

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลห้องถังเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง ประจำเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

พื้นที่ ยังคงประจำอยู่ในส่วนส่วนต้น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ ทับพริก อำเภอรัฐประทศ จังหวัดสาระแก้ว

คำชี้แจง ให้สี่ หน้าท้าข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นายสายคุณ เหมามะโนนา เลขบัตรประจำตัวประชาชน วันเดือนปีเกิด : 01/01/2495 อายุ : 70 ปี</p> <p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำเนินชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีตักเตือน <input checked="" type="checkbox"/> อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <input type="checkbox"/> อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <input type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น <p>ญาติ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บปวดของผู้สูงอายุที่ๆแคล <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน <input type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ <input checked="" type="checkbox"/> อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดินรถเข็นผ้าอ้อม 	<p>ที่อยู่ : 100 หมู่ 7 ต.ทับพริก อ.รัฐประทศ จ.สาระฯ วินิจฉัย : ADL = 11 TAI = 12 กลุ่ม = 2 เบอร์โทรศัพท์ :</p> <p>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :</p>	<p>แนวโน้มการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> อยู่ติดสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> ดึงเวลาจากไปอย่างสงบ <input type="checkbox"/> ท้อแท้ด้วยเหมาะสม <input type="checkbox"/> มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ <input type="checkbox"/> เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย <input type="checkbox"/> ไม่เกิดผลลัพธ์ทับ <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การกินอาหาร/สำลักอาหาร <input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input checked="" type="checkbox"/> การพลัดตกหล่น <input type="checkbox"/> การทำงานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา <input type="checkbox"/> การหลงทาง <input checked="" type="checkbox"/> ข้อติด/หรือข้อเท้าตก <input type="checkbox"/> ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้บ้านร้อนลงจนน้ำ
---	--	---

<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการทารุณชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> กลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> กลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น <input type="checkbox"/> ความสามารถในการเดิน <input type="checkbox"/> ความเหลื่อมล้ำของรายได้ในการดำรงชีวิต <input checked="" type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ <input type="checkbox"/> ซ่องปากไม่สะอาด <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ <input checked="" type="checkbox"/> มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา <input type="checkbox"/> มีความเสื่อมปอดบริเวณทั้นและเหงือกปากแห้ง <input type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา <input type="checkbox"/> สามารถใส่ได้อั่งไม่ได้ <input type="checkbox"/> สักษณะที่อยู่อาศัย <input type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>เป้าหมายในการทารุณชีวิตระดับ 3 เดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input checked="" type="checkbox"/> พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน....3....เดือน <input type="checkbox"/> แฟล夸ต ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ไม่มีผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด <input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ทาง การแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ไม่เกิดการติดเชื้อของแมลง/ระบบทางเดินปัสสาวะ /ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด <input type="checkbox"/> อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน....1....สัปดาห์ <input checked="" type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ประสานทันดุลุคการในพื้นที่ 	<p>บริการนอกเหนือรายตัว (รวมการช่วยเหลือ ของครอบครัวและ Informal)</p> <p>อุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>Syring</td> <td>เตียง</td> </tr> <tr> <td>Urine bag</td> <td>ทันตกรรม</td> </tr> <tr> <td>สาย NG tube</td> <td>...ผ้าอ้อมผู้ใหญ่...</td> </tr> <tr> <td>สาย Foley's cath</td> <td></td> </tr> <tr> <td>เครื่องผสตโนกซิเจน</td> <td></td> </tr> <tr> <td>เครื่องพ่นยา</td> <td></td> </tr> <tr> <td>อุปกรณ์ทำแผล</td> <td></td> </tr> <tr> <td>เครื่องตัดเลมเหลว</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>กายอุปกรณ์</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>กระดาษบริหารข้อเข่า</td> </tr> <tr> <td>กระดาษล้อเลื่อน</td> </tr> <tr> <td>ต้มเบลยอกน้ำหนัก</td> </tr> <tr> <td>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> </tr> <tr> <td>รถเข็นนั่ง</td> </tr> <tr> <td>ไม้ค้ำยัน</td> </tr> <tr> <td>ไม้เท้าช่วยพยุง</td> </tr> </tbody> </table>	Syring	เตียง	Urine bag	ทันตกรรม	สาย NG tube	...ผ้าอ้อมผู้ใหญ่...	สาย Foley's cath		เครื่องผสตโนกซิเจน		เครื่องพ่นยา		อุปกรณ์ทำแผล		เครื่องตัดเลมเหลว		กระดาษบริหารข้อเข่า	กระดาษล้อเลื่อน	ต้มเบลยอกน้ำหนัก	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	รถเข็นนั่ง	ไม้ค้ำยัน	ไม้เท้าช่วยพยุง
Syring	เตียง																								
Urine bag	ทันตกรรม																								
สาย NG tube	...ผ้าอ้อมผู้ใหญ่...																								
สาย Foley's cath																									
เครื่องผสตโนกซิเจน																									
เครื่องพ่นยา																									
อุปกรณ์ทำแผล																									
เครื่องตัดเลมเหลว																									
กระดาษบริหารข้อเข่า																									
กระดาษล้อเลื่อน																									
ต้มเบลยอกน้ำหนัก																									
ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก																									
รถเข็นนั่ง																									
ไม้ค้ำยัน																									
ไม้เท้าช่วยพยุง																									
<p>บริการอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชุมชนผู้สูงอายุ/ 																									

<input type="checkbox"/> โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> ได้รับสิ่งปลดNESSบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ) <input type="checkbox"/> ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ <input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/คุยกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐและเอกชน	□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □ □ □ □
		ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม่ฝึกกำลังแข่น
			ไม่มีค่านอง รอกเกลื่อนไหว รวมฝึกเขียนและเดิน
			เตียงฝึกยืน ¹ เครื่องซ้ายฟัง ² แวนสายตา ³

กิจกรรมการดูแล

- * การวัดสัญญาณชีพ(ความดันชีพจารการหายใจและวัดไข้)
- * การล้างหน้าแบบร้อน
- * การอาบน้ำ
- * การสร�pm
- * การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสีบันทุ
- * การเช็ดตัว
- * การหาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินฯ
- * การตัดเส้น
- * การโภนหนาด
- * การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ
- * การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน
- * การเตรียมอาหาร
- * การเตรียมอุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้
- * การเตรียมจัดยาตามเวลา
- * การป้อนอาหาร
- * การให้อาหารทางสายยาง(NG tube)
- * การให้ยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด
- * การประเมินความถูกต้องการใช้ยา

()

()

