

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

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ...องค์การบริหารส่วนตำบลวังพญา.. อำเภอ...รามัน...จังหวัด ยะลา

คำชี้แจง ให้ใส่

และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นางเคลื่อนไหว ขวัญเชื้อ เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3950600513544 วันเดือนปีเกิด : 1 มกราคม 2478 อายุ : 84 ปี	ที่อยู่ : 44/1 หมู่6 ต.วังพญา เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= 7 TAI=83 กลุ่มที่ :1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ตา2 ข้างมองไม่ชัดจอประสาทตาเสื่อมขา2ข้างอ่อนแรงเดินไม่สะดวก กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง	
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี / ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็น ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า / ☐ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง / ☐ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล / ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเปลี่ยนแปลง / ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ / ☐ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม ข้อควรระวังในการให้บริการ (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) <table border="1"> <tr> <td data-bbox="898 639 1285 1174"> / ☐ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ / ☐ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ / ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ / ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☐ ไม่เกิดแผลกดทับ </td> <td data-bbox="1368 639 2027 1174"> / ☐ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย / ☐ การพลัดตกหกล้ม / ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา / ☐ การแพทย์ ☐ การหลงทาง / ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก / ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย / ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ </td> </tr> </table>	/ ☐ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ / ☐ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ / ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ / ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☐ ไม่เกิดแผลกดทับ	/ ☐ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย / ☐ การพลัดตกหกล้ม / ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา / ☐ การแพทย์ ☐ การหลงทาง / ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก / ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย / ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
/ ☐ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ / ☐ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ / ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ / ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☐ ไม่เกิดแผลกดทับ	/ ☐ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย / ☐ การพลัดตกหกล้ม / ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา / ☐ การแพทย์ ☐ การหลงทาง / ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก / ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย / ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ		

รตเช็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เดียง ที่นอนลม.....

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- / ☐ กลืนปัสสาวะไม่ได้
☐ กลืนลำบาก
/ ☐ ความสามารถในการมองเห็น
☐ ความสามารถในการได้ยิน
/ ☐ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
/ ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
☐ ช่องปากไม่สะอาด
☐ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
/ ☐ มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา
☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง
☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
☐ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
/ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย
☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้
☐ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
/ ☐ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- ☐ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
☐ พว.เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
 โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ

☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน **ของครอบครัวและ Informal)**

ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

* อุปกรณ์ทางการแพทย์

/ ☐ พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ

☐ Syring

☐ เดียง

หรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ Urine bag

☐ ที่นอนลม

☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ สาย NG tube

☐ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ สาย Foley's cath

☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด

☐ เครื่องผลิตออกซิเจน

☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง

☐ เครื่องพ่นยา

การแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ อุปกรณ์ทำแผล

☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์

☐ เครื่องดูดเสมหะ

ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ

/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด * กายอุปกรณ์

☐ อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ กระดานบริหารข้อเข่า

☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม

☐ กระดานล้อเลื่อน

ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ ตั้มเบลยกน้ำหนัก

/ ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง

☐ ลูกทรายถ่วงน้ำหนัก

อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้

☐ รถเข็นนั่ง

ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ ไม้ค้ำยัน

☐ ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่

☐ ไม้เท้าช่วยพยุง

ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ ไม้ฝึกกำลังแขน

- ☐ รับผิดชอบไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- / ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- / ☐ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

- ☐ ไม่ยึดป่อง
- ☐ รอกเคลื่อนไหว
- ☐ / รวฝักยีนและเดิน

- ☐ เติงฝักยีน
- ☐ เครื่องช่วยฟัง
- ☐ แวนสายตา

กิจกรรมการดูแล	ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
/ การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	
/ การล้างหน้า / แปรงฟัน	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	
/ การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	
/ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
/ การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก	
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG)	
/ การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	
/ การนัดผอมคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	
/ การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	
/ การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	

- 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.....

