



1- هدف: هدف از تدوین این سند، اطمینان از ارتقای سلامت و دریافت کافی انرژی، ریزمغذی‌ها و درشت مغذی‌های بیماران بستری در بخش اطفال بیمارستان نیکان غرب می‌باشد.

2- دامنه کاربرد: اجرای این دستورالعمل برای کلیه بیماران بستری در بخش اطفال بیمارستان نیکان غرب الزامی می‌باشد.

3- تعاریف:

- 1-3- کودک و نوجوان: تمامی افرادی که در محدوده سنی 1 ماه، تا 18 ≤ (کمتر و مساوی 18) سال قرار دارند.
- 2-3- نمایه توده بدنی (BMI): عددی است که با قد و وزن کودک ارتباط داشته و زمانی که بر روی نمودار در مقابل سن کودک ترسیم می‌شود، در پایش رشد کودک مفید می‌باشد و به شکل وزن بر حسب کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد (ایستاده یا خوابیده) بر حسب متر محاسبه می‌شود. عدد BMI را می‌توان تا یک دهم اعشار گرد کرد. بر اساس این شاخص، کودک در یکی از پنج گروه لاغری شدید، لاغر، طبیعی، اضافه وزن و چاق قرار می‌گیرد.
- 3-3- Z-score: بیانگر انحراف از مقادیر میانه مرجع، تقسیم بر انحراف معیار جمعیت مرجع است.
- 4-3- ارزیابی اولیه تغذیه‌ای: ارزیابی اولیه بیمار در بدو بستری (24 ساعت اول) با استفاده از فرم ارزیابی تغذیه‌ای بیمار که توسط پرستار به تفکیک فرم‌ها، دو گروه سنی کمتر از 5 سال و 5 سال و بالاتر تکمیل می‌شود.
- 5-3- ارزیابی تخصصی و پیگیری تغذیه‌ای: ارزیابی کودکان و نوجوانان بستری با استفاده از فرم تخصصی تغذیه در دو گروه سنی کمتر از 5 سال و 5 سال و بالاتر و سپس ادامه ارزیابی در روزهای آینده با استفاده از فرم پیگیری وضعیت تغذیه که توسط کارشناس تغذیه تکمیل می‌شود.
- 6-3- سو تغذیه: نوعی اختلال تغذیه‌ای است که به علت مصرف ناکافی یا بیش از اندازه چند ماده غذایی بروز می‌کند. سو تغذیه اصطلاحی است برای توصیف طیف وسیعی از تظاهرات بالینی از خفیف تا شدید که به دلیل عدم تعادل انرژی و پروتئین دریافتی در تامین نیازهای تغذیه‌ای بدن ایجاد می‌شود و به طور کلی به دو دسته Over-nutrition و Under nutrition تقسیم می‌شود. بیشترین روشی که برای تعریف سو تغذیه بکار می‌رود، تقسیم بندی بر اساس شدت آن (خفیف، متوسط و شدید) و با استفاده از منحنی های سازمان جهانی بهداشت است.

 - سو تغذیه متوسط (کم وزنی متوسط): وزن برای سن مساوی Z-Score 3- تا کمتر از Z-Score 2-
 - سو تغذیه شدید (کم وزنی شدید): وزن برای سن کمتر از Z-Score 3-
 - سو تغذیه حاد متوسط (لاغری متوسط): وزن برای قد بین کمتر از Z-Score 2- تا مساوی Z-Score 3- نشان دهنده سو تغذیه حاد متوسط (لاغری متوسط) است.
 - سو تغذیه حاد شدید (لاغری شدید): وزن برای قد کمتر از Z-Score 3- نشان دهنده سو تغذیه حاد شدید (لاغری شدید) است.

- 7-3- Over nutrition یا بیش‌خواری: نوعی از سو تغذیه است که در آن دریافت مواد مغذی بیش از مقدار مورد نیاز بدن برای رشد طبیعی، تکامل و متابولیسم صورت می‌گیرد. از علایم بارز این نوع سو تغذیه، اضافه وزن و چاقی کودک است.
- 8-3- اضافه وزن: اضافه وزن عبارت است از داشتن نمایه توده بدنی بیش از Z-Score 1+ تا مساوی Z-Score 2+ . برای کودکان زیر پنج سال عبارت است از داشتن نمایه توده بدنی بیش از Z-Score 2+ تا مساوی Z-Score 3+.
- 9-3- چاقی: چاقی برای کودکان زیر پنج سال عبارت است از داشتن BMI بیش از Z-Score 3+ ، و برای کودکان 5 تا 19 سال چاقی عبارت است از داشتن BMI بیش از Z-Score 2+.
- 10-3- Under-Nutrition یا کم خوری: نوعی سو تغذیه با کمبود دریافت کالری یا یک یا چند ماده مغذی ضروری می‌باشد و بعلت عدم دسترسی به غذای مناسب، اختلال در خوردن یا جذب غذا و یا افزایش نیاز به کالری بوجود می‌آید.
- 11-3- سو تغذیه اولیه ناشی از کم خوری: این سو تغذیه در کودکان در اثر عوامل اجتماعی، اقتصادی و فقدان غذا ایجاد می‌شود.



