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

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ ทับพริก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

คำชี้แจง ให้ใส่ หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นายสายสูณ เหมาะสมาน เลขบัตรประจำตัวประชาชน วันเดือนปีเกิด : 01/01/2495 อายุ : 70 ปี	ที่อยู่ : 100ม.7 ต.ทับพริก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL =11TAI =l2 กลุ่ม=2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☑ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☑ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☑ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☐ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☑ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☑ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☑ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นอุปกรณ์ช่วยเดินรถเข็นผ้าอ้อม	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 ☐ อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้น้ำร้อนลวกจมน้ำ

( ) ( )

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

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

บริการอื่นๆ

- [x] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

- [x] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....3....เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน....1.....สัปดาห์
- [x] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

อุปกรณ์ทางการแพทย์

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

กายอุปกรณ์

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง

☐ โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐ ไม่ฝึกกำลังแขน		
☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)	☐	☐ ไม้ยึดน่อง	☐ เตียงฝึกยืน	
☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	.....	☐ รอกเคลื่อนไหว	☐ เครื่องช่วยฟัง	
☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	☐	☐ ราวฝึกยืนและเดิน	☐ แว่นสายตา	
✓ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	.....	☐	☐	

กิจกรรมการดูแล

*การวัดสัญญาณชีพ(ความดันชีพจรการหายใจและวัดไข้)

*การล้างหน้าแปรงฟัน

*การอาบน้ำ

*การสระผม

*การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

*การเช็ดตัว

*การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ

*การตัดเล็บ

*การโกนหนวด

*การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ

*การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน

*การเตรียมอาหาร

*การเตรียมอุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้

*การเตรียมจัดยาตามเวลา

*การป้อนอาหาร

*การให้อาหารทางสายยาง(NG tube)

*การให้ยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด

*การประเมินความถูกต้องการใช้ยา

( ) ( )

*การประเมินภาวะโภชนาการ

*การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม

*การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด

*การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ

*การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง

*การฝึกทรงตัว

*การฝึกเดิน

*การฝึกการกล่าวในพื้นที่ต่างระดับ

*การฝึกการกลั้นปัสสาวะ

*การนวดหน้าท้อง

*การดูแลสวนอุจจาระ

*การดูแลล้วงอุจจาระ

*การแนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย

*การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ

*การดูแลเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ/ถุงยางอนามัย

*การพลิกตะแคงตัว

*การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ

*การจัดท่านอนป้องกันเท้าตก

*การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับ

*การทำแผลกดทับ

*การตกแต่งแผลกดทับ

*การจัดการความเจ็บปวด

*การประเมินคะแนนความเจ็บปวด

*การให้ยาบรรเทาปวด

*การอ่านหนังสือ

*การฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์

*การสาดมนต์

*การละหมาด

*การฝึกสมาธิ

*การฝึกการหายใจ

*การกระตุ้นการใส่บาตร

*การกระตุ้นไปวัด

*สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy)

*ดนตรีบำบัด(Music therapy)

*การประเมิน ADL

*การประเมินภาวะสมองเสื่อม

*การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ

*การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ

*การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย

*การปรับสภาพห้องน้ำห้องนอนห้องครัวห้องรับแขกพื้นที่ภายในบ้านอื่นๆ

*การปรับทางเข้าบ้านทางลาดพื้นที่ต่างระดับธรณีประตู

*การปรับความสูงของบันไดภายในและภายนอกบ้าน

*การปรับความกว้างของประตูห้องน้ำห้องนอนห้องอื่นๆ

*การปรับความสูงของเตียงโต๊ะให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

*การเพิ่มราจับราวบันไดราวเกาะยึนฝึกเดิน

*การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยทำกิจวัตรประจำวัน

*ส่งปรึกษาผู้ประเมินปรับสภาพบ้าน

*การปรับแสงสว่างและการระบายอากาศ

( ) ( )

*การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล

*การเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ

*การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

*การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

*การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย

*การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [ ] ตื่นนอน
- [ ] ล้างหน้า
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดย CC
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดย CC
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [x] การทำกายภาพบำบัดโดย CC
- [x] การออกกำลังกาย
- [ ] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ : ณัจขนาทิพย์

(นางสาว ณัจขนาทิพย์ ชิจังหรีด)

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหว้า

ผู้รับผิดชอบ :

(.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น(Care Community : CC)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม pan plan ฉบับนี้

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

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

( )

( )