*การประเมินภาวะโภชนาการ

*การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม

*การนัดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด

*การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ

*การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง

*การฝึกทรงตัว

*การฝึกเดิน

*การฝึกการกล่าวในพื้นที่ต่างระดับ

*การฝึกการกลั้นปัสสาวะ

*การน้ำทหน้าห้อง

*การดูแลสวนอุจจาระ

*การดูแลล้างอุจจาระ

*การแนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย

*การดูแลทำความสะอาดผู้เสียสละสวนปัสสาวะ

*การดูแลเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ/ถุงยางอนามัย

*การพลิก翻身คนตัว

*การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ

*การจัดท่านอนป้องกันเห้าอก

*การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการเกี๊ยแผลกดทับ

*การทำแพลงก์ทับ

*การตกแต่งแพลงก์ทับ

*การจัดการความเจ็บปวด

*การประเมินคะแนนความเจ็บปวด

*การให้ยาบรรเทาปวด

*การอ่านหนังสือ

*การพัฟธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์

*การสาดมนต์

*การคลายมาด

*การฝึกสมาธิ

*การฝึกการหายใจ

*การกระตุ้นการใส่บานาห์

*การกระตุ้นไปร复

*สุคนธบำบัด(Aroma therapy)

*กวนตีรบำบัด(Music therapy)

*การปะเพิน ADL

*การปะเพินภาวะสมองเสื่อม

*การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ

*การสร้างเครือข่ายการคุ้ยแลกผู้สูงอายุ

*การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย

*การปรับสภาพห้องน้ำห้องนอนห้องครัวห้องรับแขกพื้นที่ภายในบ้านอื่นๆ

*การปรับทางเข้าบ้านทางลาดพื้นที่ต่างระดับชั้นบันไดปูกระดูก

*การปรับความสูงของบันไดภายในและภายนอกบ้าน

*การปรับความกว้างของประตูห้องน้ำห้องนอนห้องห้องอื่นๆ

*การปรับความสูงของเตียงให้เท่าเทียมกับผู้สูงอายุ

*การเพิ่มเร้าจับราบันไดรวมเก้าอี้มีเกลเดิน

*การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยทำกิจวัตรประจำวัน

*ส่งปรึกษาผู้ประเมินปรับสภาพบ้าน

*การปรับแสงสว่างและการระบายอากาศ

*การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล

*การเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ

*การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

*การให้สารผู้ช่วยทางห้องน้ำตัดเลือดดำ

*การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย

*การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ

กิจกรรมหลักในการดำเนินชีวิต		ผู้จัดทำ:	ผู้รับผิดชอบ:
ดูแลนอน		นางสาว ณัชนาทิพย์ ชิจังหรีด	(.....)
ล้างหน้า		ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหว้า
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ			
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดย CC			
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ			
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดย CC			
การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ			
✓ การการทำกายภาพบำบัดโดย CC			
✓ การออกกำลังกาย			
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองชัก			
การสวมมันต์			
การนอนหลับ			
.....			

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม plan plan ฉบับนี้

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

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

ช

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ เทศบาลตำบลทับพริก อำเภอรัก្យประทศ จังหวัดสระแก้ว

คำชี้แจง ให้สี่ หน้าทั่วข้อรายการที่ต้องการที่ลงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นายแพง เดชา เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3-2510-00432-24-9 วันเดือนปีเกิด : 1 มกราคม 2488 อายุ : 77 ปี</p> <p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำเนินชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีสักดิศริ <input checked="" type="checkbox"/> อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <input type="checkbox"/> อยากรู้เรื่องประโยชน์ให้สังคม <input type="checkbox"/> อยากรู้เรื่องความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า <input checked="" type="checkbox"/> อยากรู้เรื่องความต้องการ/e/ไม่รู้ท่องตั้ง <input checked="" type="checkbox"/> อยากรู้เรื่องความต้องการ/e/ไม่รู้ท่องตั้ง <p>ญาติ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> อยากรู้เรื่องความต้องการ/e/ไม่รู้ท่องตั้ง <input checked="" type="checkbox"/> อยากรู้เรื่องความต้องการ/e/ไม่รู้ท่องตั้ง <input checked="" type="checkbox"/> อยากรู้เรื่องความต้องการ/e/ไม่รู้ท่องตั้ง <input type="checkbox"/> อยากรู้เรื่องความต้องการ/e/ไม่รู้ท่องตั้ง <input checked="" type="checkbox"/> อยากรู้เรื่องความต้องการ/e/ไม่รู้ท่องตั้ง 	<p>ที่อยู่ : 42 ม.1 ต.ทับพริก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว เบอร์โทรศัพท์ :</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 10 TAI = I1 กลุ่มที่ 1</p> <p>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :</p> <p>ผู้ป่วยวายเสื่อมลงเรื่อยๆได้ใส่ส่ายอาหาร และสายหวานปัสสาวะในเมือง ลักษณะหับที่ก้น ข้อเรื้อรัง</p>
<p>แนวโน้มไขข้อสงสัยในการให้ความช่วยเหลือโดยรวม</p> <p>(รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ช่วยเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ <input checked="" type="checkbox"/> ท้อแท้จากความซึ้งซึ้ง <input type="checkbox"/> มีอาชีพมีรายได้เพียงพอหรือเพียงพอ <input checked="" type="checkbox"/> เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เกิดแพลกัดทับ 		<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> การกินอาหาร/กำลังอาหาร <input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input checked="" type="checkbox"/> การผลัดตกหลุม <input checked="" type="checkbox"/> การทำงานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา <input type="checkbox"/> การหลงทาง <input checked="" type="checkbox"/> ข้อติด/หรือข้อเข้าตาก <input type="checkbox"/> ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทำร้าย <input checked="" type="checkbox"/> อุบัติเหตุเช่นไฟ หม้อน้ำร้อนลวกจนนำไปสู่

