

กองทุน LTC-เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์  
 จำนวน Care Plan ที่เสร็จแล้ว 19 ฉบับ อนุมัติแล้ว 19 ฉบับ  
 โครงการ 19 ราย จำนวนเงิน 114,000 บาท

ลำดับ	ชื่อสกุล	อายุ	สิทธิ์	ADL	วันเริ่มต้น	วันสิ้นสุด	ที่อยู่		CG ดูแล
							บตท.	หมู่	
1	นาง หनुพันธ์ นันทวี	87	3.4699E+12	11	11พค65	10พค66	56	1	นางหน้อย ประชาโรจน์
2	นาง สุข โสวัตร	77	3.4601E+12	9	11พค65	10พค66	103	1	นางอินถา มุทวิไล
3	นาง เทศ แสงกล้า	82	3.4601E+12	11	11พค65	10พค66	38	1	นางรัฐจวน มาตรการประสงค์
4	นาย สมุทร ปากสงคราม	88	3.4699E+12	11	11พค65	10พค66	89	2	นางอรทัย ขอบศิลป์
5	นาง เดือน นาสติเยร	75	3.4601E+12	8	11พค65	10พค66	22	2	นางจิราวรรณ ปรืผ่อง
6	นาง สาลี สุขสำน	81	3.4601E+12	8	11พค65	10พค66	84	3	นางน้อย ภูมิโนงัว
7	นาง เรือง พรหมทน	72	5.4601E+12	11	11พค65	10พค66	112	3	นางน้อย ภูมิโนงัว
8	นาย สุบัน พันธุ์สุวรรณ	73	3.4006E+12	11	11พค65	10พค66	141	4	นางพิชชาพร ภูน้ำย่อย
9	นาย กำภา สารพันธ์	68	3.4405E+12	9	11พค65	10พค66	119	4	นางพิชชาพร ภูน้ำย่อย
10	นาง สวัสดิ์ อัมพันธ์	77	3.4601E+12	11	11พค65	10พค66	134	6	นางสมใจ ฉายผาด
11	นาง บุญมี จำริญสัตย์	84	3.4601E+12	11	11พค65	10พค66	210	6	นางวรรณ นาดองค์
12	นาย พัฒนา ยานเรือง	29	1.4699E+12	4	11พค65	10พค66	46	7	นางนิยมจิตร คำประสาร
13	น.ส. ละมุล ยลผล	66	3.4601E+12	9	11พค65	10พค66	49	7	นางวาสนา ภูน้ำใส
14	นาง อุดัย พันธุ์วาสนา	51	3.4601E+12	5	11พค65	10พค66	117	8	นางนิยมจิตร คำประสาร
15	นาง ทิพทิม เวียงขงฆารัตน์	82	3.4601E+12	11	11พค65	10พค66	120	8	นางนุชนาถ สุขกำเนิด
16	นาย จำปี สำราญภูมิ	64	3.4601E+12	4	11พค65	10พค66	123	8	นางละมัย คำภาอ่อน
17	นาง หนูเพน สำราญบุญ	81	3.4601E+12	4	11พค65	10พค66	145	8	นางละมัย คำภาอ่อน
18	นาง ดวงจันทร์ ถาวรเลิศ	84	3.4601E+12	10	11พค65	10พค66	86	9	นางมะณีจันทร์ ภูเทพคำ
19	นาง นวน ภูกิจพลอย	70	3.4601E+12	6	11พค65	10พค66			

โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ส่วนที่ 1 : โครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2565 ครั้งที่ 1/2565

เรียน ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ด้วย ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เทศบาลตำบลไผ่ โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศฯ เป็นค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี (ตามคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565) จำนวน 19 คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน 114,000 บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสี่พันบาทถ้วน) (เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่ม 1 จำนวน 19 คน เพื่อจัดหาวัสดุอุปกรณ์หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ที่นอนลม ชุดให้ออกซิเจน เตียงปรับระดับ ชุดดูดเสมหะ/ของเหลว เป็นต้น) รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน		กลุ่มติดเตียง				รวม			
กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3		กลุ่มที่ 4			
เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน		กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนและอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือการเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน	ค่าบริการ	จำนวน	ค่าบริการ	จำนวน	ค่าบริการ	จำนวน	ค่าบริการ	จำนวน	ค่าบริการ
(คน)	(บาท)	(คน)	(บาท)	(คน)	(บาท)	(คน)	(บาท)	(คน)	(บาท)
19	114,000	-	-	-	-	-	-	19	114,000

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสันนิษฐานค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ ระยะเวลาดำเนินการ ปีงบประมาณ 2565 (วันที่ 30 มิถุนายน 2565 - 29 มิถุนายน 2566)

ลงชื่อ..... ผู้จัดทำโครงการฯ

(นายณรงค์ คำพิสมัย)

