

• الباب الخامس •

تغذية مرضى المستشفى

- الأمر الغذائي .
- دليل الوجبات .
- السجل الطبي للمريض .
- إدارة خدمات التغذية للمريض .
- مواعيد تقديم الطعام .
- قائمة الاختيار .
- تدرج غذاء المستشفى .
- سوء تغذية المرضى بالمستشفيات .
- سوء التغذية الحاد بسبب الطبيب .
- الوقاية من سوء التغذية بالمستشفيات .

• تغذية مرضى المستشفى •

هناك معلومات وبيانات يجب توافرها عن التخطيط لتغذية المرضى .

Diet Order

الأمر الغذائي :

عبارة عن الروشة الغذائية أو الوصف الغذائي لوجبات المريض تطلب بواسطة الطبيب . هذا الأمر الذي يكتبه الطبيب يتوقف على حالة المريض وقد يختلف من لا شيء بالفم (N.P.O. , Nil per Oris) إلى الغذاء الاعتيادي والأمر الغذائي يتغير بتغيير حالة المريض .

في معظم الحالات التي تستدعي علاج غذائي مستمر يجب أن تعمل استشارة غذائية للمريض قبل خروجه من المستشفى حتى يمكنه تخطيط وجباته الغذائية في المنزل حيث تعتبر ركن أساسي في العلاج . في حالة قيام أخصائيو التغذية بكتابة الأمر الغذائي أو مشاركة الطبيب في ذلك ، يجب أن يكونوا ملمين بالحالة الصحية للمريض قبل اتخاذ أي قرار أو توصيات خاصة بالنظام الغذائي . وفي نفس الوقت يجب أن يلم أخصائيو التغذية بالنظريات الحديثة والتطورات المستمرة في التغذية العلاجية .

Diet Manual

دليل الوجبات:

دليل الوجبات عبارة عن تصنيف أو تجميع لمجموعة من الوجبات الغذائية المعدة لعلاج الأمراض التي يعتبر التعديل الغذائي جزءاً أساسياً في خطة العلاج ويشمل شرح منطقي مفصل للوجبات الغذائية الموضوعية . في المستشفيات الجامعية والمستشفيات الكبرى يقوم الطبيب وأخصائيو التغذية بوضع وتصميم دليل الوجبات الغذائية الروتينية بمعاونة باقي أعضاء الفريق الصحي ويستعمل هذا الدليل في المؤسسة الخاصة بهم .

عادة يشمل القسم الأول في الدليل وصف لمجموعة من الوجبات الغذائية الاعتيادية للرضع والأطفال والبالغين كذلك أمثلة للوجبات الغذائية السائلة والنصف سائلة . أما القسم الثاني فيشمل وصف لوجبات غذائية مختلفة تستعمل في علاج الأمراض . كذلك الوجبات الغذائية التي تستعمل خصيصاً للاختبارات المعملية المختلفة والتحليل الطبية التي تساعد في عملية التشخيص الطبي للمرضى . وأخيراً جداول تحليل الأطعمة المختلفة .

Medical Record

السجل الطبي للمريض :

يشتمل السجل الطبي على معلومات مثل الاسم والجنس والسن والعنوان واسم الطبيب المعالج وتشخيص الحالة المرضية عند دخول المستشفى كما يضم السجل الطبي رسم بياني للنض ودرجة الحرارة والتنفس وكمية السوائل المأخوذة والمفقودة . كذلك ملاحظات الممرضة ، وتقرير عن طريقة العلاج ، والقابلية لتناول الطعام ، والحالة النفسية للمريض عن طريق ملاحظة تصرفات المريض أو أي تعبير أو تصريح منه أو من عائلته أو أصدقائه يدل على وجود مشكلة معينة . التاريخ الطبي المدون بواسطة الطبيب . التقرير اليومي الطبي الذي يبين مدى تقدم الحالة الصحية والبيانات العملية وتقارير الأشعة وتقرير عن العمليات الجراحية إذا وجدت . قد يشمل السجل الطبي صفحة أو صفحتين كملاحظات لأخصائي التغذية بدون فيها التاريخ الغذائي للمريض ومدى قبوله أو رفضه للطعام ، وجود حساسية غذائية ، الأمر الغذائي ، الوجبات الغذائية العلاجية، تقدم المريض من الناحية الغذائية ، ملاحظات عن الاستشارات الغذائية. ترجع أهمية وجود ملاحظات أخصائي التغذية مع السجل الطبي للمريض إلى إمكانية مراجعة هذه البيانات ومقارنتها بالبيانات الطبية الخاصة بالمريض قبل الاتصال بالمريض بعد فترة . كما أنها تفيد في حالة تغيير أخصائي التغذية ووجود أخصائي جديد فيمكنه الوقوف على الحالة الصحية والغذائية للمريض بسهولة .