ประดิษฐ์ปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- กลืนปัสสาวะไม่ได้
- กลืนลำบาก
- ความสามารถในการกิน
- ความสามารถในการดื่มน้ำ
- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- ข่ายเหลืองเนื่องไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ซ่องปากไม่สะอาด
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ชั่นเคราะห์/อนามัยหลัง
- มีความอ่อนแรงของกำลังเมื่อเข็นขา
- มีความเจ็บปวดบริเวณทั่วไปและเหือกปากแห้ง
- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- สามารถเสื้อผ้าเองไม่ได้
- ลักษณะหิวอย่าคาย
- ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้โดยล้าพังตั้งมีคนช่วยพยุง
- บริการอื่นๆ
- ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือในชุมชน เช่น งานผู้สูงอายุ/โรงเรียนดูสุขภาพ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมผู้สูงอายุ
- รถรับส่งไปสถานบริการ (ไม่มีเวลารอระหว่าง รถ/อปท./อื่นๆ)
- ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- พื้นฟูสภาวะของขับถ่ายและกล้ามเนื้อให้ค้างาน
หรือคืน ภายใน...3....เดือน
- แปลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ไม่มีแมลงดักทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง
การแพทย์ ภายในวัน/สัปดาห์/เดือน
- การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ไม่เกิดการติดเชื้อของแพลทีโนบาร์บิทูริก/ระบบทางเดินปัสสาวะ
/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน....3.....เดือน
- อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะชั่นเคราะห์และสมองเสื่อม
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่นเดินได้ด้วยตนเอง
อาบน้ำเองได้ทานอาหารเองได้ ขับถ่ายเองได้
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ประสานหันบุคลากรในพื้นที่
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
-

บริการนอกหนีรอรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ
ของครอบครัวและ informal)

อุปกรณ์ทางการแพทย์

- | | | |
|---------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Syring | <input type="checkbox"/> | เตียง |
| Urine bag | <input type="checkbox"/> | ที่นอนลม |
| สาย NG tube | <input checked="" type="checkbox"/> |ผ้าอ้อมผู้สูงอายุ... |
| สาย Foley's cath | <input type="checkbox"/> | |
| เครื่องผลิตออกซิเจน | <input type="checkbox"/> | |
| เครื่องพ่นยา | <input type="checkbox"/> | |
| อุปกรณ์ทำแผล | <input type="checkbox"/> | |
| เครื่องดูดเสมหะ | <input type="checkbox"/> | |

กายอุปกรณ์

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| กระดาษบริหารข้อเข่า | <input type="checkbox"/> |
| กระดาษล้อเลื่อน | <input type="checkbox"/> |
| ต้มเบลยอกน้ำหนึ่ง | <input type="checkbox"/> |
| ถุงกระถางน้ำหนึ่ง | <input type="checkbox"/> |
| รถเข็นนั่ง | <input type="checkbox"/> |
| ไม้ค้ำยัน | <input type="checkbox"/> |
| ไม้เท้าช่วยพยุง | <input type="checkbox"/> |
| ไม้ผึ้งกำลังแข็ง | <input type="checkbox"/> |
| ไม้ขี้ดันน่อง | <input type="checkbox"/> |

เตียงผู้ป่วย

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | ได้รับการฝึกเสริมอาชีพ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ได้รับการยืนยัน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน |

กิจกรรมการดูแล

*การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน อุ่นเย็น หัวใจ ฯลฯ)

*การล้างหน้าแบบพื้น

*การอาบน้ำ

*การสรีระเม้น

*การทำความสะอาดบริเวณด้วยยาสีฟันธาร์

*การเช็ดตัว

*การทำโภชั้น/น้ำมันนวดอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวผ่านๆ

*การตัดเล็บ

*การโกนหนวด

*การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ

*การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณท้าน

*การเตรียมอาหาร

*การเตรียมอุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้

*การเตรียมจัดยาตามเวลา

*การป้อนอาหาร

*การให้อาหารทางสายยาง(NG tube)

*การให้ยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด

*การประเมินความถูกต้องการใช้ยา

*การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ

*การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย

*การปรับสภาพห้องน้ำห้องนอนห้องครัวห้องรับแขกที่พกพาในบ้านอื่นๆ)

*การประเมินภาวะโภชนาการ

*การให้จำแนกน้ำเรื่องอาหารที่เหมาะสม

*การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการดูแลระบบไหลเวียนเลือด

*การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ

*การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบันเทิงและลงจากเตียง

*การฝึกทรงตัว

*การฝึกเดิน

*การฝึกการกล่าวในพื้นที่ต่างระดับ

*การฝึกการกลืนปัสสาวะ

*การนวดหน้าท้อง

*การดูแลสวนอุจรัจรา

*การดูแลล้างอุจรัจรา

*การแนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย

*การดูแลทำความสะอาดผู้สูงอายุสวนปัสสาวะ

*การดูแลเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ/ถุงยางอนามัย

*การพัฒนาคงตัว

*การจัดทำนอนป้องกันแพลงค์ทับ

*การจัดทำนอนป้องกันเห้าหาก

*การปรับความสูงของเตียงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

*การเพิ่มเรารับทราบบันไดรวมเกียร์ยืนฝึกเดิน)

รอกเคลื่อนไหว ราฟิกยืนและเดิน

เครื่องซั่ยฟัง แวนสายตา

*การทำแพลงค์ทับ

*การตกแต่งแพลงค์ทับ

*การจัดการความเจ็บปวด

*การประเมินคะแนนความเจ็บปวด

*การให้ยาบรรเทาปวด

*การอ่านหนังสือ

*การฟังธรรมชาติทัศน์/โทรศัพท์

*การสาดนน้ำ

*การละหมาด

*การฝึกสมาธิ

*การฝึกการหายใจ

*การกระตุ้นการใส่เสื้อตร

*การกระตุ้นไปส้วม

*สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy)

*ดนตรีบำบัด(Music therapy)

*การประเมิน ADL

*การประเมินภาวะสมองเสื่อม

*การบริการพานะรับส่งผู้สูงอายุ

*การให้สารผู้สูงอายุหลอดเลือดดำ

*การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย

*การปรับทางเข้าบ้านทางลาดพื้นที่ต่ำระดับหรือประตู
 *การปรับความสูงของบันไดภายในและภายนอกบ้าน
 *การปรับความกว้างของประตูห้องน้ำห้องนอนห้องอื่นๆ

*การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยทำกิจวัตรประจำวัน
 *ส่งเสริมผู้ประมินปรับสภาพบ้าน
 *การปรับแสงสว่างและการระบายน้ำอากาศ

*การลงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ
 *การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อทราบระดับน้ำตาล
 *การเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ^{ค่า}
 *การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

กิจกรรมหลักในการดำเนินชีวิต

ดื่มน้ำ	
ล้างหน้า	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดย CC	
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดย CC	
✓ การทำกากษาพำบัดโดยญาติ	
✓ การทำกากษาพำบัดโดย CC	
✓ การออกกำลังกาย	
✓ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองชิบ	
การสวนครรภ์	
การนอนอาลัน	
.....	

