

فهرست مطالب

فصل نهم: مروری بر تشخیص ها و مداخلات تغذیه ای.....	۵
فرایند مراقبت تغذیه ای.....	۷
مستندات در تغذیه.....	۲۱
تأثیرات بر تغذیه و مراقبت‌های بهداشتی.....	۳۳
مداخلات تغذیه‌ای.....	۳۸
تغذیه برای بیمار لاعلاج یا مراجعه کننده بیمارستان.....	۴۶
فصل دهم: تحویل غذا و مواد مغذی: برنامه ریزی رژیم غذایی با توجه به ملاحظات فرهنگی.....	۵۰
داده‌های مصرف غذا و مواد مغذی.....	۷۶
راهنمای‌های ملی برای برنامه‌ریزی رژیم غذایی.....	۷۸
فصل یازدهم: فصل دریافت غذا و مواد مغذی: ترکیبات زیست فعال و طب مکمل و ادغام یافته.....	۱۰۷
پزشکی مکمل و یکپارچه.....	۱۱۰
استفاده از روش‌های درمانی مکمل و یکپارچه.....	۱۱۱
تعریف مکمل‌های غذایی.....	۱۱۹
توصیه و فروش مکمل‌های غذایی.....	۱۴۱
فصل دوازدهم: تحویل غذا و مواد مغذی: روش‌های حمایت تغذیه ای.....	۱۶۷
دلیل و معیارها برای تغذیه حمایتی مناسب.....	۱۶۹
تغذیه انترال.....	۱۷۲
دسترسی به تغذیه انترال.....	۱۷۵
محلول‌های وریدی.....	۱۹۷
عوارض عفونت.....	۲۰۵
سندرم تغذیه مجدد.....	۲۰۶
تغذیه انتقالی.....	۲۰۹
تغذیه حمایتی در مراقبت‌های طولانی مدت و در منزل.....	۲۱۲

فصل سیزدهم: آموزش و مشاوره: تغییر رفتار.....	۲۱۸
تغییر رفتار.....	۲۲۰
مدلهایی برای تغییر رفتار.....	۲۲۲
مدلهایی برای استراتژیهای مشاوره.....	۲۲۴
الگوهایی برای توسعه برنامه آموزشی.....	۲۲۷
مهارت‌ها و ویژگی‌های مربی یا مشاور تغذیه.....	۲۲۸
نتایج ارزیابی: انتخاب مناطق تمرکز.....	۲۳۶
رویکردهای مشاوره پس از ارزیابی.....	۲۳۷
ارزیابی اثربخشی.....	۲۴۸
خلاصه.....	۲۴۹

فصل نهم

مروری بر تشخیص‌ها و مداخلات تغذیه‌ای

کلمات کلیدی

advance directives	دستورالعمل‌های پیش‌برد
Affordable Care Act (ACA)	اقدام مراقبت مناسب
(assessment, diagnosis, interventions, monitoring, evaluation (ADIME))	ارزیابی، تشخیص، مداخلات، پایش، ارزیابی
Format	فرمت/قالب
Case management	مدیریت بیمار
Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)	مراکز مراقبت و خدمات درمانی
Chronic care model (CCM)	طرح مراقبت مزمن
Comparative standards	استاندارد تطبیقی
Critical pathways	مسیرهای بحرانی
Discharge planning	برنامه‌ریزی ترخیص
Disease management	مدیریت برنامه
Electronic health record (EHR)	پرونده سلامت الکترونیک
Electronic medical record (EMR)	پرونده پزشکی الکترونیک
Etiology	اتیولوژی (علت‌شناسی)
Managed-care organizations (MCOs)	سازمان‌های مدیریت مراقبت
National provider identifier (NPI)	شناسه ملی ارائه‌دهنده
Nutrition care process (NCP)	فرایند مراقبت تغذیه
Nutrition care process model (NCPM)	طرح فرایند مراقبت تغذیه
Nutrition care process terminology (NCPT)	اصطلاحات فرایند مراقبت تغذیه

Nutrition diagnosis	تشخیص تغذیه‌ای
Nutrition diagnosis etiology matrix	ماتریکس علت شناسی تشخیص تغذیه ای
Nutrition prescription	نسخه تغذیه
Nutrition screening	غربالگری تغذیه
Order-writing privileges (OWPs)	حق نوشتن دستور (توصیه‌های نوشته شده در پرونده بیمار - مترجم)
Palliative care	مراقبت تسکین‌دهنده
Patient reported outcome measures) (PROMs)	گزارش نتیجه اقدامات توسط بیمار
Patient-centered medical home) (PCMH)	خانه پزشکی بیمارمحور
People-centered care (PCC)	مراقبت مردم‌محور
Personal health record (PHR)	پرونده سلامت شخصی
Preferred-provider organizations) (PPOs)	سازمان‌های تأمین کننده ترجیحی
Problem, etiology, signs and) symptoms (PES)	مشکل، علت، علائم و نشانه‌ها
Problem-oriented medical records (POMR)	پرونده پزشکی مشکل گرا (پرونده‌های براساس مشکلات بیمار - مترجم)
Protected health information (PHI)	اطلاعات بهداشتی محافظت شده
Room service	خدمات اتاق
Sentinel events	کشیک
Standards of care	استانداردهای مراقبت
Standards of Professional Performance (SOPPs)	استانداردهای عملکرد حرفه‌ای
The Joint Commission (TJC)	کمیسیون مشترک
Utilization management	مدیریت بهره‌برداری

