



جامعة المنصورة
كلية السياحة و الفنادق

تقييم الوجبات الغذائية المقدمة للمرضى ببعض

مستشفيات جامعة المنصورة

مستخلص من رسالة علمية

إعداد

د/ شريف جمال سعد سليمان

الأستاذ المساعد بقسم الدراسات الفندقية

كلية السياحة و الفنادق – جامعة المنصورة

أ/ شريف رجب محمد طاهر

باحث بدرجة الماجستير

كلية السياحة و الفنادق – جامعة المنصورة

المخلص

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم الوجبات الغذائية المقدمة للمرضى ببعض مستشفيات جامعة المنصورة. وتعتمد الدراسة الحالية على المنهج الوصفي التحليلي من خلال استعراض الدراسات النظرية المتعلقة بموضوع الدراسة، وكذلك إجراء الدراسة الميدانية من خلال أسلوب الاستقصاء، حيث تم توزيع عدد ٤٠٠ استمارة على المرضى في مستشفيات المنصورة، وبلغ عدد الاستمارات الصالحة للتحليل الإحصائي منها ٣٧٩ استمارة بنسبة قدرها ٩٤.٨٪، وذلك بغرض التعرف على توجهاتهم وآرائهم نحو أبعاد الدراسة، وتم تحليل البيانات الواردة من الاستمارات الصالحة للتحليل الإحصائي باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS للوصول إلي نتائج الدراسة. وتوصلت الدراسة إلي أنه، على الرغم من أن طريقة تقديم الوجبة الغذائية ليست جيدة، إلا أن أغلب المرضى يرون أن الوجبة الغذائية المقدمة لهم جيدة، كذلك أظهرت الدراسة أنه لا يتوافر العدد كافي من الطهاة المدربين أصحاب الخبرة المنوط بهم تنفيذ وجبة غذائية للمرضى بالطعم المرضي والشكل المناسب، أيضا أظهرت الدراسة أنه لا تتم دراسة الحالة والاحتياجات التغذوية لكل مريض على حدة.

الكلمات الدالة: جودة الغذاء، مرضي، مستشفيات جامعة المنصورة.

Evaluation of diets provided to patients in some hospitals in Mansoura University

Abstract

The aim of this study is to evaluate the diets provided to patients in some Mansoura University hospitals. The current study is based on the descriptive analytical method by reviewing the theoretical studies related to the subject of the study, as well as conducting the field study through the survey method, where 400 patients were distributed to patients in Mansoura hospitals. The number of valid for analysis was 379, 94.8% In order to identify their attitudes and views towards the dimensions of the study. Data from the valid statistical analysis forms were analyzed using SPSS to reach the results of the study. The study found that, although the method of providing the meal is not good, but most patients believe that the meal provided to them good, Also the study found that chefs are not enough trained to prepare diet meals for patients with the appropriate taste and form, and the study found that the case and nutritional needs of each patient are not studied separately. Based on these results, a set of recommendations were developed, the most prominent of which was the establishment of strict rules to ensure the cleanliness and safety of the equipment used in the preparation and delivery of meals to patients.

Keywords: Food Quality, patients, Mansoura University Hospitals.

مقدمة

أشار Neuman (٢٠١١) إلى أن الوجبة الغذائية المتوازنة هي الوجبة التي تحتوي على المواد الغذائية الضرورية لنمو الجسم وإمداده بالطاقة ووقايتها من الأمراض، حيث تعد عملية إنتاج وجبة غذائية مناسبة للمرضى من أهم الإستراتيجيات التي يعتمد عليها في وضع الخطة العلاجية للمريض (مزاهرة، ٢٠١٤). وقد أكد حسنين (٢٠١١) على أنه توجد مجموعة من الشروط لتكون الوجبة الغذائية مناسبة، منها أنه يجب أن تكون كمية الطعام مناسبة للشخص بحيث تزوده بالطاقة اللازمة وتختلف من شخص الى آخر على حسب السن والمجهود، وأن يحتوى الطعام على المواد الغذائية اللازمة للنمو وتجديد الخلايا والوقاية من الأمراض و المساهمة في نموّ الجسم وتعويض الأنسجة التالفة، كما أنه من المفضل أن تكون أنواع الطعام متنوعة وجذابة حتى لا يصاب الإنسان بالملل وفقدان الشهية. ومن الضروري احتواء الوجبة الغذائية على الماء والأملاح المعدنية والفيتامينات الضرورية لنمو الجسم وقيامه بوظائفه الحيوية، ووقايتها من الأمراض. وأخيرا لا بد أن تكون الوجبة الغذائية خالية من الميكروبات والطفيليات والمواد الكيميائية او المعدنية السامة أو الضارة .

