ฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล

Care Plan

งานบริบาลท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น ชื่อองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นาง สมจิต เทศ เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3 8004 00047 65 1 วันเดือนปีเกิด : - 2479 อายุ : ปี 86 ปี	ที่อยู่ : หมู่ที่ ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน เบอร์โทรศัพท์ : 086 109 4112	วินิจฉัย : ADL= TAI= กลุ่มที่ : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนว ผู้สูงอายุ : ✓ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☐ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ✓ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ✓ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☐ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) ☐ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ✓ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ✓ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ✓ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ✓ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ✓ ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ ✓ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ✓ การพลัดตกหกล้ม ✓ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ✓ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [x] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [x] กลืนลำบาก
- [x] ความสามารถในการมองเห็น
- [x] ความสามารถในการได้ยิน
- [x] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [ ] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [ ] ช่องปากไม่สะอาด
- [ ] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [x] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [x] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [x] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [ ] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [x] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [x] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [ ] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
- [ ] โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [x] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [x] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 12 ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [ ] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [ ] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยืดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา

....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	๗	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
	การล้างหน้า / แปรงฟัน	๖	เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ	๖	เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	๗	เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ		เลข ๖ = วันเว้นวัน
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*		เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*		เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๖	เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข ๑๔ = อื่นๆ.....
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		
	การทำแผลกดทับ		
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [x] ตื่นนอน
- [x] ล้างหน้า
- [x] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็น โดย อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [x] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การออกกำลังกาย
- [x] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ :

(นางสาววิไลพร ไกรนรา)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ผู้รับผิดชอบ :

(น.ส.กัลยสุดา ณสมชัย)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น ชื่อองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นาง โชติ บุญเรือง เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3 8010 00213 207 วันเดือนปีเกิด : 29 มิ.ย 2504 อายุ : ปี 61 ปี	ที่อยู่ : 126/1 หมู่ที่ 9 ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน เบอร์โทรศัพท์ : 084-1581844	วินิจฉัย : ADL= TAI= กลุ่มที่ : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนว ผู้สูงอายุ : [✓] ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี [ ] อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ [ ] อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม [ ] อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า [ ] อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง [✓] อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : [ ] อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล [ ] อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น [ ] อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน [✓] อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ [ ] อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) [✓] กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ [✓] ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง [ ] ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ [✓] ที่อยู่อาศัยเหมาะสม [✓] มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ [ ] เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ [ ] ไม่มีภาวะซึมเศร้า [ ] ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ [✓] ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ [✓] การกินอาหาร/สำลักอาหาร [ ] การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย [✓] การพลัดตกหกล้ม [✓] การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา [ ] การหลงทาง [✓] ข้อติด/หรือข้อเท้าตก [ ] ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ [ ] ผู้สูงอายุถูกทำร้าย [ ] อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [x] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [x] กลืนลำบาก
- [x] ความสามารถในการมองเห็น
- [ ] ความสามารถในการได้ยิน
- [ ] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [ ] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [ ] ช่องปากไม่สะอาด
- [ ] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [ ] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [ ] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [ ] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [x] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [x] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [ ] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
- [ ] โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [x] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [x] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 12 วัน/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ].....
- [ ].....
- [ ].....
- [ ].....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [ ] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [ ] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยึดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา

....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	๑	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
	การล้างหน้า / แปรงฟัน	๖	เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	๖	เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ		เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ		เลข ๖ = วันเว้นวัน
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๖	เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*		เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*		เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข ๑๔ = อื่นๆ.....
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		
	การทำแผลกดทับ		
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [x] ตื่นนอน
- [x] ล้างหน้า
- [x] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การออกกำลังกาย
- [ ] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ :

(นางสาววิไลพร ไกรนรา)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ผู้รับผิดชอบ :

