

## ภาคผนวก ก

แบบประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาล  
ตามมาตรฐานการดูแล ๑๒ Care (Quality of Care )

การประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล ๑๒ Care  
(Quality of Care for Patients at Home)

ชื่อ - นามสกุล ..... อายุ.....(.....)ปี เลขที่บัตรประชาชน.....  
โรคประจำตัว.....วันที่ประเมิน.....  
NCM /CG.....ศูนย์บริการสาธารณสุข.....  
วันที่ Admit.....

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	Nursing Diagnosis
๑. Basic Screening	<p>๑.๑ การประเมิน Vital sign</p> <p>T..... c°</p> <p>P..... bpm.</p> <p>R..... bpm.</p> <p>BP..... mmHg.</p> <p>O<sub>2</sub>sat..... %</p> <p>๑.๒ ระดับความรู้สึกตัว</p> <p>( ) รู้สึกตัวดี( ) สับสน</p> <p>( ) ง่วงซึม( ) ไม่รู้สึกตัว</p> <p>๑.๓ การประเมินอาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย</p> <p>๑.๓.๑ Motor power</p> <p>แขน Lt gr..... Rt gr.....</p> <p>ขา Lt gr..... Rt gr.....</p> <p>๑.๓.๒ N/SE...V...M....</p> <p>๑.๓.๓ Pitting edema</p> <p>๑.๓.๔ การประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (Braden's score)</p> <p>-ระดับความรู้สึกตัว</p> <p>-ความเป็ยงขึ้นของผิวหนัง</p> <p>-การทำกิจกรรม</p> <p>-การเคลื่อนไหว</p> <p>-ภาวะโภชนาการ</p> <p>-การเสียดสีและการดั่งรัง</p> <p>สรุปผลการประเมินความเสี่ยง</p> <p>(▽มีตัวเลือก ๕ ข้อ)</p> <p>(▽มีตัวเลือก ๔ ข้อ)</p> <p>(▽มีตัวเลือก ๓ ข้อ)</p>	<p>รวม ๕ ข้อ</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ</p> <p>รวม ๑ ข้อ</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ</p> <p>รวม ๕ ข้อ</p> <p>(ประเมินได้มากกว่า ๑ ข้อ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย)</p> <p>๑.๓.๑ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ</p> <p>๑.๓.๒ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ</p> <p>๑.๓.๓ <input type="checkbox"/> ๑ไม่บวม <input type="checkbox"/> ๐บวมกดบูนุ่ม</p> <p>▽ ระดับ ๑</p> <p>▽ ระดับ ๒</p> <p>▽ ระดับ ๓</p> <p>▽ ระดับ ๔</p> <p>๑.๓.๔ Braden's score</p> <p>▽ไม่มีความเสี่ยง (๑๙-๒๓ คะแนน)</p> <p>▽ความเสี่ยงเล็กน้อย (๑๕-๑๘ คะแนน)</p> <p>▽ ความเสี่ยงปานกลาง (๑๓-๑๔ คะแนน)</p> <p>▽ ความเสี่ยงสูง (๑๐-๑๒ คะแนน)</p> <p>▽ ความเสี่ยงสูงมาก (๐-๙ คะแนน)</p>	<p>พบปัญหา.....ข้อ</p> <p>จากทั้งหมด ๕ ข้อ</p> <p>ระบุสภาพปัญหา.....</p> <p>.....</p> <p>พบปัญหา.....ข้อ</p> <p>ระบุสภาพปัญหา.....</p> <p>.....</p> <p>พบปัญหา.....ข้อ</p> <p>จากทั้งหมด ๕ ข้อ</p> <p>ระบุสภาพปัญหา.....</p> <p>.....</p>

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	Nursing Diagnosis
	๑.๓.๕ อาการปวด ( ) ไม่มี ( ) มี ตำแหน่ง/ลักษณะ .....	๑.๓.๕ Pain scale.....คะแนน ▽ ปวดเล็กน้อย (๑-๓ คะแนน) ▽ ปวดปานกลาง (๔-๖ คะแนน) ▽ ปวดมาก (๗-๑๐ คะแนน)	
	<b>๑.๔ การประเมินตามกลุ่มวัย</b>  <b>๑.๔.๑ วัยเด็ก</b> ๑.๔.๑.๑ การประเมินพัฒนาการ ๑.๔.๑.๒ การได้รับวัคซีน ๑.๔.๑.๓ ภาวะโภชนาการ	<b>วัยเด็ก รวม ๓ ข้อ</b> ๑.๔.๑ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ ๑.๔.๒ <input type="checkbox"/> ๑ครบ <input type="checkbox"/> ๐ไม่ครบ ๑.๔.๓ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ	วัยเด็กพบปัญหา.....ข้อ จากทั้งหมด ๓ ข้อ ระบุสภาพปัญหา .....
	<b>๑.๔.๒ วัยผู้ใหญ่/วัยสูงอายุ</b> ๑.๔.๒.๑ ภาวะโภชนาการ น้ำหนัก.....kg. ส่วนสูง.....cm. BMI .....  (ประเมินได้มากกว่า ๑ ข้อตามสภาพ ปัญหาของผู้ป่วย) <u>การตรวจร่างกาย Physical</u> ๑.๔.๒.๒ เปลือกตา  ๑.๔.๒.๓ ความตึงตัวของผิวหนัง <u>การประเมินอื่นๆที่จำเป็นในแต่ละ</u> ๑.๔.๒.๔ ภาวะหกล้ม(fall)  ๑.๔.๒.๕ ข้อเข่าเสื่อม  ๑.๔.๒.๖ สุขภาพช่องปาก	<b>วัยผู้ใหญ่/วัยสูงอายุรวม ๑๑ ข้อ</b> ๑.๔.๒.๑ ▽ น้อยกว่าเกณฑ์ (<๑๘.๕ kg/m <sup>๒</sup> ) ▽ ปกติ (๑๘.๕ - ๒๒.๙ kg/m <sup>๒</sup> ) ▽ โรคอ้วนระดับ ๑ (๒๓.๐ - ๒๔.๙ kg/m <sup>๒</sup> ) ▽ โรคอ้วนระดับ ๒ (๒๕.๐-๒๙.๙ kg/m <sup>๒</sup> ) ▽ โรคอ้วนระดับ ๓ (มากกว่า ๓๐.๐ kg/m <sup>๒</sup> ) (**เลือกได้ ๑ ข้อ**)  <u>examination</u> ๑.๔.๒.๒ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ ผิดปกติ ▽ ซีด ▽ มีจุดเลือดออก ▽ มีอาการอักเสบ ▽ มีก้อน/ตุ่ม ▽ อื่นๆ ระบุ.....  ๑.๔.๒.๓ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ  <u>กลุ่มโรค</u> ๑.๔.๒.๔ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ (เสียง) ▽ มีประวัติพลัดตกหกล้ม ▽ มีโรคร่วมมากกว่า ๑ โรค ▽ ใช้ไม้เท้า/ไม้ค้ำยัน ▽ อ่อนแรง/ทรงตัวไม่ดี  ๑.๔.๒.๕ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ ▽ ปวดเข่า ▽ ทำกิจวัตรประจำวันลำบาก ▽ มีปัญหาในการก้าวขึ้นลงรถ ▽ เดินแล้วเริ่มมีอาการปวด ▽ ลุกขึ้นด้วยความลำบาก ▽ เดินกระเผลกกระเผลก ▽ ปวดขณะนอนกลางคืน  ๑.๔.๒.๖ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ ▽ ฟันผุ ▽ เหงือกอักเสบ ▽ ลิ้นเป็นฝ้า	<b>วัยผู้ใหญ่/วัยสูงอายุ</b> พบปัญหา.....ข้อ จากทั้งหมด ๑๑ ข้อ ระบุสภาพปัญหา.... ..... ..... ..... ..... (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)  (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)  (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	Nursing Diagnosis
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▽ มีแผลในปาก/ กระพุ้งแก้ม/ลิ้น</li> <li>▽ อื่นๆ ระบุ.....</li> </ul>	
	๑.๔.๒.๗ การมองเห็น	๑.๔.๒.๗ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ <ul style="list-style-type: none"> <li>▽ สายตาสั้น</li> <li>▽ สายตายาว</li> <li>▽ สายตาเอียง</li> <li>▽ อื่นๆ ระบุ.....</li> </ul>	(เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)
	๑.๔.๒.๘ การได้ยิน	๑.๔.๒.๘ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ ระบุ.....	
	๑.๔.๒.๙ ผิวหนัง	๑.๔.๒.๙ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ <ul style="list-style-type: none"> <li>▽ ผิวแห้ง</li> <li>▽ มีกลากเกลื้อน</li> <li>▽ ผดผื่น</li> <li>▽ มีแผล ระบุ</li> </ul> ตำแหน่ง..... ▽ อื่นๆ ระบุ.....	(เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)
	๑.๔.๒.๑๐ ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (CVD risk)* (แปะ Link แบบประเมินของรามาฯ)	๑.๔.๒.๑๐ ▽ เสี่ยงน้อย (น้อยกว่า ๑๐%) ▽ เสี่ยงปานกลาง (๑๐-๑๕%) ▽ เสี่ยงสูง(๑๕% ขึ้นไป)	
	๑.๔.๒.๑๑ การประเมินภาวะสมองเสื่อม (๑) Mini Cog*(มี ๒ คำถาม)  (๒) TMSE (กรณี Mini Cog ผิดปกติ)	๑.๔.๒.๑๑ การประเมินภาวะสมองเสื่อม (๑) <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ (ประเมิน TMSE ต่อ)  (๒) <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ (ปุ่มที่กดแล้วแสดงหน้าแบบสอบถามคล้ายๆ แถบวัดระดับความปวด)	
	<b>๑.๕ จิตใจ (Psychology)</b> <b>การประเมินด้านจิตใจ</b> ๑.๕.๑ ประเมินภาวะเครียด ST๕ (ใส่คำถาม ๕ ข้อ พร้อมตัวเลือกตามเอกสารแนบ ๓) ๑.๕.๒ ประเมินภาวะซึมเศร้า ๒Q (ใส่คำถาม ๒ ข้อ พร้อมตัวเลือกตามเอกสารแนบ ๓) ๑.๕.๓ ประเมินภาวะซึมเศร้า ๙Q (ประเมินกรณีที่ ๒Q ผิดปกติ) (ใส่คำถาม ๙ ข้อพร้อมตัวเลือกตามเอกสารแนบ ๘) ๑.๕.๔ ประเมิน ๘Q (ประเมินกรณีที่ ๙Q ผิดปกติ) ๑.๕.๕ การจัดการความเครียด ๑.๕.๖ ปฏิกริยาต่อการเจ็บป่วย	<b>รวม ๖ ข้อ</b> ๑.๕.๑ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ ระบุคะแนน..... (แนบแบบประเมิน ๓) ๑.๕.๒ ประเมินภาวะซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ๑ปกติ (ถ้าปกติข้ามไปทำข้อ๑.๕.๕) <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ ๑.๕.๓ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ  ๑.๕.๔ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ผิดปกติ  ๑.๕.๕ <input type="checkbox"/> ๑จัดการได้ <input type="checkbox"/> ๐จัดการไม่ได้ ๑.๕.๖ <input type="checkbox"/> ๑ยอมรับได้ <input type="checkbox"/> ๐ยอมรับไม่ได้	พบปัญหา.....ข้อ จากทั้งหมด ๖ ข้อ ระบุสภาพปัญหา. ..... .....
	๑.๖ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living)	รวม ๓ ข้อ	พบปัญหา.....ข้อ จากทั้งหมด ๓ ข้อ ระบุสภาพปัญหา