مراقبت تغذیه‌ای مجموعه‌ای از فعالیت‌های حرفه‌ای است که هدف آن شناسایی نیازهای تغذیه‌ای و ارائه مراقبت برای رفع این نیازها می‌باشد. مراقبت تغذیه‌ای می‌تواند در محیط‌ها و جمعیت‌های مختلفی رخ دهد که در صورت لزوم اعضای تیم درمان از چند رشته خواهند بود. به‌عنوان مثال، مراقبت تغذیه در مدارس با همکاری مسئول بهداشت مدرسه و کارکنان آموزش و پرورش و همچنین در بخش‌های بهداشت عمومی با جمعیت‌های مختلف و با همکاری پرسنل بهداشتی انجام می‌شود. مراقبت تغذیه‌ای همچنین در فضاهای بالینی (مانند مراکز خدمات پرستاری، کلینیک‌های دیالیز و بیمارستان‌ها)، در جمعیت‌هایی که به‌طور حاد یا مزمن بیمار هستند و با همکاری تیم پزشکی (به‌عنوان مثال پرستاران، پزشکان، داروسازان، فیزیوتراپیست‌ها) انجام می‌شود. مراقبت جامع ممکن است نیازمند همکاری ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مختلف (به‌عنوان مثال پزشک، متخصص تغذیه (RD)، پرستار، داروساز، فیزیوتراپیست، مددکار اجتماعی، گفتار درمانگر) باشد که در دستیابی به نتایج مورد نظر صرف نظر از محل ارائه خدمت، نقش مهمی دارند. بیمار یکی از اعضای اصلی تیم است که در تمام تصمیمات اصلی در طول فرآیند مراقبت، در صورت امکان، فعالانه شرکت می‌کند. به‌طور کلی، طرح فرآیند مراقبت تغذیه‌ای خدمت‌گیرنده را به‌عنوان فرد یا جمعیت (شامل اعضای حمایت‌کننده مانند خانواده، مراقبان و ساختارها از جمله آژانس‌های خدمات اجتماعی) تعریف می‌کند.

یک رویکرد مشارکتی سبب اطمینان از دو مورد می‌شود؛ اول، هماهنگی فرایند درمان بین اعضای تیم درمان و خدمت‌گیرنده، دوم، اطلاع همه اعضا از همه اقدامات. کنفرانس‌های تیمی، به‌طور رسمی یا غیررسمی، در همه مکان‌ها مثل کلینیک، بیمارستان، خانه، اجتماع، مرکز مراقبت طولانی‌مدت، یا هر مکان دیگری که ممکن است مشکلات تغذیه در آن شناسایی شود؛ مفید است. هماهنگی فعالیت‌های متخصصین مراقبت‌های بهداشتی و ارائه مراقبت‌های تغذیه‌ای کامل به مستندسازی فرایند و بحث‌های منظم نیاز دارد. استانداردسازی فرآیند مراقبت تغذیه (NCP) سازگاری و کیفیت مراقبت را بهبود می‌بخشد و امکان جمع‌آوری و ارزیابی نتایج مربوط به تغذیه را فراهم می‌کند.

فرایند مراقبت تغذیه‌ای

فرایند مراقبت تغذیه‌ای چارچوبی استاندارد از فعالیت‌های حرفه‌ای برای ارائه مراقبت‌های تغذیه‌ای است که توسط آکادمی تغذیه و رژیم غذایی (AND)، قبلاً به اسم انجمن رژیم غذایی آمریکا [ADA] شناخته می‌شد) ایجاد شده است. طرح NCP توسط متخصصان تغذیه و رژیم درمانی در سراسر دنیا مورد قبول است. مهم‌تر از همه، ورودی بین‌المللی تأثیر قابل توجهی بر بهبود ادامه‌دار

طرح داشته است. طبق تعریف آکادمی، NCP فرآیندی برای شناسایی، برنامه ریزی و رفع نیازهای تغذیه ای می باشد. نیازهای تغذیه ای ذکر شده ممکن است مربوط به یک فرد، گروه خاص یا جمعیت باشد. علاوه بر این، NCP به این حرفه چارچوبی برای تفکر انتقادی و تصمیم گیری می دهد، که ممکن است به تعریف نقش ها و مسئولیت های RDN و تکنسین های تغذیه و رژیم غذایی ثبت شده (NDRTs) در تمام برنامه ریزی های عملی و سطوح حرفه ای کمک کند.

نسخه فعلی این طرح بر موضوعاتی شامل حمایت از مراقبت های مردم محور (PCC) که در آن فرد یا جمعیت در مرکز قرار دارند، تاکید دارد (به شکل ۴-۳ نگاه کنید). غربالگری تغذیه و مدیریت نتایج برای مراقبت های تغذیه ای ایمن و باکیفیت بسیار حیاتی است. اما به عنوان مراحل جداگانه در NCP گنجانده نشده اند، زیرا آنها منحصر به تغذیه و رژیم غذایی نیستند و ممکن است توسط سایر متخصصان نیز انجام شوند. هر مرحله از NCP دارای اصطلاحات خاص خود است که امکان استاندارد کردن اسناد را فراهم می کند. و به عنوان اصطلاحات فرایند مراقبت از تغذیه (NCPT) شناخته می شود (قبلاً به نام اصطلاحات بین المللی رژیم غذایی و تغذیه [IDNT] بود). در ابتدا، اصطلاحات به صورت چاپی در دسترس بودند. ولی در حال حاضر، تقریباً ۱۷۰۰ اصطلاح فقط در قالب وب که به عنوان NCPT الکترونیکی (eNCPT) شناخته می شود، با هزینه جزئی قابل دسترسی است. علاوه بر این، یک زیرمجموعه انتخابی از NCPT فعلی به صورت چاپی نیز وجود دارد. استفاده از اصطلاحات استاندارد در فرآیند مستندسازی بسیار مهم است. جمع آوری منظم و دقیق داده های پیامدهای سلامتی به مراقبان این امکان را می دهد تا تعیین کنند که آیا مداخلات در بهبود یا حل مشکل تغذیه ای مؤثر است یا خیر. برای تسهیل تجمع جمعی داده های مراقبت تغذیه با استفاده از NCPT، این آکادمی ابزار مبتنی بر وب سلامت آکادمی تغذیه و رژیم غذایی (ANDHII) را ایجاد کرده است. علاوه بر این، یک روش ارزیابی برای بررسی صحت استفاده از NCP در تنظیمات مختلف اعمال شده است. این روش به زنجیره های NCP معروف است. این روش برای همه دانشجویان، استادان و متخصصان تغذیه و رژیم شناسی که علاقه به بررسی کیفیت برنامه NCP دارند، مهم است. اگر یک RDN در یک بخش سلامت عمومی کار می کند و برنامه ای برای کاهش چاقی در یک جمعیت درون شهری اجرا کرده است، باید بتواند پارامترهای استاندارد شده را قبل از مداخله (ارزیابی) و پس از آن (پایش) جمع آوری کند و آنها را از نظر تغییرات مقایسه کند تا تاثیر مداخله مشخص شود. بدون زبان استاندارد و تعاریف متناظر، استفاده از اصطلاحات مختلف برای یک وضعیت، توانایی نشان دادن اثربخشی مداخلات را کاهش می دهد. جدیداً، eNCPT مجموعه جدیدی از اصطلاحات را با تمرکز بر مداخلات سلامت عمومی اضافه

کرده است. eNCPT به افزودن اصطلاحات برای برآورده کردن نیازهای در حال تکامل حرفه تغذیه و رژیم‌شناسی با استفاده از یک فرآیند دقیق ادامه می‌دهد.

