



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลกำแพงแสน กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โทร. ๐-๓๔๒-๑๖๘๖ - ๗

ที่ นฐ ๐๐๓๒.๕/๑/๗๒๖

วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานผลการติดตามประเมินผลโครงการฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงแสน

### เรื่องเดิม


ตามที่กลุ่มงานด้านบริการปฐมภูมิและองค์รวม ได้ดำเนินงานตามโครงการการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลกำแพงแสน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จะได้รับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ตามขุดสิทธิ์ประโยชน์ที่เป็นการให้บริการในครัวเรือน โดยทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลกำแพงแสน เป็นการทำงานโครงการต่อเนื่องจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เริ่มดำเนินการในเดือนมีนาคม - กรกฎาคม ๒๕๖๔ นั้น

### ข้อเท็จจริง

โรงพยาบาลกำแพงแสน ได้ดำเนินการจัดทำโครงการการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม ๒๕๖๔ ตามวิธีการดำเนินการโครงการฯ ข้อ ๖ และกำหนดส่งผลการดำเนินงานให้องค์การสนับสนุนการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทราบเมื่อสิ้นสุดการดูแลในรอบปีงบประมาณ (สิ้นสุดโครงการฯ เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๔) และได้มีการจัดจ้างเหมาผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) เป็นไปตามแนวทางการบริหารจัดการโครงการดังกล่าว โดยกระทรวงสาธารณสุข

### ข้อพิจารณา


จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอรายงานผลการดำเนินงานให้บริการดูแลผู้สูงอายุฯ ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

  
(นางศิริเพ็ญ เลหาบุตร)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงแสน  
เพื่อทราบ และประกาศเผยแพร่ฯ

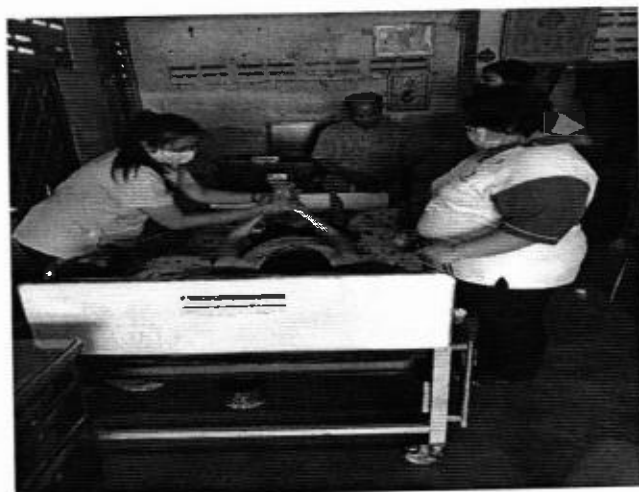
๑๒๐๐ ดอกไม้จันทร์  
(นางสาวละออ ดอกไม้จันทร์)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

ทราบ

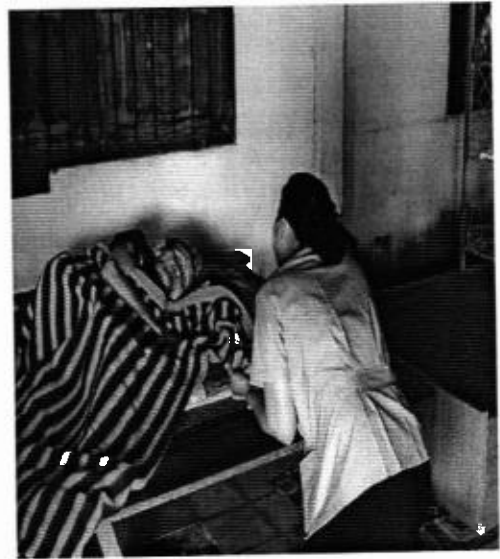
  
(นายสมชาย เจนลาภวัฒน์กุล)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงแสน

## ภาพการดำเนินงานตามโครงการ

การบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่  
Long Term Care องค์การบริหารส่วนตำบลกำแพงแสน อำเภอกำแพงแสน  
ตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ ถึง วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔







# ภาพการดูแลผู้สูงอายุ ของนางสุภาพ ชื่นยินดี Care giver



แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล(Care Plan) รพ.กำแพงแสน จ.นครปฐม  
 ชื่อ-สกุล (CG) นางสุภาพ ชื่นยินดี ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน .....๕.....คน ชื่อ-สกุล GM .นางศิริเพ็ญ เลหาบุตร

๕. ความถี่ที่ผู้ดูแลจะมาดูแล ๑ ครั้ง  /สัปดาห์  /เดือน ๕. ดูแลครั้งที่.....

