

## التغذية السريرية

الفصل السابع عشر: الرعاية الغذائية

الفصل الثامن عشر: مشاكل الجهاز الهضمي والأعضاء الملحقة له.

الفصل التاسع عشر: أمراض القلب التاجية وارتفاع الضغط.

الفصل العشرون: داء السكري.

الفصل الواحد والعشرون: أمراض الكلى.

الفصل الثاني والعشرون: الجراحة والدعم الغذائي.

الفصل الثالث والعشرون: الدعم الغذائي في السرطان والإيدز.



## الرعاية الغذائية

### المفاهيم الأساسية

- الرعاية الصحية السليمة تقوم على الرعاية الفردية.
- الرعاية الصحية الشاملة التي تقدم بأفضل فريق من مختلف المهنيين الصحيين وموظفي الدعم من الأشخاص.
- تركز خطة الرعاية الصحية الشخصية على الاحتياجات والأهداف ، وإجراءات الأدلة لتعزيز الشفاء والصحة.

يواجه الناس مرضاً حاداً أو مرضاً مزمناً في مجموعة متنوعة من البيئات: المستشفى، منشأة الرعاية الممتدة، العيادة أو المنزل، والدعم الغذائي أمر أساسي في العلاج الناجح للمرض، وغالباً ما يكون العلاج الأساسي. وتعتمد الرعاية الحساسة - دائماً - على الاحتياجات الفردية، ولتلبية الاحتياجات الغذائية الفردية، فهناك حاجة ضرورية للمعرفة الواسعة للحالة التغذوية والاحتياجات وسبل تليتها. ويتحمل أخصائيو التغذية السريرية مع الطبيب المسؤولية الكبرى عن هذه الرعاية الغذائية. وكل عضو من فريق الرعاية الصحية يلعب دوراً هاماً في تطوير وصيانة خطة الرعاية الصحية التي تركز على الشخص.

ويركز هذا الفصل على تقديم الرعاية الشاملة للاحتياجات الغذائية للمريض، ويبحث في عملية الرعاية الأساسية المشمولة. إن فريق الرعاية الصحية، بما فيهم المريض والأسرة، يجب أن يعملوا معاً، لدعم عملية الشفاء وتعزيز الصحة.

## العملية العلاجية

### تحديد الرعاية والتركيز عليها

#### مكان الرعاية الصحية

المستشفيات الحديثة معجزة التكنولوجيا الطبية ، ولكن التقدم الطبي - في بعض الأحيان - يؤدي إلى تشوش الكثير من المرضى ، فضلاً عن الأمراض التي تضعهم في خضم نظام معقد من الرعاية. ويتناوب مختلف أعضاء الطاقم الطبي ، ولكن في الواقع يكون جدول اليوم المقرر بطبيعة الحال دائماً ليس كما هو مقرر له تماماً، فحاجات المرضى تتطلب مدافعة شخصية. إن مقدمي الرعاية الصحية الأولية مثل الممرضين وأخصائيي التغذية ، يمكن أن يوفرُوا الدعم الأساسي والرعاية الشخصية.

#### فريق الرعاية الصحية

في مجال الرعاية الغذائية، يتحمل أخصائيي التغذية المسجل المسؤولية الكبرى ، ويعمل - بشكل وثيق - مع الطبيب ، ويحدد أخصائيي التغذية احتياجات العلاج الغذائي الفردية ، وخطّة الرعاية الصحية. ولا بد من فريق الدعم خلال هذه العملية ، فالمرضى في وضع فريد ، يمكنهم من تقديم المزيد من الدعم الغذائي ، وتحويل المرضى إلى أخصائيي التغذية عند الضرورة.

ومن بين جميع أعضاء فريق الرعاية الصحية المرضى ، وهم الأكثر اتصالاً - بشكل مستمر - مع المرضى وأسرهم. وثمة شراكة حقيقية مع المرضى وأسرهم لا بد منها للعناية الصحيحة. ويجب أن يمتلك المرضى والقائمون على رعايتهم دعماً عاطفياً واجتماعياً لتجربة أكثر إيجابية عن التنويم في المستشفيات ، والرعاية الطبية الشاملة ، بغض النظر عن حالتهم السريرية<sup>(21)</sup>. وهذه العلاقة مهمة لضمان أفضل نهج للرعاية الصحية. وفي تطوير علاقة هذا الفريق ، فإن جميع الأطراف المعنية بحاجة لخبرة ولتجربة كل منهم لتحقيق نتيجة ناجحة.

#### الرعاية المركزة على الشخص

يجب أن تقوم الرعاية الغذائية على أساس الاحتياجات الفردية ، ويجب أن تركز على الشخص ، ولا بد من تلبية الاحتياجات وتحديثها مع المريض باستمرار. وتتطلب هذه الرعاية الشخصية التزاماً كبيراً من العاملين في مجال الرعاية الصحية. وعلى الرغم من كل الوسائل ، والمعدات ، والتقنيات الموصوفة هنا أو في مكان آخر ، يجب أن نتذكر هذه الحقيقة الأساسية : *أداة الشفاء الأفضل التي سوف تستخدمها هي نفسك*. فهذه حقيقة بسيطة ولكنها عميقة ؛ لأنها هي التي تواجه البشرية ، والتي يقدم بها العاملون في الرعاية الصحية أنفسهم ومهاراتهم.

#### مراحل عملية الرعاية

#### جمع المعلومات

لتوفير الرعاية التي تركز على الشخص ، لا بد من جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن حالة المريض.

وتعد استبيانات الأسرة والتاريخ الطبي وسائل مفيدة لجمع المعلومات ذات الصلة عند دخولهم، أو من خلال الزيارة الأولية التي قام بها لمكتب المرضى. وتوفير الرعاية المناسبة، ويجب أن يأخذ في الاعتبار الحالة الغذائية، العادات الغذائية، الوضع المعيشي، وكذلك احتياجات المريض، والرغبات والأهداف. إن المريض والأسرة، هما المصدران الرئيسان لهذه المعلومات (الشكل رقم ١٧، ١). وتشمل المصادر الأخرى: مخطط المريض الطبي، والتواصل الشفوي أو الخطي مع العاملين في المستشفى، والبحوث المتعلقة بهم.



الشكل رقم (١٧، ١). مقابلة المريض لتخطيط الرعاية الشخصية. (From Seidel H M and others: *Mosby's guide to physical examination* 3 Ed, St Louis, 1995 Mosby. Photographer: Patrick Watson).

### تحديد المشاكل

تكشف الدراسة الدقيقة لجميع المعلومات التي تم جمعها عن الاحتياجات الأساسية للمريض، أما الاحتياجات الأخرى، فتطور وتوجه خطة الرعاية العلاجية، كالتنويم في المستشفيات أو استمرارية التشاور.

### تخطيط الرعاية

تهدف أهداف خطة الرعاية الصحية إلى تلبية الاحتياجات المحددة للمريض، وتعطي هذه الخطة المكتوبة اهتماماً للاحتياجات والأهداف الشخصية، وكذلك تحديد متطلبات الرعاية الطبية.

### تنفيذ الرعاية

وذلك من خلال إجراءات مناسبة وواقعية، ثم تنفذ خطة الرعاية الشخصية، وعلى سبيل المثال، فالرعاية الغذائية والتعليم يشمل خطة الغذاء المناسبة، مع أمثلة الخيارات الغذائية لشراء المواد الغذائية، أو إعداد الطعام. وتشمل هذه الأنشطة من الناحية المثالية أفراد الأسرة أيضاً.

## تقييم النتائج وتسجيلها

لا بد من فحص نتائج تنفيذ خطة الرعاية لمعرفة ما إذا كانت احتياجات المريض قد تم الوفاء بها ؛ لذلك يمكن أن تنجح الخطة حسب الحاجة لاستمرار الرعاية ، ويجب تسجيل هذه الإجراءات والنتائج بشكل دقيق في المخطط الطبي للمريض.