غربالگری تغذیه

هدف از غربالگری تغذیه، شناسایی مراجعانی است که در معرض خطر تغذیه هستند و بنابراین باید برای ارزیابی وضعیت تغذیه به RDN ارجاع داده شوند. غربالگری تغذیه را می‌توان در همه محیط‌ها از جمله بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، مراکز مراقبت طولانی‌مدت، و مدارس انجام داد. در صورت امکان، باید از ابزارهای معتبر و مخصوص برای غربالگری جمعیت استفاده شود (به فصل ۴ مراجعه کنید). آژانس‌های نظارتی، از جمله کمیسیون مشترک (TJC)، غربالگری تغذیه را در استانداردهای خود گنجانده‌اند. اکثر مراکز مراقبت‌های بهداشتی یک فرآیند غربالگری پذیرش چند رشته‌ای را ایجاد کرده‌اند که توسط کارکنان در طول پذیرش در مرکز تکمیل می‌شود. غربالگری تغذیه می‌تواند در این ارزیابی پذیرش گنجانده شود. تأسیساتی که از پرونده الکترونیک سلامت (EHR) استفاده می‌کنند باید در صورت رعایت معیارهای غربالگری، یک ارجاع خودکار به RDN ایجاد کنند. غربالگری خطر تغذیه باید سریع، آسان و مقرون به صرفه باشد. جدول ۹-۱ اطلاعاتی را فهرست می‌کند که اغلب در صفحه تغذیه گنجانده شده است. برای مثال‌های بیشتر به کادر ۴-۳ و شکل ۴-۴ مراجعه کنید.

هنگامی که یک تیم تحقیقاتی تجزیه و تحلیل مستندات آکادمی (EAL) را در مورد یک بررسی سیستماتیک از ابزارهای غربالگری مراقبت‌های حاد انجام داد، گزارش داد که ابزار غربالگری سوء تغذیه (MST)، ارزیابی کوتاه تغذیه (MNA-SF) و غربالگری خطر تغذیه (NRS 2002) از پایایی و روایی قابل قبولی در محیط‌های مختلف بیمارستانی برخوردار هستند.

جدول ۹-۱ ارزیابی خطر تغذیه

مستندات	اقدام	شخص مسئول
بله یا خیر را در صفحه پذیرش بررسی کنید.	ارزیابی وضعیت وزن - آیا مراجعه کننده قبل از پذیرش به طور ناخواسته وزن کم کرده است؟	متخصص مراقبت‌های بهداشتی
بله یا خیر را در صفحه پذیرش بررسی کنید.	ارزیابی علائم GI - آیا مراجعه کننده مشکلات گوارشی‌ای داشته است که از دریافت معمول در ۲ هفته گذشته جلوگیری کند؟	متخصص مراقبت‌های بهداشتی
اگر یکی از معیارهای غربالگری "بله" است، برای ارزیابی تغذیه با RDN مشورت کنید.	نیاز به مشورت با RDN را تعیین کنید.	متخصص مراقبت‌های بهداشتی

GI, Gastrointestinal; RDN, registered dietitian nutritionist.

برای توضیح بیشتر در زمینه این ابزارهای غربالگری به فصل ۴ مراجعه کنید. هنگام استفاده از این ابزارها در بیمارستان، غربالگری مجدد باید در فواصل منظم در طول بستری انجام شود. سیاست‌های غربالگری مجدد تغذیه باید میانگین مدت زمانی را که خدمت گیرنده در مرکز می‌ماند در نظر بگیرد.

ارزیابی و ارزیابی مجدد تغذیه

هدف ارزیابی تغذیه به دست آوردن، تأیید و تفسیر داده‌های مورد نیاز برای شناسایی مشکلات مرتبط با تغذیه و علل، اهمیت و ارتباط آن‌ها است. داده‌های ارزیابی تغذیه که برای توجیه تشخیص تغذیه استفاده می‌شوند (مرحله‌ای که به دنبال ارزیابی تغذیه است) معمولاً به عنوان «علائم و نشانه‌ها» در بیانیه تشخیص تغذیه ثبت می‌شوند و به عنوان «شواهد» نیز نامیده می‌شوند. ارزیابی تغذیه زمانی مورد نیاز است که ابزار غربالگری فرد مراجعه کننده را در معرض خطر تغذیه‌ای شناسایی کند (برای بحث‌های دقیق در مورد ارزیابی تغذیه به فصل ۴ تا فصل ۷ مراجعه کنید). پزشکی یکپارچه و کاربردی در شکل ۹-۱ خلاصه‌ای از تمام جنبه‌های سبک زندگی مراجعه کننده را ارائه می‌دهد که به سمت ارزیابی عملکردی می‌رود که در مرکز با ADIME (شامل ارزیابی، تشخیص، مداخله،

نظارت و ارزیابی) تعیین شده و شخصی سازی شده است. پارامترهای ارزیابی تغذیه دارای عبارات متناظر خاصی هستند که باید در طول مستندسازی استفاده شوند. این اصطلاحات در پنج حوزه (سابقه مرتبط با غذا/تغذیه، آنتروپومتریک، بیوشیمیایی، یافته‌های معاینه فیزیکی متمرکز بر تغذیه، و سابقه مراجعات) طبقه‌بندی می‌شوند. NCPT همچنین استانداردهای مقایسه‌ای را ارائه می‌دهد که معیارها و استانداردهای مرتبطی هستند که داده‌های ارزیابی تغذیه با آنها برای شناسایی مشکلات تغذیه مقایسه می‌شوند (به فصل ۴ و ضمیمه‌های ۱۱ و ۱۲ مراجعه کنید).