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	Nursing Diagnosis
	๑.๖.๑ การประเมิน ADL (ใส่คำถาม ๑๐ ข้อพร้อมตัวเลือก ตามเอกสารแนบ ๑๐) <u>*การวาง item คล้ายๆ ของ IADL</u> สรุป ADL..... คะแนน <input type="checkbox"/> ฟังตนเองไม่ได้ (๐-๔) <input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (๕-๑๑) <input type="checkbox"/> ฟังตนเองได้ (๑๒ ขึ้นไป)	(เอกสารแนบ ๑๑)  ๑.๖.๑ <input type="checkbox"/> ๑ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ ผิดปกติ	
	๑.๖.๒ IDAL ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง โดยมี อุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง ๑.๖.๒.๑ ADL การเข้าถึงและ ความสามารถในการใช้เครื่องมือ สื่อสารในชีวิตประจำวัน* (ถ้าไม่มีข้ามไปข้อ ๑.๖.๒.๒) ๑.๖.๒.๒ ADL ความสามารถในการ เดินทางโดยใช้และไม่ใช้ยานพาหนะ*  ๑.๖.๒.๓ ADL ความสามารถเลือก ซื้อสินค้าในร้านค้าได้*  ๑.๖.๒.๔ ADL ความสามารถในการ ประกอบอาหารหรือจัดเตรียมอาหาร ได้* ๑.๖.๒.๕ IADL ความสามารถในการ การจัดการด้านการเงิน*  ๑.๖.๒.๖ IADL ความสามารถในการ ทำความสะอาดที่อยู่อาศัย*  สรุป IADL.....คะแนน	๑.๖.๒.๑ <input type="checkbox"/> ปกติ (๒ คะแนน) <input type="checkbox"/> ได้บางครั้ง (๑ คะแนน) <input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย (๐ คะแนน)  ๑.๖.๒.๒ <input type="checkbox"/> ปกติ (๒ คะแนน) <input type="checkbox"/> ได้บางครั้ง (๑ คะแนน) <input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย (๐ คะแนน)  ๑.๖.๒.๓ <input type="checkbox"/> ปกติ (๒ คะแนน) <input type="checkbox"/> ได้บางครั้ง (๑ คะแนน) <input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย (๐ คะแนน)  ๑.๖.๒.๔ <input type="checkbox"/> ปกติ (๒ คะแนน) <input type="checkbox"/> ได้บางครั้ง (๑ คะแนน) <input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย (๐ คะแนน)  ๑.๖.๒.๕ <input type="checkbox"/> ปกติ (๒ คะแนน) <input type="checkbox"/> ได้บางครั้ง (๑ คะแนน) <input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย (๐ คะแนน)  ๑.๖.๒.๖ <input type="checkbox"/> ปกติ (๒ คะแนน) <input type="checkbox"/> ได้บางครั้ง (๑ คะแนน) <input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย (๐ คะแนน)  กรณีมีโทรศัพท์ (เต็ม ๑๒ คะแนน) <input type="checkbox"/> ฟังตนเองไม่ได้ (๐-๒ คะแนน) <input type="checkbox"/> ฟังตนเองได้น้อย(๓-๕) <input type="checkbox"/> ฟังตนเองได้ปานกลาง(๖-๘) <input type="checkbox"/> ฟังตนเองได้(๙คะแนนขึ้นไป)  กรณีไม่มีโทรศัพท์ (เต็ม ๑๐ คะแนน) <input type="checkbox"/> ฟังตนเองไม่ได้ (๐-๒ คะแนน) <input type="checkbox"/> ฟังตนเองได้น้อย(๓-๔) <input type="checkbox"/> ฟังตนเองได้ปานกลาง(๕-๖) <input type="checkbox"/> ฟังตนเองได้(๗ คะแนนขึ้นไป)	
	๑.๖.๓ การประเมินแยกกลุ่มผู้สูงอายุ วัดความสามารถในการทำกิจกรรม *	๑.๖.๓ การแปลผล <input type="checkbox"/> กลุ่ม I มีปัญหาการเคลื่อนไหว	



๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ		ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
<b>๒. Comfort</b>	<b>๒.๑ การประเมินสุขอนามัยส่วนบุคคล</b>	<b>รวม ๙ ข้อ</b>		<b>รวม ๑ ข้อ</b>
Care	(ประเมินจากการสังเกตและการสัมผัส)			พบปัญหา.....ข้อ
	๒.๑.๑ ผม	<input type="checkbox"/> ๑ สะอาด	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่สะอาด	จากทั้งหมด ๙ ข้อ
	๒.๑.๒ ช่องปาก/ฟัน	<input type="checkbox"/> ๑ สะอาด	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่สะอาด	ระบุสภาพปัญหา.....
	๒.๑.๓ ผิวหนัง	<input type="checkbox"/> ๑ สะอาด	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่สะอาด	.....
	๒.๑.๔ เล็บ	<input type="checkbox"/> ๑ สะอาด	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่สะอาด	.....
	๒.๑.๕ เสื้อผ้า	<input type="checkbox"/> ๑ สะอาด	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่สะอาด	.....
	๒.๑.๖ อวัยวะสืบพันธุ์	<input type="checkbox"/> ๑ สะอาด	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่สะอาด	.....
	๒.๑.๗ ทวารหนัก	<input type="checkbox"/> ๑ สะอาด	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่สะอาด	.....
	๒.๑.๘ ปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ๑ ปัสสาวะปกติ	<input type="checkbox"/> ๐ ผิดปกติ △ ปัสสาวะน้อย △ ติดเชื้อ △ อื่นๆ (ระบุ.....)	.....
	๒.๑.๙ อุจจาระ	<input type="checkbox"/> ๑ อุจจาระปกติ	<input type="checkbox"/> ๐ ผิดปกติ △ ท้องผูก △ ท้องเสีย △ มีเลือดออก △ อื่นๆ (ระบุ.....)	.....
	<b>๒.๒ การปฏิบัติการพยาบาล</b>	<b>รวม ๔ ข้อ</b>		<b>รวม ๑ ข้อ</b>
	๒.๒.๑ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น			พบปัญหา.....ข้อ
	ตามปัญหาที่พบในข้อ ๒.๑	<input type="checkbox"/> ๑ ปฏิบัติครบ	<input type="checkbox"/> ๐ ปฏิบัติไม่ครบ	จากทั้งหมด ๔ ข้อ
	๒.๒.๒ การปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน และสร้างควมมีส่วนร่วม			ระบุสภาพปัญหา.....
	๒.๒.๒.๑ ญาติและครอบครัว	<input type="checkbox"/> ๑ ทำได้อย่างต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/> ๐ ทำไม่ได้อย่างต่อเนื่อง △ ขาดเงิน △ ไม่มีเวลา △ ถูกทิ้งให้อยู่คนเดียวกลางวัน/กลางคืน △ อื่นๆ(ระบุ.....)	.....
	๒.๒.๒.๒ เครือข่าย <input type="checkbox"/> นักสังคมสงเคราะห์ <input type="checkbox"/> ทันตกรรม <input type="checkbox"/> Care Giver (ที่ผ่านการอบรมจาก กพส.) <input type="checkbox"/> อาสาสมัครสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> ๑ ทำได้	<input type="checkbox"/> ๐ ทำไม่ได้ △ นักสังคมสงเคราะห์ △ ทันตกรรม △ Care Giver (ที่ผ่านการอบรมจาก กพส.) △ อาสาสมัครสาธารณสุข	.....
	๒.๒.๓ ผลลัพธ์การดูแลด้านสุขอนามัย			.....
	<input type="checkbox"/> ๑ ทำได้		<input type="checkbox"/> ๐ ทำไม่ได้	.....
	△ ระดับ ๑ แก้ปัญหาได้ ๗-๙ ข้อ			.....
	△ ระดับ ๒ แก้ปัญหาได้ ๔-๖ ข้อ			.....
	△ ระดับ ๓ แก้ปัญหาได้ ๑-๓ ข้อ			.....
	สรุป มีปัญหา.....ข้อ จากทั้งหมด ๑๕ ข้อ			
	สรุปคุณภาพการดูแล (Efficacy) คิดเป็น.....%			

