



กรมสุขภาพจิต  
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

# คู่มือการให้บริการประชาชน (Work Manual)

## คู่มือที่ 1

คู่มือการให้บริการผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบบผู้ป่วยใน

ของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

## สารบัญ

|                                          | หน้า |
|------------------------------------------|------|
| 1. ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการ  | 1    |
| 2. ขั้นตอน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ         | 1    |
| 3. เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ | 2    |
| 4. ค่าธรรมเนียมการบริการ                 | 2    |
| 5. การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการบริการ  | 2    |
| 6. ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ       | 2    |
| ภาคผนวก                                  | 3    |
| 1. ใบนัดญาติ                             | 4    |
| 2. รายชื่อผู้จัดทำ                       | 5    |

### 1. ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการ

(ระบุ กลุ่มผู้รับบริการ เช่น เด็ก/วัยรุ่น ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และ/หรือเป็นโรคทางจิตเวช รวมทั้งช่องทางในการให้บริการ เช่น ตึก อาคาร สถานที่ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และวัน เวลา เปิดทำการ/ให้บริการ)

| ผู้รับบริการหลัก : ผู้ป่วยและญาติที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่แพทย์รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| สถานที่ให้บริการ                                                                         | ระยะเวลาเปิดให้บริการ   |
| - บริการรับไว้รักษา ตึกผู้ป่วยใน                                                         | - ให้บริการ 24 ชั่วโมง  |
| - บริการให้ญาติเยี่ยม ตึกผู้ป่วยใน                                                       | - เวลา 11.00 - 15.00 น. |
| - บริการสอบถามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์                                                    | - 8.30 - 16.30 น.       |

### 2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ

(ระบุ รายละเอียดงานตามลำดับ โดยอธิบายวิธีการที่ผู้รับบริการต้องดำเนินการในแต่ละขั้นตอน พร้อมระยะเวลาในการดำเนินงาน (นาฬิกา/ชั่วโมง/วัน) และผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนอย่างละเอียด)

| ลำดับ                             | ขั้นตอน                                                                                                                                          | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|
| 1)                                | แพทย์ตรวจวินิจฉัยและรับไว้รักษา                                                                                                                  | 14 วัน   | แพทย์        |
| 2)                                | ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินอาการแรกเริ่ม                                                                                                      |          | พยาบาล       |
| 3)                                | ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา ญาติเซ็นยินยอมรักษาด้วยไฟฟ้า (กรณีจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยไฟฟ้า)                                                  |          | พยาบาล       |
| 4)                                | ให้การดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล                                                                                        |          | พยาบาล       |
| 5)                                | สหวิชาชีพให้การดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ                                                                                                             |          | สหวิชาชีพ    |
| 6)                                | เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย                                                                                                         |          |              |
| 7)                                | ประสานศูนย์เครือข่ายบริการสุขภาพจิตส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนประสานศูนย์เครือข่ายบริการสุขภาพจิตส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน |          |              |
| 8)                                | ญาติมารับจำหน่ายกลับบ้าน                                                                                                                         |          |              |
| รวมระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น |                                                                                                                                                  | 14 วัน   |              |

### 3. เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ

(ระบุ เอกสาร/หลักฐานที่ผู้รับบริการต้องจัดเตรียมมาเพื่อประกอบการติดต่อขอรับบริการ เช่น บัตรนัดสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น)

| ลำดับ | เอกสาร/แบบฟอร์ม                                       | จำนวน (ฉบับ) |
|-------|-------------------------------------------------------|--------------|
| 1)    | บัตรประจำตัวประชาชนของญาติกรณีรับกลับบ้านหรือขอเยี่ยม | 1            |
| 2)    | ใบนัดญาติ                                             | 1            |

6008 P/V.

#### 4. ค่าธรรมเนียมการบริการ

(ระบุ ค่าบริการที่ต้องชำระเบื้องต้น หรือประมาณการค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการ เช่น ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการของสิทธิการรักษาต่างๆ)

| ลำดับ | รายละเอียดการบริการที่มีค่าธรรมเนียม | ค่าธรรมเนียม (บาท) |
|-------|--------------------------------------|--------------------|
| 1.    | ค่าบริการผู้ป่วยนอก นอกเวลาราชการ    | 100                |
| 2.    | ค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ     | 50                 |
| 3.    | ค่าห้องพิเศษ (กรณีไม่สามารถเบิกได้)  | 700                |
| 4.    | ค่าอาหารพิเศษ (กรณีไม่สามารถเบิกได้) | 300                |

#### 5. การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการให้บริการ

(ระบุ ผลสำเร็จของการบริการ ที่แสดงให้เห็นข้อกำหนดในการปฏิบัติงาน ทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เช่น ระบบงาน ระยะเวลาของกระบวนการงาน คุณภาพของผลผลิต (ข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น) ความคุ้มค่า ของงาน เมื่อเทียบกับทรัพยากรที่ใช้ เป็นต้น)

| ลำดับ | ผลสำเร็จของการบริการที่จะส่งมอบแก่ผู้รับบริการ                                                       |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1)    | ร้อยละของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการประเมินซ้ำและให้การช่วยเหลือ (เป้าหมาย ร้อยละ 100)      |
| 2)    | ร้อยละของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการติดตามต่อเนื่องในชุมชนหลังจำหน่าย (เป้าหมาย ร้อยละ 80 ) |
| 3)    | ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล (เป้าหมาย 0 ราย)                                                   |

