

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

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

คำชี้แจง ให้ใส่ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นาย ดำรงค์ กาฬภักดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3720200019862 วันเดือนปีเกิด :2490 อายุ : 73 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 238 ม.1 ต.บ่อกรุ อ.เดิมบางนางบวช จ.สุพรรณบุรี เบอร์โทรศัพท์ :</p>	<p>วินิจฉัย : ADL= 0 TAI= I3 กลุ่มที่ : 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง</p>
<p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ :</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี <input type="checkbox"/> อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <input type="checkbox"/> อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม <input checked="" type="checkbox"/> / อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า <input checked="" type="checkbox"/> / อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <input checked="" type="checkbox"/> / อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</p> <p>ญาติ :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> / อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล <input checked="" type="checkbox"/> / อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> / อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน <input type="checkbox"/> / อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ <input checked="" type="checkbox"/> / อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....</p>	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <p><input type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> / ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ <input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยเหมาะสม <input type="checkbox"/> มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ <input type="checkbox"/> เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input checked="" type="checkbox"/> / ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <input checked="" type="checkbox"/> / ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> / การกินอาหาร/หลักอาหาร <input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input checked="" type="checkbox"/> / การพลัดตกหกล้ม <input checked="" type="checkbox"/> / การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา <input type="checkbox"/> การหลงทาง <input checked="" type="checkbox"/> / ข้อติด/หรือข้อเท้าตก <input checked="" type="checkbox"/> / ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต <input checked="" type="checkbox"/> / กลั้นปัสสาวะไม่ได้</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> / ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน</p>	<p>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ ของครอบครัวและ informal)</p>

/ การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	2
/ การล้างหน้า / แปรงฟัน	3
/ การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	3
/ การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	3
/ การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวผื่นๆ	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 / ไหว้	
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	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
/	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	9
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
/	ตื่นนอน	ผู้จัดทำ : (นางสาวสุพิทย์ญาดา กาฬภักดิ์) เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เทศบาลตำบลบ่อกรู ผู้รับผิดชอบ : (นายภูวรินทร์ ศุภวราพงษ์) อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น เทศบาลตำบลบ่อกรู ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้ 1)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : 2)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :
/	ล้างหน้า	
/	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ	
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็น โดย	
	อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น	
/	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น	
	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
/	การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น	
	การออกกำลังกาย	
/	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
	การสวดมนต์	
	การนอนหลับ	
	

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