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
<b>3. Food care</b>	<b>๓.๑ ประเมินความสามารถในการดูแลด้านการจัดการอาหารและพฤติกรรม รวม ...๕... ข้อ</b>		<b>รวม ๑ ข้อ</b>
	๓.๑.๑ ประเมินผู้ป่วย/ผู้ที่เตรียมอาหารสามารถจัดการอาหารได้อย่างเหมาะสมกับโรค (ถ้าจัดการได้อย่างเหมาะสมกับโรค ให้ข้ามการประเมินข้อ ๓.๑.๒)	<input type="checkbox"/> ๑ จัดการได้อย่างเหมาะสมกับโรค <input type="checkbox"/> ๐ จัดการไม่ได้	พบปัญหา.....ข้อ จากทั้งหมด ๕ ข้อ
	๓.๑.๒ ประเมินสาเหตุของการจัดการอาหารที่ไม่เหมาะสม ๑ ความรู้ ๒ ปัญหาเศรษฐกิจ ๓ เวลา ๔ ความตระหนัก/ใส่ใจ ๕ อื่นๆระบุ..... (ไม่คิดคะแนน)	<input type="checkbox"/> ๑ มีความรู้ <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มีความรู้ <input type="checkbox"/> ๑ ไม่มีปัญหาเศรษฐกิจ <input type="checkbox"/> ๐ มีปัญหาเศรษฐกิจ <input type="checkbox"/> ๑ มีเวลา <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มีเวลา <input type="checkbox"/> ๑ มีความตระหนัก/ใส่ใจ <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มีความตระหนัก/ใส่ใจ <input type="checkbox"/> ๑ ไม่มีปัญหา <input type="checkbox"/> ๐ มีปัญหา	พบปัญหา.....ข้อ ระบุสภาพปัญหา ..... .....
	<b>๓.๒ การปฏิบัติการพยาบาล</b>	<b>รวม ...๔... ข้อ</b>	<b>รวม ๑ ข้อ</b>
	๓.๒.๑ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามNursing Diagnosisจากปัญหาที่พบในข้อ ๓.๑.๒	<input type="checkbox"/> ๑ ปฏิบัติครบ <input type="checkbox"/> ๐ ปฏิบัติไม่ครบ	พบปัญหา.....ข้อ จากทั้งหมด ๔ ข้อ
	๓.๒.๒ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามNursing Diagnosisอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน โดยสร้างความมีส่วนร่วม		
	๓.๒.๒.๑ ญาติและครอบครัว	<input type="checkbox"/> ๑ ทำได้อย่างต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ๐ ทำไม่ได้อย่างต่อเนื่อง (มีตัวเลือกให้เลือกเลือกได้มากกว่า๑ข้อ) △ ไม่มีความรู้ △ มีปัญหาเศรษฐกิจ △ ไม่มีเวลา △ ไม่มีความตระหนัก/ใส่ใจ △ อื่นๆ(ระบุ.....)	ระบุสภาพปัญหา ..... .....
	๓.๒.๒.๒ เครือข่าย <input type="checkbox"/> ทันทกรรมการ <input type="checkbox"/> นักสังคมสงเคราะห์ <input type="checkbox"/> Care Giver (ที่ผ่านการอบรมจาก กพส.) <input type="checkbox"/> อาสาสมัครสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> ๑ ทำได้ <input type="checkbox"/> ๐ ทำไม่ได้ <b>(มีตัวเลือกให้เลือกเลือกได้มากกว่า๑ข้อเลือกที่ยังทำไม่ได้)</b> △ ทันทกรรมการ △ นักสังคมสงเคราะห์ △ Care Giver (ที่ผ่านการอบรมจาก กพส.) △ อาสาสมัครสาธารณสุข	ระบุสภาพปัญหา ..... .....
	๓.๒.๓ ผลลัพธ์การดูแลด้านการจัดการอาหาร อาหารที่ผู้ป่วยได้รับเหมาะสมกับโรค (ผลลัพธ์ที่สังเกตได้และจากการซักถาม)	<input type="checkbox"/> ๑ เหมาะสมกับโรค <input type="checkbox"/> ๐ ไม่เหมาะสมกับโรค	ระบุสภาพปัญหา ..... .....
	สรุป มีปัญหา..... ข้อ จากทั้งหมด ...๑๑... ข้อ		
	สรุปคุณภาพการดูแล (Efficacy) คิดเป็น..... %		

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ		Nursing Diagnosis
<b>๔. Medical equipment care</b> <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี(ประเมินต่อ) <b>๔.๑ อุปกรณ์ทางการแพทย์ติดกาย</b> <input type="checkbox"/> NG-tube <input type="checkbox"/> TT-tube <input type="checkbox"/> Foley 's catheter <input type="checkbox"/> Cystostomy <input type="checkbox"/> Gastrostomy <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> Colostomy <input type="checkbox"/> Oxygen <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... .....	<b>๔.๑.๑ ประเมินความสามารถในการจัดการดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดกาย</b>	<b>รวม ๗ ข้อ</b>		<b>รวม ๑ ข้อ</b>
	๑) การประเมินการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้มีความพร้อมใช้(ถ้าพร้อมให้ข้ามการประเมินข้อ ๒) ๑.๑ ความสะอาด ๑.๒ ความเพียงพอ	<input type="checkbox"/> ๑ พร้อม	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่พร้อม Δ ไม่สะอาด Δ ไม่เพียงพอ	พบปัญหา.....ข้อ ระบุสภาพปัญหา..... .....
	๒) ประเมินสาเหตุของความไม่พร้อมในการดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์	๒.๑ ความรู้ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> ๑ มีความรู้ <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มีความรู้ ระบุ.....	
	๒.๒ ทักษะในการใช้อุปกรณ์การแพทย์ติดกายได้อย่างถูกต้อง	๒.๓ การนำอุปกรณ์ฯ ไปใช้อย่างเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี ระบุ.....	
			<input type="checkbox"/> ๑ ใช้	
			<input type="checkbox"/> ๐ ไม่ใช้ ระบุ.....	
			Δ เป็นภาระและเห็นว่าไม่จำเป็น Δ ไม่มีเวลา Δ สิ้นเปลือง Δ อื่นๆ ระบุ.....	
	๓) การประเมินความเสี่ยงที่พบในผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดกายประเภท	๓.๑) สายตัน ตีบ รั่ว หลุด(เลือกเฉพาะสายที่พบ) <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> TT-tube <input type="checkbox"/> Foley 's catheter <input type="checkbox"/> Cystostomy <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> Colostomy <input type="checkbox"/> Oxygen <input type="checkbox"/> Gastrostomy	<input type="checkbox"/> ๐ พบบ่อย <input type="checkbox"/> ๐ นานๆครั้ง
			<input type="checkbox"/> ๑ ไม่มีความเสี่ยง	<b>ระบุสาเหตุที่พบปัญหา.....</b> ..... .....
	๓.๒) การติดเชื่อ หรืออื่นๆ เช่น การระคายเคือง เป็นต้น	๓.๓) อื่นๆ (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> ๐ พบบ่อย <input type="checkbox"/> ๐ นานๆครั้ง	<input type="checkbox"/> ๑ ไม่เคย
			<input type="checkbox"/> ๐ พบบ่อย <input type="checkbox"/> ๐ นานๆครั้ง	<input type="checkbox"/> ๑ ไม่มี
	<b>๔.๑.๒ การปฏิบัติการพยาบาล (ที่พบในข้อ ๔.๑.๑)</b>	<b>รวม ๔ ข้อ</b>	<b>รวม ๑ ข้อ</b>	
	๑) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตาม Nursing Diagnosis ครบถ้วน	<input type="checkbox"/> ๐ ปฏิบัติไม่ครบ	<input type="checkbox"/> ๑ ปฏิบัติครบ	พบปัญหา.....ข้อ จากทั้งหมด ๓ ข้อ
	๒) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตาม Nursing Diagnosis อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนโดยสร้างความมีส่วนร่วม			ระบุปัญหา..... ..... .....