ช

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

คำชี้แจง ให้ใส่ หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นายแพง เดชา เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3-2510-00432-24-9 วันเดือนปีเกิด : 1 มกราคม 2488 อายุ : 77 ปี	ที่อยู่ : 42 ม.1 ต.ทับพริก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= 10 TAI= 11 กลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ใส่สายอาหาร และสายสวนปัสสาวะ ไม่มีแผลกดทับที่ก้น ข้อเริ่มติด
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : [ ] ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี [✓] อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ [ ] อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม [ ] อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า [✓] อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง [✓] อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : [ ] อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล [✓] อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น [✓] อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน [ ] อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ [✓] อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นอุปกรณ์ช่วยเดินรถเข็นผ้าอ้อม	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) [✓] กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ [✓] ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง [ ] ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ [✓] ที่อยู่อาศัยเหมาะสม [ ] มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ [✓] เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ [ ] ไม่มีภาวะซึมเศร้า [✓] ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ [✓] ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ [✓] การกินอาหาร/สำลักอาหาร [ ] การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย [✓] การพลัดตกหกล้ม [✓] การทานยาผิด/เผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา [ ] การหลงทาง [✓] ข้อติด/หรือข้อเท้าตก [ ] ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ [ ] ผู้สูงอายุถูกทำร้าย [✓] อุบัติเหตุเช่นไฟ หม้น้ำร้อนลวกจมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

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

บริการอื่นๆ

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

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

- [ ] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.. ..3....เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน .....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ /ระบบทางเดินหายใจ ภายใน....3.....ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....)

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ nformal)

อุปกรณ์ทางการแพทย์

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

กายอุปกรณ์

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยืดน่อง
- [ ] เตียงฝึกยืน

☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	.....	☐ รอกเคลื่อนไหว	☐ เครื่องช่วยฟัง
✓ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	☐	☐ ราวฝึกยืนและเดิน	☐ แว่นสายตา

กิจกรรมการดูแล

*การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน ชีพจรการหายใจและวัดไข้)

*การล้างหน้าแปรงฟัน

*การอาบน้ำ

*การสระผม

*การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

*การเช็ดตัว

*การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเป็นๆ

*การตัดเล็บ

*การโกนหนวด

*การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ

*การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน

*การเตรียมอาหาร

*การเตรียมอุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้

*การเตรียมจัดยาตามเวลา

*การป้อนอาหาร

*การให้อาหารทางสายยาง(NG tube)

*การให้ยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด

*การประเมินความถูกต้องการใช้ยา

*การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ

*การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย

*การปรับสภาพห้องน้ำห้องนอนห้องครัวห้องรับแขกพื้นที่ภายในบ้านอื่นๆ)

*การประเมินภาวะโภชนาการ

*การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม

*การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด

*การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ

*การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง

*การฝึกทรงตัว

*การฝึกเดิน

*การฝึกการกล่าวในพื้นที่ต่างระดับ

*การฝึกการกลั้นปัสสาวะ

*การนวดหน้าท้อง

*การดูแลสวนอุจจาระ

*การดูแลล้วงอุจจาระ

*การแนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย

*การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ

*การดูแลเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ/ถุงยางอนามัย

*การพลิกตะแคงตัว

*การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ

*การจัดท่านอนป้องกันเท้าตก

*การปรับความสูงของเตียงโต๊ะให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

*การเพิ่มเราจับราวบันไดราวเกาะยืนฝึกเดิน)

*การทำแผลกดทับ

*การตกแต่งแผลกดทับ

*การจัดการความเจ็บปวด

*การประเมินคะแนนความเจ็บปวด

*การให้ยาบรรเทาปวด

*การอ่านหนังสือ

*การฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์

*การสวดมนต์

*การละหมาด

*การฝึกสมาธิ

*การฝึกการหายใจ

*การกระตุ้นการใส่บาตร

*การกระตุ้นไปวัด

*สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy)

*ดนตรีบำบัด(Music therapy)

*การประเมิน ADL

*การประเมินภาวะสมองเสื่อม

*การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ

*การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

*การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย

*การปรับทางเข้าบ้านทางลาดพื้นที่ต่างระดับธรณีประตู
*การปรับความสูงของบันไดภายในและภายนอกบ้าน
*การปรับความกว้างของประตูห้องน้ำห้องนอนห้องอื่นๆ
*การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยทำกิจวัตรประจำวัน
*ส่งปรึกษาผู้ประเมินปรับสภาพบ้าน
*การปรับแสงสว่างและการระบายอากาศ
*การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ
*การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล
*การเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ
*การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
	ตื่นนอน
	ล้างหน้า
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดย CC
	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดย CC
✓	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
✓	การทำกายภาพบำบัดโดย CC
✓	การออกกำลังกาย
✓	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
	การสวดมนต์
	การนอนหลับ
	.....