ผู้จัดทำ : 
 (นางวิชุดา ก้อนแสง)

ผู้จัดการการดูแลสูงอายุ (Care Manager : CM)
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับพริก

ผู้รับผิดชอบ :
 (ภรรยา, ลูกสาว,)

อาสาสมัครบริบาลห้องถิน(Care Community : CC)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม pan plan ฉบับนี้

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

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

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลห้องถิน

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท่องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพิบัติ ประจำเดือน ฉุกเฉิน พ.ศ. 2565

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ เทศบาลตำบลทับพริก อำเภอรัษฎา เพชรบุรี จังหวัดสระแก้ว

คำชี้แจง ให้ได้ หน้าที่ข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นายชลธ ศรีรุจ เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3-2504-01166-06-5 วันเดือนปีเกิด : 3 เมษายน 2504 อายุ : 61 ปี</p>	<p>ที่อยู่ : 129 ม.2 ต.ทับพริก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว เบอร์โทรศัพท์ :</p>	<p>วินิจฉัย : ADL= 0 TAI= I1 กลุ่มที่ : 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยป่วยเหลือตนเองไม่ได้ ใส่อาหาร หายใจทางหลอดลมที่คอ ใส่สายสวนปัสสาวะ นิ้วแพลงเกทับที่กัน กล้ามเนื้อชาชักย่อแนรัง</p>
<p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุ : <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจะไปอย่างมีคุณค่า <input checked="" type="checkbox"/> อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <input type="checkbox"/> อยากรับประทานให้สังคม <input type="checkbox"/> อยากรื่นเริงความสำราญ/รู้สึกมีคุณค่า <input checked="" type="checkbox"/> อยากร่วมงานและเข้าใจสื่อสารภาษาไทย <input checked="" type="checkbox"/> อยากรับสัตติการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น </p>	<p>แนวโน้มการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ชักด้วยเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ <input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยเหมาะสม <input type="checkbox"/> มีความมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ เดิมได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input checked="" type="checkbox"/> ไม่กิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่กิดแพลงก์ทับ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> การกินอาหาร/สำลักอาหาร <input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input type="checkbox"/> การพลัดตกหลุม <input type="checkbox"/> การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา <input type="checkbox"/> การหลงทาง <input checked="" type="checkbox"/> ข้อติดต่อหรือข้อเท้าตก <input type="checkbox"/> ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุลูกทำร้าย <input type="checkbox"/> ภูบติเหตุเช่นไฟไหม้น้ำร้อนลวกจนน้ำ
<p>ญาติ : <input type="checkbox"/> อยากรู้ข้อมูลรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล <input checked="" type="checkbox"/> อยากรู้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> อยากร่วมงานช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> อยากรับสัตติการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ <input checked="" type="checkbox"/> อยากรู้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เข็มผ้า อ้อมสำเร็จรูป </p>		

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำเนินชีวิต

- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- กลืนลำบาก
- ความสามารถในการมองเห็น
- ความสามารถในการได้ยิน
- ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิต
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ช่องปากไม่สะอาด
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/เدمเคร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา
- มีความเจ็บปวดบริเวณที่นั่นและเหงือกปากหั้ง
- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- ล้วนใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ลักษณะที่ง่ายๆ อ่าน
- ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง
- บริการอื่นๆ
- ครอบครัว/หัวการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/งานจิตใจ/ด้านการเงิน
พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเรือนร่มผู้สูงอายุ/
โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาฯ และฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- รถรับส่งไปสถานบริการให้มีตัวเลือกราชวัง สด./อปท./อื่นๆ)
- ได้รับการปรับสภาพบ้านและร่างกายต้องล้อมที่เหมาะสม
- ได้รับการลงเสริมอาชีพ

เป้าหมายในการดำเนินชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน
ภายใน....3.....เดือน
- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ
หรือดีขึ้น ภายใน....3....เดือน
- แลกทดทับหาย ภายใน.....6...เดือน
- ไม่มีแลกทดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง
การแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ไม่กิจกรรมติดเชือของแพล/ระบบทางเดินปัสสาวะ
/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน...2.....เดือน
- อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองลื่อน
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่นเดินได้ด้วยตนเอง
อาบน้ำเองได้ทานข้าว. องได้ขับถ่ายเองได้
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ประสานหันบุคลากรในพื้นที่
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
-

บริการนอกเหนือรายส่วนตัว(รวมการช่วยเหลือ
ของครอบครัวและ informal)

อุปกรณ์ทางการแพทย์

- | | |
|--|--|
| Syring | เตียง |
| <input checked="" type="checkbox"/> Urine bag | ที่นอนลม |
| <input checked="" type="checkbox"/> สาย NG tube | <input checked="" type="checkbox"/> ...ผ้าอ้อมผู้ใหญ่... |
| <input checked="" type="checkbox"/> สาย Foley's cath | |
| เครื่องผลิตออกซิเจน | |
| เครื่องพ่นยา | |
| <input checked="" type="checkbox"/> อุปกรณ์ทำแผล | |
| เครื่องดูดเสมหะ | |

กิจกรรม

- | | |
|---------------------|---|
| กระดาษบริหารข้อเข่า | |
| กระดาษล้อเลื่อน | |
| ต้มเบลยอกน้ำหน้า | |
| ดูหราอย่างน้ำหนัก | |
| รถเข็นนั่ง | |
| ไม้ค้าบัน | |
| ไม้เท้าช่วยพยุง | |
| ไม้ฝึกกำลังแขน | |
| ไม้ยืนน่อง | <input checked="" type="checkbox"/> เตียงนิเกิลย์ |
| รองเคลื่อนไหว | |
| เครื่องช่วยหายใจ | |

*การปรับความสูงของบันไดภายในและภายนอกบ้าน

*การปรับความกว้างของประตูห้องน้ำห้องนอนห้องอื่นๆ

*การปรับแสงสว่างและการระบายอากาศ

*การเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ

*การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

กิจกรรมหลักในการดำเนินชีวิต

ตื่นนอน
ล้างหน้า
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยถูกต้อง
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดย CC
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดย CC
✓ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
✓ การทำกายภาพบำบัดโดย CC
✓ การออกกำลังกาย
✓ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองชัก
การสร้างสรรค์
การอนหลับ

ผู้ดูแล :

(นางวิชุดา ก้อนแสง)

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับพริก

ผู้รับผิดชอบ :

อาสาสมัครบริบาลห้องถิน(Care Community : CC)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม pan plan ฉบับนี้

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

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

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากการอนุมัติและนำมาปรับใช้เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้กับบุคลากรที่ทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลห้องถิน

