แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....สิงหาคม.....พ.ศ. 2565

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

คำชี้แจง ให้ใส่ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นายบัว กาฬภักดี **เลขบัตรประจำตัวประชาชน :3720200681506** **วันเดือนปีเกิด : 2479** **อายุ : 84 ปี**	**ที่อยู่ 88 ม.7 ต.บ่อกรุ อ.เดิมบางนางบวช จ.สุพร** **เบอร์โทรศัพท์ :**	**วินิจฉัย : ADL= 5 TAI= B3 กลุ่มที่ : 1** ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง โรคประจำตัวคือต่อมลูกหมากโตและกระดูกทับเส้น
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
- [/] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- [/] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [/] ลักษณะที่อยู่อาศัย
- [ ] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [/] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [/] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

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

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

- [/] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 7 วัน/สัปดาห์/เดือน
- [/] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น 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
- [ ] .....
- .....
- [ ] .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

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

*** กายอุปกรณ์**

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

/	ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	.....	.....	.....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
/	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	2
/	การล้างหน้า / แปรงฟัน	3
/	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	3
/	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	3
/	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ	3
/	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	7
/	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ	5
/	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	6
/	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	4
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*	
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*	
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	
/	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	3
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	
/	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	2
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / 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)	

หมายเหตุ

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.....

/	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	
กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		**ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)**	
/	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	12	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....		
/	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	12	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ		
/	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	9	
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล		
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย		
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ		

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

/	ตื่นนอน
/	ล้างหน้า
/	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็น โดย
	อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
/	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
/	การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
	การออกกำลังกาย
/	การเปลียนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
	การสวดมนต์
	การนอนหลับ
	.....

ผู้จัดทำ :

(.....)

(นางสาวสุพิทย์ญดา กาฬภักดี)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

เทศบาลตำบลบ่อกรุ

ผู้รับผิดชอบ :

(นายอนุชิต กัณพัทธณะ)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

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

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

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น