

## กิจกรรมดูแลผู้ป่วย (Care Program)

### 1. ทารกน้ำหนักน้อยและคลอดก่อนกำหนด

- 1.1 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์
- 1.2 ชั่งน้ำหนักที่บ้าน (ควรเพิ่มขึ้น 100-200 กรัม/สัปดาห์ น้ำหนัก > 2,500 กรัม)
- 1.3 ประเมินภาวะ Hypothermia (Body Temperature (BT) < 36 ตัวเย็น, ซึม) ให้ Keep Warm ใส่หมวก ห่มผ้าหนา วัด BT และการหายใจ
- 1.4 ประเมินการดูดกลืน และปริมาณนมที่ได้รับ
- 1.5 ประเมินการขับถ่าย
- 1.6 ประเมินการติดเชื้อ
- 1.7 ประเมินพัฒนาการ
- 1.7 ประเมินการได้รับวัคซีน

### 2. เด็กมีพัฒนาการล่าช้า

- 2.1 ติดตามเยี่ยมครั้งแรกภายใน 2-3 สัปดาห์
- 2.2 ประเมินการยอมรับการมีพัฒนาการล่าช้าของบุตร
- 2.3 เสริมพลังโดยการกล่าวชื่นชมที่ผู้ปกครองกระตุ้นพัฒนาการเด็กมาอย่างต่อเนื่อง
- 2.4 เสนอความช่วยเหลือและหรือเปิดช่องทางให้คำปรึกษาในประเด็นที่สอดคล้องกับการขาดกำลังใจ
- 2.5 ร่วมทวนซ้ำในกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการ
- 2.6 ให้มีเครือข่ายผู้ปกครองจิตอาสาเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้กำลังใจ

### 3. กลุ่มเด็กเปราะบางและเสี่ยงต่อการกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำ

- 3.1 ติดตามเยี่ยมครั้งแรกภายใน 2-3 สัปดาห์
- 3.2 พักพิทักษ์สิทธิ์และประสานการดูแลกับหน่วยบำบัดสารเสพติด
- 3.3 เปิดช่องทางให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง
- 3.4 ติดตามเยี่ยมในรูปแบบการเป็นเครือข่ายที่เลี้ยง/เพื่อนช่วยเพื่อน
- 3.5 กระตุ้นให้ผู้ปกครองสังเกตอาการเสี่ยงหรือข้อบ่งชี้ของการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำถ้าพบความเสี่ยงให้ขอคำปรึกษาทันที
- 3.6 เสริมพลังให้เข้าร่วมกลุ่มทำกิจกรรมกับเพื่อน ทั้งในโรงเรียน และในชุมชน
- 3.7 ชื่นชมและให้กำลังใจเมื่อเด็กมีทักษะชีวิตที่เหมาะสม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ/การขอคำปรึกษาจากทีมพี่เลี้ยง/จากเพื่อน หรือ ปฏิเสธสารเสพติด
- 3.8 สร้างเครือข่ายเยาวชนต้นแบบเป็นหนึ่งไม่พึ่งยาเสพติด

### 4. ผู้ป่วยจิตเวชพุดจา สับสน ละเอียด ก้าวร้าว เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

- 4.1 ติดตามเยี่ยมครั้งแรกภายใน 1-2 สัปดาห์
- 4.2 ประเมิน การรับรู้ บุคคล วัน เวลา สถานที่ ของผู้ป่วย ประเมินพฤติกรรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนใจ
- 4.3 ประเมินพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปเช่น ไม่อาบน้ำ อาภาศเยินไม่ใส่เสื้อผ้า อารมณ์ดีใจ / เสียใจไม่สมเหตุผล จัดการให้มีเครือข่าย อพพร./จิตอาสาช่วยดูแล

### 5. ผู้ป่วยจิตเวชที่แยกตัว ไม่สนใจตัวเอง ไม่พูดคุยกับคนอื่น เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น (เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย)