ประธานกรรมการ

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลไผ่

วันที่ 30 มิถุนายน 2565

ส่วนที่ 3 : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2565 ครั้งที่ 1/2565 ของอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครั้งที่ 1/2565 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2565 ได้พิจารณาโครงการของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลไผ่ เขตพื้นที่เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2565 ครั้งที่ 1/2565 สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยที่ประชุมมีมติ ดังนี้

( ✓ ) อนุมัติ โครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2565 ครั้งที่ 1/2565 แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลไผ่เทศบาลตำบลไผ่ จำนวน 19 คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน 114,000 บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสี่พันบาทถ้วน) (ตามคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลไผ่ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บัญชีเลขที่ 020082519451 จำนวน 114,000 บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสี่พันบาทถ้วน) รายละเอียดตามตาราง

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3		กลุ่มที่ 4			
เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้ บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการ กิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่ายหรือ การเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่เคลื่อนไหว เองไม่ได้ เจ็บป่วย รุนแรงหรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
19	114,000	-	-	-	-	-	-	19	114,000

( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติโครงการฯ

(นายประครอง สุไพโพธิ์)

ประธานอนุกรรมการ

คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วันที่ 30 มิถุนายน 2565

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนูพัน นันทวี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3469900230958	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 อายุ 87 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นาง อัจฉิภา พึ่งพิง</i>	

ชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 [.....]  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 ชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.  
 (นางสาวอัญญาชญภัส ภูพานชัยศรี)  
 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/61 วันที่ 25/05/65  
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นางหนูพัน นันทวิ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3469900230958	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-
---	---	--

แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่ต้องการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฆนฆ่า - การพลัดตกหกล้ม
---	---	--

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - สามารถปฏิบัติสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจกรรมประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและกฟทภจ) บริการอื่นๆ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส.
--	--	---

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วามคันโลติต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - กายภาพบำบัดโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - ออกกำลังกาย - นอนหลับ	ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว ผู้รับผิดชอบ นางหมอย ประชาโรจน์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) <u>นายทองอินทร์ นิตยภัทร</u> (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์
--	--

(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๙

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางสาว โสวัตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100188053	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2487 อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ได้รับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ทองแดง ใส่อ้อม</i>	

ชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
(นาย..... ทบแก้ว)  
[.....]  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
วงษ์.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
[.....]

ลงชื่อ.....อ.พ.  
(นางสาวอัญญาชญากัส ภพทันชัยศรี)  
[.....]  
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/63 วันที่ 30/05/65  
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นางสาว สุช ไล่วิตร  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100198053  
ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์  
หมายเลขโทรศัพท์  
จัดทำวันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565  
วินิจฉัย : ADL=II, TAI=B3  
ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1  
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -

แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต  
ผู้สูงอายุ  
- อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่  
- อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม  
- อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า  
- อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง  
ญาติ  
- อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล  
- อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น  
- อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสนับสนุน  
- อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม

แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)  
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง  
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้  
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม  
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อควรระวังในการให้บริการ  
- การพลัดตกหกล้ม

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต  
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ  
- กลั้นปัสสาวะไม่ได้  
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา  
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ

เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)  
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน  
- พื้นฟูสมรรถภาพข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน  
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน  
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ(กศทกมล))  
บริการอื่นๆ  
- ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล  
- ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

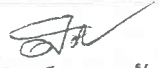
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทาโลชั่น /น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การนวด	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การนวดท้อง	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักกายภาพบำบัด
ฝึกการก้าวในพื้นที่ต่างระดับ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักกายภาพบำบัด
ฝึกการทรงตัว	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักกายภาพบำบัด
ฝึกการเดิน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักกายภาพบำบัด
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักกายภาพบำบัด

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต  
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ  
ญาติ  
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย Caregiver  
- ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ  
- ดูแลเตรียมให้ยาโดย Caregiver  
- กายภาพบำบัดโดยญาติ  
- กายภาพบำบัดโดย Caregiver  
- ออกกำลังกาย

ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว  
ผู้รับผิดชอบ นางอินฉา มุขวิไล ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) นางสุช ไล่วิตร (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์  
2) \_\_\_\_\_ (ผู้ช่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์

  
(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเทศ แสงกล้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100105972	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2482 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท		การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ช.อ. ร.อ.</i>

ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว  
 ลงชื่อ *[Signature]* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]

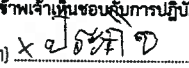
ลงชื่อ *[Signature]* อพท.  
 (นางสาวอัญชลีภัส ภพหันชัยศรี)  
 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/63 วันที่ 30/05/65  
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

<p>ชื่อ นางเทศ แสงกล้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100183906</p>	<p>ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์</p>	<p>จัดทำวันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-</p>
<p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจาก เป็นอยู่ - อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ล้อ</p>	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p>
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าว เองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p>	<p>บริการนอกเหนือรายการสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และingotmal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการ เงินในการดูแล - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p>