ชื่อผู้ดูแล	กิจกรรมการดูแล	ระบุรายละเอียด สภาพที่พบปัจจุบัน/กิจกรรมดูแล	ความต้องการการช่วยเหลือ/คำแนะนำ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ /ญาติที่รับบริการ
5 มค 69	กิจกรรม.แผนรพชน : เป้าหมายการ ดำรงชีวิต	ชีกซ้ายอ่อนแรง เดินไม่ได้ ไม่ค่อยดูแลพื้นปูรองภายใน กลิ่นลำบาก พูดไม่ชัด เป็นภาระค่าใช้จ่าย	๑.การวัดสัญญาณชีพ	
	๑. ยืนแรงชีกซ้าย	๑. กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินเองไม่ได้	๒. การอาบน้ำสระผม	
	๒. สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	๒. ความสามารถในการดูแลความสะอาดร่างกาย , เครื่องนอน	๓. การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ ทำราวให้ยึดและทรงตัว	
	๓. ไม่มีการระงับแคว้ง	- ตรวจสัญญาณชีพ, ๓ เดือน/ครั้ง	๔. การทำความสะอาดเครื่องนอน	
	๑. สภาพผู้สูงอายุ	- ช่วยเหลือการดูแลความสะอาดร่างกาย , เครื่องนอน	๕. การผ่อนคลายจิตใจ	
	<input checked="" type="checkbox"/> คงที่ <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> แย่ลง	- จัดของใช้ให้สะดวกการใช้งาน	๖. จัดสิ่งแวดล้อมป้องกันอุบัติเหตุ	
	<input checked="" type="checkbox"/> คงที่ <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> แย่ลง	- ประเมินความช่วยเหลือจากครอบครัว		
	<input type="checkbox"/> คงที่ <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> แย่ลง	- ช่วยเหลือและแนะนำการจัดการจุดอุปกรณพื้นปูรองภายใน		
	ร่างกาย <input type="checkbox"/> สุขภาพ <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด	การทรงตัว, ช่วยเหลือเปลี่ยนอิริยาบถซ้ำๆ		
	อุปกรณ์ช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ประวัติดูแลสุขภาพ, การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน		
	<input type="checkbox"/> อุณหภูมิ 38.5 <input type="checkbox"/> ชีพจร 72 / นาที	ในเคียวอาหารลำบาก/ จัดอาหารที่สุก, เคี้ยวง่าย		
	<input type="checkbox"/> อัตราความดันโลหิต 120/80 mmHg	ทานครั้งละน้อยๆ อาจบ่อยครั้ง		
	<input type="checkbox"/> น้ำหนัก กก <input type="checkbox"/> ความสูง.....เมตร	- การดูแลความสะอาดปากและฟัน		
	<input type="checkbox"/> ยาน กก/มช <input type="checkbox"/> FB5.....	๑. ประเมินภาวะซึมเศร้า		
		- ดูแลส่งเสริมคุณภาพจิตใจเพื่อนคลาย		
		- ชวนพูดคุยเรื่องที่ชอบใจให้ผ่อนคลาย		
		- การฟื้นฟูสุขภาพ สวดมนต์		