تشخیص تغذیه‌ای

RDNها تمام اطلاعات حاصل از ارزیابی تغذیه را برای تعیین تشخیص تغذیه ای ارزیابی می‌کنند. تشخیص دقیق مشکلات تغذیه با بررسی انتقادی داده‌های ارزیابی همراه با قضاوت درست و مهارت‌های تصمیم‌گیری انجام می‌شود. هدف از شناسایی وجود یک تشخیص تغذیه ای، شناسایی و توصیف یک مشکل یا مشکلات خاص است که می‌تواند از طریق مداخله تغذیه‌ای توسط متخصص تغذیه و رژیم درمانی برطرف شود یا بهبود یابد. مراجعین با تشخیص مشکل تغذیه ای ممکن است در معرض خطر بیشتری برای عوارض مرتبط با تغذیه مانند افزایش عوارض بیماری، افزایش طول مدت بستری در بیمارستان و عفونت با یا بدون عوارض باشند.

عوارض مرتبط با تغذیه می‌تواند منجر به افزایش قابل توجه هزینه‌های مرتبط با بستری شدن در بیمارستان شود و از این رو، تشخیص زودهنگام مشکلات تغذیه و به دنبال آن، مداخله سریع باید انجام شود.

فرایند جمع‌آوری داده‌های ارزیابی و استفاده از تفکر انتقادی برای تعیین تشخیص‌های مهم تغذیه ای نیز باید به شناسایی علت مشکل منجر شود. به عنوان مثال، در حین ارزیابی مراجعه کننده با کاهش وزن قابل توجه اخیر، RDN ممکن است متوجه شود که این اتفاق به دلیل کمبود پول یا ناامنی غذایی است. اگرچه RDN می‌تواند "کاهش وزن ناخواسته" را تشخیص دهد و یک رژیم غذایی پرکالری برای مراجعه کننده در طول بستری شدن در بیمارستان ارائه دهد، این درمان نمی‌تواند علت اصلی تشخیص (عدم وجود غذای کافی در خانه) را برطرف کند. برعکس، با ارائه آموزش تغذیه به مراجعه کننده و ثبت نام او در یک برنامه کمک غذایی مانند Meals On Wheels پس از بازگشت به خانه، RDN ممکن است از تکرار مشکل تشخیص داده شده جلوگیری کند. شناسایی علت همیشه ممکن نیست. با این حال، در صورت وجود مشکل، درک بیشتر از شرایطی که در آن تشخیص رخ داده است، امکان مداخله فردی را فراهم می‌کند. علاوه بر این، وقتی

نمی‌توان علت را تغییر داد، مداخلات باید بر مدیریت یا کاهش علائم و نشانه‌های مشکل تغذیه ای متمرکز باشد.

بسیاری از امکانات موجود، از فرمت‌های استاندارد شده برای بهبود تشخیص تغذیه‌ای استفاده می‌کنند. تشخیص تغذیه ای شکلی از مستندات است که با استفاده از مشکل، علت، علائم و نشانه‌ها (PES) به صورت ساده و واضح بیان می‌شود. کاربرد صحیح NCPT استفاده از اسناد استاندارد شده و در نتیجه جمع آوری اطلاعات مرتبط برای تحقیق، گزارش و تجزیه و تحلیل است. به عنوان مثال، "دریافت انرژی ناکافی" (یکی از اصطلاحات رسمی تشخیصی تغذیه NCPT) باید مستند شود و نه مترادف آن مانند "عدم مصرف کالری کافی". در برخی شرایط، مترادف‌های رسمی پذیرفته شده وجود دارد، و می‌توان آنها را به جای هم استفاده کرد. به عنوان مثال، «کمبود دانش مرتبط با غذا و تغذیه» امکان دارد با «دانش محدود مرتبط با غذا و تغذیه» جایگزین شود. مولفه علت می‌تواند یک اصطلاح NCP یا یک توضیح آزاد از علت اصلی مشکل باشد. هنگام ساخت یک اظهارنامه PES، توصیه می‌شود از ماتریکس علت تشخیص تغذیه ای (موجود در NCPT) استفاده کنید تا مشخص شود آیا مشکل تغذیه ای انتخاب شده با دسته علت‌های انتخاب شده مطابقت دارد یا خیر. ماتریس علت تشخیص تغذیه جدولی است که تمام اصطلاحات تشخیص تغذیه ای را بر اساس همه دسته‌های علت وصف شده، طبقه بندی می‌کند (۱۰ دسته علت وجود دارد). همچنین بررسی دقیق برگره مرجع (نمایه جامع اصطلاحات NCP) برای درک تعریف آن واژه، علل مختلف ذکر شده و علائم و نشانه‌های رایج مرتبط با مشکل تغذیه مهم است. اینها تنها برخی از مزایای اساسی بررسی برگره‌های مرجع است. علائم و نشانه‌ها باید تا حد امکان به شیوه‌ای خاص و قابل اندازه گیری نوشته و مستند شوند. به عنوان مثال، بهترین روش این است که به جای این که بنویسید "کاهش وزن اخیر" صراحتاً بنویسید "مراجعه کننده ۱۵ پوند وزن از دست داده است." RDNها در مطب‌های شخصی نیز باید روشی سیستماتیک برای مستندسازی مراقبت‌های ارائه شده ایجاد کنند. علائم و نشانه‌های ذکر شده در اظهارنامه PES باید حاوی اطلاعاتی باشند که قبلاً در مرحله ارزیابی مستند شده‌اند. داده‌های ارزیابی که به عنوان علائم و نشانه‌ها انتخاب می‌شوند و مشکل تغذیه را توجیه یا حمایت می‌کنند، مؤلفه «شواهد» را هنگام ارزیابی کامل بودن برنامه NCP تشکیل می‌دهند.