ويستعرض ما تبقى من هذا الفصل - بإيجاز- كلاً من مراحل الرعاية الصحية الفردية الخمس من حيث الجوانب الغذائية لرعاية المرضى عموماً، ويعتبر الدعم الغذائي عنصراً أساسياً لجميع عناصر الرعاية الصحية.

## جمع وتحليل المعلومات الغذائية

## جمع المعلومات

## القياسات البشرية

لا بد من أخذ القياسات البشرية بممارسة صحيحة لتجنب الأخطاء، وكذلك المحافظة على المعدات المناسبة والأسلوب الدقيق. وهناك ثلاثة أنواع من القياسات الشائعة في الممارسة السريرية.

**الوزن :** وزن المرضى في المستشفيات في مرات متسقة (في وقت مبكر من صباح اليوم بعد تفرغ المثانة وقبل الإفطار). وزن المرضى دون أحذية وفي ملابس خفيفة، أو في ثوب الفحص. اسأل عن وزن الجسم المعتاد، وقارنه مع جداول الوزن والطول المعياري (انظر الفصل الخامس عشر). اسأل عن أي نقص في الوزن حديثاً (على سبيل المثال ، عن مدى الفترة الزمنية). فقدان الوزن بسرعة غير مرغوب فيه ، فكثيراً ما يرتبط بزيادة المخاطر الصحية. كما اسأل عما إذا كان السبب معروفاً أم لا ، واسأل عن أي زيادة في الوزن حديثاً كذلك. ويكون من المفيد أحياناً أن نسأل عن تاريخ الوزن العام على مر الزمن (مثلاً ، في أدنى مستوياته القصوى وما الأعمار؟).

**الطول :** استخدم عصا قياس مثبتة بالحائط إذا أمكن ذلك. وعلى خلاف ذلك ، استخدم المعيار المتحرك على منصة المقاييس في العيادة. ويكون الشخص واقفاً باستقامة، حيث أمكن ذلك من دون حذاء أو قبة. وبخروج من ذلك نمو الأطفال، وكذلك تناقص طول كبار السن. وبحسب مؤشر كتلة الجسم (BMI) باستخدام قياسات الوزن والطول، والذي هو وسيلة مفيدة للتقييم في جميع مراحل الحياة.

**بنية الجسم:** عادة يقيس أخصائي التغذية جوانب شتى من حجم الجسم وبنية ؛ لتحديد المستويات النسبية للدهون في مقابل العضلات. وتستخدم أساليب مختلفة لقياس بنية الجسم تمت تغطيتها في الفصل الخامس عشر. وتشمل بعض الوسائل ما يلي : قياس سمك الجلد مع المسماك (الشكل رقم ١٧، ٢)، الوزن الهيدروستاتي، تحليل المقاومة الكهربائي الحيوي (BIA)، وقياس امتصاص أشعة الطاقة المزدوج (DEXA)، و(BOD POD) ونظام تتبع بنية الجسم.



الشكل رقم (١٧،٢). تشمل أدوات التقييم قياس سمك الجلد المسماك (يظهر في الشكل) ، والذي تقيس قدر أنسجة الدهون تحت الجلد في مختلف مواقع الجسم . (Seidel HM and others: *Mosby's guide to physical examination*, ed St Louis, 1999, Mosby.

.Photographer: Patrick Watson)

القياسات البشرية (anthropometric measurements): هي قياسات فيزيائية للجسم البشري تستخدم لتقييم الصحة ، بما في ذلك الطول ، الوزن ، سمك الجلد ، محيط دائرة (الرأس ، الفخذ ، الخصر ، الرسغ ، وعضلات منتصف الذراع).

#### الفحوصات طبية

يساعد العديد من التجارب المختبرية والتصوير بالأشعة في تقييم الوضع الغذائي. وهذه التقارير متوفرة - عموماً في مخطط المريض للدراسة. وسيرد العديد من التجارب الأكثر استخداماً هنا.

**بروتين البلازما** : من القياسات الأساسية الهيموجلوبين ، ومكداس الدم ، ومصل الألبومين. وقد تشمل الفحوصات الإضافية مصل الترانسفيرين ، أو قدرة ارتباط الحديد الكلي (TIBC) والفيريتين ، وتساعد هذه الفحوصات في الكشف عن نقص البروتين والحديد.

**أيض البروتين** : يقيس فحص البول الأساسي لمدة ٢٤ ساعة منتجات أيض البروتين ، مثل (الكرياتينين البولي ، ويوريا النيتروجين). وقد تشير المعدلات المرتفعة إلى زيادة هدم أنسجة الجسم.

**سلامة الجهاز المناعي:** تحدد الفحوصات الأساسية عدد الخلايا اللمفاوية، وهي نسبة هذه الكريات البيضاء الخاصة لمجموع خلايا الدم البيضاء، كما يمكن القيام باختبار الجلد؛ للتأكد من الحساسية للمستضدات العامة، وبالتالي قوة جهاز المناعة العام.

**سلامة الهيكل العظمي:** يمكن استخدام العديد من الفحوصات، وخصوصاً مع كبار السن من المرضى؛ للوقوف على حالة العظام وهشاشة العظام المحتملة. وتستخدم بعض الفحوصات، مثل الأشعة السينية، ومقياس الامتصاص DEXA، والمسح الضوئي لكامل عظام الجسم.

**الوظيفة المعوية:** الأشعة السينية مفيدة - أيضاً - لتقييم الوظيفة المعوية وما يتعلق بها من مشكلات، مثل مرض قرحة المعدة، والاختلالات على طول القناة الهضمية.

والفحوص الطبية التي تستخدم لتقييم التغذية - عادة - يمكن الاعتماد عليها لأي شخص في أي سن، ولكن بعض الظروف قد تتعارض مع نتائج الفحص، وينبغي النظر فيها عند تقييم قيم المختبر. وعلى سبيل المثال، فقيم المختبر تتأثر بالماء، ووجود أمراض مزمنة، والتغيرات في وظيفة الجهاز، وبعض الأدوية.

#### الملاحظات

قد تظهر الملاحظات الدقيقة لمناطق مختلفة من جسم المريض، وتكون علامات على سوء التغذية. والجدول رقم (١٧، ١)، يوضح قوائم بعض العلامات السريرية للحالة الغذائية التي ينبغي أن تبقى في الاعتبار عند تقديم الرعاية الصحية العامة.

الجدول رقم (١٧، ١). علامات سريرية للحالة الغذائية.

منطقة الجسم	علامات التغذية الجيدة	علامات التغذية السيئة
المظهر العام	واح ومستجيب.	شاحب، خمول، دقني.
الوزن	الطول طبيعي، والعمر، وبناء الجسم.	زيادة الوزن أو نقص الوزن (قلق خاص بالنسبة لنقص الوزن).
الوقفة	متصب، ذراعان مستقيمان والأقدام.	أكتاف راجعة، صدر غارق وظاهر محدب.
العضلات	متزهلة، شكل جيد، صلابة، متناغمة جيداً، بعض الدهون تحت الجلد.	متزهلة، ضعيفة التناغم، غير متطورة، لينة، مستهلكة المظهر، عاجز عن السير على النحو الصحيح.

تابع الجدول رقم (١٧،١).