إدارة خدمات التغذية للمريض :

الرعاية الغذائية في المستشفيات الحديثة اليوم تتطلب خبراء في الإدارة وخدمة الطعام والتغذية العلاجية . في نفس الوقت جميع أعضاء الفريق الصحي بما فيهم أخصائي التغذية يجب أن يعملوا متعاونين على راحة ورضاء المرضى .

نظام الإدارة لخدمات الطعام في المستشفيات الحديثة ينقسم إلى نوعين:

النظام الأول : المستشفى تدير جميع النواحي المتعلقة بقسم التغذية ويشمل ذلك الرعاية الغذائية للمرضى وخدمات التغذية للموظفين . جميع أعضاء قسم التغذية يعتبروا موظفين في المستشفى ومدير القسم مسئول مباشرة أمام مدير المستشفى أو مساعده .

النظام الثاني : وفيه تعاقد المستشفى مع شركة من شركات خدمة الطعام لتخطيط وتنظيم جميع النواحي المتعلقة بقسم التغذية . في حالات كثيرة يكون جميع العاملين بالقسم بما فيهم أخصائيو التغذية موظفون في الشركة المسئولة عن خدمة الطعام وتحت إدارتها المباشرة . ومع ذلك فمن الأفضل أن يكون أخصائيو التغذية العلاجية تحت إدارة وإشراف المستشفى حيث أن الخدمة التي يقدمونها للمرضى ليست متعلقة بعملية تقديم الطعام فقط .

نظام توصيل خدمات الطعام :

يمكن تقسيم هذا النظام إلى نوعين :

- (1) نظام التوصيل المركزي لخدمات الطعام : وفيه تعد صينية المريض بالكامل في مكان إنتاج الطعام أو بالقرب منه ثم ترسل إلي مكان المريض في عربات خاصة ومجهزة لهذا الغرض .
- (2) نظام التوصيل اللامركزي لخدمات الطعام : وفيه تنتقل كميات من الطعام من منطقة الإنتاج إلى المطبخ في المستشفى وفي هذه الحالة تعد صينية المريض في المطبخ وترسل إلى حجرة المريض .

هذان النظامان يتطلبان عمل متوافق بين هيئة التمريض وأعضاء قسم التغذية حتى يمكن للمريض أن يتناول طعامه في الوقت المناسب وبطريقة مشهية . تحليل تكاليف هذان النظامان أثبت أن النظام المركزي يفضل لكبار السن من المرضى ويعتبر اقتصادياً . أما النظام اللامركزي فيفضل لأقسام المرضى من الأطفال من سن 2 - 12 سنة .

مواعيد تقديم الطعام :

من الشائع والمعناد أن معظم المستشفيات تقدم ثلاث وجبات في اليوم في الصباح والظهر والمساء وفي بعض الأحيان تقدم المشروبات أو أطعمة خفيفة بين الوجبات إذا لزم الأمر . بعض المستشفيات الآن نتيجة لزيادة التكاليف ومشاكل تعيين موظفين في أقسام التغذية قاموا بوضع نظام معدل لتقديم الطعام كالتالي : إفطار كونتنتال يقدم في السابعة صباحاً ، عبارة عن قهوة أو شاي ويسكويت خفيف أو فطائر - الغداء في العاشرة والنصف والعشاء في الثالثة والنصف أو الرابعة والوجبة الرابعة في الثامنة مساء وهي عبارة عن ساندوتش ونوع من العصير . وجبة الإفطار وقبل النوم عادة

تقدم في صينية من الورق حتى يمكن التخلص منها في حجرة المريض ويقوم بتحضير هاتان الوجبتان أعضاء قسم التغذية أثناء العمل بالنهار . بعض المستشفيات تقدم خمس وجبات بنفس النظام وتعتبر وجبة الغذاء والعشاء هما الرئيسيتان بينما الثلاث وجبات الأخرى في صورة وجبات خفيفة .