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ		Nursing Diagnosis
	๒.๑) ญาติและครอบครัว	<input type="checkbox"/> ๑ทำได้	<input type="checkbox"/> ๐ทำไม่ได้ Δไม่มีเงิน Δไม่มีเวลา ต้องทำมา หากิน Δเห็นว่าไม่จำเป็นต้อง ดูแล Δ อื่นๆ ระบุ.....	ระบุปัญหา ..... .....
	๒.๒) เครื่องช่วย ทีมสหวิชาชีพใน ศบส. <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> ทันตแพทย์ <input type="checkbox"/> เกสซ์กร <input type="checkbox"/> นักกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> นักสังคมสงเคราะห์	<input type="checkbox"/> ๑ ทำได้สำเร็จอย่างยั่งยืน	<input type="checkbox"/> ๐ ทำไม่ได้	ระบุสภาพปัญหา ..... .....
	๓. ผลลัพธ์การพยาบาลในการดูแลอุปกรณ์ ทางการแพทย์ ๓.๑) ให้การพยาบาลจนสามารถเลิกการใช้ อุปกรณ์ฯ ได้(Try off) ระบุ <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> TT-tube <input type="checkbox"/> Foley 's catheter <input type="checkbox"/> Cystostomy <input type="checkbox"/> Gastrostomy <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> Colostomy <input type="checkbox"/> Oxygen <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....		ระบุระยะเวลา(รวม ๑) <input type="checkbox"/> ๓ เดือน (๑) <input type="checkbox"/> ๖ เดือน (๑) <input type="checkbox"/> ๑ ปี (๑) <input type="checkbox"/> มากกว่า ๑ ปี(๑) <input type="checkbox"/> ไม่สามารถ off ได้ (๐)	..... .....
๔.๒ กาย อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> เครื่องช่วย เดินชนิดสี่ขา (Walker) <input type="checkbox"/> ไม้เท้า	๔.๒.๑ประเมินความสามารถในการจัดการ ดูแลกายอุปกรณ์ ๑) การประเมินการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้มีความ พร้อมใช้(ถ้าพร้อมให้ข้ามการประเมินข้อ ๒) ๑.๑ ความสะอาด ๑.๒ ความเพียงพอ	รวม ๔ ข้อ		รวม ๑ ข้อ
		<input type="checkbox"/> ๑ พร้อม	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่พร้อม  <input type="checkbox"/> ๐ ไม่สะอาด <input type="checkbox"/> ๐ ไม่เพียงพอ	พบปัญหา.....ข้อ (ระบุ)

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ		Nursing Diagnosis
(Caine) <input type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง (Wheel chair) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... ..... .....	๒) ประเมินสาเหตุของความไม่พร้อมในการดูแลกายอุปกรณ์ ๒.๑ ความรู้ความเข้าใจ ๒.๒ มีทักษะในการใช้กายอุปกรณ์ได้อย่างถูกต้อง ๒.๓ มีการนำอุปกรณ์ฯ ไปใช้อย่างเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ๑ มีความรู้  <input type="checkbox"/> ๑ มี  <input type="checkbox"/> ๑ ใช้	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่มีความรู้ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ๐ ไม่ใช่ Δ เป็นภาระและเห็นว่าไม่จำเป็น Δ ไม่มีเวลา Δ สิ้นเปลือง Δ อื่น ๆ	พบปัญหา.....ข้อ (ระบุ)
<b>๔.๒.๒ การปฏิบัติการพยาบาล (ที่พบในข้อ ๔.๒.๑)</b>		<b>รวม ๔ ข้อ</b>		<b>รวม ๑ ข้อ</b>
๑) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตาม Nursing Diagnosis ครบถ้วน		<input type="checkbox"/> ๐ ปฏิบัติไม่ครบ	<input type="checkbox"/> ๑ ปฏิบัติครบ	พบปัญหา.....ข้อ จากทั้งหมด ๔ ข้อ
๒) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตาม Nursing Diagnosis อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนโดยสร้างความมีส่วนร่วม				ระบุปัญหา.....
๒.๑) ญาติและครอบครัว		<input type="checkbox"/> ๑ ทำได้	<input type="checkbox"/> ๐ ทำไม่ได้ Δ ไม่มีเงิน Δ ไม่มีเวลา ต้องทำมาหากิน Δ เห็นว่าไม่จำเป็นต้องดูแล Δ อื่นๆ ระบุ.....	ระบุปัญหา.....
๒.๒) เครือข่าย ทีมสหวิชาชีพใน ศบส. <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> นักกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> นักสังคมสงเคราะห์		<input type="checkbox"/> ๑ ทำได้สำเร็จอย่างยั่งยืน <input type="checkbox"/> ๐ ทำไม่ได้		
๓) ผลลัพธ์การพยาบาลในการดูแลกายอุปกรณ์ให้การพยาบาลจนสามารถเลิกการใช้อุปกรณ์ฯ ได้(Try off) ระบุ <input type="checkbox"/> เครื่องช่วยเดินชนิดสี่ขา(Walker) <input type="checkbox"/> ไม้เท้า (Caine) <input type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง (Wheel chair) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....		ระบุระยะเวลา(รวม ๑) <input type="checkbox"/> ๓ เดือน <input type="checkbox"/> ๖ เดือน <input type="checkbox"/> ๑ ปี <input type="checkbox"/> มากกว่า ๑ ปี <input type="checkbox"/> ไม่สามารถ off ได้		ระบุปัญหา.....
สรุป ๑.อุปกรณ์ติดกายมีปัญหา.....ข้อจากทั้งหมด ๑๒ ข้อคิดเป็นคุณภาพการดูแล (Efficacy).....% ระบุปัญหา..... ๒.กายอุปกรณ์มีปัญหา.....ข้อจากทั้งหมด ๔ ข้อคิดเป็นคุณภาพการดูแล (Efficacy) % ระบุปัญหา.....				

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ		Nursing Diagnosis
<b>๕. Drug care</b> ๕.๑ ยาสำคัญที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อการรักษา	<b>๕.๑</b> ยาสำคัญที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อการรักษา	รวม ๕ ข้อ		รวม ๑ ข้อ
๕.๑ ยาสำคัญที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อการรักษา <input type="checkbox"/> ยากลุ่ม Stroke ระบุ..... .....  <input type="checkbox"/> ยากลุ่มทั่วไป ระบุ..... .....	๑) ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา (ถูกคน ถูกยา ถูกเวลา ถูกขนาด ถูกวิธี) และการขาดยา	<input type="checkbox"/> ๑ ถูกต้องทั้งหมด	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่ถูกต้อง (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ) △ ผิดคน △ ผิดยา △ ผิดเวลา △ ผิดขนาด △ ผิดวิธี △ ขาดยา	พบปัญหา.....ข้อ จากปัญหาทั้งหมด 5 ข้อ ระบุปัญหาที่พบ..... .....
	๒) ประเมินสาเหตุของปัญหาที่พบในข้อ ๑ ๒.๑) มีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง  ๒.๒) กรณีมีอุปกรณ์ประกอบการใช้ยา เช่น อุปกรณ์พ่นยา ยาฉีด เป็นต้น (ถ้าไม่มี ข้ามไปข้อ ๒.๓)  ๒.๓) มีการประเมินภาวะไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาตามแผนการรักษา	<input type="checkbox"/> ๑ มี  <input type="checkbox"/> มี** ระบุ..... △ พบปัญหา** ระบุ..... △ ไม่พบ  <input type="checkbox"/> ๑ ไม่พบ	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่มีความรู้* (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ) △ฤทธิ์ของยา △ผลข้างเคียง  <input type="checkbox"/> ไม่มี  <input type="checkbox"/> ๐ พบ** ระบุ.....	ระบุปัญหาที่พบ.....**
	๓) ประเมินผลการพยาบาลภายหลังที่ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ความดันโลหิตลดลง	<input type="checkbox"/> ๑ ควบคุมอาการได้	<input type="checkbox"/> ๐ ยังควบคุมอาการไม่ได้**	ระบุปัญหาที่พบ.....**
	<b>๕.๒ การปฏิบัติการพยาบาล</b>	รวม ๔ ข้อ		รวม ๑ ข้อ
	๑) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตาม Nursing Diagnosis ครบถ้วน	<input type="checkbox"/> ๑ ปฏิบัติครบ	<input type="checkbox"/> ๐ ปฏิบัติไม่ครบ	พบปัญหา.....ข้อ จากปัญหาทั้งหมด 4 ข้อ
	๒) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตาม Nursing Diagnosis อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนโดยสร้างความมีส่วนร่วม			ระบุปัญหา.....ข้อ

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ		Nursing Diagnosis
	๒.๑) ญาติและครอบครัว	<input type="checkbox"/> ๑ ทำได้	<input type="checkbox"/> ๐ ทำไม่ได้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)  Δ ไม่มีเงิน Δ ไม่มีเวลา ต้องทำมาหากิน Δ เห็นว่าไม่จำเป็นต้องดูแล Δ อื่นๆ ระบุ.....	ระบุปัญหาที่พบ -----
	๒.๒) เครือข่ายทีมสหวิชาชีพใน ศบส. (ข้อใดข้อหนึ่ง) <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> นักสังคมสงเคราะห์	<input type="checkbox"/> ๑ ทำได้สำเร็จอย่างยั่งยืน	<input type="checkbox"/> ๐ ทำไม่ได้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ) Δ แพทย์ Δ เภสัช Δ สังคมสงเคราะห์ Δ อื่นๆ ระบุ.....	ระบุปัญหาที่พบ -----
	๓.ผลลัพธ์การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกรณี การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ๓.๑) ให้การพยาบาลผู้ป่วยในการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการของโรค	<input type="checkbox"/> ๑ ควบคุมอาการได้	<input type="checkbox"/> ๐ ควบคุมอาการไม่ได้	ระบุปัญหาที่พบ.....
สรุป มีปัญหา..... ข้อจากทั้งหมด ๑๑ ข้อ				
คิดเป็นคุณภาพการดูแล (Efficacy)..... %				