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลช่องดินเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง ประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิน (เทศบาล / อบต.) ชื่อ เทศบาลตำบลห้บพริก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

คำชี้แจง ให้ใส่ หน้าที่ข้อรายการที่ต้องกรอกกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นางสมศรี เอี่ยมสะอาด เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3-2510-00443-28-2 วันเดือนปีเกิด : 1 มกราคม 2495 อายุ : 70 ปี</p> <p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี <input checked="" type="checkbox"/> อายากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <input type="checkbox"/> อายากสร้างประโยชน์ให้ลูก孙 <input type="checkbox"/> อายากให้ความอ่อนโยนความสำคัญ/รักสักมีคุณค่า <input checked="" type="checkbox"/> อายากให้มีงานทำและเข้าใจได้/ไม่เบิกทดลอง <input checked="" type="checkbox"/> อายากได้สัมสัคการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น <p>ญาติ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> อายากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล <input checked="" type="checkbox"/> อายากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> อายากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลลัพธ์เบลี่ยน <input type="checkbox"/> อายากได้สัมสัคการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ <input checked="" type="checkbox"/> อายากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เข็มผู้ อ้อมสำเร็จรูป 	<p>ที่อยู่ : 66 หมู่ 2 ต.ห้บพริก อ.รังสฤษฎา จ.สระแก้ว</p> <p>เบอร์โทรศัพท์ :</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 1 TAI = 11 กลุ่มที่ : 1</p> <p>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ใส่สายยางหาร หายใจทางหลอดลมที่คอ ไม่แพลกหับที่กัน ข้อต่อ</p>
<p>แนวโน้มนายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม</p> <p>(รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ชักดิ่งอาหารได้ <input checked="" type="checkbox"/> ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> ดึงเวลาจากไปอย่างสงบ <input type="checkbox"/> ท่องย่ออาศัยเหมาะสม <input type="checkbox"/> มีเชิงมารยาทได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ <input type="checkbox"/> เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input checked="" type="checkbox"/> ไม่กิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัยฯ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่กิดแพลกหับ 		<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> การกินอาหาร/สำลักอาหาร <input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input type="checkbox"/> การพลัดตลาดล้ม <input type="checkbox"/> การทานยานิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา <input type="checkbox"/> /การแพ้ยา <input type="checkbox"/> การหลงทาง <input checked="" type="checkbox"/> ข้อติด/หัวข้อเท้าชา <input type="checkbox"/> ป้องกันภัยแทรกซ้อนอื่นๆ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูทำร้าย <input type="checkbox"/> ยุบตัวเหตุการณ์ไฟไหม้ไว้ร้อนลวกจนน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำเนินชีวิต

- กินปัสสาวะไม่ได้
- กินลำบาก
- ค ความสามารถในการมองเห็น
- ค ความสามารถในการได้อิน
- ค ความเพี้ยนของรายได้ในการดำเนินชีวิต
- ช วัยเหลือคนเมืองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ช องปากไม่สะอาด
- ญาติด้านความจำ/หลงลืม/ขึ้นเครา/นอนไม่หลับ
- ความอ่อนแรงของกำลังมือแขนขา
- ค ความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหือกปากแห้ง
- สิกเนื้อยื่นตลอดเวลา
- ความไม่สื่อผ้าเมืองไม่ได้
- ตกตะずทั้งคืนอาศัย
- ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพูง
- บริการอื่นๆ**
- การอุดครัว, หักการช่วยเหลือดูแลกิจกรรมประจำวัน/ต้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- ฯ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชุมชนผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- ฯ สถานรับส่งไปสถานบริการให้มีที่เลือกรหัสทาง สธ./อปท./อื่นๆ)
- ฯ ได้รับการปรับเปลี่ยนสภาพบ้านและถึงแก่ผลลัมพ์เท่าเดิม
- ฯ ได้รับการรักษาเสริมอาชีพ

เป้าหมายในการดำเนินชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน
ภายใน.....3.....เดือน
- พื้นที่ส่วนของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ
หรือดีขึ้น ภายใน.....3.....เดือน
- แลกฤทธิ์ทับทาย ภายใน.....6.....เดือน
- ไม่มีแลกฤทธิ์ทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง
การแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ
/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน...2.....เดือน
- อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะขึ้นเคราและสมองสื่อม
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่นเดินได้ด้วยตนเอง
อาบน้ำเองได้ทานข้าว, งดได้ขับถ่ายเองได้
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ประสานหันบุคลากรในพื้นที่
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
-

**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการป่วย
ของครอบครัวและ informal)**

อุปกรณ์ทางการแพทย์

Syring	เตียง
<input checked="" type="checkbox"/> Urine bag	ทันอนลง
<input checked="" type="checkbox"/> สาย NG tube	<input checked="" type="checkbox"/> ...ผ้าอ้อมผู้
<input checked="" type="checkbox"/> สาย Foley's cath
	เครื่องผลิตออกซิเจน
	เครื่องพ่นยา
<input checked="" type="checkbox"/> ยุปกรณ์ทำแผล
	เครื่องดูดเสมหะ

ก약อุปกรณ์

กระดาษบริหารข้อเข่า
กระดาษลือเลื่อน
ผ้าเบนคลิกน้ำหนัก
ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
รถเข็นนั่ง
ไม้ค้ำยัน
ไม้เท้าช่วยพูง
ไม้ผึ้งกำลังแข็ง
ไม้ยืนน่อง
คาดเข็มขัดนิรภัย
เตียงฝาปิด
เครื่องช่าง

*การปรับความกว้างของประตูห้องน้ำห้องนอนห้องอื่นๆ

*การดัดแปลงห้องน้ำ

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

ตื่นนอน
ล้างหน้า
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดย CC
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดย CC
✓ การทำภารกิจภายในบ้านโดยญาติ
✓ การทำภารกิจภายในบ้านโดย CC
✓ การออกกำลังกาย
✓ การเบรี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองชัก
การล้างอาบน้ำ
การนอนหลับ

ผู้ดูแล :

(นางวิชุดา ก้อนแสง)

ผู้ดูแลการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับพริก

ผู้รับผิดชอบ :

อาสาสมัครบริบาลห้องถิน(Care Community : CC)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Pan plan ฉบับนี้

1) ลงชื่อ.....ส.ส.ร.ส. วันที่.....๒๗.๒.๕๙ (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :

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

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากการอนุมัติและนำมาปรับใช้เพื่อยกระดับความสอดคล้องให้คุณภาพการทำงานดีขึ้น จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ
อาสาสมัครบริบาลห้องถิน