- 5.1 ติดตามเยี่ยมครั้งแรกภายใน 1-2 สัปดาห์
- 5.2 ประเมินการรับรู้ บุคคล วัน เวลา สถานที่ ของผู้ป่วย
- 5.3 ประเมินพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปเช่น ไม่อาบน้ำ อาภาศเยินไม่ใส่เสื้อผ้า อารมณ์ดีใจ/เสียใจไม่สมเหตุผล
- 5.4 ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา
- 5.5 สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ป้องกันของมีคม เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่สามารถทำร้ายตนเอง และผู้อื่นระวังผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา 2 สัปดาห์ อากาศไม่ไต่ขึ้น ประสานส่งต่อ
- 5.6 จัดการให้มีเครือข่าย อพพร./จิตอาสาช่วยดูแล

### 6. ผู้ป่วย Stroke อาจภาวะ Stroke กลับซ้ำ

- 6.1 ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากที่ได้รับการส่งกลับภายใน 1-2 สัปดาห์
- 6.2 ประเมินความดันโลหิต 2 สัปดาห์แรก BP ไม่ควรเกิน 180/100 mmHg และควบคุมให้ได้ 130/85 mmHg
- 6.3 ให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาให้ตรงตามแผนการรักษา
- 6.4 ร่วมทบทวนแผนการดูแลตนเองตามโรคหลัก เช่น ผู้ป่วยเป็นเบาหวาน หรือ ไขมันในเลือดสูง ต้องดูแลเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาล/ไขมันในเลือดให้ดี หรือ ผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงต้องดูแลเรื่องการควบคุมความดันโลหิตให้ดี
- 6.5 ทวนซ้ำกับผู้ป่วยให้สามารถบอกถึงอาการ Stroke กลับซ้ำบอกรักษาการดูแลตัวเองเบื้องต้นและขอความช่วยเหลือได้ถูกต้อง เช่น ปวดศีรษะ ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง เดินเซ อ่อนแรง พุดไม่ชัด โทร. 1669 ทันที
- 6.6 ติดตามผลการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

### 7. ผู้ป่วย Stroke ชนิด Hemorrhage ON TT-Tube / ON NG Tube / ON Catch / ON Foley's catch

- 7.1 ติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 1-2 สัปดาห์
- 7.2 ประเมินสัญญาณชีพ วัดชีพ/ BP/ PR/ RR
- 7.3 ประเมินทักษะผู้ดูแลเรื่องทักษะการประเมินภาวะขาดออกซิเจน / การดูแลเสมหะที่ถูกต้อง ทักษะการประเมินภาวะขาดออกซิเจน (Breathing exercise) การเคาะปอดที่ถูกต้อง/การระงับการสำลักอาหาร/การพลิกตะแคงตัวทุกและการเคลื่อนไหว 2 ชั่วโมง
- 7.4 ประเมินทักษะการให้อาหารทางสายยาง
- 7.5 ประเมินทักษะการเตรียมอาหารทางสายยาง
- 7.6 ประเมินทักษะการดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย
- 7.7 ประเมินทักษะการฝึกการกลืนของผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยสามารถฝึกได้)
- 7.8 ประเมินทักษะการดูแลสายสวนปัสสาวะ
- 7.9 ประเมินภาวะโภชนาการ
- 7.10 เสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถทำกายบำบัดได้ตาม Program ฟันฟูสมรรถภาพ
- 7.11 จัดการให้มีเครือข่ายจิตอาสาและเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมดูแลอย่างสม่ำเสมอ

### 8. ผู้ป่วย STEMI อาจภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลับซ้ำ

- 8.1 ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากที่ได้รับการส่งกลับภายใน 1-2 สัปดาห์
- 8.2 ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเรื่องโรค สาเหตุ อาการแสดงถึงความรุนแรงและความผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนของโรค
- 8.3 ประเมินการช่วยเหลือตนเอง การป้องกันไม่ให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก การจัดการอาการเจ็บหน้าอก อาการสำคัญที่ต้องมาพบแพทย์
- 8.4 การป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ป้องกันภาวะท้องผูก การสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด การมีเพศสัมพันธ์
- 8.5 ประเมินเรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้อง การใช้อาบน้ำได้สั้น การสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การเก็บรักษา ยา
- 8.6 ประเมินเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น อาหารลด ไขมันน้อย งดของหมักดอง งดชา กาแฟ เครื่องดื่มกระตุ้นหัวใจ
- 8.7 ประเมินการทำกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การฟื้นฟูสภาพตามลำดับขั้น การสังเกตอาการผิดปกติจากการทำกิจกรรมต่างๆ/การออกกำลังกาย การดูแลตัวเองเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติ

### 9. DM/HT ที่ควบคุมได้แต่ขาดความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

- 9.1 ติดตามเยี่ยมบ้านภายใน สัปดาห์ที่ 4
- 9.2 ร่วมทบทวนแผนการควบคุมอาหาร/การรับประทานยา/การออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต
- 9.3 ร่วมกำหนดให้มีผู้ดูแล หรือ ผู้เตือนภัย เมื่อมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง
- 9.4 เสริมพลังผู้ป่วย บันทึกพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน (ถูกต้อง/ไม่ถูกต้อง) ในประเด็นแผนการควบคุมอาหาร/รับประทานยา/ออกกำลังกาย
- 9.5 สร้างและให้มีเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนเตือนสัญญาณอันตราย Stroke / STEMI Sepsis
- 9.6 ติดตามผลการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

### 10. DM Un control - ติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ที่ 2-3 หลังจากได้รับการส่งกลับ

- 10.1 ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด PFG ไม่ควรเกิน 200 mg%
- 10.2 ให้มีผู้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา และ หรือ ฉีด Insulin ให้ตรงตามแผนการรักษา
- 10.3 ร่วมทบทวนแผนการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต
- 10.4 ให้ผู้ป่วยสามารถแยกอาการเตือนอันตรายระหว่างภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ให้ถูกต้อง พร้อมบอกริวิตดูแลตัวเองเบื้องต้นและขอความช่วยเหลือได้ถูกต้อง เช่น
  - 10.4.1 ถ้าระดับน้ำตาลในเลือด สูง จะรู้สึกกระหายน้ำมากๆ ใจสั่น เหงื่อแตก เห็นอ้อมมาก คล้ายจะเสียชีวิต หรือเมื่อตื่นนอนจะรู้สึกเหนื่อยมากขึ้น แยก ต้องเรียกผู้ดูแลให้ช่วยเหลือและนำส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด
  - 10.4.2 ถ้าระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำ จะรู้สึกใจสั่น เห็นอ้อมมาก คล้ายจะเป็นลม หิวข้าว และเมื่อตื่นนอน หรือ อมลูกอม จะรู้สึกดีขึ้น และควรไปตรวจประเมินระดับน้ำตาลที่ รพ.สต./ ศสม. ใกล้บ้าน หรือ ถ้าตื่นนอนแล้วอาการไม่ดีขึ้น เรียกผู้ดูแลให้ช่วยเหลือ และนำส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด
- 10.5 จัดการให้มีเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนเตือนสัญญาณอันตราย Stroke/ STEMI Sepsis
- 10.6 ติดตามผลการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

## กิจกรรมดูแลผู้ป่วย (Care Program)

### 11. HT uncontrol

- 11.1 ติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ที่ 2-3 หลังจากได้รับการส่งกลับ
- 11.2 ประเมินระดับความดันโลหิต ไม่ควรเกิน 130/90 mmHg
- 11.3 ให้มีผู้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงตามแผนการรักษา
- 11.4 ให้มีผู้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารจัดไขมันน้อย และการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต
- 11.5 ร่วมทบทวนกับผู้ป่วยให้สามารถบอกถึงอาการของความดันโลหิตสูงขึ้น บอกวิธีการดูแลตัวเองเบื้องต้น และขอความช่วยเหลือได้ถูกต้อง เช่น ปวดศีรษะ หรือมีนงง เหงื่อซึม ร้อนวูบวามตามตัว และหนังศีรษะให้หนังพอกอยู่กับที่ และให้ผ่อนคลายความรู้สึกเครียด รู้สึกกังวลอย่างน้อย 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ห้ามขึ้นที่สูง ห้ามเข้าห้องน้ำตามลำพัง ห้ามขับรถ ภายใน 1 ชั่วโมง อาการไม่ดีขึ้นต้องเรียกผู้ดูแลให้ได้ ประเมินความดันโลหิตซ้ำ ถ้า Diastolic BP > 100 mmHg นำส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด
- 11.6 ร่วมทบทวนซ้ำกับผู้ป่วยสัญญาณเตือนอันตรายของ Stroke ให้ถูกต้อง
- 11.7 ติดตามผลการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