#### 6. ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ

(ระบุ ช่องทาง/วิธีการรับฟังข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียนต่อการให้บริการ เช่น ที่อยู่ สถานที่ทำงาน โทรศัพท์ โทรสาร กล้องรับฟังความคิดเห็น Website E-mail เป็นต้น)

| ลำดับ | ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ                                                                               |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1)    | จดหมายทางไปรษณีย์ ที่อยู่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 169 ถนนชาตะผดุง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000 |
| 2)    | โทรศัพท์ 043-209999                                                                                           |
| 3)    | โทรสาร 043-227422                                                                                             |
| 4)    | เว็บไซต์ : <a href="http://www.jvkk.go.th">http://www.jvkk.go.th</a>                                          |
| 5)    | กล่องรับฟังข้อคิดเห็น ที่ตั้งอยู่หน้าตึกผู้ป่วยนอก และตึกผู้ป่วยใน                                            |
| 6)    | ร้องเรียนด้วยตนเอง                                                                                            |

## ภาคผนวก

รายละเอียดการนัดผู้ป่วย/ญาติ

ให้มาติดต่อที่แผนก ผู้ป่วยใน ตึกขงโค

ออกใบนัดวันที่

ชื่อผู้ป่วย

HN

นัดมาวันที่

เวลา ๐๘.๐๐ น.

แพทย์ผู้นัด

นัดมาเพื่อ

- ๑ เยี่ยม หรือ รับผู้ป่วย
- ๑ พบแพทย์

ข้อควรปฏิบัติและสิ่งที่ต้องเตรียมมา

- ๑ เสื้อผ้า, รองเท้า
- ๑ บัตรประชาชน, บัตรประจำตัวผู้ป่วย

การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ผู้ออกใบนัด

ตึกขงโค โทร 043-209999 ต่อ 63401 หรือ 63402 และ 08-440-06686

ลงชื่อ.....

คำแนะนำและข้อควรปฏิบัติ

1. ควรรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยา เปลี่ยนยา หรือลดขนาดยาเอง หากมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์
2. สังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการกินยารักษาโรคและวิธีแก้เบื้องต้น
  - กล้ามเนื้อเกร็ง ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง คอบิด ตาเหลือกค้าง ให้รับประทานยา Benzhexol ซึ่งเป็นยาแก้อาการตัวแข็ง ลิ้นแข็งเพิ่มอีก 1 เม็ด(ถ้ามี) หรือปรึกษาเจ้าหน้าที่สถานอนามัย และโรงพยาบาลใกล้เคียง
  - ความดันต่ำ ควรออกกำลังกายตามความสามารถของร่างกาย ไม่หักโหม ไม่ควรเปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็ว เพราะอาจหน้ามืดล้มลงได้
  - ตาพร่า ปัสสาวะลำบาก พบแพทย์ปรับเปลี่ยนยา
  - ปากแห้ง คอแห้ง ควรจิบน้ำหรือจิบน้ำมะนาวบ่อยๆ หรือลูกอม เพื่อให้ปากมีความชุ่มชื้น
  - ท้องผูก ควรรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ เพื่อกากใยอาหาร ดื่มน้ำให้เพียงพอนอกจากนี้การออกกำลังกายจะช่วยลำไส้เคลื่อนไหว ลดอาการท้องผูกได้
  - ผื่นคัน ควรพบแพทย์โรงพยาบาลใกล้เคียง
  - แพ้แดด ทำให้เกิดอาการไหม้ พยายามเลี่ยงแสงแดด หรือพบแพทย์
  - ง่วงซึม รู้สึกเฉื่อย ควรเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตราย เช่น ขับรถ หรือทำงานกับเครื่องจักร หรือปรึกษาแพทย์ เพื่อเปลี่ยนขนาดอื่นหรือปรับยา

## รายชื่อผู้จัดทำ

|     |                   |               |                                |                          |
|-----|-------------------|---------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1.  | นายแพทย์ศักรินทร์ | แก้วเห้า      | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ          | ประธาน                   |
| 2.  | นางสาวศิริพร      | ทองบ่อ        | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ     | คณะทำงาน                 |
| 3.  | นางสาวลี          | เปาโรหิตย์    | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ          | คณะทำงาน                 |
| 4.  | นางเพ็ญศิริ       | สุขอ้วน       | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ           | คณะทำงาน                 |
| 5.  | นางไพลิน          | ปรัชญคุปต์    | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ | คณะทำงาน                 |
| 6.  | นางกานดา          | ผาวงศ์        | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ | คณะทำงาน                 |
| 7.  | นางภาวิณี         | สถาพรธีระ     | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ          | คณะทำงาน                 |
| 8.  | นายนิมิต          | แก้วอาจ       | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ          | คณะทำงาน                 |
| 9.  | นางณัฏฐาภรณ์      | เป้าเรือง     | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ          | คณะทำงาน                 |
| 10. | นายรัตนกร         | คำภักดี       | เจ้าพนักงานเวชสถิติปฏิบัติงาน  | คณะทำงาน                 |
| 11. | นางจิตประสงค์     | สิงห์นาง      | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ          | คณะทำงาน                 |
| 12. | นางสาวเอมหทัย     | ศรีจันทร์หล้า | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ          | คณะทำงานและ<br>เลขานุการ |