مداخله تغذیه

مداخلات تغذیه‌ای اقداماتی هستند که برای درمان مشکلات تغذیه ای با رفع علت یا کاهش و مدیریت علائم و نشانه‌های مرتبط انجام می‌شود. مداخله تغذیه شامل دو مرحله برنامه ریزی و اجراست. در صورت امکان، مداخله تغذیه باید علت شناسایی شده در مرحله ارزیابی NCP را هدف

قرار دهد. بنابراین، اگر تشخیص تغذیه‌ای مصرف کربوهیدرات بیش از حد و علت آن عدم آگاهی در مورد غذاهای پر کربوهیدرات باشد، پس مداخله مناسب می‌تواند آموزش تغذیه و اصلاح اولویتها (آموزش با تمرکز بر اینکه کدام غذاها دارای کربوهیدرات بالا هستند باشد) همانطور که قبلاً گفته شد، مداخله در جهت اتیولوژی همیشه ممکن نیست. هنگامی که RDN نمی‌تواند علت تشخیص تغذیه را مستقیماً درمان کند، درمان باید بر بهبود و/یا مدیریت علائم و نشانه‌های تشخیص تمرکز کند. به عنوان مثال، علت شایع سوء تغذیه در بیماران بزرگسال بستری در بیمارستان، التهاب است. RDN ممکن است قادر به مداخله مستقیم در روند التهابی نباشد. با این حال، التهاب می‌تواند نیازهای تغذیه‌ای بیمار را افزایش دهد. بنابراین، اگرچه RDN ممکن است نتواند التهاب را کاهش دهد، اما می‌تواند مقدار مواد مغذی ارائه شده به مراجعه کننده را از طریق غذاهای پرکالری، مکمل‌های غذایی یا سایر درمان‌های حمایتی تغذیه افزایش دهد. در طول مرحله برنامه ریزی مداخله تغذیه، RDN، بیمار و دیگران، در صورت نیاز، برای شناسایی اهدافی که نشان دهنده موفقیت مداخله است، همکاری می‌کنند. در یک محیط بالینی بستری یا سرپایی، یک جزء مهم از برنامه درمانی معمولاً بخش تغذیه‌ای می‌باشد. یک نسخه تغذیه شرح مفصلی از نیازهای غذایی آن بیمار خاص است. به طور معمول، این می‌تواند شامل نیازهای توصیه شده برای انرژی، پروتئین و مایعات باشد، اما همچنین ممکن است شامل محدودیت دریافت مواد مغذی مرتبط با وضعیت مراجعه کننده مانند نیاز به کربوهیدرات در دیابت، نیاز به پتاسیم در بیماری کلیوی، یا نیاز سدیم در فشار خون بالا باشد. ابتدا اهداف به صورت بیمار محور تعیین می‌شود و سپس اجرا آغاز می‌شود. مداخلات ممکن است شامل غذا و تغذیه درمانی، آموزش تغذیه، مشاوره، یا هماهنگی مراقبت‌ها مانند ارجاع برای منابع مالی یا غذایی باشد. از آنجایی که فرآیند مراقبت مستمر است، برنامه اولیه ممکن است با تغییر شرایط مددجو، باشناسایی نیازهای جدید، یا با ناکامی در موفقیت مداخلات تغییر نماید.

آموزش آشپزی سالم یا یک جلسه آموزشی جهت تغییر نوع چربی در رژیم غذایی فرد (آموزش تغذیه) ممکن است موثر باشد. یک RDN که برای کلینیک زنان، نوزادان و کودکان (WIC) کار می‌کند ممکن است به یک زن باردار در مورد شروع شیردهی به عنوان یک مداخله (مشاوره تغذیه) مشاوره دهد. یک RDN بالینی ممکن است دستوراتی را برای شروع و پیشرفت تغذیه روده‌ای برای کودک مبتلا به فیبروز کیستیک (ارائه غذا و/یا مواد مغذی کافی) بنویسد. RDN ممکن است نیازهای تغذیه برای یک مراجعه کننده پس از ترخیص را به اطلاع مددکار اجتماعی برساند تا اطمینان حاصل شود که مددجو به بهبود خود ادامه می‌دهد (هماهنگی مراقبت‌های تغذیه). به عنوان نمونه‌ای از یک اقدام تغذیه مبتنی بر جمعیت، یک RDN ممکن است هدفش دستیابی به

اقدامات قانونی برای تسهیل زیرساخت‌های حمایتی، دستورالعمل‌ها و مقررات برای طرح‌های از مزرعه به سفره باشد. همه اینها انواع مداخلاتی هستند که RDNها ممکن است برنامه ریزی و اجرا کنند.

پایش و ارزشیابی مراقبت‌های تغذیه‌ای

مرحله چهارم در NCP شامل نظارت و ارزیابی اثر مداخلات تغذیه است. این امر تأثیری را که RDN در یک محیط خاص، اعم از مراقبت‌های بهداشتی، آموزشی، مشاوره، خدمات غذایی یا تحقیقاتی دارد، روشن می‌کند. در طی این مرحله، RDN ابتدا شاخص‌هایی را تعیین می‌کند که باید نظارت شوند. این شاخص‌ها باید با علائم و نشانه‌های شناسایی شده در طول فرایند ارزیابی مطابقت داشته باشند. به عنوان مثال، اگر مصرف بیش از حد سدیم در طول ارزیابی مشخص شد، آنگاه ارزیابی سدیم دریافتی بر اساس معیارها (یک استاندارد مقایسه‌ای یا یک سطح هدف مورد توافق) در زمان تعیین شده برای پیگیری لازم است.

در محیط بالینی، هدف مراقبت از تغذیه دستیابی و حفظ وضعیت تغذیه مطلوب برای مراجعه کننده یا جمعیتی است که در آن در حال خدمات‌رسانی هستند. بنابراین، مداخلات باید نظارت شوند و پیشرفت به سمت اهداف یا معیارها باید مرتباً ارزیابی شود. این امر تضمین می‌کند که اهداف محقق نشده مورد توجه قرار می‌گیرند و مراقبت‌ها به موقع ارزیابی و اصلاح می‌شوند. ارزیابی شاخص‌های نظارت شده، داده‌های عینی را برای نشان دادن اثربخشی مداخلات تغذیه‌ای، صرف‌نظر از تنظیم یا تمرکز، فراهم می‌کند. اگر اهداف با عبارات قابل اندازه گیری نوشته شوند، ارزیابی نسبتاً آسان است زیرا تغییر در شاخص نسبت به وضعیت شاخص قبل از اجرای مداخله تغذیه ای مقایسه می‌شود.