/	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้า	
	การทำแผลกดทับ	
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	
	การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โ	
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	
/	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	
กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุ	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแ	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
/	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุ	
/	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
/	ตื่นนอน	ผู้จัดทำ : (.....) ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเทียมและเย็นโดยญาติ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเทียมและเย็น โดย (อบต.วังพญา.) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น / ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
/	ล้างหน้า	
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเทียมและเย็นโดยญาติ	
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเทียมและเย็น โดย	
	อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	

☐	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
☐	/ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
☐	/ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
☐	การออกกำลังกาย
☐	/ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ
☐	/ การสวนมนต์
☐	การนอนหลับ
☐	

ผู้รับผิดชอบ :

(.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

(อบต.วังพญา.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

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

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

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปีเดือน.มกราคม...พ.ศ. 2565

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบค.) ชื่อ...องค์การบริหารส่วนตำบลวังพญา.. อำเภอ..รามัน...จังหวัดยะลา

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นายเปาะจิ บาซออี เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3950600489147 วันเดือนปีเกิด : 30 พฤศจิกายน 2481 อายุ : 82 ปี	ที่อยู่ : 10 หมู่ 3 ต.วังพญา เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= 6 TAI= B3 กลุ่มที่ :1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นโรคไต รักษาพบ.ยะลาต่อเนื่อง เหนื่อยเวลาที่ลุกเดินหรือลุกนั่ง ใช้walkerในการเดิน มีญาติคอยดูแล รับประทานอาหารได้
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ / อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☐ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☐ / อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☐ / อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน ☐ / อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☐ / อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รดเชิน ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เบาะ ที่นอนลม.....	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม ข้อควรระวังในการให้บริการ (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) ☐ / กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☐ / ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ / เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ ☐ / ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ / ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☐ / ไม่เกิดแผลกดทับ	☐ / การกินอาหาร/ลำไส้อาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☐ / การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ☐ / การแพทย์ ☐ การหลงทาง ☐ / ข้อติด/หรือข้อเท้าตกร ☐ / ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ / อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

	กลืนปัสสาวะไม่ได้
	กลืนลำบาก
	ความสามารถในการมองเห็น
	ความสามารถในการได้ยิน
	ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
/	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
	ช่องปากไม่สะอาด
	ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
	มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
	มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหนืออกปากแห้ง
/	รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
	สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
	ลักษณะที่อยู่อาศัย
	ไม่สามารถทานอาหารเองได้
	ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
/	ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

	ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
	พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/ โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
	รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สบ./อปท./อื่นๆ)
/	ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

☐	ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ของครอบครัวและ Informal)	
☐	ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐	Syring ☐ เพียง
☐	แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐	Urine bag ☐ ที่นอนลม
☐	ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐	สาย NG tube ☐
☐	ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด	☐	สาย Foley's cath ☐
☐	การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง การแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐	เครื่องผลิตออกซิเจน
☐	การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐	เครื่องพ่นยา
☐	ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ /ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด	☐	อุปกรณ์ทำแผล
☐	อาการหลังล้มดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐	เครื่องดูดเสมหะ
☐	ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	* กายอุปกรณ์	
☐	ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐	กระดานบริหารข้อเข่า
☐	ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐	กระดานล้อเลื่อน
☐		☐	ถังเบรกน้ำหนัก
		☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
		☐	รถเข็นนั่ง
		☐	ไม้ค้ำยัน
		☐	ไม้เท้าช่วยพยุง
		☐	ไม้ฝึกกำลังแขน
		☐	ไม้ยืนนอน
		☐	รถเคลื่อนไหว
		☐	เตียงฝึกยืน
		☐	เครื่องช่วยฟัง

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

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

บริการอื่นๆ

- ☐ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- ☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเล็กระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- / ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ

- ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน
- ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- / ☐ พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ
- หรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ค
- ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง
- การแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์
- ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ
- /ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ค
- ☐ อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม
- ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- / ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง
- อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้
- ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ประสานพันตบุคลากรในพื้นที่
- ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐ รอกเคลื่อนไหว
- * อุปกรณ์ทางการแพทย์**
- ☐ Syringe ☐ เพียง
- ☐ Urine bag ☐ ที่นอนลม
- ☐ สาย NG tube
- ☐ สาย Foley's cath
- ☐ เครื่องผลิตออกซิเจน
- ☐ เครื่องพ่นยา
- ☐ อุปกรณ์ทำแผล
- ☐ เครื่องดูดเสมหะ
- * กายอุปกรณ์**
- ☐ กระดานบริหารข้อเข่า
- ☐ กระดานล้อเลื่อน
- ☐ คัมเบลยกน้ำหนัก
- ☐ ดุมทรายถ่วงน้ำหนัก
- ☐ รถเข็นนั่ง
- ☐ ไม่ค้ำยัน
- ☐ ไม่เท้าช่วยพยุง
- ☐ ไม่ฝึกกำลังแขน
- ☐ ไม่ยัดน่อง ☐ เพียงฝึกยืน
- ☐ รอกเคลื่อนไหว ☐ เครื่องช่วยฟัง