منطقة الجسم	علامات التقلية الجيدة	علامات التقلية السيئة
السيطرة العصبية	مدى انتباه جيد، غير تعكس المزاج أو عصبي، وردود فعل طبيعية، واستقرار نفسي.	غير متبه، مكرر المزاج، يخلط الأمور، اشتعال ووخز اليدين والقدمين (التميل)، وفقدان الوقفة، الشعور الاهتزازي، ضعف العضلات وطراوتها (يمكن أن يؤدي إلى عدم القدرة على المشي)، انخفاض أو فقدان في انعكاسات الكاحل والركبة.
الوظيفة المعوية	الشهية الجيدة والهضم، قضاء حاجة طبيعي وعادي، أجهزة أو كتل غير ملموسة (محموسة عند لمس).	فقدان الشهية، وعسر الهضم، إسهال أو إمساك، تضخم الكبد والطحال.
وظائف القلب والأوعية الدموية	معدل ضربات القلب وإيقاعه طبيعي، لا يوجد دمة، ضغط الدم طبيعي بالنسبة للعمر.	نبضات قلب سريعة (< ١٠٠ نبضة / دقيقة تسارع ضربات القلب)، تضخم القلب، إيقاع غير طبيعي، وارتفاع ضغط الدم.
الحياة العامة	متحمّل، وحيوي، وبنام جيداً، نشيط.	ينهك بسهولة، ليس لديه طاقة، يدخل في النوم بسهولة، يبدو متعباً أو كسولاً.
الشعر	لامع، براق، متين، ليس من السهل تقصفه، فروة صحية.	خيطي، باهت، هش، جاف، رقيق، متائر، مصبغ، يمكن تقصفه بسهولة.
الجلد (عموماً)	ناعم، رطب قليلاً، حسن اللون	خشن، جاف، ذو قشرة، بالي، مصبغ، مزعج، كدمات، لُمشات
الوجه والعنق	لون الجلد موحد، ناعم، وردي، مظهر صحي، وليس متسخاً.	دهني، ملون، ذو قشور، متورم؛ بشرة داكنة فوق الحدين ونحمت الأعين؛ جلد متجمد أو متفتت حول الأنف والفم.
الشفاه	ناعمة، حسنة اللون، رطبة، غير مشققة أو متسخة.	جافة، ذات قشور، متورمة، احمرار وتورم (تشقق الصُّوَار)، قروح زاوية أو في زوايا الفم أو شقوق أو نذب (التهاب الفم).
الفم والأغشية الفموية	الأغشية المخاطية ضاربة إلى الحمرة الوردية في التجويف الفموي.	متسخة، الأغشية المخاطية الفموية المتسخة.
اللثة	لون وردي جيد، صحية، لا يبدو أي تورم أو نزيف.	أسفنجية، تنزف بسهولة، احمرار هامشي، ملتصقة، اللثة البارزة.

تابع الجدول رقم (١٧،١).

منطقة الجسم	علامات التغذية الجيدة	علامات التغذية السيئة
اللسان	لون وردي حسن أو مظهر عمير بعمق، لا يبدو متورماً أو ناعماً، حليمات السطح حاضرة، لا يوجد جروح	متورم، قرمزي ومسلوخ، لون أرجواني، سمين (التهاب اللسان)، حليمات مفرطة التصنع، وحليمات مفرطة الدم، حليمات ضامرة.
الأسنان	لا يوجد تجاويف، لا تؤلم، مشرقة، مستقيمة، ليست مزدحمة، الفك يسير بشكل جيد، نظيفة، ليست ملونة.	ملينة بالتسوس، أسنان غائبة، سطوح بالية، مرقشة (التسعم بالفلور)، أوضاع غير صحيحة.
العيون	مشرقة، واضحة، براقة، لا يوجد قروح في أي ركن من أركان الأجفان، الأغشية رطبة وصحية وردية اللون، ولا توج تقاط بارزة للأوعية الدموية أو مقادير الأنسجة أو صلبة العين، ولا يوجد دوائر التعب التحتية.	أغشية العين شاحبة (الملتحمه شاحبة)، الأغشية محمرة (الملتحمه الملتهبة)، جفاف، علامات العدوى، بقع البضع الحجاجية، احمرار أركان الجفن وتشققها (التهاب الجفون الزاوي)، جفاف أغشية العين (جفاف الملتحمه) (ظهور القرنية الباهتة (جفاف القرنية)، القرنية اللينة (تبيّن القرنية).
الرقبة (الغدد)	ليست متضخمة.	تضخم الغدة الدرقية.
الأظافر	قاسية، وردية	ملقعة الشكل (تشوهات بالأظافر)، هشّة، مخددة.
الساقان والقدمان	لا يوجد بهارقة وضعف، أو تورم، جيدة اللون.	وذمة، كتل لينة، وخز، ضعف.
الهيكل العظمي	لا يوجد تشوهات.	أقدام مقوسة، ركبتيان مصطكتان، تشوه في الحجاب الحاجز، أضلاع متأخرة، لوح الكف بارز.

From Williams SR: Nutritional assessment and guidance in prenatal care. In Worthington-Roberts BS, Williams SR: *Nutrition in pregnancy and lactation*, ed 5, New York, 1993, McGraw-Hill.

### التاريخ الغذائي

قد تساعد معرفة عادات المريض الغذائية الأساسية في تحديد نواقص التغذية المحتملة، ويبين مربع التطبيقات السريرية "التاريخ الغذائي: النشاط والعادات الغذائية المصاحبة في اليوم العادي"، مثالا للمرشد العام لجمع التاريخ الغذائي. وأحياناً يتطلب الحصول على تاريخ غذائي أكثر تحديداً واستخدام سجل الغذاء، والذي استمر لثلاثة أيام، هذا ويسجل كل شيء استهلك، والأغذية المستخدمة، وكميات وطرق الإعداد لمدة ٣ أيام. وقد تكشف النظرة الممتدة أكثر للغذاء عن مزيد من المعلومات حول العادات الغذائية أو المشاكل.

## تطبيقات سريرية



التاريخ الغذائي: النشاط والعادات الغذائية المصاحبة في اليوم العادي

الاسم..... التاريخ.....

الطول..... الوزن (رطل)..... (كلجم)..... السن..... الوزن المثالي.....

إحالة:

التشخيص:

النظام الغذائي من أجل:

المهنة:

الترفيه والنشاط البدني:

المدخول الغذائي:

الوقت / الموقع: الغذاء (وطريقة إعداده): الحجم المقدم المسموح / تعليقات:

الإفطار:

وجبة خفيفة:

العشاء:

وجبة خفيفة:

الملخص: مجموع الوجبات من الأطعمة في كل فئة:

الخبز/الحبوب:.....الخضراوات:.....الفاكهة:.....منتجات الألبان: ...اللحوم:.....دهون /

السكر: .....

## التحليل

## المشاكل الغذائية

إن دراسة جميع المعلومات الغذائية التي جمعت ، تساعد على تحديد المشاكل الغذائية ، والتي قد تشمل نقص العناصر الغذائية (الدليل على فقر الدم لنقص الحديد) أو المرض الكامن ، والذي يحتاج إلى نظام غذائي خاص معدل ، وتتطلب علامات سوء التغذية العامة إعادة بناء أنسجة الجسم ، ومخازن المواد الغذائية التي يمكن أن تكون واضحة. وقد يكون ضرورياً المساعدة الخاصة في الأكل والبلع.

## تفاعلات الأدوية

كل المعلومات عن الأدوية ، بما فيها غير الموصوفة والذاتية وأدوية الشوارع ، وكذلك المشروبات الكحولية والأدوية الموصوفة أمر أساسي. ومن المهم . بشكل خاص . للممرض التعرف على تفاعلات الأدوية مع الغذاء ؛ وذلك لأنه الشخص الأكثر إعطاء لكل من الأدوية والأغذية للمرضى. يبحث في كل الأدوية ؛ لتحديد المشاكل المحتملة من أي تفاعل للأدوية مع الأطعمة أو المواد المغذية (الشكل رقم ١٧،٣) ، ويظهر كثير من ردود الفعل هذه عند تصادف عدة أدوية مستعملة ، وخاصة عند كبار السن الذين يعانون من الأمراض المزمنة ؛ وقد يستجيب المرضى بشكل مختلف تماما عن بعضهم بعضاً ، اعتماداً على عاداتهم الغذائية الطبيعية ، والأمراض المحددة التي يعانون منها ، والمطاوعة ، وغيرها من الأدوية أو الأعشاب المتناولة حالياً<sup>(١)</sup>.