12-3 سو تغذیه ثانویه ناشی از کم خوری: سو تغذیه ثانویه در جریان بیماری‌ها همراه با افزایش نیاز به کالری، از دست دادن کالری، کاهش کالری دریافتی و یا ترکیبی از این سه حالت ایجاد می‌شود.

13-3 بیماری‌های گوارشی و کبدی: مواردی همچون سلیاک، سندرم روده تحریک پذیر، ریفلاکس، بیماری‌های التهابی روده، گاستریت، گاستروانتریت، بیماری‌های کبدی، بیماری‌های کیسه صفرا و پانکراس، بیماری‌های انسدادی دستگاه گوارش و ... است. همچنین شرایط خاصی مانند اسهال، استفراغ، یبوست، ژژو نوستومی و PEG.

14-3 بیماری‌های غدد و متابولیک: ابتلا به بیماری‌هایی مانند دیابت، فنیل کتونوری (PKU)، بیماری شربت افرا، تیروزینمی، گالاکتوزمی، بیماری‌های ذخیره گلیکوژن، دیس لیپیدمی، اختلال متابولیسم اسیدهای آلی، اختلال متابولیسم سیکل اوره، اختلال اکسیداسون اسیدهای چرب و ... است.

15-3 عمل جراحی مازور: منظور از عمل جراحی مازور، جراحی با انجام بیهوشی عمومی می‌باشد. پس از اعمال جراحی مازور بیمار باید پس از به هوش آمدن مرکز را ترک نماید و نیازی به بستری شدن تا 48 ساعت ندارد، نیازی به ارجاع به کارشناس تغذیه نیست. بنابراین موارد نیازمند ارجاع به کارشناس تغذیه در جراحی مازور عبارتست از موارد بستری بیشتر از 48 ساعت.

16-3 بیماری‌های کلیوی: شامل ابتلا به بیماری‌های کلیوی شناخته شده حاد و مزمن و یا تحت انواع دیالیز می باشد.

17-3 سو تغذیه: Z-Score کودک در هر رده سنی کمتر از -2 و بالاتر از +2 باشد.

4- مسئولیت‌ها و اختیارات:

1-4 مسئول تغذیه مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص شده و نظارت بر اجرای سند را بر عهده دارد.

2-4 مدیر درمان، مدیر پرستاری، سوپروایزران بالینی و سرپرستاران مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

3-4 پرستاران مسئول بیمار مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

4-4 پزشک معالج، مسئولیت انجام درخواست مشاوره و تصمیم گیری در مورد توصیه های ارزیابی تخصصی و مشاوره تغذیه این دستورالعمل را بر عهده دارد.

5- گام های دستورالعمل:

1-5 جهت انجام ارزیابی اولیه تغذیه ای کودکان و نوجوانان، اقدامات زیر باید توسط پرستار مسئول بیمار انجام گیرد:

1-5-1 وزن کودک و نوجوان باید در هنگام پذیرش توسط پرستار مسئول بیمار اندازه گیری و برحسب کیلوگرم، در فرم ارزیابی اولیه پرستاری ثبت شود.

2-5-1-2 در خصوص کودکان زیر دو سال باید وزن کودک با ترازوی کفه ای، و قد کودک در هنگام پذیرش توسط پرستار مسئول بیمار اندازه گیری و ثبت شود.

تبصره 1: شیرخوار بزرگ تراز 7-8 ماه در وضعیت نشسته وزن شود. اندازه گیری وزن کودکان بزرگتر از دو سال باید با ترازوی پرتابل انجام گیرد.

تبصره 2: اگر کودک کمتر از دو سال دارد، قد خوابیده و اگر دو سال یا بیشتر دارد قد ایستاده اش توسط پرستار مسئول بیمار اندازه گیری شود. (قد ایستاده حدود 0/7 سانتی متر کمتر از قد خوابیده است.)