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
หาโลชั่น /น้ำยั้มมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เช็ดตัว	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การตรวจระดับการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การเคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักรักษาพยาบาล
ฝึกการเดิน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักรักษาพยาบาล
ฝึกการทรงตัว	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักรักษาพยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักรักษาพยาบาล

<p>ธรรมเนียมในการดำรงชีวิต สิ้นนอน ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย ผู้ดูแล ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย ผู้ดูแล ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ ดูแลเตรียมให้ยาโดย Caregiver พยาบาลบำบัดโดยญาติ พยาบาลบำบัดโดย Caregiver ออกกำลังกาย</p>	<p>ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว ผู้รับผิดชอบ นางรัฐจวน มาตราประสงค์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1)  (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ ..... 2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ .....</p>
--	--

19

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นาย สวัสดิ์ มาภักดีกรม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3469900039727	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 06 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2476 อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคความดันโลหิต	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ได้รับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ความปลอดภัย	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - รับประทานอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	ผู้จัดทำ ร.วิจิตร งามสง่า

ชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 ชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]

ชื่อ.....อปท.  
 (นางสาวอัญญาชญาภิส ภพทันชัยศิริ)  
 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/63 วันที่ 25/05/65  
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นายสมพร ปากสงคราม  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3469900039727

ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์  
 หมายเลขโทรศัพท์

จัดทำวันที่ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565  
 วินิจฉัย : ADL=TI, TAI=B3  
 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1  
 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคความดันโลหิต

แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต  
 ผู้สูงอายุ  
 - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่  
 - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า  
 - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง  
 - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)  
 - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม  
 - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์  
 - ไม่มีภาวะซึมเศร้า  
 - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ

ข้อควรระวังในการให้บริการ  
 - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์  
 - การพลัดตกหกล้ม

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต  
 - ความสามารถในการได้ยิน  
 - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ  
 - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต  
 - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย

เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)  
 - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน  
 - รับประทานอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน  
 - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน  
 - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและกึ่งformal)

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

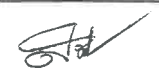
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การตรวจระดับการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
ทาลotion / น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
มีนภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
อาบน้ำ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะเครียด STS	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวด	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต  
 - ดื่มนอน  
 - ล้างหน้า  
 - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย Caregiver  
 - ดูแลเตรียมให้ยาโดย Caregiver  
 - พาบำบัดโดย Caregiver  
 - อบอุ่นร่างกาย

ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว  
 ผู้รับผิดชอบ นางอรทัย ขอบศีลป์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง Onaติ/วัน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) สุวิทย์ ทบแก้ว (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์  
 2) \_\_\_\_\_ (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์

  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเดือน นาสถียร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100192093	ที่อยู่ เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489 อายุ 75 ปี]	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ  การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
เฝ้าระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- งดสูบบุหรี่ - ชี้อวด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	- การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	ทศพร ทองสิทธิ์

ชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 [.....]  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 ชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]

ลงชื่อ.....  
 (นางสาวอัญญาชญภัส ภพหันชัยศรี)  
 [.....]  
 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/62 วันที่ 30/05/65  
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นางเดือน นาละสิทธิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100192093	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 วินิจฉัย : ADL=8, TAI=83 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แผนนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุอาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่มีเคสภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การผลิตตกหล่น - ข้อคิด/ข้อผิดพลาด - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจกรรมประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยความช่วยเหลือ อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและกฟทพ.) กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส. - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✓		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
ทาโลชั่น /นํ้ามันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✓		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ตัดเล็บ	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✓		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✓		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	ทำครั้งเดียว						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะโภชนาการ	ทำครั้งเดียว						✓		พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	ทำครั้งเดียว						✓		พยาบาล
มีนภาวะเครียด ST5	ทำครั้งเดียว						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	ทำครั้งเดียว						✓		พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	ทำครั้งเดียว						✓		พยาบาล
การนวด	ทำครั้งเดียว	✓		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวด	ทำครั้งเดียว						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
ฝึกสมาธิ	ทำครั้งเดียว	✓		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต  
 - ล้างหน้า  
 - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ  
 - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ  
 - ดูแลเตรียมให้ยาโดย Caregiver  
 - รับประทานอาหาร  
 - ภายภาพบำบัดโดยญาติ  
 - ภายภาพบำบัดโดย Caregiver  
 - ออกกำลังกาย  
 - นอนหลับ  
 - สวดมนต์

ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว  
 ผู้รับผิดชอบ น.ส.จิราวรรณ ปริ้ม่อง ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง DnA/วัน  
 ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้/  
 1) นพภัทร นพสิทธิ์ (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป  
 2) \_\_\_\_\_ (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป

(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว สุธสนาน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101099968	ที่อยู่ เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 28 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2483 อายุ 81 ปี	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ปัสสาวะภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ฟันพลภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>สพ.ภักดี สุธสนาน</i>	

ชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 ชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [...]