الشكل رقم (١٧،٣). تتفاعل كثير من الأدوية مع الأغذية ، ومع المواد المغذية ، لتسبب مشاكل غذائية. (Credit: Photo Disc) .

**تفاعلات الأدوية مع الأغذية :** يمكن أن تُحدث التفاعلات مع الأغذية زيادة أو خفضاً غير مقصود في تأثير الأدوية التي قد تؤثر سلباً على صحة المريض. وقد تؤثر أغذية معينة على الامتصاص، أو التوزيع، أو الأيض، أو إخراج الأدوية، وبالتالي يحدث تغيير في استجابة الجرعة المقصودة. ويعدُّ توقيت وحجم ومكونات الوجبات سبباً رئيساً لإعطاء الأدوية المسببة للتفاعلات مع الأغذية عموماً. وعلى سبيل المثال، تناول وجبة غنية بالدهون، تزيد من امتصاص بعض الأدوية التي تحب الدهون "محب للدهون"، في حين أن تناول وجبة عالية الألياف قد ترتبط بغيرها من الأدوية، وتحد من امتصاصها<sup>(٦)</sup>. إن تفاعل عصير الجريب فروت مع العديد من الأدوية كان في موضع تقييم في السنوات الأخيرة. وقد وجد الباحثون أن عصير الجريب فروت يمكنه تحقيق زيادة كبيرة في التوافر البيولوجي لأنواع معينة من الأدوية لمستوى السمية<sup>(٧)</sup>، في حين أن الوارفرين من الأدوية المضادة للتخثر، والشاتعة لمرضى القلب، وهو أيضاً واحد من أكثر الأدوية تفاعلاً مع بعض الأغذية، وتحديدًا الغنية بفيتامين ك<sup>(٨)</sup>.

**تفاعلات الأدوية مع المواد المغذية:** تعود تفاعلات الأدوية مع المواد المغذية - أساساً - لردود الفعل التي تحدث عند وصف تلك الأدوية التي تؤخذ إلى جانب المكملات غير الموصوفة من الفيتامينات والمعادن، وللأسف فإن استخدام المكملات من الفيتامينات والمعادن نادراً ما تكون مسجلة من الأطباء والصيادلة للمرضى. ومن المحتم أن نسأل المرضى: ما الأدوية الأخرى التي يأخذونها، وعلى وجه التحديد المكملات المستخدمة؟ قد يؤدي تفاعل الأدوية مع المواد المغذية إلى نفاذ المواد المغذية (على سبيل المثال، تستنزف "الستيرويدات" القشرية فيتامين ج، وتدمر المضادات الحيوية إنتاج فيتامين (ك) في الأمعاء)، أو قد يحفز الفيتامين أبيض الدواء (يحفز فيتامين ب ٦ الدواء المضاد للاختلاج "الفينيتوين" بنسبة تصل إلى ٥٠٪)<sup>(٩)</sup>.

**تفاعلات الأدوية مع الأعشاب:** التفاعلات التي تشمل الأدوية الموصوفة والأعشاب، هي الأقل تعريفاً من تفاعلات الأدوية. نبتة سانت جونز (*Hypericum perforatum*) واحدة من أكثر الأعشاب التي تؤخذ لمكافحة الاكتئاب، وقد درست على نطاق واسع كمضادة للتفاعلات مع الأدوية. ومن غير الواضح بالضبط الآلية التي تتفاعل بها نبتة سانت جونز مع الأدوية؛ لأنها ليست بالتفاعل نفسه مع جميع الأدوية. وقد وجد الباحثون أن بعض الأعشاب تُخفِّض نشاط الإنزيمات الرئيسة المشاركة في عملية الأيض للأدوية، في حين وجد آخرون أعشاباً لزيادة النشاط الإنزيمي<sup>(١٠)</sup>، ومن الأعشاب الشائعة الأخرى المشاركة في تفاعلات الأدوية: استخراج البيايا (*Carica papaya*)، ومخلب الشيطان (*Harpagophytum procumbens*)، والجنكة (*Ginkgo biloba*)، وزهرة الربيع المسائية (*Oenothera biennis*)، والفاليريان (*Valeriana officinale*)، وعشبة البحر (*Fucus vesiculosus*)، ونبات الجنسنغ (*Panax ginseng*)، والزنجبيل (*Zingiber officinale*)، ضمن أعشاب أخرى كثيرة<sup>(١١)</sup>. وللعديد من الأعشاب - أيضاً - خصائص طبية سريرية وثيقة، وينبغي أن تُقيَّم على أساس فردي؛ لتحديد مدى ملاءمتها مع عادات المريض الغذائية الحالية والأدوية الموصوفة.

### الاحتياجات الشخصية والأهداف

لا بد من أخذ الاحتياجات الشخصية، والثقافية، والعرقية بعين الاعتبار عند مساعدة المريض على التخطيط لتلبية الاحتياجات الصحية. (انظر لمربع الاعتبارات الثقافية: "الاختلافات الثقافية في التخطيط للرعاية المتقدمة"). ويمكن أن تؤثر المشاكل النفسية والعاطفية بشدة على مجمل نتائج تحسين المريض وصحته، وعلى سبيل المثال، فالمرضى من كبار السن والمقيمون على المدى الطويل في مرافق الرعاية الصحية، غالباً ما يعانون من سوء تغذية طاقة البروتين، وهي مشكلة الانتباس لدى الأفراد الذين يعانون - أصلاً - من صحة سيئة.

وأهم ما يتصل بهذا النوع من سوء التغذية، هو انخفاض الاستهلاك الغذائي، وقد وجد الباحثون أن كل المشاعر تؤثر تأثيراً كبيراً في الاستهلاك الغذائي لدى هؤلاء الناس<sup>(٣)</sup>. وهكذا وعن طريق التصدي للمحن العاطفية، قد تكون احتياجات الطاقة على نحو أفضل، ويتم تفادي المضاعفات المرتبطة بسوء التغذية، ومما يؤسف له أن مثل هذه المشاكل - في كثير من الأحيان - لا تُناقش مع الطبيب المعالج. وفي دراسة أجريت في لندن، وجد أن السبب الأكثر شيوعاً للذين قدمهما المرضى الذين يعانون من المشاكل النفسية التي لا تناقش مع الطبيب، هما أن الطبيب لم يكن لديه الوقت، وأنهم يخشون أن الطبيب لا يمكن للطبيب أن يساعدهم في هذا الشيء<sup>(٤)</sup>. وبالتحقيق مع المرضى بالأسئلة حول سلامتهم النفسية، فرمما يوجد بعض العوامل الخارجية التي يمكن تخفيفها. وبالمثل، فإن للحاجة الاقتصادية أهمية قصوى بالنسبة للعديد من الأشخاص ضمن المجموعات الأكثر عرضة للخطر، مع الأخذ في الاعتبار الأهداف والاحتياجات الشخصية، ويمكن أن يساعد فريق الرعاية الصحية المريض في تحديد الأولويات للرعاية الفورية والطويلة الأجل.