یک نمونه عملی در بالین، نمونه موردی در کادر ۹-۱۰ است. در اینجا، نظارت و ارزیابی شامل بررسی هفتگی دریافت تغذیه، از جمله تخمین دریافت انرژی است. اگر میزان دریافتی کمتر از هدف ۱۸۰۰ کیلوکالری بود، ارزیابی ممکن است به این صورت باشد: "JW نتوانست کالری دریافتی خود را به دلیل ناتوانی در پختن و تهیه غذا برای خود به ۱۸۰۰ کیلو کالری افزایش دهد." این همچنین به یک تشخیص تغذیه از دست رفته اشاره می‌کند: JW به ابزار و لوازم مورد نیاز برای پختن غذا دسترسی ندارد. بازنگری در برنامه مراقبت و اجرای آن در این مرحله ممکن است شامل موارد زیر باشد: «به JW ارجاع به آژانس‌های محلی (به عنوان مثال، Meals (On Wheels ارائه می‌شود که می‌توانند وعده‌های غذایی را در خانه ارائه دهند. سپس تشخیص و مداخله جدید با نظارت و ارزیابی مستمر اجرا می‌شود تا مشخص شود آیا به هدف جدید دست یافته اند یا خیر.

فصل نهم: مروری بر تشخیصها و مداخلات تغذیه‌ای ۱۵

هنگامی که ارزیابی نشان می‌دهد که اهداف برآورده نمی‌شوند یا نیازهای جدیدی ایجاد شده است، فرآیند دوباره با ارزیابی مجدد، شناسایی تشخیص‌های تغذیه جدید و تدوین یک چرخه جدید NCP آغاز می‌شود. به عنوان مثال، در مورد جی دبلیو، در طول بستری شدن وی، تنقلات با کالری بالا ارائه شد. با این حال، نظارت نشان می‌دهد که الگوی غذایی معمول JW شامل تنقلات نمی‌شود، و بنابراین او در بیمارستان از آنها استفاده نمی‌کرد. ارزیابی نشان داد که این میان وعده‌ها مداخله‌ای بی اثر هستند. JW با یک مداخله جدید موافقت می‌کند: اضافه کردن یک غذای دیگر به وعده‌های غذایی خود. نظارت و ارزیابی بیشتر برای اطمینان از اینکه آیا این مداخله جدید مصرف او را بهبود می‌بخشد مورد نیاز است. مرحله نظارت و ارزشیابی ممکن است به عنوان نقطه عطف برای ارزیابی مجدد عمل کند. در این روش، NCP ایستا نیست، بلکه با استفاده از اطلاعات قبلی و اطلاعات مرتبط و جدید که شناسایی شده است، به چرخه بعدی مراحل ادامه می‌دهد و مراحل بعدی NCP را اطلاع می‌دهد.

جدول ۹-۱ اجرای فرایند مراقبت از تغذیه برای بیماری به نام JW

روند پیشرفت در مداخله تغذیه شناسایی تشخیص‌های تغذیه‌ای به RDN اجازه می‌دهد تا مداخله تغذیه‌ای را بر درمان علت مشکل (در این مورد وعده‌های غذایی از دست رفته) متمرکز کند. به عنوان یادآوری مداخله تغذیه از دو بخش برنامه ریزی و اجرا تشکیل شده است. یک نسخه تغذیه و مجموعه‌ای از اهداف حمایتی ممکن است بخش برنامه ریزی مداخله را شامل شود (مرحله ۳). تعیین هدف برای ایجاد برنامه‌های کوتاه مدت و بلند مدت اغلب مورد نیاز است. در فرآیند آموزش، مراجعه کننده و RDN باید به طور مشترک اهداف قابل دستیابی را تعیین کنند. اهداف باید به صورت رفتاری بیان شوند و بر حسب آنچه که بیمار در صورت تحقق اهداف انجام خواهد داد یا به آن دست خواهد یافت، بیان شود. اهداف باید منعکس کننده سطح تحصیلات و منابع اقتصادی و اجتماعی در دسترس مددجو و خانواده باشد.	JW مردی ۷۰ ساله است که برای جراحی تعویض دریچه میترا در بیمارستان بستری شد. JW به تنهایی در خانه خود زندگی می‌کند. JW مجرد است و می‌گوید در ۶ ماه گذشته قادر به تهیه غذا نبوده است. غربالگری خطر تغذیه نشان می‌دهد که او ناخواسته وزن کم کرده است و چندین هفته قبل از پذیرش بد غذا می‌خورده است که منجر به ارجاع به RDN شده است. مراجعه کننده ۱۵ پوند کاهش وزن را در ۳ ماه گذشته گزارش می‌دهد. ارزیابی (مرحله ۱): تفسیر نمودار، مصاحبه با بیمار، معاینه فیزیکی متمرکز بر تغذیه اطلاعات زیر را نشان می‌دهد: اطلاعات زیست پزشکی، آزمایشات پزشکی: گلوکز و الکترولیت‌ها: WNL آلبومین: 3.8g/dl کلسترول/تری گلیسیریدها: WNL
داده‌های تن سنجی: قد: ۷۰ اینچ وزن فعلی: ۱۳۰ پوند (۱۵ پوند کاهش وزن در ۳ ماه اخیر) وزن معمول: ۱۴۵ پوند BMI: ۱۸.۳ > ۱۸.۵ تاریخچه مرتبط با غذا/تغذیه: دریافت غذا: بر اساس گزارش بیمار دریافت کالری تخمینی ۱۲۰۰ kcal/day، دریافت نامنظم غذا، روزانه ۴ تا ۶ فنجان قهوه. تاریخچه بیمار: تاریخچه فشارخون بالا، اختلالات تیروئید، اسهال، جراحی پروستات.	داده‌های تن سنجی: قد: ۷۰ اینچ وزن فعلی: ۱۳۰ پوند (۱۵ پوند کاهش وزن در ۳ ماه اخیر) وزن معمول: ۱۴۵ پوند BMI: ۱۸.۳ > ۱۸.۵ تاریخچه مرتبط با غذا/تغذیه: دریافت غذا: بر اساس گزارش بیمار دریافت کالری تخمینی ۱۲۰۰ kcal/day، دریافت نامنظم غذا، روزانه ۴ تا ۶ فنجان قهوه. تاریخچه بیمار: تاریخچه فشارخون بالا، اختلالات تیروئید، اسهال، جراحی پروستات.