(นางสาว ลัดดาวัลย์ ศิริโพธิ์.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น ชื่อองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นางฉิน แฉล้ม เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3 8010 00111 33 1 วันเดือนปีเกิด : 13 ก.ย. 2475 อายุ :90ปี	ที่อยู่ : หมู่ที่ ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน เบอร์โทรศัพท์ : ~~096-~~ 089- 8820805	วินิจฉัย : ADL= TAI= กลุ่มที่ : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนว ผู้สูงอายุ : ☑ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☑ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☐ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☑ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : ☑ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☑ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☑ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☐ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) ☑ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☑ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☑ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☑ ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ ☑ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☑ การพลัดตกหกล้ม ☑ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ☑ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☑ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [x] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [x] กลืนลำบาก
- [x] ความสามารถในการมองเห็น
- [x] ความสามารถในการได้ยิน
- [ ] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [ ] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [ ] ช่องปากไม่สะอาด
- [ ] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [ ] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [ ] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [ ] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [ ] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [x] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [ ] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
- [ ] โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [x] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [ ] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 12 ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [ ] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [ ] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยึดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา

.....

.....

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	๗	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน	๒	เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	๖	เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ		เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	๗	เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ		เลข ๖ = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๖	เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*		เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*		เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๘	เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๖	เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	๖	เลข ๑๔ = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [x] ตื่นนอน
- [x] ล้างหน้า
- [x] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [x] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การออกกำลังกาย
- [ ] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ :

(นางสาววิไลพร ไกรนรา)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ผู้รับผิดชอบ :

(นางสาว สายสม ศิริพร.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๓

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ..... อำเภอ.....จังหวัดนครสวรรค์

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นาย ทวีศักดิ์ เรืองรูป เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3 4011 00199 47 8 วันเดือนปีเกิด : 9 พ.ย 2496 อายุ : 67 ปี	ที่อยู่ : 6 ม.4 ต.หูช้าง อ.ลาดยาว เบอร์โทรศัพท์ : 063-3611799	วินิจฉัย : ADL= TAI= กลุ่มที่ : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :

แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

ผู้สูงอายุ :

- [ ] ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี
- [ ] อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่
- [ ] อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม
- [ ] อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า
- [x] อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง
- [x] อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

ญาติ :

- [ ] อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล
- [x] อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
- [ ] อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน
- [x] อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่
- [ ] อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....

แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)

- [x] กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- [x] ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- [ ] ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ
- [ ] ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- [ ] มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ
- [x] เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- [x] ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- [ ] ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- [x] ไม่เกิดแผลกดทับ

ข้อควรระวังในการให้บริการ

- [x] การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- [ ] การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
- [x] การพลัดตกหกล้ม
- [ ] การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา
- [ ] การหลงทาง
- [x] ข้อติด/หรือข้อเท้าตก
- [ ] ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- [ ] ผู้สูงอายุถูกทำร้าย
- [ ] อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [ ] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [x] กลืนลำบาก
- [ ] ความสามารถในการมองเห็น
- [ ] ความสามารถในการได้ยิน
- [ ] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [x] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [x] ช่องปากไม่สะอาด
- [ ] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [ ] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [x] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [ ] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [ ] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [x] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [ ] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [x] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [x] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 12 ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 12 ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [ ] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [ ] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยึดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] .....
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา
- [ ] .....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	8
	การล้างหน้า / แปรงฟัน	6
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	6
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ	6
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	10
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ	
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	6
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*	
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*	
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	6
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	6
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	6
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ	
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	
	การทำแผลกดทับ	
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	

หมายเหตุ

ความถี่ของกิจกรรมการดูแล

เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
เลข ๖ = วันเว้นวัน
เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
เลข ๑๔ = อื่นๆ.....

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [✓] ตื่นนอน
- [✓] ล้างหน้า
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [✓] การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การออกกำลังกาย
- [ ] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ :

(นางสาววิไลพร ไกรนรา)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ :

(.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

(ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ..... อำเภอ.....จังหวัดนครสวรรค์

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นาย เสงี่ยม สิงห์สุวรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3 8010 00094 55 1 วันเดือนปีเกิด : ๑ ก.ค ๒๔๗๑ อายุ : ๙๐ ปี	ที่อยู่ : ๖๕ ม. 10 ต.หูช้าง อ.ชานอน เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= TAI= กลุ่มที่ : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ :** ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ✓ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ✓ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☐ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ :** ✓ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☐ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** ☐ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ✓ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ✓ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☐ ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** ✓ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ✓ การพลัดตกหกล้ม ✓ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ✓ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [ ] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [x] กลืนลำบาก
- [x] ความสามารถในการมองเห็น
- [x] ความสามารถในการได้ยิน
- [x] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [x] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [x] ช่องปากไม่สะอาด
- [x] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [x] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [x] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [ ] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [x] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [x] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [ ] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [x] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [x] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 12 ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 12 ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [ ] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [x] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยึดน่อง
- [x] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] .....
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา
- [ ] .....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	๗
	การล้างหน้า / แปรงฟัน	๔
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	๕
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	๕
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ	
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	๑
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ	๕
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๖
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	.
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*	
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*	
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๘
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	๖
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๖
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	๖
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	๖
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ	
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	1
	การทำแผลกดทับ	3
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	

