

รายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน ธันวาคม ๒๕๖๓
ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

.....

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	อายุ	หมายเหตุอาการ
๑	นายฮอง ม่วงงาม	๑๐๐ ม.๒ ต.บ้านม่วง	๙๑ ปี	ผู้สูงอายุ อ่อนแรง ชัก
๒	นางมู เล็กโล่ง	๘๖ ม.๒ ต.บ้านม่วง	๙๘ ปี	ผู้สูงอายุไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ต้องมีคนคอยช่วยดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน
๓	นางสรรเสย กริวนู	๗ ม.๔ ต.บ้านม่วง	๘๘ ปี	ผู้สูงอายุ มีโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เหนื่อยง่าย
๔	นางบัวลอย ม่วงงาม	๓๘ ม.๕ ต.บ้านม่วง	๘๕ ปี	ผู้สูงอายุ อ่อนแรง ช่วงล่าง มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง เดินลำบาก
๕	นายอ้อน จุกกระแจะ	๑๕/๑ ม.๕ ต.บ้านม่วง	๗๑ ปี	ผู้สูงอายุ รูปร่างผอม อ่อนแรง แขนขาทั้ง ๒ ข้าง มีแผลกดทับบริเวณ ก้นกบ
๖	น.ส.โปรง เขียะเครือ	๔๖ ม.๕ ต.บ้านม่วง	๘๔ ปี	ผู้สูงอายุ พิการถ่อนล่าง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
๗	นางโอง ดอกสร้อย	๖๘/๑ ม.๕ ต.บ้านม่วง	๙๑ ปี	ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวลำบาก ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง
๘	นางเคลื่อน แคะจู	๓๓/๑ ม.๗ ต.บ้านม่วง	๘๘ ปี	-ผู้สูงอายุ มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย การขับถ่าย

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการบ้านเพื่อคนพิการ
 วันที่ ๑๖/๐๖/๖๓
 พ.ศ. ๒๕๖๓
 คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ อำเภอ..... จังหวัดบุรีรัมย์

ชื่อผู้สูงอายุ: ๕๖๔๕๐๖ เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 3700500099954 วันเดือนปีเกิด: 1๓๐2472 อายุ: 91 ปี	ที่อยู่: 100 ม. 2 เบอร์โทรศัพท์:	วินิจฉัย: ADL= 2 TAI= 12 กลุ่มที่: 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้สูงอายุ 60+ (๕+)																																																												
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้คนอื่นเห็นคุณค่า/รู้สึกมีคุณค่า</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</td></tr> </table> ญาติ: <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....</td></tr> </table>	☒	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี	☒	อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่	☒	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม	☒	อยากให้คนอื่นเห็นคุณค่า/รู้สึกมีคุณค่า	☒	อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง	☒	อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	☒	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล	☒	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	☒	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน	☒	อยากให้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	☒	อยากให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td></tr> <tr><td>☒</td><td>มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</td></tr> <tr><td>☒</td><td>เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr> </table>	☒	กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้	☒	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	☒	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	☒	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	☒	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ	☒	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	☒	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	☒	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	☒	ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>การกินอาหาร/สำลักอาหาร</td></tr> <tr><td>☒</td><td>การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</td></tr> <tr><td>☒</td><td>การพลัดตกหกล้ม</td></tr> <tr><td>☒</td><td>การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา</td></tr> <tr><td>☒</td><td>/การแพ้ยา</td></tr> <tr><td>☒</td><td>การหลงทาง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ข้อติด/หรือข้อเท้าตก</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td></tr> </table>	☒	การกินอาหาร/สำลักอาหาร	☒	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	☒	การพลัดตกหกล้ม	☒	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา	☒	/การแพ้ยา	☒	การหลงทาง	☒	ข้อติด/หรือข้อเท้าตก	☒	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	☒	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	☒	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
☒	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี																																																													
☒	อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่																																																													
☒	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม																																																													
☒	อยากให้คนอื่นเห็นคุณค่า/รู้สึกมีคุณค่า																																																													
☒	อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง																																																													
☒	อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น																																																													
☒	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล																																																													
☒	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น																																																													
☒	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน																																																													
☒	อยากให้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่																																																													
☒	อยากให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....																																																													
☒	กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้																																																													
☒	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง																																																													
☒	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ																																																													
☒	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม																																																													
☒	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ																																																													
☒	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์																																																													
☒	ไม่มีภาวะซึมเศร้า																																																													
☒	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ																																																													
☒	ไม่เกิดแผลกดทับ																																																													
☒	การกินอาหาร/สำลักอาหาร																																																													
☒	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย																																																													
☒	การพลัดตกหกล้ม																																																													
☒	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา																																																													
☒	/การแพ้ยา																																																													
☒	การหลงทาง																																																													
☒	ข้อติด/หรือข้อเท้าตก																																																													
☒	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																																													
☒	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย																																																													
☒	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ																																																													