الدراسات المرجعية

كان الاهتمام الأعظم للإنسان البدائي هو الحصول على الطعام من أجل البقاء والنمو والتكاثر دون النظر لمدى صلاحية الطعام، خصوصا ،أن البيئة المحيطة بالإنسان في هذا التوقيت كانت بلا ملوثات، ولا تحمل مئات الملايين من الأمراض كما في وقتنا الحالى ولكن مع مرور السنين والتطور الصناعى الذى أحدثه الإنسان وزيادة فرص تلوث الطعام من هنا اعتقد العلماء أنها كانت بداية الشكوى من المرض بسبب الطعام والشراب غير الصحى وغير الملائم(عامر ٢٠١٢) .

نظرة عامة عن علم التغذية

يرى وايت (٢٠١٤) أن علم التغذية هو العلم الذى يبحث فى الطعام والعناصر الغذائية والمواد الداخلة فى تركيبه من حيث فعلها وتفاعلها وتوازنها وعلاقة ذلك بالصحة والمرض، كذلك العمليات التى تتم داخل جسم الكائن الحى أثناء تناوله لطعامه وهضمه وامتصاصه ونقله والإفاده منه ثم إخراجة .، كما عرف مصقير وآخرون (٢٠١٤) أن الغذاء عبارة عن خليط من عدد كبير من المركبات شديدة التعقيد تشمل الكربوهيدرات والدهون والبروتينات والفيتامينات والعناصر المعدنية والماء، ومن المفترض بل من المسلم به علميا، أن يؤدى الغذاء ثلاث وظائف رئيسية هى : تزويد الجسم بالطاقة، والمساعدة فى النمو وترميم أنسجة الجسم، وتنظيم العمليات الحيوية.

وقد أشار Neuman (٢٠١١) إلى أن الوجبة الغذائية المتوازنة هي الوجبة التي تحتوي على المواد الغذائية الضرورية لنمو الجسم وإمداده بالطاقة ووقايته من الأمراض،، حيث تعد عملية إنتاج وجبة غذائية مناسبة للمرضى من أهم الإستراتيجيات التي يعتمد عليها فى وضع الخطة العلاجية للمريض (مزايرة، ٢٠١٤). وذكر حسنين (٢٠١١) مجموعة من الشروط لتكون الوجبة الغذائية مناسبة وهي، يجب أن تكون كمية الطعام مناسبة للشخص بحيث تزوده بالطاقة اللازمة وتختلف من شخص إلى آخر على حسب السن والمجهود، وأن يحتوى الطعام على المواد الغذائية اللازمة للنمو وتجديد الخلايا والوقاية من الأمراض و المساهمة في نمو الجسم وتعويض الأنسجة التالفة. كما من المفضل أن تكون أنواع الطعام متنوعة وجذابة حتى لا يصاب الانسان بالملل وفقدان الشهية. من الضروري احتوائه على الماء والأملاح المعدنية والفيتامينات الضرورية لنمو الجسم وقيامه بوظائفه الحيوية، ووقايته من الأمراض. ،أخيرا لأبد و أن تكون الوجبة الغذائية خالية من الميكروبات والطفيليات والمواد الكيميائية او المعدنية السامة أو الضارة .

طرق تخطيط الوجبة الغذائية

يحتاج التخطيط لأي شئ إلى عديد من الأدوات والآليات، كذلك تخطيط الوجبة الغذائية لها أدواته وآلياته المعروفة كالهرم الغذائي الجديد، ونظام المجموعات الغذائية الأربع، ونشرات التوصيات الغذائية الصادرة من منظمة الصحة العالمية (عامر، ٢٠١٢). ويعتمد نظام المجموعات الغذائية على تقسيم الأغذية إلى عدة مجموعات تتشابه إلى حد كبير في قيمتها الغذائية مع محتواها من العناصر الغذائية، ولتخطيط الوجبة الغذائية توزع الأطعمة في الوجبة على هذه المجموعات، بحيث تشمل الوجبة على حصص محددة من كل مجموعة. ويعد نظام المجموعات الأربع هو الأكثر شيوعاً، ويشمل: مجموعة الألبان ومنتجاتها، و مجموعة اللحوم والبقول ، ومجموعة الخضروات والفواكه، وأخيراً مجموعة الخبز والحبوب (Raphael, 2008).