Selective Menus

قائمة الاختيار:

يعطى المريض عادة قائمة للطعام يمكن أن يختار منها وجباته . ويسمح له باختيار صنف أو صنفين من كل قسم من أقسام القائمة . وعادة يؤشر المريض على الوجبات المقترحة في اليوم السابق لتقدمها . في بعض المستشفيات يمكن للمريض أن يختار وجباته السائلة والنصف سائلة من نفس القائمة حيث يكون مرفق بها قوائم للغذاء السائل والنصف سائل بجانب الغذاء الاعتيادي . يجب أن يوجه المريض وتقدم له المساعدة أثناء اختياره لوجباته من أخصائي التغذية حتى تفي الوجبات باحتياجاته وتكون في نطاق النظام الغذائي الموضوع له .

تدرج غذاء المستشفى :

Regular , Standard , General Diet

– الغذاء الاعتيادي:

هو الغذاء الذي يمد الجسم باحتياجاته من الطاقة والعناصر الغذائية المختلفة ويقدم للمريض الذي لا يحتاج إلى تعديل في نظامه الغذائي . الغذاء الاعتيادي يمكن أن يعدل في طريقة الاختيار وطريقة التحضير وقوام أو كثافة الأطعمة المختلفة ، للمرضى الغير قادرين على تناول الغذاء الاعتيادي ولا تتطلب حالتهم تغذية علاجية .

Light Diet

– الغذاء الخفيف (أو خلال فترة النقاهة):

وهذا الغذاء يقدم للمرضى في دور النقاهة حتى يمكنهم التدرج إلى الغذاء الاعتيادي . الاختلاف الوحيد بينه وبين الغذاء الاعتيادي هو طريقة التحضير . فيطهى الطعام بطريقة بسيطة وتمنع المحمرات والفطائر والأطعمة المقلية والعالية الدهون والمكسرات والصلصات والأطعمة المولدة للغازات والألياف والخضروات والفواكه الطازجة عامة . معظم الأطعمة التي تقدم في الغذاء السائل والنصف سائل يمكن تقديمها في فترة النقاهة . هذا التقسيم تم إنشاؤه في بعض المستشفيات .

Soft Diet

— الغذاء اللين:

الغذاء اللين يكون لين في الملمس ويتكون من السوائل والأطعمة النصف صلبة وهو غذاء قليل الألياف وجاهز للهضم. قليل جداً من التوابل تستعمل في الإعداد وقد لا تستعمل ويحدد استعمال الفواكه واللحوم والخضروات أكثر منه في الغذاء الخفيف. يقدم هذا الغذاء للمرضى بعد العمليات الجراحية في حالات معينة، كذلك المرضى المصابين بالعدوى الحادة وبعض حالات الخلل في الجهاز الهضمي وبعض المرضى المصابون بضعف عام لسهولة الأكل.

Liquid Diet

— الغذاء السائل:

يقدم بعد العمليات الجراحية وللمرضى بالعدوى الحادة وفي حالة وجود خلل بالجهاز الهضمي.

Clear Liquid Diet

— الغذاء السائل الراقق:

في هذه الحالة يقدم هذا الغذاء للمريض في صورة حساء رائق وعصير فاكهة، شاي، قهوة، مياه غازية وهذه تتوقف على حالة المريض والخطوة الموضوعه له بواسطة الطبيب وأخصائي التغذية. في بعض المستشفيات تقدم أطعمة جافة خفيفة مع الغذاء السائل الراقق مثل البقسماط أو بسكويت خفيف أو توست.