### نتائج ثقافية

#### الاختلافات الثقافية في تخطيط الرعاية المتقدمة

تخطيط الرعاية المتقدمة، هي العملية المستقبلية في علاج المريض، مع لزوم تحديدها قبل ذلك. إن التوجيهات المتقدمة والوصايا الحياتية من الأمثلة على الوثائق المعترف بها في قانون الولايات المتحدة من قبل جميع مؤسسات الرعاية الصحية. ويهدف قانون تقرير مصير المريض للعام ١٩٩١ م إلى تعزيز استخدام إجراءات متطورة للرعاية، وتعزيز حقوق المرضى من خلال الإجراءات الطبية في نهاية العمر. وهذه الوثائق هي الطريقة الوحيدة التي يفضلها المريض لعلاجه، والتي يمكن ضمانها في أوقات فقدان الوعي، أو عدم القدرة على التواصل.

ويمكن اعتبار العلاج الغذائي الطبي، مثل التغذية المعوية والوريدية من قبيل التدخلات للإبقاء على

الحياة لدى بعض الأفراد. وكانت هناك عدة دراسات أجريت مؤخرا لمقارنة التباين الثقافي/العرقي في المواقف، وتخطيط الرعاية المتقدمة، واقترح الباحثون أن هناك اختلافات كبيرة بين مختلف الجماعات العرقية والإثنية للمرضى الذين يريدون الرعاية، وذلك بخصوص تخطيط الرعاية المتقدمة وقرارات نهاية العمر. وأجريت دراسة واحدة من قبل بيركنز وزملائه لتصنيف هذه المواقف في ثلاث ثقافات عرقية أمريكية؛ لتمكين المهنيين العاملين في مجال الصحة لإجراء

وتخطيط الرعاية المتقدمة المحددة ثقافياً\* وقد اتفقت جميع الجماعات العرقية الثلاث: (الأمريكيون الأوروبيون، والأمريكيون المكسيكيون، والأمريكيون الأفارقة) على أن المرضى يستحقون قراراً في العلاج والتخطيط للرعاية المتقدمة، والتي يمكن أن تساعد في توجيه ذلك القرار. بيد أن الأمريكيين المكسيكيين والأمريكيين الأفارقة أقل بكثير من أن يكون لديهم وثائق لتخطيط للمرضى متقدمة من الأمريكيين الأوروبيين†‡§.

ووجد باحثون آخرون أن المرضى من أصل إفريقي أكثر من الفوقازيين لطلب العلاج الداعم للحياة، وبالاعتراف بمثل هذه الاختلافات الثقافية في العلاج، ومعرفة احتمال وجود تخطيط الرعاية المتقدمة للمرضى، يمكن أن يساعد ذلك المتخصصين في الرعاية الصحية للمريض لمزيد من الوعي والحساسية، حيث إن تثقيف المرضى بشأن التوجيهات المتقدمة والوصايا الحياتية للذين يعيشون، وشرح جميع وسائل دعم الحياة التي قد تكون متاحة. وعندما تتخذ مثل هذه القرارات وتكون في أيدي أشخاص؛ محبين؛ نجد أن المريض يعرب عن رغباته لفظياً للأسرة، وفي بعض الأحيان يكون من المستحيل بالنسبة للأسرة الذهاب مع هذا القرار. وبعد أن تخطط الرعاية المتقدمة يمكن أن تخفف من العبء الملقى على عاتق الأسرة، والتأكد من تحقق رغبات المريض.

\* Perkins HS and others: Cross-cultural similarities and differences in attitudes about advance care planning *J Gen Intern Med* 17:48, 2002.

† Phipps E and others: Approaching the end of life: attitudes, preferences, and behaviors of African-American and white patients and their family caregivers *J Gen Intern Med* 21(3):349, 2003.

‡ Owen JE and others: End of life and reactions to death in African-American and white family caregivers of relatives with Alzheimer's disease. *Omega* 43(4):349, 2001.

§ Hopp FP, Duffy SA: Racial variations in end-of-life care *J Am Geriatr Soc* 48(5):658, 2000.

### تخطيط الرعاية الغذائية وتنفيذها

#### المبادئ الأساسية للعلاج الغذائي

#### قاعدة التغذية الطبيعية

يعتمد المبدأ الأساسي للعلاج الغذائي على احتياجات المريض الغذائية العادية، والتي من المهم للمرضى أن يعرفوها. إن أي علاج غذائي ليس سوى تعديل الاحتياجات الغذائية العادية، وهو فقط معدل حسب ظروف الفرد المطلوبة.

## تعديلات المرض

يمكن تعديل المكونات الغذائية للطعام العادي بثلاث طرق أساسية، على النحو التالي :

- ١- **الطاقة** : قيمة الطاقة الكلية في الغذاء، ويعرب عنها بالسرعات الحرارية، ويمكن زيادتها أو إنقاصها.
- ٢- **المواد المغذية** : واحد أو أكثر من العناصر الغذائية الأساسية، مثل (البروتين، الكربوهيدرات، الدهون، المعادن، أو الفيتامين) يمكن تعديلها من حيث الكمية أو الشكل.
- ٣- **البنية** : يمكن تعديل بنية أو توابل الطعام، مثل (الوجبات السائلة أو قليلة الفضلات).

## التكيف الشخصي

يمكن أن يحدث نجاح العلاج الغذائي - فقط - عندما يكون النظام الغذائي شخصياً (مثل تكيفه لتلبية الاحتياجات الفردية). ويمكن أن يتم هذا الأمر بواسطة المريض أو الأسرة. ويجب استكشاف أربعة مجالات معا، على النحو التالي :

- ١- **الاحتياجات الشخصية** : ما الرغبات الشخصية، الاهتمامات، الأهداف، واحتياجات ظروف الحياة التي لا بد من مواجهتها؟
- ٢- **المرض** : كيف يمكن لحالة المريض أو الظروف أن تؤثر على الجسم ووظائفه الأيضية العادية؟
- ٣- **العلاج الغذائي** : كيف، ولماذا يجب أن يتم تغيير النظام الغذائي لتلبية الاحتياجات الناجمة عن حالة المريض أو ظروفه؟
- ٤- **خطة الغذاء** : كيف يمكن لهذه التعديلات الغذائية اللازمة أن تؤثر على الخيارات الغذائية اليومية؟

وكيف يمكنها تلبية هذه الاحتياجات؟

## غذاء البيت الروتيني

يقوم جدول غذاء "البيت" الروتيني على نوع من القائمة الدوارة، وعادة ما تُتبع في معظم المستشفيات. إن التعديل الأساسي في البنية، والتي تتراوح بين السائلة الشفافة (لا تشمل الحليب)، والسائلة الكاملة (تشمل الحليب)، والطعام اللين إلى الغذاء الكامل العادي. ويلخص (الجدول رقم ١٧،٣)، تفاصيل ملصقات الأغذية الروتينية في المستشفى حالياً.

الجدول رقم (١٧، ٢). الأغذية البروتينية بالمستشفى.

