส่งตัว เป็นต้น) <p><u>สำหรับผู้ปกครอง สิ่งที่ต้องเตรียม</u></p> <p>บัตรประจำตัวประชาชน/หรือสำเนาทะเบียนบ้าน/หรือเอกสารราชการ</p>	<p>1 ฉบับ</p> <p>1 ฉบับ</p> <p>1 ฉบับ</p> <p>1 ฉบับ</p>
	<p>1.2 ผู้ป่วยเก่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใบนัดผู้ป่วย - สมุดบันทึกการรักษา (ถ้ามี) - เอกสารประกอบสิทธิการรักษาพยาบาลหรือเอกสารราชการ (ถ้ามี เช่น หนังสือส่งตัว เป็นต้น) 	<p>1 ฉบับ</p> <p>1 ฉบับ</p> <p>1 ฉบับ</p>
2)	<p>การยื่นสิทธิการรักษา</p> <p>1) <u>กรณีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วน(บัตรทอง)</u>สามารถใช้สิทธิ์ได้ก็ต่อเมื่อ มีหนังสือส่งต่อจากรพ.ที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนบัตร ยกเว้นสิทธิ์ย่อยพิการและสิทธิทหารผ่านศึกชั้น 1-3 ได้รับการยกเว้นจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ <u>หากไม่มีหนังสือส่งต่อผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลเอง</u></p> <p>2) <u>สิทธิข้าราชการกรมบัญชีกลาง/สิทธิข้าราชการองค์กรส่วนท้องถิ่น (อบต.)</u> ใช้บัตรประชาชนของผู้ป่วยในการยืนยันสิทธิ์ หากไม่นำบัตรประชาชนมา ต้องชำระเงิน แล้วสามารถนำใบเสร็จรับเงินไปเบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานต้นสังกัด</p>	<p>1 ฉบับ</p>

4.ค่าธรรมเนียมการบริการ

ลำดับ	รายละเอียดการบริการที่มีค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท)
1)	ค่าบริการตามสิทธิบัตร (กรณีบัตรทอง) ประเภท 0-15 ปี	-
2)	ค่าบริการผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ	100 บาท
3)	ค่าบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	70 บาท
4)	ค่ากระตุ้นพัฒนาการ	150 บาท
5)	IQ test	1,000 บาท
6)	Psycho test	1,000 บาท
7)	จิตบำบัด	300 บาท
8)	พฤติกรรมบำบัด	300บาท

5.การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการให้บริการ

ลำดับ	ผลสำเร็จของการบริการที่จะส่งมอบแก่ผู้รับบริการ
1)	ระยะเวลาในการบริการ 1 ชม 30 นาที โดยเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่นับัตรจนถึงรับยา
2)	ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ
3)	ร้อยละของเด็กที่ได้รับการกระตุ้นมีพัฒนาการดีขึ้นอย่างน้อย 1 ด้าน ภายใน 3 เดือน

6.ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ
1)	กล่องแสดงความคิดเห็นของผู้รับบริการตามจุดต่างๆในโรงพยาบาล
2)	Web site โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ https://www.nph.go.th/
3)	โทรศัพท์ 056-219444 (ในวัน/เวลาราชการ ตั้งแต่ 8.30 น. – 16.30 น.)

ภาคผนวก

แบบฟอร์มแบบคัดกรองผู้ป่วยใหม่(สำหรับเด็ก)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล(ด.ช,ด.ญ.).....วันเดือนปีเกิด.....ชื่อเล่น.....อายุ.....ปี

ผู้ให้ข้อมูล บิดา มารดา ญาติ(ระบุ)..... เบอร์โทรศัพท์.....

ผู้ดูแลหลัก.....เกี่ยวข้องกับเด็ก.....

อาการสำคัญ (Chief complaint).....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

ประวัติครอบครัว

บิดาอาชีพ.....มารดาอาชีพ.....

บิดามารดา อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ หย่าร้าง

ความสัมพันธ์เด็กกับบิดามารดา.....

การเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ไม่มี มีระบุ.....

บิดามารดาใช้สารเสพติด/ติดยา ไม่ใช่ ใช้ระบุ.....

