

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ. 2565

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....เทศบาลตำบลบ่อกรุ.....อำเภอ.....เดิมบางนางบวช.....จังหวัดสุพรรณบุรี

คำชี้แจง ให้ใส่ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นายสมชาย เขาแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3720200008640 วันเดือนปีเกิด : 2/7/2497 อายุ : 66 ปี</p>	<p>ที่อยู่ : 132 ม.1 ต.บ่อกรุ อ.เดิมบางนางบวช จ.สุพ เบอร์โทรศัพท์ :</p>	<p>วินิจฉัย : ADL= 0 TAI= 13 กลุ่มที่ : 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีโรคประจำตัวคือมะเร็งลำไส้ มีถุงถ่ายทางหน้าท้อง</p>
<p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี</p> <p><input type="checkbox"/> อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่</p> <p><input type="checkbox"/> อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</p> <p>ญาติ :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดินรถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....</p>	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p> <p><input type="checkbox"/> ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</p> <p><input type="checkbox"/> เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> การกินอาหาร/สำลักอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> การพลัดตกหกล้ม</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา</p> <p><input type="checkbox"/> /การแพ้ยา</p> <p><input type="checkbox"/> การหลงทาง</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ข้อติด/หรือข้อเท้าตก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</p> <p><input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน</p>	<p>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ</p>

<input type="checkbox"/> / กลืนปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> / กลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น <input type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน <input type="checkbox"/> / ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต <input type="checkbox"/> / ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ <input type="checkbox"/> ช่องปากไม่สะอาด <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ <input type="checkbox"/> / มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา <input type="checkbox"/> มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง <input type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา <input type="checkbox"/> / สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> / ลักษณะที่อยู่อาศัย <input type="checkbox"/> / ไม่สามารถทานอาหารเองได้ <input type="checkbox"/> / ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ <input type="checkbox"/> / ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	<input type="checkbox"/> / ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 7 วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> / ฟันพุงสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน 3 /เดือน <input type="checkbox"/> แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> / ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 /เดือน <input type="checkbox"/> ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด <input type="checkbox"/> / การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง การแพทย์ ภายใน 3 /เดือน <input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ /ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด <input type="checkbox"/> อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ของครอบครัวและ informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์ <input type="checkbox"/> Syring <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> เตี๋ยง <input type="checkbox"/> Urine bag <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ที่นอนลม <input type="checkbox"/> สาย NG tube <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ถัง Colostomy <input type="checkbox"/> สาย Foley's cath <input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน <input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา <input type="checkbox"/> / อุปกรณ์ทำแผล <input type="checkbox"/> / เครื่องดูดเสมหะ * กายอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> กระจกดานบริหารข้อเข่า <input type="checkbox"/> กระจกดานล้อเลื่อน <input type="checkbox"/> ดัมเบลยกน้ำหนัก <input type="checkbox"/> ถังทรายถ่วงน้ำหนัก <input type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง <input type="checkbox"/> ไม่ค้ำยัน <input type="checkbox"/> ไม่เท้าช่วยพยุง <input type="checkbox"/> ไม่ฝึกกำลังแขน <input type="checkbox"/> ไม่ยืดน่อง <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เตี๋ยงฝึกยืน <input type="checkbox"/> รอกเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง <input type="checkbox"/> ราวฝึกยืนและเดิน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> แวนสายตา <input type="checkbox"/>
บริการอื่นๆ <input type="checkbox"/> / ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน <input type="checkbox"/> พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/ โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> / รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ) <input type="checkbox"/> / ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ <input type="checkbox"/> / ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ

/	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	2
/	การล้างหน้า / แปรงฟัน	3
/	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	3
/	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	3
/	การทำโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	3
/	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	7
/	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	5
/	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	6
/	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	4
/	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก	4
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)	
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	
/	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	3
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ	
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	
/	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	1
	การทำแผลกดทับ	
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	
	การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	
/	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12

ความถี่ของกิจกรรมการดูแล

เลข 1 = ทุก 2 ชม.

เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง

เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง

เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง

เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง

เลข 6 = วันเว้นวัน

เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง

เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง

เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง

เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง

เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง

เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง

เลข 13 = ทำครั้งเดียว

เลข 14 = อื่นๆ.....

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
/	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	9
/	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	7
/	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	9
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
/	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	9
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
/	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	2
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
/	ตื่นนอน	ผู้จัดทำ : (นางสาวสุพิทย์ญดา กาฬภักดี) เลขาธิการงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เทศบาลตำบลบ่อกรู ผู้รับผิดชอบ : (นายภูวรินทร์ ศุภวราพงษ์) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เทศบาลตำบลบ่อกรู ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้ 1)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : 2)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :
/	ล้างหน้า	
/	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าที่ียงและเย็นโดยญาติ	
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าที่ียงและเย็น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
/	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
/	การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
	การออกกำลังกาย	
/	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
	การสวดมนต์	
	การนอนหลับ	
	

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลๆ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น