หมายเหตุ

ความถี่ของกิจกรรมการดูแล

เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
เลข ๖ = วันเว้นวัน
เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
เลข ๑๔ = อื่นๆ.....

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	๑A
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	๑
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	๖
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [x] ตื่นนอน
- [x] ล้างหน้า
- [x] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [x] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [x] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [x] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [x] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [x] การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การออกกำลังกาย
- [x] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ :

(.....)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ :

(.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

(ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๓

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ..... อำเภอ.....จังหวัดนครสวรรค์

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นาย สิญโญ เชื้อปานแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3-8010-00100-14-3 วันเดือนปีเกิด : 13 ก.ย 2458 อายุ : 79 ปี	ที่อยู่ : 120 ม. 1 ต.ปึ อ. ลาดยาว เบอร์โทรศัพท์ : 093 527 0049	วินิจฉัย : ADL= TAI= กลุ่มที่ : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ :** ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ✓ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ✓ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ :** ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ✓ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ✓ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ✓ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ✓ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** ✓ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☐ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☐ ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** ✓ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ✓ การพลัดตกหกล้ม ✓ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ✓ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ✓ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [x] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [x] กลืนลำบาก
- [x] ความสามารถในการมองเห็น
- [x] ความสามารถในการได้ยิน
- [x] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [x] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [x] ช่องปากไม่สะอาด
- [x] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [ ] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [ ] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [ ] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [ ] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [x] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [ ] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [x] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [x] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 12 ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ].....
- .....
- [ ].....
- .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [ ] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [ ] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยึดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] .....
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา
- [ ] .....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	๘
	การล้างหน้า / แปรงฟัน	๖
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	๖
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ	๖
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	๑๐
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ	๖
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๖
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*	
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*	
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๗
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	๖
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๖
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	๖
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	๖
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ	
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	
	การทำแผลกดทับ	
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	

หมายเหตุ

ความถี่ของกิจกรรมการดูแล

เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
เลข ๖ = วันเว้นวัน
เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
เลข ๑๔ = อื่นๆ.....

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [x] ตื่นนอน
- [x] ล้างหน้า
- [x] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [x] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [x] การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การออกกำลังกาย
- [ ] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ :

(.....นางสาวลิไลพร ไกรนา.....)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ :

(.....น.ส.กัลยกร ณ สมชัย.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

(ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ..... อำเภอ.....จังหวัดนครสวรรค์

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นาย ชม ศิริพร **เลขบัตรประจำตัวประชาชน :** 3 8010 00095 75 1 **วันเดือนปีเกิด :** 20 ส.ค. 2474 **อายุ :** 89 ปี	**ที่อยู่ :** 78 ม.1 ต.ท่าฉนวน อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 9, **เบอร์โทรศัพท์ :**	**วินิจฉัย :** ADL= TAI= กลุ่มที่ : **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :**
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ :** ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☑ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☐ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☑ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ :** ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☑ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☑ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** ☑ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☑ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☑ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☑ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☑ ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** ☑ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☑ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☑ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [ ] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [ ] กลืนลำบาก
- [ ] ความสามารถในการมองเห็น
- [ ] ความสามารถในการได้ยิน
- [ ] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [ ] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [ ] ช่องปากไม่สะอาด
- [ ] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [x] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [ ] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [ ] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [ ] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [ ] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [ ] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [x] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [x] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [x] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 12 ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [ ] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [x] เตียง
- [x] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยืดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] .....
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา
- [ ] .....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	-
	การล้างหน้า / แปรงฟัน	๒
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	๒
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	๒
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ	๒
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	๗
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ	๕
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๒
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	๖
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*	๕
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*	-
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๗
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	๖
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๖
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	๓
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	-
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ	-
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	-
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	๑
	การทำแผลกดทับ	-
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	-
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	-
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	-
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	-
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	๗

หมายเหตุ

ความถี่ของกิจกรรมการดูแล

เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
เลข ๖ = วันเว้นวัน
เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
เลข ๑๔ = อื่นๆ.....