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลห้องเดินเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิบ ประจำเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนต้น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ หัวหน้าอธิบดี อำเภอ อรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

คำชี้แจง ให้ใส่ หน้าทั้งหมดรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นางสุนี จันทร์คำแสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3-2510-00442-04-0 วันเดือนปีเกิด : 30/10/2511 อายุ : 52 ปี</p> <p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำเนินชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี <input checked="" type="checkbox"/> อยากร่วมช่วยเหลือด้วยตนเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองที่เป็นอยู่ <input type="checkbox"/> อยากร่วมประชุมในสังคม <input checked="" type="checkbox"/> อยากรักษาความสัมภាន/รักสิ่งมีคุณค่า <input checked="" type="checkbox"/> อยากรักษาสุขภาพเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <input type="checkbox"/> อยากรักษาความสามารถพิเศษให้มากขึ้น <p>ญาติ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> อยากรักษาความสัมภានเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล <input checked="" type="checkbox"/> อยากรักษาผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> อยากรักษาความสัมภានให้อุดมสัมภ์เปลี่ยน <input type="checkbox"/> อยากรักษาสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ <input checked="" type="checkbox"/> อยากรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดินรถเข็นผ้าอ้อม 	<p>ที่อยู่ : 114 หมู่ 7 ต.ห้วยพริก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว วินิจฉัย : ADL =3 TAI =12 กลุ่ม=3 เบอร์โทรศัพท์ :</p> <p>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :</p> <p>แนวโน้มนายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ชักดายเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> ถูมารยาทดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ล้างเวลาจากไปอย่างสงบ <input type="checkbox"/> ท่องยาศักย์เหมาะสม <input type="checkbox"/> มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ <input type="checkbox"/> เติบโตโดยไม่ใช้อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เกิดผลข้างเคียง 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การกินอาหาร/สำลักอาหาร <input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและอื่น/ฆ่าตัวตาย <input checked="" type="checkbox"/> การหลัดอกหลัดใจ <input type="checkbox"/> การทานยาพิเศษ/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา <input type="checkbox"/> /การแพ้ยา <input type="checkbox"/> การหลงทาง <input checked="" type="checkbox"/> ข้อติด/หรือข้อเท้าตก <input type="checkbox"/> ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้น้ำร้อนคลากจนน้ำ
--	--	--

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำเนินชีวิต

- กลืนปัสสาวะไม่ได้
- กลืนลำบาก
- ความสามารถในการมองเห็น
- ความสามารถในการได้ยิน
- ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิต
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ซองปากไม่สะอาด
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ชีมเคร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขนขา
- มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง
- รู้สึกเหนื่อยหล่อเวลา
- รวมไส้เลือดผ่านไม่ได้
- ลักษณะที่อยู่อาศัย
- ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้โดยคำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- ครอบครัวให้การช่วยเหลือคุ้มครองและจัดการประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นหมู่บ้านสูงอายุ/

เป้าหมายในการดำเนินชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- พ้นฟุ้กภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ
หรือดีขึ้น ภายใน....3....เดือน
- ผลลัพธ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
ไม่มีผลลัพธ์ทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง
การแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ
/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด
- อาการหลงลืมตื้นขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะชีมเคร้าและสมองเสื่อม
ภายใน....1....สัปดาห์
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่นเดินได้ด้วยตนเอง
อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ประสานทันทุกอาการในพื้นที่

บริการอุปกรณ์รายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ

ของครอบครัวและ Informal)

อุปกรณ์ทางการแพทย์

- | | |
|---------------------|----------------------|
| Syring | เตียง |
| Urine bag | ที่นอนคน |
| สาย NG tube | ผ้าอ้อมผู้สูงอายุ... |
| สาย Foley's cath | |
| เครื่องผลิตออกซิเจน | |
| เครื่องพ่นยา | |
| อุปกรณ์ทำแพล | |
| เครื่องถูดเสมหะ | |

การอุปกรณ์

- | |
|---------------------|
| กระดาษบริหารข้อเข่า |
| กระดาษถือเลื่อน |
| ต้มเบบยกน้ำหนัก |
| ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก |
| รถเข็นนั่ง |
| นั่งถ้วย |
| ไม้เท้าช่วยพยุง |

<input type="checkbox"/>	โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/>	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	<input type="checkbox"/>	ไม่มีกิจกรรม
<input type="checkbox"/>	รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกรหัส สธ./อปท./อื่นๆ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไม่ต้อง
<input type="checkbox"/>	ได้รับการปรับสภาพบ้านและลิ้งแวดล้อมที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	รอเปลี่ยนใหม่
<input type="checkbox"/>	ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	รวมฝึกอบรมและเดินทาง
<input checked="" type="checkbox"/>	ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ถูกแลกจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เดินทาง
กิจกรรมการดูแล					

*การวัดสัญญาณชีพ(ความดันชีพและการหายใจและวัดไข้)

*การล้างหน้าแปรงฟัน

*การอาบน้ำ

*การสระผน

*การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

*การเช็ดตัว

*การทำให้โลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินฯ

*การตัดเล็บ

*การโภนหนวด

*การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ

*การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน

*การเตรียมอาหาร

*การเตรียมอุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้

*การเตรียมจัดยาตามเวลา

*การป้อนอาหาร

*การให้อาหารทางสายยาง(NG tube)