☐	ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	☐		☐	รวมฝึกยืนและเดิน	☐	วันสายคา
/	ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน						
กิจกรรมการดูแล		ลำดับเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)		หมายเหตุ			
				ความถี่ของกิจกรรมการดูแล			
/	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)			เลข 1 = ทุก 2 ชม.			
	การล้างหน้า / แปรงฟัน			เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง			
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว			เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง			
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์			เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง			
/	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ			เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง			
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด			เลข 6 = วันเว้นวัน			
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ			เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			
/	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน			เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้			เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง			
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก			เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง			
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)			เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง			
/	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม			เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง			
/	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด			เลข 13 = ทำครั้งเดียว			
/	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ			เลข 14 = อื่นๆ.....			
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง						
/	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน						
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ						
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย						
/	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก						
	การทำแผลกดทับ						
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด						

☐	การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	
☐	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	
☐	สუნัขบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	
/	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	
กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
☐	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
☐	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
☐	การบริการพาหะรับส่งผู้สูงอายุ	
☐	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
/	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
/	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
☐	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
☐	การสังเคราะห์ในการจัดการงานศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
/	ตื่นนอน	ผู้จัดทำ : (.....) เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) (อบต.วังพญา.) ผู้รับผิดชอบ : (.....) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อบต.วังพญา.)
/	ล้างหน้า	
☐	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ	
☐	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย	
☐	อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
/	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
☐	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
/	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
/	การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☐	การออกกำลังกาย	

/	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ
/	การสวนทวาร
	การนอนหลับ
	

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

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

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

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากภรรยาและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

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

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ...องค์การบริหารส่วนตำบลวังพญา... อำเภอ...รามัน...จังหวัดยะลา

คำชี้แจง ให้ใส่ และ ✓ ลง หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นายอาหามะ เลื่อนิ เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3950600494779 วันเดือนปีเกิด : 1 มกราคม 2469 อายุ : 96 ปี	ที่อยู่ : 11 หมู่7 ต.วังพญา เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= 10 TAI= B3 กลุ่มที่ : 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นโรคความดันโลหิตสูง กินยาตลอดไม่ขาดยา ขา2ข้างอ่อนแรงเดินไม่ได้ ใช้กันในการเขยิบเคลื่อนที่
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ / ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☐ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☐ / ☐ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเปลี่ยนแปลง ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☐ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) ☐ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☐ / ☐ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ / ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☐ / ☐ ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ ☐ การกินอาหาร/สำคัญอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☐ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพทย์ ☐ การหลงทาง ☐ / ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☐ / ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☐ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลั้นลำบาก	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์

	ความสามารถในการมองเห็น
	ความสามารถในการได้ยิน
	ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
	ช่องปากไม่สะอาด
	ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
/	มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา
	มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง
	รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
	สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
	ลักษณะที่อยู่อาศัย
	ไม่สามารถทานอาหารเองได้
	ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
/	ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

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

กิจกรรมการดูแล

/	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)
	การล้างหน้า / แปรงฟัน

/	ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
	แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
	ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
	ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ค
	การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
	การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
	ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ค
	อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
	ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
	ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
	ประสานพันธุศลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
	
	

ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)

	Syring		เตียง
	Urine bag		พื้นนอน
	สาย NG tube		
	สาย Foley's cath		
	เครื่องผลิตออกซิเจน		
	เครื่องพ่นยา		
	อุปกรณ์ทำแผล		
	เครื่องดูดเสมหะ		

* กายอุปกรณ์

	กระดานบริหารข้อเข่า		
	กระดานล้อเลื่อน		
	คัมเบลยกน้ำหนัก		
	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก		
	รถเข็นนั่ง		
	ไม้ค้ำยัน		
	ไม้เท้าช่วยพยุง		
	ไม้ฝึกกำลังแขน		
	ไม้ยืนค้ำ		เตียงฝึกยืน
	รอกเคลื่อนไหว		เครื่องช่วยฟัง
/	ราวฝึกยืนและเดิน		แว่นสายตา

หมายเหตุ

ความถี่ของกิจกรรมการดูแล

เลข 1 = ทุก 2 ชม.