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

อายุมารดาขณะตั้งครรภ์.....ปี การฝากครรภ์ที่..... คลอดที่.....

อายุครรภ์เมื่อคลอด ก่อนกำหนด ครบกำหนด เกินกำหนดระบุ.....

ปัญหาการตั้งครรภ์ ไม่มี มีระบุ(เช่น เลือดออก แพ้รุนแรง).....

วิธีการคลอด ปกติ C/S V/E

น้ำหนักแรกคลอด..... gms อาการแรกเกิด ปกติ ไม่ปกติระบุ.....

ปัญหาหลังคลอด เด็ก ไม่มี..... มีระบุ.....

ปัญหาหลังคลอดมารดา ไม่มี..... มีระบุ.....

ประวัติพัฒนาการ

การคลาน ไม่คลาน คลาน อายุ.....ปี.....เดือน จำไม่ได้

การนั่งได้ ไม่นั่ง นั่งได้อายุ.....ปี.....เดือน จำไม่ได้

การเดิน ไม่เดิน เดิน อายุ.....ปี.....เดือน จำไม่ได้

การพูด ไม่พูด พูดได้อายุ.....ปี.....เดือน จำไม่ได้

ประวัติสุขภาพเด็ก

ประวัติการได้รับวัคซีน ครบ ไม่ครบ ไม่ทราบ

โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....

ประวัติการชัก ไม่มี มีระบุชักอายุ.....ปี

ยาประจำที่

รับประทาน.....

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ ไม่มี มีระบุ.....

การผ่าตัด	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคยผ่าตัด(ระบุ).....
ประวัติแพ้ยา/ อาหาร	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มีระบุ.....
การตรวจคลื่นสมอง	<input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ	<input type="checkbox"/> เคยตรวจที่/ผล(ระบุ).....
การตรวจการได้ยิน	<input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ	<input type="checkbox"/> เคยตรวจที่/ผล(ระบุ).....
การตรวจโครโมโซม	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคยตรวจที่/ผล(ระบุ).....
ประวัติการศึกษา		
การเรียน	<input type="checkbox"/> ไม่เคยเรียน	<input type="checkbox"/> เคยเรียน <input type="checkbox"/> กำลังเรียนที่(ระบุ).....
ผลการเรียนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> ดีมาก	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> พอใช้ <input type="checkbox"/> ต้องปรับปรุง
สัมพันธภาพกับครูและเพื่อน.	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ไม่ดี
สรุปปัญหาที่พบ.....	
.....		
ต้องการมาฝึกกระตุ้นพัฒนาการ..... ครั้ง/เดือน	
.....		
ลงชื่อผู้ซักประวัติ.....		

รายชื่อผู้จัดทำ

1	นายแพทย์อิติพันธ์	ธานีรัตน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
2	แพทย์หญิงมันทนา	กิตติพิรชล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
3	แพทย์หญิงพงศ์ลดา	ชื่นชูจิตร	นายแพทย์ชำนาญการ
4	แพทย์หญิงณัฐชยาภรณ์	วัฒนธรรมรักษ์	นายแพทย์ปฏิบัติการ
5	นางรังสียา	แถวสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญ
6	นส. จารวี	คชวงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
7	นางสาวอรทัย	สายสี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
8	นางราตรี	ภูบุญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
9	นางรัชณี	ไพรสวัสดิ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
10	นางวาสนา	ภูระหงษ์	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
11	นายศิวพงษ์	ตันศรีวงศ์	เภสัชกร
12	นางสาวสุรารักษ์	รัตนพลแสน	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
13	นางจริญญา	เปาะทองคำ	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
14	นส.ปรียาภรณ์	ทัฬหวิ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์
15	นางสุจีรา	สุขศิรา	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน
16	นางนงลักษณ์	ศิรินนท์	พนักงานการเงินและบัญชี

คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ให้บริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กอายุตั้งแต่ 0 – 15 ปี โดยเปิดให้บริการแบบผู้ป่วยนอก โดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลวิชาชีพ บริการกระตุ้นพัฒนาการตามสภาพปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย ที่ได้จากการประเมินพัฒนาการตามแบบประเมินพัฒนาการเด็กของกรมสุขภาพจิต เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว การให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง เปิดให้บริการทุกวันในเวลาราชการ