ลงชื่อ.....  
 (นางสาวอัญญา ชัยภูมิภัส ภพพันชิตกร)  
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/61 วันที่ 25/05/65**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน**

ชื่อ นางลำลี สุขสนาน  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101099968

ที่อยู่ อ.เมืองกาฬสินธุ์ จ.กาฬสินธุ์  
 หมายเลขโทรศัพท์

จัดทำวันที่ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565  
 วินิจฉัย: ADL-B, TAI-B3  
 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1  
 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-

**แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต**  
**ผู้สูงอายุ**  
 - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่  
 - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า  
 - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง

**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)**  
 - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้  
 - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง  
 - ไม่มีภาวะซึมเศร้า  
 - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ  
 - ไม่เกิดแผลกดทับ

**ข้อควรระวังในการให้บริการ**  
 - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์  
 - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง  
 - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

**ญาติ**  
 - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล  
 - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น  
 - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลสืบเนื่อง  
 - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม

**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)**  
 - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน  
 - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน  
 - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน  
 - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)**  
**บริการอื่นๆ**  
 - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล  
 - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส.  
 - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ/อปท/อื่นๆ)  
 - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม  
 - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

**กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal**

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การนวดกระดูกนวดกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทาโลชั่น /น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
พลิกตะแคงตัว	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะเครียด STS	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
เจาะเลือด	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
จัดเตรียมยาตามเวลา	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การนวดกระดูกนวดกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การนวด	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย

**กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต**  
 - ตื่นนอน  
 - ล้างหน้า  
 - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ

ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว  
 ผู้รับผิดชอบ นางน้อย ภูมิไบนจิว ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0นาท/วัน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) กมลรัตน์ สุขสงวน (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์  
 2) \_\_\_\_\_ (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์

(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเรือง พรหมชน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5460101124969	ที่อยู่ เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 17 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2492 [อายุ 72 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ ตัวเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 วัน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) - <i>ญาติ พัก 5000</i>	

ชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 [.....]  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 ชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]

ชื่อ.....อปท.  
 (นางสาวอัญญาชญภัส ภพทันชยศรี)  
 [.....]  
 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ



17

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสุบัน พันธุ์สุวรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3400600088732	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2491 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน	
	ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	



ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว      ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)      ป. ๑๑๑๑      พันธุ์สุวรรณ

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 โรงพยาบาลวิชัยธานี  
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]

ลงชื่อ.....  
 (นางสาวอัญญาชัญญาส ภพหันชัยศรี)  
 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/61 วันที่ 30/05/65  
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นายสุบัน พันธุ์สุวรรณ  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3400600088732

ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์  
 หมายเลขโทรศัพท์

จัดทำวันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565  
 วินิจฉัย : ADL=1, TAI=93  
 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1  
 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-

แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

- ผู้สูงอายุ
- อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่
  - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง
  - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น
- ญาติ
- อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล
  - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
  - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน
  - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่

แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)

- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม

ข้อควรระวังในการให้บริการ

- การลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา

เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)

- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน
- ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน

บริการนอกเหนือรายลับคำ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal)

- กายอุปกรณ์
- ไม่ทำช่วยพยุง
  - รอกเคลื่อนไหว
- บริการอื่นๆ
- ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล
  - พวเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส.
  - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
  - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CC)
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓					✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CC)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CC)
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ
- รับประทานยา
- รับประทานอาหารโดยญาติ
- ภาวะภาพบำบัดโดย Caregiver
- ออกกำลังกาย

ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว

ผู้รับผิดชอบ นางนงสิริวรรณ คุณเศษ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง Dnath/ลับคำ

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) นาง นงสิริวรรณ คุณเศษ (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป

2) \_\_\_\_\_ (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป

(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณรายปีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายคำภา สารพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3440500556602	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 28 เดือน มกราคม พ.ศ. 2496 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขน ขาด้านซ้ายไม่มีแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 ชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]

ชื่อ.....  
 (นางสาวอัญญาชญาภัส ภพพันธ์ชัยศรี)  
 [.....]  
 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/63 วันที่ 30/05/65  
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นายคำภา สารพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3440500556602	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 วินิจฉัย : ADL=9, TAL=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขน ขาด้านซ้ายไม่มีแรง
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากให้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นเก้าอี้	แนวโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ต้องอุปการณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การผลิตคกกลิม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การนัดกระตุนการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ทำโลชั่น /น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ฝึกการเดิน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะเครียด ST5	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การนวด	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การนัดกระตุนการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
ฝึกการเดิน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย

กรรมหลักในการดำรงชีวิต คีนนอน ล้างหน้า ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย ด้ ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย egiiver ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ กายภาพบำบัดโดยญาติ อกก่าลังกาย	ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว ผู้รับผิดชอบ นางพิชชาพร ภูน้ำย่อย ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป _____ 2) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป _____
--	---