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	Nursing Diagnosis	
<b>๖. Rehabilitation Care and Promotive Health Care</b>				
<input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> Promotive <b>ประเภทผู้ป่วย</b> <input type="checkbox"/> กลุ่มติดเตียง <input type="checkbox"/> กลุ่มติดบ้าน <input type="checkbox"/> กลุ่มติดสังคม	<b>๖.๑ Rehabilitation Care</b>			
	<b>๖.๑.๑ ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ</b>		รวม ๙ ข้อ	รวม ๑ ข้อ
	๖.๑.๑.๑ คอ <input type="checkbox"/> ๑ แข็ง	<input type="checkbox"/> ไม่แข็ง <input type="checkbox"/> ๑ บริหารต่อเนื่องทุกวัน(ระยะติดเตียง) <input type="checkbox"/> ๐ บริหารบ้าง หรือ ไม่บริหารเลย	ระบุสภาพปัญหา.....	
	๖.๑.๑.๒ แขน <input type="checkbox"/> ๑ ไม่อ่อนแรง	<input type="checkbox"/> อ่อนแรง <input type="checkbox"/> ๑ บริหารต่อเนื่องทุกวัน <input type="checkbox"/> ๐ บริหารบ้าง หรือ ไม่บริหารเลย		
	๖.๑.๑.๓ ขา <input type="checkbox"/> ๑ ไม่อ่อนแรง	<input type="checkbox"/> อ่อนแรง <input type="checkbox"/> ๑ บริหารต่อเนื่องทุกวัน <input type="checkbox"/> ๐ บริหารบ้าง หรือ ไม่บริหารเลย		
	๖.๑.๑.๔ หลัง <input type="checkbox"/> ๑ เคลื่อนไหวได้	<input type="checkbox"/> เคลื่อนไหวไม่ได้ <input type="checkbox"/> ๑ บริหารต่อเนื่องทุกวัน <input type="checkbox"/> ๐ บริหารบ้าง หรือ ไม่บริหารเลย		
	๖.๑.๑.๕ กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ปาก คอ ลิ้น <input type="checkbox"/> ๑ เคลื่อนไหวได้	<input type="checkbox"/> ๑ เคลื่อนไหวไม่ได้ <input type="checkbox"/> ๑ บริหารต่อเนื่องทุกวัน <input type="checkbox"/> ๐ บริหารบ้าง หรือ ไม่บริหารเลย		
	<b>๖.๑.๒ ประเมินสาเหตุของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ไม่ต่อเนื่อง</b>			
	๖.๑.๒.๑ ความรู้และทักษะ	<input type="checkbox"/> ๑ มีความรู้	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่มีความรู้และทักษะ	ระบุสภาพปัญหา.....
	๖.๑.๒.๒ ปัญหาเศรษฐกิจ	<input type="checkbox"/> ๑ ไม่มีปัญหา	<input type="checkbox"/> ๐ มีปัญหา	
	๖.๑.๒.๓ เวลา	<input type="checkbox"/> ๑ มีเวลา	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่มีเวลา	
	๖.๑.๒.๔ มีความใส่ใจที่จะดูแลผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ๑ ใส่ใจ	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่ใส่ใจ	<<<ข้อนี้ไม่คิดคะแนน**
	๖.๑.๒.๕ อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา	<input type="checkbox"/> มีปัญหา	
	<b>๖.๑.๓ การปฏิบัติการพยาบาล</b>		รวม ๖ ข้อ	รวม ๑ ข้อ
	๖.๑.๓.๑ การบริหารส่วนคอ(Clip แนบ)	<input type="checkbox"/> ๑ ทำ	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่ทำ	
๖.๑.๓.๒ การบริหารส่วนแขน (Clip แนบ)	<input type="checkbox"/> ๑ ทำ	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่ทำ		
๖.๑.๓.๓ การบริหารส่วนขา (Clip แนบ)	<input type="checkbox"/> ๑ ทำ	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่ทำ		
๖.๑.๓.๔ การบริหารส่วนหลัง (Clip แนบ)	<input type="checkbox"/> ๑ ทำ	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่ทำ		
๖.๑.๓.๕ การบริหารบริเวณใบหน้า ปาก คอ ลิ้น(Clip แนบ)	<input type="checkbox"/> ๑ ทำ	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่ทำ		

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	Nursing Diagnosis
	๖.๑.๔ ผลลัพธ์ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ประเมินข้อ ๖.๑.๔.๑ -๖.๑.๔.๕ <input type="checkbox"/> ๑ ครบ <input type="checkbox"/> ๐ ไม่ครบ		ระบุสภาพปัญหา.....
	๖.๑.๔.๑ คอ	<input type="checkbox"/> แข็งแรง ตั้งขึ้นได้	<input type="checkbox"/> คงเดิม หรือ แย่ลง
	๖.๑.๔.๒ แขน	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น Motor power เดิม.....เปลี่ยนเป็น..... <input type="checkbox"/> คงเดิม หรือ แย่ลง	
	๖.๑.๔.๓ ขา	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น Motor power เดิม.....เปลี่ยนเป็น..... <input type="checkbox"/> คงเดิม หรือ แย่ลง	
	๖.๑.๔.๔ หลัง	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> นั่งได้ <input type="checkbox"/> ยืนได้	<input type="checkbox"/> คงเดิม หรือ แย่ลง
	๖.๑.๔.๕ ใบหน้า ปาก คอ ลิ้น	<input type="checkbox"/> ชยับได้ <input type="checkbox"/> กลืนน้ำลายได้ <input type="checkbox"/> เริ่มกลืนโยเกิร์ตได้ <input type="checkbox"/> เริ่มชยับปากพูด	<input type="checkbox"/> คงเดิม หรือ แย่ลง
	สรุป Rehabilitation Care มีปัญหา..... ข้อจากทั้งหมด ... ข้อ คิดเป็นคุณภาพการดูแล (Efficacy).....%		
	<b>๖.๒ Promotive Health Care</b>		
	<input type="checkbox"/> ติดบ้าน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ระบุการผ่าตัด..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมโรคไม่ได้ <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> DM with HT <input type="checkbox"/> อื่นๆ		
	<b>๖.๒.๑ ประเมินปัญหาของกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ</b>	<b>รวม ๑๐ ข้อ</b>	<b>รวม ๑ ข้อ</b>
	๖.๒.๑.๑ <input type="checkbox"/> คอ บ่า ไหล่	<input type="checkbox"/> ๐ มีปัญหา	<input type="checkbox"/> ๑ ไม่มีปัญหา
	๖.๒.๑.๒ <input type="checkbox"/> แขน ขา เข่า เท้า	<input type="checkbox"/> ๐ มีปัญหา	<input type="checkbox"/> ๑ ไม่มีปัญหา
	๖.๒.๑.๓ <input type="checkbox"/> หลัง	<input type="checkbox"/> ๐ มีปัญหา	<input type="checkbox"/> ๑ ไม่มีปัญหา
	<b>๖.๒.๒ ประเมินสาเหตุของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ไม่ต่อเนื่อง</b>		
	๖.๒.๒.๑ ความรู้และทักษะ	<input type="checkbox"/> ๑ มีความรู้	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่มีความรู้และทักษะ
	๖.๒.๒.๒ ปัญหาเศรษฐกิจ	<input type="checkbox"/> ๑ ไม่มีปัญหา	<input type="checkbox"/> ๐ มีปัญหา
	๖.๒.๒.๓ เวลา	<input type="checkbox"/> ๑ มีเวลา	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่มีเวลา
	๖.๒.๒.๔ มีความใส่ใจที่จะดูแล ผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ๑ ใส่ใจ	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่ใส่ใจ
	๖.๒.๒.๕ อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> มีปัญหา	<input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา
			<<<ข้อนี้ไม่คิดคะแนน**