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [ ] ตื่นนอน
- [ ] ล้างหน้า
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [x] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [x] การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การออกกำลังกาย
- [ ] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ :

(.....)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ :

(.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

(ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๓

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ..... อำเภอ.....จังหวัดนครสวรรค์

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นาง บุญมี ดมทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3-6010-00091-53-5 วันเดือนปีเกิด : 28 เมษายน 2470 อายุ : 94 ปี	ที่อยู่ : 4 ม.10 ต.ชุมแสง อ.เมืองนครสวรรค์ เบอร์โทรศัพท์ : -	วินิจฉัย : ADL= TAI= กลุ่มที่ : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ :** ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☑ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☐ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☑ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ :** ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☑ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☐ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** ☑ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☑ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☑ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☑ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☑ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☑ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☑ ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** ☑ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☑ การพลัดตกหกล้ม ☑ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ☑ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☑ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [ ] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [x] กลืนลำบาก
- [ ] ความสามารถในการมองเห็น
- [ ] ความสามารถในการได้ยิน
- [ ] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [x] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [x] ช่องปากไม่สะอาด
- [ ] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [x] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [x] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [ ] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [ ] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [ ] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [x] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [ ] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [x] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [x] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 12 ว/ส/ด
- [x] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 12 ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [ ] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [ ] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยืดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] .....
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา
- [ ] .....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	๗
	การล้างหน้า / แปรงฟัน	๖
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	๖
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ	๖
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ	
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๘
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*	
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*	
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๗
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๖
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	๖
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ	
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	
	การทำแผลกดทับ	
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	

หมายเหตุ

ความถี่ของกิจกรรมการดูแล

เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
เลข ๖ = วันเว้นวัน
เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
เลข ๑๔ = อื่นๆ.....

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [x] ตื่นนอน
- [x] ล้างหน้า
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การออกกำลังกาย
- [ ] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ :

(นางสาววิไลพร ไกรนรา)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ :

(.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

(ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น ชื่อองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นางเชื้อน ศิริพงศ์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน :** 3801000229 925 **วันเดือนปีเกิด :** พ.ศ ๒๔๗๖ 1 มกราคม **อายุ :** 86 ปี	**ที่อยู่ :** ๒/๒ **หมู่ที่** ๔ **ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน** **เบอร์โทรศัพท์ :**	**วินิจฉัย :** ADL= TAI= **กลุ่มที่ :** **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :**
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ :** ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ✓ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ✓ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ✓ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ✓ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☐ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ :** ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ✓ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☐ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม** **(รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** ✓ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☐ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ✓ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ✓ ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** ☐ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ✓ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ✓ การพลัดตกหกล้ม ✓ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [ ] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [ ] กลืนลำบาก
- [x] ความสามารถในการมองเห็น
- [ ] ความสามารถในการได้ยิน
- [x] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [ ] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [ ] ช่องปากไม่สะอาด
- [x] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [ ] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [x] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [ ] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [x] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [ ] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [ ] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [ ] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [ ] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [x] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
- [x] โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [x] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [x] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [x] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [x] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 12 ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 12 ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [ ] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [ ] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยึดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [x] แว่นสายตา

....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	
	การล้างหน้า / แปรงฟัน	3
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	6
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ	6
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	8
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ	
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	6
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	6
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*	
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*	
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	7
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	6
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	6
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ	
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	
	การทำแผลกดทับ	
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	8
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	

หมายเหตุ

ความถี่ของกิจกรรมการดูแล

เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
เลข ๖ = วันเว้นวัน
เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
เลข ๑๔ = อื่นๆ.....

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น ชื่อองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นาย นิคม สิงห์สุวรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3 80 10 00094 64 3 วันเดือนปีเกิด : 27 ต.ค. 2502 อายุ : 64 ปี	ที่อยู่ : 7 หมู่ที่ 5 ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน เบอร์โทรศัพท์ : 095-280 1057	วินิจฉัย : ADL= TAI= กลุ่มที่ : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☑ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☐ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☐ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☑ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☑ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☑ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** ☑ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☑ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☑ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☑ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☑ ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** ☐ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☐ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [ ] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [ ] กลืนลำบาก
- [ ] ความสามารถในการมองเห็น
- [ ] ความสามารถในการได้ยิน
- [ ] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [x] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [ ] ช่องปากไม่สะอาด
- [ ] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [x] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [ ] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [ ] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [ ] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [ ] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [ ] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
- [ ] โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [ ] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [ ] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 12 ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [ ] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [ ] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยืดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา

....