عادي	لين	سوائل كاملة	سوائل صافية	الطعام
الكل	شفاف وكامل ، بالإضافة إلى كل شوربات الكريم.	شفافة ، بالإضافة إلى شربات الكريم المصنعة أو المخلوطة.	مرق شفاف خال من الدهون، الشربات.	الحساء
الكل	الحبوب المطبوخة ، رقائق الذرة، الأرز، الشعيرة، والمكرونه.	الحبوب المطبوخة المصفاه.		الحبوب
الكل	الخبز الأبيض، الرقائق، الملبا، الخبز المحمص، والبقسماط.			الخبز
الكل	مثل الكاملة، إضافة إلى البيض (ليس المقلي)، الجبن الحفيف، الجبن الريفي، جبن الكريم، السواجن، الأسماك، لحوم البقر الطري، لحم العجل، الضأن، والكبد.	الحليب والقشدة ومشروبات الحليب، والزبادي.		الأغذية البروتينية
الكل	البطاطس : المخبوزة ، المهروسة، المدهونة، المبخرة، القشرية؛ المطهوه بكاملها، الخضروات غير الحريفة، الخس الطازج، الطماطم.			الخضراوات
الكل	كالشفافة ، بالإضافة إلى الفواكه الطبوخة: الخوخ، الكمثرى، عصير التفاح، الشمش القشر، الكرز الأبيض، الخوخ الناضج، الكمثرى، المسوز، البرتقال، والجريب فروت دون القشور.	الكل	عصائر الفاكهة (حسب التحمل) والمشروبات بطعم الفواكه.	الفواكه وعصائر الفواكه
الكل	كالشفاف والكامل ، بالإضافة إلى الكعك الإسفنجي السادة، الكوكيز، الكعك السادة، الحلويات، فطيرة بالأغذية المسموحة.	كالشفافة، بالإضافة إلى الشربات، البوظة، الحلويات، الكاسترد، والزبادي المجمد.	الجيلاتين بطعم الفواكه، والفواكه المثلجة، والمصاصات.	الحلويات والجيلاتين
الكل	كالشفافة والكاملة، إضافة إلى سلطة الدريسنيغ المتدلسة.	كالشفافة، بالإضافة إلى السمن، الفلفل، وكل الكمالات.	المشروبات الغازية (حسب التحمل) القهوة، الشاي مع أو منزوعة الكافيين، مشروبات الحبوب، مثل البوستم، السكر، العسل، الملح، الحلووى الصلبة البوليكوز( روس)، والكمالات الخالية من الفضلات.	مشروبات

## طرق التغذية

تعتمد الطريقة المستخدمة في خطة الرعاية الغذائية على حالة المريض، ويعمل أخصائي التغذية والمرضى معاً على إدارة الغذاء بواسطة استخدام التغذية الفموية، أو المعوية، أو الوريدية.

## التغذية الفموية

تستخدم لأطول فترة ممكنة، كما أن التغذية الفموية العادية، هي الطريقة المفضلة للتغذية، وإذا لزم الأمر، قد نحتاج للمكملات الغذائية.

## التغذية الفموية المساعدة

وفقاً لحالة المريض، قد تساعد الممرضة المريض على تناول الطعام، وعادة ما يحب المرضى الحفاظ على الاستقلالية بقدر الإمكان، وينبغي تشجيعه على القيام بذلك بأي قدر من المساعدة اللازمة. إن الاستفادة من اللوح، أو أوان خاصة لتسهيل الاستقلالية عادة ما يرحب بها لدى كل من المرضى والموظفين. حاول تعلم احتياجات كل مريض والقيود لبعض الأمور البسيطة، مثل (تقطيع اللحوم أو الخبز قبل دهنه بالزبد، وإحضاره بصينية إلى جوار السرير)، ويمكن القيام بذلك دون شعور المريض بعدم الكفاية. وعندما يكون هناك حاجة لتقديم المساعدة الكاملة، يجب وضعها داخل صينية بشكل آمن ضمن نظر المريض، ثم استرخ واجلس بجوار السرير إذا كان أكثر راحة. اجعل المعادنة بسيطة أو الزم الصمت، بوصفه يدل على حالة المريض. اعرض عليه كميات صغيرة، ولا تستعجل في التغذية. أعط وقتاً كافياً للمريض للمضغ، أو للابتلاع، أو للراحة بين اللقم في الفم. اعرض السوائل بين المواد الصلبة، وذلك باستخدام أنبوب الشرب عند الضرورة. اسمح للمريض بمبدال أثناء كل وجبة وبعدها. اسمح للمريض بمسك الخبز، إذا كان راغباً وقادراً على القيام بذلك. عند تغذية مريض أعمى، أو أنه يضع ضمادات على عينيه، صف الطعام المقدم على الصينية؛ لأن خلق صورة عقلية تساعد على الرغبة في تناول الطعام، وأحياناً يكون من المفيد استخدام الساعة المواجهة؛ للسماح للمريض بتصوير موقع بعض الأطعمة على اللوحة مثل (تشير الساعة ١٢ إلى أن هناك لحوماً، والساعة ٣ إلى البطاطس، وما إلى ذلك). حذر المريض بالشعور بالحساء الساخن، وخاصة إذا أخذ عن طريق القشة (الماصة)، والتعريف بكل المواد الغذائية التي تقدم له مسبقاً. ويمكن أن توفر مرات من التغذية المساعدة فرصة خاصة لتقديم المشورة الغذائية والدعم، ويمكن خلال هذه الفترة أخذ ملاحظات هامة. ويمكن للممرضة ملاحظة المظهر الجسدي للمريض في المستشفى، واستجابته على الأغذية المقدمة، وشهيته وتحمله لبعض الأطعمة، وكذلك معرفة معنى الطعام بالنسبة للشخص. ويمكن أن تساعد هذه الملاحظات الممرضة على تكييف المريض مع النظام الغذائي؛ لتلبية احتياجات فردية معينة. إن مساعدة المرضى على تعلم المزيد عن النظم الغذائية والاحتياجات الغذائية جزء هام من الرعاية الشخصية، والأشخاص الذين يفهمون دور الغذاء في الصحة الجيدة (على سبيل المثال، يفهمون أنه يساعدهم على استعادة قوتهم والشفاء

من المرض) ؛ هم أكثر قبولاً للنظام الغذائي ، كما أنهم يشعرون بمزيد من التشجيع ؛ للحفاظ على العادات الغذائية السليمة بعد مقادرة المستشفى ، وكذلك تحسين العادات الغذائية بشكل عام.

### التغذية المعوية

عندما لا يستطيع المريض تناول الطعام ، يمكن استخدام الأجزاء المتبقية من القناة الهضمية ، فالأشكال البديلة من التغذية المعوية من خلال الأنبوب تقدم الدعم الغذائي. ويقال : "إذا لم تستخدمه ، فستخسره" ، وينطبق هذا القول - أيضاً - على وظيفة الأمعاء ؛ لذلك وفي أي وقت يستطيع المريض تحمل الطعام من خلال القناة الهضمية ، فإنها طريقة التغذية المختارة ، حيث يوضع أنبوب صغير عن طريق أنف المريض ، وينزل خلف الحلق ، إما في المعدة أو الأمعاء الدقيقة (الأنف معدني أو الأنف صائمي على التوالي) ؛ لإعطاء مصادر غذائية وطاقة مناسبة. وهناك خلطات تجارية مختلفة متاحة ، وعادة ما تفضل المخلوطة منها محلياً. وقد تكون الخلطة المحضرة من مائدة الطعام محسوبة ومحضرة ، ولكنها تحمل مزيداً من مخاطر التلوث في إعداد الموجوده وتخزينها. ويغطي الفصل الثاني والعشرون الكثير من التفصيل عن التغذية المعوية ، بالإضافة إلى الرسوم البيانية.

### التغذية الوريدية

إذا كان المريض لا يستطيع تحمل أي مواد غذائية أو خلطات من خلال الجهاز الهضمي ، فلا بد من التغذية الوريدية (IV).

وبالمقارنة مع التغذية بالأنبوب ، فإن التغذية الوريدية أكثر تدخلا ، وأكثر تكلفة بكثير ، كما أنها قد تسبب مزيداً من المخاطر ، ولكنها ضرورية للمرضى الذين لديهم الجهاز الهضمي كله ، أو جزء من الأجهزة التابعة له لا تعمل (الكبد والبنكرياس وغيرها). وهناك شكلان للتغذية الوريدية : (١) التغذية في الأوردة الطرفية ؛ و (٢) التغذية في الأوردة المركزية. ومرة أخرى ، فإن كلاً من أشكال التغذية الوريدية سيجري تناولها بمزيد من التفصيل ، مع الرسوم البيانية في الفصل الثاني والعشرين. وفيما يلي وصف موجز.