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☐ กลิ่นปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลิ่นลำบาก ☒ ความสามารถในการมองเห็น ☒ ความสามารถในการได้ยิน ☒ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☒ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ของปากไม่สะอาด ☒ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☒ มีความอ่อนแอของกำลังมือแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☐ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☐ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ☒ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใต้น.....3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไม่มีแผลกดทับ ภายใต้น.....3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใต้น.....ว/ส/ด ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใต้น.....ว/ส/ด ☐ อากาหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใต้น.....3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง ☐ อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ☐ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ☐ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์ <table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>Syring</td> <td>☐</td> <td>เตียง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Urine bag</td> <td>☐</td> <td>ทันตกรรม</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>สาย NG tube</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>สาย Foley's cath</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องผลิตออกซิเจน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องพ่นยา</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>อุปกรณ์ทำแผล</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องดูดเสมหะ</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table> * ภายนอก <table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>กระดานบริหารข้อเข่า</td> <td>☐</td> <td>เตียงฝึกยืน</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>กระดานล้อเลื่อน</td> <td>☐</td> <td>เครื่องช่วยฟัง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ต้นเบลมก้าน้ำหนัก</td> <td>☐</td> <td>แว่นสายตา</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รถเข็นนั่ง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ค้ำยัน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้เท้าช่วยพยุง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ฝึกกำลังแขน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ยืนนั่ง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รถเข็น</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>.....</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table>	☐	Syring	☐	เตียง	☐	Urine bag	☐	ทันตกรรม	☐	สาย NG tube	☐		☐	สาย Foley's cath	☐		☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐		☐	เครื่องพ่นยา	☐		☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐		☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐		☐	กระดานบริหารข้อเข่า	☐	เตียงฝึกยืน	☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง	☐	ต้นเบลมก้าน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา	☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐		☐	รถเข็นนั่ง	☐		☐	ไม้ค้ำยัน	☐		☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐		☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐		☐	ไม้ยืนนั่ง	☐		☐	รถเข็น	☐		☐		☐	
☐	Syring	☐	เตียง																																																																											
☐	Urine bag	☐	ทันตกรรม																																																																											
☐	สาย NG tube	☐																																																																												
☐	สาย Foley's cath	☐																																																																												
☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐																																																																												
☐	เครื่องพ่นยา	☐																																																																												
☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐																																																																												
☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐																																																																												
☐	กระดานบริหารข้อเข่า	☐	เตียงฝึกยืน																																																																											
☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง																																																																											
☐	ต้นเบลมก้าน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา																																																																											
☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐																																																																												
☐	รถเข็นนั่ง	☐																																																																												
☐	ไม้ค้ำยัน	☐																																																																												
☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐																																																																												
☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐																																																																												
☐	ไม้ยืนนั่ง	☐																																																																												
☐	รถเข็น	☐																																																																												
☐		☐																																																																												
บริการอื่น ๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☒ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																																																														

กิจกรรมการดูแล		ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		สัปดาห์ 1 ครั้ง	เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การล้างหน้า / แปรงฟัน		วันละ 2 ครั้ง	เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		วันละ 2 ครั้ง	เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		วันละ 2 ครั้ง	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		วันละ 1 ครั้ง	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		สัปดาห์ ๑๐-1๕ วัน	เลข 6 = วันเว้นวัน
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		-	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		วันละ 1 ครั้ง	เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		-	เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		วันละ 3 ครั้ง	เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		1 ครั้ง/สัปดาห์	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การวาดแผ่นคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		วันละ 1 ครั้ง	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		วันละ 1 ครั้ง	เลข 14 = อื่นๆ.....
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		วันละ 1 ครั้ง	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนองจาระ / ล้างองจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		-	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		-	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สูตรบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		3 เดือนครั้ง	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	-
การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล....	-
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	-
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	-
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	-
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	-
การจัดการอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	-
การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
☒ เดินนอน	
☒ ล้างหน้า	
☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย้นโดยญาติ	
☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย้น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☒ การออกกำลังกาย	
☒ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
☒ การสวมมด	
☒ การนอนหลับ	

ผู้จัดทำ : คุณฉัตร ใจผ่อง
 (.....)
 เลขที่คณะกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 (ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ : คุณฉัตร ใจผ่อง
 (.....)
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
 (ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

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

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะกรรมการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี พ.ศ. 2563
พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ บ้านม่วง อำเภอ บ้านไร่ จังหวัดราชบุรี

คำชี้แจง ให้ใส่ ☒ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: <u>คุณลุง วัลย์</u> เลขบัตรประจำตัวประชาชน: <u>37005-00098-59-8</u> วันเดือนปีเกิด: <u>1๗.๑.2469</u> อายุ: <u>๕๘</u> ปี	ที่อยู่: <u>86 ม.2</u> เบอร์โทรศัพท์:	วินิจฉัย: ADL= 0 TAI= 12 กลุ่มที่: 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้สูงอายุ 75 ปี 5 เดือน รับแบบประเมินโรคความดันโลหิตสูง 10/6 โดโรนิก 15/10 คอ 5.5 ซม. 10.6 8.6 9.6 10.6 11.6 12.6
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☒ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☒ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) ☐ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☒ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☒ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☒ ไม่เกิดผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ ☒ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☐ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ☐ การแพทย์ ☐ การหลงทาง ☒ ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง ☒ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ญาติ: ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☒ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลแต่เปลี่ยน ☒ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☐ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....		