(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวสดิ อิมพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100189025	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	ยงรี อิมพันธ์

ลงชื่อ.....  
(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
.....  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....  
.....  
เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ.....  
(นางสาวอัญญาชญภัต ภพหินชัยคุร)  
.....  
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/62 วันที่ 30/05/65  
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นางสาวสรีดิ์ อัมพันธ์  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100189025  
 ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์  
 หมายเลขโทรศัพท์  
 จัดทำวันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565  
 วิจัย : ADL=TI, TAI=B3  
 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1  
 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-


แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต  
 ผู้สูงอายุ  
 - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่  
 - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า  
 - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้งญาติ  
 - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น  
 - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน  
 แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)  
 - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้  
 - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง  
 - ท้ายอายุขัยเหมาะสม  
 - ไม่มีภาวะซึมเศร้า  
 ข้อควรระวังในการให้บริการ  
 - การพลัดตกหกล้ม

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต  
 - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา  
 - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง  
 - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย  
 เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)  
 - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน  
 - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน  
 - ฟื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน  
 - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  
 บริการนอกเหนือรายการลับคำ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal)  
 บริการอื่นๆ  
 - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล  
 - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม  
 - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การเดิน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการทรงตัว	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การตรวจกระดูกสันหลังเอียง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การตรวจ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
ฝึกสมาธิ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การปรับทางเข้าบ้านทางลาด พื้นที่ต่างระดับ ธรรมิประดู	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะเครียด STS	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต  
 - ตื่นนอน  
 - ส่างหน้า  
 - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ  
 ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว  
 ผู้รับผิดชอบ นางสาวสมใจ ฉายผาด ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน  
 ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้  
 1) ยอ อัมพันธ์ (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์  
 2) \_\_\_\_\_ (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์

  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบุญมี จำเริญสัตย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100187863	ที่อยู่ - หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ศิริใจ จาธิย ภัทรา</i>	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)

ลงชื่อ.....อปท.  
(นางสาวอัญญาชัญญาส ภัทพันธ์ชัยศรี)  
[.....  
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
[.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/62 วันที่ 30/05/65  
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพ

ชื่อ นางบุญมี จำเริญสิทธิ์  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480100187863

ที่อยู่  
 หมายเลขโทรศัพท์

จัดทำวันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565  
 วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3  
 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1  
 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-

แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

- ผู้สูงอายุ**
- อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่
  - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า
  - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง
  - อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม

แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)

- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- เดินได้โดยไม่ต้องอุปการณ
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อควรระวังในการให้บริการ

- การพลัดตกหกล้ม

ญาติ

- อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล
- อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
- อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเปลี่ยน
- อยากใ้ผู้ปกรณทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- มีความพร้อมแรง ของกำลังมีแขน ขา

เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)

- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน
- สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน
- ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ หานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

- บริการอื่นๆ
- ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล
- พหเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส.
- ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✓	✓		✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การวดกระดูกนวดกล้ามเนื้อ	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมินภาวะโภชนาการ	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)						✓		พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)						✓		พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวด	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
วัดความดันโลหิต	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกสมาธิ	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)


กิจกรรม: ฝึกในการดำรงชีวิต  
 - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ

- ภายภาพบำบัดโดยญาติ
- ออกกำลังกาย
- ภายภาพบำบัดโดย Caregiver
- ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ

ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว  
 ผู้รับผิดชอบ นางวรรณุช นาใจวงศ์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0นาท/วัน


ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้


1) สุวิทย์ ทบแก้ว (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป  
 2) \_\_\_\_\_ (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป

  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายพัฒนา ยานเรือง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1469900213691	ที่อยู่ 210 ม. 7 ตำบลไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2535 (อายุ 29 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผ่าตัดสมอง เดินไม่ได้ ช่วยตัวเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน</li> <li>- สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางวิมลทิพย์ นิ่มนวล</i>	

ลงชื่อ  ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]

ลงชื่อ  (นางสาวอัญญา อัญญา)  
 [.....]  
 [.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/63 วันที่ 30/05/65  
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นายพัฒนา ยานเรือง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1469900213691	ที่อยู่ 210 ม. 7 ตำบลไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผ่าตัดสมอง เดินไม่ได้ ช่วยตัวเองได้บ้าง
--	---	--

แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลักดัน - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - ข้อคิด/ข้อจำกัด - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
--	--	--

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) บริการอื่นๆ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
---	--	---

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
วัดระดับการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การนวด	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การจัดท่านอนป้องกันการเกิดแผลกดทับ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะเครียด ST5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำแผลกดทับ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวด	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับแสงสว่าง และการระบายอากาศ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)


กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต  
- ตื่นนอน  
- ล้างหน้า  
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ  
ญาติ  
- ภายพบบำบัดโดย Caregiver  
- ออกกำลังกาย

ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว  
ผู้รับผิดชอบ นางนิยมจิตร คำประสาร ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน



ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) นายวิวัฒน์ พันธ์กลิ่น (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ \_\_\_\_\_

  
(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางละมุล ยลผล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101086424	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498 (อายุ 66 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การอาบน้ำ</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b>
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)  	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 [.....]  
 ยาบบาลวิชาชีพนานาญการ  
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.  
 (นางสาวอัญญาชญภัศ ภพหันชัยศรี)  
 [.....]  
 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/62 วันที่ 30/05/65  
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพ

ชื่อ นางละมุล ยลผล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101086424  
ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์  
จัดทำวันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565  
วิัจฉัย : ADL=9, TAI=B3  
ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1  
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-

แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต  
ผู้สูงอายุ  
- อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่  
- อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า  
- อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง  
ญาติ  
- อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล  
- อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น  
- อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน

แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)  
- กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้  
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง  
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม  
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า  
- ไม่เกิดแผลกดทับ

ข้อควรระวังในการให้บริการ  
- การพลัดตกหกล้ม

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต  
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ  
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา  
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้  
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง  
- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย

เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)  
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน  
- ไม่พบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน  
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน  
- พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน  
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

บริการนอกเหนือรายลับคาร์ท (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)  
บริการอื่นๆ  
- ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน  
- ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม  
- ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล



กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ย้ายขนเตียงและลงจากเตียง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
อาบน้ำ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับทางเข้าบ้าน ทางลาด พื้นที่ต่างระดับ ธรณีประตู	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การนวด	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะเครียด ST5	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล

กิจกรรม...สำคัญในการดำรงชีวิต  
- ดื่มนอน  
- ล้างหน้า  
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ  
ญาติ  
- ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ  
- ภายหลังบำบัดโดยญาติ  
- ภายหลังบำบัดโดย Caregiver  
- ออกกำลังกาย  
- สวมหมวก  
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว  
ผู้รับผิดชอบ นางวาสนา ภูน้ำใส ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1)   (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_ (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป \_\_\_\_\_

  
(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอุลย์ พันธุ์วาสนา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101086742	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 21 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2513 (อายุ 51 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคหนึ่งแข็ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - บั้ ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - แผลหาย ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พ้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	

จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว      ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | *นางสาวอุลย์ พันธุ์วาสนา*

ชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
[.....]  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
ชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
[.....]

ลงชื่อ.....  
(นางสาวอุลย์ พันธุ์วาสนา)  
[.....]  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทับทิม เวียงธงชารัตน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5460100027315	ที่อยู่ 117 ม 8 ตำบลไผ่ อำเภอเมือง จังหวัด กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2482 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - อุ.....เหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ทับทิม เวียงธงชารัตน์</i>	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 [.....]  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]

ลงชื่อ.....อ.พ.  
 (นางสาวอัญญาชญาภัส ภพหันชัยศรี)  
 [.....]  
 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/63 วันที่ 25/05/65**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพ**

ชื่อ นางทับทิม เวียงธงษารัตน์  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5460100027315

ที่อยู่ 117 ม 8 ตำบลไม้ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์  
 หมายเลขโทรศัพท์

จัดทำวันที่ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565  
 วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83  
 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1  
 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-

**แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต**  
**ผู้สูงอายุ**  
 - ยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่  
 - ออกกำลังกายให้สังคม  
 - ยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า  
 - ยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง  
 - ยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น  
**ญาติ**  
 - ยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น  
 - ยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่  
 - ยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น  
 ฝ่าอัน

**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)**  
 - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม  
 - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น  
 - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์  
 - ไม่มีภาวะซึมเศร้า

**ข้อควรระวังในการให้บริการ**  
 - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์  
 - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

**ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต**  
 - ความสามารถในการมองเห็น  
 - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ  
 - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต  
 - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย

**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)**  
 - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน  
 - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน  
 - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน

**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)**  
**บริการอื่นๆ**  
 - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล  
 - หากเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส.  
 - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สส/อปท/อื่นๆ)  
 - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม  
 - ได้รับการส่งเสริมอาชีพ  
 - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

**กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal**

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวด	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ปรับสภาพห้องน้ำ ห้องนอน ห้องครัว ห้องรับแขก พื้นที่ภายในบ้านอื่น ๆ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การนวด	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย

**กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต**  
 - ตื่นนอน  
 - ล้างหน้า  
 - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย  
**Caregiver**  
 - กายภาพบำบัดโดย Caregiver  
 - ออกกำลังกาย  
 - สวดมนต์  
 - นอนหลับ

ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว  
 ผู้รับผิดชอบ นางบุษนาถ สุขกำเนิด ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) ทับทิม เวียงธงษารัตน์ (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ \_\_\_\_\_



(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)

พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนกการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นาย <b>วิวัฒน์ กาสัญญม</b> เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100191020	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2500 (อายุ 64 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- ช็อค/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน</li> <li>- สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b>

ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว      ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) \* *ยิวพันธ์*      *วิวัฒน์*

งชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ (นายสุวิทย์ ทบแก้ว) ]

ลงชื่อ.....รองปท.  
(นางสาวอัญญาชัญญาสี ภาพรวิงค์)      *วิวัฒน์*

งชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
[.....]