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	12
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	11
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	7
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [x] ตื่นนอน
- [x] ล้างหน้า
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [x] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [x] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [x] การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การออกกำลังกาย
- [ ] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ :

(นางสาววิไลพร ไกรนรา)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ผู้รับผิดชอบ :

(น.ส. สายสมร ศิริเพชร.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....นางนิภาพร ลิ้มหัสวรรณ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น ชื่อองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ :นางสวัสดิ์ ชัยสิทธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน :๓๘๔๑๕๐๐๓๖๘๘๓๘ วันเดือนปีเกิด : ๑ มกราคม ๒๔๘๑ อายุ : ๘๒ ปี	ที่อยู่ : ๓๒/๒ หมู่ที่ ๓ ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= TAI= กลุ่มที่ : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ :** ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☑ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☑ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☑ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☑ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ :** ☑ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☑ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☑ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☑ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☑ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** ☑ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☑ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☑ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☑ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☑ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☑ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☑ ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** ☑ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☑ การพลัดตกหกล้ม ☑ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☑ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [ ] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [ ] กลืนลำบาก
- [ ] ความสามารถในการมองเห็น
- [ ] ความสามารถในการได้ยิน
- [x] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [ ] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [ ] ช่องปากไม่สะอาด
- [ ] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [x] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [ ] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [x] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [ ] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [x] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [ ] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
- [ ] โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [x] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [x] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 12 ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [ ] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [ ] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยึดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา

....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
	การล้างหน้า / แปรงฟัน	๖	เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	๑	เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ	๖	เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	๗	เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ		เลข ๖ = วันเว้นวัน
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๖	เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*		เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*		เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๗	เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	๖	เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๖	เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	๗	เลข ๑๔ = อื่นๆ.....
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		
	การทำแผลกดทับ		
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	๑	
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	๖	

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น ชื่อองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ :นายสมพงค์ คงกะพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน :๓๘๐๑๐๐๐๒๓๖๖๑๔ วันเดือนปีเกิด : ๓ ธันวาคม ๒๔๘๓ อายุ : ๗๙ ปี	ที่อยู่ : ๖๕/๓ หมู่ที่ ๔ ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= TAI= กลุ่มที่ : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ :** ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☑ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☑ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☑ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ :** ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☑ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☑ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☑ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☐ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** ☑ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☑ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☐ ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** ☑ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☑ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☑ การหลงทาง ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☑ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [ ] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [ ] กลืนลำบาก
- [x] ความสามารถในการมองเห็น
- [x] ความสามารถในการได้ยิน
- [x] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [x] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [ ] ช่องปากไม่สะอาด
- [x] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [x] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [x] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [x] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [x] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [x] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [x] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [ ] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
- [ ] โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [x] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [ ] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 12 ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [ ] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [ ] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยืดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา

....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	
	การล้างหน้า / แปรงฟัน	๑
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	๑
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ	
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	๗
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ	
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๖
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*	
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*	
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๑
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	๖
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๖
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	๖
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	๖
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ	
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	
	การทำแผลกดทับ	
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	๖

หมายเหตุ

ความถี่ของกิจกรรมการดูแล

เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
เลข ๖ = วันเว้นวัน
เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
เลข ๑๔ = อื่นๆ.....

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	8
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [x] ตื่นนอน
- [x] ล้างหน้า
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [x] การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [x] การออกกำลังกาย
- [ ] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ :

(นางสาววิไลพร ไกรนรา)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ผู้รับผิดชอบ :

(น.ส.สัลยสุดา ณ สมชัย.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....ปราณี.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....ปราณี.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น ชื่อองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ :นางหนูปราย ชัยสิทธิ์
เลขบัตรประจำตัวประชาชน :๓๘๐๑๐๐๐๒๒๒๐๕๒
วันเดือนปีเกิด : ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๔๙๖
อายุ : ๖๗ ปี

ที่อยู่ : ๑๙๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน
เบอร์โทรศัพท์ :

วินิจฉัย : ADL= TAI= กลุ่มที่ :
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :

แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

ผู้สูงอายุ :

- [ ] ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี
- [✓] อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่
- [ ] อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม
- [✓] อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า
- [✓] อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง
- [✓] อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

ญาติ :

- [ ] อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล
- [✓] อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
- [✓] อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน
- [✓] อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่
- [ ] อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....

แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม

(รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)

- [✓] กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- [ ] ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- [ ] ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ
- [ ] ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- [ ] มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ
- [ ] เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- [ ] ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- [ ] ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- [✓] ไม่เกิดแผลกดทับ

ข้อควรระวังในการให้บริการ

- [ ] การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- [ ] การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
- [ ] การพลัดตกหกล้ม
- [ ] การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา
- [ ] การหลงทาง
- [ ] ข้อติด/หรือข้อเท้าตก
- [✓] ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- [ ] ผู้สูงอายุถูกทำร้าย
- [ ] อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [ ] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [ ] กลืนลำบาก
- [ ] ความสามารถในการมองเห็น
- [ ] ความสามารถในการได้ยิน
- [x] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [ ] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [x] ช่องปากไม่สะอาด
- [ ] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [x] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [ ] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [x] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [ ] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [x] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [ ] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
- [ ] โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [x] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [ ] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 12 ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....
- .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [ ] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [ ] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยึดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา

....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
	การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ		เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	๗	เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ		เลข ๖ = วันเว้นวัน
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๖	เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*		เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*		เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๘	เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	๖	เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๖	เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข ๑๔ = อื่นๆ.....
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	๖	
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	๖	
	การทำแผลกดทับ		
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	๖	

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	๗
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [x] ตื่นนอน
- [x] ล้างหน้า
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [x] การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [x] การออกกำลังกาย
- [ ] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ :

(นางสาววิไลพร ไกรนรา)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ผู้รับผิดชอบ :

(.....ณ.ส กัลธีสุดา ณ สงขลา.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....วาสนา.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....วาสนา.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น ชื่อองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นางเกตุ สมทรง **เลขบัตรประจำตัวประชาชน :๓๘๐๑๐๐๐๑๐๘๘๘** **วันเดือนปีเกิด :๘ เมษายน ๒๔๖๗** **อายุ : ๙๖ ปี**	**ที่อยู่ : ๒๐๘ หมู่ที่ ๗ ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน** **เบอร์โทรศัพท์ :**	**วินิจฉัย : ADL= TAI= กลุ่มที่ :** **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :**
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ :** ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ✓ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☐ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ :** ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ✓ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** ☐ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☐ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ✓ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ✓ ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** ✓ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☐ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ✓ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [ ] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [ ] กลืนลำบาก
- [ ] ความสามารถในการมองเห็น
- [ ] ความสามารถในการได้ยิน
- [ ] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [x] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [ ] ช่องปากไม่สะอาด
- [x] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [ ] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [x] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [x] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [x] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [ ] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [x] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
- [ ] โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [ ] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [ ] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [x] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [ ] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยืดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา

....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	
	การล้างหน้า / แปรงฟัน	๒
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	๒
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	๒
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ	
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	๙
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ	๒
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๗
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*	
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*	
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๖
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ	
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	
	การทำแผลกดทับ	๒
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	

หมายเหตุ

ความถี่ของกิจกรรมการดูแล

เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
เลข ๖ = วันเว้นวัน
เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
เลข ๑๔ = อื่นๆ.....

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ☐ ตื่นนอน
- ☐ ล้างหน้า
- ☐ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- ☐ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- ☐ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- ☐ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- ☐ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- ☐ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- ☐ การออกกำลังกาย
- ☐ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- ☐ การสวดมนต์
- ☐ การนอนหลับ
- ☐ .....

