

นางสาว 2568
1080911
จังหวัดอุบลราชธานี

นางสาว 2568
1080911
จังหวัดอุบลราชธานี

นางสาว 2568
1080911
จังหวัดอุบลราชธานี

นางสาว 2568
1080911
จังหวัดอุบลราชธานี

นางสาว 2568
1080911
จังหวัดอุบลราชธานี

นางสาว 2568
1080911
จังหวัดอุบลราชธานี

นางสาว 2568
1080911
จังหวัดอุบลราชธานี

นางสาว 2568
1080911
จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: นาง ศร พานิช
เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 38407 01643 724
วันเดือนปีเกิด: 10 ก.ย 2489
อายุ: 79 ปี

ที่อยู่: 67 อ.5 ต.14 น.54/5 น.1
เบอร์โทรศัพท์: 095 3959129

วินิจฉัย: ADL= 12 TAI= กลุ่มที่: 1
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: 6 นอน
ความสูง 158 ซม. 60 กก. 100 ซม.

แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

ผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุออกไปอย่างมีศักดิ์ศรี
อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตั้งแต่อากก็เป็นอยู่
อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม
อยากให้ความเห็นด้านความสำคัญ/รู้สิทธิกับคุณค่า
อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง
อยาก ได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

ญาติ: อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล
อยาก ให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
อยาก ให้มีคนช่วยเหลือดูแลตลอดไป
อยาก ได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่
อยาก ได้อุปกรณ์ทางการแพทย์จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน
รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม

แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)

กินอาหารเองได้/จับถ้วยเองได้ ✓
ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ✓
ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ✓
ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ✓
มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ✓
เดินได้โดยไม่ให้ผู้ปกครอง ✓
ไม่มีภาวะซึมเศร้า ✓
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียง ✓
ไม่เกิดแผลกดทับ ✓

ข้อควรระวังในการให้บริการ

การกินอาหาร/สำลักอาหาร ✓
การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ✓
การพ่นคัดจมูก ✓
การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพทย์ ✓
การหลงทาง ✓
อุบัติเหตุหรือข้อเข่าหัก ✓
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ✓
ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ✓
อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ ✓

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายstäปดาห์(รวมการช่วยเหลือ
<input checked="" type="checkbox"/> กัดฟันบัสสาวะไม่ได้	<input checked="" type="checkbox"/> รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน	ของครอบครัวและ informal)
<input type="checkbox"/> กลืนลำบาก	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	* อุปกรณ์ทางการแพทย์
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น	<input checked="" type="checkbox"/> พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	Syring <input type="checkbox"/> เต็ม
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน	<input type="checkbox"/> แผลหาย ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	Urine bag <input type="checkbox"/> ฟันอนลม
<input type="checkbox"/> ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	<input type="checkbox"/> ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย NG tube <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	<input checked="" type="checkbox"/> ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 ว/ส/ค	สาย Foley's cath <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ของปากไม่สะอาด	<input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องผลิตออกซิเจน <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	<input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์	เครื่องพ่นยา <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา	<input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์	อุปกรณ์ทำแผล <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลังอกปากแห้ง	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องดูดเสมหะ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ	
<input type="checkbox"/> สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 ว/ส/ค * กายอุปกรณ์	
<input checked="" type="checkbox"/> ลักษณะที่อยู่อาศัย	<input checked="" type="checkbox"/> อากาศหลังติดตั้งภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	กระดานบริหารข้อเข่า
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม	กระดานล้อเลื่อน
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ดัมเบลยกน้ำหนัก
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	<input checked="" type="checkbox"/> ทำกิจกรรมประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
บริการอื่นๆ	อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้	รถเข็นนั่ง
<input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านการเงิน	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้เท้าช่วยพยุง
<input type="checkbox"/> พาทเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมผู้สูงอายุ	ประสานพันธุศัลยกรรมในพื้นที่	ไม้เท้ากำลังแขน
<input type="checkbox"/> รับประทานไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลขระหว่าง 0-10/ป./อื่นๆ)	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้ขีดมือ
<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม		รถยกเคลื่อนไหว
<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ		ราวสี่กั๊กและเดิน
<input type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน		

กิจกรรมการดูแล	ให้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
✓ การวัดสัญญาณชีพ(ความดันโลหิต/การหายใจและวัดไข้)	๗	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณเอว/ข้อมือ/ข้อเท้า		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณเอว/ข้อเท้า/ข้อเท้า		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
✓ การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	11	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
✓ การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๑	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
✓ การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	๑	เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
✓ การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
✓ การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๗	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
✓ การควบคุมอุณหภูมิร่างกายและกระตุบระบบไหลเวียนเลือด	๗	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
✓ การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๗	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุแบบเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
✓ การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	๗	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ได้สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำอนเป็องกันแผลกดทับ / ป้องกันเพื่อก		
การทำความสะอาดที่		
✓ การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาระงับปวด	๑	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
การกระตุ้นการไต่บาท / ไม้วัด		
✓ ชุดนั้บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	๑	
✓ การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ในตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/ทันต.สาธุช	12
การบริการยืม-จ่ายวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
การบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วยสูงอายุ	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	12
การดูแลต่อเนื่องปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	12
การจัดการอาการรวมทวนเป็นผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้ป่วยสูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
<input checked="" type="checkbox"/> ดื่มนอน <input checked="" type="checkbox"/> ล้างหน้า <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าช่องและเย็น โดยญาติ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเพียงและเย็น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมและให้ยา โดยญาติ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมและให้ยา โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัด โดยญาติ <input type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัด โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ <input type="checkbox"/> การสวมสนัด <input type="checkbox"/> การนอนหลับ	
ผู้จัดทำ :	(.....)
	เลขากองทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
	เทศบาล/อบต.....
	<p style="text-align: center;"><i>เช.ศ. อภิวงค์ ชาติพานิช</i></p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p style="text-align: center;">อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น</p> <p style="text-align: center;"><i>Prasanna H S W</i></p> <p style="text-align: center;">เทศบาล / อบต.....</p>
ผู้รับผิดชอบ :	
	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้
	1) ลงชื่อ..... นพ. น. น. (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี 4 2-2-61
	2) ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คนทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงาน
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โครงการอาสาสมัครวิเศษต้องยื่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ประจำเดือน..... พ.ศ. 2568
 ชื่อผู้สูงอายุ: นางสาว อัญญา อัง..... พ.ศ. 2568
 ที่อยู่: 6 ม.6 มอชน ต.โมชน อ.บ้านนาสาร..... อ.เกาะ..... อ.เกาะ..... อ.เกาะ..... อ.เกาะ..... อ.เกาะ.....

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: นางสาว อัญญา อัง
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 3 3407 0146 359
 วันเดือนปีเกิด: 6 ธ.ย. 2482
 อายุ: 86 ปี

แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

ผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี
 ออกกำลังกายหรือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่
 ออกสร้างประโยชน์ให้สังคม
 ออกไปกินอาหารหรือเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า
 ออกไปมีทัศนคติเวลาไป ไม่/ไม่ค่อยดี
 ออกไปใช้ชีวิตการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

ญาติ: ออกไปให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล
 ออกไปให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
 ออกไปให้คนช่วยเหลือดูแลแต่ไม่ถึง
 ออกไปใช้ชีวิตการเพิ่มมากขึ้นที่ได้รับอยู่
 ออกไปให้สุขภาพทางการแพทย์ที่จำเป็น/ภาคอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือ

รอนเซ็น คำอธิบาย จุดทำผล เติง ซึ่นอนคม.....

ชื่อครอบครัวในการให้บริการ

ชื่อผู้ดูแล: ADL=12 TAI= กลุ่มที่: 1
 ชื่อผู้ดูแล: นางสาว อัญญา อัง
 เลขที่: นางสาว

กิจกรรม/การให้บริการ

การกินอาหาร/สัปดาห์อาหาร
 การทำรายตนเองและผู้อื่น/ทำด้วย
 การผลิตคอกกึ่ง
 การทำงานศิลปะ/สิ่งประดิษฐ์จากการใช้ยา
 การแพทย์
 การหลงทาง
 ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง
 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
 ผู้สูงอายุถูกทำร้าย
 อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

แนวโน้มการช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)

กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
 ญาติสามารถดูแลผู้ไปได้อย่างถูกต้อง
 ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ
 ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
 มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ
 เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์
 ไม่มีภาวะซึมเศร้า
 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
 ไม่เกิดแผลกดทับ

เป้าหมายในการดำรงชีวิตที่ระยะเวลาสั้น 3 เดือน

<input type="checkbox"/>	ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน							
<input checked="" type="checkbox"/>	ฟื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน							
<input type="checkbox"/>	แผลหายภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน								
<input type="checkbox"/>	ไม่มีแผลกดทับ	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน							
<input type="checkbox"/>	ไปพบแพทย์ตามนัด	ภายใน.....ว/ส/ค							
<input type="checkbox"/>	การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน							
<input checked="" type="checkbox"/>	การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน							
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดการติดเชื้อของแผลระบบทางเดินปัสสาวะ	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน							

	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)								
	* อุปกรณ์ทางการแพทย์								
	Syring								
	Urine bag								
	สาย NG tube								
	สาย Foley's cath								
	เครื่องผลิตออกซิเจน								
	เครื่องพ่นยา								
	อุปกรณ์ทำแผล								
	เครื่องดูดเสมหะ								

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

<input checked="" type="checkbox"/>	กลิ่นปัสสาวะไม่ได้	
<input type="checkbox"/>	กลิ่นลำบาก	
<input checked="" type="checkbox"/>	ความสามารถในการมองเห็น	
<input type="checkbox"/>	ความสามารถในการได้ยิน	
<input type="checkbox"/>	ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	
<input checked="" type="checkbox"/>	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	
<input checked="" type="checkbox"/>	ช่องปากไม่สะอาด	
<input type="checkbox"/>	ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	
<input checked="" type="checkbox"/>	มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขนขา	
<input checked="" type="checkbox"/>	มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลัง/ข้อเท้า/ข้อเข่า	
<input checked="" type="checkbox"/>	รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	
<input checked="" type="checkbox"/>	ตัวไม่ได้เคลื่อนไหวไม่ได้	
<input checked="" type="checkbox"/>	ลักษณะที่อยู่อาศัย	
<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถทานอาหารเองได้	
<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	
<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	

	บริการอื่น ๆ	
<input checked="" type="checkbox"/>	ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันด้านจิตใจ/ด้านการเงิน	
<input type="checkbox"/>	พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	
<input type="checkbox"/>	รถรับส่งไปสถานบริการ/ให้มีตัวเสื่อกระหวาง สธ./อปท./อื่นๆ	
<input type="checkbox"/>	ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม	
<input type="checkbox"/>	ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	
<input type="checkbox"/>	ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

	กระดานบริหารข้อเท้า								
	กระดานล้อเลื่อน								
	คัมเบลยกน้ำหนัก								
	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก								
	รถเข็น								
	ไม้เท้าช่วยพยุง								
	ไม้ฝึกกำลังแขน								
	ไม้ยืน								
	รถเข็น								
	ราวฝึกยืนและเดิน								

กิจกรรมการดูแล	ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณเอวและสืบพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	10	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	10	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาคาเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาคาเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนัดพ่อนกลายกลับมาเมื่อและกระตุ้ระบบไหลเวียนเลือด	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	7	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้ดูแลอาชุนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ระวังกันเฝ้าตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดบริการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
การอ่านหนังสือ / ควบคุมสติ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	9	
กิจกรรมกระตุ้นการใส่บาตร / ไปด้วย		
ชุดนึ่งบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

แผนการดูแลรักษาสุขภาพ (Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจําเดือน.....พ.ศ. 256๕
 7 ม.ค. 2565
 10/01/2565
 จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าให้รายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: 410 น้อย นพ. 9/1/2565
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 3 3407 01647 584
 วันเดือนปีเกิด: 24/7/๖๙
 อายุ: ๘9 ปี

ที่อยู่: 24 ม.6 ม.บ้าน ๐๗ ใน.ส.๔/๕ หมู่ที่ ๑๑ ตำบลบ้านดง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
 เบอร์โทรศัพท์: 061 742 3639
 ชื่อญาติ: นาย พงษ์ วัฒนวิจิตร

ชื่อครอบครัวในการให้บริการ: ADL= 11 TAI= กลุ่มที่: ๑
 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

ผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี
 อยกช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้ตั้งเเต่เช้าถึงเย็น
 อยกสร้างประโยชน์ให้สังคม
 อยกให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า
 อยกให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง
 อยกได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพียงพอเพิ่มขึ้น

แผนนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)

<input type="checkbox"/>	กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
<input checked="" type="checkbox"/>	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
<input type="checkbox"/>	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ
<input checked="" type="checkbox"/>	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
<input type="checkbox"/>	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ
<input type="checkbox"/>	เดินได้/มองไม่ใช้อุปกรณ์
<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังต่างๆ
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดแผลกดทับ

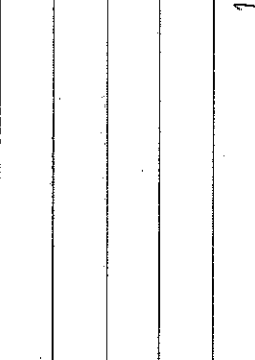

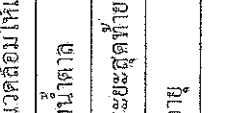
ข้อควรระวังในการให้บริการ

<input checked="" type="checkbox"/>	การกินอาหาร/สำลักอาหาร
<input type="checkbox"/>	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
<input checked="" type="checkbox"/>	การพลัดตกหกล้ม
<input type="checkbox"/>	การขาดยา/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
<input checked="" type="checkbox"/>	การหลงทาง
<input type="checkbox"/>	ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง
<input type="checkbox"/>	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
<input checked="" type="checkbox"/>	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย
<input checked="" type="checkbox"/>	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ญาติ: อยกให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล
 อยกให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
 อยกให้มีคนช่วยเหลือดูแลแต่คนเดียวน
 อยกได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นจนกว่าที่ได้อยู่
 อยกได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/ภายใต้งบประมาณ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน
 รอเซ็น ฝ่ามือ ชุดทำแผล เคียง ที่นอนลม.....


ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายลับค่าที่(รวมการช่วยเหลือ)
<input type="checkbox"/> คลื่นไส้ อาเจียน	<input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหารถูกต้องและครบถ้วน	* อุปกรณ์ทางการแพทย์
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	Syring
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน	ฟื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	Urine bag
<input checked="" type="checkbox"/> ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	แพทย์ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย NG tube
<input checked="" type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย Foley's cath
<input checked="" type="checkbox"/> หงุดหงิด ไม่สะดวก	ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องผลิตออกซิเจน
<input checked="" type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องพ่นยา
<input type="checkbox"/> มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา	การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	อุปกรณ์ทำแผล
<input type="checkbox"/> มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลังออกปากแห้ง	การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องดูดเสมหะ
<input type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา	ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ	
<input type="checkbox"/> สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	
<input checked="" type="checkbox"/> ลักษณะที่อยู่อาศัย	ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ	
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้	/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	กระดานบริหารข้อเข่า
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	กระดานล้อเลื่อน
บริการอื่นๆ	ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง	คัมเบลยกน้ำหนัก
<input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันด้านจิตใจ	อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
<input type="checkbox"/> พยายามกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	รถเข็นนั่ง
<input type="checkbox"/> งดรับส่งไปสถานบริการให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ	ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่	ไม้เท้าช่วยพยุง
<input type="checkbox"/> ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้เท้าก้ำกึ่งแขน
<input type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ		ไม้เข็น
<input type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน		รถเข็นล้อเดียว
		ราวสี่กั๊กและเดิน
		เตียงสี่กั๊ก
		เครื่องช่วยฟัง
		แว่นสายตา

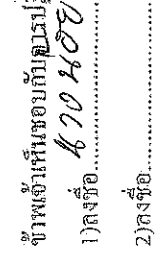
กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณเอว/ขี้สับพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวตัว		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / โกนหนวด	10	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	10	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	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การควบคุมอุณหภูมิแก้มเมื่อและกระตุ้ระบบไหลเวียนเลือด	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	7	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนใส่สภาวะ		
การดูแลท่าความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ระวังกันหกล้ม		
การทำแผลกดทับ		
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาระงับปวด		
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ศึกษาปริศนา/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	10	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปด้วย		
สูดกลิ่นบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ได้วัดผลความสำเร็จของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาธารณสุข	
การบริการเบิกรับ-จ่ายวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	10
การเจาะเลือดบดขยี้เพื่อตรวจระดับน้ำตาล	13
การจัดจัดการอาหารกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	<p>ผู้จัดทำ :  (นางศรีบัวต๊ะ น.สงัด)</p> <p>นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ เลขาคณะทำงานจัดตั้งแผนการดูแลผู้สูงอายุบุคคล (Care Plan) เทศบาลเมือง</p> <p>ผู้รับผิดชอบ :  (นางสาวน้อย น้อยคุณ)</p> <p>เทศบาล/เขต :  (นางสาวสมศรี บริบาลท้องถิ่น)</p>
ตื่นนอน	
ล้างหน้า	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางซึ่งเสี่ยงและเสี่ยง โดยญาติ	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางซึ่งเสี่ยงและเสี่ยง โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
การทำความสะอาดบ้าน	
การทำความสะอาดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
การออกกำลังกาย	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/เปลี่ยนรองขับ	
การสวมชุด	
การนอนหลับ	

หมายเหตุ Care Plan "ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อให้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับดูแลผู้ป่วยที่มี Care Plan ฉบับนี้

1) ลงชื่อ  (ผู้ช่วยญาติผู้ดูแล) วันที่เดือนปี : 3 ก.ค. 68

2) ลงชื่อ :  (ผู้ช่วยญาติผู้ดูแล) วันที่เดือนปี :

แผนการดูแลผู้ป่วย (Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริษัท... พ.ศ. 2568
 10192
 101022 จังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง ให้ได้ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: **นาง สุณิศจิต ธรรมสวัสดิ์**
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน: **33407 01667 216**
 วันเดือนปีเกิด: **5 ธ.ค. 2498**
 อายุ: **69** ปี

ที่อยู่: **103 ม.7 ม.หนองสวรรค์**
 เบอร์โทรศัพท์: **087 148 6621**

วิทยุ: ADL= 8 TAI= กลุ่มที่: 2
 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: **6M1A7H**
แอดมิเนชันโฮม
ออร์แกนิกโฮม

แนวความคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

ผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุออกไปอย่างมีศักดิ์ศรี
 ออกกำลังกายเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้
 ออกกำลังกายประปราย โยคะ ให้สังคม
 ออกกำลังกายเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า
 ออกกำลังกายแต่เอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง
 ออกกำลังกายผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

แนวโน้มการใช้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมาย)

กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
 ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
 ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ
 ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
 มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ
 เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์
 ไม่มีภาวะซึมเศร้า
 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง
 ไม่เกิดแผลกดทับ

ข้อควรระวังในการให้บริการ

การกินอาหาร/ดื่อกอาหาร
 การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
 การพลัดตกหกล้ม
 การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
 การหลงทาง
 ข้อติดหรือข้อเท้าตกร
 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
 ผู้สูงอายุถูกทำร้าย
 อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ญาติ: ออกมาให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ดูแล
 ออกให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
 ออกให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน
 ออกได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้อยู่
 ออกได้โปรแกรมทางการแพทย์ที่จำเป็น/ภาคอุปการณ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน

รอดเซ็น ฝ่ามือ ชุคทำแปล เติง ซีนอนดม.....

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือ)
<input type="checkbox"/> คิดไม่สะดวก	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือ) ของครอบครัวและ informal)
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น	<input checked="" type="checkbox"/> ฟังพูดภาวะข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	* อุปกรณ์ทางการแพทย์ Syring <input type="checkbox"/> เต็ม
<input checked="" type="checkbox"/> ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	<input type="checkbox"/> แผลหาย ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	Urine bag <input type="checkbox"/> ที่นอนลม
<input checked="" type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย NG tube <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ของปากไม่สะอาด	<input checked="" type="checkbox"/> ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย Foley's cath <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ปัญหาด้านความเจ็บหลังเข็ม/สาย/ท่อ/นอนไม่หลับ	<input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องผลิตออกซิเจน <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา	<input checked="" type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องพ่นยา <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหัวอกปากแห้ง	<input checked="" type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	อุปกรณ์ทำแผล <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ	เครื่องดูดเสมหะ <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	<input type="checkbox"/> ระบุบทบาทเดินหายใจ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	
<input checked="" type="checkbox"/> ลักษณะที่อยู่อาศัย	<input checked="" type="checkbox"/> อากาศหลังสัมผัสขึ้นภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	กระดานบริหารข้อเท้า <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	กระดานล้อเลื่อน <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	<input type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ช่วยตนเอง	คัมเบลยกน้ำหนัก <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	<input type="checkbox"/> อามน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> บริการอื่นๆ	<input type="checkbox"/> ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	รถเข็นนั่ง <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลจิตใจด้านการเงิน	<input type="checkbox"/> ประสานพันธุศาสตร์ในพื้นที่	ไม้ค้ำยัน <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้เท้าช่วยพยุง <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือดูแลจิตใจด้านการเงิน	<input type="checkbox"/> ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้ฝึกกำลังแขน <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือดูแลจิตใจด้านการเงิน	<input type="checkbox"/> ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้ยึดช่อง <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	รถเข็น <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	<input type="checkbox"/> ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ราวฝึกยืนและเดิน <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	<input type="checkbox"/> ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	

กิจกรรมการดูแล	ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวผิวนา	9	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	7	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอนบริเวณบ้าน	9	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	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนัดสอนญาติญาติญาติและกระดุมระบบไหลเวียนเลือด	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	7	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = ขึ้นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	10	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลท่าความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดกรความเจ็บปวด / การให้ยาระงับปวด		
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปด้วย		
สูดดมน้ำมัน (Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด (Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: ๕๖๖๕๐๗ ท้าวอริวงค์
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 3 3407 00214 226
 วันเดือนปีเกิด: 24 ๙.๑. 2493
 อายุ: 74 ปี

ที่อยู่: 11๙.2 ๙.๙๑๖๘๑
 เบอร์โทรศัพท์: ๐๙๑ ๕๕๕1417

วินิจฉัย: ADL= ๑ TAI= กลุ่มที่: 2,
 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: วิเศษใจ,
 แอดอชองแอดคอม ๐๐๙,
 เวชชกรชัย

แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

ผู้สูงอายุ:	<input type="checkbox"/>
ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี	<input checked="" type="checkbox"/>
อยากช่วยเหลือตัวเอง ได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่	<input type="checkbox"/>
อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม	<input type="checkbox"/>
อยากให้เห็นคุณค่าความเป็นคน/รู้สึกมีคุณค่า	<input type="checkbox"/>
อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง	<input type="checkbox"/>
อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	<input checked="" type="checkbox"/>

ญาติ:

อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุผู้ดูแล	<input type="checkbox"/>
อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	<input checked="" type="checkbox"/>
อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลตัดสินใจ	<input type="checkbox"/>
อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้นที่ได้รับอยู่	<input checked="" type="checkbox"/>
อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/ทางอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน	<input type="checkbox"/>

รอดีน ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เจียง ที่นอนลม.....

แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม

(รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)

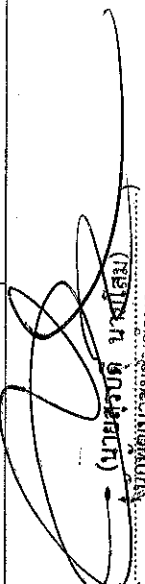
กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	<input checked="" type="checkbox"/>
ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/>
ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	<input type="checkbox"/>
ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	<input type="checkbox"/>
มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ	<input type="checkbox"/>
เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	<input checked="" type="checkbox"/>
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	<input checked="" type="checkbox"/>
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	<input type="checkbox"/>
ไม่เกิดแผลกดทับ	<input type="checkbox"/>

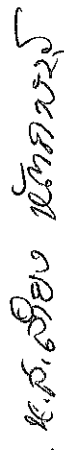
ข้อควรระวังในการให้บริการ

การกินอาหาร/ดื่มน้ำ	<input type="checkbox"/>
การที่ร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	<input type="checkbox"/>
การพลัดตกหกล้ม	<input checked="" type="checkbox"/>
การทานยาผิดผลั่งซึ่งเรียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	<input checked="" type="checkbox"/>
การหลงทาง	<input type="checkbox"/>
ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง	<input checked="" type="checkbox"/>
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	<input checked="" type="checkbox"/>
ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	<input type="checkbox"/>
อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	<input checked="" type="checkbox"/>

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณเอวข้อสะโพก		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	10	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การควบคุมอุณหภูมิร่างกายและกระตุบระบบไหลเวียนเลือด	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	7	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	7	
การดูแลสวนอุจจาระ / สังเกตอุจจาระ / ฝึกกรกลั้นปัสสาวะ		
การดูแลเท้าทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำอนุป้องกันแผลกดทับ / บล็อกกันเท้าตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาระงับปวด	7	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
ดนตรีบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	9	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาธารณสุข	
การบริการฉีดยา/จ่ายวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
การสร้างเครื่องช่วยการดูแลผู้สูงอายุ	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
การแจกจ่ายคู่มือป้อนยาเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	12
การจัดอาหารการรับประทานในผู้สูงอายุระยะระยะสุดท้าย	
การส่งเสริมให้ในการจัดการตนเองผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
✓ <input type="checkbox"/> ดื่มนอน	
✓ <input type="checkbox"/> ถ้างั้นน้ำ	
✓ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช่นเดียวกับโดยญาติ	
✓ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช่นเดียวกับโดยญาติ	
✓ <input type="checkbox"/> อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
✓ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
✓ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
✓ <input type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
✓ <input type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
✓ <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย	
✓ <input type="checkbox"/> การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
✓ <input type="checkbox"/> การสวน膀胱	
✓ <input type="checkbox"/> การนอนหลับ	

ผู้จัดทำ :  (นางสาวศุภิต น.ส.เสียม)
 บทบาทหน้าที่ : ผู้พัฒนาระบบชุมชนชานานอกคา :
 เลขที่คณะกรรมการดูแลรายบุคคล (Care Plan) :
 เทศบาล/อบต. : ไทหริ่งสามบั้ง

ผู้รับผิดชอบ :  (ศ.ศ.เสียม น.ส.เสียม)
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น :
 เทศบาล / อบต. : ไทหริ่งสามบั้ง

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้
 1) ลงชื่อ : น.ส.เสียม น.ส.เสียม (ผู้ป้อนยา/ผู้ดูแล) วันที่เดือนปี : 1 10 63
 2) ลงชื่อ : (ผู้ป้อนยา/ผู้ดูแล) วันที่เดือนปี :

หมายเหตุ Care Plan นี้ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้กับคนทำงานดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงาน
 ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น


ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือ)
กีดกันสถานะไม่ได้	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจ	ของครอบครัวและ informal
กีดกันลำบาก	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจ	* อุปกรณ์ทางการแพทย์
สามารถจัดการปัญหาได้	<input type="checkbox"/> ฟื้นฟูสุขภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	Syring Urine bag
ความช่วยเหลือของรายได้ในการดำรงชีวิต	<input type="checkbox"/> แผลหาย ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย NG tube
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย Foley's cath
ช่องปากไม่สะอาด	<input type="checkbox"/> ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องผลิตออกซิเจน
ปัญหาด้านความจำหลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	<input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องพ่นยา
มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา	<input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	อุปกรณ์ทำแผล
มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลังอกปากแห้ง	<input checked="" type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องดูดเสมหะ
รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	
สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	<input type="checkbox"/> รับประทานอาหารได้	
ลักษณะที่อยู่อาศัย	<input type="checkbox"/> รับประทานอาหารได้	
ไม่สามารถทานอาหารเองได้	<input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหารได้	
ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม	
ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	<input type="checkbox"/> ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	
ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง	<input type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง	
อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้จับถาดเองได้	<input type="checkbox"/> อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้จับถาดเองได้	
ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	<input type="checkbox"/> ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	
ประสานพันธุศาสตร์ในพื้นที่	<input type="checkbox"/> ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	
ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	<input type="checkbox"/> ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	
รอยโรคผิวหนัง	<input type="checkbox"/> รอยโรคผิวหนัง	
รอยโรคผิวหนัง	<input type="checkbox"/> รอยโรคผิวหนัง	
รอยโรคผิวหนัง	<input type="checkbox"/> รอยโรคผิวหนัง	
รอยโรคผิวหนัง	<input type="checkbox"/> รอยโรคผิวหนัง	
รอยโรคผิวหนัง	<input type="checkbox"/> รอยโรคผิวหนัง	
รอยโรคผิวหนัง	<input type="checkbox"/> รอยโรคผิวหนัง	
รอยโรคผิวหนัง	<input type="checkbox"/> รอยโรคผิวหนัง	
รอยโรคผิวหนัง	<input type="checkbox"/> รอยโรคผิวหนัง	
รอยโรคผิวหนัง	<input type="checkbox"/> รอยโรคผิวหนัง	