### 12. CKD Stage 3,4 การปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่รับประทานอาหารจัดโปรตีนต่ำรับประทานยาไม่ตรงตามแผนการรักษา ออกกำลังกายหักโหม หรือ ไม่ออกกำลังกายไม่ดื่มน้ำ มี ความเชื่อที่ส่งผลให้ไตเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว เช่น การกินยาสมุนไพร น้ำหมักสมุนไพร

- 12.1 ติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ที่ 2-3 หลังจากได้รับการส่งกลับ
- 12.2 Education Program
  - 12.2.1 รับประทานยาตามแผนการรักษา
  - 12.2.2 โทษของสมุนไพร
  - 12.2.3 รับประทานอาหารจัดโปรตีนต่ำ
  - 12.2.4 เลือกออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดินหรือวิ่งเหยาะๆ อย่างยืด ประมาณ 30-45 นาทีต่อครั้ง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
  - 12.2.5 \*\*\*ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เน้นให้งดสูบบุหรี่\*\*\*
  - 12.2.6 การมาตรวจตรงตามนัด เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการดูแลรักษาและภาวะไตเสื่อม
- 12.3 ให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลเลือกจัดเมนูอาหารจัดโปรตีนต่ำที่มีในชุมชนและให้สาธิตย้อนกลับ
- 12.4 เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนรักษาไต โทรเตือนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และมีผลการบันทึกยืนยันพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

### 13. CKD Stage 5 เตรียมความพร้อมล้างไตทางหน้าท้อง

- 13.1 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกสัปดาห์ที่ 1-2 หลังจากได้รับการส่งกลับ-ประเมินการเตรียมห้องล้างไตทางหน้าท้องตามแบบประเมินสิ่งแวดล้อมของหน่วยไตเทียม
- 13.2 ประเมินการเตรียมห้องจัดเก็บน้ำยาล้างไตทางหน้าท้อง สถานที่ทั้งขณะน้ำยาล้างไตที่ออกจากผู้ป่วย
- 13.3 ประเมินการสนับสนุนทางสังคม ระบุ ชื่อ-สกุล การติดต่อ เครือข่ายผู้ดูแล CAPD และเครือข่ายจิตอาสา กรณีผู้ป่วยถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง

### 14. CKD Stage 5 ปฏิเสธการ ON CAPD/ หรือ ปฏิเสธ Hemodialysis ส่งกลับเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง

- 14.1 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกสัปดาห์ที่ 1-2 หลังจากได้รับการส่งกลับ-ให้คำปรึกษาซ้ำเรื่องประโยชน์ ของการบำบัดทดแทนไต/ประเมินการยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว
- 14.2 ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา-เสริมพลังให้ครอบครัว/เครือข่ายมิตรภาพบำบัดร่วมเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง
- 14.3 ประสานการช่วยเหลือกับ อปท. เพื่อสนับสนุนสวัสดิการทางสังคมตามความเหมาะสม
- 14.4 กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 50 ปี ให้ปรึกษาตรงผู้ประสานงานปลูกถ่ายไต โทร 087-2260384

### 15. ESRDON CAPD

- 15.1 ติดตามเยี่ยมครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์
- 15.2 ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง(Peritonitis)
  - 15.2.1 ประเมินอาการมีไข้
  - 15.2.2 ประเมิน สมดุล ของน้ำยาล้างไต เข้า-ออก
  - 15.2.3 สังเกตสีของน้ำยาที่ปล่อยออกจากช่องท้อง (จะต้องไม่ขุ่น)
  - 15.2.4 ประเมินการบันทึกเวลาของการปล่อยน้ำยา เข้า-ออก ให้ตรงตามเวลาที่กำหนด
- 15.3 ประเมินการติดเชื้อแผลของสายออก( Exit Site infection)
- 15.4 ประเมินภาวะโภชนาการ

