

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พฤษภาคม.....พ.ศ. 2567

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....นาคเกษม.....อำเภอ.....เวียง.....จังหวัดมหาสารคาม

คำชี้แจง ให้ใส่ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ.

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นางชง กสิข</p> <p>เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3-4406-00593-94-1</p> <p>วันเดือนปีเกิด : 10 มิ.ย. 2493</p> <p>อายุ : 84 ปี</p>	<p>ที่อยู่ : 902.14 ม.หนองคอก-วังจืด.บนาวังคม</p> <p>เบอร์โทรศัพท์ :</p>	<p>วินิจฉัย : ADL= 9 TAI= กลุ่มที่ : 2</p> <p>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีลมคุณมากโท</p>
<p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี <input checked="" type="checkbox"/> อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <input checked="" type="checkbox"/> อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <input checked="" type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น <p>ญาติ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน <input checked="" type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ <input checked="" type="checkbox"/> อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม..... 	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง <input checked="" type="checkbox"/> ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ <input checked="" type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยเหมาะสม <input checked="" type="checkbox"/> มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ <input checked="" type="checkbox"/> เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เกิดแผลกดทับ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> การกินอาหาร/สำลักอาหาร <input checked="" type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input checked="" type="checkbox"/> การพลัดตกหกล้ม <input checked="" type="checkbox"/> การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา <input checked="" type="checkbox"/> การหลงทาง <input checked="" type="checkbox"/> ข้อติด/หรือข้อเท้าตก <input checked="" type="checkbox"/> ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input checked="" type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทำร้าย <input checked="" type="checkbox"/> อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

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

กรอื่นๆ

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

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

- รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ /ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด
- อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
-
-

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

- * อุปกรณ์ทางการแพทย์
- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Syring | <input type="checkbox"/> เติง |
| <input type="checkbox"/> Urine bag | <input 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 type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> เครื่องดูดเสมหะ | <input type="checkbox"/> |
- * กายอุปกรณ์
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> กระจกบานบริหารข้อเข่า | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> กระจกบานล้อเลื่อน | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ดัมเบลยกน้ำหนัก | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ลูกทรายถ่วงน้ำหนัก | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ไม้ค้ำยัน | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ไม้เท้าช่วยพยุง | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ไม้ฝึกกำลังแขน | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ไม้ยืนนั่ง | <input type="checkbox"/> เติงฝึกยืน |
| <input type="checkbox"/> รอกเคลื่อนไหว | <input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	๑	หมายเหตุ
การล้างหน้า / แปรงฟัน	๑	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	๑	เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	๑	เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	๑	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	๑	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	๑	เลข 6 = วันเว้นวัน
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	๑	เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	๑	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		เลข 14 = อื่นๆ.....
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
สุนทรบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดย CC
- ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดย CC
- การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- การทำกายภาพบำบัดโดย CC
- การออกกำลังกาย
- การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ
- การสวดมนต์
- การนอนหลับ

ผู้จัดทำ :

(..... กิมกร))

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM)

(ใส่ชื่อหน่วยบริการสาธารณสุข) กรมราชทัณฑ์

ผู้รับผิดชอบ : โจทพ

(นพจนาโจทพ โรจน))

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community : CC)

(ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.) นนทบุรี

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

1) ลงชื่อ ชาย ภิรัตน์ (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี: 1/10/67

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