ผู้จัดทำ :

(นางวิชชุดา กอนแสง)

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับพริก

ผู้รับผิดชอบ :

(.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น(Care Community : CC)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม pan plan ฉบับนี้

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

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

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

))

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

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ เทศบาลตำบลทับพริก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

คำชี้แจง ให้ใส่ หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นายชลอ ศรีรุจ เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3-2504-01166-06-9 วันเดือนปีเกิด :3 เมษายน 2504 อายุ : 61 ปี	ที่อยู่ : 129 ม.2 ต.ทับพริก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= 0 TAI= 11 กลุ่มที่ : 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ใส่สายอาหาร หายใจทางหลอดลมที่คอ ใส่สายสวนปัสสาวะ มีแผลกดทับที่ก้น กล้ามเนื้อซ้ายอ่อนแรง
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : [ ] ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี [✓] อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ [ ] อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม [ ] อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า [✓] อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง [✓] อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : [ ] อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล [✓] อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น [✓] อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน [ ] อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ [✓] อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นเข็นผ้าอ้อมสำเร็จรูป	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 [ ] อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้น้ำร้อนลวกจมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

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

บริการอื่นๆ

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

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

- [x] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....3.....เดือน
- [x] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....3....เดือน
- [x] แผลกดทับหาย ภายใน.....6....เดือน
- [ ] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน...2.....ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....
  .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal)

อุปกรณ์ทางการแพทย์

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

กายอุปกรณ์

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยึดน่อง
- [ ] รอกเคลื่อนไหว
- [ ] เตียงฝึกยืน
- [ ] เครื่องช่วยฟัง

*การปรับความสูงของบันไดภายในและภายนอกบ้าน *การปรับแสงสว่างและการระบายอากาศ *การเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ

*การปรับความกว้างของประตูห้องน้ำห้องนอนห้องอื่นๆ *การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
	ตื่นนอน
	ล้างหน้า
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดย CC
	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดย CC
✓	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
✓	การทำกายภาพบำบัดโดย CC
✓	การออกกำลังกาย
✓	การเปลี่ยนเผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
	การสวดมนต์
	การนอนหลับ
	.....

ผู้จัดทำ :

(นางวิชชุดา กอนแสง)

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับพริก

ผู้รับผิดชอบ :

(นางสาวปิยาภา .....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น(Care Community : CC)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม pan plan ฉบับนี้

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

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

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

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

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ เทศบาลตำบลทับพริก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

คำชี้แจง ให้ใส่ หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นางสมศรี เอี่ยมสอาด เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3-2510-00443-28-3 วันเดือนปีเกิด :1 มกราคม 2495 อายุ : 70 ปี	ที่อยู่ : 66ม.2 ต.ทับพริก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= 6 TAI= 11 กลุ่มที่ : 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ใส่สายอาหาร หายใจทางหลอดลมที่คอ มีแผลกดทับที่ก้น ข้อติด
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ :** ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☑ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☑ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☑ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ :** ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☑ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☑ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☑ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นเข็นผ้าอ้อมสำเร็จรูป	**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 ☐ อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้น้ำร้อนลวกจมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- [✓] กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- [✓] กลั้นลำบาก
- [ ] ความสามารถในการมองเห็น
- [ ] ความสามารถในการได้ยิน
- [ ] ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- [✓] ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- [ ] ช่องปากไม่สะอาด
- [ ] ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- [✓] มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- [ ] มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- [ ] มีสีกเหนื่อยตลอดเวลา
- [✓] สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- [ ] สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย
- [✓] ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- [✓] ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- [ ] ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

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

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

- [✓] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....3.....เดือน
- [✓] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....3....เดือน
- [✓] แผลกดทับหาย ภายใน.....6....เดือน
- [ ] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [✓] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ /ระบบทางเดินหายใจ ภายใน...2.....ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] .....