*การให้ยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด

*การประเมินความถูกต้องการใช้ยา

- *การ ~~ประมิณ~~ ภาระน้ำหนักทาง
- *การ ~~หัก~~ หักด้วยหัวเรือ อาหารที่เหมาะสม
- *การ ~~คาดผ่อ~~ คาดผ่อ น้ำลายก้อนๆ ตามเนื้อและกระดูกบุหรี่เป็นหลัก เสื่อมเสีย
- *การ ~~บริหารช้อและกลั้ว~~ ตามเนื้อ
- *การ ~~คลื่อน~~ ย้ายผู้สูงอายุ ยุบตีียงและลงจากเตียง
- *การ ~~ยก~~ ยกหาง ตัว
- *การ ~~ยก~~ ยกเดิน
- *การ ~~ยก~~ ยกการ คลานไว้ในพื้นที่ที่ต่างระดับ
- *การ ~~ยก~~ ยกการ คลั่นปั๊สสาวะ
- *การ ~~วาง~~ วางหัวเข้าหัวออก
- *การ ~~แล้ว~~ แล้ว นอุจจาระ
- *การ ~~แล้ว~~ แล้ว อุจจาระ
- *การ ~~น่านำ~~ นำอาหารกรรไห์ ตุ้นการขับถ่าย
- *การ ~~แลทำ~~ แลทำ ความสะอาด ทำความสะอาดให้ผู้สูงอายุส่วนปั๊สสาวะ
- *การ ~~แลเปลี่ยนสายลับ~~ แลเปลี่ยนสายลับ ปั๊สสาวะ/ถุงยางอนามัย
- *การ ~~ลิกตะ~~ ลิกตะ แบ่งตัว
- *การ ~~ตีท่าน~~ ตีท่าน อนป้องกัน แพลกัดทับ
- *การ ~~ตีท่าน~~ ตีท่าน อนป้องกัน หัวอก
- *การ ~~บีบ~~ บีบสนุก นอุปกรณ์ ป้องกันการเกิดแพลกัดทับ
- *การ ~~ไฟ~~ ไฟแพล กัดทับ
- *การ ~~ไฟ~~ ไฟแต่งแพลกัดทับ
- *การ ~~ไฟ~~ ไฟการความเจ็บป่วย
- *การ ~~จะเมิน~~ จะเมิน คายแนนค์ ความเจ็บปวด
- *การ ~~ไข้~~ ไข้ ไข้ยานร รากเหงาป่าด

- *การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล
- *การเจาะเลือดจากเล็บเลือดค่า
- *การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ
- *การให้สารสูญทางหลอดเลือดค่า
- *การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย
- *การลงทะเบียนในการจัดงานศพผู้สูงอายุ

กิจกรรมหลักในการดำเนินชีวิต		
<input type="checkbox"/>	ดื่มนอน	
<input type="checkbox"/>	ล้างหน้า	
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ	
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดย CC	
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดย CC	
<input type="checkbox"/>	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
<input checked="" type="checkbox"/>	การทำกายภาพบำบัดโดย CC	
<input checked="" type="checkbox"/>	การออกกำลังกาย	
<input type="checkbox"/>	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
<input type="checkbox"/>	การส้วม	
<input type="checkbox"/>	การนอนหลับ	

ผู้จัดทำ : *กนก พากิส*

(นางสาว ณัชนาพิพิชช์ ชิจังหรีด)

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหว้า

ผู้รับผิดชอบ :

(นาง สม ใจดี)

อาสาสมัครบริบาลห้องถีน(Care Community : CC)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม pan plan ฉบับนี้

1) ลงชื่อ *นาย สม ใจดี* ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :

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

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลห้องเดินเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิช ประจำเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถัน (เทศบาล / อบต.) ชื่อ ทับพริก อำเภอรัษฎาประเทศ จังหวัดสระบุรี

คำชี้แจง ให้ใส่ หน้าทั่วไปรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นายสัก รักพิปิช เลขบัตรประจำตัวประชาชน วันเดือนปีเกิด : 01/01/2482 อายุ : 82 ปี</p> <p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดูแลชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีสักดิศรี <input checked="" type="checkbox"/> อยากรวยเรื่องได้ให้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <input type="checkbox"/> อยากรักษาประยุษชนให้สังคม <input checked="" type="checkbox"/> อยากรักให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า <input checked="" type="checkbox"/> อยากรักให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <input type="checkbox"/> อยากรักได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น <p>ญาติ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> อยากรักให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล <input checked="" type="checkbox"/> อยากรักให้ผู้สูงอายุเข้าใจเหลือตนเองได้มากขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> อยากรักให้มีคนช่วยเหลือดูแลดัดแปลงเปลี่ยน <input type="checkbox"/> อยากรักได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ <input checked="" type="checkbox"/> อยากรักได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดินรถเข็นผ้าอ้อม 	<p>ที่อยู่ : 162 หมู่ 7 ต.ทับพริก อ.รัษฎาประเทศ จ.สระบุรี วินิจฉัย : ADL = 3 TAI = 12 กญ.=2 เบอร์โทรศัพท์ :</p> <p>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :</p> <p>แนวโน้มนายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ชักดิ่งเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> อยู่ติดสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ <input type="checkbox"/> ท้อแท้อาศัยเหมาสม <input type="checkbox"/> มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ <input type="checkbox"/> เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนนานๆ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เกิดผลกดทับ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การกินอาหาร/สำลักอาหาร <input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input checked="" type="checkbox"/> การหลัดตกหลัง <input type="checkbox"/> การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา <input type="checkbox"/> การหลงทาง <input checked="" type="checkbox"/> ข้อติด/หรือข้อเท้าตก <input type="checkbox"/> ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุเข่นไฟในม่านอ่อนคลายจนน้ำ
---	---	--

<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> กลืนปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> กลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น <input type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน <input type="checkbox"/> ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต <input checked="" type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ[*] <input type="checkbox"/> ซองปากไม่สะอาด <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ชีมเคร้า/นอนไม่หลับ <input checked="" type="checkbox"/> มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขนขา <input type="checkbox"/> มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากเหง้า <input type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา <input type="checkbox"/> สามารถใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> ลักษณะท้อถูกอาการ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยล้าพังต้องมีคนช่วยพยุง</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ให้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน <input type="checkbox"/> ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input checked="" type="checkbox"/> พื้นผุกภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน.....3....เดือน <input type="checkbox"/> ผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ไม่มีผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> เป็บน้ำทางท่อนน้ำดัน ภายใน.....ว/ส/ด <input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง การแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านการอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ /ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด <input type="checkbox"/> อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะชีมเคร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....1....สัปดาห์ <input checked="" type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่</p>	<p>บริการออกหนีรายสัปดาห์(รวมการป่วยเหลือ ของครอบครัวและ informal)</p> <p>อุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Syring</td> <td>เตียง</td> </tr> <tr> <td>Urine bag</td> <td>ที่นอนลม</td> </tr> <tr> <td>สาย NG tube</td> <td>...ผ้าอ้อมผู้ใหญ่...</td> </tr> <tr> <td>สาย Foley's cath</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>เครื่องผลิตออกซิเจน</td> <td></td> </tr> <tr> <td>เครื่องพ่นยา</td> <td></td> </tr> <tr> <td>อุปกรณ์ทำแผล</td> <td></td> </tr> <tr> <td>เครื่องดูดเสมหะ</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>การอุปกรณ์</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>กระดาษบริหารร้อนเย่า</td> </tr> <tr> <td>กระดาษถือเลื่อน</td> </tr> <tr> <td>ต้มเบลย์กน้ำหนัก</td> </tr> <tr> <td>ถุงรายถ่วงน้ำหนัก</td> </tr> <tr> <td>รถเข็นนั่ง</td> </tr> <tr> <td>ไม้ค้ำยัน</td> </tr> <tr> <td>ไม้เท้าช่วยพยุง</td> </tr> </tbody> </table>	Syring	เตียง	Urine bag	ที่นอนลม	สาย NG tube	...ผ้าอ้อมผู้ใหญ่...	สาย Foley's cath	เครื่องผลิตออกซิเจน		เครื่องพ่นยา		อุปกรณ์ทำแผล		เครื่องดูดเสมหะ		กระดาษบริหารร้อนเย่า	กระดาษถือเลื่อน	ต้มเบลย์กน้ำหนัก	ถุงรายถ่วงน้ำหนัก	รถเข็นนั่ง	ไม้ค้ำยัน	ไม้เท้าช่วยพยุง
Syring	เตียง																								
Urine bag	ที่นอนลม																								
สาย NG tube	...ผ้าอ้อมผู้ใหญ่...																								
สาย Foley's cath																								
เครื่องผลิตออกซิเจน																									
เครื่องพ่นยา																									
อุปกรณ์ทำแผล																									
เครื่องดูดเสมหะ																									
กระดาษบริหารร้อนเย่า																									
กระดาษถือเลื่อน																									
ต้มเบลย์กน้ำหนัก																									
ถุงรายถ่วงน้ำหนัก																									
รถเข็นนั่ง																									
ไม้ค้ำยัน																									
ไม้เท้าช่วยพยุง																									
<p>บริการอื่นๆ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน <input type="checkbox"/> พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชุมชนผู้สูงอายุ</p>																									