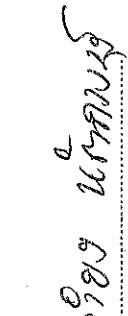
กิจกรรมการดูแล	ได้วัดผลตามเชิงกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำท่าโลชัน/น้ำนมนะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวผิวนา		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	10	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	10	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	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนัดสอนญาติญาติคนเฝ้าและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	7	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลท่าความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงของอนามัย		
การฝึกทักษะการเดิน / การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาระงับปวด		
การอ่านหนังสือ / ควบคุมระดับกลูโคส/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรทัศน์	7	
การกระตุ้นการไต่บาท / ไปวัด		
ชุดนั้บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

	<p>ได้แสดงความถึงกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)</p>
กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาธารณสุข	
การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
การจะเลือกไปอาศัยชั่วคราวระดับนี้เท่าใด	13
การจัดการการกรรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
การสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

<input checked="" type="checkbox"/>	คืนนอน	
<input checked="" type="checkbox"/>	ล้างหน้า	
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าท้องและเส้น โดยญาติ	
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าท้องและเส้น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยญาติ	
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
<input type="checkbox"/>	การทำกายภาพบำบัด โดยญาติ	
<input type="checkbox"/>	การทำกายภาพบำบัด โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
<input checked="" type="checkbox"/>	การออกกำลังกาย	
<input type="checkbox"/>	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
<input checked="" type="checkbox"/>	การสวมหมวก	
<input checked="" type="checkbox"/>	การอาบน้ำ	

ผู้จัดทำ : 
 (นายสุรินทร์ นามสิน)
 เจ้าหน้าที่ดำเนินงานจัดการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 เทศบาลอบต. ไทหนองนาคำ

ผู้รับผิดชอบ : 
 น.ส.อ้อย นกทอง
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
 เทศบาล อบต. ไทหนองนาคำ

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้
 1) ลงชื่อ กัญญาภาณี วัฒนศิริ (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่ลงนาม 17.10.67
 2) ลงชื่อ (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่ลงนาม

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะกรรมการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงาน
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

แผนการดูแลสุขภาพ (Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน..... พ.ศ. 2568
 ๗๗๗๑๒
 ๖๐๗๑๑๒
 จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง ให้ได้ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: ๖๗๐ ๘๗ ๑๒๑๗
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 3 3403 01507 189
 วันเดือนปีเกิด: 1 ๖๓.๕. 2479
 อายุ: 88 ปี

ที่อยู่: 68 ม.2 ม.41668
 เบอร์โทรศัพท์: 0802487416

วินิจฉัย: ADL= 14 TAI= กลุ่มที่: 1
 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ๑๕๗๐๗๕,
 ๗๕๗๖ ๖๕๕๐๘

แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

ผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี
 อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตั้งแต่ออกจากที่เป็นอยู่
 อยากร่างกายแข็งแรง
 อยากรู้ทันคนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า
 อยากรู้สึกปลอดภัย
 อยากรู้สึกดีใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น

แนวโน้มนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)

<input type="checkbox"/>	กินอาหารเองได้/จับช้อนเองได้
<input checked="" type="checkbox"/>	ญาติสามารถดูแลผู้ไปได้อย่างถูกต้อง
<input type="checkbox"/>	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ
<input checked="" type="checkbox"/>	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
<input type="checkbox"/>	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ
<input type="checkbox"/>	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดแผลกดทับ

ข้อควรระวังในการให้บริการ

<input type="checkbox"/>	การกินอาหาร/สำลักอาหาร
<input type="checkbox"/>	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
<input checked="" type="checkbox"/>	การพลัดตกหกล้ม
<input type="checkbox"/>	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา
<input type="checkbox"/>	การแพ้ยา
<input type="checkbox"/>	การหลงทาง
<input type="checkbox"/>	ข้อคิดหรือข้อเท็จจริง
<input type="checkbox"/>	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
<input type="checkbox"/>	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย
<input checked="" type="checkbox"/>	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ


ญาติ: อยากรู้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล
 อยากรู้ให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
 อยากรู้ให้มีคนช่วยเหลือดูแลคนพิการ
 อยากรู้ให้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่
 อยากรู้ได้รู้โปรแกรมทางการแพทย์ที่จำเป็นกายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน


รศ.ชื่น คำอ้อม ชุตทนต์ เดียง ทัศนอมล


ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ)
<input checked="" type="checkbox"/> ถัดปีสถานะไม่ได้	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน	ของครอบครัวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ถัดปีลำบาก	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	* อุปกรณ์ทางการแพทย์
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น	<input checked="" type="checkbox"/> พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	Syring Urine bag สาย NG tube สาย Foley's cath
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน	<input type="checkbox"/> แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/> ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	<input type="checkbox"/> ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องผลิตออกซิเจน
<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	<input type="checkbox"/> ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด	เครื่องพ่นยา
<input type="checkbox"/> ช่องปากไม่สะอาด	<input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	อุปกรณ์ทำแผล
<input checked="" type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำหลงลืม/ลืมเสร็จ/นอนไม่หลับ	<input checked="" type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องดูดเสมหะ
<input type="checkbox"/> มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา	<input type="checkbox"/> ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด * กายอุปกรณ์	
<input type="checkbox"/> มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลังอกปากแห้ง	<input type="checkbox"/> อากาศหลังลิ้นคืบภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	กระดานบริหารข้อเข่า
<input type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	กระดานล้อเลื่อน
<input type="checkbox"/> สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	<input type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิมได้ด้วยตนเอง	คันเบบยกน้ำหนัก
<input checked="" type="checkbox"/> ลักษณะที่อยู่อาศัย	<input type="checkbox"/> อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้จับถาดเองได้	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้	<input type="checkbox"/> ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	รถเข็นนั่ง
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	<input type="checkbox"/> ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้ค้ำยัน
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	<input type="checkbox"/> ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้เท้าช่วยพยุง
<input type="checkbox"/> บริการอื่นๆ	<input type="checkbox"/> ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้ฝึกกำลังแขน
<input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลจิตใจด้านการเงิน	<input type="checkbox"/> ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้ยึดมือ
<input type="checkbox"/> พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	รถเข็นล้อไนท์
<input type="checkbox"/> โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ราวสีถักและเคเบิ้ล
<input type="checkbox"/> รับผิดชอบไปสถานบริการ(ให้มีตัวเคาะระหว่าง ตช./อปท./อื่นๆ)	<input type="checkbox"/> ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/> ได้รับความประทับใจจากหน่วยงานที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	<input type="checkbox"/> ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมงานอาสาสมัครและเอกชน	<input type="checkbox"/> ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

กิจกรรมการดูแล	ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณเอวและสืบพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	7	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	9	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนัดพ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	7	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลท่าความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันทำตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
การอ่านหนังสือ / สวนคนไข้ / กิจกรรมจิตวิทยา / โทรทัศน์ / โทรศัพท์	10	
กิจกรรมกระตุ้นการได้บุตร / ไปวัด		
ชุดนั้บำบัด(Aroma therapy) / คนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท. สาธุช	
การบริการฝึก-ช่วยเหลืออุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ใช้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
✓ การงานเหลือคปลานิวเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	13
การจัดการการอบรมทวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
การส่งเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
✓ <input type="checkbox"/> ต้นนอน	
✓ <input type="checkbox"/> ล้างหน้า	
✓ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช่นเดียวกับและอื่นโดยญาติ	
✓ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช่นเดียวกับและอื่น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
✓ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
✓ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
✓ <input type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
✓ <input type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัด โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
✓ <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย	
✓ <input type="checkbox"/> การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
✓ <input type="checkbox"/> การสวนคนตรี	
✓ <input type="checkbox"/> การนอนหลับ	

ผู้จัดทำ :  (นายสุรศักดิ์ นวมรัมย์)
 นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ
 เฉพาะคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 เทศบาล/อบต. ตำบลวังม่วง

ผู้รับผิดชอบ :  (น.ต.นงสือ นริธอนนธ์)
 9 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
 เทศบาล / อบต. เทศบาล / อบต.

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้
 1) ลงชื่อ  น.ต.นงสือ นริธอนนธ์ (ผู้ป่าวญาติผู้ดูแล) วันที่เดือนปี : 7 ต.ค. 67
 2) ลงชื่อ..... (ผู้ป่าวญาติผู้ดูแล) วันที่เดือนปี :

หมายเหตุ Care Plan "ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น"

แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริษัทเพื่อท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2568

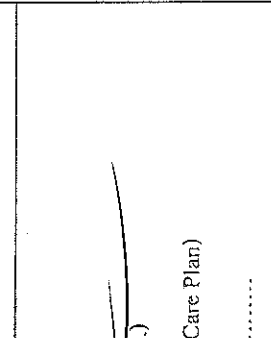
พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) ชื่อ 1280021552 อำเภอ 1020021 จังหวัด อุบลราชธานี

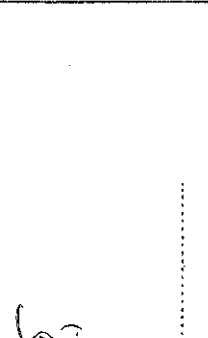
คำชี้แจง ให้ใส่ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ: <u>นางสาวศรีใจ 2127</u> เลขบัตรประจำตัวประชาชน: <u>3 3407 01509 921</u> วันเดือนปีเกิด: <u>-- 2490</u> อายุ: <u>77</u> ปี</p>	<p>ที่อยู่: <u>122 ต.2 22066</u> เบอร์โทรศัพท์: <u>092 2237489</u></p>	<p>วินิจฉัย: ADL=14 TAI= กลุ่มที่: 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: <u>เบาหวาน นอน เว็ชเวร/ชม ๕:15</u></p>																																				
<p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ: <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี <input checked="" type="checkbox"/> อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้สิ่งที่อยากทำเป็นอยู่ <input type="checkbox"/> อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม <input type="checkbox"/> อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า <input type="checkbox"/> อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <input checked="" type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</p> <p>ญาติ: <input type="checkbox"/> อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น <input type="checkbox"/> อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลตั้งแต่บัดนี้เป็นต้น <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ <input type="checkbox"/> อยากให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม</p>	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ซึ่งเวลากลับไปอย่างสงบ</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ไม่เกิดผลกดทับ</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	<input checked="" type="checkbox"/>	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/>	ซึ่งเวลากลับไปอย่างสงบ	<input checked="" type="checkbox"/>	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	<input checked="" type="checkbox"/>	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ	<input type="checkbox"/>	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดผลกดทับ	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>การกินอาหาร/สำลักอาหาร</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>การพลัดตกหกล้ม</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>การพยายาคิด/คลั่งข้างเตียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>การหลงทาง</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>เลือด/หรือร่องข้อเท้าตก</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	การกินอาหาร/สำลักอาหาร	<input type="checkbox"/>	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	<input checked="" type="checkbox"/>	การพลัดตกหกล้ม	<input checked="" type="checkbox"/>	การพยายาคิด/คลั่งข้างเตียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	<input checked="" type="checkbox"/>	การหลงทาง	<input checked="" type="checkbox"/>	เลือด/หรือร่องข้อเท้าตก	<input type="checkbox"/>	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	<input checked="" type="checkbox"/>	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
<input type="checkbox"/>	กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้																																					
<input checked="" type="checkbox"/>	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง																																					
<input type="checkbox"/>	ซึ่งเวลากลับไปอย่างสงบ																																					
<input checked="" type="checkbox"/>	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม																																					
<input checked="" type="checkbox"/>	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ																																					
<input type="checkbox"/>	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์																																					
<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่มีภาวะซึมเศร้า																																					
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ																																					
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดผลกดทับ																																					
<input type="checkbox"/>	การกินอาหาร/สำลักอาหาร																																					
<input type="checkbox"/>	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย																																					
<input checked="" type="checkbox"/>	การพลัดตกหกล้ม																																					
<input checked="" type="checkbox"/>	การพยายาคิด/คลั่งข้างเตียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา																																					
<input checked="" type="checkbox"/>	การหลงทาง																																					
<input checked="" type="checkbox"/>	เลือด/หรือร่องข้อเท้าตก																																					
<input type="checkbox"/>	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																					
<input type="checkbox"/>	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย																																					
<input checked="" type="checkbox"/>	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ																																					

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	๕	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณเอวข้อมือข้อมือ		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเติมๆ		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนขนวด	10	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	11	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง (NG tube)		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๘	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนัดพ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	๕	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๕	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนไหวผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันทำตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	๑	
การกระตุ้นการไต่บาท / ไปวัด		
ดูดนตรีบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

กิจกรรมการดูแล(ข้อ)	ในต้นฉบับความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจแจ้งแพทย์/คนท. สาธุช	
การบริการเวก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทันตแพทย์.....	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
การสร้างเครื่องช่วยการดูแลผู้สูงอายุ	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมกับอุปนิสัยพิเศษ	
การเจาะเลือดคอบคายน้ำเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	12
การจัดอาหารการรับประทานในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
✓ ตื่นนอน	
✓ แต่งหน้า	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางซึ่งแช่แข็งและเย็น โดยญาติ	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางซึ่งแช่แข็งและเย็น โดย	
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยญาติ	
ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
✓ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
✓ การทำกายภาพบำบัด โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
✓ การออกกำลังกาย	
✓ การเปลี่ยนผ้าอ้อมแผ่นรองขับ	
✓ การสวมหมวก	
✓ การนอนหลับ	

ผู้จัดทำ:  (นายสุระสิทธิ์ นามสริทธิ์) นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ
 เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 เทศบาล/อบต. ไทพลาญชัย

ผู้รับผิดชอบ:  (จ.จ. จักปาน จิตประดิษฐ์) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
 เทศบาล หนองไผ่
 ตำบล หนองไผ่

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้
 1) ลงชื่อ..... น.ส. น.น.น. (ผู้ปวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี: 1 ๑๗๑.๖๒
 2) ลงชื่อ..... (ผู้ปวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี:

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อให้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

แผนการดูแลสุขภาพบุคคล (Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการผู้สูงอายุที่เมืองจีนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน..... พ.ศ. 2568
 ชื่อ: นางสาว น. น. น. อำเภอ..... จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลขในช่องว่างรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: นางสาว น. น. น.
 เลขบัตรประชาชน: 33409 01503 429
 วันเดือนปีเกิด: 11/10/2498
 อายุ: 68 ปี

ที่อยู่: 41 ม.2 ม.8/669
 เบอร์โทรศัพท์: -

วินิจฉัย: ADL= 12 TAI= กลุ่มที่: 1
 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผิวหนังลอก
แผล ขาดมันม่วง

แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

ผู้สูงอายุ:	<input type="checkbox"/>
ผู้สูงอายุออกไปอย่างมีศักดิ์ศรี	<input checked="" type="checkbox"/>
อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้คือสิ่งที่ต้องการ	<input checked="" type="checkbox"/>
อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม	<input type="checkbox"/>
อยากให้เห็นคุณค่าหรือมีความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า	<input checked="" type="checkbox"/>
อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง	<input type="checkbox"/>
อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	<input checked="" type="checkbox"/>
ญาติ:	<input type="checkbox"/>
อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล	<input type="checkbox"/>
อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	<input checked="" type="checkbox"/>
อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลดีดกว่าเดิม	<input type="checkbox"/>
อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	<input checked="" type="checkbox"/>
อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือ	<input type="checkbox"/>

รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....

แผนนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)

<input type="checkbox"/>	กินอาหารเองได้/รับถ่ายเองได้
<input checked="" type="checkbox"/>	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
<input type="checkbox"/>	ถึงเวลาออกไปอย่างสงบ
<input checked="" type="checkbox"/>	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
<input type="checkbox"/>	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ
<input type="checkbox"/>	เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์
<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดแผลกดทับ

ข้อควรระวังในการให้บริการ

<input checked="" type="checkbox"/>	การกินอาหาร/สำลักอาหาร
<input type="checkbox"/>	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
<input checked="" type="checkbox"/>	การพลัดตกหกล้ม
<input type="checkbox"/>	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา
<input type="checkbox"/>	การแพ้ยา
<input checked="" type="checkbox"/>	การหลงทาง
<input type="checkbox"/>	ข้อติดหรือข้ออักเสบ
<input type="checkbox"/>	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
<input type="checkbox"/>	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย
<input checked="" type="checkbox"/>	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก อดน้ำ

กิจกรรมการดูแล	ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / สระตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณเอวย้ายสี่ขาคือ		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำโลชั่น/น้ำมันมะกอก/สติกส์กับรู้งผิวหนัง		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนขนหวด	7	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	7	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาคตามเวลาที่กำหนดทางปาก		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาคตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนำขวดนอนคล้ายหมอนและกระตุ้ระบบไหลเวียนเลือด	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนดูลงจากระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลท่าความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / บัองกินแก้ปวด		
การทำแผลกดทับ		
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาระงับปวด	7	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
การกระตุ้นการไหลเวียนเลือด / ไม้รัด		
ดูดนตรีบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี ๒๕๖๕
 วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๕ จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: **นาง นาน นอน** รหัส: **๑๑๑๑๑๑** วันที่: **๑๑/๑๑/๑๑**
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน: **๓ ๓๔๕ ๖๗๘ ๙๐๑ ๒๓๔** อายุ: **๗๐** ปี
 วันเดือนปีเกิด: **๖ พ.ย. ๒๕๔๔**

แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

ผู้สูงอายุ: **ผู้สูงอายุจาก ไปอย่างมีศักดิ์ศรี**
อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้
อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม
อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกรับคุณค่า
อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง
อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

ความต้องการในการให้บริการ

<input type="checkbox"/>	การกินอาหาร/สำลักอาหาร
<input type="checkbox"/>	การทำร้ายตนเองและผู้รอบข้าง
<input checked="" type="checkbox"/>	การผลิตตกหล่น
<input checked="" type="checkbox"/>	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา
<input type="checkbox"/>	การแพ้ยา
<input type="checkbox"/>	การหลงทาง
<input checked="" type="checkbox"/>	ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง
<input type="checkbox"/>	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
<input type="checkbox"/>	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย
<input checked="" type="checkbox"/>	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

แนวโน้มเป้าหมายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)

<input type="checkbox"/>	กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
<input checked="" type="checkbox"/>	ญาติสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง
<input type="checkbox"/>	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ
<input checked="" type="checkbox"/>	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
<input checked="" type="checkbox"/>	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ
<input type="checkbox"/>	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
<input type="checkbox"/>	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดแผลกดทับ

ญาติ: **อยากให้ผู้สูงอายุมีความสุขความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล**
อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ
อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้นกว่าที่รับอยู่
อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นจากอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน
รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง พื่นอนลม

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ)
<input checked="" type="checkbox"/> กัดฟันบดสภาวะไม่ได้	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	<input type="checkbox"/> Syring
<input checked="" type="checkbox"/> กัดฟันลำบาก	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	<input type="checkbox"/> Urine bag
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	<input type="checkbox"/> สาย NG tube
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	<input type="checkbox"/> สาย Foley's cath
<input checked="" type="checkbox"/> ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	<input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน
<input checked="" type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	<input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา
<input checked="" type="checkbox"/> ช่องปากไม่สะอาด	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	<input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทำแผล
<input checked="" type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	<input type="checkbox"/> เครื่องดูดเสมหะ
<input checked="" type="checkbox"/> มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	
<input checked="" type="checkbox"/> มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	
<input checked="" type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	
<input checked="" type="checkbox"/> สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	
<input checked="" type="checkbox"/> ลักษณะที่อยู่อาศัย	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	
บริการอื่น ๆ		
<input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน	<input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน	<input type="checkbox"/> กระดาษบันทึกข้อเข้า
<input checked="" type="checkbox"/> เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน/ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	<input checked="" type="checkbox"/> เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน/ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> กระดาษคัดลอก
<input checked="" type="checkbox"/> รับผิดชอบไปสถานบริการ(ให้มีตัวเตือนระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ)	<input checked="" type="checkbox"/> รับผิดชอบไปสถานบริการ(ให้มีตัวเตือนระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ)	<input type="checkbox"/> ดัมเบลยกน้ำหนัก
<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดลอมที่เหมาะสม	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดลอมที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	<input type="checkbox"/> รถเข็น
<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	<input type="checkbox"/> ไม้เท้าช่วยพยุง
		<input type="checkbox"/> ไม่มีฝึกกำลังแขน
		<input type="checkbox"/> ไม้ยัดช่อง
		<input type="checkbox"/> รอกเคลื่อนไหว
		<input type="checkbox"/> ราวพยุงและเดิน
		<input type="checkbox"/> เตียงฝึกยืน
		<input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง
		<input type="checkbox"/> แวนสายตา

* อุปกรณ์ทางการแพทย์

เตียง

ฟันปลอม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


.....

.....

.....

.....

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดันโลหิต/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณเอวข้อสะโพก		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	9	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	7	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองรับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอนบริเวณบ้าน	9	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / OT / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาคตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนัดสอนคนภายในบ้านและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	7	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	9	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลท่าความสะอาดของผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงของอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันกัดตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาระงับปวด		
การอ่านหนังสือ / ละครบนเตียง/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
ผู้ดูแลบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ได้วัดผลความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท. สาขาศูญ	
การบริการเมื่อก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
การสร้างเครื่องช่วยการดูแลผู้สูงอายุ	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	12
การจัดการอาหารการบริโภคนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
การส่งเสริมให้ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
<input checked="" type="checkbox"/> ตื่นนอน <input checked="" type="checkbox"/> ล้างหน้า <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าทิ้งและเขียน โดยญาติ <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าทิ้งและเขียน โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยานและให้ยา โดยญาติ <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input checked="" type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัด โดยญาติ <input checked="" type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัด โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input checked="" type="checkbox"/> การออกกำลังกาย <input checked="" type="checkbox"/> การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ <input checked="" type="checkbox"/> การสวมชุด <input checked="" type="checkbox"/> การนอนหลับ	
ผู้จัดทำ:	 นายณัฐพร นววิเศษ นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ เลขที่คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เทศบาล/อบต. ไทรงาม อำเภอเมือง
ผู้รับผิดชอบ:	(น.ป.อวย นววิเศษ) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เทศบาล / อบต. ไทรงาม

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

1) ลงชื่อ..... น.ป.อวย นววิเศษ (ผู้ปวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : 1 ๑๗.๑.๖๗

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

หมายเหตุ Care Plan นี้ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อให้ใช้ในการควบคุมการทำงาน
 ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

พื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล (เทศบาล) อ.ต.อ. ชื่อ 166024555 อำเภอ 19999 จังหวัด อุบลราชธานี

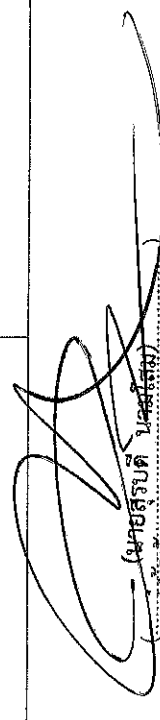
คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ: <u>นาง นุชญา นิลใจ</u> เลขบัตรประจำตัวประชาชน: <u>3 3407 01646 05 7</u> วันเดือนปีเกิด: <u>1 พ.ค. 2492</u> อายุ: <u>75</u> ปี</p>	<p>ที่อยู่: <u>10 ม.6 ม.ชนคม</u> เบอร์โทรศัพท์: <u>064 2503271</u></p>	<p>วินิจฉัย: ADL = 14 TAI = <u>กลุ่มที่ 1</u> ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: <u>ตาบอด</u> <u>ตาบอด</u></p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ: <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุออกไปอย่างมีศักดิ์ศรี <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ออกกำลังกายได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ออกสร้างประโยชน์ให้สังคม <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ออกให้คนอื่นเห็นความดี/มีคุณค่า <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ออกให้มีคุณค่าแก่ใจใส่ ไม่ถูกทอดทิ้ง <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ออก ได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ญาติ: <input type="checkbox"/> ออกให้ชุมชนยอมรับสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่ดูแล <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ออกให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ออกให้มีคนช่วยเหลือดูแลแต่เดิมมีсын <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ออกได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ออกได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>รถเข็น ฟ้าซ้อน ชุดกันแดด เข็ม พินเข็ม</p>	<p>แผนนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <p><input type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/รับถ่ายเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ปฏิบัติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ถึงเวลาจะไปอย่างสงบ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยเหมาะสม <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เงิน ได้โดยไม่มีอุปสรรค <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ไม่เกิดผลกดทับ <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <p><input type="checkbox"/> การกินอาหาร/ล้าล้าอาหาร <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> การพลัดตกหกล้ม <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /การแพ้ยา <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> การหลงทาง <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทุบตี <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฆมน้ำ <input checked="" type="checkbox"/></p>

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการออกหน่วยรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)
<input type="checkbox"/> กัดฟันบดเคี้ยวไม่ได้	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน	
<input type="checkbox"/> กัดฟันลำบาก	ภายใน 3...วัน/สัปดาห์(เดือน)	* อุปกรณ์ทางการแพทย์
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น	<input checked="" type="checkbox"/> ฟันพุดภาวะของซี่และกล้ามเนื้อให้คงสภาพ	Syring
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน	หรือดีขึ้น ภายใน 3...วัน/สัปดาห์(เดือน)	Urine bag
ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	แพทย์ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย NG tube
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	ไม่มีผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย Foley's cath
<input checked="" type="checkbox"/> ของปกไม่สะอาด	ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ค	เครื่องผลิตออกซิเจน
<input checked="" type="checkbox"/> ปัญหาด้านความเจ็บ/หลังเข็ม/เข็มตำ/นอนไม่หลับ	การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง	เครื่องพ่นยา
มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา	การแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	อุปกรณ์ทำแผล
มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง	การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์	เครื่องดูดเสมหะ
<input type="checkbox"/> รู้สึกหิวหรือคอขวด	ภายใน 3...วัน/สัปดาห์(เดือน)	
<input type="checkbox"/> สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	ไม่เกิดการคิดเรื่องของแผน/ระบบทางเดินปัสสาวะ	
<input type="checkbox"/> ลักษณะที่อยู่อาศัย	/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ค * กายอุปกรณ์	
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้	<input checked="" type="checkbox"/> อาการหลังล้มดีขึ้นภายใน 3...วัน/สัปดาห์(เดือน)	กระดานบริหารข้อเข่า
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม	กระดานล้อเลื่อน
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	ภายใน 3...วัน/สัปดาห์(เดือน)	คัมเบลยกน้ำหนัก
	ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
บริการอื่น ๆ	อาบน้ำเอง ได้ทานข้าวเองได้จับถ่างเองได้	รถเข็นนั่ง
<input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้ค้ำยัน
พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/	ประสานพันธุศาสตร์ในทันที	ไม้เท้าช่วยพยุง
โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้ฝึกกำลังแขน
<input type="checkbox"/> รับประทานบริการ(ให้มีตัวเล็กระหว่าง สท./อปท./อื่นๆ)		ไม้ยึดน้อง
<input type="checkbox"/> รับประทานบริการ(ให้มีตัวเล็กระหว่าง สท./อปท./อื่นๆ)		รถยกเลื่อนไหว
<input type="checkbox"/> รับประทานส่งเสริมอาชีพ		ราวฝึกยืนและเดิน
<input type="checkbox"/> รับประทานที่บ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน		เตียงฝึกยืน
		เครื่องช่วยพยุง
		แว่นสายตา

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	๗	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณเอว/ขี้ผึ้ง		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทาน้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเด็ก		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / โกนหนวด	๗	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้ยาที่สะอาดและพร้อมใช้	๙	เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๗	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนัดสอนคนดูแลเกี่ยวกับเนื้อและกระดูกในรูปไหลเวียนเลือด	๗	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๗	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนไหวผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = ขึ้นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงของอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ให้ออกันที่แตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
การอ่านหนังสือ / ควบคุมสติฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	10	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
ดูดนตรีบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