	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	
/	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก	
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)	
/	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	
/	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	
/	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	
/	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ	
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	
	การทำแผลกดทับ	
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	
	การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	
	สูคน้ำมันบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	
/	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	
กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาธารณสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	

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.....

	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
/	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การส่งเสริมในการจัดการงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

/	ตื่นนอน
/	ล้างหน้า
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็น โดย
	อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
/	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
/	การถ่ายภาพบำบัดโดยญาติ
/	การถ่ายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
	การออกกำลังกาย
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ
/	การสวนมนต์
/	การนอนหลับ
	

ผู้จัดทำ :

(.....)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

(อบต.วังพญา.)

ผู้รับผิดชอบ :

(.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

(อบต.วังพญา.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

1) ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....

2) ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

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

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ..องค์การบริหารส่วนตำบลวังพญา.. อำเภอ..รามัน..จังหวัดยะลา

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกั

ชื่อผู้สูงอายุ : นางแอะเสาะ มาเจ๊ะมะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3950600447924 วันเดือนปีเกิด : 30 พฤศจิกายน 2469 อายุ : 94 ปี	ที่อยู่ : 56/2 หมู่2 ต.วังพญา เบอร์โทรศัพท์ :	วิจัย : ADL= 6 TAI= B3 กลุ่มที่ :1 ผู้สูงอายุสุขภาพ เดินแล้วล้มหลังจากนั้นไม่สามารถเดินได้ เคลื่อนที่ด้วยการใช้กันเขียบในการเคลื่อนที่ พุดคุยได้ไม่สับสน รับประทานอาหารได้ ไม่มีโรคประจำตัว
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี / ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☐ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง / ☐ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล / ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดภาระ / ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ / ☐ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รดเช็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เบียง ที่นอนลม.....	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) ☐ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☐ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ / ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ / ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ / ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☐ ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ ☐ การกินอาหาร/สาลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย / ☐ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา / ☐ การแพทย์ ☐ การหลงทาง / ☐ ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง / ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย / ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☐ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลืนลำบาก	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์

☐	ความสามารถในการมองเห็น
☐	ความสามารถในการได้ยิน
☐	ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
/	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
☐	ช่องปากไม่สะอาด
☐	ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
/	มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา
☐	มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง
☐	รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
☐	สามเฒ่าเสื้อผ้าไม่ใส่
☐	ลักษณะที่อยู่อาศัย
☐	ไม่สามารถทานอาหารเองได้
/	ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
/	ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

☐	ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
☐	พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
☐	ร่วมนำส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเล็กระหว่าง สช./อปท./อื่นๆ)
/	ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
☐	ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
/	ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

/	ฟื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☐	แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☐	ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☐	ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ค
☐	การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☐	การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☐	ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ค
☐	อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☐	ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
/	ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☐	ประสานพันธุศาสตร์ในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☐	
☐	

☐	Syring
☐	Urine bag
☐	สาย NG tube
☐	สาย Foley's cath
☐	เครื่องสีกออกซิเจน
☐	เครื่องพ่นยา
☐	อุปกรณ์ทำแผล
☐	เครื่องดูดเสมหะ

* กายอุปกรณ์

☐	กระดานบริหารข้อเข่า
☐	กระดานล้อเลื่อน
☐	คันเบรยก้นน้ำหนัก
☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
☐	รถเข็นนั่ง
☐	ไม้เท้ายัน
☐	ไม้เท้าช่วยพยุง
☐	ไม้ฝึกกำลังแขน
☐	ไม้ยืนคนอง
☐	รถเข็นล้อสามล้อ
☐	ราวฝึกยืนและเดิน

	เตียง
	ที่นอนลม

	เตียงฝึกยืน
	เครื่องช่วยฟัง
	แว่นสายตา

กิจกรรมการดูแล

ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)

หมายเหตุ

ความถี่ของกิจกรรมการดูแล

/	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)
	การล้างหน้า / แปรงฟัน
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว

เลข 1 = ทุก 2 ชม.
เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง

	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	
/	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
/	การทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน	
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก	
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tu	
/	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	
/	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	
/	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	
/	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ	
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	
/	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเห็บกัด	
	การทำแผลกดทับ	
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	
	การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทร	
	การกระตุ้นการไต่บาท / ไปวัด	
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	
/	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	
กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาธารณสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	

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.....