واستحدث الهرم الغذائي ليكون أداة لتخطيط الوجبة الغذائية المتوازنة والصحية لتفادي سلبيات نظام المجموعات الأربع، وتتمحور فكرة الهرم الغذائي في زيادة عدد الحصص المتناولة من مجموعة الخبز والحبوب من أربع حصص إلى ٦-١١ حصة يومياً، بالإضافة إلى فصل مجموعة الخضروات والفواكه إلى مجموعتين منفصلتين، بحيث يصل عدد الحصص الموصى بتناولها من مجموعة الخضروات إلى ٣-٥ حصص، بينما يصل في الفاكهة من ٢-٤ حصص يومياً، وهذا بغرض تزويد الجسم بالطاقة اللازمة من خلال النشويات المتوفرة في المجموعات الثلاث السابقة، والتقليل من تناول الدهون والملح والكوليستيرول والتركيز على الألياف (Walter et al., 2003).

تخطيط الوجبات الغذائية لبعض الحالات المرضية

أوضح Waield et al. (٢٠٠٩) أن الرعاية الغذائية للمرضى بعد العمليات الجراحية الطارئة تعتمد على عدة أساسيات، أبرزها المحافظة على تناول وجبات متوازنة من حيث الطاقة والأملاح والسوائل، وكذلك الحصول على كميات كافية

من السعرات والبروتين، و كميات كافية من جميع العناصر الغذائية الأساسية لضمان التئام الجروح ورجوع النشاط الطبيعي للجسم . وبناء علي ذلك، فالعلاج الغذائي في هذه الحالة يكون بتقديم وجبات عالية في البروتين والدهون وقليلة في الكربوهيدرات، وبعد زوال الأعراض يمكن تقديم كربوهيدرات معقدة مثل البطاطس والخبز والنشويات وتقليل نسبة الماء والألبان في تلك الفترة.

وأكد Potter (٢٠١٠) أنه غالبا لا تقل نسبة البروتين التي تعطى يوميا لمرضى أمراض الباطنة العامة عن ٠.٨ جم لكل كيلو جرام من وزن الجسم ، وفي بعض أمراض الباطنة يكون هناك نزيف بسبب قرحات المعدة أو الإسهال المدمم في هذه الحالة تزيد الكمية من ١ جم الى ١.٥ جم / كيلو جرام من وزن الجسم لتعويض خلايا الدم الحمراء المفقودة في النزيف . ولاتزيد نسبة الدهون الممنوحة لمرضى الباطنة العامة عن ٨٠ - ١٠٠ جم يوميا لتلافي مخاطر أمراض الكوليسترول وتصلب الشرايين . ويجب أن تؤخذ كمية كافية من الكربوهيدرات للحصول على السعرات المطلوبة وغالبا ما تشكل من ٥٠ - ٦٠٪ من مكونات الوجبة.

واتفق (عبد الرازق ٢٠١٥) مع (رجائي ٢٠١٣) على تخطيط الوجبات لأمراض الكبد إذ يجب أن يحصل جميع مرضى الكبد على احتياجاتهم من الطاقة في حدود ٣٥ - ٤٠ سعر لكل كيلو جرام من وزن الجسم. ويعطى للمريض مركبا اضافيا من الفيتامينات والأملاح المعدنية في الوجبة خاصة فيتامين ب المركب والحديد والأملاح المعدنية، ويتجنب في الوجبات الجرعات الكبيرة من الفيتامينات خصوصا أ،د حيث أن لهما أثر ضارا وساما على الكبد .، يتراوح تجديد البروتين ما بين ٠.٣ - ٠.٨ جم بروتين لكل كيلو جرام من وزن الجسم وذلك حسب حالة المريض. حجم الوجبات في حالات التليف المتقدم مع وجود أوديما فيجب أن تقدم على شكل أمواجبات صغيرة على فترات متقاربة حتى يستطيع المريض أن يتحملها .