กิจกรรรมการดูแล(ต่อ)		ไว้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
<input type="checkbox"/>	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท. ภาครัฐ	
<input type="checkbox"/>	การบริการเภสัชกรจ่ายยารักษาโรค/เภสัชกรแพทย์ให้ผู้ป่วยอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
<input type="checkbox"/>	การบริการพยาบาลวิชาชีพผู้สูงอายุ	
<input type="checkbox"/>	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
<input checked="" type="checkbox"/>	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมกับผู้อยู่บิตีเหตุ	13
<input type="checkbox"/>	การทะเลาะวิวาทภายในครัวเรือน	
<input type="checkbox"/>	การจัดการอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ	
<input type="checkbox"/>	การส่งเสริมให้ในการจ้างงานศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
<input checked="" type="checkbox"/>	ตื่นนอน	
<input checked="" type="checkbox"/>	ล้างหน้า	
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าที่ขี้และเห็น โดยญาติ	
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าที่ขี้และเห็น โดย	
<input type="checkbox"/>	อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยญาติ	
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
<input type="checkbox"/>	การทำกายภาพบำบัด โดยญาติ	
<input type="checkbox"/>	การทำกายภาพบำบัด โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
<input checked="" type="checkbox"/>	การออกกำลังกาย	
<input type="checkbox"/>	การไปเยี่ยม/เยี่ยม/เยี่ยม	
<input type="checkbox"/>	การสวมหมวก	
<input checked="" type="checkbox"/>	การนอนหลับ	


ผู้จัดทำ : 
 (นายสุวิทย์ นิลศิริ)
 นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ
 เลขที่คณะกรรมการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 เทศบาล/อบต. : ตำบลศรีบุญเรือง

ผู้รับผิดชอบ : น.ส.อวยง วัฒนวงษ์
 (น.ส.อวยง วัฒนวงษ์)
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
 เทศบาล / อบต. : ตำบลศรีบุญเรือง

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับกรณีปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้
 1) ลงชื่อ นายสุวิทย์ นิลศิริ (ผู้ว่าราชการ/ผู้ดูแล) วันที่ 1 ต.ค. 63
 2) ลงชื่อ น.ส.อวยง วัฒนวงษ์ (ผู้ว่าราชการ/ผู้ดูแล) วันที่ 1 ต.ค. 63

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อให้การควบคุมการทำงาน
 ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

กิจกรรมการดูแล	ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (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
การทำโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวหน้า		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/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
การนำขวดนอนเคลือบกลิ่นและกระตุกระบายไหลเวียนเลือด		เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนไหวผู้ดูแลอย่างนุ่มนวลและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ส้วมอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลท่าความสะอาดผู้ใช้สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงของอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / ให้ออกซิเจน		
การทำแผลกดทับ		
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
การอ่านหนังสือ / วดดนตรี/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุโทรทัศน์โทรทัศน์		
การกระตุ้นการใส่บาตร / ใจดี		
ดูดัชนีบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		

	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ได้ต้นตอความถึงกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
/	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วย เช่น ชุดที่แผล.....	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วย	
	การสร้างเครื่องช่วยการดูแลผู้ป่วย	
/	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการการบริโภคน้ำในผู้ป่วยสูงอายุ	
	การส่งตรวจห้ในการจัดการรังสี	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
/	ตื่นนอน	ผู้จัดทำ :
/	ล้างหน้า	 (นายสุวิทย์ นวนนูน) บุคลากรชุมชนชานานุกาญการ์ เดชาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เทศบาล/อบต. ไททรงสร้างบุรีรัมย์
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าที่ขมและเย็น โดยญาติ	
	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าที่ขมและเย็น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
/	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	ผู้รับผิดชอบ : (อ.ศอริณ พิชิตนุสรณ์) เทศบาล อบต. ไททรงสร้างบุรีรัมย์ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
	ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
/	การทำกายภาพบำบัด โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
	การออกกำลังกาย	
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
	การสวมหมวก	
/	การนอนหลับ	ข้าพเจ้านเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้ 1) ลงชื่อ... อ.ศอริณ พิชิตนุสรณ์... (ผู้ช่วยญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : 1 6 0 6 7 2) ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อให้ใช้ในการควบคุมการทำงาน
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

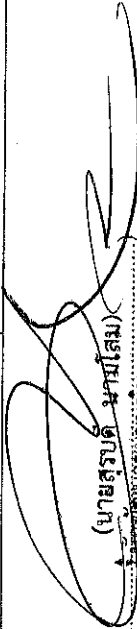
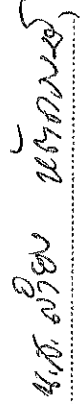
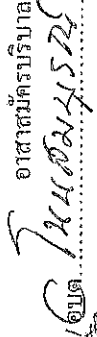

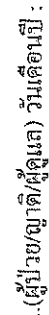
แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โครงการอาสาสมัครรับสที่องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง ประจําเดือน..... พ.ศ. 2568
 วันที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) ชื่อ เทศบาลเมือง อำเภอ เมือง จังหวัด อุบลราชธานี

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: <u>นางสาว งามใจ</u> เลขบัตรประชาชน: <u>3 3402 00862 375</u> วันเดือนปีเกิด: <u>2496</u> อายุ: <u>7</u> ปี	ที่อยู่: <u>125 2.9 ม.โนนนาทม</u> เบอร์โทรศัพท์: -	วิทยุ: ADL= 16 TAI= กลุ่มที่: 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: <u>ดี</u> <u>ภาพขาวดำ</u>
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจาก ไปอย่างมีศักดิ์ศรี <input checked="" type="checkbox"/> ออกกำลังกายเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <input type="checkbox"/> ออกสร้างประโยชน์ให้สังคม <input type="checkbox"/> ออกให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า <input checked="" type="checkbox"/> ออกให้มีกินดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <input checked="" type="checkbox"/> ออก ได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ: <input type="checkbox"/> ออกให้ชุมชนยอมรับสภาพความเป็นป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล <input checked="" type="checkbox"/> ออกให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น <input type="checkbox"/> ออกให้มีคนช่วยเหลือดูแลแต่ไม่เต็ม <input type="checkbox"/> ออกได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ ได้รับอยู่ <input type="checkbox"/> ออกได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือเดิน รอลื่น ผ้าอ้อม ชุดกันแผล เพียง ที่นอนลม.....	แผนนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) <input type="checkbox"/> กินอาหารเอง ได้/ขับถ่ายเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> ญาติสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> ถึงเวลาออกไปอย่างสงบ <input checked="" type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยเหมาะสม <input type="checkbox"/> มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ <input type="checkbox"/> เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <input type="checkbox"/> ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ <input checked="" type="checkbox"/> การกินอาหาร/สำลักอาหาร <input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input checked="" type="checkbox"/> การพลัดตกหกล้ม <input type="checkbox"/> การทำอันตราย/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา <input type="checkbox"/> การหลงทาง <input type="checkbox"/> ข้อติดหรือข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทำร้าย <input checked="" type="checkbox"/> อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก อดน้ำ

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	๗	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำไอซิ่ง/น้ำมะนาว/น้ำมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	๗	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองตัว		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๑	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาคตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาคตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๑	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนำขวดนมที่คายกลืนเมื่อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	๗	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๗	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่ท่อสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / ให้ออกซิเจน		
การทำแผลกดทับ		
การจัดความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
การอ่านหนังสือ / สวนมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	10	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปด้วย		
สูดน้ำบำบัด(Aroma therapy) / คนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ได้วัดผลความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สุขภาพ	
การบริการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
✓ การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	12
การเอาใจใส่ดูแลญาติญาติผู้สูงอายุระดับน้ำตาล	
การจัดการอาการบรรเทาในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
การส่งตรวจห้ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
✓ <input type="checkbox"/> ต้นนอน	
✓ <input type="checkbox"/> ล้างหน้า	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเช่นเที่ยงและเย็น โดยญาติ	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเช่นเที่ยงและเย็น โดย	
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
✓ <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
✓ <input type="checkbox"/> การสวมหมวก	
✓ <input type="checkbox"/> การนอนหลับ	

ผู้จัดทำ :  (นายสรบดิ์ นามโสม)
 ตำแหน่ง : นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ
 หน่วยงาน : เทศบาลตำบล
 หน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบ (Care Plan) : เทศบาลตำบล
 ผู้รับผิดชอบ :  (น.ส. นวรัตน์ นามโสม)
 หน่วยงาน : เทศบาลตำบล
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น :  เทศบาลตำบล
 ข้าพเจ้าเห็นชอบกับแผนปฏิบัติการตาม Care Plan ฉบับนี้
 1) ลงชื่อ  4/12/68
 2) ลงชื่อ  (ผู้ช่วยญาติ/ผู้ดูแล) วันที่ : 1/12/68
 (ผู้ช่วยญาติ/ผู้ดูแล) วันที่ :

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายลับตาที่(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)
กีดกันสถานะไม่ได้	✓	✓
กีดกันลำบาก	✓	✓
ความสามารถในการมองเห็น	✓	✓
ความสามารถในการได้ยิน	✓	✓
ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	✓	✓
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	✓	✓
ช่องปากไม่สะอาด	✓	✓
ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	✓	✓
มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา	✓	✓
มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลังออกปากแห้ง	✓	✓
รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	✓	✓
สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	✓	✓
ลักษณะที่อยู่อาศัย	✓	✓
ไม่สามารถทานอาหารเองได้	✓	✓
ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	✓	✓
ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	✓	✓
บริการอื่น ๆ	✓	✓
ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน	✓	✓
พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	✓	✓
รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเล็กระหว่าง ตร./อปท./อื่นๆ)	✓	✓
ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	✓	✓
ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	✓	✓
ได้รับการเชื่อมบ้าน/ดูแลจากทีมงานภาครัฐและเอกชน	✓	✓

เข้ามายามในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

✓ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน
ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ แผลหาย ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ อาการหลังล้มดีขึ้นภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง

✓ อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้จับถ้วยเองได้

✓ ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่

✓ ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓

✓

บริการนอกเหนือรายลับตาที่(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

* อุปกรณ์ทางการแพทย์

Syring เติง

Urine bag ที่นอนลม

สาย NG tube

สาย Foley's cath

เครื่องผลิตออกซิเจน

เครื่องพ่นยา

อุปกรณ์ทำแผล

เครื่องดูดเสมหะ

กระดานบริหารข้อเข่า

กระดานล้อเลื่อน

คัมเบลยกน้ำหนัก

ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก

รถเข็นนั่ง

ไม้เท้า

ไม้เท้าช่วยพยุง

ไม้ฝึกกำลังแขน

ไม้สี่คนอง

รถยกเคลื่อนไหว

ราวฝึกยืนและเดิน

แว่นสายตา

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

✓ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน
ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ แผลหาย ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ อาการหลังล้มดีขึ้นภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง

✓ อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้จับถ้วยเองได้

✓ ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

✓ ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่

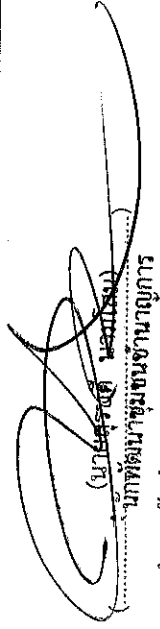
✓ ภายใน 6 วัน/สัปดาห์/เดือน

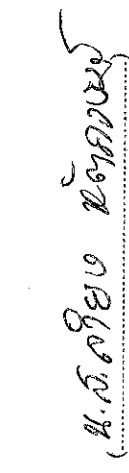
✓


✓

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า/แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำไอซัน/นวดนวดนวด/นวดนวดนวดนวด		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	7	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	9	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาคตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาคตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนัดพบครอบครัวเยี่ยมเนื้อและกระดูกซี่โครง	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	9	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / สวนอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / ป้อนกินแก้ปวด		
การทำแผลกดทับ		
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาระงับปวด		
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุโทรทัศน์/โทรศัพท์	10	
การกระตุ้นการถ่ายปัสสาวะ / ไปวัด		
สูดน้ำยาบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

กิจกรรมการดูแล (ต่อ)	ใช้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท. สาธุจ	
การบริการยืม-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
การบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วยสูงอายุ	
การสร้างเครื่องช่วยการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	9
การดูแลเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	12
การจัดการการรวบรวมคนในผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย	
การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้ป่วยสูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
ตื่นนอน	
ล้างหน้า	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช่นที่ขียงและเขียน โดยญาติ	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าที่ขียงและเขียน โดย	
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
การออกกำลังกาย	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ	
การสวมคอตี	
การนอนหลับ	

ผู้จัดทำ : 
 (นางศุภรชดี นิ่มรัมย์)
 นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ
 เกษาศูนย์ทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 เทศบาลอบต. ไททรงศรีบุรีรัมย์

ผู้รับผิดชอบ : 
 (น.ส.ศศิโย นัททวงษ์)
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
 เทศบาล อบต. ไททรงศรีบุรีรัมย์

ข้าพเจ้าเห็นชอบ
 บัญชี Care Plan ฉบับนี้
 1) ลงชื่อ  ๓๐/๒๕๖๓ (ผู้ปวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : 1 ๓๐ ๖๓
 2) ลงชื่อ..... (ผู้ปวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมารับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

๗๗๗๗๗
 ๖๖๖๖๖๖
 จังหวัดอุบลราชธานี

พ.ศ. 2563

แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลเพื่อผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน
 วันที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ..... อำเภอ.....


คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: **นาง นงนุช นามทอง**
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน: **3๖112 ๐๐3๖6 149**
 วันเดือนปีเกิด: **- - ๒494**
 อายุ: **73** ปี
 ที่อยู่: **15 ม. 6 นนทบุรี**
 เบอร์โทรศัพท์: **๐61 832๐189**
 วินิจฉัย: **ADL= 19 TAI=** กลุ่มที่: **1**
 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: **คนเฒ่าคนแก่**
คนอ่อนแอ

ผู้สูงอายุ:	แนวโน้บายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)	ข้อควรระวังในการให้บริการ
<p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ: <input type="checkbox"/></p> <p>อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม <input type="checkbox"/></p> <p>อยากให้อื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า <input type="checkbox"/></p> <p>อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <input type="checkbox"/></p> <p>อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>กินอาหารเองได้บ้างบางส่วน</p> <p>ญาติสามารถดูแลผู้ช่วยได้อย่างถูกต้อง</p> <p>ถึงเวลาออกไปอย่างสงบ</p> <p>ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</p> <p>มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</p> <p>เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</p> <p>ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p> <p>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</p> <p>ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	<p>การกินอาหาร/สำลักอาหาร</p> <p>การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</p> <p>การพลัดตกหกล้ม</p> <p>การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา / การแพ้ยา</p> <p>การหลงทาง</p> <p>ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง</p> <p>ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p> <p>ผู้สูงอายุถูกทารุณ</p> <p>อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>
<p>ญาติ:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล</p> <p><input type="checkbox"/> อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลได้บ่อย</p> <p><input type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่</p> <p><input type="checkbox"/> อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นจากอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือเดิน</p> <p>รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทันตศัลยกรรม</p>		

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ)
<input type="checkbox"/> เกิดปัญหาไม่ได้ <input type="checkbox"/> กลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น <input type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน <input type="checkbox"/> ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต <input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ <input type="checkbox"/> ซองปากไม่สะอาด <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ <input type="checkbox"/> มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา <input type="checkbox"/> มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง <input type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา <input type="checkbox"/> สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> ลักษณะที่อยู่อาศัย <input type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใต้อาการใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน <input checked="" type="checkbox"/> ฟันสุขภาพของช่องและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> แผลหาย ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน <input checked="" type="checkbox"/> ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน <input checked="" type="checkbox"/> อาการหลังล้มดีขึ้นภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน <input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้จับถ้วยเองได้ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ประสานพันดูแลการในพื้นที่ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ) ของครอบครัวและ informal * อุปกรณ์ทางการแพทย์ Syring <input type="checkbox"/> เคียง Urine bag <input type="checkbox"/> ที่นอนลม สาย NG tube <input type="checkbox"/> สาย Foley's cath <input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน <input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา <input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทำแผล <input type="checkbox"/> เครื่องดูดเสมหะ <input type="checkbox"/>
บริการอื่น ๆ <input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลจิตใจ/ด้านการเงิน <input type="checkbox"/> เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/ โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> รับประทานไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลขหรือกระหว่ง สธ./อปท./อื่นๆ) <input type="checkbox"/> ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดลอมที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ <input type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	<input type="checkbox"/> อากาศหลังล้มดีขึ้นภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน <input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้จับถ้วยเองได้ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ประสานพันดูแลการในพื้นที่ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	กระดานบริหารข้อเข่า กระดานเคลื่อน คัมเบลยกน้ำหนัก ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก รถเข็น ไม้เท้า ไม้เท้าช่วยพยุง ไม้เท้ากำลังแขน ไม้เท้า รอกเคลื่อนไหว ราวพยุง ราวพยุงและเดิน

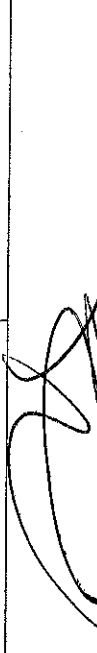

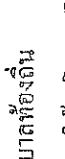
กิจกรรมการดูแล	ใช้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณเอวและสืบพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำไอซิ่ง/น้ำนมช็อคโกแลตก้อนที่บำรุงผิวหน้า		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / โกนหนวด	7	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	9	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาคตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาคตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนัดก่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	7	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนไหวผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดแผลผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงของอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดการลาวาบริเวณปวด / การให้ยาระงับปวด		
การอ่านหนังสือ / ชาวดนตรี/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุโทรทัศน์/โทรศัพท์	9	
การกระตุ้นการได้ยาครบ / ไปวัด		
สูดน้ำยาไอบัต(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาธารณสุข	
การบริการฝึก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดลอมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	11
การดูแลเคสเฉพาะกรณีเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	12
การจัดการการอบรมความรู้ในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
การส่งเสริมให้ในการจัดการงานศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต ดื่มนอน แต่งหน้า ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช่นที่แ่งและอื่น โดยญาติ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าข้างและอื่น โดย อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ การทำกายภาพบำบัด โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น การออกกำลังกาย การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ การสวมบท การนอนหลับ	ผู้จัดทำ :  (นางศรีศรี นามโสม) เทศบาล อบต. ไทหนองปรือ เทศบาล อบต. ไทหนองปรือ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เทศบาล อบต. ไทหนองปรือ ข้าพเจ้านำขึ้นขอรับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้ 1) ลงชื่อ <u>ศรีศรี นามโสม</u> (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่เดือนปี : 1 ๓๑.๖๖ 2) ลงชื่อ (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่เดือนปี :

หมายเหตุ Care Plan "ได้รับความร่วมมือจากครอบครัวและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงานดูแลรายบุคคลๆ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของเรา
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ประเด็นปัญหาและความต้องการด้านการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือ)
กีดกันบัสสถานะไม่ได้	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน	ของครอบครัวและ informal)
กีดกันลำบาก	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์ <u>(คือ)</u>	* อุปกรณ์ทางการแพทย์
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น	<input checked="" type="checkbox"/> ฟันสุขภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ	Syring <input type="checkbox"/> เคียง
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน	หรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์ <u>(คือ)</u>	Urine bag <input type="checkbox"/> ที่นอนลม
ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	<input type="checkbox"/> แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย NG tube <input type="checkbox"/>
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย Foley's cath <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ช่องปากไม่สะอาด	<input checked="" type="checkbox"/> ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ค	เครื่องผลิตออกซิเจน
<input checked="" type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	<input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง	เครื่องพ่นยา
มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา	การแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	อุปกรณ์ทำแผล
มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลังอกปากแห้ง	<input checked="" type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์	เครื่องดูดเสมหะ
รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์ <u>(คือ)</u>	
สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	<input type="checkbox"/> ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ	
<input checked="" type="checkbox"/> ลักษณะที่อยู่อาศัย	/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ค * กายอุปกรณ์	
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้	<input checked="" type="checkbox"/> อาการหลังล้มล้มขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์ <u>(คือ)</u>	กระดานบริหารข้อเข่า
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม	กระดานล้อเลื่อน
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์ <u>(คือ)</u>	คัมเบลยกน้ำหนัก
บริการอื่นๆ	<input type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
<input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน	อาบนอนเองได้ทานข้าวเองได้ช่วยถ่ายได้	รถเข็นนั่ง
<input type="checkbox"/> พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมผู้สูงอายุ	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้เท้าช่วยพยุง
<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือ (ให้มีตัวเลื่อกระหวาง สท./อปท./อื่นๆ)	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้เท้ากำลังแขน
<input type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ	<input type="checkbox"/> ประสานงานบุคลากรในพื้นที่	ไม้เข็นนั่ง
<input type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	รถยกเลื่อนในทิว
<input type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	<input type="checkbox"/>	ราวฝึกยืนและเดิน
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เคียงฝึกยืน
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เครื่องช่วยพยุง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	แว่นสายตา

กิจกรรมการดูแล	ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดันโลหิต/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำโลหัน/นำมึนมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	7	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	9	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาคตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาคตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)	7	เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	7	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างเบรื่องและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / สวนอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงของอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำอนุป้องกันแผลกดทับ / ป้อนกันกัดตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดตารางการเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
การอ่านหนังสือ / ควบคุมสติสัมปชัญญะ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	7	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
ดูดนตรีบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

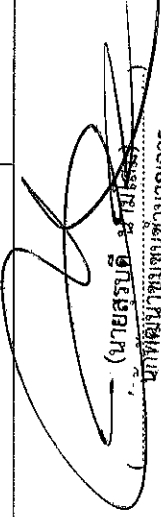
กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใช้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาธารณสุข	
การบริการปรึกษ-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
การบริการพาหระรับส่งผู้สูงอายุ	
การสร้างหรือซ่อมแซมการดูแลผู้สูงอายุ	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	11
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	12
การจัดอาหารการบริโภคนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
การส่งเสริมในการจัดการงานศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
<p>ผู้จัดทำ :  (นางสุรชติ นามไล่ม) เทศบาล/อบต. ไทคองระแงะ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เทศบาล ไทคองระแงะ</p> <p>ผู้รับผิดชอบ :  (H. D. Laim นิชิตองชัย) เทศบาล ไทคองระแงะ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เทศบาล ไทคองระแงะ</p> <p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้</p> <p>1) ลงชื่อ  (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่เดือนปี : 1 ๒ ๓ ๔ ๕ ๖ ๗ ๘ ๙ ๐ 2) ลงชื่อ (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่เดือนปี :</p>	

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงานจัดทำแผนการดูแลเราบุคคลฯ เพื่อให้ในการควบคุมการทำงานของเรา
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือ)
<input checked="" type="checkbox"/> กัดฟันบดสภาวะไม่ไว้ได้	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> กัดฟันลำบาก	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ช่องปากไม่สะอาด	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ลักษณะที่อยู่อาศัย	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> บริการอื่น ๆ	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> รับผิดชอบไม่ถนัดบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง ตท/อปท/อื่นๆ)	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการเชื่อมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือ)
<input type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือทางทันตกรรม	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/> แผลหาย ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/> ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/> ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/> ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> อาหารหลังล้มดีขึ้นภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ของครอชควิวและ informal
<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้/ช่วยตนเอง	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/> อาบน้ำเองได้/ทานข้าวเองได้/ขับถ่ายเองได้	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/> ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/> ประสานพันตบุคลากรในพื้นที่	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/> ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/>	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/>	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/>	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/>	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/>	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/>	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/>	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/>	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/>	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/>	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/>	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/>	ของครอชควิวและ informal
<input type="checkbox"/>	ของครอชควิวและ informal

กิจกรรมการดูแล	ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า/แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ/สระผม/เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การให้อาหาร/น้ำ/น้ำดื่ม/ผลไม้/เครื่องดื่ม	9	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ/ตัดผม/โกนหนวด	9	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	9	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาคตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาคตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)	7	เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนัดสอนญาติญาติใกล้เคียงและครอบครัว	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนบัสสาวะ		
การดูแลท่าความสะอาดผู้ใส่สายสวนบัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การฝึกทักษะการเคลื่อนไหว / การจัดทำแผนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันกัดกัด		
การทำแผลกดทับ		
การจัดกรรการนอนหลับ / การให้ยาระงับปวด		
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
ดูดนตรีบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท. สาธุข	
การบริการเบิกรักษา/จัดอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วย/ญาติ.....	
การบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วย	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	13
การจัดการอาหารรบกวนในผู้ป่วยอายุระยะสุดท้าย	
การส่งเคราะห์ในการจ้างงานศพผู้ป่วย	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
<input checked="" type="checkbox"/> ดื่มนอน	<p>ผู้จัดทำ:  (นายสรบดี นิ่มนวล) นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ เดชภาคะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เทศบาลอบต.....ไผ่หนวลพญา (.....) ผู้รับผิดชอบ: (.....) เทศบาล..... อุตสาหกรรมบริการท้องถิ่น (.....) เทศบาล.....</p>
<input checked="" type="checkbox"/> แต่งหน้า	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้า/ทิ้งและเย็น โดยญาติ	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้า/ทิ้งและเย็น โดย	
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยญาติ	
ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
การทำกายภาพบำบัด โดยญาติ	
การทำกายภาพบำบัด โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
<input checked="" type="checkbox"/> การออกกำลังกาย	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
<input checked="" type="checkbox"/> การสวมหมวก	
<input checked="" type="checkbox"/> การนอนหลับ	

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้
 1) ลงชื่อ.....วันที่..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี: 1 ๖ ๖๖
 2) ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี:

หมายเหตุ Care Plan "ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

แผนการดูแลสุขภาพบุคคล (Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลที่ต้องเงินเพื่อการดูแลสุขภาพที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี 2568

พื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ชื่อ หนองทราย อำเภอ บ้านดง จังหวัด อุบลราชธานี

คำชี้แจง ให้ใส่ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: นาง น. เม่งขวัญ รหัสประจำตัวประชาชน: 3 3407 00804 295 วันที่เกิด: - - 2487 อายุ: 80 ปี

ที่อยู่: 18 ม.8 ม. หนองทราย เบอร์โทรศัพท์:

วินิจฉัย: ADL= 11 TAI= กลุ่มที่ 2
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้สูงอายุ
มีโรคเรื้อรัง

แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)	ข้อควรระวังในการให้บริการ
<p>ผู้สูงอายุ: <input type="checkbox"/></p> <p>ผู้สูงอายุจาก ไปอย่างมีศักดิ์ศรี <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <input type="checkbox"/></p> <p>อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม <input type="checkbox"/></p> <p>อยากให้เห็นคุณค่า/รู้สึกมีคุณค่า <input type="checkbox"/></p> <p>อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>อยาก ได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มเติมมากขึ้น <input type="checkbox"/></p>	<p>กินอาหารเอง ได้/ขับถ่ายเอง ได้ <input type="checkbox"/></p> <p>ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ดึงเวลาจากไปอย่างสงบ <input type="checkbox"/></p> <p>ที่อยู่อาศัยเหมาะสม <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ <input type="checkbox"/></p> <p>เดินได้ โดยไม่ใช้อุปกรณ์ <input type="checkbox"/></p> <p>ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <input type="checkbox"/></p> <p>ไม่เกิดแผลกดทับ <input type="checkbox"/></p>	<p>การกินอาหาร/ล้าลักษณ์อาหาร <input type="checkbox"/></p> <p>การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input type="checkbox"/></p> <p>การพลัดตกหกล้ม <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา <input type="checkbox"/></p> <p>การหลงทาง <input type="checkbox"/></p> <p>ข้อคิดหรือข้อเท็จจริง <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input type="checkbox"/></p> <p>ผู้สูงอายุถูกทำร้าย <input type="checkbox"/></p> <p>อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฆาตกรรม <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>ญาติ: <input type="checkbox"/></p> <p>อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล <input type="checkbox"/></p> <p>อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเสีย <input type="checkbox"/></p> <p>อยากให้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่รับอยู่ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>อยากให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้าน/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง พื้นอ่อนนุ่ม <input type="checkbox"/></p>		

กิจกรรมการดูแล	ได้วัดผลความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสติปัญญาเช็ท(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวใต้วง		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	10	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันวันวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	9	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	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การควบคุมถ่ายอุจจาระและกระตุ้มระบบไหลเวียนเลือด	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	7	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนน้ำลาย		
การดูแลท่าความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงขงอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำอนุปองกันแผลกดทับ / ป้อนกันแตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดตารางการขับปัสสาวะ / การให้ยาบรรเทาปวด		
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุโทรทัศน์โทรทัศน์	9	
การกระตุ้นการได้มาตรฐาน / ไปวัด		
ดูดนตรีบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี ๒๕๖๘
 วันที่ ๑๗/๑๒/๖๗
 พื้นที่ องค์การบริหารส่วนเงิน (เทศบาล อบต.) ชื่อ บ้านหนองน้ำ อำเภอ เวียงชัย จังหวัดอุบลราชธานี

