

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Specializace ve zdravotnictví

Nutriční terapeut



Daniela Pokorná, DiS.

Dietní systém v nemocnicích ČR: realita a objektivní potřeby

The Dietary System in Hospitals in the Czech Republic:

Reality and Objective Needs

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:

Doc. MUDr. Pavel Kohout, PhD.

Konzultant:

Olga Mengerová, RNT

Praha, 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 30. 3.2011

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Velmi děkuji vedoucímu práce Doc. MUDr. Pavlu Kohoutovi, PhD., za aktivní vedení a konzultantce Olze Mengerové, RNT, za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji Šárce Andrysíkové, RNT, Mgr. Libuši Pokorné za praktickou podporu i posilu. Speciální poděkování rovněž patří prof. RNDr. Anně Strunecké, DrSc. a také v neposlední řadě děkuji všem zařízením, která se zúčastnila mého výzkumného šetření, protože bez jejich spolupráce by tato práce nemohla vzniknout.

V Praze 30. března 2011

Identifikační záznam:

POKORNÁ, Daniela. *Dietní systém v nemocnicích ČR: realita a objektivní potřeby. [The Dietary System in Hospitals in the Czech Republic: Reality and Objective Needs]*. Praha, 2011. Počet stran 88, počet příloh 6. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství 1. LF UK 2011. Vedoucí závěrečné práce Doc. MUDr. Pavel Kohout, PhD.

Podpis

ABSTRAKT

Příjmení a jméno autora:	Pokorná Daniela
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Název práce:	Dietní systém v nemocnicích ČR: realita a objektivní potřeby
Vedoucí práce:	Doc. MUDr. Pavel Kohout, PhD.
Počet stran:	88
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2011

Klíčová slova:

dieta, dietní systém, dietologie, dietoterapie, nutriční terapeut, realita, objektivní potřeby

Tato práce pojednává o dietním systému v zařízeních České republiky, speciálně v nemocnicích, se zaměřením na realitu a objektivní potřeby. Je rozdělena na dvě části, část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část popisuje pojmy, jako je dietologie, dieta, nutriční terapeut a také následně historii, současnost a případnou budoucnost dietního systému na území České republiky.

Ve výzkumné části je zkoumána realita a objektivní potřeby zařízení v této oblasti. Pozornost je věnována objektivním závěrům pramenícím z výzkumného šetření a taktéž podnětům a připomínkám k dané problematice obdrženým od odborníků z jednotlivých zařízení. Byly stanoveny tři hypotézy, které byly zkoumány. Uvedená data byla získána ze zařízení typu nemocnice, lázně, domovy důchodců. Jednalo se o základní výzkum kvantitativní, technika výzkumu byla formou dotazníku.

Na základě námětů a připomínek jednotlivých zařízení, zkušeností a poznatků byl vytvořen návrh pro sestavení obecného dietního systému a materiálů s ním souvisejících.

ABSTRACT

Author: Pokorná Daniela
Institution: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Title: The Dietary System in Hostitals in the Czech Republic:
Reality and Objective Needs
Tutor: Doc. MUDr. Pavel Kohout, PhD.
Number of pages: 88
Number of supplements: 6
Year: 2011

Key words:

diet, dietary system, dietology, dietotherapy, nutritional therapist, reality, objective needs

This paper deals with the dietary system in the facilities in the Czech Republic, particularly in hospitals, with the focus on reality and objective needs. It is divided into two parts – theoretical and research part. The theoretical part explains the terms such as dietology, diet, nutritional therapist, and subsequently the history, present state and possible future of the dietary system in the Czech Republic.

In the research part, the reality and objective needs in the given field are explored. The focus is on objective conclusions of the research exploration as well as on initiatives and comments from professionals in the particular facilities. Three hypotheses were set and subsequently examined. The above data was obtained from facilities such as hospital, spas and health resorts, and senior homes. The research was basic and quantitative in nature; data-collecting was done using a questionnaire.

Basing on ideas and comments from the particular facilities and the knowledge and experience gained, a plan was set up to compile a general dietary system and its complements.