/	การปรับปรุงสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การลงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต / ตื่นนอน / ล้างหน้า ☐ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ☐ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย (อบต.วังพญา.) ☐ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ☐ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ ☐ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น / การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ (.....) / การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ☐ การออกกำลังกาย ☐ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ / การสวนมนต์ ☐ การนอนหลับ ☐		ผู้จัดทำ : (.....) ผู้รับผิดชอบ : (.....) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อบต.วังพญา.) ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้ 1)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....เดือน.....ปี : 2)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....เดือน.....ปี :

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

แผนการดูแลรายบุคคล โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำเดือน มกราคม 2565

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ...องค์การบริหารส่วนตำบลวังพญา... อำเภอ...รามัน...จังหวัดยะลา

คำชี้แจง ให้ใส่ ☒ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นางเพาเซียะ อะแค เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3950600449137 วันเดือนปีเกิด : 1 เมษายน 2497 อายุ : 67 ปี	ที่อยู่ : 46/1 หมู่2 ต.วังพญา เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= 3 TAI= กลุ่มที่ : 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นโรคความดันโลหิตสูง และstroke กินยาตลอดไม่ขาดยา ขาซ้ายอ่อนแรงเดินไม่ได้ ลูกนั่งไม่ได้ เจาะคอพูดได้เป็นคำๆไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิตผู้สูงอายุ : ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี / ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม / ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า / ☐ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง / ☐ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล / ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน / ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ / ☐ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวร: ข้อควรระวังในการให้บริการ (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) ☐ กินอาหารเองได้/จับถ้วยเองได้ / ☐ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ / ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ / ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า / ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ / ☐ ไม่เกิดแผลกดทับ	การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย / ☐ การพลัดตกหกล้ม / ☐ การทรมานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา / ☐ การแพทย์ ☐ การหลงทาง / ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าคด / ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย / ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- ☐ / กลืนปัสสาวะไม่ได้
- ☐ กลืนลำบาก
- ☐ ความสามารถในการมองเห็น
- ☐ ความสามารถในการได้ยิน
- ☐ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- ☐ / ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ☐ ช่องปากไม่สะอาด
- ☐ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- ☐ / มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา
- ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง
- ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- ☐ / สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย
- ☐ / ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- ☐ / ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ☐ / ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- ☐ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- ☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สข./อปท./อื่นๆ)
- ☐ / ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ

☐ รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน **ของครอบครัวและ informal)**

ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ / พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ

หรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ค

☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง

การแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์

ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ

/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ค

☐ อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม

ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง

อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้

ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐ ประสานพันตบุคลากรในพื้นที่

ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

☐

☐ รอกเคลื่อนไหว

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

☐ Syringe

☐ Urine bag

☐ สาย NG tube

☐ สาย Foley's cath

☐ เครื่องผลิตออกซิเจน

☐ เครื่องพ่นยา

☐ อุปกรณ์ทำแผล

☐ เครื่องดูดเสมหะ

☐ เพียง

☐ / ที่นอนลม

☐

☐

*** กายอุปกรณ์**

☐ กระดานบริหารข้อเข่า

☐ กระดานล้อเลื่อน

☐ คัมเบลยกน้ำหนัก

☐ ดុងทรายถ่วงน้ำหนัก

☐ รถเข็นนั่ง

☐ ไม้ค้ำยัน

☐ ไม้เท้าช่วยพยุง

☐ ไม้ฝึกกำลังแขน

☐ ไม้ยืนต้นอง

☐

☐ เพียงฝึกยืน

☐ เครื่องช่วยฟัง

☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☐ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	☐ ☐ ราวฝึกยืนและเดิน ☐ แวนสายตา	
--	---	--

กิจกรรมการดูแล	ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
/ การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		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.....
การล้างหน้า / แปรงฟัน		
/ การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		
/ การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		
/ การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		
/ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		
/ การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		
/ การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		
/ การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		
/ การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
/ การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		

☐	การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศ	
☐	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	
☐	สუნัขบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	
☐	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	
กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
☐	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
☐	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล	
☐	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
☐	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
☐	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
☐	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
☐	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
☐	การสังเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
☐	ตื่นนอน	ผู้จัดทำ : (.....) (อบต.วังพญา.)
☐	ล้างหน้า	
☐	ดูแลเตรียมอาหาร บ้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติฯ คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)	ผู้รับผิดชอบ : (.....) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อบต.วังพญา.)
☐	ดูแลเตรียมอาหาร บ้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็น โดย	
☐	อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☐	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
☐	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☐	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
☐	การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☐	การออกกำลังกาย	