- 15.5 จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยระบบ FI/FO การจัดเก็บน้ำยาล้างไต อุณหภูมิห้อง/การจัดการขยะ
- 15.6 ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 9Q เมื่อผิดปกติและเกินศักยภาพส่งปรึกษาแพทย์
- 15.7 เสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว โดย จัดระบบค่าปรึกษา ผ่านทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง
- 15.8 จัดการให้มีเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน CAPD ร่วมดูแลอย่างสม่ำเสมอ
- 15.9 กรณีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ยากไร้ ประสานความช่วยเหลือจาก อปท./พมจ. ตามความจำเป็น

### 16. Spinal Cord Injury มีภาวะQuadriplegia

- 16.1 ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากที่ได้รับการส่งกลับภายใน 1-2 สัปดาห์
- 16.2 กรณี On Silver Tube C<sub>2</sub>O<sub>2</sub> ประเมินการหายใจ / PR/BP/motor power
  - 16.2.1 ประเมินผู้ดูแลเรื่องทักษะการประเมินภาวะขาดออกซิเจน/ การดูแลหะที่ถูกต้อง/ การทำแผล และการ Care TT-Tube/ การฝึกหายใจ (Breathing exercise) การเคาะปอดที่ถูกต้อง /ระวังการสำลักอาหาร
  - 16.2.2 การพลิกตะแคงตัวทุกและการเคลื่อนไหว 2 ชั่วโมง/การออกกำลังกายตาม PT Program / การดูแลสายสวนปัสสาวะ/ การดูแลไม่ให้ท้องผูก
- 16.3 กรณีหายใจได้ตามปกติ
  - 16.3.1 ประเมิน V/S /motor power
  - 16.3.2 ประเมินผู้ดูแลเรื่องทักษะการออกกำลังกายตาม PT Program/ การพลิกตะแคงตัวทุกและการเคลื่อนไหว 2 ชั่วโมง การฝึกหายใจ (Breathing exercise) การเคาะปอดที่ถูกต้อง/การดูแลสายสวนปัสสาวะ/การดูแลไม่ให้ท้องผูก
  - 16.3.3 จัดการให้มีเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมดูแลอย่างสม่ำเสมอ
  - 16.3.4 กรณีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ยากไร้ ประสานความช่วยเหลือจาก อปท./พมจ. ตามความจำเป็น

### 17. Spinal Cord Injury มีภาวะParaplegia

- 17.1 ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากที่ได้รับการส่งกลับภายใน 1-2 สัปดาห์
- 17.2 ประเมิน V/S /motor power
- 17.3 ประเมินผู้ดูแลเรื่องทักษะการออกกำลังกายตาม PT Program / การพลิกตะแคงตัวทุกและการเคลื่อนไหว 2 ชั่วโมง การฝึกหายใจ (Breathing exercise) การเคาะปอดที่ถูกต้อง/การดูแลสายสวนปัสสาวะ/การดูแลไม่ให้ท้องผูก
- 17.4 ประสานเครือข่ายจิตอาสาและเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมดูแลอย่างสม่ำเสมอ
- 17.5 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องทุก 2 เดือน