وقد أوضح المالكي (٢٠١٥) أن كمية السعرات الحرارية التي يحتاجها مريض الفشل الكلوي الحاد غالبا ما تكون التوصيات عبارة عن ٣٥ سعر/ك.جم من وزن الجسم

يومياً. وفي حالة ارتفاع الصوديوم مع قلة البول قد يحدث جفاف نتيجة زيادة كمية البول المفزره التي قد تصل إلى ٢ - ٣ لتر/ اليوم، ولكن المرضى الذين يعانون من قلة البول أو احتباسه ويعتمدون على الغسيل الكلوي فيوصى بتحديد الصوديوم في وجباتهم بـ ٢ - ٣ جم/اليوم ويوصى بتحديد البوتاسيوم بـ ١.٥ - ٣ جم/اليوم، (JRN, 2016). وتختلف الاحتياجات والتوصيات الغذائية من الفيتامينات والأملاح المعدنية تبعاً لحالة كل مريض على حدة واعتماده على الغسيل الكلوي من عدمه، وغالباً ما يحدث ارتفاع في مستوى البوتاسيوم والفوسفات في الدم (عسيلة ٢٠١٧).

منهجية البحث

مجتمع الدراسة وعينتها

يتكون مجتمع الدراسة من مرضى مستشفيات جامعة المنصورة. ونظراً لصعوبة القيام بحصر شامل لمجتمع الدراسة، فقد تم اختيار عينة عشوائية منهم لتطبيق الدراسة. وتم توزيع عدد ٤٠٠ إستمارة على المرضى في مستشفيات جامعة المنصورة، تم استلام عدد ٣٨٨ استمارة منها، وتم استبعاد عدد ٩ استمارات لعدم اكتمال إستيفائها وبلغ عدد الإستمارات الصحيحة ٣٧٩ بنسبة قدرها ٩٤.٨٪.

أداة البحث الميداني

تم تصميم استمارة استقصاء مشتملة على ثلاثة أجزاء، بحيث يتكون الجزء الأول من البيانات الديموجرافية متمثلة في ٣ أسئلة تشمل (الجنس - العمر - نوع المرض). والجزء الثاني يحتوي على خمسة أسئلة توضيحية. ويشمل الجزء الثالث محورين، حيث يحتوي المحور الأول على ٨ عناصر لدراسة رضاء المريض عن الوجبة، ويحتوي المحور الثاني على ٨ عناصر لدراسة مدى تفاعل قسم التغذية مع رغبات المرضى.

واعتمد الإستقصاء على مقياس ليكرت الخماسي بدرجات موافقة تتدرج من غير موافق بشدة حتي موافق بشدة ويوضح الجدول رقم (١) درجات الموافقة والمدى لكل درجة.

جدول رقم ١: مقياس الإجابة على فقرات الاستقصاء.

درجات الموافقة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
الدرجة	١	٢	٣	٤	٥
المدى	١.٨٠:١	٢.٦٠:١.٨١	٣.٤٠:٢.٦١	٤.٢٠:٣.٤١	٥:٤.٢١

• المدى (طول الفئة) = $(١ - ٥) / ٥ = ٠.٨٠$

عينة الدراسة

تتمثل عينة الدراسة في بعض مستشفيات جامعة المنصورة (مستشفى أمراض الكلى - مستشفى الطوارئ - مستشفى الباطنة - مستشفى مركز الأورام)

ثبات الاستقصاء

يوضح الجدول رقم (٢) معامل ألفا كرونباخ المستخدم في قياس ثبات الاستقصاء، حيث توضح النتائج أن قيمة ألفا ٠.٧٣٤. وهي قيمة مقبولة علما بأن النسبة المقبولة بالنسبة للبحوث الإنسانية والاجتماعية ٧٠٪ فأكثر (Pallant, 2007). وهو ما يشير إلى ثبات الاستقصاء وصلاحيته الاعتماد عليه في الدراسة وثبات نتائجه، إذا ما استخدم مرة أخرى في الظروف نفسها.

جدول رقم ٢: معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستقصاء.

عدد العبارات	معامل ألفا
١٦	0.٧٣٤

النتائج والمناقشة

التحليل الوصفي لحاور البحث:

أولاً: البيانات الديموجرافية:

جدول رقم ٣: التحليل الوصفي للبيانات الديموجرافية

البيانات الديموجرافية		التكرار	النسبة %
الجنس	ذكر	286	75.5%

٢٤.٦٪	٩٣	أنثى	
7.4٪	28	أقل من ٣٠ سنة	العمر
44.6٪	169	من ٣٠ سنة إلى أقل من ٤٥ سنة	
48.0٪	182	٤٥ سنة فأكثر	
١٠٠٪	٣٧٩	المجموع	