3-5-1-3 در صورتی که کودک مولتی ویتامین یا قطره A&D یا آهن مصرف می کند گزینه مربوطه توسط پرستار مسئول بیمار علامت زده شود. در صورت مصرف مکمل های دیگر، نام مکمل مورد استفاده در قسمت سایر مکمل ها درج گردد.



4-1-5- در سن زیر 5 سال، از Z-Score وزن برای قد کودک (کتابچه نمودارهای تغذیه موجود در ایستگاه‌های پرستاری) استفاده می‌شود. عدد وزن کودک روی محور عمودی و عدد قد کودک روی محور افقی تعیین و محل تلاقی این دو عدد توسط پرستار مسئول بیمار در محدوده منحنی‌ها تعیین می‌شود و عدد به دست آمده در محل مربوطه باید ثبت شود.

تبصره 3: در صورتی که عدد Z-Score کمتر از -2 باشد، بیمار سو تغذیه داشته و باید خانه کمتر از -2 علامت زده شود. در صورتی که عدد Z-Score بیشتر از +2 باشد بیمار اضافه وزن داشته و باید خانه بیشتر از +2 علامت زده شود.

5-1-5- در دو حالت بالا (محدوده ی کمتر از -2 با بیشتر از +2) پس از اطلاع به پزشک، بیمار باید توسط پرستار مسئول بیمار به مشاور تغذیه ارجاع داده شود.

تبصره 4: در صورت سو تغذیه مزمن، علاوه بر منحنی وزن برای قد، منحنی وزن برای سن و قد برای سن نیز در نظر گرفته شود (مراجعه به کتابچه نمودارهای تغذیه موجود در ایستگاه‌های پرستاری).

6-1-5- در سن بالای 5 سال، باید از Z-Score نمایه توده بدنی برای سن استفاده شود. عدد BMI کودک روی محور عمودی و عدد سن کودک روی محور افقی تعیین و محل تلاقی این دو عدد در محدوده منحنی‌ها تعیین می‌شود و عدد به دست آمده باید در محل مربوطه ثبت شود.

تبصره 5: در صورتی که عدد Z-Score کمتر از -2 باشد، بیمار لاغر است و باید خانه کمتر از -2 علامت زده شود. و در صورتی که عدد Z-Score بیشتر از +2 باشد بیمار چاق است و باید خانه بیشتر از +2 علامت زده شود.

7-1-5- در دو حالت بالا (محدوده ی کمتر از -2 با بیشتر از +2) ، پس از اطلاع به پزشک توسط پرستار مسئول بیمار به مشاور تغذیه ارجاع داده شود.

8-1-5- در خصوص بررسی کاهش وزن یا عدم افزایش وزن بیمار طی 3 ماه گذشته، اگر کودک در 3 ماه اخیر کاهش وزن داشته و یا وزن او ثابت مانده است باید خانه بله توسط پرستار مسئول بیمار علامت زده شده و در غیر این صورت خانه خیر علامت زده شود.

2-5- جهت ارزیابی اشتهای بیمار نسبت به شیر یا غذا، بنا به اظهارات مادر یا بیمار باید توسط پرستار مسئول بیمار اقدامات زیر انجام گیرد:

- 1-2-5- در کودکان شیرخوار زیر 2 سال مصرف شیر مادر اهمیت دارد. اشتهای کودک بیمار باید با سوال از مادر، همراه و یا پرستار سنجیده شود.
- 2-2-5- وضعیت اشتهای بیمار در کودکان غیر شیرخوار بالاتر از 2 سال بلید از مادر، همراه بیمار، و در بیماران 12-18 سال از خود بیمار سوال شده و در مربع مربوطه ثبت شود. برای این منظور، در کودکان 0-6 ماهه ، در صورت وزن گیری کمتر از 500 گرم در ماه یا 125 گرم در هفته به معنی دریافت انرژی کم است.

تبصره 6: از پایان 6 ماهگی تا پایان 8 ماهگی شیرخوار نیاز به 2 تا 3 وعده غذایی و 1 تا 2 میان وعده مغذی دارد. حجم هر وعده غذایی به تدریج باید به نصف لیوان یا 125 میلی لیتر برسد.

شیرخواران 9 تا 11 ماه نیاز به 3 تا 4 وعده غذایی و 1 تا 2 میان وعده مغذی دارند. حجم هر وعده غذایی نصف لیوان یا 125 میلی لیتر است.

کودکان 1 تا 2 سال نیاز به 3 تا 4 وعده غذایی و 1 تا 2 میان وعده مغذی دارند. حجم هر وعده غذایی سه چهارم لیوان است.