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☒ กลืนปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลืนลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☒ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ช่องปากไม่สะอาด ☒ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☐ มีความอ่อนแอของกล้ามเนื้อแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☒ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☒ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☐ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ รับประทานอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ฟื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3.....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 ☐ อากาหลังล้มดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานพันบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐วัน/สัปดาห์/เดือน ☐วัน/สัปดาห์/เดือน ☐วัน/สัปดาห์/เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์ <table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>Syring</td> <td>☐</td> <td>เตียง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Urine bag</td> <td>☐</td> <td>ที่นอนลม</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>สาย NG tube</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>สาย Foley's cath</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องผลิตออกซิเจน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องพ่นยา</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>อุปกรณ์ทำแผล</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องดูดเสมหะ</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table> * ภายอุปกรณ์ <table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>กระดานบริหารข้อเข่า</td> <td>☐</td> <td>เตียงฝึกยืน</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>กระดานล้อเลื่อน</td> <td>☐</td> <td>เครื่องช่วยฟัง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ดัมเบลยกน้ำหนัก</td> <td>☐</td> <td>แว่นสายตา</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รถเข็นนั่ง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ค้ำยัน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้เท้าช่วยพยุง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ฝึกกำลังแขน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ยืนนอน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รอกเคลื่อนไหว</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ราวฝึกยืนและเดิน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table>	☐	Syring	☐	เตียง	☐	Urine bag	☐	ที่นอนลม	☐	สาย NG tube	☐		☐	สาย Foley's cath	☐		☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐		☐	เครื่องพ่นยา	☐		☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐		☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐		☐	กระดานบริหารข้อเข่า	☐	เตียงฝึกยืน	☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง	☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา	☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐		☐	รถเข็นนั่ง	☐		☐	ไม้ค้ำยัน	☐		☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐		☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐		☐	ไม้ยืนนอน	☐		☐	รอกเคลื่อนไหว	☐		☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐	
☐	Syring	☐	เตียง																																																																											
☐	Urine bag	☐	ที่นอนลม																																																																											
☐	สาย NG tube	☐																																																																												
☐	สาย Foley's cath	☐																																																																												
☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐																																																																												
☐	เครื่องพ่นยา	☐																																																																												
☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐																																																																												
☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐																																																																												
☐	กระดานบริหารข้อเข่า	☐	เตียงฝึกยืน																																																																											
☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง																																																																											
☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา																																																																											
☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐																																																																												
☐	รถเข็นนั่ง	☐																																																																												
☐	ไม้ค้ำยัน	☐																																																																												
☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐																																																																												
☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐																																																																												
☐	ไม้ยืนนอน	☐																																																																												
☐	รอกเคลื่อนไหว	☐																																																																												
☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐																																																																												
บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้ตัวเลือกกระทรวง สธ./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☒ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☐ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																																																														

กิจกรรมการดูแล		ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		1 ครั้ง	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		วันละ 2 ครั้ง	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		วันละ 2 ครั้ง	
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		วันละ 2 ครั้ง	
การพาไปเดิน/นั่งบนมoped/รถจักรยานที่บำรุงผิวผิว		วันละ 1 ครั้ง	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		วันละ 2 ครั้ง	
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		วันละ 1 ครั้ง	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		วันละ 3 ครั้ง	
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		วันละ 3 ครั้ง	
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		-	
การนำดื่มน้ำและผลไม้และกระตุบระบบไหลเวียนเลือด		วันละ 1 ครั้ง	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		วันละ 1 ครั้ง	
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		-	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเฝ้าตก		ทุก 2 ชม	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		-	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สูตรบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		3-5 ครั้ง/สัปดาห์	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข		-
การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล....		-
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ		-
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ		-
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ		-
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล		-
การจัดการอาการการบกพร่องในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย		-
การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ		-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
☒ ตื่นนอน		
☒ ล้างหน้า		
☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเตยและเย้นโดยญาติ		
☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเตยและเย้น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ		
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ		
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
☒ การออกกำลังกาย		
☒ การออกกำลังกาย		
☒ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		
☒ - การสวมมด		
☒ การนอนหลับ		
.....		

ผู้จัดทำ : สง
 (.....นางสาว ใจดี.....)
 เลขานุการประจำตัวผู้ดูแล (Care Plan)
 (ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ : กมล ใจดี
 (.....นาง อรุณ ใจดี.....)
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
 (ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้
 1)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :
 2)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. 2563
 พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....นางสาว วัลย์ น.....อำเภอ.....บ้านโป่ง.....จังหวัดราชบุรี

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: นางสาว วัลย์ น เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 3700500105535 วันเดือนปีเกิด: 1 พ.ค. 2474 อายุ: 88 ปี	ที่อยู่: 7 ม. 4 เบอร์โทรศัพท์:	วินิจฉัย: ADL= 10 TAI= 135 กลุ่มที่: 7 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว ๓๗๐๐๖๐๖-๖๖ เหนื่อยง่าย																																																		
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่</td></tr> <tr><td>☐</td><td>อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</td></tr> </table>	☒	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี	☒	อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่	☐	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม	☒	อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า	☒	อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง	☒	อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) <table border="1"> <tr><td>☐</td><td>กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ญาติสามารถดูแลผู้ปวยได้อย่างถูกต้อง</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td></tr> <tr><td>☐</td><td>มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr> </table>	☐	กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้	☐	ญาติสามารถดูแลผู้ปวยได้อย่างถูกต้อง	☐	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	☐	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	☐	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ	☐	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	☐	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	☒	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	☒	ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>การกินอาหาร/ล้าลออาหาร</td></tr> <tr><td>☐</td><td>การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</td></tr> <tr><td>☒</td><td>การพลัดตกหกล้ม</td></tr> <tr><td>☐</td><td>การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา</td></tr> <tr><td>☐</td><td>/การแพ้ยา</td></tr> <tr><td>☐</td><td>การหลงทาง</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td></tr> </table>	☒	การกินอาหาร/ล้าลออาหาร	☐	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	☒	การพลัดตกหกล้ม	☐	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา	☐	/การแพ้ยา	☐	การหลงทาง	☐	ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง	☒	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	☐	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	☒	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
☒	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี																																																			
☒	อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่																																																			
☐	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม																																																			
☒	อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า																																																			
☒	อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง																																																			
☒	อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น																																																			
☐	กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้																																																			
☐	ญาติสามารถดูแลผู้ปวยได้อย่างถูกต้อง																																																			
☐	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ																																																			
☐	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม																																																			
☐	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ																																																			
☐	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์																																																			
☐	ไม่มีภาวะซึมเศร้า																																																			
☒	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ																																																			
☒	ไม่เกิดแผลกดทับ																																																			
☒	การกินอาหาร/ล้าลออาหาร																																																			
☐	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย																																																			
☒	การพลัดตกหกล้ม																																																			
☐	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา																																																			
☐	/การแพ้ยา																																																			
☐	การหลงทาง																																																			
☐	ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง																																																			
☒	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																																			
☐	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย																																																			
☒	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ																																																			
ญาติ: <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่</td></tr> <tr><td>☐</td><td>อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน</td></tr> </table>	☒	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล	☒	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	☒	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน	☒	อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	☐	อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน																																										
☒	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล																																																			
☒	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น																																																			
☒	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน																																																			
☒	อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่																																																			
☐	อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน																																																			
รถขึ้น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....																																																				

การนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ
ครอบครัวและ informal)

อุปกรณ์ทางการแพทย์

Syring	เข็ม
Urine bag	ฟ่อนลม
สาย NG tube	
สาย Foley's cath	

เครื่องผลิตออกซิเจน

เครื่องพ่นยา

อุปกรณ์ทำแผล

เครื่องดูดเสมหะ

อุปกรณ์

กระดานบริหารข้อเข่า

กระดานล้อเลื่อน

ถังเปลี่ยนน้ำหนัก

ทรายถ่วงน้ำหนัก

รถเข็น

ไม้ค้ำยัน

ที่เท้าช่วยพยุง

ไม้เท้าก้ำลังแขน

มียัดนอน

เตียงเคลื่อนไหว

กว้านยกและเดิน

เตียงฝึกยืน
เครื่องช่วยฟัง
แว่นสายตา
.....

กิจกรรมการดูแล		ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		ได้ผล: 1 ครั้ง	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		กินละ 2 ครั้ง	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		กินละ 2 ครั้ง	
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		กินละ 2 ครั้ง	
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		กินละ 1 ครั้ง	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		-	
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		กินละ 1 ครั้ง	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		-	
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		-	
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		-	
การนัดเพื่อนคลaysกแล้มนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		1 เดือน 1 ครั้ง	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		กินละ 1 ครั้ง	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		-	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		กินละ 1 ครั้ง	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สูตรบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		3 เดือน 1 ครั้ง	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	-	
การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ชุดทำแผล....	-	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	-	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	-	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	-	
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	3 เดือน/ครั้ง	
การจัดการอาการเจ็บปวดในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	-	
การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	-	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
☒ ตื่นนอน		
☒ ล้างหน้า		
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเตยและเย็นโดยญาติ		
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเตยและเย็น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ		
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
การทำความสะอาดร่างกาย		
☒ การทำความสะอาดร่างกาย		
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		
☒ การสวมหมวก		
☒ การนอนหลับ		
.....		

ผู้จัดทำ : ดร. นงนภ ใจแก้ว
(.....)

เลขทะเบียนทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ : 11๐๑ ๑/๑๖๖
(ผ.จ. 1๐๑ ๑/๑๖๖)
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
(ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

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

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

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. 2563
 วันที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....บ้านม่วง.....อำเภอ.....จังหวัดราชบุรี

คำชี้แจง ให้ใส่ ☒ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : นางปอละ ฆ้องงาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3 7005 - 00112 - 39 - 6 วันเดือนปีเกิด : 1 พ.ค. 2478 อายุ : ๔๕ ปี	ที่อยู่ : 38 ม.5 เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= 9 TAI= 55 กลุ่มที่ : 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ อ่อนแรง ด้าน ไหล่ ปีก้าว ตามอง โยคะงู เอ็นกล้ามเนื้อ
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☒ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☒ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☒ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☒ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☒ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ ☒ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☒ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ การกินอาหาร/สำลักอาหาร การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☒ การพลัดตกหกล้ม การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพทย์ การหลงทาง ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☒ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☒ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ญาติ : ☒ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☒ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☒ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน ☒ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่รับอยู่ ☒ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....		

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☒ กลิ่นปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลิ่นลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☒ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☐ ขยะเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ขนถ่ายไม่สะอาด ☒ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☐ มีความอ่อนแอของกำลังมือแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☐ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☒ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ☒ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ พื้นฟูสุขภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3ว/ส/ด ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด ☐ อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง ☐ อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ☐ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ☐ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐	บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
--	--	---

กิจกรรมการดูแล		ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		ได้ผล 1 ครั้ง	เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การล้างหน้า / แปรงฟัน		ได้ผล 2 ครั้ง	เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		ได้ผล 2 ครั้ง	เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		ได้ผล 2 ครั้ง	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		ได้ผล 1 ครั้ง	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		ยังตรวจไม่ได้/ยังไม่ได้	เลข 6 = วันเว้นวัน
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		-	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		ได้ผล 1 ครั้ง	เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		ได้ผล 3 ครั้ง	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
การนำวัดพ่นคอนกลายกลั่นเนื้อและกระดุนระบบไหลเวียนเลือด		ได้ผล 1 ครั้ง	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		ได้ผล 1 ครั้ง	เลข 14 = อื่นๆ.....
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		ได้ผล 1 ครั้ง	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		ยังไม่ได้	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเฝือก		-	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		ได้ผล 1 ครั้ง	
การกระตุ้นการไต่เต้า / ไปวัด		ยังไม่ได้	
สูตรบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		3 เดือน 1 ครั้ง	
		3 เดือน 1 ครั้ง	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	-
การบริการปิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล....	-
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	-
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	-
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	-
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	3 เดือน
การจัดการอาการบรรเทาในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	-
การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
☒ ดื่มนอน	
☒ ล้างหน้า	
☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย้นโดยญาติ	
☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย้น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☒ การออกกำลังกาย	
☒ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
☒ การสวมหมวก	
☒ การนอนหลับ	

