

พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

คำชี้แจง ในที่นี้ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : **น.ส. เมตตา ศรีทอง**
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน : **31019135524**
 วันเดือนปีเกิด : **03.01.2472**
 อายุ : **99** ปี

ที่อยู่ : **28/3.22 หมู่บ้านบ้าน...**
 เบอร์โทรศัพท์ :

วินิจฉัย : ADL = **9** TAI = **83** กลุ่มที่ : **1**
 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : **ความดันสูง**
ไขมัน - หัวใจโต

แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

แนวโน้มนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม

ข้อควรระวังในการให้บริการ

- ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี
- อยากรักษาตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันแต่ต้องพึ่งคนอื่นอยู่
- อยากรักษาประโยชน์ให้สังคม
- อยากรู้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า
- อยากรู้ให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง
- อยากรู้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มเติมมากขึ้น

- (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ช่วยได้อย่างถูกต้อง
- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ
- เดินได้โดยไม่มีอุปกรณ์
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ

- การกินอาหาร/สำคัญอาหาร
- การทำรายตนเองและผู้อื่น/ญาติตาย
- การพลัดตกหกล้ม
- การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา
- /การแพทย์
- การหลงทาง
- ข้อติด/หรือข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ
- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ญาติ :

- อยากรู้ให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล
- อยากรู้ให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
- อยากรู้ให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเปลี่ยน
- อยากรู้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่
- อยากรู้ข้อมูลการทางการแพทย์ที่เป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน

.....

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

<input type="checkbox"/>	กลิ่นปัสสาวะไม่ได้
<input type="checkbox"/>	กลิ่นลำบาก
<input type="checkbox"/>	ความสามารถในการมองเห็น
<input type="checkbox"/>	ความสามารถในการได้ยิน
<input type="checkbox"/>	ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
<input type="checkbox"/>	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
<input type="checkbox"/>	ช่องปากไม่สะอาด
<input type="checkbox"/>	ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
<input checked="" type="checkbox"/>	มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา
<input type="checkbox"/>	มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลังอกปากแห้ง
<input type="checkbox"/>	รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
<input type="checkbox"/>	สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้
<input type="checkbox"/>	ลักษณะที่อยู่อาศัย
<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถทานอาหารเองได้
<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

✓ ครอบครัวยุติให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
 พยาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
 โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
 รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเล็กระหว่าง สร./สพ./สข.)

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

<input checked="" type="checkbox"/>	ได้รับการรับประทานอาหารถูกต้องและครบถ้วน
<input type="checkbox"/>	ภายใน... 30... วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/>	ฟื้นฟูสุขภาพภาวะช่องคอและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ
<input type="checkbox"/>	หรือดีขึ้น ภายใน... 3... วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/>	แผลหาย ภายใน... 1... วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/>	ไม่มีแผลกดทับ ภายใน... 1... วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/>	ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน... /... ว/ส/ด
<input type="checkbox"/>	การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน... 1... วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/>	การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน... 1... วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน... 1... ว/ส/ด
<input type="checkbox"/>	อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน... 1... วัน/สัปดาห์/เดือน
<input checked="" type="checkbox"/>	ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน... 1... วัน/สัปดาห์/เดือน
<input checked="" type="checkbox"/>	ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน... 1... วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/>	ประสานพันธุศาสตร์ในพื้นที่ ภายใน... 1... วัน/สัปดาห์/เดือน

บริการนอกเหนือรายชื่ออุปกรณ์(รวมการช่วยเหลือ)

* อุปกรณ์ทางการแพทย์


Syring	<input type="checkbox"/>	เตียง
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"/>	

* ภายอุปกรณ์

กระดานบริหารข้อเข่า	<input type="checkbox"/>
กระดานล้อเลื่อน	<input type="checkbox"/>
เตียงเบาะยกน้ำหนัก	<input type="checkbox"/>
ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	<input type="checkbox"/>
รถเข็นนั่ง	<input checked="" type="checkbox"/>
ไม้เท้าช่วยพยุง	<input checked="" type="checkbox"/>
ไม้ฝึกกำลังแขน	<input type="checkbox"/>

การทำแผลกดทับ	-
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	-
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	2
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	-
สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	-
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	8
กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	9
การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วย เช่น ชุดทำแผล.....	-
การบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วย	-
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย	-
การปรับสภาพบ้านหรืออยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	8
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	9
การจัดทำรายการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	-
การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้ป่วย	-

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

✓ ตื่นนอน	<p>ผู้จัดทำ : </p> <p>(นางสาวสุภัทราพร ตะโน)</p> <p>เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)</p> <p>องค์การบริหารส่วนตำบลท่าติมนแดง</p>
✓ ล้างหน้า	
ดูแลเตรียมอาหาร บิ๋อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ	
ดูแลเตรียมอาหาร บิ๋อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	

<input type="checkbox"/>	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
<input checked="" type="checkbox"/>	การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
<input type="checkbox"/>	การออกกำลังกาย
<input type="checkbox"/>	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
<input type="checkbox"/>	การสวนมดต์
<input type="checkbox"/>	การนอนหลับ

ผู้รับผิดชอบ : สุนทร ออสนสง

(นางสาวสุนทร ออสนสง)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าหินแดง

ข้าพเจ้าขอขอบการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

- 1) ลงชื่อ สุนทร ออสนสง ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล วันที่ : 2-11-64
- 2) ลงชื่อ สุนทร ออสนสง ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล วันที่ : 5-11-64
- 3) ลงชื่อ สุนทร ออสนสง ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล วันที่ : 9-11-64
- 4) ลงชื่อ สุนทร ออสนสง ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล วันที่ : 11-11-64
- 5) ลงชื่อ สุนทร ออสนสง ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล วันที่ : 15-11-64
- 6) ลงชื่อ สุนทร ออสนสง ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล วันที่ : 18-11-64
- 7) ลงชื่อ สุนทร ออสนสง ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล วันที่ : 22-11-64
- 8) ลงชื่อ..... ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล วันที่ :
- 9) ลงชื่อ..... ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล วันที่ :
- 10) ลงชื่อ..... ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล วันที่ :

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรรมการอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

แผนทางการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Plan) โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้อมูลผู้สูงอายุชื่อ-สกุล นางแม่จ๋อง ศรีท้าว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 31017135524 อายุ 92 ปี
 ที่อยู่ปัจจุบัน 78/3-2 หมู่ 9 ตำบลห้วยเตี๋ย อ.พุนพิน - จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์ 063-3698436 สังกัดหน่วยงาน องค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง
 ข้อมูลอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น : ชื่อ-สกุล นางสาวสุนทร วรรณสนอง หมายเลขโทรศัพท์ 063-3698436 สังกัดหน่วยงาน องค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง
 หมายเลขโทรศัพท์ ADL = 9

หมวด	กิจกรรม	เวลา	ความถี่
1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน	<input type="radio"/> การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย กับกางเกงตัว <input type="radio"/> การช่วยเหลือเคลื่อนย้าย หรือการพลิกตะแคงตัว <input type="radio"/> การช่วยเหลือรับประทานอาหาร <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. <input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input checked="" type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
		<input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. <input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
		<input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. <input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
		<input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. <input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
2. การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน	<input type="radio"/> การพยาบาลขั้นพื้นฐาน	<input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. <input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์