.....  
[.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/62 วันที่ 30/05/65  
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นายจำปี สารบุญภูมิ  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100181020

ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์  
หมายเลขโทรศัพท์

จัดทำวันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565  
วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13  
ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3  
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-

แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

ผู้สูงอายุ  
- อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่

- อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า  
- อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง

ญาติ  
- อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล  
- อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น  
- อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลผลิตเปลี่ยน  
- อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ  
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา  
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้  
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้  
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้  
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง  
- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย

แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)

- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม  
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้  
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า  
- เดินได้โดยไม่ต้องอุปการณ  
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ  
- ไม่เกิดแผลกดทับ

เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)

- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน  
- สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน  
- พึ่งพู่สภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน  
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน  
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน  
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน

ข้อควรระวังในการให้บริการ

- การกินอาหาร/สำลักอาหาร  
- ข้อติด/ข้อเท้าตลก  
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและกฟทภ)

กายอุปกรณ์  
- รอกเคลื่อนไหว  
- ราวพยุงและเดิน  
- เตียงฝึกยืน  
บริการอื่นๆ  
- ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล  
- ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการทรงตัว	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการเดิน	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะเครียด STS	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ตรวจวัด	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

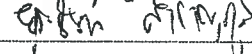
- ดื่มนอน  
- ล้างหน้า  
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ

ญาติ  
- ถ่ายภาพบำบัดโดยญาติ  
- ถ่ายภาพบำบัดโดย Caregiver  
- รับประทานยา  
- ออกกำลังกาย  
- เปลี่ยนผ้าอ้อม  
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว

ผู้รับผิดชอบ นางละมัย คำภาอ่อน ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0นาฬิกา/วัน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1)  (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป  
2) \_\_\_\_\_ (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป

  
(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนูแพน สำราญบุญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101093277	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2483 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แผลบริเวณขาซ้าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน  เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ  - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแล  การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ
ข้อควรระวังในการให้บริการ  - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก	เป้าหมายการดูแล  ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) - <i>ปลื้มใจ</i>	

ลงชื่อ *[Signature]* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)

ลงชื่อ *[Signature]* อปท.  
(นางสาวอัญญาชญภัส ภพทันชัยศรี)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่การเงิน  
\_\_\_\_\_

นักวิชาการสาธารณสุข

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/63 วันที่ 25/05/65**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพ**

ชื่อ นางหนูแพน สำราญบุญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101093277	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 วินิจฉัย: ADL=4, TAI=3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: แผลบริเวณขาซ้าย
---	---	---

<b>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</b> <b>ผู้สูงอายุ</b> - อยากรักษาตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากรู้สึกดีใจเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากรู้สึกดีใจและใส่ใจ/ไม่ถูกทอดทิ้ง <b>ญาติ</b> - อยากรู้สึกดีใจเห็นสุขภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากรู้สึกดีใจเห็นผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากรู้สึกดีใจเห็นคนช่วยเหลือดูแลผลิตภัณฑ์ - อยากรู้สึกดีใจเห็นการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม <b>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</b> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	<b>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</b> - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ  <b>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</b> - รับประทานอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยความช่วยเหลือของเท้าตนเองได้ ทานข้าวเองได้ ช่วยตัวเองได้ ภายใน 3 เดือน	<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b> - การห้ชุดกดทับ - ข้อติด/ข้อเท้าตก  <b>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและกฟอภท)</b> <b>บริการอื่นๆ</b> - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
--	---	---

**กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal**

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	ย	ผู้รับผิดชอบ
การวัดระดับการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทาโลชั่น / นวดนวดนวด หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการทรงตัว	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ฝึกการกลืนปัสสาวะ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
เจาะเลือด	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การวัดระดับการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การนวด	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักกายภาพบำบัด
ฝึกการเดิน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักกายภาพบำบัด
ฝึกการทรงตัว	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักกายภาพบำบัด
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักกายภาพบำบัด

<b>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</b> - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ <b>ญาติ</b> - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดย Caregiver - กายภาพบำบัดโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - ออกกำลังกาย	<b>ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว</b> <b>ผู้รับผิดชอบ นางละมัย คำภ้ออ่อน ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0นท./วัน</b> ข้าพเจ้านั้นขอขึ้นกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) <u>นางละมัย คำภ้ออ่อน</u> (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) <u>นางสุวิทย์ ทบแก้ว</u> (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป	[Signature] (นางสุวิทย์ ทบแก้ว) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
---	---	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางดวงจันทร์ ถาวรเลิศ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101093838	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2480 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) * คำพิมพ์ ความรัก	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 [.....]  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.  
 (นางสาวอัญญาชญภัต ภพหันชัยศรี)  
 [.....]  
 นักวิชาการสาธารณสุข