OBSAH:

Úvod.....	9
-----------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1 Dietologie.....	11
2 Dieta.....	12
3 Nutriční terapeut.....	16
4 Dietní systém.....	18
4.1 Historie.....	18
4.2 Dietní systém dle Doberského.....	19
4.3 Současnost.....	25
4.4 Budoucnost.....	27
5 Možnosti stravování.....	31

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 Cíl a hypotézy.....	33
6.1 Hypotéza č. 1 (vlastní dietní systém).....	33
6.2 Hypotéza č. 2 (doporučení MZ z roku 1991).....	34
6.3 Hypotéza č. 3 (počet nutričních terapeutů/asistentů).....	34
7 Metodika výzkumu.....	35
7.1 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	35
7.2 Technika výzkumu.....	36
7.3 Metodika výzkumu shrnutí.....	37
8 Výsledky výzkumu a jejich analýza.....	38
8.1 Sběr a zpracování dat.....	38
8.2 návratnost dotazníků.....	38
8.3 Analýza výsledků dotazníku.....	40
8.4 Výsledky výzkumu shrnutí.....	54
8.5 Vyhodnocení hypotéz.....	56
8.5.1 Vyhodnocení hypotézy č. 1 (vlastní dietní systém).....	56
8.5.2 Vyhodnocení hypotézy č. 2 (doporučení MZ z roku 1991).....	57
8.5.3 Vyhodnocení hypotézy č. 3 (počet nutričních terapeutů/asistentů).....	57

9 Diskuze	58
10 Závěry	61
11 Návrhy a doporučení	63
Seznam použitých zkratk	66
Literatura a prameny	67
Přílohy	69
Příloha A: Dotazník.....	69
Příloha B: Druhá část dotazníku - názory a připomínky skupina A - nemocnice.....	71
Příloha C: Druhá část dotazníku - názory a připomínky skupina B - lázeňská zařízení.....	76
Příloha D: Druhá část dotazníku - názory a připomínky skupina C - domovy důchodců.....	77
Příloha E: Doporučení Ministerstva zdravotnictví z r. 1991.....	78
Příloha F: Laboratorní výzkum zmrazených dietních jídel.....	86

Úvod

„Zdravý člověk má tisíc přání, nemocný jen jedno.“ (indické přísloví)

Jistě nebude nikdo nic namítat proti tvrzení, že je život i osud člověka odedávna spojen s výživou. Potrava je základní lidskou potřebou, a tedy i nedílnou součástí ošetrovatelské péče.

Právě nemocní, kteří bojují s nemocí a jsou zeslabeni, mohou mít mnohdy problém se správnou a dostatečnou výživou. Paradoxně u nich vyvstává problém, jak se uživit uprostřed blahobytu a vyspělé civilizace plné nejmodernějších postupů i techniky. Možná právě pod vlivem povědomí moderní doby, množství možností a dostatku se lehce stane, že je výživa opomenuta. I naše babičky a prababičky připravovaly v nemoci silné vývary a polévky a dbaly na hodnotnou výživu nemocného. Věděly, že je to základ uzdravení. Je to právě výživa, která hraje v oblasti zdraví spolu s psychickou pohodou a tělesným pohybem klíčovou roli.

Je zřejmé, že stravování v nemocnicích a ústavech má své limity, ale vždy se dá najít společný kompromis, pokud je vůle, a to je právě ono pojítko mezi teorií a praxí. Proto se ve své práci se budu zabývat dietním systémem v jednotlivých zařízeních České republiky, speciálně v nemocnicích. Budu pomocí dotazníkového šetření zkoumat realitu a objektivní potřeby zařízení a hodnotit je jako celek, ze kterého se dají odvodit objektivní závěry pro tuto problematiku. Taktéž se zaměřím na podněty a připomínky získané od odborníků z celé ČR.

Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části nastíním danou problematiku a ve výzkumné části se budu zabývat samotným výzkumným šetřením s vyhodnocením a závěrem i návrhy a doporučeními pro využití v praxi. Vzhledem k tomu, že výzkum tohoto zaměření a rozsahu nebyl ještě v České republice uskutečněn, neměla jsem se o co opřít, z čeho vycházet ani s čím porovnávat. Také množství literatury k této problematice je poněkud nenaplněno. Právě z výše uvedeného důvodu a pro důležitost problematiky jsem se rozhodla zabývat se dietním systémem v České republice s ohledem na realitu a objektivní potřeby.