**التغذية في الأوردة الطرفية:** يمكن إدخال المحاليل المختلفة من السكر ، الأحماض الأمينية ، الفيتامينات ، المعادن ، والدهون مباشرة في الأوردة الطرفية. إن مدخلات المواد المغذية والطاقة محدودة في هذه الطريقة من التغذية ، ولكن استخدام التغذية في الأوردة الطرفية تكون فقط عند الحاجة إلى الدعم الغذائي ، وليس على نطاق واسع ، أو على المدى الطويل. ومن المفيد للمرضى أن يفهموا أنه ما زال هناك وسيلة "للتغذية".

**التغذية في الأوردة المركزية:** عندما تكون حاجة المريض الغذائية كبيرة (على سبيل المثال ، عند الإصابة الشديدة ، أو الأمراض الموهنة) ، قد تكون التغذية الوريدية ضرورية لوقت أطول ، فعند ذلك يتطلب الوضع استخدام أوردة مركزية أكبر. وتنطوي التغذية الوريدية الكلية (TPN) عن طريق الخط المركزي على إجراء جراحي ،

حيث تدخل قسطرة في الوريد تُحْتِ التَّرْقُوي ليسهل الوصول إليها، وتسمح هذه الطريقة من التغذية الوريدية للاستفادة من أكبر حجم ممكن من العناصر الغذائية، ويمكن استخدامها على المدى الطويل. ويعمل فريق من المتخصصين معاً مثل: (الأطباء، خبراء التغذية، الصيادلة، والمرضى) بشكل وثيق في إدارة التغذية الوريدية. وخلال هذا الإجراء، فإن المريض يحتاج إلى رعاية خاصة ودعم، بما فيها التعليمات للاستمرار في استخدام التغذية الوريدية الكلية (TPN) في المنزل حسب الحاجة. (انظر للفصل الثاني والعشرين لمزيد من المعلومات عن التغذية الوريدية الكلية (TPN)).

### تقييم الرعاية الغذائية

#### اعتبارات عامة

عندما تنفذ خطة الرعاية الغذائية، يتم تقييمها من حيث التشخيص الغذائي وأهداف العلاج، ويستمر هذا التقييم خلال فترة الرعاية، وينتهي عند نقطة الخروج من المستشفى، أو نهاية فترة الرعاية. إن مختلف الأسئلة الواردة في الأقسام التالية هامة.

#### الأهداف الغذائية

- ما تأثير النظام الغذائي على طريقة التغذية على المرض، أو على حالة المريض؟ هل أي تغيير في العناصر الغذائية، الطاقة، أنماط وجبات الطعام، أو طرق التغذية أمر ضروري؟

#### دقة إجراءات خطة الرعاية

- هل يجب تغيير أي من عناصر خطة الرعاية الغذائية؟ وهل من الضروري تغيير نوع الطعام أو معدات التغذية، وبيئة الوجبات والنصائح الإجرائية، أو أنواع أنشطة تعلم التوعية الغذائية؟

#### القدرة على متابعة الحمية

- هل هناك أي عائق أو عجز يمنع المريض من متابعة خطة العلاج؟ ما تأثير النظام الغذائي على المريض، أو الأسرة، أو الموظفين؟ هل جمعت كل المعلومات الغذائية اللازمة بشكل صحيح؟ هل فهم المريض والعائلة جميع تعليمات الرعاية الذاتية؟ هل هناك حاجة لموارد المجتمع المتاحة والملائمة؟ ما الذي يلزم من برنامج مساعدات الغذاء، وهل كانت كافية لرعاية المريض؟

#### دور الممرضة وأخصائي التغذية السريرية

تشكل الممرضة وأخصائي التغذية فريقاً مهماً لتقديم الرعاية الغذائية، ويحدد أخصائي التغذية الاحتياجات الغذائية والخطط، ويدير العلاج الغذائي، ويُقيم خطة الرعاية، ويسجل النتائج. وخلال هذه العملية برمتها، تساعد الممرضة على تطوير خطة الرعاية الصحية ودعمها وتنفيذها. وتعتمد الرعاية الناجحة على العمل الجماعي

الوثيق بين أخصائي التغذية والمرضة، وعند الضرورة قد تكون الممرضة بمثابة عنصر أساسي، منسق، محام، مفسر، معلم، أو مستشار.

#### المنسق والمحامي

تعمل الممرضات - بشكل وثيق - مع المرضى أكثر من أي ممارس آخر، فهن الأقدر على تنسيق خدمات المريض الخاصة والعلاج، ويمكن مشاورتهن والرجوع إليهن حسب الحاجة، وبما يؤسف له أن سوء التغذية أمر شائع في المستشفيات. وهناك العديد من العوامل المشتركة في سوء التغذية: (فقدان الشهية بسبب الألم، الأدوية التي تسبب فقدان الشهية، الجراحة، القلق العاطفي والنفسي، وما إلى ذلك)، غير أن المرضى - في بعض الأحيان - قد يظنوا إلى تقليل الاستهلاك الغذائي، وذلك بسبب تعارضه مع الإجراءات الطبية أو المواعيد أثناء وقت الوجبة. وقد تكون الممرضة قادرة على المساعدة في حل تلك التعارضات، وذلك عن طريق تنسيق أوقات تسليم الوجبة، مع الأخذ في الاعتبار لجدول إجراءات المريض المقررة.

#### المفسر

يمكن أن تساعد الممرضة في الحد من قلق المريض، وذلك عن طريق التفسيرات المختصرة والسهلة الفهم عن العلاجات المختلفة، وخطط الرعاية. وتشمل هذه المساعدة تعزيز الاحتياجات الغذائية الأساسية الخاصة، والنتيجة عن الخيارات الغذائية من القائمة، ومن الرسوم التوضيحية للاحتياجات من المواد الغذائية على الصينية. وقد تكون هذه الأنشطة صعبة مع المرضى غير المهتمين أو غير السعداء، ولكن هذه الجهود لفهم سلوك المريض مهمة. وكما ذكر، فإن حالة المريض النفسية والعاطفية لها تأثير قوي على قدرته الكلية في التعامل مع المشكلة الطبية التي في متناول اليد. وقد يعاني المرضى الذين خرجوا من الرعاية دون تفسير مناسب عن مستقبلهم، أو خطة لاستمرارهم في الرعاية، من التوتر والارتباك الذي لا داعي له. وقد وضعت مجموعة من الباحثين استبياناً مفيداً، يمكنه أن يساعد في تحديد الثغرات في فهم المريض، وقد يساعد في توجيه مقدمي الرعاية الصحية لمعالجة القضايا التي لم تحل بعد. والاستبيان قصير، ويركز على الاتصال، العواطف، النتيجة على المدى القصير، المعوقات، والعلاقات مع الموظفين المساعدين، وقد تساعد مثل هذه الأدوات كامل الطاقم الطبي لتحديد الاحتياجات الشخصية لكل مريض ومعالجتها.

#### المعلم أو المستشار

من المهارات الضرورية في مجال التمريض، التعليم اللازم وتقديم المشورة. ويوجد العديد من الفرص السانحة خلال تقديم الرعاية اليومية للمحادثات المخطط لها بشأن مبادئ التغذية السليمة، والتي ستعزز عمل أخصائي التغذية مع المريض. ويجب أن يبدأ التعرف على الاحتياجات الغذائية للمريض منذ دخوله للمستشفى، أو عند أول اتصال، كما يجب أن يمتد لكامل فترة الرعاية، ويجب - أيضاً - أن يستمر في بيئة البيت، وبدعم من موارد المجتمع حسب الحاجة.

المعوية enteral : هي طريقة للتغذية تستخدم الجهاز الهضمي ، وذلك عن طريق الفم أو أنبوب التغذية.  
الوريدية parenteral : هي طريقة للتغذية لا تستخدم الجهاز الهضمي ، وإنما توفر الدعم الغذائي من خلال توفير المواد الغذائية في المحلول الوريدي.