شروع به افزایش وزن تا وزن هدف ۱۴۵ پوند خواهد کرد.

پیاده‌سازی:

ج.و درحالی که در بیمارستان است، غذاهای غنی از مواد مغذی را در رژیم غذایی خود قرار می‌دهد، به خصوص اگر اشتهای او محدود باشد.

هماهنگی مراقبت‌های تغذیه‌ای توسط یک متخصص تغذیه:

پرستاری برای وزن کردن بیمار روزانه

آموزش تغذیه - محتوا: اصلاحات اولویت:

به بیمار در مورد اهمیت دریافت انرژی کافی برای رفع نیازهای مواد مغذی آموزش دهید تا از کاهش وزن بیشتر جلوگیری شود تا زمانی که بتواند به مصرف خوراکی کافی بازگردد.

درک شفاهی آموزش تغذیه - محتوا: اصلاحات اولویت‌دار برای دوره فعلی مصرف رژیم غذایی برای جلوگیری از کاهش وزن بیشتر.

هدف بلندمدت

ج.و رژیم غذایی را به گونه‌ای اصلاح می‌کند که کالری کافی را از طریق استفاده از غذاهای غنی از مواد مغذی برای جلوگیری از کاهش وزن بیشتر و در نهایت افزایش وزن ایجاد کند.

پیاده‌سازی:

پس از ترخیص، JW، به صورت روزانه برای ناهار در مرکز سالمندان محلی حاضر می‌شود تا به بهبود اجتماعی شدن و دریافت کالری کمک کند.

هماهنگی مراقبت‌های تغذیه‌ای توسط یک متخصص تغذیه

مددکار اجتماعی برای هماهنگی ارجاع به مرکز سالمندان محلی.

روش نظارت بر پیشرفت و ارزشیابی

داروها: Inderal, Lipitor, and levothyroxine

از افسردگی و تنهائی بدون همسرش خبر می‌دهد

حمایت اجتماعی از همسایگان و مرکز اجتماعی دارد؛ اما اظهار می‌کند که دوست ندارد کمک بخواند.

استاندارد مقایسه‌ای: ۱۶۰۰ کالری (براساس ۲۵-۳۰ کالری به ازای کیلوگرم وزن فعلی بدن)

تشخیص تغذیه (مرحله ۲)

تفکر انتقادی پایه: ج.و کالری کمتری نسبت به نیاز مصرف کرده و علاقه چندانی به خوردن ندارد. پشتیبانی در جامعه وجود دارد اما ج.و دوست ندارد به دیگران «تحمیل» کند.

RDN مشکلات تغذیه‌ای را تشخیص می‌دهد و اهدافی را برای مراقبت از خود تعیین می‌کند

اظهارات PES

کاهش وزن ناخواسته مربوط به افسردگی گزارش شده توسط خود است که با کاهش وزن ۱۰٪ در ۳ ماه و دریافت کمتر از ۷۵٪ از نیازهای برآورد شده گزارش شده است.

دریافت ناکافی خوراکی مربوط به افسردگی گزارش شده توسط خود گزارش شده است، همان‌طور که با دریافت انرژی ناکافی تخمینی نشان داده می‌شود، دریافت کمتر از ۷۵٪ از نیازهای تخمینی، کاهش وزن ۱۵ پوند در ۳ ماه گزارش شده است.

دسترسی محدود به غذا مربوط به عدم برنامه‌ریزی غذا و مهارت‌های خرید است که با تخمین دریافت انرژی ناکافی (کمتر از ۷۵ درصد برآورد مورد نیاز)، کاهش وزن ۱۵ پوند در ۳ ماه، و BMI فعلی ۱۸.۳ مشهود است.

انتخاب وسیله‌ای برای نظارت بر اینکه مداخلات و فعالیت‌های مراقبت تغذیه‌ای اهداف را برآورده کرده‌اند، مهم است. ارزیابی معیارهای نظارت اطلاعاتی را در مورد نتایج به RDN ارائه می‌دهد و این باید در طول زمان رخ دهد. در نهایت، مستندسازی برای هر مرحله از فرایند برای اطمینان از ارتباط بین همه طرفین مهم است.

برای ج.و، اندازه‌گیری وزن هفتگی و تجزیه و تحلیل دریافت مواد مغذی در زمانی که او در بیمارستان است مورد نیاز است، و اندازه‌گیری وزن هر دو هفته در مرکز سالمندان یا درمانگاه زمانی که او به خانه بازگشته است، انجام می‌شود. در صورت عدم بهبود وضعیت تغذیه که در این مورد با رکوردهای وزن ج.و مشخص می‌شود و اهداف محقق نمی‌شود، ارزیابی مجدد ج.و و شاید تدوین اهداف جدید برای رویکردهای اجرایی جدید ضروری است.

پایش و ارزیابی (مرحله ۴) شاخص: مصرف

انرژی

معیارها: ۱۸۰۰ کیلوکالری در روز، مصرف انرژی را به صورت هفتگی کنترل می‌کند

شاخص: وزن بدن

معیارها: وزن هدف: ۱۴۵ پوند، وزن را به صورت هفتگی در طول مدت اقامت در بیمارستان کنترل می‌کند.

رهنمودهای مبتنی بر شواهد

در مراقبت‌های بهداشتی، ارائه‌دهندگان باید از بهترین شواهد موجود در مراقبت از مراجعان استفاده کنند. مرکز پزشکی مبتنی بر شواهد (CEBM) عملکرد مبتنی بر شواهد را اینگونه تعریف می‌کند: «استفاده آگاهانه، صریح و خردمندانه از بهترین شواهد فعلی در تصمیم‌گیری درباره مراقبت از

بیماران». بهترین شواهد شامل کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی و کنترل‌شده آینده‌نگر (PRCTs)، مرورهای سیستماتیک متون، و متاآنالیز برای حمایت از تصمیم‌های اتخاذ شده در عمل است. گایدلاین‌ها (دستورالعمل‌های) مبتنی بر شواهد (EBGs) ابتدا با انجام یک بازبینی سیستماتیک و سپس با استفاده از نتیجه‌گیری مرور سیستماتیک برای توسعه دستورالعمل‌های مبتنی بر عمل توسعه می‌یابند. یک گروه کاری متشکل از کارشناسان موضوع و تحلیلگران آموزش دیده ویژه با یکدیگر همکاری می‌کنند تا تحقیقات را ارزیابی کنند و توصیه‌هایی برای مراقبت از مراجعه کننده ایجاد کنند. این دستورالعمل‌ها خلاصه‌ای از بهترین شواهد موجود را به ارائه‌دهندگان می‌دهد تا بتوانند عمل خود را انجام دهند.