Je nutné si uvědomit, že máme v rukou silný nástroj, který může zabránit tomu, aby lidé umírali a trpěli na následky špatné výživy. Případně odhlédneme-li od morálních a etických zásad, tak jsou zde i ekonomické faktory veřejného zdraví, proč se vyplatí dbát na dostatečnou výživu a věnovat této problematice zvýšenou pozornost. Tento „silný nástroj“ v podobě dietního systému může mít v mnohém velký vliv na výživu pacientů neboli klientů

v jednotlivých zařízeních. Kromě toho, že by se dietní systém jako takový neměl vyvazovat z celku, pokusím se zmínit ve své práci i další vztahující se skutečnosti či faktory, které mohou mít na dietní systém vliv. Dietní systém je jako živý strom, který sahá od kořenů přes kmen až po konečné plody. Potřebuje světlo, vodu, živiny i vhodné podmínky. Nestačí ho jen zasadit.

Tuto práci chci věnovat všem, kteří mají o výživu zájem v globálním měřítku. Byla bych velmi ráda, kdyby tato práce posloužila i dalším navazujícím krokům ke zlepšení výživového stavu a režimu populace, především pacientů/klientů ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Dietologie

„– obor zabývající se dietou, popř. teorií výživy obecně.“ (Vokurka, 2008, s. 219)

Nejprve bych chtěla vysvětlit pojem dietologie, z řeckého diaita – živobytí. Je to podobor vnitřního lékařství zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou onemocnění. Tato onemocnění mohou vycházet z chybných stravovacích návyků, způsobených nedostatečným nebo nadměrným příjmem některých látek, poruchou výživy, ale také geneticky podmíněnými chorobami. Dietologie se stará také o výživu lidí zdravých, kteří mají určité speciální nároky na složení jídelníčku díky svému stavu nebo povolání. Jedná se především o děti, těhotné a kojící ženy, seniory, sportovce a osoby pracující ve zvláštních pracovních podmínkách.

„Úkolem léčebné výživy v nemocnici je dodat nemocnému nejen takové jídlo, které svým složením a svojí kalorickou a biologickou hodnotou dovede nahradit ztráty tělesné hmoty a dodat organismu energii potřebnou k životu, nýbrž poskytnout mu takovou stravu, která by byla s to aktivně zasáhnout do chorobného procesu a podporovat léčení nebo být sama léčebným prostředkem.“ (Doberský, 1955, s. 14)

Spolu s dietologií úzce souvisí pojem dieta, což je nejen způsob výživy, ale i složení potravy, zejména s ohledem na její působení na lidské zdraví. Dalo by se říci, že je to řízený příjem pokrmů a tekutin za účelem dosažení specifického cíle. Zvláštní způsob výživy je zapotřebí nejen u nemocných osob. Vyvážená dieta musí zajišťovat kromě dostatečného energetického obsahu přiměřené složení živin (bílkovin, tuků, sacharidů) a mít i dostatečné množství vitaminů, stopových prvků a vlákniny. Jinými slovy obsahuje nutriční faktory, které můžeme rozdělit na základní faktory, jako jsou: energie, bílkoviny, tuky, sacharidy, kyselina linolová, vápník, železo, vitamin A, vitamin C, vitamin E aj., a doplňkové faktory, jako jsou: bílkoviny živočišné, bílkoviny rostlinné, kyselina linolenová, hořčík, fosfor, zinek, niacin, kyselina pantotenová, kyselina listová aj. Obsah jednotlivých látek je možné měnit se zřetelem k příslušné chorobě či cílové skupině osob. (Vokurka, 2008)

V případě zaměření na choroby víme, že například u onemocnění cév a srdce je nutné omezovat živočišné tuky, zácpě lze předejít dostatečným příjmem vlákniny apod. Pokud dojde k narušení vhodného způsobu stravování, např. konzumací nadměrného množství jídla, nevhodným složením či vzájemnou kombinací jídel, která nejsou vhodná vzhledem ke zdravotnímu stavu, dopustíme se dietní chyby.