การให้บริการมีดังนี้

การประเมิน

- ประเมินพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การเข้าใจภาษา การใช้ภาษาและด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง
- ประเมินปัญหาเด็กสมาธิสั้น/ออทิสติก
- ประเมินปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม
- ประเมินระดับสติปัญญา
- ประเมินผู้ปกครองในเรื่องการเลี้ยงดู



1. ส่งเสริมพัฒนาการและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

- เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ไม่สมวัย เช่น ผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ผู้ป่วยออทิสติก ที่มีปัญหาก้าวร้าวรุนแรงอารมณ์รุนแรง มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น พุดซ่า ช่วยเหลือตนเองได้ช้ากว่าวัย



2. ปรับพฤติกรรม

- พฤติกรรมเด็กที่แสดงออกทาง ก้าวร้าว พุดปด หนีโรงเรียน ติดเกมส์ เป็นต้น
- พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่สมวัยบางอย่างเช่น ถอนผมตัวเอง ปัสสาวะรดที่นอน อิจฉาน้อง



3. การให้บริการปรึกษา/แนะนำ

- ผู้ปกครองเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าพร้อมสอนทักษะในการกระตุ้นพัฒนาการฯ
- เด็กที่มีปัญหาการเรียน เช่น ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ออทิสติก ผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ ปัญหาด้านสังคมและครอบครัวที่ขัดแย้งรุนแรง ส่งผลต่อการเรียนรู้ เรียนหนังสือไม่ได้ ไม่อยากไปโรงเรียน
- วัยรุ่นที่มีปัญหาติดเกมส์ การปรับตัว ท้องไม่พร้อม โรคทางจิตเวช ยาเสพติด เป็นต้น



บทบาทหน้าที่ทีมกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

1. พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

- ประเมินและส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า
- ส่งเสริม และฝึกทักษะให้ผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า
- ปรับพฤติกรรมเด็กเบื้องต้นในเรื่องพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมกระตุ้นตัวเอง เป็นต้น
- ให้คำแนะนำ ปรีกษาเด็กและผู้ปกครอง ที่มีปัญหาพฤติกรรม ปัญหาการเลี้ยงดู ปัญหาด้านสุขภาพจิต ฯลฯ



2. นักกิจกรรมบำบัด

โดยนักกิจกรรมบำบัด ให้การบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ากว่าวัย เช่น การกระตุ้นพัฒนาระบบการประสมประสานการรับรู้ความรู้สึก เพื่อเป็นพื้นฐานแก่เด็ก ให้สามารถพัฒนาระบบการรับรู้เรียนรู้ที่ซับซ้อนมากขึ้นได้ ให้การฝึกฝนเรื่องกิจวัตรประจำวันเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามความสามารถของวัย

3. นักจิตวิทยา

- ให้บริการตรวจวัดระดับสติปัญญา การทำจิตบำบัด
- ให้คำปรึกษาเรื่องการแก้ไขพัฒนาการ/พฤติกรรม/อารมณ์

4. นักสังคมสงเคราะห์

- ให้บริการครอบครัวบำบัด การติดตามดูแลในชุมชน/โรงเรียน กรณีผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ให้คำปรึกษาการจดทะเบียนผู้พิการ

- ให้ข้อมูลการส่งต่อในการดูแลเด็กต่อเนื่องเช่น โรงเรียนการศึกษาพิเศษ แหล่งส่งเสริมอาชีพ หากพบว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ท่านจะได้รับการนัดเพื่อเข้ารับการรักษาที่จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในครั้งถัดไป

การให้บริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น

เปิดให้บริการในวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น. เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์
สถานที่ให้บริการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
สอบถามหรือติดต่อคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น
โทร 056-219444 ต่อ 66408 ในวันและเวลาราชการ

สิ่งที่ต้องนำมาด้วยเมื่อมาติดต่อขอรับบริการ มีดังนี้

1. สูติบัตร หรือทะเบียนบ้าน หรือบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
2. หนังสือส่งตัว จากสถานบริการที่ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสุขภาพ
3. ผู้ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ควรเป็นบิดา มารดา หรือญาติผู้ดูแลใกล้ชิด