ผู้จัดทำ :

(นางสาววิไลพร ไกรนรา)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ผู้รับผิดชอบ :

(สายสมร ศิริโพธิ์.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....นาง ก่อง.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น ชื่อองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นางอาภรณ์ เกิดกลิ่นหอม เลขบัตรประจำตัวประชาชน :๓๘๐๑๐๐๐๒๑๓๑๐๐ วันเดือนปีเกิด : อายุ : ๕๙ ปี	ที่อยู่ : ๑๖๙ หมู่ที่ ๘ ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= ๓ TAI= กลุ่มที่ : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ :** ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☑ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☑ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☐ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ :** ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☑ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☑ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** ☑ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☐ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☑ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☑ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☐ ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** ☑ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☑ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [ ] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [ ] กลืนลำบาก
- [ ] ความสามารถในการมองเห็น
- [ ] ความสามารถในการได้ยิน
- [ ] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [x] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [x] ช่องปากไม่สะอาด
- [ ] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [ ] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [ ] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [ ] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [ ] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [x] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [x] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
- [ ] โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [ ] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [ ] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....12.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....12.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....12.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....12.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [x] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [ ] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [x] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยืดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [x] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา

.....

.....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
	การล้างหน้า / แปรงฟัน	๒	เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	๖	เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	๖	เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ		เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	๙	เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ		เลข ๖ = วันเว้นวัน
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๖	เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*		เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*		เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	๖	เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๖	เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	๗	เลข ๑๔ = อื่นๆ.....
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	๖	
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		
	การทำแผลกดทับ		
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	9
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	9
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

	ตื่นนอน
	ล้างหน้า
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย
	อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
✓	การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
✓	การออกกำลังกาย
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
	การสวดมนต์
	การนอนหลับ
	.....

ผู้จัดทำ :

(นางสาววิไลพร ไกรนรา)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ผู้รับผิดชอบ :

(นายสมร ศิริพรรธ.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น ชื่อองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นางแนบ ศรีจรัส **เลขบัตรประจำตัวประชาชน :**๓๘๐๑๐๐๐๒๑๓๑๐๐ **วันเดือนปีเกิด :** **อายุ :** ๕๙ ปี ๑๒ ปี	**ที่อยู่ :** ๑๖๕ หมู่ที่ ๕ ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน **เบอร์โทรศัพท์ :**	**วินิจฉัย :** ADL= ๓ TAI= กลุ่มที่ : **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :**
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ :** ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☑ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☐ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ :** ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☑ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☑ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม อุปกรณ์ช่วยเดิน	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม** **(รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** ☐ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☐ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☑ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☑ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☐ ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** ☑ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☑ การพลัดตกหกล้ม ☑ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ☑ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☑ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [ ] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [ ] กลืนลำบาก
- [ ] ความสามารถในการมองเห็น
- [ ] ความสามารถในการได้ยิน
- [ ] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [x] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [ ] ช่องปากไม่สะอาด
- [ ] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [x] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [x] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [ ] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [ ] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [ ] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [ ] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
- [ ] โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [ ] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [x] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 12 ว/ส/ด
- [x] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [ ] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [x] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [x] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยืดน่อง
- [x] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา

....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
	การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ		เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ		เลข ๖ = วันเว้นวัน
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	6	เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*		เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*		เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	6	เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	2	เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	2	เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	6	เลข ๑๔ = อื่นๆ.....
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	1	
	การทำแผลกดทับ	2	
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	6	

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	6
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [x] ตื่นนอน
- [x] ล้างหน้า
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย
- [ ] อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [x] การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [x] การออกกำลังกาย
- [ ] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ :

(นางสาววิไลพร ไกรนรา)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ผู้รับผิดชอบ :

(น.ส กัลย์สุดา ณ สมชล.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น ชื่อองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ :นายแขวง รุ่งเมือง เลขบัตรประจำตัวประชาชน :๓๘๐๑๐๐๐๒๕๗๒๘๐ วันเดือนปีเกิด : ๑๖ มีนาคม ๒๔๗๑ อายุ : ๙๒ ปี	ที่อยู่ : ๒๗๓ หมู่ที่ ๕ ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน เบอร์โทรศัพท์ : ๐๙๘๗๑๗๗๔๖๐	วินิจฉัย : ADL= ๕ TAI= กลุ่มที่ : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ :** ☑ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☑ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☑ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ :** ☑ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☑ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☑ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☑ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** ☐ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☑ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☑ ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** ☑ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☑ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [ ] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [ ] กลืนลำบาก
- [ ] ความสามารถในการมองเห็น
- [ ] ความสามารถในการได้ยิน
- [ ] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [ ] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [ ] ช่องปากไม่สะอาด
- [x] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [x] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [x] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [ ] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [ ] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [x] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [x] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [x] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
- [ ] โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [x] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [ ] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [x] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [x] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