ผู้จัดทำ : นางสมพร ใจดี
(.....)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ : กัญญา นิวกษณ
(.....)
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
(ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

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

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

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการโลหิตเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่พิการที่พึ่ง ประจําเดือน.....พ.ศ. 2563
 พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....บ้านม่วง.....อำเภอ.....บ้านม่วง.....จังหวัดราชบุรี

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: งาม อ่อน เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 3 7005 00115 905 วันเดือนปีเกิด: 1 ก.พ. 2492 อายุ: 71 ปี	ที่อยู่: 15/1 ม. 5 เบอร์โทรศัพท์:	วินิจฉัย: ADL= 9 TAI= 34 กลุ่มที่: 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้สูงอายุ รูปร่างผอม อ่อนแอ อายุ 71 ปี 5 เดือน 3 วัน
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☒ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☒ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ: ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☒ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☒ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน ☒ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☒ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ไม้เท้า ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) ☒ กินอาหารเองได้/รับประทานอาหาร ☒ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☒ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☒ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☒ ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ ☒ การกินอาหาร/ล้าอาหาร ☒ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☒ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ☐ การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ☒ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☒ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☒ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☒ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือ ของครอบครัวและ informal)
☐ กลืนปัสสาวะไม่ได้	☐ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน	* อุปกรณ์ทางการแพทย์
☐ กลืนลำบาก	☐ ฟันพุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐ Syring
☐ ความสามารถในการมองเห็น	☒ แผลหาย ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐ Urine bag
☐ ความสามารถในการได้ยิน	☐ ไม่มีแผลกดทับ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐ สาย NG tube
☒ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใต้น.....ว/ส/ด	☐ สาย Foley's cath
☒ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐ เครื่องผลิตออกซิเจน
☒ ซ้อมปากไม่สะอาด	☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐ เครื่องพ่นยา
☒ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	☒ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใต้น.....ว/ส/ด	☐ อุปกรณ์ทำแผล
☒ มีความอ่อนแอของกล้ามเนื้อแขน ขา	☐ อาการหลงลืมดีขึ้นภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน	☐ เครื่องดูดเสมหะ
☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลังอกปากแห้ง	☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน	
☒ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง	
☒ สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้	☐ อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้	
☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย	☒ ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน	
☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้	☐	
☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	☐	
☒ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	☐	
บริการอื่นๆ		
☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน		
☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ		
☐ มารับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ)		
☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม		
☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ		
☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน		

กิจกรรมการดูแล		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		เฉลี่ย 1 ครั้ง	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		วันละ 2 ครั้ง	เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		วันละ 2 ครั้ง	เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		วันละ 2 ครั้ง	เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทาลูชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		วันละ 1 ครั้ง	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		-	เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		วันละ 1 ครั้ง	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		วันละ 3 ครั้ง	เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		วันละ 3 ครั้ง	เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		วันละ 1 ครั้ง	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การควบคุมคลอแลกแลมเนื้อและกระตุบระบบไหลเวียนเลือด		วันละ 1 ครั้ง	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		วันละ 1 ครั้ง	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		วันละ 1 ครั้ง	เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนอุจจาระ / สวนอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันหัตถก		-	
การทำแผลกดทับ		วันละ 1 ครั้ง	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		วันละ 1 ครั้ง	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะเสื่อม		3 (เดือนละ 1 ครั้ง)	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข		-
การบริการปิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล....		-
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ		-
การสร้างเครื่องช่วยการดูแลผู้สูงอายุ		-
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ		-
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล		-
การจัดการอาการการบกพร่องของผู้สูงอายุระยะสุดท้าย		-
การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ		-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
☒ รับประทานอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าที่เย็บและเย็บโดยญาติ		
☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าที่เย็บและเย็บ โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ		
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ		
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
☒ การออกกำลังกาย		
☒ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		
☒ การสวมหมวก		
☒ การนอนหลับ		

ผู้จัดทำ : *จก*
 (..... *จก*)
 เลขคณะกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 (ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)
 ผู้รับผิดชอบ : *1101 - 9/1101 ✓*
 (..... *จก*)
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
 (ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้
 1)ลงชื่อ..... (ผู้ปวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....
 2)ลงชื่อ..... (ผู้ปวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....
 หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะกรรมการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี ๒๕๖๓.....พ.ศ. 2563
 พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ บ้านป่า.....
 คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ อำเภอ..... จังหวัดราชบุรี

ชื่อผู้สูงอายุ : น.ส. ปิ๊ง ปี ๖๓ เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3700500112906 วันเดือนปีเกิด : 1 ๓ ๖ 2478 อายุ : 84 ปี	ที่อยู่ : 46 ม.5 เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= 10 TAI= 85 กลุ่มที่ : 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว : ช้าง 1936 ม.๖๐1๗ น.๖๐
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวโน้มการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ เงินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ การกินอาหาร/ส้วกอาหาร การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การพลัดตกหกล้ม การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพทย์ การหลงทาง ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ญาติ : อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....		