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	Nursing Diagnosis
	<b>๖.๒.๓ ประเมินความรู้ ทักษะ ของญาติในการส่งเสริมสุขภาพ ตามสภาพปัญหาที่พบในข้อ ๖.๒.๑</b> <input type="checkbox"/> ๑ ทำได้อย่างต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ๐ ทำบ้างหรือไม่ทำเลย		
	<b>๖.๒.๔ ประเมินความรู้ ทักษะ ของญาติในการกระตุ้นสมองในกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (TMSE ๑๑-๒๓ คะแนน)</b> <input type="checkbox"/> ๑ ทำได้อย่างต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ๐ ทำบ้างหรือไม่ทำเลย		
	<b>๖.๒.๕ การส่งเสริมสุขภาพร่างกายตามสภาพปัญหาที่พบในข้อ ๖.๒.๑ และ/หรือ ๖.๒.๔</b> <input type="checkbox"/> ๑ ทำได้อย่างต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ๐ ทำบ้างหรือไม่ทำเลย		
	<b>๖.๒.๖ การปฏิบัติการพยาบาล</b>	<b>รวม ๔ ข้อ</b>	<b>รวม ๑ ข้อ</b>
	<b>๖.๒.๖.๑ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามปัญหาที่พบในข้อ ๖.๒.๑ และ/หรือ ๖.๒.๔</b>	<input type="checkbox"/> ๑ ปฏิบัติครบ	<input type="checkbox"/> ๐ ปฏิบัติไม่ครบ
	๖.๒.๖.๒ การปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องยั่งยืนและสร้างความมีส่วนร่วม		
	<b>๖.๒.๖.๒.๑ ญาติและครอบครัว</b> <input type="checkbox"/> ๑ ทำได้อย่างต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/> ๐ ทำไม่ได้อย่างต่อเนื่อง (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) <input type="checkbox"/> ไม่มีความรู้ <input type="checkbox"/> มีปัญหาเศรษฐกิจ <input type="checkbox"/> ไม่มีเวลา <input type="checkbox"/> ไม่มีความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ...	
	<b>๖.๒.๖.๒.๒ เครือข่าย</b> <input type="checkbox"/> นักกายภาพ <input type="checkbox"/> นักสังคมสงเคราะห์ <input type="checkbox"/> Care Giver (ที่ผ่านการอบรมจาก กพส.) <input type="checkbox"/> อาสาสมัครสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> ๑ ทำได้	<input type="checkbox"/> ๐ ทำไม่ได้ <input type="checkbox"/> นักกายภาพ <input type="checkbox"/> นักสังคมสงเคราะห์ <input type="checkbox"/> Care Giver (ที่ผ่านการอบรมจาก กพส.) <input type="checkbox"/> อาสาสมัครสาธารณสุข
	<b>๖.๒.๖.๓ ผลลัพธ์การดูแลด้านการส่งเสริมสมรรถภาพร่างกาย (ผลลัพธ์ที่สังเกตได้และจากการซักถาม)</b>	<input type="checkbox"/> ๑เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่เหมาะสม
	สรุป Promotive Health Care คิดเป็นคุณภาพการดูแล (Efficacy).....%		
	สรุป ๑. Rehabilitation Care คิดเป็นคุณภาพการดูแล (Efficacy).....% ๒. Promotive Health Care คิดเป็นคุณภาพการดูแล (Efficacy).....%		

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล(Nursing Diagnosis)
๗. Family care	๗.๑ การประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้านครอบครัว	รวม ๕ ข้อ	รวม ๑ ข้อ
	๗.๑.๑ ประเมินสมาชิกในครอบครัวที่อาศัย อยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย <input type="checkbox"/> จำนวน.....คน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย.....คน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยอยู่คนเดียว		พบปัญหา.....ข้อ จากทั้งหมด ๕ ข้อ ระบุปัญหาที่พบ..... .....
	๗.๑.๒ ประเมิน คัดกรองภาวะสุขภาพสมาชิก ในข้อ ๗.๑.๑ รายชื่อ ๑ <input type="checkbox"/> HHC <input type="checkbox"/> HV ID..... ชื่อ - สกุล..... อายุ.....ปี <input type="checkbox"/> น้อยกว่า ๖๐ ปี <input type="checkbox"/> มากกว่า ๖๐ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย(เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ) <input type="checkbox"/> สามี <input type="checkbox"/> ภรรยา <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้ดูแล <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....		
	BP...../.....mmHg	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> สูง	
	DTX.....mg%	△ งดน้ำและอาหาร △ ไม่งดน้ำและอาหาร <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> สูง	
	BW.....kg. Ht.....cm. BMI.....kg/m <sup>๒</sup>	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ใส่ระดับ) △ น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ( $< ๑๘.๕ \text{ kg/m}^๒$ ) △ อ้วนระดับ ๑ ( $๒๓.๐-๒๔.๙ \text{ kg/m}^๒$ ) △ อ้วนระดับ ๒ ( $๒๕.๐-๒๙.๙ \text{ kg/m}^๒$ ) △ อ้วนระดับ ๓ ( $> ๓๐.๐ \text{ kg/m}^๒$ )	
	Mini cog (กรณีผิดปกติ ให้ประเมิน TMSE)	<input type="checkbox"/> ๑ ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ ผิดปกติ	
	TMSE (กรณีพบMini cog ผิดปกติ)	<input type="checkbox"/> ๑ ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ ผิดปกติ	

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล(Nursing Diagnosis)
๗. Family	๒Q	<input type="checkbox"/> ๑ ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ ผิดปกติ	
care (ต่อ)	๙Q (กรณีพบ๒Q ผิดปกติ)	<input type="checkbox"/> ๑ ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ ผิดปกติ	
	๘Q (กรณีพบ๙Q ผิดปกติ)	<input type="checkbox"/> ๑ ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ ผิดปกติ	
	ST๕	<input type="checkbox"/> ๑ ปกติ <input type="checkbox"/> ๐ ผิดปกติ	
	สรุปภาวะสุขภาพ รายที่ ๑ (นับเป็น ๑ ข้อ)	<input type="checkbox"/> (๑) ปกติ <input type="checkbox"/> (๐) เสี่ยง ระบุความเสี่ยง..... <input type="checkbox"/> (๐) ป่วย ระบุโรค.....	
	๗.๑.๓ การประเมินสาเหตุจากปัญหาที่พบ (ประเมินในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย)		
	๑) ความรู้	<input type="checkbox"/> ๑ มีความรู้ <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มีความรู้	
	๒) เศรษฐกิจ	<input type="checkbox"/> ๑ ไม่มีปัญหา <input type="checkbox"/> ๐ มีปัญหา	
	๓) เวลา	<input type="checkbox"/> ๑ มีเวลา <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มีเวลา	
	๔) ความตระหนัก/ใส่ใจ	<input type="checkbox"/> ๑ มีความตระหนัก/ใส่ใจ <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มีความตระหนัก/ใส่ใจ	
	๕) อื่นๆ (ระบุ)..... (ไม่คิดคะแนน)	<input type="checkbox"/> ๐ ไม่มีปัญหา <input type="checkbox"/> ๑ มีปัญหา	
	สถานะ/สาเหตุการจำหน่าย	<input type="checkbox"/> ย้ายที่อยู่ <input type="checkbox"/> ตาย	
	△ ปุ่มเพิ่มคนในครอบครัว		
	<b>๗.๒ การปฏิบัติการพยาบาล</b>	<b>รวม ๒ ข้อ</b>	<b>รวม ๑ ข้อ</b>
	๗.๒.๑ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาของสมาชิกที่พบในข้อ ๗.๑.๒ และ๗.๑.๓	<input type="checkbox"/> ๑ ปฏิบัติครบ <input type="checkbox"/> ๐ ปฏิบัติไม่ครบ	พบปัญหา.....ข้อ จากทั้งหมด ๒ ข้อ ระบุปัญหาที่พบ.....
	๗.๒.๒ ผลลัพธ์การพยาบาลด้านครอบครัว		
	สมาชิกที่พบภาวะเสี่ยง/ป่วย จำนวน.....คน ได้รับการดูแล ๑๒ Care	<input type="checkbox"/> ๑ ครบ <input type="checkbox"/> ๐ ไม่ครบ (ระบุสาเหตุที่ไม่ได้รับการดูแล).....	
	สรุปคุณภาพการดูแล (Efficacy) คิดเป็น.....%		

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	Nursing Diagnosis
๘. Environment Care	๘.๑ การประเมินสิ่งแวดล้อมต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยที่บ้าน	รวม ๑๘ ข้อ	รวม ๑ ข้อ
	๘.๑.๑ ทางเข้า – ออก / ประตู <input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒ จัดการได้		พบปัญหา..... ข้อ จากทั้งหมด ๑๘ ข้อ ระบุสภาพปัญหา
	๘.๑.๒ พื้นที่พักผ่อนกลางวัน (มูมนั่งเล่น) <input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒ จัดการได้		
	๘.๑.๓ พื้นที่รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒ จัดการได้		
	๘.๑.๔ ห้องน้ำ <input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒ จัดการได้		
	๘.๑.๕ ทางเดินภายในบ้าน <input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒ จัดการได้		
	๘.๑.๖ บันได/พื้นต่างระดับ <input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒ จัดการได้		
	๘.๑.๗ ห้องนอน <input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒ จัดการได้		
	๘.๑.๘ ห้องครัว <input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒ จัดการได้		
	๘.๑.๙ พื้น <input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒ จัดการได้		
	๘.๑.๑๐ ผนัง / เพดาน <input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒ จัดการได้		
	๘.๑.๑๑ แสงสว่าง <input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒ จัดการได้		
	๘.๑.๑๒ มีพื้นที่รอบๆบ้าน / บ้านมีบริเวณ / มีขอบเขตชัดเจน / มีรั้ว <input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒ จัดการได้		
	๘.๑.๑๓ พื้นทางเดินนอกบ้าน / รอบบ้าน <input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒ จัดการได้		
๘.๒ มลภาวะทางอากาศ	<input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒		
๘.๓ มลภาวะทางเสียง	<input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒		
๘.๔ มลภาวะทางกลิ่น	<input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒		
๘.๕ พาหนะนำโรค เช่นหนู ยุง แมลงสาบ เป็นต้น	<input type="checkbox"/> ๓ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ( ) ๐ จัดการไม่ได้ ( ) ๑ จัดการได้ชั่วคราว ( ) ๒		
๘.๖ สัตว์เลี้ยง ( ) ไม่มี ( ) มีระบุ..... (จำนวน.....ตัว)			
สรุป มีปัญหา .....ข้อจากทั้งหมด ๑๘ ข้อ คิดเป็นคุณภาพการดูแล (Efficacy).....%			



๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	Nursing Diagnosis
๑๐.Palliative care	<b>ประเภทผู้ป่วย</b>		
	<input type="checkbox"/> Stroke ติดเตียงตลอดชีวิต (ADL ๐-๔) <input type="checkbox"/> ไตวายระยะที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา <input type="checkbox"/> มะเร็งที่สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> โรคอื่นๆ ที่สิ้นสุดการรักษา ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ผู้ป่วย Palliative (เลือกข้อนี้ไม่ต้องประเมิน Palliative care ต่อ)		
	<b>การปฏิบัติการพยาบาล</b>		
	<b>๑๐.๑. การสื่อสารระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ(Communication)</b>	<b>รวม ๗ ข้อ</b>	<b>รวม ๑ ข้อ</b>
	๑๐.๑.๑ Counseling ๑๐.๑.๒ Family meeting ๑๐.๑.๓ เริ่มวางแผนการเยี่ยม ๑๐.๑.๔ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรค แนวทางการรักษา ระยะของโรค ๑๐.๑.๕ ประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ๑๐.๑.๖ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ๑๐.๑.๗ ผู้ป่วยและญาติร่วมกันตัดสินใจในการดูแลระยะสุดท้าย	๑๐.๑.๑ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี ๑๐.๑.๒ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี ๑๐.๑.๓ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี ๑๐.๑.๔ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี ๑๐.๑.๕ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี ๑๐.๑.๖ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี ๑๐.๑.๗ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี	พบปัญหา.....ข้อ จากทั้งหมด ๗ ข้อ ระบุสภาพปัญหา ..... ..... ..... ..... .....
	<b>๑๐.๒ การประสานความร่วมมือ (Co-ordination)</b>	<b>รวม ๕ ข้อ</b>	<b>รวม ๑ ข้อ</b>
	๑๐.๒.๑ จัดตั้งทีมสหวิชาชีพเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ๑๐.๒.๒ การ conference เพื่อวางแผนและร่วมแก้ปัญหาที่ยาก ๑๐.๒.๓ ให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย ๑๐.๒.๔ ส่งเสริมสนับสนุนและอำนวยความสะดวกแก่ญาติและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (เช่น กายอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ หรือยาแก้ปวด เป็นต้น) ๑๐.๒.๕ ประสานเครือข่ายเพื่อช่วยดูแลด้านจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ การใส่บาตร การละหมาด หรืออื่นใดตามศาสนาที่นับถือ	๑๐.๒.๑ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี ๑๐.๒.๒ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี ๑๐.๒.๓ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี ๑๐.๒.๔ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี ๑๐.๒.๕ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี	พบปัญหา.....ข้อ จากทั้งหมด ๕ ข้อ ระบุสภาพปัญหา ..... ..... ..... ..... .....

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	Nursing Diagnosis
๑๐.Palliative	๑๐.๓ การรักษาและบริหารยาตามอาการภาวะสุดท้ายและการบรรเทาอาการ		รวม ๑ ข้อ
care	(Control of Symptoms)	รวม ๘ ข้อ	
	<p>๑๐.๓.๑ อาการปวด</p> <p>๑) ประเมินอาการปวด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> มี Pain score .....</li> <li><input type="checkbox"/> ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ ๑๐.๓.๒)</li> </ul> <p>๒) บรรเทาอาการปวดด้วยยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ได้รับยาระบุ .....</li> <li><input type="checkbox"/> ไม่รับยาเพราะใช้ยาแล้วไม่หายปวด</li> </ul> <p>๓) บรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>△ การนวด</li> <li>△ SKT</li> <li>△ การใช้ความร้อนความเย็น</li> <li>△ การสัมผัส</li> <li>△ การฝังเข็ม</li> <li>△ อื่นๆ ระบุ.....</li> </ul> <p>๑๐.๓.๒ หายใจลำบาก</p> <p>๑) ประเมินอาการหายใจลำบาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> มี</li> <li><input type="checkbox"/> ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ ๑๐.๓.๓)</li> </ul> <p>๒) บรรเทาอาการหายใจลำบาก(ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>△ จัดท่า</li> <li>△ กำจัดเสมหะ</li> <li>△ การใช้พัดลมเป่าให้เย็น</li> <li>△ อื่นๆ ระบุ.....</li> </ul> <p>๑๐.๓.๓ เบื่ออาหาร</p> <p>๑) ประเมินอาการเบื่ออาหาร</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> มี</li> <li><input type="checkbox"/> ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ ๑๐.๓.๔)</li> </ul> <p>๒) บรรเทาอาการเบื่ออาหาร(ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>△ ไม่บังคับให้รับประทานอาหาร</li> <li>△ ให้จิบน้ำหรืออมน้ำแข็ง</li> <li>△ ใช้น้ำอุ่นเช็ดริมฝีปาก</li> <li>△ อื่นๆ ระบุ.....</li> </ul> <p>๑๐.๓.๔ เหนื่อยง่าย</p> <p>๑) ประเมินอาการเหนื่อยง่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> มี</li> <li><input type="checkbox"/> ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ ๑๐.๓.๕)</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> ๑ ดีขึ้น    <input type="checkbox"/> ๐ ไม่ดีขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ ดีขึ้น    <input type="checkbox"/> ๐ ไม่ดีขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ ดีขึ้น    <input type="checkbox"/> ๐ ไม่ดีขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ ดีขึ้น    <input type="checkbox"/> ๐ ไม่ดีขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ ดีขึ้น    <input type="checkbox"/> ๐ ไม่ดีขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ ดีขึ้น    <input type="checkbox"/> ๐ ไม่ดีขึ้น</p>	<p>พบปัญหา.....ข้อ</p> <p>จากทั้งหมด ๘ ข้อ</p> <p>ระบุสภาพปัญหา</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	Nursing Diagnosis
๑๐.Palliative	๑๐.๓ การรักษาและบริหารยาตามอาการภาวะสุดท้ายและการบรรเทาอาการ		รวม ๑ ข้อ
care	(Control of Symptoms)	รวม ๘ ข้อ	
	<p>๒) บรรเทาอาการเหนื่อยง่าย (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>△ หลีกเลี้ยงสิ่งรบกวน</li> <li>△ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ</li> <li>△ อื่นๆ ระบุ.....</li> </ul> <p>๑๐.๓.๕ มือเท้าเย็น</p> <p>๑) ประเมินอาการมือเท้าเย็น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> มี</li> <li><input type="checkbox"/> ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ ๑๐.๓.๖)</li> </ul> <p>๒) บรรเทาอาการมือเท้าเย็น (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>△ Keep warm</li> <li>△ อื่นๆ ระบุ.....</li> </ul> <p>๑๐.๓.๖ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า</p> <p>๑) ประเมินอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> มี</li> <li><input type="checkbox"/> ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ ๑๐.๓.๗)</li> </ul> <p>๒) บรรเทาอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>△ ดูแลให้พักผ่อน</li> <li>△ อยู่ใกล้ๆ ให้กำลังใจ</li> <li>△ อื่นๆ ระบุ.....</li> </ul> <p>๑๐.๓.๗ สับสน/หลงลืม</p> <p>๑) ประเมินอาการสับสน/หลงลืม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> มี</li> <li><input type="checkbox"/> ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ ๑๐.๔)</li> </ul> <p>๒) บรรเทาอาการสับสน/หลงลืม (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>△ พุดคุยช่วยเตือนความจำ</li> <li>△ พุดคุยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน</li> <li>△ อื่นๆ ระบุ.....</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> ๑ ดีขึ้น    <input type="checkbox"/> ๐ ไม่ดีขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ ดีขึ้น    <input type="checkbox"/> ๐ ไม่ดีขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ ดีขึ้น    <input type="checkbox"/> ๐ ไม่ดีขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ ดีขึ้น    <input type="checkbox"/> ๐ ไม่ดีขึ้น</p>	
	๑๐.๔ การดูแลต่อเนื่อง(Continuous care)	รวม ๘ ข้อ	รวม ๑ ข้อ
	<p>๑๐.๔.๑ ประเมินสัญญาณชีพ</p> <p>๑๐.๔.๒ ประเมินความสามารถและระดับความเจ็บป่วย (อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้งหรือเหมาะสมตามความจำเป็น)</p> <p>๑) ADL .....คะแนน</p> <p>๒) PPSV๒ .....%</p>	<p>๑๐.๔.๑ <input type="checkbox"/> ๑ มี    <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๑) <input type="checkbox"/> ๑ มี    <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๒) <input type="checkbox"/> ๑ มี    <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p>	<p>พบปัญหา.....ข้อ</p> <p>จากทั้งหมด ๘ ข้อ</p> <p><b>ระบุสภาพปัญหา</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	Nursing Diagnosis
๑๐.Palliative	๑๐.๔ การดูแลต่อเนื่อง(Continuous care)	รวม ๘ ข้อ	
care			
	<p>๓) ESAS (ระบุ).....                      (๑.อาการปวด....., ๒.เหนื่อย/อ่อนเพลีย.....,                      ๓.คลื่นไส้....., ๔.ซึมเศร้า....., ๕.กังวล.....,                      ๖.วังงิม/สะลึมสะลือ....., ๗.เบื่ออาหาร.....,                      ๘.สบายดีทั้งกายและใจ.....,๙.เหนื่อยหอบ.....,                      ๑๐.อื่นๆ.....)                      ๑๐.๔.๓ ประเมินอาการทางจิต (ตอบได้                      มากกว่า ๑ ข้อ)                      △ มีความคิดแปลก                      △ หูแว่ว                      △ ประสาทหลอน                      △ อื่นๆ ระบุ.....                      ๑๐.๔.๔ ประเมินทักษะของผู้ดูแลและญาติ                      ๑๐.๔.๕ การประเมินผลหลังการจัดการกับ                      อาการไม่สุขสบาย                      ๑๐.๔.๖ การมีส่วนร่วมในการดูแลและการ                      ตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ</p>	<p>๓) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี                       ๑๐.๔.๓ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี                       ๑๐.๔.๔ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี                      ๑๐.๔.๕ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี                       ๑๐.๔.๖ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p>	<p>.....                      .....</p>
	๑๐.๕ ค้นหาความเชื่อและวัฒนธรรมการ อยู่ร่วมกัน (Continued Learning)	รวม ๗ ข้อ	รวม ๑ ข้อ
	<p>๑๐.๕.๑ ประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life Style)                      ๑๐.๕.๒ ความเข้มแข็งที่จะเผชิญกับ เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้น                      ๑) ผู้ป่วย                      ๒) ผู้ดูแล                      ๑๐.๕.๓ ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่น คาดหวัง ด้านจิตวิญญาณ                      ๑๐.๕.๔ ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีการฝึกด้านจิต วิญญาณ                      ๑) ผู้ป่วย                      ๒) ผู้ดูแล                      ๑๐.๕.๕ สร้างทีมจิตอาสาการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง                      (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)  <input type="checkbox"/> อสส.  <input type="checkbox"/> Caregiver</p>	<p>๑๐.๕.๑ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี                       ๑) <input type="checkbox"/> ๑ มั่นใจ <input type="checkbox"/> ๐ ไม่เชื่อมั่น                      ๒) <input type="checkbox"/> ๑ มั่นใจ <input type="checkbox"/> ๐ ไม่เชื่อมั่น                      ๑๐.๕.๓ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี                       ๑) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี                      ๒) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี                      ๑๐.๕.๕ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p>	<p>พบปัญหา.....ข้อ                      จากทั้งหมด ๗ ข้อ  <b>ระบุสภาพปัญหา</b>                      .....                      .....                      .....                      .....</p>