کودکان 2 تا 5 سال نیاز به 3 تا 4 وعده غذایی و 1 تا 2 میان وعده مغذی دارند. حجم هر وعده غذایی یک لیوان است.

3-5- در صورت داشتن رژیم غذایی خاص (مانند دیابتی، کلیوی و ...) ، باید خانه بله علامت زده شود و لازم است نوع رژیم غذایی در محل مربوطه درج گردد.

4-5- در صورت ابتلای بیمار به یکی از بیماریهای شناخته شده باید در فرم ارزیابی اولیه پرستاری توسط پرستار مسئول بیمار علامت زده شود.



تبصره 7: بیماری های شناخته شده شامل سوتغذیه، سوختگی، بیماریهای کلیوی، بیماریهای غدد و متابولیک، بیماریهای گوارشی و کبدی، کاندید عمل جراحی مازور

5-5 در صورتی که کودک به بیش از یک بیماری مبتلا باشد، باید در کلیه گزینههای مربوطه علامت زده شود.

تبصره 8: در صورتی که در نتیجه ارزیابی، در حال حاضر نیاز به مراجعه کارشناس تغذیه نیست، مربع مقابل عبارت ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است "علامت خورده و لازم است کارشناس تغذیه، موارد بستری بیش از یک هفته را با کمک پرستار به نحو مقتضی شناسایی کرده و در صورت کاهش وزن یا تغییر در تشخیص بیماری ارزیابی تخصصی و مداخلات تغذیه‌ای لازم را انجام دهد.

6-پایش و نظارت:

6-1-پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط مسئول تغذیه، با همکاری دفتر بهبود کیفیت بیمارستان بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرایند مربوط، تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه یکبار توسط مسئول تغذیه به مدیر درمان و هر 6 ماه در کمیته تغذیه بالینی بیمارستان مطرح خواهد شد.

6-2- نظارت: نظارت بر اجرای این سند به شرح ذیل خواهد بود:

6-2-1- نظارت بر عملکرد پرستاران در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده سرپرستار بخش، سوپروایزر بالینی و مسئول تغذیه خواهد بود.

6-2-2- نظارت بر عملکرد سرپرستار بخش، سوپروایزر بالینی، مسئول تغذیه و پزشکان به ترتیب بر عهده مدیر پرستاری و مدیر درمان خواهد بود و در زمینه پایش ارزیابی اولیه پرستاران و پزشکان و انجام درخواست و اجرای نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و مشاوره تغذیه را بر عهده دارند.

تبصره 9: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط مسئول تغذیه خطاب به مدیر درمان، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می‌شود.

7- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

7-1- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کمیته تغذیه بالینی مرجع تایید این سند خواهد بود.

7-2- تصویب و ابلاغ: رییس بیمارستان، مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.

7-3- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.

7-4- بازنگری: این سند توسط مسئول تغذیه با هماهنگی دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان، مسئول تغذیه و دفتر سنجش و پایش کیفیت میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

8-منابع و مراجع:

8-1- کتاب سیاست‌های اجرایی و ضوابط بخش تغذیه در بیمارستان های کشور 1397

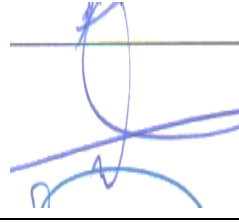
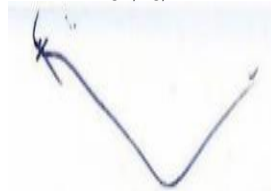
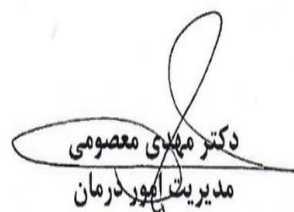
8-2- استاندارد های اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال 1401

8-3- Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice, 11th Edition, ISBN

9780135428733, by Audrey Berman, Shirlee J. Snyder, and GERALYN FRANDSEN, published by Pearson Education

© .2021



مدیر پرستاری	عبداله فلاحي - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	الهام محمودی - سوپروایزر آموزشی	دکتر سوده رازقی - متخصص تغذیه	سجاد یاسینی - مسئول تغذیه	تهیه کنندگان
					
	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته تغذیه بالینی مورخ 1404/10/17 	تایید کننده جانشین رییس کمیته		تایید اولیه
نسخه کپی			دفتر سنجش و پایش کیفیت		توزیع نسخ
 					