.....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่ว

ของครอบครัวและ informal)

อุปกรณ์ทางการแพทย์

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

กายอุปกรณ์

- [ ] กระดานบริหารข้อเท้า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง
- [ ] ไม้ฝึกกำลังแขน
- [ ] ไม้ยืดน่อง
- [ ] รถเคลื่อนไหว
- [ ] เตียงฝึกยื
- [ ] เครื่องช่ว

*การปรับความกว้างของประตูห้องน้ำห้องนอนห้องอื่นๆ

*การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
	ตื่นนอน
	ล้างหน้า
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดย CC
	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดย CC
✓	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
✓	การทำกายภาพบำบัดโดย CC
✓	การออกกำลังกาย
✓	การเปลี่ยนเผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
	การสวดมนต์
	การนอนหลับ
	.....

ผู้จัดทำ : .....

(นางวิชชุดา กอนแสง)

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับพริก

ผู้รับผิดชอบ :

(.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น(Care Community : CC)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม pan plan ฉบับนี้

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

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

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

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

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ ทับพริก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

คำชี้แจง ให้ใส่ หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นางสุณี จันทคำแสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน :3-2510-00442-04-0 วันเดือนปีเกิด : 30/10/2511 อายุ : 52 ปี	ที่อยู่ : 114 ม.7 ต.ทับพริก อ.อรัญประเทศ จ.สระแ เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL =3 TAI =12 กลุ่ม=3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☑ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☑ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☑ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☐ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☑ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☑ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☑ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นอุปกรณ์ช่วยเดินรถเข็นผ้าอ้อม	**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 ☐ อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้น้ำท่วมลวกจมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

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

บริการอื่นๆ

- [x] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

- [x] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....3....เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน....1.....สัปดาห์
- [x] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

อุปกรณ์ทางการแพทย์

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

กายอุปกรณ์

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง

☐	โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐	ไม่ฝึกกำลังแขน	
☐	รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)	☐	☐	ไม่ยืดน่อง	☐ เตียงฝึกยืน
☐	ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	.....	☐	รอกเคลื่อนไหว	☐ เครื่องช่วยฟัง
☐	ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	☐	☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐ แว่นสายตา
✓	ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	.....	☐	.....	☐ .....

กิจกรรมการดูแล

*การวัดสัญญาณชีพ(ความดันชีพจรการหายใจและวัดไข้)

*การล้างหน้าแปรงฟัน

*การอาบน้ำ

*การสระผม

*การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

*การเช็ดตัว

*การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ

*การตัดเล็บ

*การโกนหนวด

*การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ

*การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน

*การเตรียมอาหาร

*การเตรียมอุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้

*การเตรียมจัดยาตามเวลา

*การป้อนอาหาร

*การให้อาหารทางสายยาง(NG tube)

*การให้ยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด

*การประเมินความถูกต้องการใช้ยา

*การประเมินภาวะโภชนาการ

*การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม

*การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด

*การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ

*การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง

*การกลิ้งตัว

*การกลืน

*การกลั้นการขับถ่ายในที่ต่างระดับ

*การกลั้นปัสสาวะ

*การนวดหน้าท้อง

*การแลสวนอุจจาระ

*การแลล้วงอุจจาระ

*การแนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย

*การแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ

*การแลเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ/ถุงยางอนามัย

*การลิกตะแคงตัว

*การวางท่านอนป้องกันแผลกดทับ

*การวางท่านอนป้องกันเท้าตก

*การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับ

*การหาแผลกดทับ

*การหาแต่งแผลกดทับ

*การวัดการความเจ็บปวด

*การประเมินคะแนนความเจ็บปวด

*การให้ยาบรรเทาปวด

*การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล

*การเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ

*การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

*การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

*การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย

*การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [ ] ตื่นนอน
- [ ] ล้างหน้า
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดย CC
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดย CC
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [x] การทำกายภาพบำบัดโดย CC
- [x] การออกกำลังกาย
- [ ] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ : ณัจขนาทิพย์

(นางสาว ณัจขนาทิพย์ ชิจังหรีด)

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหว้า

ผู้รับผิดชอบ :

(นางสาว ศิริ วุฒิชา)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น(Care Community : CC)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม pan plan ฉบับนี้

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

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

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

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนส่วนถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ ทับพริก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

คำชี้แจง ให้ใส่ หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นายลัด รักพินิจ เลขบัตรประจำตัวประชาชน วันเดือนปีเกิด : 01/01/2482 อายุ : 82 ปี	ที่อยู่ : 162ม.7 ต.ทับพริก อ.อรัญประเทศ จ.สระแ เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL =3 TAI =12 กลุ่ม=2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☑ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☑ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☑ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☐ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☑ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☑ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☑ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นอุปกรณ์ช่วยเดินรถเข็นผ้าอ้อม	**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 ☐ อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้น้ำร้อนลวกจมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