### 18. ผู้ป่วย Head Injury ON TT-Tube /ON NG Tube /ON Catch /ON Foley's catch

- 18.1 ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากที่ได้รับการส่งกลับภายใน 1-2 สัปดาห์
- 18.2 ประเมิน V/S N/S
- 18.3 ประเมินทักษะการประเมินภาวะขาดออกซิเจน/ทางเดินหายใจอุดตัน ทักษะการดูแลหะที่ถูกต้อง/ทักษะการทำแผลและการ Care TT-Tube/ การฝึกการหายใจ (Breathing exercise) การเคาะปอด / ระวังการสำลักอาหาร / การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง/ทักษะการออกกำลังกายตาม PT Program ประเมินทักษะการให้อาหารทางสายยาง /การป้องกันการสำลักอาหาร/การท้ออาหารทางสายยาง
- 18.4 ประเมินทักษะการฝึกการกลืนของผู้ป่วย(กรณีที่ผู้ป่วยสามารถฝึกได้)
- 18.5 ประเมินทักษะการดูแลสายสวนปัสสาวะ
- 18.6 ประเมินภาวะโภชนาการ
- 18.7 ประสานเครือข่ายจิตอาสาและเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมดูแลอย่างสม่ำเสมอ
- 18.8 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องทุก 2 เดือน

### 19. กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจเองลำบากต้องบำบัดด้วย Home O<sub>2</sub>

- 19.1 ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากที่ได้รับการส่งกลับภายใน 1-2 สัปดาห์
- 19.2 ประเมิน V/S ประเมินค่าอิมตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว
- 19.3 ประเมินผู้ดูแลเรื่อง ทักษะการบำบัดด้วยออกซิเจนที่บ้าน/การประเมินภาวะขาดออกซิเจน/การฝึกหายใจ (Breathing exercise) การเคาะปอดที่ถูกต้อง/ระวังการสำลักอาหาร /การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง
- 19.4 ประเมินภาวะโภชนาการ

## กิจกรรมดูแลผู้ป่วย (Care Program)

### 20. ผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ

- 20.1 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน 1-2 สัปดาห์
- 20.2 ประเมิน V / S
- 20.3 ประเมินการดื่มน้ำตามโปรแกรมที่กำหนด
- 20.4 ประเมินทักษะการสวนปัสสาวะ-ประเมินการบันทึกความถี่ห่างของการปัสสาวะและบันทึกปริมาณปัสสาวะเอง และปริมาณปัสสาวะเหลือค้างถ้าปัสสาวะเหลือค่าน้อยกว่า 50 CC ห้ามหยุดสวนปัสสาวะเองให้ปรึกษาพยาบาลเจ้าของไข้
- 20.5 ประเมินภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะถ้ามีการติดเชื้อรับการรักษาทันที รพ.สต./ศสม.
- 20.6 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องทุก 2 เดือน
- 20.7 เสริมพลังครอบครัวให้สามารถทำกายบำบัดได้ตาม Program การฟื้นฟูสภาพร่วมกับเครือข่ายแพทย์แผนไทยในชุมชน
- 20.8 ประสานเครือข่ายจิตอาสาและเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมดูแลอย่างสม่ำเสมอ
- 20.9 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องทุก 2 เดือน

### 21. ผู้ป่วย ON Traction

- 21.1 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน 1-2 สัปดาห์หลังจากที่ได้รับการส่งกลับ
- 21.2 ประเมินสัญญาณชีพ วัดไข้/ BP/ PR/ RR-ประเมินทักษะผู้ดูแลเรื่องทักษะการดูแลผู้ป่วย ON Traction ที่บ้าน
- 21.3 การจัดทำที่ถูกต้องของแนว traction การตั้งน้ำหนักที่ใช้ถ่วงต้องแขวนลอยอิสระ
- 21.4 ออกกำลังกายทั้งส่วนที่เข้า traction และเคลื่อนไหวข้ออื่นๆ ที่ไม่ได้เข้า traction เพื่อป้องกันข้อติดกล้ามเนื้อสลับถ้าเป็นผู้สูงอายุสอนทำ breathing exercise เพื่อป้องกัน pneumonia
- 21.5 ประเมินผู้ดูแลเรื่องการสังเกตและบอกลักษณะของอาการผิดปกติ เช่น การคัน การปวดแสบปวดร้อน กระดกข้อเท้าไม่ขึ้น ให้กลับมาพบแพทย์ก่อนนัด
- 21.6 ประเมินภาวะการดื่มน้ำอาหาร เช่น เปลือกตา ซีด ผิวหนังไม่ตึง ปริมาณอาหารที่ได้รับน้อยกว่าปริมาณที่กำหนด
- 21.7 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 2 เดือน