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	Nursing Diagnosis
๑๐.Palliative	๑๐.๖ การประคับประคองผู้ดูแล	รวม ๘ ข้อ	รวม ๑ ข้อ
care	(Carer Support)		
	<p>๑๐.๖.๑ ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงในระยะท้ายของชีวิตและการดูแลที่เหมาะสม</p> <p>๑๐.๖.๒ เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกต่อกัน</p> <p>๑๐.๖.๓ เตรียมความพร้อมของญาติและผู้ดูแลต่อการสูญเสีย</p> <p>๑๐.๖.๔ การเสริมพลัง(Empowerment) ญาติ/ผู้ดูแล</p> <p>๑๐.๖.๕ การประเมินความเครียดของผู้ดูแล</p> <p>๑) ST๕ = .....</p> <p>๒) ๒Q = ..... (๙Q =....., ๘Q=.....)</p> <p>๑๐.๖.๖ มีแนวทางจัดการความเครียดให้ญาติ/ผู้ดูแล (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)</p> <p>△ ฟังเพลง</p> <p>△ สวดมนต์/สมาธิ</p> <p>△ โยคะ</p> <p>△ ออกกำลังกาย</p> <p>△ SKT</p> <p>△ อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>๑๐.๖.๗ สร้างบุคคลทดแทนเช่น ญาติ/จิตอาสาสืบเปลี่ยนผู้ดูแลเพื่อลดความเครียด</p> <p>๑๐.๖.๘ เมื่อญาติ/ผู้ดูแลพบปัญหา ส่งต่อพยาบาล</p>	<p>๑๐.๖.๑ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๑๐.๖.๒ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๑๐.๖.๓ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๑๐.๖.๔ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๑๐.๖.๕ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๑๐.๖.๖ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๑๐.๖.๗ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๑๐.๖.๘ <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p>	<p>พบปัญหา.....ข้อ</p> <p>จากทั้งหมด ๘ ข้อ</p> <p><b>ระบุสภาพปัญหา</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	๑๐.๗ การดูแลระยะท้าย	รวม ๑๕ ข้อ	รวม ๑ ข้อ
	(Care in the dying phase)		
	<p>๑๐.๗.๑ ระยะก่อนการสูญเสีย</p> <p>๑) ประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นของผู้ป่วย</p> <p>๒) เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธาและความรู้สึกต่อบุคคลอันเป็นที่รัก</p> <p>๓) Counseling ผู้ป่วยและครอบครัวให้ยอมรับความตายที่จะมาถึง</p> <p>๔) ให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงอาการใกล้เสียชีวิตของผู้ป่วยและเตรียมการเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต</p> <p>๕) ให้ญาติอยู่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลาในระยะท้ายของชีวิต</p>	<p>๑) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๒) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๓) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๔) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๕) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p>	<p>พบปัญหา.....ข้อ</p> <p>จากทั้งหมด ๑๕ ข้อ</p> <p><b>ระบุสภาพปัญหา</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ	Nursing Diagnosis
๑๐.Palliative care	๑๐.๗ การดูแลระยะท้าย (Care in the dying phase)	รวม ๑๕ ข้อ	
	<p>๖) ส่งเสริมให้ญาติคิดเชิงบวกตามความต้องการของผู้ป่วย เช่นการอ่านหนังสือธรรมะ ความเชื่อ/ศาสนา ให้พบกับบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการ</p> <p>๗) จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้รับความ สะดวกสบาย เจ็บสงบ ได้ใกล้ชิดสิ่งที่รักหรือ สิ่งที่ชอบ</p> <p>๘) หยอดใช้เครื่องมือ อุปกรณ์หรือยาที่ไม่จำเป็น</p> <p>๙) ประเมินการถูกล่วงละเมิด</p> <p>๑๐) ประเมินเจตจำนงศึในการทำพินัยกรรม เกี่ยวกับทรัพย์สินหรืออื่นใดที่จะต้องตกทอด แก่ทายาท</p> <p><input type="checkbox"/> มีเจตจำนงศึจะทำพินัยกรรม</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีเจตจำนงศึ (ข้ามไปทำข้อ ๑๒)</p> <p>๑๑) ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้ง ด้านกฎหมายและจริยธรรมศีลธรรม</p> <p>๑๒) มีการทบทวน Living will (ทำ pop-up)</p> <p><input type="checkbox"/> มีการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการ รักษาในช่วงวาระสุดท้าย</p> <p><input type="checkbox"/> ยังไม่มีการทำหนังสือแสดงเจตนา เกี่ยวกับการรักษาในช่วงวาระสุดท้าย</p> <p>๑๓) การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน ระยะท้ายอย่างสมศักดิ์ศรี</p>	<p>๖) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๗) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๘) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๙) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๑๐) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๑๑) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๑๒) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๑๓) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p>	
	<p>๑๐.๗.๒.ระยะหลังการสูญเสีย (Bereavement Care)</p> <p>๑) มีแผนการดูแลภาวะโศกเศร้าหลังความตาย</p> <p>๒) วางแผนให้ข้อมูลญาติในการดูแลหลัง ความตาย</p> <p>๑) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p> <p>๒) <input type="checkbox"/> ๑ มี <input type="checkbox"/> ๐ ไม่มี</p>		
	<p>สรุป มีปัญหา .....ข้อ จากทั้งหมด ๕๘ ข้อ คิดเป็นคุณภาพการดูแล (Efficacy).....%</p>		

๑๒ Care	หัวข้อการประเมิน	จำนวนข้อ		Nursing Diagnosis
<b>๑๑. Seamless</b>	<b>๑๑.๑ เครื่องช่วยที่จำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยมี.....แห่ง</b>			
care		<b>รวม ๑ ข้อ</b>		<b>รวม ๑ ข้อ</b>
(การเชื่อมโยงเครือข่าย)		<input type="checkbox"/> ๑ ประสานได้	<input type="checkbox"/> ๐ ประสานไม่ได้	พบปัญหา.....ข้อ
เข้าร่วมดูแล) ระบุ				จากทั้งหมด ๑ ข้อ
๑.				ระบุสภาพปัญหา
๒.				.....
๓.	<b>๑๑.๒ สามารถประสานการมีส่วนร่วมให้ความช่วยเหลือได้.....แห่ง</b>			
๔.		<b>รวม ๑ ข้อ</b>		<b>รวม ๑ ข้อ</b>
๕.		๑) <input type="checkbox"/> ๑ จัดการได้	<input type="checkbox"/> ๐ จัดการไม่ได้	พบปัญหา.....ข้อ
๖.				จากทั้งหมด ๑ ข้อ
๗.				ระบุสภาพปัญหา
	สรุป มีปัญหา .....ข้อ จากทั้งหมด ๒ ข้อ			
	คิดเป็นคุณภาพการดูแล (Efficacy).....%)			