استفاده مناسب از EBGs ممکن است منجر به بهبود کیفیت مراقبت شود. RDN‌ها باید بتوانند EBG را ارزیابی کنند و تعیین کنند که آیا یک دستورالعمل در یک موقعیت خاص برای یک مراجعه کننده خاص مناسب است یا خیر. بسیاری از سازمان‌های حرفه‌ای، مراقبت‌های بهداشتی و تخصص‌های عملی EBG را توسعه داده‌اند. به دلیل تفاوت‌های بالقوه قابل توجه در کیفیت و کاربرد، RDN‌ها باید بتوانند این دستورالعمل‌ها را ارزیابی کنند.

در دهه ۱۹۹۰، آکادمی شروع به توسعه دستورالعمل‌های تغذیه و ارزیابی اینکه چگونه استفاده از دستورالعمل بر نتایج بالینی تأثیر می‌گذارد، نمود. مدیریت دیابت جزو اولین موقعیت‌های بالینی بود که مورد بررسی قرار گرفت. این دستورالعمل‌های تغذیه مبتنی بر شواهد (EBNPGs) توصیه‌های مرتبط با بیماری و شرایط خاص هستند. EBNPG‌ها شامل توصیه‌های اصلی، اطلاعات پس زمینه و فهرست مراجع هستند. برای کمک به RDN در اجرای EBNPG در مراقبت‌های معمول خود، دستورالعمل‌ها توسط مراحل NCP سازماندهی می‌شوند و NCPT در دستورالعمل‌ها و در بسته‌های ابزار استفاده می‌شود.

EBNPG‌ها و ابزارهای مرتبط با آن به متخصصان تغذیه و رژیم درمانی کمک می‌کنند تا به ویژه برای مراجعین مبتلا به دیابت و مراحل اولیه بیماری مزمن کلیوی (CKD) مراقبت‌های تغذیه‌ای مؤثری را ارائه دهند. تغذیه درمانی پزشکی (MNT) ارائه شده توسط یک ارائه دهنده دارای مجوز Medicare Part B زمانی که از EBNPG‌ها استفاده می‌شود و تمام فرم‌های رویه‌ای به درستی مستند و کدگذاری شده باشند، قابل بازپرداخت توسط بیمه است. مزایای تغذیه درمانی را می‌توان با استفاده از شواهد ارائه شده از این دستورالعمل‌ها به پزشکان، شرکت‌های بیمه، مدیران یا سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اطلاع داد.

برای تعریف عملکرد حرفه‌ای توسط RDN، آکادمی یک چارچوب تمرین رژیم غذایی، یک کد اخلاقی، و استانداردهای عملکرد حرفه‌ای (SOPPs) را منتشر کرده است. استانداردهای تخصصی برای دانش، مهارت‌ها و شایستگی‌های مورد نیاز برای ارائه مراقبت در سطح عمومی، متخصص و پیشرفته برای جمعیت‌های مختلف، اکنون برای بسیاری از حوزه‌های عملی کامل است. این دستورالعمل‌ها برای آموزش دانش آموزان، جهت گیری کارکنان، تأیید شایستگی، و آموزش RDN هابسیار ارزشمند است.

اعتبارسنجی و نظرسنجی

اعتباربخشی توسط کمیسیون مشترک (TJC) و سایر آژانس‌های اعتباربخشی شامل بررسی سیستم‌ها و فرایندهای مورد استفاده برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی همراه با ارزیابی فرآیندهای مراقبت واقعی است. تیم‌های نظرسنجی، TJC موسسات مراقبت‌های بهداشتی را برای تعیین سطح انطباق با حداقل استانداردهای تعیین شده ارزیابی می‌کنند. برای مثال، TJC ایجاب می‌کند که غربالگری تغذیه ظرف ۲۴ ساعت پس از پذیرش در مراقبت‌های حاد تکمیل شود، اما روشی را برای انجام غربالگری الزام نمی‌کند. با این حال، سیاست‌ها باید به طور مداوم اعمال شوند و باید تعهد به ارائه خدمات تغذیه با کیفیت بالا و به موقع به همه مراجعان را منعکس کنند.

بخش «مراقبت از بیمار» کتابچه راهنمای اعتباربخشی TJC برای بیمارستان‌ها حاوی استانداردهایی است که به طور خاص برای استفاده از دارو، توان‌بخشی، بیهوشی، عمل جراحی و سایر روش‌های تهاجمی، و درمان‌های خاص و همچنین استانداردهای مراقبت تغذیه اعمال می‌شود. تمرکز استانداردهای تغذیه‌ای بر مراقبت، ارائه مراقبت‌های تغذیه‌ای مناسب به موقع و موثر با استفاده از رویکرد بین رشته‌ای است. مراقبت مناسب مستلزم غربالگری مراجعین از نظر نیازهای تغذیه، ارزیابی و ارزیابی مجدد نیازهای مددجو، تدوین برنامه مراقبت تغذیه، سفارش و ابلاغ دستور رژیم غذایی، تهیه و توزیع دستور رژیم غذایی، نظارت بر روند، و ارزیابی مجدد و بهبود مستمر برنامه مراقبت تغذیه است. یک مرکز می‌تواند تعیین کند که توسط چه کسی، چه زمانی، کجا و چگونه فرآیند انجام می‌شود، اما TJC مشخص می‌کند که یک متخصص تغذیه واجد شرایط باید در ایجاد این فرآیند مشارکت داشته باشد. برنامه برای ارائه مراقبت‌های تغذیه‌ای ممکن است به سادگی ارائه یک رژیم غذایی منظم برای مراجعه کننده‌ای باشد که در معرض خطر تغذیه‌ای نیست یا به پیچیدگی مدیریت تغذیه روده‌ای در یک بیمار وابسته به ونتیلاتور، که شامل همکاری‌های بین رشته‌ای است.