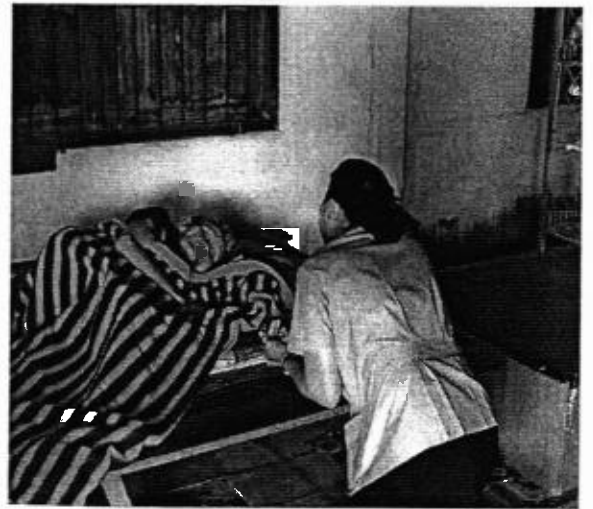
ว.ต.ป/ ดูแล	กิจกรรมการดูแล	ระบุรายละเอียด สภาพที่พบปัจจุบัน/กิจกรรมดูแล	ความต้องกาการช่วยเหลือ/ คำแนะนำ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ /ญาติที่รับบริการ
19/03/67 ๒๕๖๓	๒.โรคประจำตัว ..... รักษาที่..... <input type="checkbox"/> ต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ไม่ต่อเนื่อง	๕.ดูแลช่วยเหลือจัดยาให้สะดวกหยิบทานได้ง่าย และถูกต้อง -ช่วยเหลือให้ได้รับยา-ตรงรักษาตามนัด		
	๓.การกินยา <input type="checkbox"/> ครบตามกำหนด <input type="checkbox"/> ไม่ครบ <input type="checkbox"/> กินยาเอง <input checked="" type="checkbox"/> ญาติจัดให้ <input type="checkbox"/> อื่น.....	๕.ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด และหยิบของใช้สะดวก สะดวก		
	๔.สภาพแวดล้อม ที่นอน <input type="checkbox"/> สะอาด <input checked="" type="checkbox"/> ไม่สะอาด เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> สะอาด <input checked="" type="checkbox"/> ไม่สะอาด ห้องน้ำ <input type="checkbox"/> สะอาด <input checked="" type="checkbox"/> ไม่สะอาด <input type="checkbox"/> สะอาด <input checked="" type="checkbox"/> ไม่สะอาด	๖.ประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแล -ส่งเสริมกำลังใจ -ประเมินความต้องการช่วยเหลือ -ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามเหมาะสม		
	บริเวณบ้าน <input type="checkbox"/> สะอาด <input checked="" type="checkbox"/> ไม่สะอาด จัดสภาพบ้าน <input type="checkbox"/> เอื้อ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เอื้อ			
	อื่นๆ ระบุ.....			
	๕.สังคม ปฏิสัมพันธ์เพื่อนบ้าน <input checked="" type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี อื่นๆ ระบุ.....			
	๖.ผู้ดูแล <input checked="" type="checkbox"/> มีทุกวัน <input type="checkbox"/> มีบางวัน <input type="checkbox"/> ไม่มี การดูแล <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ปรับปรุง อื่นๆ ระบุ.....			

สงชื่อ (GC) .....  
 ชื่อผู้ดูแล  
 ชื่อญาติ

สงชื่อ (GC) .....  
 ชื่อผู้ดูแล  
 ชื่อญาติ

สงชื่อ (GC) .....  
 ชื่อผู้ดูแล  
 ชื่อญาติ

ภาพการดูแลผู้สูงอายุ ของนางสาวสุทร จันทา Care giver





แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล(Care Plan) รพ.กำแพงแสน จ.นครปฐม  
 ชื่อ-สกุล (CG) นางสาวสุทร จันทา ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน .....๕-๖.....คน ชื่อ-สกุล GM .นางศิริเพ็ญ เลหาบุตร

๓.ความถี่ที่ต้องดูแลตาม แคร่แพทลง ๑ ครั้ง  /สัปดาห์  /เดือน ๕. ดูแลครั้งที่.....