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

บริการอื่นๆ

- [x] ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- [ ] พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

- [x] ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....3....เดือน
- [ ] แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด
- [ ] อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [x] ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน....1.....สัปดาห์
- [x] ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- [ ] ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

อุปกรณ์ทางการแพทย์

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

กายอุปกรณ์

- [ ] กระดานบริหารข้อเข่า
- [ ] กระดานล้อเลื่อน
- [ ] ดัมเบลยกน้ำหนัก
- [ ] ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- [ ] รถเข็นนั่ง
- [ ] ไม้ค้ำยัน
- [ ] ไม้เท้าช่วยพยุง

☐	โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐	ไม่ฝึกกำลังแขน	
☐	รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)	☐	☐	ไม้ยึดน่อง	☐ เตียงฝึกยืน
☐	ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	.....	☐	รอกเคลื่อนไหว	☐ เครื่องช่วยฟัง
☐	ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	☐	☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐ แว่นสายตา
✓	ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	.....	☐	.....	☐ .....

กิจกรรมการดูแล

*การวัดสัญญาณชีพ(ความดันชีพจรการหายใจและวัดไข้)

*การล้างหน้าแปรงฟัน

*การอาบน้ำ

*การสระผม

*การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

*การเช็ดตัว

*การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ

*การตัดเล็บ

*การโกนหนวด

*การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ

*การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน

*การเตรียมอาหาร

*การเตรียมอุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้

*การเตรียมจัดยาตามเวลา

*การป้อนอาหาร

*การให้อาหารทางสายยาง(NG tube)

*การให้ยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด

*การประเมินความถูกต้องการใช้ยา

*การประเมินภาวะโภชนาการ

*การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม

*การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด

*การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ

*การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง

*การฝึกทรงตัว

*การฝึกเดิน

*การฝึกการกล่าวในพื้นที่ต่างระดับ

*การฝึกการกลั้นปัสสาวะ

*การนวดหน้าท้อง

*การดูแลสวนอุจจาระ

*การดูแลล้วงอุจจาระ

*การแนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย

*การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ

*การดูแลเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ/ถุงยางอนามัย

*การพลิกตะแคงตัว

*การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ

*การจัดท่านอนป้องกันเท้าตก

*การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับ

*การทำแผลกดทับ

*การตกแต่งแผลกดทับ

*การจัดการความเจ็บปวด

*การประเมินคะแนนความเจ็บปวด

*การให้ยาบรรเทาปวด

*การอ่านหนังสือ

*การฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์

*การสวดมนต์

*การละหมาด

*การฝึกสมาธิ

*การฝึกการหายใจ

*การกระตุ้นการใส่บาตร

*การกระตุ้นไปวัด

*สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy)

*ดนตรีบำบัด(Music therapy)

*การประเมิน ADL

*การประเมินภาวะสมองเสื่อม

*การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ

*การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ

*การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย

*การปรับสภาพห้องน้ำห้องนอนห้องครัวห้องรับแขกพื้นที่ภายในบ้านอื่นๆ

*การปรับทางเข้าบ้านทางลาดพื้นที่ต่างระดับธรณีประตู

*การปรับความสูงของบันไดภายในและภายนอกบ้าน

*การปรับความกว้างของประตูห้องน้ำห้องนอนห้องอื่นๆ

*การปรับความสูงของเตียงโต๊ะให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

*การเพิ่มเราจับราวบันไดราวเกาะยืนฝึกเดิน

*การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยทำกิจวัตรประจำวัน

*ส่งปรึกษาผู้ประเมินปรับสภาพบ้าน

*การปรับแสงสว่างและการระบายอากาศ

*การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล

*การเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ

*การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

*การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

*การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย

*การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- [ ] ตื่นนอน
- [ ] ล้างหน้า
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดย CC
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- [ ] ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดย CC
- [ ] การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- [✓] การทำกายภาพบำบัดโดย CC
- [✓] การออกกำลังกาย
- [ ] การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- [ ] การสวดมนต์
- [ ] การนอนหลับ
- [ ] .....

ผู้จัดทำ : ณัจขนาทิพย์

(นางสาว ณัจขนาทิพย์ ชิจังหรีด)

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหว้า

ผู้รับผิดชอบ :

(.....เชิม, จันดาวม.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น(Care Community : CC)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม pan plan ฉบับนี้

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

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