/	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้ 1) ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....เดือน.....ปี : 2) ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....เดือน.....ปี :
/	การสวนทวาร	
	การนอนหลับ	
		

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากภรรยาและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี...มกราคม .พ.ศ. 2565

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ...องค์การบริหารส่วนตำบลวังพญา.. อำเภอ...รามัน..จังหวัดยะลา

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นายโครนิ คาละ เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3950600498561 วันเดือนปีเกิด : 1 มกราคม 247893 อายุ : 72 ปี	ที่อยู่ : 45 หมู่7 ต.วังพญา เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= 3 TAI= 13 กลุ่มที่ :3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นโรคพากินสันปฏิเสธการรักษา เป็นโรคเรื้อรังแต่รักษาหายแล้ว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีญาติคอยดูแลกลั่นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง
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 / ☐ การแพทย์ ☐ การหลงทาง / ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตกร / ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย / ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- ☐ / กลืนปัสสาวะไม่ได้
- ☐ กลืนลำบาก
- ☐ ความสามารถในการมองเห็น
- ☐ ความสามารถในการได้ยิน
- ☐ / ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- ☐ / ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ☐ ช่องปากไม่สะอาด
- ☐ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- ☐ / มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา
- ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหวี่ยงปากแห้ง
- ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- ☐ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ☐ / ลักษณะที่อยู่อาศัย
- ☐ / ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- ☐ / ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ☐ / ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- ☐ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- ☐ รวดรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเล็กระหว่าง สอ./อปท./อื่นๆ)
- ☐ / ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

- ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ / พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ
หรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ค
- ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการ
การแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ
/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ค
- ☐ อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ / ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง
อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ประสานพันธุศลากรในพื้นที่
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐

**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ
ของครอบครัวและ Informal)**

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ Syring | ☐ เฝ้าย |
| ☐ Urine bag | / ☐ ที่นอนลม |
| ☐ สาย NG tube | ☐ |
| ☐ สาย Foley's cath | ☐ |
| ☐ เครื่องผลิตออกซิเจน | |
| ☐ เครื่องพ่นยา | |
| ☐ อุปกรณ์ทำแผล | |
| ☐ เครื่องดูดเสมหะ | |

*** กายอุปกรณ์**

- | | |
|--|---|
| ☐ กระดานบริหารข้อเข่า | |
| ☐ กระดานล้อเลื่อน | |
| ☐ ดัมเบลยกน้ำหนัก | |
| ☐ ลูกทรายถ่วงน้ำหนัก | |
| ☐ รถเข็นนั่ง | |
| ☐ ไม้ค้ำยัน | |
| ☐ ไม้เท้าช่วยพยุง | |
| ☐ ไม้ฝึกกำลังแขน | |
| ☐ ไม้ยืนน่อง | ☐ เฝ้ายฝึกยืน |
| ☐ รอกเคลื่อนไหว | ☐ เครื่องช่วยฟัง |

☐	ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	☐		☐	รวมฝึกยื่นและเดิน	☐	วันสายดา
/	ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน						

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
/ การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
/ การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
/ การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
/ การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
/ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
/ การทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน		เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
/ การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
/ การตรวจคัดกรองกลืนเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
/ การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
/ การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงอย่างอนามัย		
/ การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		

☐	การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	
☐	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	
☐	สูคน้ำมันบำบัด(Aroma therapy) / คนตรีบำบัด(Music therapy)	
/	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	
กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
☐	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาธารณสุข	
☐	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
☐	การบริการพาหณะรับส่งผู้สูงอายุ	
☐	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
/	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
/	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
☐	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
☐	การลงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
/	ตื่นนอน	ผู้จัดทำ : (.....) เจ้าหน้าที่งานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) (อบต.วังพญา.) ผู้รับผิดชอบ : (.....) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อบต.วังพญา.)
/	ล้างหน้า	
☐	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ	
☐	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็น โดย	
☐	อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
/	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
☐	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
/	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
/	การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☐	การออกกำลังกาย	

/	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ
/	การสวนทวาร
	การนอนหลับ
	

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

1) ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่..... เดือน..... ปี.....

2) ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่..... เดือน..... ปี.....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากภรรยาและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น