Dietní chyba je narušení vhodného způsobu stravování – např. konzumací nadměrného množství jídla, jeho nevhodným složením, požitím či kombinací jídel, která nemocný s ohledem na svůj zdravotní stav nemá konzumovat. (Vokurka, 2008)

2 Dieta

„Dieta je předepsaný stravovací režim, který odpovídá zdravotnímu stavu, psychické a fyzické zátěži.“ (Kudlová, 2009, s. 13)

Dieta je tedy odborně stanovený stravovací postup přiřazený různým druhům onemocnění a zohledňující další konkrétní důležité skutečnosti (věk, pohlaví, psychiku, fyzickou zátěž apod.) při stanovení výživy konkrétních pacientů/klientů. Zvláštní zřetel je nutné klást na vyváženost diety. To znamená, že kromě dostatečného energetického obsahu je třeba i přiměřeného složení živin (nutričních faktorů).

V některých případech je nutné určitou látku zcela eliminovat, jako např. lepek u celiakie. Jsou dostupné i speciální přípravky s přesně definovaným složením, které jsou mnohdy kvůli přesně definovanému složení a množství nutrientů v praxi využívány.

Setkáváme se nejen s lékařskými či jinak odborně stanovenými dietami (dietolog, nutriční terapeut), ale i s dalšími dietami laickými či pololaickými, které mnohdy neberou v potaz konkrétní stav či věk osoby, která by dietu měla dodržovat, a mohou být i z více pohledů neúčinné, či dokonce škodlivé. V tomto směru bychom proto měli být obezřetní.

V otázce diet se nejedná jen o nutriční specifikaci dané diety, ale i o technologické postupy zpracování jednotlivých surovin a jejich rozbor, zda jsou vhodné, nevhodné či za určitých podmínek použitelné. Názvy diet, se kterými se můžeme v praxi setkávat, jsou dány buď účelem (např. redukční dieta) nebo typickým složením – charakteristikou (vysoko- či nízkobílkovinná, s omezením tuku) či typem nemoci, pro kterou jsou určeny (ledvinová, žlučnicková, pankreatická) apod. (Vokurka, 2008)

Pojmenování a označení diet není závazné, je však ve většině případů akceptované, což na jedné straně znamená výhodu jednodušší identifikace způsobu stravování pacientů/klientů přecházejících do jiných zařízení a vzájemnou komunikaci nejen zdravotnických pracovníků. Ale také na straně druhé zajišťuje v určitém směru „jednotnost“ dietoterapie a diet využívaných v praxi. Dovedete si představit, jak by to mohlo vypadat, kdyby každý chtěl být za každou cenu v této oblasti „originální“?

Jednotlivě zde nyní stručně rozeberu vybrané diety, které se obecně a nejčastěji používají, konkrétní přehled diet je pak v příloze E: Doporučení MZ z r. 1991. Nutno podotknout, že všechny tyto diety je dále možné upravit také mechanicky (kašovitá či mletá forma), ale je třeba v tomto případě dbát na možnost rizika snížení nutriční hodnoty v důsledku použití těchto mechanických úprav. (Kohout, 2009)

Dieta racionální (základní) číslo 3 – jedná se o stravování bez dietních omezení, tedy o běžnou stravu. Tato dieta by měla splňovat podmínky zdravého stravování s vyváženým zastoupením živin.

Dieta diabetická číslo 9 – podává se při onemocnění diabetes mellitus, je důležitou léčebnou metodou u všech diabetiků. Jejím hlavním rysem je dodržování přesného denního množství sacharidů, jež je proti běžné stravě snižené. Můžeme ji rozlišit dle sacharidů na 275 g sacharidů, případně 225 g nebo 175 g sacharidů a výjimečně (obvykle pro mladistvé) 325g sacharidů.

Častou modifikací diabetické diety je šetřící úprava pro nemocné se zažívacími problémy či chronickými onemocněními, značená 9S.