*** กายอุปกรณ์**

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยืดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา

....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
	การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ		เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	๑	เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ		เลข ๖ = วันเว้นวัน
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๖	เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*		เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*		เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๗	เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	๖	เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๖	เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข ๑๔ = อื่นๆ.....
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	๖	
	การทำแผลกดทับ	๖	
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	๖	

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	9
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [ ] ตื่นนอน
- [ ] ล้างหน้า
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย
- [x] อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [x] การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [x] การออกกำลังกาย
- [ ] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ :

(นางสาววิไลพร ไกรนรา)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ผู้รับผิดชอบ :

(.....สายสมร ศิริเพชร.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....อรุณ พลเก่า.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....อรุณ พลเก่า.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น ชื่อองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ :นางคลาด รุ่งเมือง เลขบัตรประจำตัวประชาชน :๕๘๐๑๐๐๐๐๐๒๐๐๘ วันเดือนปีเกิด : ๒ มิถุนายน ๒๔๗๙ อายุ : ๘๔ ปี	ที่อยู่ : ๒๗๓ หมู่ที่ ๕ ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน เบอร์โทรศัพท์ : ๐๙๘๗๑๗๗๔๖๐	วินิจฉัย : ADL= ๕ TAI= กลุ่มที่ : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ :** ☑ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☑ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☑ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ :** ☑ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☑ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☑ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☑ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** ☐ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☑ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☐ ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** ☑ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☑ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [x] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [ ] กลืนลำบาก
- [ ] ความสามารถในการมองเห็น
- [ ] ความสามารถในการได้ยิน
- [ ] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [x] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [ ] ช่องปากไม่สะอาด
- [x] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [x] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [x] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [x] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [ ] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [ ] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [x] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [ ] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- [x] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
- [ ] โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- [ ] รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- [ ] ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- [ ] ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- [x] ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น ๓ เดือน

- [ ] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
- [ ] .....
- [ ] .....
- .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

* อุปกรณ์ทางการแพทย์

- [ ] Syring
- [ ] Urine bag
- [ ] สาย NG tube
- [ ] สาย Foley's cath
- [ ] เครื่องผลิตออกซิเจน
- [ ] เครื่องพ่นยา
- [ ] อุปกรณ์ทำแผล
- [ ] เครื่องดูดเสมหะ
- [ ] เตียง
- [x] ที่นอนลม
- [ ] .....
- [ ] .....

* กายอุปกรณ์

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [x] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยืดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] ราวฝึกยืนและเดิน
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง
- [ ] แว่นสายตา
- ....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
	การล้างหน้า / แปรงฟัน	๒	เลข ๑ = ทุก ๒ ชม.
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	๖	เลข ๒ = วันละ ๑ ครั้ง
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	๖	เลข ๓ = วันละ ๒ ครั้ง
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ	๖	เลข ๔ = วันละ ๓ ครั้ง
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	๗	เลข ๕ = วันละ ๔ ครั้ง
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ	๖	เลข ๖ = วันเว้นวัน
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๖	เลข ๗ = อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข ๘ = อาทิตย์ละ ๒ ครั้ง
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*		เลข ๙ = เดือนละ ๑ ครั้ง
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*		เลข ๑๐ = เดือนละ ๒ ครั้ง
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๘	เลข ๑๑ = ๒ เดือน/ครั้ง
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	๖	เลข ๑๒ = ๓ เดือน/ครั้ง
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๖	เลข ๑๓ = ทำครั้งเดียว
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	๘	เลข ๑๔ = อื่นๆ.....
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	๖	
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	๖	
	การทำแผลกดทับ		
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	๖	

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	8
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [ ] ตื่นนอน
- [ ] ล้างหน้า
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย
- [x] อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [x] การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- [x] การออกกำลังกาย
- [ ] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ :

(นางสาววิไลพร ไกรนรา)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ผู้รับผิดชอบ :

(สายสมร ศิริเพชร.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสง

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

๑)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

๒)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