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☐ กลิ่นปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลิ่นลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☐ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ช่องปากไม่สะอาด ☒ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☐ มีความอ่อนแอของกำลังมือแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☐ สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☐ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☐ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ฟันฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 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 ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง ☐ อานำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐ ☐	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ฟันฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 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 ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง ☐ อานำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐ ☐	บริการอื่น ๆ ☐ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รับผิดชอบไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการบำบัดสุขภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์ <table border="1"> <tr> <td>Syring</td> <td>☐</td> <td>เพียง</td> </tr> <tr> <td>Urine bag</td> <td>☐</td> <td>ทันอนลม</td> </tr> <tr> <td>สาย NG tube</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>สาย Foley's cath</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>เครื่องผลิตออกซิเจน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>เครื่องพ่นยา</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>อุปกรณ์ทำแผล</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>เครื่องดูดเสมหะ</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table> * ภายนอก <table border="1"> <tr> <td>กระดานบริหารข้อเข้า</td> <td>☐</td> <td>เพียงฝึกยืน</td> </tr> <tr> <td>กระดานล้อเลื่อน</td> <td>☐</td> <td>เครื่องช่วยฟัง</td> </tr> <tr> <td>ต้นเบรกลูกน้ำหนัก</td> <td>☐</td> <td>แว่นสายตา</td> </tr> <tr> <td>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>รถเข็นนั่ง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้ค้ำยัน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้เท้าช่วยพยุง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้ฝึกกำลังแขน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้ยึดช่อง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>รถเข็น</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ราวฝึกยืนและเดิน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Syring	☐	เพียง	Urine bag	☐	ทันอนลม	สาย NG tube	☐		สาย Foley's cath	☐		เครื่องผลิตออกซิเจน	☐		เครื่องพ่นยา	☐		อุปกรณ์ทำแผล	☐		เครื่องดูดเสมหะ	☐		กระดานบริหารข้อเข้า	☐	เพียงฝึกยืน	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง	ต้นเบรกลูกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐		รถเข็นนั่ง	☐		ไม้ค้ำยัน	☐		ไม้เท้าช่วยพยุง	☐		ไม้ฝึกกำลังแขน	☐		ไม้ยึดช่อง	☐		รถเข็น	☐		ราวฝึกยืนและเดิน	☐	
Syring	☐	เพียง																																																											
Urine bag	☐	ทันอนลม																																																											
สาย NG tube	☐																																																												
สาย Foley's cath	☐																																																												
เครื่องผลิตออกซิเจน	☐																																																												
เครื่องพ่นยา	☐																																																												
อุปกรณ์ทำแผล	☐																																																												
เครื่องดูดเสมหะ	☐																																																												
กระดานบริหารข้อเข้า	☐	เพียงฝึกยืน																																																											
กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง																																																											
ต้นเบรกลูกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา																																																											
ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐																																																												
รถเข็นนั่ง	☐																																																												
ไม้ค้ำยัน	☐																																																												
ไม้เท้าช่วยพยุง	☐																																																												
ไม้ฝึกกำลังแขน	☐																																																												
ไม้ยึดช่อง	☐																																																												
รถเข็น	☐																																																												
ราวฝึกยืนและเดิน	☐																																																												

กิจกรรมการดูแล		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		ใส่ตัวเลข 1 ครั้ง	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		ใส่ตัวเลข 2 ครั้ง	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		วันละ 2 ครั้ง	
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		วันละ 2 ครั้ง	
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		ใส่ตัวเลข 1 ครั้ง	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		ใส่ตัวเลข 1 ครั้ง	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		ใส่ตัวเลข 1 ครั้ง	
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		-	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		วันละ 1 ครั้ง	
การป้อนอาหาร และหรือยาดตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		ใส่ตัวเลข 2 ครั้ง	
การให้อาหารและหรือยาดตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		-	
การนำวอร์ดเพื่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		ใส่ตัวเลข 1 ครั้ง	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		ใส่ตัวเลข 1 ครั้ง	
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		ใส่ตัวเลข 1 ครั้ง	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		-	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		-	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สูตรบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		31804/ครั้ง	

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	-
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล....	-
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	-
	การสร้างเครื่องช่วยการเดินสำหรับผู้สูงอายุ	-
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	-
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	-
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุนระยะสุดท้าย	-
	การส่งเสริมในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	-
	กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
	✓ ตื่นนอน	
	✓ แต่งหน้า	
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย็นโดยญาติ	
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย็น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
	✓ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
	✓ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
	การออกกำลังกาย	
	✓ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
	✓ การสวมหมวก	
	✓ การนอนหลับ	
		
	หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการทำงานปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้	

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครรับبالغานเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. 2563
 พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....อำเภอ.....จังหวัดราชบุรี
 คำชี้แจง ให้ใส่ ☒ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: นางใจ ๐๐๘ ๘๖๖ เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 37005 00114526 วันเดือนปีเกิด: 1 พ.ค 2472 อายุ: 91 ปี	ที่อยู่: 681 ม. 5 เบอร์โทรศัพท์:	วินิจฉัย: ADL= 8 TAI= 84 กลุ่มที่: 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้สูงอายุ 1 คน ไม่ป่วย ล่าบาก ป่วยเป็นลมล้มบ่อย																																																		
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</td></tr> </table>	☒	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี	☒	อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้	☒	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม	☒	อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า	☒	อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง	☒	อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td></tr> <tr><td>☒</td><td>มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</td></tr> <tr><td>☒</td><td>เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr> </table>	☒	กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	☒	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	☒	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	☒	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	☒	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ	☒	เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์	☒	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	☒	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	☒	ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>การกินอาหาร/หลักอาหาร</td></tr> <tr><td>☒</td><td>การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</td></tr> <tr><td>☒</td><td>การพลัดตกหกล้ม</td></tr> <tr><td>☒</td><td>การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา</td></tr> <tr><td>☒</td><td>/การแพ้ยาลา</td></tr> <tr><td>☒</td><td>การหลงทาง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ข้อติด/หรือข้อเท้าตก</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td></tr> </table>	☒	การกินอาหาร/หลักอาหาร	☒	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	☒	การพลัดตกหกล้ม	☒	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา	☒	/การแพ้ยาลา	☒	การหลงทาง	☒	ข้อติด/หรือข้อเท้าตก	☒	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	☒	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	☒	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
☒	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี																																																			
☒	อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้																																																			
☒	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม																																																			
☒	อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า																																																			
☒	อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง																																																			
☒	อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น																																																			
☒	กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้																																																			
☒	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง																																																			
☒	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ																																																			
☒	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม																																																			
☒	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ																																																			
☒	เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์																																																			
☒	ไม่มีภาวะซึมเศร้า																																																			
☒	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ																																																			
☒	ไม่เกิดแผลกดทับ																																																			
☒	การกินอาหาร/หลักอาหาร																																																			
☒	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย																																																			
☒	การพลัดตกหกล้ม																																																			
☒	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา																																																			
☒	/การแพ้ยาลา																																																			
☒	การหลงทาง																																																			
☒	ข้อติด/หรือข้อเท้าตก																																																			
☒	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																																			
☒	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย																																																			
☒	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ																																																			
ญาติ: <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยนแปลง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน</td></tr> </table>	☒	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล	☒	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	☒	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยนแปลง	☒	อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	☒	อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน	รกเซ็น ผ่าอ้อม ขุดทำแผล เตียง พื้นนอนลม.....																																									
☒	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล																																																			
☒	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น																																																			
☒	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยนแปลง																																																			
☒	อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่																																																			
☒	อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน																																																			