ว.ด.ป/ดูแล	กิจกรรมการดูแล	ระบุรายละเอียด สภาพที่พบปัจจุบัน/กิจกรรมดูแล ของ GC	ความต้องการการช่วยเหลือ/ คำแนะนำ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ /ญาติที่รับบริการ
๕ กย ๖๕ ๒๕๖๓	กิจกรรม แคร่แพทลง : เป้าหมายการ ดำรงชีวิต ๑...อ่อนแรงเหนื่อยง่าย <input type="checkbox"/> คงที่ <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> แย่ลง ๒...มีแผลแผลกดทับระดับ๒ <input type="checkbox"/> คงที่ <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> แย่ลง ๓...ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input checked="" type="checkbox"/> คงที่ <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> แย่ลง	ดีแต่เพียง ข้ามมีแรงเดิน เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร มีแผลกดทับ ๑.กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินเองไม่ได้ -วางแผนการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เยี่ยมบ้าน เดือนละ ๒ ครั้ง ๒.ตรวจสัญญาณชีพ,ตรวจเบาหวาน ๓ เดือน/ครั้ง ๓.ช่วยเหลือการดูแลความสะอาดร่างกาย ,เครื่องนอน ๔.จัดของใช้ให้สะดวกการใช้งาน ๕.ประเมินความเสี่ยงผิวหนังเกิดแผล ช่วยเหลือให้ได้ทำแผล,และการป้องกัน ๖.ช่วยเหลือและแนะนำจัดทำนอน การทำความสะอาด ๗.สะอาดเปลี่ยนผ้าอ้อมรองขับถ่าย ๘.ระวังอุบัติเหตุหกล้ม,การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ๙.ดูแลอาหารลำบาก/จัดอาหารที่สุกเคี้ยวง่าย ทานครั้งละน้อยๆอาจบ่อยครั้ง -ประเมินดูแลอาหารเหมาะสมกับโรคเบาหวาน ๑.การดูแลความสะอาดปากและฟัน -ช่วยเหลือเปลี่ยนอริยาบถซ้ำๆ	คำแนะนำ ๑.การวัดสัญญาณชีพ ๒.การอาบน้ำสระผม ๓.การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ ๔.การทำความสะอาดเครื่องนอน ๕.การผ่อนคลายจิตใจ	
	๑.สภาพผู้สูงอายุ <input checked="" type="checkbox"/> คงที่ <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> แย่ลง ร่างกาย <input type="checkbox"/> สะอาด <input checked="" type="checkbox"/> ไม่สะอาด อุปกรณ์ช่วยชีวิต <input type="checkbox"/> มี <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> อุณหภูมิ ๓๖.๕ C. <input type="checkbox"/> ชีพจร ๘๐...../นาที <input type="checkbox"/> อัตราการหายใจ...../นาที <input type="checkbox"/> BP.....mmHg <input type="checkbox"/> น้ำหนัก .....กก <input type="checkbox"/> ความสูง.....เมตร <input type="checkbox"/> BMI .....กก/ม๒ <input type="checkbox"/> FBS.....			

ว.ด.ป/ดูแล	กิจกรรมการดูแล	ระบุรายละเอียด สภาพที่พบปัจจุบัน/กิจกรรมดูแล	ความต้องการการช่วยเหลือ/คำแนะนำ	ลายมือชื่อ/ญาติที่รับง.
..... ๒๕๖๓	๒. โรคประจำตัว ..... รักษาที่..... <input type="checkbox"/> ต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ไม่ต่อเนื่อง	๔. ดูแลช่วยเหลือจัดยาให้สะดวกหยิบทานได้ง่าย และถูกต้อง - ช่วยเหลือให้ได้รับยา-ตรวจรักษาตามนัด		
	๓. การกินยา <input type="checkbox"/> ครบตามกำหนด <input type="checkbox"/> ไม่ครบ <input type="checkbox"/> กินยาเอง <input checked="" type="checkbox"/> ญาติจัดให้ <input type="checkbox"/> อื่น.....	๕. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด และหยิบของใช้สะดวก สะดวก		
	๔. สภาพแวดล้อม ที่นอน <input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด ห้องน้ำ <input type="checkbox"/> สะอาด <input checked="" type="checkbox"/> ไม่สะอาด <input type="checkbox"/> สะอาด <input checked="" type="checkbox"/> ไม่สะอาด บริเวณบ้าน <input type="checkbox"/> สะอาด <input checked="" type="checkbox"/> ไม่สะอาด จัดสภาพบ้าน <input type="checkbox"/> เอื้อ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เอื้อ อื่นๆ ระบุ.....	๖. ประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแล - ส่งเสริมกำลังใจ - ประเมินความต้องการช่วยเหลือ - ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามเหมาะสม		
	๕. สังคม ปฏิสัมพันธ์เพื่อนบ้าน <input checked="" type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี อื่นๆ ระบุ.....			
	๖. ผู้ดูแล <input type="checkbox"/> มีทุกวัน <input checked="" type="checkbox"/> มีบางวัน <input type="checkbox"/> ไม่มี การดูแล <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ปรับปรุง อื่นๆ ระบุ.....			

ลงชื่อ (GE)..... *ศิริพร จันทา* ..... (CM) *ศิริพร จันทา*  
 Care giver. *CE ห. ส. ส. นร. กันทร. กันทร.* ..... (Care manager)  
 ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
 พษามาศาสตร์พยาบาล