### الخلاصة

يبدأ الأساس للرعاية الغذائية الفعالة مع احتياجات المريض الغذائية ، ويجب أن تشمل المريض والأسرة. وتتطلب الرعاية التي تركز على الشخص التقييم الأولي ، والتخطيط من قبل أخصائي التغذية ، وعمل وثيق ومستمر بين جميع أعضاء الفريق ؛ ولتوفير الرعاية الصحية الأولية. ويتطلب التقييم الدقيق للعوامل التي تؤثر على الوضع الغذائي قاعدة عريضة من المعلومات ذات الصلة ، مثل (المعلومات الفسيولوجية ، النفسية ، الطبية ، والشخصية). إن سجلات المريض الطبية جزء أساسي من وسائل الاتصال بين أعضاء فريق الرعاية الصحية. ويرتكز العلاج الغذائي على الاحتياجات الشخصية والبدنية للمريض ، ويتطلب العلاج الناجح علاقة عمل وثيقة بين موظفي التغذية ، الطب ، التمريض ، والعاملين في مرافق الرعاية الصحية. وتمتلك الممرضة وضعاً قوياً لتعزيز مبادئ التغذية والنظام الغذائي مع المريض والأسرة.

### أسئلة التفكير النقدي

- ١- حدد الآثار المحتملة للعوامل النفسية والاجتماعية المختلفة على نتائج العلاج الغذائي وناقشها.
- ٢- صف القياسات التي يشجع استخدامها لتحديد الحالة الغذائية في العيادات الخارجية ، ومرافق الرعاية طويلة الأمد ، وتشمل أدوات القياس الأمور التالية : (١) القياسات البشرية ؛ (٢) الفحوصات الطبية ؛ (٣) الملاحظات السريرية (الإكلينيكية) ؛ و(٤) العادات الغذائية.
- ٣- صف دور كل من أخصائي التغذية والممرضة في خطة الرعاية الغذائية.

### أسئلة التحدي في الفصل

صح أم خطأ

- ١- اكتب الجملة الصحيحة لكل بند من البنود أجب عليه بـ "خطأ".
- ١- صح أم خطأ : تعتمد الرعاية الغذائية على احتياجات كل مريض.
- ٢- صح أم خطأ : ظروف سكن المرضى لها ارتباط قليل بأمراضهم أو الرعاية المستمرة.

٣. صح أم خطأ : أخذ التاريخ مهارة هامة في تخطيط الرعاية الغذائية.
٤. صح أم خطأ : ليس للتاريخ الاجتماعي للمريض إلا القليل من القيمة في التخطيط لنظامه الغذائي.
٥. صح أم خطأ : عندما يتم وضع خطة العلاج الغذائية ، ينبغي اتباعها بشكل مستمر دون تغيير.
٦. صح أم خطأ : مشاركة الأسرة المريض في نظام العلاج الغذائي والتعليم عادة ما يخلق مشاكل ، والأفضل تجنبها.
٧. صح أم خطأ : أهداف المرضى الشخصية لا تتصل بالعلاج الغذائي وبالتعليمات.

## اختيارات متعددة

١. أي من التفاصيل الشخصية التالية تساعد في تحديد الاحتياجات الغذائية للمريض؟ (ضع الدائرة على كل ما ينطبق).
- (أ) الوظيفة المعوية.
- (ب) مستوى البروتين في الدم.
- (ج) سمك الجلد.
- (د) أعراض المرض.
٢. ينبغي أن يتضمن التاريخ الغذائي البنود التالية من المعلومات الغذائية؟ (ضع الدائرة على كل ما ينطبق).
- (أ) العادات الغذائية العامة.
- (ب) ممارسات شراء المواد الغذائية.
- (ج) أساليب الطهي.
- (د) حب الطعام وكراهيته.
٣. معرفة أي من البنود التالية ضروري للقيام بعلاج غذائي صالح لمريض في المستشفى؟ (ضع الدائرة على كل ما ينطبق).
- (أ) النظام الغذائي المحدد ، وعلاقته بمرض المريض.
- (ب) الأطعمة التي تأثرت بتعديل النظام الغذائي.
- (ج) طريقة المستشفى في تقديم الطعام وحاجة المريض للمساعدة على الأكل.
- (د) استجابة المريض للنظام الغذائي.

٤- أي من الإجراءات التالية ستساعد المريض العاجز الذي بحاجة للمساعدة في تناول الطعام؟ (ضع الدائرة على كل ما ينطبق).

- (أ) التعلّم عن مدى العجز ، وتشجيعه أن يقوم بإطعام نفسه ، إذا كان قادراً على ذلك.  
 (ب) تغذية المريض بشكل كامل ، بغض النظر عن المشكلة ، لأنها توفر له الوقت والطاقة.  
 (ج) المساعدة في التغذية بأكبر قدر ممكن من المواد الغذائية ، وذلك قبل أن تتراجع شهية المريض.  
 (د) الجلوس بشكل مريح ، بجانب سرير المريض ، وتقديم الطعام خلال الفم ، مع الوقت الكافي للمضغ والبلع ، والراحة عند الحاجة.

يرجى الرجوع إلى قسم موارد الطلاب لهذا الباب في الموقع "اقتراحات لمزيد من الدراسة".



## المراجع

1. Da Costa D and others: The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus, *Int J Qual HealthCare* 11(3):201, 1999.
2. vom Eigen KA and others: Care partner experiences with hospital care, *Med Care* 37(1):33,1999.
3. Schmidt LE, Dalhoff K: Food-drug interactions, *Drugs* (62 )10:(1484 ,2002
4. Christensen H and others: Co administration of grapefruit juice increases systemic exposure of diltiazem in healthy volunteers, *Eur J Clin Pharmacol* 58:515, 2002.
5. Charbi B and others: Pharmacokinetic and pharmacodynamic interaction between grapefruit juice and halofantrine, *Clin Pharmacol Ther*: 72(5):514, 2002.
6. Hock AM and others: Potential interactions between alternative therapies and warfarin, *Health-Syst Pharm* 57:1221, 2000.
7. Sorensen JM: Herb-drug, food-drug, nutrient-drug, and drug-drug interactions: mechanisms involved and their medical implications, *J Altern Complement Med* 8(3):293 2002.

8. Paquet C and others: Direct and indirect effects of everyday emotions on food intake of elderly patients in institutions † *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 58(2): 153, 2003.
9. Steins S and others: A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome† *Fam Pract* 18(4):410, 2001.

### لمزيد من القراءة والموارد

- \* American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.): [www.clinnutr.org](http://www.clinnutr.org)  
*This association provides education, publications, conferences, and resources on clinical nutrition therapy for health care professionals. The association is made up of physicians, dietitians, nurses, pharmacist, scientists, and other allied health care professionals.*
- \*American Dietetic Association, Practice Report Panel: Practice report of the American Dietetic Association: home care-an emerging practice area for dietetics,] *Am Diet Assoc* 99(11):1453, 1999.  
*Home care, especially for the growing numbers of older persons in our population, is increasing and the accompanying need for nutritional and nursing care reflects this pressing situation. This excellent report identifies these needs and discusses possible ways of meeting them.*
- \*Porter C and others: Dynamics of nutrition care among nursing home residents who are eating poorly,] *Am Diet Assoc* 99(11):1444, 1999.  
*This article provides insight into the common problem of malnutrition among nursing home residents, and the apparently haphazard ways some staff members may respond, for example: (1) using liquid supplements for vitamins but not for minerals, (2) replacing regular meals with liquid supplement drinks, or (3) resorting to unpleasant and unethical measures such as force feeding.*