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☒ กลืนลำบาก ☒ ความสามารถในการมองเห็น ☒ ความสามารถในการได้ยิน ☒ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☒ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☒ ช่องปากไม่สะอาด ☒ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☒ มีความอ่อนแอของกล้ามเนื้อแขน ขา ☒ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง ☒ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☒ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ ☒ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☒ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☒ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/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 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานพันบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐ ☐	บริการนอกเหนือรายชื่อแพทย์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์ <table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>Syring</td> <td>☐</td> <td>เตียง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Urine bag</td> <td>☐</td> <td>ที่นอนลม</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>สาย NG tube</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>สาย Foley's cath</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องผลิตออกซิเจน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องพ่นยา</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>อุปกรณ์ทำแผล</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องดูดเสมหะ</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table>	☐	Syring	☐	เตียง	☐	Urine bag	☐	ที่นอนลม	☐	สาย NG tube	☐		☐	สาย Foley's cath	☐		☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐		☐	เครื่องพ่นยา	☐		☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐		☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐		บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☒ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รดน้ำส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
☐	Syring	☐	เตียง																																
☐	Urine bag	☐	ที่นอนลม																																
☐	สาย NG tube	☐																																	
☐	สาย Foley's cath	☐																																	
☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐																																	
☐	เครื่องพ่นยา	☐																																	
☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐																																	
☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐																																	

กิจกรรมการดูแล		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		สัปดาห์ 1 ครั้ง	เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การล้างหน้า / แปรงฟัน		ทุกวัน 2 ครั้ง	เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		วันละ 2 ครั้ง	เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		วันละ 2 ครั้ง	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การทาโลชั่น/นํามะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		วันละ 1 ครั้ง	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	เลข 6 = วันเว้นวัน
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		-	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		วันละ 1 ครั้ง	เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		วันละ 2 ครั้ง	เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		วันละ 3 ครั้ง	เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		วันละ 2 ครั้ง	เลข 14 = อื่นๆ.....
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		-	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		-	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		วันละ 2 ครั้ง	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		3 (สัปดาห์)	

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการเพื่อการดูแลสุขภาพที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. 2563
 พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....บ้าน ๒๖๖
 คำชี้แจง ให้ใส่ ☒ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ อำเภอ.....จังหวัดราชบุรี

ชื่อผู้สูงอายุ: นาย เก่ง เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 3700500119676 วันเดือนปีเกิด: 1 ม.ค. 2475 อายุ: 88 ปี	ที่อยู่: 33/1 ม.7 เบอร์โทรศัพท์:	วินิจฉัย: ADL= 10 TAI= 34 กลุ่มที่: 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้ป่วย มีปัญหาเรื่อง การเคลื่อนไหว การขับถ่าย																																																		
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</td></tr> </table>	☒	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี	☒	อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น	☒	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม	☒	อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า	☒	อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง	☒	อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวโน้มการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td></tr> <tr><td>☒</td><td>มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</td></tr> <tr><td>☒</td><td>เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr> </table>	☒	กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	☒	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	☒	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	☒	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	☒	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ	☒	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	☒	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	☒	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	☒	ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>การกินอาหาร/หลักอาหาร</td></tr> <tr><td>☒</td><td>การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</td></tr> <tr><td>☒</td><td>การพลัดตกหกล้ม</td></tr> <tr><td>☒</td><td>การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา</td></tr> <tr><td>☒</td><td>/การแพ้ยา</td></tr> <tr><td>☒</td><td>การหลงทาง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ขอติด/หรือขอเข้าตก</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td></tr> </table>	☒	การกินอาหาร/หลักอาหาร	☒	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	☒	การพลัดตกหกล้ม	☒	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา	☒	/การแพ้ยา	☒	การหลงทาง	☒	ขอติด/หรือขอเข้าตก	☒	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	☒	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	☒	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
☒	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี																																																			
☒	อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น																																																			
☒	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม																																																			
☒	อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า																																																			
☒	อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง																																																			
☒	อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น																																																			
☒	กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้																																																			
☒	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง																																																			
☒	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ																																																			
☒	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม																																																			
☒	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ																																																			
☒	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์																																																			
☒	ไม่มีภาวะซึมเศร้า																																																			
☒	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ																																																			
☒	ไม่เกิดแผลกดทับ																																																			
☒	การกินอาหาร/หลักอาหาร																																																			
☒	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย																																																			
☒	การพลัดตกหกล้ม																																																			
☒	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา																																																			
☒	/การแพ้ยา																																																			
☒	การหลงทาง																																																			
☒	ขอติด/หรือขอเข้าตก																																																			
☒	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																																			
☒	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย																																																			
☒	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ																																																			
ญาติ: <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยนแปลง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม</td></tr> </table>	☒	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล	☒	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	☒	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยนแปลง	☒	อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	☒	อยากให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม																																										
☒	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล																																																			
☒	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น																																																			
☒	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยนแปลง																																																			
☒	อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่																																																			
☒	อยากให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม																																																			