Dieta šetřící číslo 2 – živinami vyvážená, energeticky plnohodnotná strava s šetřící úpravou pokrmů. Lze ji podávat dlouhodobě. Výběr potravin a technologická úprava mají šetřící charakter. Dbáme na dobrou stravitelnost, vhodnou kombinaci a konzistenci pokrmů.

Dieta s omezením tuků číslo 4 – tato dieta nemá vyvážený poměr základních živin, obsah tuků je snížený. Dieta by měla být složena z potravin, které při sníženém obsahu tuků mají i snížený obsah cholesterolu. Je to šetřící dieta.

Dieta s omezením zbytků číslo 5 – u této diety je největší pozornost věnována obsahu nestravitelných látek, zvláště rostlinné vlákniny (celulózy), která dráždí střevo k větší peristaltice. Respektuje pravidla diety šetřící. Výběr potravin pro tuto dietu je mnohdy třeba upravovat podle konkrétního onemocnění a individuální snášenlivosti daného pacienta. Paušální nastavení mnohdy nevyhovuje, a proto je nejvhodnější řešit tuto dietu individuální dietou. (Kohout, 2009)

Dieta s omezením bílkovin číslo 6 – hlavní zásadou této diety je omezení bílkovin, při zachování minimální dávky nezbytných plnohodnotných bílkovin. Někdy se také ve stravě omezuje i sodík a draslík. Co se týká technologické úpravy, je příprava pokrmů téměř normální. Paušální nastavení mnohdy nevyhovuje pacientům a dávka bílkovin nemusí

odpovídat jejich potřebě (proteinová malnutrice), proto je nejvhodnější řešit tuto dietu individuální dietou.

Dieta redukční číslo 8 – jde o limitovanou dietu s nutností odvažování všech potravin. Tuky a sacharidy jsou sníženy. Pozornost je věnována výběru potravin. Upřednostňují se potraviny s velkým objemem a malou energetickou hodnotou, jako je ovoce a zelenina. Preferujeme nízkoenergetické mléčné bílkoviny a libová masa. Zásadou je jíst často, ale malé porce. Dieta redukční v krátkodobé hospitalizaci nemá velké zdůvodnění, v případě dlouhodobé hospitalizace pak musí splňovat individuální potřebu daného pacienta ve vazbě na případné další onemocnění. Paušální nastavení proto mnohdy nevyhovuje a je nejvhodnější řešit tuto dietu individuální dietou.

Dieta výživná číslo 11 – tato dieta je plnohodnotná se zvýšenou energetickou hodnotou, avšak s fyziologickým poměrem živin. Měla by být atraktivní po stránce chuťové. Podává se při všech chorobách, při nichž nemocní mají co nejrychleji nabýt tělesných sil a zvýšit svou tělesnou hmotnost (rekonvalescence, TBC atd.). Pokud se ukáže potřeba, můžeme výživnou dietu doplnit navíc výživnými nápoji. Velmi často je však nutné individuálně upravovat nutriční režim podle vývoje stavu a potřeby jednotlivých živin, případně jejich vzájemného zastoupení. Proto paušální nastavení mnohdy nevyhovuje a je nejvhodnější řešit tuto dietu individuální dietou. (Kohout, 2009)

Diety diagnostické

V současné době zanikají, jelikož s rozvojem techniky došlo ke zdokonalení laboratorních a přístrojových vyšetření, ke zdokonalení diagnostických postupů. Do této skupiny patřila například dieta k vyšetření okultního krvácení, dieta Schmidtova a jiné. (Kohout 2009)

Restriktivní dieta

Restriktivní = omezující dieta, je v podstatě každá dieta, není tedy jasně definována. Nerestriktivní dieta ad libitum (podle libosti) je více méně jen racionální dieta nebo diety pro jednotlivé věkové skupiny dětí, ale i pro ty může být dieta restriktivní. Nerestriktivní dieta znamená, že není vůbec omezena množstvím nebo výběrem.