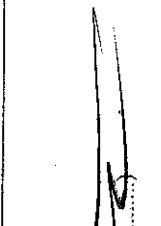
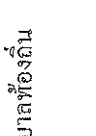
คำชี้แจง ให้ใส่ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ: <u>นาง ๖๖๒๒๖ ๖๐๗๗๕</u> เลขบัตรประชาชน: <u>๖๖๒๒๖ ๐๑๕๐๔ ๔๑๔</u> วันเดือนปีเกิด: <u>๘ ส.ค. ๒๔๘๒</u> อายุ: <u>๘๐</u> ปี</p>	<p>ที่อยู่: <u>๒-๖ ม.๒ ม.๖๖๖๖</u> เบอร์โทรศัพท์: <u>๐๘๐ ๗๖๓๔๑๖</u></p>	<p>วินิจฉัย: ADL= 13 TAI= <u>กลุ่มที่ ๑</u> ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: <u>ความดันโลหิตสูง</u> <u>เบาหวาน</u> <u>ไขมันในเลือดสูง</u></p>																																						
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ: <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจาก ไปอย่างมีศักดิ์ศรี <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> อยากรช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> อยากรสร้างประโยชน์ให้สังคม <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> อยากรให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> อยากรให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> อยากรได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น <input type="checkbox"/></p> <p>ญาติ: <input type="checkbox"/> อยากรให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> อยากรให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> อยากรให้มีคนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> อยากรได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้อยู่ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> อยากรได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน <input type="checkbox"/> รอดขึ้น ค่าซ่อม ซ่อมแซม, เตียง ที่นอนลม.....</p>	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>กินอาหารเองได้/รับประทานอาหาร</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>ญาติสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ตั้งเวลาจากไปอย่างสงบ</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>เดินได้โดยไม่ต้องใช้รถเข็น</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	กินอาหารเองได้/รับประทานอาหาร	<input checked="" type="checkbox"/>	ญาติสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/>	ตั้งเวลาจากไปอย่างสงบ	<input checked="" type="checkbox"/>	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	<input type="checkbox"/>	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ	<input type="checkbox"/>	เดินได้โดยไม่ต้องใช้รถเข็น	<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดแผลกดทับ	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>การกินอาหาร/สำลักอาหาร</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>การพลัดตกหกล้ม</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>การทานยาลด/ผิดข้างเตียงจากการใช้ยา</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>/การแพ้ยา</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>การหลงทาง</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ข้อคิดหรือข้อเท็จจริง</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก อดน้ำ</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	การกินอาหาร/สำลักอาหาร	<input type="checkbox"/>	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	<input checked="" type="checkbox"/>	การพลัดตกหกล้ม	<input checked="" type="checkbox"/>	การทานยาลด/ผิดข้างเตียงจากการใช้ยา	<input type="checkbox"/>	/การแพ้ยา	<input type="checkbox"/>	การหลงทาง	<input type="checkbox"/>	ข้อคิดหรือข้อเท็จจริง	<input type="checkbox"/>	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ	<input type="checkbox"/>	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	<input checked="" type="checkbox"/>	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก อดน้ำ
<input type="checkbox"/>	กินอาหารเองได้/รับประทานอาหาร																																							
<input checked="" type="checkbox"/>	ญาติสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง																																							
<input type="checkbox"/>	ตั้งเวลาจากไปอย่างสงบ																																							
<input checked="" type="checkbox"/>	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม																																							
<input type="checkbox"/>	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ																																							
<input type="checkbox"/>	เดินได้โดยไม่ต้องใช้รถเข็น																																							
<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่มีภาวะซึมเศร้า																																							
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ																																							
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดแผลกดทับ																																							
<input type="checkbox"/>	การกินอาหาร/สำลักอาหาร																																							
<input type="checkbox"/>	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย																																							
<input checked="" type="checkbox"/>	การพลัดตกหกล้ม																																							
<input checked="" type="checkbox"/>	การทานยาลด/ผิดข้างเตียงจากการใช้ยา																																							
<input type="checkbox"/>	/การแพ้ยา																																							
<input type="checkbox"/>	การหลงทาง																																							
<input type="checkbox"/>	ข้อคิดหรือข้อเท็จจริง																																							
<input type="checkbox"/>	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ																																							
<input type="checkbox"/>	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย																																							
<input checked="" type="checkbox"/>	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก อดน้ำ																																							

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายstäปค่าที่(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)
<input checked="" type="checkbox"/> กัดฟันบดสภาวะไม่ได้	<input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหารถูกต้องและครบถ้วน	
<input checked="" type="checkbox"/> กลืนลำบาก	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	* อุปกรณ์ทางการแพทย์
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น	ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	Syring
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน	แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	Urine bag
ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย NG tube
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้รับการเข้าห้องน้ำ	ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 อาทิตย์	สาย Foley's cath
ช่องปากไม่สะอาด	การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องพ่นยา
<input checked="" type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	อุปกรณ์ทำแผล
มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา	การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องดูดเสมหะ
มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง	ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ	
รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....จ/ส/ค	
สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	กระดานบริหารข้อเข่า
<input checked="" type="checkbox"/> ลักษณะที่อยู่อาศัย	ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	กระดานล้อเลื่อน
ไม่สามารถทานอาหารเองได้	ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง	คัมเบลยกน้ำหนัก
ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	รถเข็นนั่ง
บริการอื่น ๆ	ไปสถานบำบัด/ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูผู้สูงอายุ	ไม้ค้ำยัน
<input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน	ไปสถานบำบัด/ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูผู้สูงอายุ	ไม้เท้าช่วยพยุง
พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูผู้สูงอายุ	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้ฝึกกำลังแขน
โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูผู้สูงอายุ		ไม้ขึ้น
รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเสื่อกระหว่าง ดธ./อปท./อื่นๆ)		ไม่มีขึ้น
ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม		รถยกเลื่อนในหว
ได้รับการส่งเสริมอาชีพ		ราวฝึกยืนและเดิน
ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน		เตียงฝึกยืน
		เครื่องช่วยพยุง
		แว่นสายตา

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพความดันโลหิต/อัตราการหายใจและวัดไข้	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณเอวข้อเท้าข้อนิ้ว		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	9	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	10	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ซ / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนัดสอนคนลายกลืนบดและกระตุ่นระบบไหลเวียนเลือด	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	7	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนบดสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / ให้ออกซิเจน		
การทำแผลกดทับ		
การจัดตารางการขับปัสสาวะ / การให้อาหารเฉพาะกิจ		
การอ่านหนังสือ / วดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	9	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ใจวัด		
สูดน้ำมันบำบัด(Aroma therapy) / คนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ไว้ด้วยข้อความนี้ของกิจกรรมการดูแล (ดูอกหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท. สาธุช	
การบริการปรึกษา-ช่วยชีวิตฉุกเฉินการแพทย์ให้ผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ชูคอทำแผล.....	
การบริการพยาบาลหัตถ์รับส่งผู้ป่วยสูงอายุ	
การสร้างหรือซ่อมแซมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
การดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	13
การจัดการการรบกวนในผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย	
การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้ป่วยสูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
✓ <input checked="" type="checkbox"/> ดื่มนอน	
✓ <input checked="" type="checkbox"/> แต่งหน้า	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางซึ่งเขียนและเขียนโดยญาติ	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางซึ่งเขียนและเขียน โดย	
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
✓ <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
การทำความสะอาดบำบัดโดยญาติ	
การทำความสะอาดบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
✓ <input checked="" type="checkbox"/> การออกกำลังกาย	
✓ <input checked="" type="checkbox"/> การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
✓ <input checked="" type="checkbox"/> การสวนน้	
✓ <input checked="" type="checkbox"/> การนอนหลับ	

ผู้จัดทำ:  (นายสุรศักดิ์ น.ส.สุจิตต์)
 ตำแหน่ง: นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ
 หน่วยงาน: เทศบาลเมือง
 วัตถุประสงค์: เพื่อบริการดูแลผู้ป่วยโรค (Care Plan)
 ผู้รับผิดชอบ: น.ส.ฉวีพร นิตติพงษ์
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
 เทศบาลเมือง 
 ชำนาญการเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้
 1) ลงชื่อ: น.ส.ฉวีพร นิตติพงษ์ (ผู้ปฏิบัติงาน/ผู้ดูแล) วันที่: 17.9.62
 2) ลงชื่อ: (ผู้ปฏิบัติงาน/ผู้ดูแล) วันที่:

หมายเหตุ Care Plan นี้ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงานและแผนการดูแลรายบุคคลๆ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงาน
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

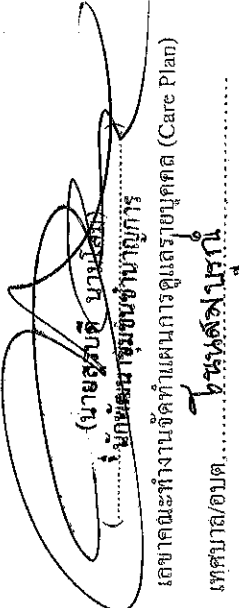
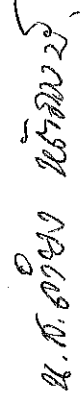
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> กลืนบดเคี้ยวไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> กลืนลำบาก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ช่องปากไม่สะอาด</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลัง/อก/ปากแห้ง</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ตามใจตัวเองไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ด้กัษณะที่อยู่อาศัย</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง</p> <p>บริการอื่นๆ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน/จิตใจ/ด้านการเงิน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> พยาบาลเข้าร่วมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมอาชีพผู้สูงอายุ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเผื่อกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดลอมที่เหมาะสม</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน</p> <p>ภายใน.....<u>3</u>.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ฟันพุทภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ</p> <p>หรือดีขึ้น ภายใน.....<u>3</u>.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> แผลหายภายใน.....<u>3</u>.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/สค</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการ</p> <p>การแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์</p> <p>ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p>ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....<u>3</u>.....ว/สค</p> <p>อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม</p> <p>ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง</p> <p>อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้</p> <p>ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่</p> <p>ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p>	<p>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ</p> <p>ของครอบครัวและ informal)</p> <p>* อุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Syring</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>เตียง</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Urine bag</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>ที่นอนลม</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>สาย NG tube</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>สาย Foley's cath</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>เครื่องผลิตออกซิเจน</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>เครื่องพ่นยา</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>อุปกรณ์ทำแผล</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>เครื่องดูดเสมหะ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Syring	<input checked="" type="checkbox"/>	เตียง	<input type="checkbox"/>	Urine bag	<input checked="" type="checkbox"/>	ที่นอนลม	<input type="checkbox"/>	สาย NG tube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สาย Foley's cath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เครื่องผลิตออกซิเจน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เครื่องพ่นยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อุปกรณ์ทำแผล	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เครื่องดูดเสมหะ	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Syring	<input checked="" type="checkbox"/>	เตียง																															
<input type="checkbox"/>	Urine bag	<input checked="" type="checkbox"/>	ที่นอนลม																															
<input type="checkbox"/>	สาย NG tube	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	สาย Foley's cath	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	เครื่องผลิตออกซิเจน	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	เครื่องพ่นยา	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	อุปกรณ์ทำแผล	<input checked="" type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	เครื่องดูดเสมหะ	<input type="checkbox"/>																															
<p>บริการอื่นๆ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน/จิตใจ/ด้านการเงิน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> พยาบาลเข้าร่วมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมอาชีพผู้สูงอายุ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเผื่อกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดลอมที่เหมาะสม</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p>	<p>การหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม</p> <p>ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง</p> <p>อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้</p> <p>ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่</p> <p>ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p>	<p>กระดานบริหารข้อเข่า</p> <p>กระดานล้อเลื่อน</p> <p>คัมเบลยกน้ำหนัก</p> <p>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</p> <p>รถเข็นนั่ง</p> <p>ไม้ค้ำยัน</p> <p>ไม้เท้าช่วยพยุง</p> <p>ไม้ฝึกกำลังแขน</p> <p>ไม้เข็นมอง</p> <p>รถเข็นมือ</p> <p>ราวฝึกยืนและเดิน</p> <p>เตียงฝึกยืน</p> <p>เครื่องช่วยพยุง</p> <p>แว่นสายตา</p>																																

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า/แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ/สระผม/สระตัว	9	เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวชนิดอื่น ๆ		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ/ตัดผม/โกนหนวด	7	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	9	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายของ(NG tube)		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนำขวดนมกลับมาล้างและกระตุ่นระบบไหลเวียนเลือด	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	7	เลข 13 = ทำจริงเดี๋ยว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนน้ำลาย		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงของอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การขัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเห็บกัด	7	
การทำแผลกดทับ	6	
การจัดตารางเวลาเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
การอ่านหนังสือ / สวนลม/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุโทรทัศน์/โทรศัพท์		
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปด้วย		
ดูดนตรีบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

<input checked="" type="checkbox"/>	ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือ)
<input checked="" type="checkbox"/>	กีดกัน/สภาวะไม่ได้	ของครอบครัวและ informal)
<input checked="" type="checkbox"/>	กีดกันลำบาก	* อุปกรณ์ทางการแพทย์
<input checked="" type="checkbox"/>	ความสามารรถในการมองเห็น	Syring
<input checked="" type="checkbox"/>	ความสามารรถในการได้ยิน	Urine bag
<input checked="" type="checkbox"/>	ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	สาย NG tube
<input checked="" type="checkbox"/>	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	สาย Foley's cath
<input checked="" type="checkbox"/>	ช่องปากไม่สะอาด	เครื่องผลิตออกซิเจน
<input checked="" type="checkbox"/>	ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	เครื่องพ่นยา
<input checked="" type="checkbox"/>	มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา	อุปกรณ์ทำแผล
<input checked="" type="checkbox"/>	มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง	เครื่องดูดเสมหะ
<input checked="" type="checkbox"/>	รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา	
<input checked="" type="checkbox"/>	สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	
<input checked="" type="checkbox"/>	ลักษณะที่ขี้ขลาด	
<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่สามารถทานอาหารเองได้	
<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่สามารถถอนน้ำเองได้	
<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	
<input checked="" type="checkbox"/>	บริการอื่นๆ	
<input checked="" type="checkbox"/>	ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ดำเนินจิตใจ/ด้านการเงิน	กระดานบริหารข้อเข่า
<input checked="" type="checkbox"/>	พบเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/	กระดานล้อเลื่อน
<input checked="" type="checkbox"/>	โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	คัมเบลดยน้ำหนัก
<input checked="" type="checkbox"/>	รถรับส่งไปสถานบริการ (ให้มีตัวเดินถือกระหว่ง ๕๘/๑๒/อื่นๆ)	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
<input checked="" type="checkbox"/>	ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	รถเข็นนั่ง
<input checked="" type="checkbox"/>	ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	ไม้ค้ำยัน
<input checked="" type="checkbox"/>	ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	ไม้เท้าช่วยพยุง
<input checked="" type="checkbox"/>		ไม้ฝึกกำลังแขน
<input checked="" type="checkbox"/>		ไม้ขึ้นเตียง
<input checked="" type="checkbox"/>		รถเข็นล้อใน
<input checked="" type="checkbox"/>		ราวพยุงมือและเดิน