يوضح جدول رقم (٣) الجنس، العمر، للمرضي، ويتضح من الجدول أن (٢٨٦) فرداً من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (٧٥.٥٪) من إجمالي أفراد عينة الدراسة من الذكور. وعلى الجانب الآخر، يتبين أن (٩٣) فرداً من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (٢٤.٦٪) من إجمالي أفراد عينة الدراسة من الإناث. كما يتضح أيضاً أن (١٨٢) فرداً من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (٤٨٪) من إجمالي أفراد عينة الدراسة من عمر ٤٥ فأكثر. في السياق نفسه، يتبين أن (١٦٩) فرداً من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (٤٤.٦٪) من إجمالي أفراد عينة الدراسة من عمر ٣٠ - ٤٥ عام. وأخيراً، يتبين أن (٢٨) فرداً من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (٧.٤٪) من إجمالي أفراد عينة الدراسة من عمر أقل من ٣٠ عام.

ثانياً: تحليل نتائج الأسئلة الموضوعية المتعلقة بالدراسة

جدول رقم (٤) التوزيع التكراري والنسبي للعينة طبقاً لعدد الليالي التي قضاها بالمستشفى

النسبة (%)	التكرار	عدد الليالي
29.6٪	112	٣ - ١
60.4٪	229	٧ - ٤
10.0٪	38	أكثر من ٧
١٠٠٪	٣٧٩	المجموع

يوضح الجدول (٤) توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير عدد الليالي التي قضاها بالمستشفى ، حيث يتبين أن (٢٢٩) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته

(٦٠.٤٠٪) من إجمالي أفراد عينة الدراسة قضوا فترة من ٤ إلى ٧ ليال وكان ذلك أعلى معدل، في حين أن (١١٢) فقط من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (٢٩.٦٪) من إجمالي أفراد عينة الدراسة قضوا فترة أقل من ٣ ليال. وعلى الجانب الآخر، (٣٨) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (١٠٪) من إجمالي أفراد عينة الدراسة قضوا فترة أكثر من ٧ ليال وكانت تلك النتيجة هي الأقل قيمة.

جدول رقم (٥) رأي المرضى في الوجبات المقدمة إليهم بالمستشفى

الإجمالي	ضعيف		مقبول		جيد		جيد جدا	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
$\bar{x} = 2.64$	٥٠	١٣.٢	٤٧	١٢.٤	٢٧٢	٧١.٨	١٠	٢.٦
std. = 0.731								

\bar{x} = mean / std. = standard deviation

يوضح الجدول (٥) رأي المرضى في الوجبات المقدمة إليهم بالمستشفى، حيث يتبين أن أغلب (٢٧٢) أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (٧١.٨٪) من إجمالي أفراد عينة الدراسة يرون أن الوجبات التي يقدموها في المستشفيات جيدة. في حين أن (٥٠) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (١٣.٢٪) من إجمالي أفراد عينة الدراسة يرون أن الوجبات التي تقدمها المستشفيات ضعيفة. وتوضح النتائج توافق المرضى نحو الاجابات حيث بلغ قيمة الانحراف المعياري ٠.٧٣١، حيث يرون أن الوجبات المقدمة إليهم جيدة بمتوسط ٢.٦٤.

جدول رقم (٦) تقييم المرضى لدور إدارة المستشفى

الاستجابة	التكرار	النسبة (%)
نعم	106	28.0٪
لا	273	72.0٪
المجموع	٣٧٩	١٠٠٪

يتبين من جدول (٦) أن (٢٧٣) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (٧٢٪) من

إجمالي أفراد عينة الدراسة يرون أن إدارة المستشفى لا تقوم بواجبها في الاطلاع على احتياجاتهم بخصوص الوجبات الغذائية المقدمة لهم. في حين أن (١٠٦) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (٢٨٪) من إجمالي افراد عينة الدراسة يرون أن إدارة المستشفى تقوم بدورها في الاطلاع على احتياجاتهم بخصوص الوجبات الغذائية المقدمة لهم. جدول رقم (٧) علاقة جودة الوجبات الغذائية المقدمة لهم بالرضا عن الخدمة الصحية بالمستشفى

الإجمالي	لا تؤثر مطلقا		لا تؤثر		تؤثر إني حد ما		تؤثر جدا	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
x- = ٤.٣٩	٩	٢.٤	٣٨	١٠	٤٠	١٠.٦	٧٧	٢٩٢
std. = ١.١٥٧								

x = mean / std. = standard deviation

يتبين من الجدول (٧) أن أغلب أفراد عينة الدراسة (٢٩٢) يمثلون ما نسبته (٧٧٪) من إجمالي افراد عينة الدراسة يرون أن جودة الوجبات الغذائية المقدمة لهم تؤثر على رضاهم عن الخدمة الصحية بالمستشفى. في حين أن (٩) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (٢.٤٪) من إجمالي افراد عينة الدراسة يرون أن جودة الوجبات الغذائية المقدمة لهم لا تؤثر على رضاهم عن الخدمة الصحية بالمستشفى. ويتضح من إجابات المرضى وجود تشتت نسبي لإجاباتهم نحو المتوسط حيث بلغ قيمة الانحراف المعياري ١.١٥٧ و بمتوسط حسابي ٤.٣٩.

