

บทบาทวิชาชีพโภชนศาสตร์/โภชนาการ ในการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนทีมหมอดรอปดรัว



การประชุมวิชาการ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ปี 2558
“พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง บูรณาการด้วยทีมหมอดรอปดรัว”

ผังโครงสร้างทีมหมอประจำครอบครัว

ทีมอำเภอ ทีมสห

สาขาวิชาชีพจาก
รพช. เช่น แพทย์/
ทันตแพทย์/เภสัช/
พยาบาลเวช/นัก
จิต/นักกาย/
นักโภชนาการ และ
ทีมจาก สสอ.

ทีมตำบลจนท.สร.

จาก รพ.สต.
เช่น พบาลเวช/
นวก/ทันตา/
จพง./แพทย์/
แผนไทย /
จนท.สร.อื่น ๆ

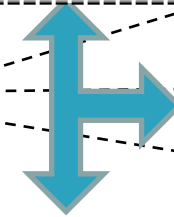
ทีมชุมชน

เช่น อสม./อปท./กำนัน/
ผู้ใหญ่บ้าน/แกนนำ/จิต
อาสา/ภาคีอื่น ๆ

ครอบครัว



อสม.

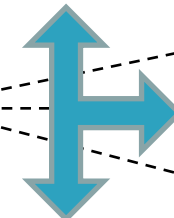


ดูแลความเสี่ยง
ตามกลุ่มอายุ

1,250-2,500



อสม.



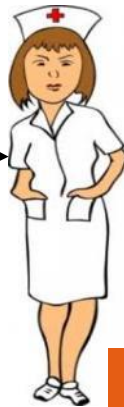
ช่วยเหลือดูแล
ครอบครัว/
ผู้ป่วย

1,250-2,500

ดูแลรพ.สต.
1-3 แห่ง/ทีม



ที่ปรึกษา/พี่
เลี้ยงทีมตำบล
CBL, KM



หมอครอบครัว/
พี่เลี้ยงทีมชุมชน

ระบบให้คำปรึกษา-รับและส่งต่อ

กรอบ เป้าหมาย กระบวนการ และผลลัพธ์ของนโยบาย FCT

INPUT

1. มอบนโยบาย สร้างความร่วมมือของหน่วยงานทุกระดับ
2. ปรับ/จัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวให้เหมาะสมตามบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่
3. พัฒนาทีมหมอครอบครัวให้มีคุณภาพครอบคลุมทุกพื้นที่
4. สนับสนุนทรัพยากรงบประมาณเพิ่มเติม

Process

1. ใช้การจัดการตามระบบการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ : DHS
2. การนำกระบวนการเรียนรู้ตามบริบทพื้นที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ โดยใช้ : CBL KM ในการเสริมศักยภาพทีม
3. ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการ
4. เสริมพลังสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติ

Output

1. มีทีมหมอครอบครัวครอบคลุมทุกพื้นที่
2. ทีมหมอครอบครัวมีศักยภาพดูแลให้บริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
3. ครอบครัวและชุมชนได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ ทั้งในหน่วยบริการและที่บ้านอย่างใกล้ชิดดูญาติ
4. มีระบบการรับ-ส่งต่อประสานในทุกระดับอย่างใกล้ชิด
5. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลครอบคลุมครบถ้วน

Outcome

1. ครอบครัว ชุมชน มีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น มีความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ
2. ครอบครัว ชุมชน มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการปกป้องด้านสังคมและการเงินจากความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ
3. ระบบดูแลสุขภาพมีความสามารถในการตอบสนองปัญหาสุขภาพและกลุ่มเสี่ยงที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