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/63 วันที่ 25/05/65**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน**

ชื่อ นางดวงจันทร์ ทวารเลิศ  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101093838

ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์  
 หมายเลขโทรศัพท์

จัดทำวันที่ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565  
 วินิจฉัย : ADL=1, TAI=83  
 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1  
 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-

**แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต**  
**ผู้สูงอายุ**  
 - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่  
 - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า  
 - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง

**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)**  
 - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้  
 - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง  
 - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์  
 - ไม่มีภาวะซึมเศร้า

**ข้อควรระวังในการให้บริการ**  
 - การหลุดตกหล่น  
 - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง

**ญาติ**  
 - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล  
 - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น  
 - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน  
 - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม

**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)**  
 - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน  
 - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน  
 - การได้รับช่วยเหลือในอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน  
 - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal)**  
**บริการอื่นๆ**  
 - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล  
 - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม  
 - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

**ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต**  
 - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ  
 - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ

**กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal**

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการทรงตัว	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การนวด	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การนวดท้อง	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักกายภาพบำบัด
ฝึกการก้าวในพื้นที่ต่างระดับ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักกายภาพบำบัด
ฝึกการทรงตัว	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักกายภาพบำบัด
ฝึกการเดิน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักกายภาพบำบัด
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักกายภาพบำบัด

**กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต**  
 - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ  
 - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย Caregiver  
 - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ  
 - ดูแลเตรียมให้ยาโดย Caregiver  
 - กายภาพบำบัดโดยญาติ  
 - กายภาพบำบัดโดย Caregiver  
 - ออกกำลังกาย

ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว  
 ผู้รับผิดชอบ นางละมัย คำภ้ออน ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับกรอบปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) คำภ้ออน กวรวัด (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ \_\_\_\_\_

  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางนวน ภูกิ่งพลอย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100960406	ที่อยู่ 86 ม.9 ตำบลไผ่ อำเภอเมือง จังหวัด กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2494 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กระดูกทับเส้น นั่งนานไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือก ปากแห้ง</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ  - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - บั้ ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล  ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน</li> <li>- รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน</li> <li>- แผลหาย ภายใน 1 เดือน</li> <li>- สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน</li> </ul> ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม

ผู้จัดทำ: Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว      ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นาง นงวรรณ ภูกิ่งพลอย

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (นายสุวิทย์ ทบแก้ว)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]

ลงชื่อ.....  
 (นางสาวอัญญาชญาภัส ภูกิ่งพลอย)  
 [.....]

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/63 วันที่ 25/05/65**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน**

ชื่อ นางนวน กุ๊กก้อย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100960406	ที่อยู่ 86 ม.9 ตำบลไม้ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 วินิจฉัย: ADL=6, TA=83 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กระดูกทับเส้น น้มนานไม่ได้
--	---	--

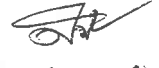
<b>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</b> <b>ผู้สูงอายุ</b> - อยากรักษาตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากรู้สึกเห็นคุณค่า/รู้สึกมีคุณค่า - อยากรู้สึกดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <b>ญาติ</b> - อยากรู้สึกสบายใจกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากรู้สึกว่าผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากรู้สึกว่าผู้สูงอายุช่วยเหลือผู้อื่นได้มากขึ้น - อยากรู้สึกว่าผู้สูงอายุมีความสุข - อยากรู้สึกว่าผู้สูงอายุปลอดภัย เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	<b>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</b> - ผู้สูงอายุสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b> - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
--	--	---

<b>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</b> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการซื้อของ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - มีความเจ็บปวดบริเวณพื่นและเข่า ปากแห้ง - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	<b>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</b> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ไม่พลหาย ภายใน 1 เดือน - สามารถปฏิบัติตามกับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน	<b>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)</b> <b>บริการอื่นๆ</b> - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
--	---	---

**กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal**

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การนวด	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพผู้ดูแล	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะเครียด STS	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
อาบน้ำ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การนวด	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

<b>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</b> - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดย Caregiver - ภายภาพบำบัดโดยญาติ - ภายภาพบำบัดโดย Caregiver	<b>ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว</b> <b>ผู้รับผิดชอบ นางมะลิจันทร์ กุ๊กก้อย ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0นาฬิกา/วัน</b> <b>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</b> 1) <u>นาง สุวรรณา กุ๊กก้อย</u> (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม 2) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม	
--	---	--

  
**(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)**  
 พยาบาลวิชาชีพ พ่วงเภสัชกร