ثالثاً: تحليل نتائج العبارات التوضيحية الموجهة لمرضى المستشفيات

جدول (٨): آراء وتوجهات نحو رضاء المرضى عن الوجبة

المرضى	المؤشرات الإحصائية		درجة التكرار والنسبة المئوية					راض عن الوجبة
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	1	2	٣	4	5	
٧	.869	1.88	15	14	65	19	0	ك

تقييم الوجبات الغذائية المقدمة للمرضى ببعض مستشفيات جامعة المنصورة

			0	5					الغذائية من حيث الجودة والشكل.
			39	38	17	5	0	%	
			.6	.3	.2				
٣	.605	3.97	0	0	76	24	63	ك	تتلاءم الوجبة الغذائية مع حالتي الصحية.
			0	0	20	63	16	%	
			.1	.3	.6				
٨	.544	1.25	30	56	20	0	0	ك	طريقة تقديم الوجبة الغذائية مناسبة ومقبولة.
			3					%	
			79	14	5.	0	0		
			.9	.8	3				
٦	.975	2.25	58	23	39	29	19	ك	أدوات تقديم وتناول الوجبة نظيفة وصحية.
			15	61	10	7.	5	%	
			.3	.7	.3	7			
٥	.712	3.19	0	47	23	78	20	ك	يهتم مسئول التغذية بملاحظات المرضى وتعليقاتهم على الوجبة الغذائية.
			0	12	61	20	5.	%	
			.4	.7	.6	3			
٢	1.53 2	4.18	58	19	10	0	29	ك	تقدم الوجبات الغذائية في مواعيد ثابتة ومنتظمة.
			15	5	2.	0	77	%	

			.3		6				
<input type="checkbox"/>	.485	4.62	0	0	0	14	23	ك	يوضح مسئول التغذية الأصناف التي يجب تناولها و الممنوعات من الطعام التي يجب الامتناع عنها.
<input type="checkbox"/>			0	0	0	3	6		
			0	0	0	37	62	%	
						.7	.3		
<input type="checkbox"/>	.801	3.63	48	75	22	29	0	ك	كميات الوجبات كافية ومناسبة مع حالة كل مريض
<input type="checkbox"/>			12	19	59	7.	0	%	
			.7	.8	.9	7	0		
-	-	٣.١٢	المتوسط الحسابي العام						

ك= تكرارات

تم استخدام جداول التكرار الإحصائية لوصف المؤشرات الأساسية للبيانات بواسطة النسب المئوية. كما استخدم المتوسط الحسابي لاستخراج متوسط الترتيب لكل عبارة من عبارات محور رضاء المريض عن الوجبة. ويقاس الانحراف المعياري مدي التشتت في إجابات المستطلعين، حيث إن نتائج الانحراف المعياري التي تساوي (1) أو تزيد عنه تدل على عدم تركيز الإجابات، وتشير إلي تباعد استجابات أغلب المستطلعين عن مضمون العبارة. ونتائج الانحراف المعياري التي تقل عن (1) تشير إلي وجود تقارب بين إجابات أغلب المستطلعين. يوضح جدول (٨) وجود توافق بين إجابات المرضى بالمستشفيات حول المتوسط العام بقيمة ٣.١٢.