บทบาทการทำงานของนักโภชนาการ/โภชนากรตามระดับหน่วยงาน

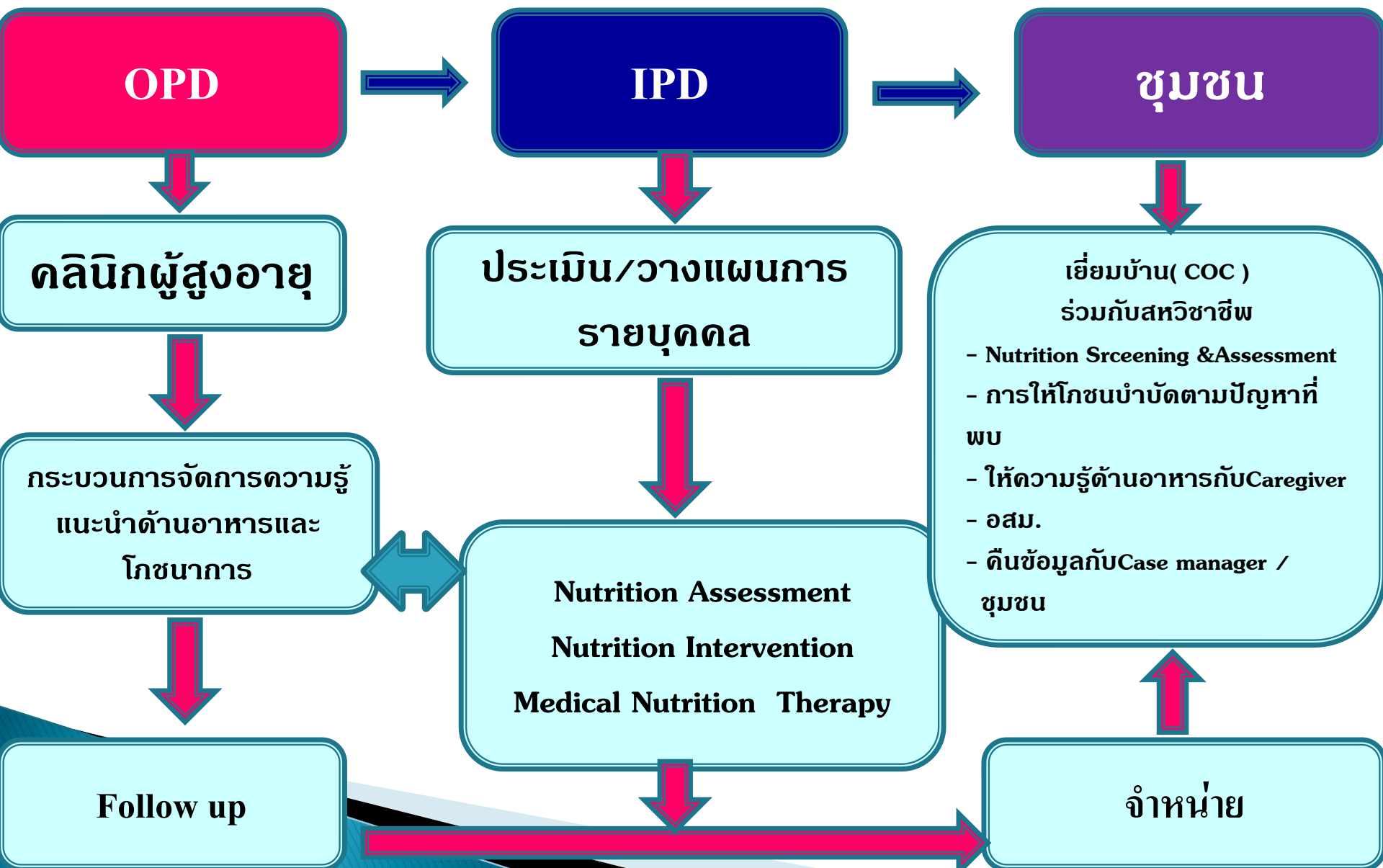
ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

- สนับสนุนด้านวิชาการและให้บริการด้านโภชนาการในระดับที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
- ผู้จัดการระบบ (ผู้ประสานงานหลัก/ออกแบบระบบ สร้างเครือข่าย นักโภชนาการ/โภชนากรในเขตสุขภาพ สร้างภาคีเครือข่ายกับสหวิชาชีพ นิเทศติดตามงานเครือข่าย

ปฐมภูมิ

- ผู้จัดการระดับอำเภอ ประสานงาน ให้คำปรึกษา และดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการ ออกเยี่ยมบ้าน วิทยาการอบรม อสม. ผู้ป่วยและ Care Giverในการดูแลผู้ป่วย

กรอบการดูแลด้านโภชนาการ/โภชนบำบัด



ชุมชน

ร่วมให้บริการโดยเป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอ
ครอบครัว (Provider)

1. การคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการ

- กลุ่มปกติ
- กลุ่มเสี่ยง
- กลุ่มป่วย

2. ให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย

- อาหารเพื่อสุขภาพ (เน้นอาหารในท้องถิ่น) : Plate Model
- อาหารป้องกันโรคกระดูกพรุน
- อาหารเฉพาะโรค: เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดสมอง

-Nutrition Screening Initiative

○ (DETERMINE
checklist)

- Mini nutrition Assessment (MNA®)

