

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

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

คำชี้แจง ให้ใส่ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นายบัว กาทภักดี          เลขบัตรประจำตัวประชาชน :3720200681506          วันเดือนปีเกิด : 2479          อายุ : 84 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 88 ม.7 ต.บ่อกรุ อ.เดิมบางนางบวช จ.สุพรรณบุรี          เบอร์โทรศัพท์ :</p>	<p>วินิจฉัย : ADL= 5 TAI= B3 กลุ่มที่ : 1          ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีโรคประจำตัวคือต่อมลูกหมากโตและกระดูกทับเส้น</p>
<p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ :</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี</p> <p><input type="checkbox"/> / อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่</p> <p><input type="checkbox"/> อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม</p> <p><input type="checkbox"/> / อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า</p> <p><input type="checkbox"/> / อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง</p> <p><input type="checkbox"/> / อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</p> <p>ญาติ :</p> <p><input type="checkbox"/> / อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล</p> <p><input type="checkbox"/> / อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> / อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน</p> <p><input type="checkbox"/> / อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่</p> <p><input type="checkbox"/> / อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....</p>	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <p><input type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</p> <p><input type="checkbox"/> / ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p> <p><input type="checkbox"/> ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</p> <p><input type="checkbox"/> / ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> / มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</p> <p><input type="checkbox"/> / เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p> <p><input type="checkbox"/> / ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</p> <p><input type="checkbox"/> / ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <p><input type="checkbox"/> / การกินอาหาร/สําลักอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</p> <p><input type="checkbox"/> / การพลัดตกหกล้ม</p> <p><input type="checkbox"/> / การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา</p> <p><input type="checkbox"/> / การแพ้ยา</p> <p><input type="checkbox"/> การหลงทาง</p> <p><input type="checkbox"/> / ข้อติด/หรือข้อเท้าตก</p> <p><input 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>

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

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

- / ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน
- ภายใน 7 วัน/สัปดาห์/เดือน
- / ฟันพู่สภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ
- หรือดีขึ้น ภายใน 3 /เดือน
- แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- / ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 /เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- / การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์
- ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- / ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ
- /ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 /เดือน
- อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม
- ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- / ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง
- อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้
- ภายใน 3 /เดือน
- ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่
- ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- .....
- .....
- .....
- .....

- ของครอบครัวและ informal )**
- \* อุปกรณ์ทางการแพทย์**
- Syring  / เพียง
  - Urine bag  / ที่นอนลม
  - สาย NG tube  .....
  - / สาย Foley's cath  .....
  - เครื่องผลิตออกซิเจน
  - เครื่องพ่นยา
  - อุปกรณ์ทำแผล
  - เครื่องดูดเสมหะ
- \* กายอุปกรณ์**
- กระจกบานบริหารข้อเข่า
  - กระจกบานล้อเลื่อน
  - / ดัมเบลยกน้ำหนัก
  - ถูทรายถ่วงน้ำหนัก
  - รถเข็นนั่ง
  - ไม้ค้ำยัน
  - ไม้เท้าช่วยพยุง
  - ไม้ฝึกกำลังแขน
  - ไม้ยัดน่อง  เพียงฝึกยืน
  - รอกเคลื่อนไหว  เครื่องช่วยฟัง
  - / ราวฝึกยืนและเดิน  แวนสายตา
  - .....
  - .....

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
/ การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	2	<b>ความถี่ของกิจกรรมการดูแล</b> 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.....
/ การล้างหน้า / แปรงฟัน	3	
/ การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	3	
/ การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	3	
/ การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	3	
/ การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	7	
/ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	5	
/ การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	6	
/ การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	4	
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		
การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		
/ การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	3	
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		
/ การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	2	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		
/ การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	3	
/ 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	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	
/ การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	12	
การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....		
/ การบริการพาหะรับส่งผู้สูงอายุ	12	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ		
/ การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	9	
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล		
การจัดการอาหารบกพร่องในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย		
การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ		
<b>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</b>		
/ ตื่นนอน		<p><b>ผู้จัดทำ :</b> (นางสาวสุพิทย์ญาดา ภาพักดี) เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เทศบาลตำบลบ่อกรุ</p> <p><b>ผู้รับผิดชอบ :</b> (นายอนุชิต กัณพัทธนะ) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เทศบาลตำบลบ่อกรุ</p> <p><b>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้</b> 1)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : ..... 2)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....</p>
/ ล้างหน้า		
/ ดูแลเตรียมอาหาร บ้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ		
ดูแลเตรียมอาหาร บ้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็น โดย		
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
/ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ		
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ		
/ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
การออกกำลังกาย		
/ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		
การสวดมนต์		
การนอนหลับ		
.....		

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น