تبين من الجدول (٨) طبقاً لإجابات المبحوثين من المرضى بالمستشفيات محل الدراسة أن المرضى يوافقون بشدة على أن مسئول التغذية يوضح الأصناف التي يجب تناولها و الممنوعات من الطعام التي يجب الإمتناع عنها بمتوسط (٤.٦٢). وفي السياق نفسه، وافق المبحوثون من المرضى بالمستشفيات محل الدراسة أن الوجبات الغذائية تقدم في مواعيد ثابتة ومنتظمة بمتوسط (٤.١٨). كما وافق

المبحوثون أيضا على أن الوجبة الغذائية تتلأم مع حالتهم الصحية بمتوسط (٣.٩٧). وافق المبحوثون أيضا على أن كميات الوجبات كافية ومناسبة مع حالة كل مريض بمتوسط (٣.٦٢). وفي سياق آخر، لا يعرف المبحوثون ما إذا كان مسئول التغذية يهتم بملاحظات المرضى وتعليقاتهم على الوجبة الغذائية أم لا بمتوسط (٣.١٩). على النحو الآخر، لم يوافق المبحوثون على أن أدوات تقديم أوتناول الوجبة نظيفة وصحية بمتوسط (٢.٢٥). كما لم يوافق المبحوثون عن الوجبة الغذائية من حيث الجودة والشكل بمتوسط (١.٨٨). و لم يوافق المبحوثون بشدة على كون طريقة تقديم الوجبة الغذائية مناسب ومقبول بمتوسط (١.٢٥).

جدول (٩): آراء وتوجهات المرضى نحو مدى تفاعل قسم التغذية مع رغباتهم

الترتيب	المؤشرات الإحصائية		درجة التكرار والنسبة المئوية					النتيجة	التعليق
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	1	2	٣	4	5		
٧	.603	1.88	94	236	94	0	0	ك	تأخذ إدارة المستشفى بعين الاعتبار ردود أفعال المرضى وملاحظاتهم على الوجبات المقدمة لهم
			24	62.	24.	0	0	%	
٥	.944	2.17	96	169	68	46	0	ك	يمنح الأطباء بعض الحرية للمرضى فى اختيار مكونات الوجبة وشكلها .
			25	44.	17.	12	0	%	
٣	1.10	2.43	68	176	57	59	19	ك	يوجد للمريض وصف وقائمة بالمنوعات والمسموحات من الطعام .
			17	46.	15	15	5	%	
٨	.550	1.29	28	75	18	0	0	ك	يسمح بتناول وجبات خارجية غير الوجبات المعدة
			6						

			75 .5	19. 8	4.7	0	0	%	بمعرفة قسم التغذية.
٢	.687	3.35	0	18	238	95	28	ك	تسمح إدارة قسم التغذية للمريض بالمشاركة في وضع وتخطيط الوجبة.
			0	4.7	62. 8	25 .1	7. 4	%	
١	.658	4.35	0	0	39	17	17	ك	هناك اختلافات في وجهات النظر بين المرضى و مسنولى التغذية.
			0	0	10. 3	44 .9	44 .9	%	
٦	.499	1.95	57	284	38	0	0	ك	توفر إدارة قسم التغذية تواصل دوريا فعالا (متبادلا) بين المرضى والعاملين بالقسم من خلال أساليب التواصل المختلفة مثل ، اللقاءات الشخصية واستمارات أخذ الرأى
			15	74. 9	10	0	0	%	
٤	.853	2.40	56	152	135	36	0	ك	تبدل الإدارة جهودها لنجاح عمليات تقديم الوجبات وزيادة رضاء المرضى.
			14 .8	40. 1	35. 6	9. 5	0	%	
-	-	٢.٤٨	المتوسط الحسابي العام						

❖ ك= تكرارات

وتم استخدام جداول التكرار الإحصائية لوصف المؤشرات الأساسية للبيانات بواسطة النسب المئوية، كما استخدم المتوسط الحسابي لاستخراج متوسط الترتيب لكل عبارة من عبارات محور مدى تفاعل قسم التغذية مع رغبات المرضى. ويقيس الانحراف المعياري مدى التشتت في إجابات المستطلعين، حيث إن نتائج الانحراف

المعياري التي تساوي (1) أو تزيد عنه تدل على عدم تركيز الإجابات وتشير إلى تباعد استجابات أغلب المستطلعين عن مضمون العبارة. كما أن نتائج الانحراف المعياري التي تقل عن (1) تشير إلى وجود تقارب بين إجابات أغلب المستطلعين. ويوضح جدول ٩ وجود توافق بين إجابات المرضى بالمستشفيات.

وتبين من الجدول (٩) أنه طبقاً لإجابات المبحوثين من المرضى بالمستشفيات محل الدراسة أن العاملين يوافقون بشدة على أنه هناك اختلافات في وجهات النظر بين المرضى و مسئولو التغذية بمتوسط (٤.٣٥). وفي سياق آخر لا يعرف المبحوثون ما إذا كان إدارة قسم التغذية تسمح للمريض بالمشاركة في وضع وتخطيط الوجبة أم لا بمتوسط (3٥.3).