<input type="checkbox"/> โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	<input type="checkbox"/> ไม่มีฝึกกำลังแข้น
<input type="checkbox"/> รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)	<input type="checkbox"/>	เมียคบค้อง
<input type="checkbox"/> ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/>	รอกเคลื่อนไหว
<input type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	<input type="checkbox"/>	รวมฝึกอยืนและเดิน
<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/คุยกับพนักงานภาครัฐและเอกชน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> เดียงฝึกยืน เครื่องช่วยฟัง แหวนสายตา

กิจกรรมการดูแล

- *การวัดสัญญาณชีพ(ความดันชีพจุลทรรษหายใจและวัดไข้)
- *การล้างหน้าแบบร้อน
- *การอาบน้ำ
- *การสาระผสม
- *การทำความสะอาดบริเวณอย่างละเอียดพื้นที่
- *การเช็ดตัว
- *การทำให้โลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินฯ
- *การตัดเล็บ
- *การโกนหนวด
- *การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ
- *การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน
- *การเตรียมอาหาร
- *การเตรียมอุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้
- *การเตรียมจัดยาตามเวลา
- *การป้อนอาหาร
- *การให้อาหารทางสายยาง(NG tube)
- *การให้ยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด
- *การประเมินความถูกต้องการใช้ยา

- "การประเมินภาวะโภชนาการ
- "การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม
- "การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด
- "การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ
- "การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง
- "การฝึกทรงตัว
- "การฝึกเดิน
- "การฝึกการกล่าวในพื้นที่ต่างระดับ
- "การฝึกการกลืนปัสสาวะ
- "การนวดหน้าท้อง
- "การดูแลสวนอุจจาระ
- "การดูแลล้างอุจจาระ
- "การแนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย
- "การดูแลทำความสะอาดผู้สูงอายุบ้านปัสสาวะ
- "การดูแลเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ/ถุงยางอนามัย
- "การพลิกตะแคงตัว
- "การจัดท่านอนป้องกันแพลงก์ทับ
- "การจัดท่านอนป้องกันเห้าอก
- "การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการเกิดแพลงก์ทับ
- "การทำแพลงก์ทับ
- "การตอกแต่งแพลงก์ทับ
- "การจัดการความเจ็บปวด
- "การประเมินค่าคะแนนความเจ็บปวด
- "การให้ยาบรรเทาปวด

- *การอ่านหนังสือ
- *การพิงธรรมชาติวิทยา/โทรทัศน์/โทรศัพท์
- *การสaddAction
- *การลอกหมาย
- *การฝึกสมาธิ
- *การฝึกการหายใจ
- *การกระตุ้นการใส่บทาร
- *การกระตุ้นไปร复
- *สุคนธบำบัด(Aroma therapy)
- *ดนตรีบำบัด(Music therapy)
- *การประเมิน ADL
- *การประเมินภาวะสมองเสื่อม
- *การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ
- *การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ
- *การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย
- *การปรับสภาพห้องน้ำห้องนอนห้องครัวห้องรับแขกพื้นที่ภายในบ้านอื่นๆ
- *การปรับทางเข้าบ้านทางลาดพื้นที่ต่างระดับชั้นและประตู
- *การปรับความสูงของบันไดภายในและภายนอกบ้าน
- *การปรับความกว้างของประตูห้องน้ำห้องนอนห้องอื่นๆ
- *การปรับความสูงของเตียงโดยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
- *การเพิ่มเร้าบ้านให้ราวกับเดิน
- *การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยทำกิจวัตรประจำวัน
- *ส่งเสริมผู้สูงอายุประเมินปรับสภาพบ้าน
- *การปรับแสงสว่างและการระบายน้ำ

- *การเจาะเลือดปaleyน้ำเพื่อตรวจระดับน้ำตาล
- *การเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ
- *การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ
- *การให้สารผู้สูงอายุร่วมกับยา
- *การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุร่วมกับยา
- *การลงเคราะห์ในการจัดงานภาพผู้สูงอายุ

กิจกรรมหลักในการดำเนินชีวิต	
<input type="checkbox"/>	ดื่มน้ำ
<input type="checkbox"/>	ล้างหน้า
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดย CC
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดย CC
<input type="checkbox"/>	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
<input checked="" type="checkbox"/>	การทำกายภาพบำบัดโดย CC
<input checked="" type="checkbox"/>	การออกกำลังกาย
<input type="checkbox"/>	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ
<input type="checkbox"/>	การส้วมมนต์
<input type="checkbox"/>	การอนหลับ
	

ผู้จัดทำ : **นรีศานาท พ.**
(นางสาว ณัชนาท พิพิธ ชิจังหวีต)
ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหว้า

ผู้รับผิดชอบ :
(**นาย กานต์ ธรรมรงค์**)
อาสาสมัครบริบาลห้องถิน(Care Community : CC)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Plan plan ฉบับนี้

1) ลงชื่อ **คุณ กานต์ ธรรมรงค์** (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :

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