مشاكل خاصة بالغذاء السائل:

لانخفاض القيمة الغذائية — لا يستعمل أكثر من 24-36 ساعة. إذا استعمل لمدة أطول يجب أن ترفع قيمته الغذائية باستعمال اللبن المنزوع الدسم الجاف (على هيئة بودرة)، السكر والمادة الدهنية يمكن إضافتهما أيضاً وذلك لرفع محتواه من البروتين والسعرات. يجب أن يقدم الغذاء السائل للمريض كل ساعتين أو ثلاث ساعات خلال اليوم والمساء.

— المأخوذ من السوائل:

السوائل ضرورية لجميع وظائف الجسم ويجب أن تقدم عن طريق الأطعمة المختلفة والمشروبات يومياً. إذا لم يحدد الطبيب الكمية فالمريض البالغ يجب أن يحصل على 1000 إلى 1500 مل من السوائل يومياً في صورة مشروبات وماء يقدم مع الطعام أو بين الوجبات. يجب أن

يُذكر بعض المرضى بأهمية تناول المياه حيث أن عاداتهم الغذائية تجعلهم يتجاهلون هذه الناحية ، مثل كثرة تناول المنبهات والخمور .

في حالة تحديد كمية السوائل بالنسبة للمريض يجب أن يتم التعاون بين الممرضة وأخصائية التغذية حتى نضمن الحصول على الكمية المطلوبة تماماً. 3000 مل في اليوم صعب تقديمها للمريض على هيئة ماء فقط . كذلك 500-800 مل / في اليوم في حالة الفشل الكلوي المزمن يكون من الصعب جداً تحقيقها وخاصة في حالة تحديد الصوديوم والبوتاسيوم في الطعام فقد تتطلب الممرضة ماء لتقديم الدواء وهذا أيضاً يجب حسابه في نطاق الكمية المحددة .

Infection

— العدوى:

في حالة المريض المصاب بعدوى حادة قد يحدث فقد لكمية كبيرة من السوائل خلال الجلد والرئة والجهاز الهضمي (الإسهال) وهذا قد يؤدي إلى الجفاف Dehydration إذا لم يعوض في الحال بالسوائل المأخوذة . احتجاز أو فقد الأملاح من الجسم قد يحدث أيضاً . الجفاف الحاد مع اختلال ميزان الأملاح في الجسم قد يؤدي إلى الموت . حالات الكوليرا تعتبر مثال لذلك . الجفاف الحاد نتيجة العدوى يعالج عادة بـ Intravenous Fluids (ديكستروز وماء ومحاليل الأملاح) وفي مثل هذه الحالات لا يستطيع المريض تناول السوائل بالضم .

بجانب فقد السوائل والأملاح من الجسم في حالة العدوى ترتفع درجة الحرارة وتكون مصاحبة لارتفاع الميتابولزم الأساسي في الجسم . كل ارتفاع في درجة حرارة الجسم درجة واحدة مئوية يصحبه 12% ارتفاع في معدل طاقة الميتابولزم الأساسي في الجسم . ولذا تستهلك مخازن الدهن والبروتين والكربوهيدرات بالجسم لتوليد الطاقة اللازمة إذا لم يكن الغذاء كافي .

سوء تغذية المرضى بالمستشفيات :

لا توجد معلومات دقيقة عن تكرار ودرجة سوء التغذية وعدم التوازن الغذائي الذي يعاني منه المرضى المقيمين بالمستشفى . وذلك نتيجة لتنوع المرض والاختلافات الكبيرة في طول فترة المرض والمشاكل الميتابولزمية المتعلقة بالمرض نفسه أو بطريقة العلاج . وبالرغم من ذلك فإن سوء التغذية ينتشر بصورة كبيرة بين المرضى المقيمين بالمستشفى لمدة تزيد عن أسبوعين . في كثير من الأحيان

يتج ذلك من النظام الغذائي الغير متوازن المرتبط بالمرض أو بطريقة العلاج . وقد تم حديثاً تحسين هذا الوضع بواسطة التغذية عن طريق الدم (Parenteral) وخاصة في حالة العمليات الجراحية الصعبة .