เยี่ยมบ้านผู้ป่วย



ออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับ
ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง(CHC)
Stroke Spine
หอผู้ป่วยเคมี โสต ศอ นาสิก

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มคนที่มีภาวะเปราะบาง ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง เด็กพิเศษ

ชาย อายุ.....57 ปี โรค...CVA, GOUT สุราษฎร์ธานี

Subjective data :

ผู้ป่วยนอนติดเตียง ประมาณ 2 ปี , on tracheostomy, กล้ามเนื้อแขนขาลีบ ผอมหนังหุ้มกระดูก ไม่มีแผลกดทับ ได้รับอาหารทางการแพทย์ (Isocal) 250 x 3 รับประทานโดยใช้หลอดดูด โดยใช้ผง Isocal 3 ช้อน/มื้อ ได้รับพลังงาน 750 Kcal/day ร่างกายรับอาหารได้ดี

Objective data :

BP = 75/54 สูง 165 ซม, น้ำหนักประมาณ 40 กก

(ญาติบอก) IBW = 51 - 62 กก

Assessment : ดัดกรองโดยใช้ NSF = 16 (severe malnutrition)

Nutrition status = ผอม

Plan :

ผู้ป่วยควรได้รับพลังงานจากอาหารวันละ 1,600 – 1,800 Kcal/d (Goal)

Plan 1 : ปรับสูตรอาหารโดยใช้ผง Isocal 3.5 ช้อนต่อมื้อ
จำนวน 250 x 4 ผู้ป่วยจะได้รับพลังงาน 1,166.66 Kcal/day

Plan 2 : หากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดีตาม Plan 1 ให้เพิ่ม Isocal 5 ช้อนต่อมื้อ (4 มื้อ) ผู้ป่วยจะได้รับพลังงาน 1,600 Kcal/day

F/U ภาวะโภชนาการ (น้ำหนักตัวและพลังงานที่ได้รับตาม Goal)



เยี่ยมบ้านผู้ป่วย



ต.พระลับ อ.เมือง จ.ขอนแก่น

CP (Cerebral Palsy)

S : รับอาหารให้ทางสาย 450x3F

O : สูง 120 ซม. นน. 16 กก.

A : BMI 16 kg/m²

P : Cal req $1000 + (100 \times 9) = 1900 \text{ kcal/d}$ Prot req 36 g/d

P:F:CHO=16:36:48%

=72:72:216กรัม/วัน

กำหนดสัดส่วนอาหารและ ติดตามภาวะโภชนาการกับทีม
เยี่ยมบ้าน



เยี่ยมบ้าน...ประเมินภาวะโภชนาการและติดตามCASE



เยี่ยมบ้าน(สงฆ์อาพาธ)



ทีมเยี่ยมบ้าน



ชุมชน

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อดูแลผู้สูงอายุด้านอาหารและโภชนาการ

- জন.স.স.
- อสม.
- Care giver
- Case manager
- นักโภชนาการ/โภชนากร/นักกำหนดอาหาร

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

- อาหารปลอดภัย
- เมนูสุขภาพ
- อาหารที่ใช้ในกิจกรรมของชุมชน (พุทธศาสนา)

ชุมชนเข้มแข็งด้านสุขภาพ



กิจกรรม ออกค่าย ชมรมหวานชื่นใจ



กิจกรรม เลือกไขมันชนิดไหนดี

กิจกรรม บิงโก ค่าไกลซีมิกอินเด็กซ์



ประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อพัฒนาตำรับอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอำเภอ

โกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม



ตำรับอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน



โครงการ/งานวิจัยปี 2559

1. โครงการหมู่บ้านปลอดภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ
2. โครงการพัฒนาเครือข่ายการจัดการอาหารในผู้สูงอายุโดยใช้วัดเป็นต้นแบบ
3. โครงการดินความสุขด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมวันผู้สูงอายุ
4. โครงการอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในกลุ่มโรคต่าง ๆ เช่น โรคกระดูกพรุน โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด

การพัฒนาศักยภาพวิชาชีพ

ขอรับรองใบประกอบโรคศิลปะ

สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย

1. ดูแลกำกับ ในเรื่อง มาตรฐานวิชาชีพ
2. สร้างมาตรฐานหลักสูตรร่วมกับสถาบันการศึกษา
ที่ผลิต



सानपलंदनทำงาน สหวิชาชีพ เราทำได้

สวัสดิ์และขอบคุณค่ะ