ومن جهة أخرى، لم يوافق المبحوثون على وجود وصف وقائمة بالمنتجات والمسموحات من الطعام بمتوسط (٢.٤٣). كما لم يوافق المبحوثون على أن الإدارة تبذل جهداً لنجاح عمليات تقديم الوجبات ونيل رضا العملاء بمتوسط (٢.٤٠). كما لا يري المبحوثون أن الأطباء يمنحون بعض الحرية للمرضى في اختيار الوجبة ومكوناتها وشكلها بمتوسط (٢.١٧). و لم يوافق المبحوثون على أن إدارة قسم التغذية توفر تواصل دورياً فعالاً (متبادلاً) بين المرضى والعاملين بالقسم من خلال أساليب التواصل المختلفة مثل ، اللقاءات الشخصية واستمارات اخذ الرأي بمتوسط (١.٩٥). كما لم يوافق المبحوثون على أن إدارة المستشفى تأخذ بعين الاعتبار ردود أفعال المرضى وملاحظاتهم على الوجبات المقدمة لهم بمتوسط (١.٨٨).

و لم يوافق المبحوثون بشدة على أنه يسمح بتناول وجبات خارجية غير الوجبات المعدة بمعرفة قسم التغذية بمتوسط (١.٢٩).

التوصيات

- إنشاء قسم مستقل للجودة بالمستشفى يكون منوطاً بتقييم الوجبات الغذائية ومتابعتها أثناء إعدادها وتقديمها للمرضى وفقاً لمعايير موضوعة مسبقاً.

- وضع قواعد صارمة لضمان نظافة الوجبة الغذائية وسلامتها أثناء تقديمها للمرضى وسلامة المعدات المستخدمة في اعداد الوجبات الغذائية للمرضى .
- تعيين طهارة على مستوى عال من التدريب والخبرة للرقابة على العاملين بمطبخ المستشفى وضمان خروج الوجبات الغذائية للمرضى بالطعم والشكل المناسب لهم.
- الاهتمام بمشاركة المرضى أثناء اعداد الوجبات الغذائية لهم من خلال اطلاعهم على الوجبات الغذائية سواء المسموح بها أو الممنوعة.
- دراسة حالة المريض جيدا واحتياجاته التغذوية بالمشاركة مع الطبيب قبل تصميم الوجبات الغذائية له.
- زيادة المهارات والمعلومات المتعلقة بكيفية تخطيط الوجبات الغذائية وعدم الاقتصار على المعلومات التغذوية فقط، وقد تسهم تلك المهارة في تحديد الكميات المناسبة للمريض في الوجبات الغذائية له طبقا لحالته.

المراجع

١/ المراجع العربية

- المالكي، شروق (٢٠١٥) "التغذية العلاجية لمرضى الكلى"، دار نور الإيمان للنشر والتوزيع، عمان - الأردن
- حسنين، لطفى أحمد (٢٠١١) "التمثيل الغذائى وأمراضه"
- عامر، مى (٢٠١٢)، "التغذية العلاجية وما حولنا"
- عسيلة، ماجد (٢٠١٧) "النظام الغذائى لمرضى الفشل الكلوي"، دار نور الإيمان للنشر والتوزيع، عمان - الأردن
- مزاهرة، ايمن سليمان (٢٠١٤) "موسوعة الغذاء والتغذية الصحية"، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان - الأردن
- مصيقر، عبد الرحمن و خميس، عزت أمين و شاهين، فاروق (٢٠١٤) "الغذاء والتغذية"
- منظمة الصحة العالمية
- وايت والتر (٢٠١٤) مدخل إلى علم الغذاء

1. Neuman, W. (2011) Goodbye Food Pyramid, Hello Dinner Plate. p. B1, The New York Times
2. Potter, PA (2010). "Skill 34-4: Inserting and maintaining a nasogastric tube for gastric decompression"
3. Raphael R. (٢٠٠٨). "Food Pyramid Frenzy: Lobbyists Fight to Defend Sugar, Potatoes and Bread In Recommended U.S. Diet". Wall Street Journal. Retrieved 12 – 09 - 2018
4. Walid MS, Woodall MN, Nutter JP, Ajjan M, Robinson JS Jr (2009). "Causes and risk factors for postoperative fever in spine surgery patients". South Med J. 102 (3): 283–286.
5. Walter C. Willett and Meir J. Stampfer (2003). "Rebuilding the Food Pyramid". Scientific American