وهناك العديد من الدراسات تشير إلى وجود نقص غذائي في كثير من العناصر الغذائية الضرورية عند المرضى بالمستشفيات . فمثلاً وجد أن 45% من المرضى بإحدى المستشفيات يقل مستوى الهيموجلوبين عندهم عن الطبيعي . ويقل أيضاً مستوى الألبومين في الدم عن الطبيعي . في حوالي 35% من المرضى وفيتامين (ج) في 26% من المرضى وفيتامين (أ) في 20% من المرضى . وبالنسبة لوزن الجسم فقد كان أقل من الوزن المثالي في 24% من المرضى . وفي دراسة أخرى وجد أن 44% من المرضى في أقسام المستشفى المختلفة يعانون من نقص في البروتين والسعرات ، بينما لمرضى بأقسام الجراحة يعاني 50% منهم من نفس المشكلة .

Physician - Induced Malnutrition

سوء التغذية الحاد بسبب الطبيب؛

يكون نتيجة لعدم التأكيد على استخدام نظام غذائي مناسب وكافي لسد احتياجات المريض الغذائية . وذلك بالرغم من المعلومات الغذائية المتوفرة عن العلاج الغذائي لكثير من الأمراض . وقد أثبتت الدراسات العديدة أن تجاهل الثقيف الغذائي ودراسة التغذية كعلم في كليات الطب أصبح مكلفاً جداً بالنسبة للمرضى . وقد أرجعت كثير من الدراسات حالات النقص الغذائي المتشر بين المرضى إلى عدم تقديم التغذية الكافية لهم والرعاية الغذائية أثناء وجودهم بالمستشفى .

الأسباب التي تؤدي إلى سوء التغذية للمرضى المقيمين بالمستشفى؛

- 1- الفشل في تسجيل الطول والوزن .
- 2- تغيير الفريق المعالج على فترات متقاربة .
- 3- عدم تحمل المسؤولية لرعاية المريض .
- 4- طول استعمال المحاليل والجلوكوز .
- 5- الفشل في ملاحظة الطعام المأخوذ للمريض وتسجيله .
- 6- حذف وجبات نتيجة التحاليل والفحوص الطبية والأشعات .

- 7 - استخدام التغذية بالأنابيب لمدة طويلة مع عدم احتوائها على كميات كافية من العناصر الغذائية وعدم توافر الشروط الصحية في إعدادها.
- 8 - تجاهل الإضافات من الفيتامينات والأملاح المعدنية .
- 9 - الفشل في تقدير الزيادة في الاحتياجات الغذائية نتيجة المرض أو الجراحة أو الإصابات .
- 10 - الفشل في تقدير دور وأهمية التغذية في الوقاية والعلاج من العدوي .
- 11- عدم وجود إتصال أو تفاعل بين الطبيب وأخصائي التغذية .
- 12 - التأخر في إمداد المريض بالرعاية الغذائية إلى الوقت الذي تصبح حالة المريض الغذائية سيئة جداً ولا يمكن الشفاء منها بسهولة .
- 13 - عدم وجود أو كفاية الاختبارات المعملية اللازمة لتقييم الحالة الغذائية للمريض . وأيضاً عدم استخدام المتاح منها .

الوقاية من سوء التغذية بالمستشفيات :

الطبيب يحتل المركز الرئيسي للوقاية من سوء التغذية بالمستشفى وله دور هام جداً وفعال . ولكن بالمساواة في الأهمية فإن الفريق الصحي المشغول عن رعاية المريض والذي يشمل الممرضة وأخصائيو التغذية والصيدلي وأخصائي التحاليل والإداريين لهم أيضاً دور في الوقاية . إن تلافى الأسباب التي تؤدي إلى سوء التغذية للمرضى المقيمين بالمستشفى ومحاولة دراسة كل من هذه الأسباب على حده وإيجاد الحل المناسب لها ، سوف يؤدي بدوره إلى الوقاية الفعلية والأكيدة والفعالة من الإصابة بسوء التغذية .