<input checked="" type="checkbox"/>	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	ได้รับการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือ)
<input checked="" type="checkbox"/>	ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน	ของครอบครัวและ informal)
<input checked="" type="checkbox"/>	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	* อุปกรณ์ทางการแพทย์
<input checked="" type="checkbox"/>	ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ	Syring
<input checked="" type="checkbox"/>	หรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	Urine bag
<input checked="" type="checkbox"/>	แผลหาย ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย NG tube
<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย Foley's cath
<input checked="" type="checkbox"/>	ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องผลิตออกซิเจน
<input checked="" type="checkbox"/>	การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์	เครื่องพ่นยา
<input checked="" type="checkbox"/>	การแพทย์ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	อุปกรณ์ทำแผล
<input checked="" type="checkbox"/>	การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์	เครื่องดูดเสมหะ
<input checked="" type="checkbox"/>	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	
<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่เกิดการคิดซื้อของแพง/ระบบทางเดินปัสสาวะ	
<input checked="" type="checkbox"/>	/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	* กายอุปกรณ์
<input checked="" type="checkbox"/>	อาการหลังล้มดีขึ้นภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	กระดานบริหารข้อเข่า
<input checked="" type="checkbox"/>	ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม	กระดานล้อเลื่อน
<input checked="" type="checkbox"/>	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	คัมเบลดยน้ำหนัก
<input checked="" type="checkbox"/>	ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
<input checked="" type="checkbox"/>	อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้จับถ้ำเองได้	รถเข็นนั่ง
<input checked="" type="checkbox"/>	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้ค้ำยัน
<input checked="" type="checkbox"/>	ประสานพันธุศาสตร์ในพื้นที่	ไม้เท้าช่วยพยุง
<input checked="" type="checkbox"/>	ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้ฝึกกำลังแขน
<input checked="" type="checkbox"/>		ไม้ขึ้นเตียง
<input checked="" type="checkbox"/>		รถเข็นล้อใน
<input checked="" type="checkbox"/>		ราวพยุงมือและเดิน

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	๙	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณเอวและสืบพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	9	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	9	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	๙	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนัดสอนญาติญาติมาเยี่ยมและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	๙	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๙	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลท่าความสะอาดผู้ได้สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / บ้างกันทำตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
การอ่านหนังสือ / ควบคุมสติฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	11	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
จุดนั้บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ได้วัดผลความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	
✓ การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/जन.สาธุช	12	
การบริการยึก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....		
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ		
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ		
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ		
✓ การดูแลเคอปลายน้ำเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	12	
การจัดการอาหารบริเวณในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย		
การส่งเคราะห์ในการจัดการงานศพผู้สูงอายุ		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
✓ คัดนอน	<p>ผู้จัดทำ :  (นายจรูญดี นามสีม) นักสหวิชาชีพชำนาญการ เดชภาคและทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เทศบาล/อบต..... <u>ไทรทอง</u></p> <p>ผู้รับผิดชอบ :  (น.ส.อวยง นธิถน) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เทศบาล /อบต..... <u>ไทรทอง</u></p> <p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้ 1) ลงชื่อ... น.ส. อวยง นธิถน... (ผู้ปวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่เดือนปี : 1 ต.ค. 63 2) ลงชื่อ..... (ผู้ปวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่เดือนปี :</p>	
✓ สั่งหน้า		
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเย็นและเย็น โดยญาติ		
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยญาติ		
ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
การทำกายภาพบำบัด โดยญาติ		
การทำกายภาพบำบัด โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
✓ การออกกำลังกาย		
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		
✓ การสวมมด		
✓ การนอนหลับ		

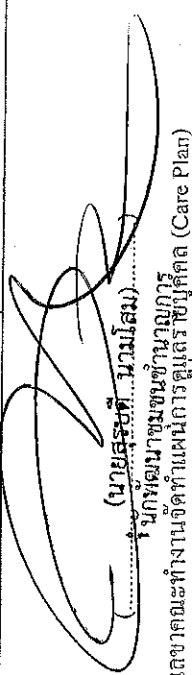
หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้ครอบครัวและผู้ดูแลรายบุคคลๆ เพื่อให้ในการควบคุมการทำงาน
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

แผนการดูแลระยะยาว (Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลเพื่อสังคมและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน..... พ.ศ. 2563
 วันที่ออกประกาศเรื่องผ่านส่วนต้น (เทศบาล อบต.) ชื่อ..... อำเภอ..... จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ ชื่อผู้สูงอายุ: <u>นาง นมอ สุภรณ์ดี</u> เลขบัตรประจำตัวประชาชน: <u>3 3407 0167 65 8</u> วันเดือนปีเกิด: <u>19 เม.ย. 2496</u> อายุ: <u>72</u> ปี	ที่อยู่: <u>49 ส.4 ส.ก.ข.66099</u> เบอร์โทรศัพท์: <u>093 6065052</u>	วินิจฉัย: ADL = 14 TAI = กลุ่มที่: 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: <u>120 ซม</u> <u>55 กก</u> <u>157 ซม</u>
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี <input checked="" type="checkbox"/> ออกกำลังกายได้ด้วยตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ <input type="checkbox"/> ออกกำลังกายประปรายให้สังคม <input type="checkbox"/> ออกกำลังกายเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า <input type="checkbox"/> ออกกำลังกายแต่เอาใจไป/ไม่ถูกทอดทิ้ง <input checked="" type="checkbox"/> ออกกำลังกายผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวโน้มนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) <input type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> ถึงเวลาจะไปอย่างสงบ <input checked="" type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยเหมาะสม <input type="checkbox"/> มีอาชีพรับรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ <input type="checkbox"/> เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <input type="checkbox"/> ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ <input type="checkbox"/> การกินอาหาร/เสิร์ฟอาหาร <input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input checked="" type="checkbox"/> การพลัดตกหกล้ม <input checked="" type="checkbox"/> การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา <input type="checkbox"/> การหลงทาง <input type="checkbox"/> ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง <input checked="" type="checkbox"/> ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทำร้าย <input checked="" type="checkbox"/> อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ญาติ: <input checked="" type="checkbox"/> ออกกำลังกายรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุดูแล <input checked="" type="checkbox"/> ออกกำลังกายช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น <input type="checkbox"/> ออกกำลังกายช่วยเหลือดูแลแต่เพียง <input checked="" type="checkbox"/> ออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นที่รับอยู่ <input type="checkbox"/> ออกกำลังกายที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือ รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....		

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือ)
<input checked="" type="checkbox"/> กัดฟันปัดทาบ	<input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	ของครอบครัวและ informal)
<input checked="" type="checkbox"/> กลืนลำบาก	<input checked="" type="checkbox"/> ฟื้นฟูสภาวะของช่องและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	* อุปกรณ์ทางการแพทย์
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น	<input type="checkbox"/> แผลหาย ภายใน วัน/สัปดาห์/เดือน	Syring <input type="checkbox"/> เต็ม
<input checked="" type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน	<input type="checkbox"/> ไม่มีแผลกดทับ ภายใน วัน/สัปดาห์/เดือน	Urine bag <input type="checkbox"/> ฟันปลอม
<input checked="" type="checkbox"/> ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	<input checked="" type="checkbox"/> ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 ว/สค	สาย NG tube <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	<input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง การแพทย์ ภายใน วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย Foley's cath <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ช่องปากไม่สะอาด	<input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องผลิตออกซิเจน <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ /ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 ว/สค	เครื่องพ่นยา <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา	<input type="checkbox"/> อากาหลงลืมดีขึ้นภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	อุปกรณ์ทำแผล <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องดูดเสมหะ <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิม ได้ด้วยตนเอง	
<input checked="" type="checkbox"/> สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	<input type="checkbox"/> อาน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ช่วยตนเอง ภายใน วัน/สัปดาห์/เดือน	
<input checked="" type="checkbox"/> ดื่มน้ำที่อยู่ที่อาศัย	<input type="checkbox"/> ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน วัน/สัปดาห์/เดือน	
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	<input type="checkbox"/>	
บริการอื่นๆ		
<input checked="" type="checkbox"/> ควบคุมค่าใช้จ่ายช่วยเหลือฉุกเฉินประจำวัน/คืนการเงิน		กระดานบริหารข้อเท้า
<input type="checkbox"/> พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/		กระดานลื่นเลื่อน
<input type="checkbox"/> โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ		คัมเบลยกน้ำหนัก
<input type="checkbox"/> รับประทานปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม		ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
<input type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ		รถเข็นนั่ง
<input type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน		ไม้ค้ำยัน
		ไม้เท้าช่วยพยุง
		ไม้ฝึกกำลังแขน
		ไม้ยืนนอน
		รถเข็นล้อไนท์
		ราวฝึกยืนและเดิน
		เตียงฝึกยืน
		เครื่องช่วยฟัง
		แว่นสายตา

กิจกรรมการดูแล	ได้วัดผลความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดันโลหิต/การหายใจและวัดไข้)	๗	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำโลหัน/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวदिเนนๆ		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	๑	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๑	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้ยารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก	๑	เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๑	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การควบคุมอุณหภูมิร่างกายและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	๕	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๗	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนไหวของผู้ดูแลและดูแลจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / สวนองจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงของอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำเอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันกัดตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาระงับปวด		
การอ่านหนังสือ / สวนมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	๑	
การกระตุ้นการใช้บาตร / ไม้เท้า		
อุปกรณ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

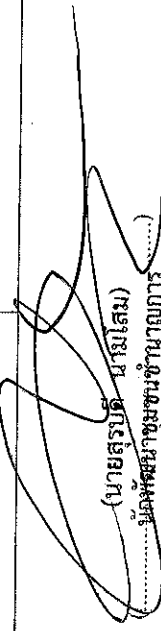
	กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	วัตถุประสงค์ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
<input type="checkbox"/>	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาธารณสุข	
<input type="checkbox"/>	การบริการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
<input type="checkbox"/>	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
<input type="checkbox"/>	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
<input checked="" type="checkbox"/>	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	10
<input checked="" type="checkbox"/>	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	12
<input type="checkbox"/>	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
<input type="checkbox"/>	การส่งเสริมให้ในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
<input checked="" type="checkbox"/>	ดูนอน	<p>ผู้จัดทำ:  (นายสุรชัย นามเนียม) นักพัฒนาชุมชนเขตกานายการ เลขที่คณะกรรมการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เทศบาล/อบต. <u>ท่ามะนาว</u></p> <p>ผู้รับผิดชอบ: <u>อ.ป.ค้อย นันทวงษ์</u>, เทศบาล <u>อบต.ท่ามะนาว</u> อุตสาหกรรมบริการท้องถิ่น</p> <p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้ 1)ลงชื่อ <u>นายสมชาย นันทวงษ์</u> (ผู้ช่วยญาติผู้ดูแล) วันที่เดือนปี: <u>1 ๑๖.๑.๖๘</u> 2)ลงชื่อ <u>.....</u> (ผู้ช่วยญาติผู้ดูแล) วันที่เดือนปี: <u>.....</u></p>
<input checked="" type="checkbox"/>	ล้างหน้า	
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็น โดยญาติ	
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
<input checked="" type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยญาติ	
<input type="checkbox"/>	ดูแลเตรียมยาและให้ยา โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
<input type="checkbox"/>	การทำความสะอาดร่างกาย โดยญาติ	
<input type="checkbox"/>	การทำกายภาพบำบัด โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
<input checked="" type="checkbox"/>	การออกกำลังกาย	
<input type="checkbox"/>	การไปเยี่ยมผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
<input type="checkbox"/>	การสวมชุด	
<input checked="" type="checkbox"/>	การนอนหลับ	

หมายเหตุ Care Plan ได้รับการร่วมมือจากกรรมการอำนวยการและนำมารับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงานดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

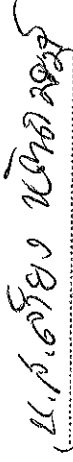
กิจกรรมการดูแล	ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
✓ การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า/แปรงฟัน		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณเอว/ขี้สับพันธุ์		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทาโลชั่น/นํ้ามันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเพิ่มฯ		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
✓ การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	7	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 6 = วันเว้นวัน
✓ การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	10	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	7	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
✓ การนัดพบครอบครัวเมื่อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	7	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
✓ การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	7	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 14 = อื่นๆ.....
✓ การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	7	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลท่าความระอาคู่ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงของอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำอนุป้องกันแผลกดทับ / ให้ออกันกัดก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาระงับปวด		
✓ การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรศัพท์/โทรทัศน์	9	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
ดูดนตรีบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
✓ การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	12	

	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	
✓ การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าหาแพทย์/จนท. สาธุช	12
การบริการเบิกรักษาชีวิตอุปกรณ์แพทย์ให้ผู้ป่วยอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
✓ การเกาะเลื้อยคลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	12
การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
การส่งเสริมในการจ้างงานศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
✓ <input type="checkbox"/> ดื่มนอน	
✓ <input type="checkbox"/> ถ้างหน้า	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช่นที่ยังแกละเห็น โดยญาติ	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช่นที่ยังแกละเห็น โดย	
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
✓ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
การทำให้กายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
✓ การออกกำลังกาย	
การออกกำลังกายบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
✓ การออกกำลังกาย	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซ้บ	
✓ การสวนคัมภ์	
✓ การนอนหลับ	

ผู้จัดทำ :


 (นายสรุบัติ นามโลม)
 นักทัศนศึกษาชุมชนชำนาญการ
 เลขที่คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 เทศบาล/อบต. ตำบลวังน้ำเย็น

ผู้รับผิดชอบ :


 (นางสรุบัติ นามโลม)
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
 เทศบาล/อบต. ตำบลวังน้ำเย็น

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

1) ลงชื่อ... น.จ. สรุบัติ นามโลม : ๓๑.๑๐.๒๖

2) ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : ๓๑.๑๐.๒๖

หมายเหตุ Care Plan นี้ได้รับความร่วมมือจากครอบครัวและนำมาปรับปรุงเพื่อชาวอำเภอยะลา และนำมาจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น