### 22. Stoma Care

- 22.1 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน 2-3 สัปดาห์หลังจากที่ได้รับการส่งกลับ
- 22.2 ประเมินสัญญาณชีพ วัดไข้/ BP/ PR/ RR /ประเมินตำแหน่ง Stoma Care ประเมินผู้ป่วยเรื่องทักษะการทำแผล stoma และให้ การล้างช่องเปิดทวารเทียมด้วยน้ำสะอาด หรือ 0.9% NSS หรือ น้ำต้มสุก การใช้กระดาษชำระที่นุ่ม หรือ ผ้านุ่มๆ ซับผิวหนังบริเวณรอบๆ ทวารเทียม การเช็ดคราบพลาสติกออกให้หมดด้วยน้ำอุ่น การเช็ดช่องแผลเปิด และผิวหนังรอบๆ ให้แห้งด้วยผ้าซับน้ำต้มสุกบิดหมาดๆ และซับให้แห้ง ปิดร่องถุงอุจจาระใบใหม่
- 22.3 ประเมินผู้ป่วยเรื่องการสังเกตและบอกลักษณะของความผิดปกติ เช่น การรั่วซึม การระคายเคืองของผิวหนังรอบๆ แผล ถ้าพบความผิดปกติ ให้โทรปรึกษาแพทย์ พยาบาลเจ้าของไข้
- 22.4 เสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชนได้
- 22.5 แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่จะทำให้อุจจาระส่งกลิ่นและแฉะ เช่น อาหารทะเลโดยเฉพาะกุ้ง ปลา กระเทียม ถั่วฝักยาว ชะอม สะตอ ทุเรียน น้ำอัดลม เบียร์ นม เป็นต้น
- 22.6 จัดการให้เกิดเครือข่ายจิตอาสาและเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมดูแลและเกิดนวัตกรรม stoma care อย่างสม่ำเสมอ
- 22.7 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 2 เดือน

### 23. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย(Palliative Care)จำเป็นต้องได้รับการจัดการอาการทรมานเช่นอาการปวด หายใจไม่เต็ม อื่นๆ

- 23.1 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน 3 หลังจากที่ได้รับการส่งกลับ
- 23.2 ประเมินสัญญาณชีพ วัดไข้/ BP/ PR/ RR/PPSV2
- 23.3 ประเมินอาการทรมาน เช่น การปวด อาการหายใจไม่เต็ม สับสน การกลืนอาหาร/ยา ปริกษาหมอ
- 23.4 ประเมินการกายยอมรับการเจ็บป่วยและสูญเสียภาวะซึมเศร้าของครอบครัวเพื่อพบแพทย์
- 23.5 ประเมินด้านสังคม วัฒนธรรมความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ
- 23.6 สนับสนุนการดูแลและจัดการอาการทรมาน ที่บ้านตามสภาพปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
- 23.7 ประเมินการได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ
- 23.8 ประสานเครือข่ายจิตอาสาและเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมดูแลอย่างสม่ำเสมอ
- 23.9 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องตามสภาพปัญหา
- 23.10 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้กล่าวคำอำลา การให้อภัยซึ่งกันและกัน การทำธุรกรรมต่างๆ โดยส่งเสริมให้ได้ตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี

### 24. ผู้สูงอายุหง่อม/ประเบา

- 24.1 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน 1-2 สัปดาห์
- 24.2 ประเมิน ADL
- 24.3 ประเมินสิ่งแวดล้อมและจัดการให้เอื้อต่อการป้องกันอุบัติเหตุ
- 24.4 ประเมินทักษะผู้ดูแลในการกิจวัตรประจำวัน/ดูแลให้รับประทานอาหารได้หรือตามความต้องการของผู้สูงอายุ/กระตุ้นให้ออกกำลังกล้ามเนื้อ ขา มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ตามความสามารถ
- 24.5 ประสานเครือข่ายจิตอาสาและเพื่อนช่วยเพื่อนหน่วยงานในท้องถิ่น พระภิกษุร่วมดูแลและให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ
- 24.6 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องตามสภาพ