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	☒ กลิ่นปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลิ่นลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☒ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☒ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ช่องปากไม่สะอาด ☒ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☒ มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลังยกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☒ สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☐ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด ☐ อากาหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบนานเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐ ☐	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด ☐ อากาหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบนานเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐ ☐	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์ <table border="1"> <tr> <td>Syring</td> <td>เพียง</td> </tr> <tr> <td>Urine bag</td> <td>พันอนลม</td> </tr> <tr> <td>สาย NG tube</td> <td>.....</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> </table> * ภายนอก <table border="1"> <tr> <td>กระดานบริหารข้อเข้า</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>กระดานล้อเลื่อน</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ถังเบบลดน้ำหนัก</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>รถเข็นนั่ง</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้ค้ำยัน</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้เท้าช่วยพยุง</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้ฝึกกำลังแขน</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้ยืนนั่ง</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>รถเข็นล้อใหญ่</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ราวฝึกยืนและเดิน</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Syring	เพียง	Urine bag	พันอนลม	สาย NG tube		สาย Foley's cath		เครื่องผลิตออกซิเจน		เครื่องพ่นยา		อุปกรณ์ทำแผล		เครื่องดูดเสมหะ		กระดานบริหารข้อเข้า		กระดานล้อเลื่อน		ถังเบบลดน้ำหนัก		ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก		รถเข็นนั่ง		ไม้ค้ำยัน		ไม้เท้าช่วยพยุง		ไม้ฝึกกำลังแขน		ไม้ยืนนั่ง		รถเข็นล้อใหญ่		ราวฝึกยืนและเดิน	
Syring	เพียง																																									
Urine bag	พันอนลม																																									
สาย NG tube																																										
สาย Foley's cath																																										
เครื่องผลิตออกซิเจน																																										
เครื่องพ่นยา																																										
อุปกรณ์ทำแผล																																										
เครื่องดูดเสมหะ																																										
กระดานบริหารข้อเข้า																																										
กระดานล้อเลื่อน																																										
ถังเบบลดน้ำหนัก																																										
ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก																																										
รถเข็นนั่ง																																										
ไม้ค้ำยัน																																										
ไม้เท้าช่วยพยุง																																										
ไม้ฝึกกำลังแขน																																										
ไม้ยืนนั่ง																																										
รถเข็นล้อใหญ่																																										
ราวฝึกยืนและเดิน																																										
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	☒ กลิ่นปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลิ่นลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☒ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☒ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ช่องปากไม่สะอาด ☒ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☒ มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลังยกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☒ สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☐ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด ☐ อากาหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบนานเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐ ☐	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด ☐ อากาหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบนานเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐ ☐	บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ พหุเข้ารวมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รดน้ำส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สส./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดลอมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																						

กิจกรรมการดูแล		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		3 (สอง/ครั้ง)	
การล้างหน้า / แปรงฟัน		วันละ 2 ครั้ง	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		วันละ 2 ครั้ง	
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		วันละ 2 ครั้ง	
การทาลอชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		วันละ 1 ครั้ง	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		วันละ 2 ครั้ง	
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		วันละ 1 ครั้ง	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		วันละ 3 ครั้ง	
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		-	
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		วันละ 1 ครั้ง	
การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		วันละ 1 ครั้ง	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		วันละ 1 ครั้ง	
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		วันละ 1 ครั้ง	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		-	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		วันละ 1 ครั้ง	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		3 (สอง/ครั้ง)	

ความถี่ของกิจกรรมการดูแล

- เลข 1 = ทุก 2 ชม.
 เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
 เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
 เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
 เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
 เลข 6 = วันเว้นวัน
 เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
 เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
 เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
 เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
 เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
 เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
 เลข 13 = ทำครั้งเดียว
 เลข 14 = อื่นๆ.....

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข		-
การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล....		-
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ		-
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ		-
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ		-
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล		-
การจัดการอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุระยะสุดท้าย		-
การส่งเสริมสุขภาพในการดำรงชีวิต		-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
☒ ต้นนอน		
☒ ล้างหน้า		
☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย็นโดยญาติ		
☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย็น โดยอาสาสมัครรับบริการท้องถิ่น		
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ		
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครรับบริการท้องถิ่น		
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ		
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครรับบริการท้องถิ่น		
☒ การออกกำลังกาย		
☒ การออกกำลังกาย/เล่นร้องจับ		
☒ การสวดมนต์		
☒ การนอนหลับ		
.....		

ผู้จัดทำ : *ดร. มณฑา ใจงาม*
 (.....)
 เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 (ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ : *กัญญา พิศาล*
 (.....)
นางอัมม ชิดธรรม
 อาสาสมัครรับบริการท้องถิ่น
 (ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้
 1)ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....
 2)ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