Dieta výběrová/individuální

Dieta individuální/výběrová je strava, v jejímž rámci lze realizovat speciální požadavky pacientů. Asi 25–30 % nemocných nelze zařadit do dietního systému bez problému, a to z různých důvodů. Ať již se jedná o jistou potravinovou nesnášenlivost fyziologickou, psychologickou či sociální (náboženské, etnické zvyky). Patří sem i pacienti, kteří trpí nechutenstvím nebo je třeba je „rozjídat“. Také mnoho pacientů musí mít z důvodu nemoci či jejího průběhu individuální stravování či atypické nutriční režimy, např. onkologičtí pacienti. (Kohout, 2009)

Individuální dieta by měla být proveditelná prakticky ve všech zařízeních, kde je poskytována zdravotnická či sociální péče. Stručně řečeno jde o to, že se pacientovi sestaví v rámci jeho dietního omezení jídlo, které s největší pravděpodobností zkonsumuje a nezpůsobí mu zdravotní potíže. Zřejmými indikacemi jsou pacienti s výživovými omezeními pro potravinové alergie, pacienti s omezením jídelníčku z náboženských důvodů či pacienti z jiného kulturně-sociálního prostředí s jinými stravovacími zvyklostmi. Je nutné si také uvědomit, že pokud někdo celý život nejí např. houby, nebude je jíst, ani když je nemocný.

Dietu zásadně sestavuje nutriční terapeut. V nejjednodušším případě využívá záměny surovin a pokrmů podle toho, co se připravuje pro jiné diety. Pokud pacient nejí a my ho potřebujeme živit, je dobré nalézt to, co současně jíst může a ještě je ochoten to pozřít. Je to přístup vcelku jednoduchý a velmi efektivní. (Grofová, 2007)

Speciální diety

Speciální diety jsou označovány v dietním systému jako „S“, např. dieta čajová číslo OS, dieta tekutá výživná číslo 1S, dieta s přísným omezením tuku (vyloučením volného tuku) číslo 4S, dieta diabetická šetřící číslo 9S.

Standardizované dietní postupy

Jsou to dietní postupy, jako např. bezlepková dieta, dieta bezlaktózová při intoleranci laktózy, dieta dialyzační s nízkým obsahem fosforu, dieta pro koronární jednotky apod. Speciální diety a standardizované dietní postupy jsou víceméně totéž a rozdělení je spíše formální, záleží na tom, zda je to varianta nějaké jiné diety, nebo zcela zvláštní dieta nebo postup přípravy.

3 Nutriční terapeut

Je to pojem pro dřívější označení dietní sestry. Jedná se o odborníka v oblasti léčebné výživy, s příslušným vzděláním, který pracuje bez odborného dohledu. Studium nutričních terapeutů probíhá na úrovni středoškolského nebo vysokoškolského vzdělání.

Středoškolské vzdělání – absolvent střední zdravotní školy, obsahově odlišné od studia všeobecných sester. Ukončení tohoto vzdělání opravňuje absolventa k zařazení jako nutriční asistent, který nemůže vykonávat práci samostatně. Po určité době praxe a získání patřičných kreditů může být nutriční asistent registrován jako terapeut, pokud vykonával v době praxe klinickou činnost. Z tohoto důvodu je třeba, aby tito absolventi byli v pracovním poměru příslušné nemocnice, a ne zaměstnanci stravovacích firem, které v současné době v nemocničních zařízeních přejímají péči o zajišťování stravy pacientů/klientů. Docházelo by pak k tomu, že pohled takového absolventa bez kontaktu s klinickou praxí a s pacienty a bez dalšího kvalitního vzdělávání by byl značně jednostranný a jeho odborné znalosti by nebyly dostatečně rozvíjeny a prohlubovány.

Vyšší odborné vzdělání – prohloubení středoškolského vzdělání ukončeného maturitou dalším tříletým studiem, zakončeným absolutoriem a závěrečnou prací. Titul DiS. Tito absolventi po podání žádosti a splnění příslušných podmínek mohou vykonávat odbornou práci nutričního terapeuta samostatně.

Vysokoškolské vzdělání – studium na vysoké škole. Z důvodu nutnosti vysoké odbornosti a specializace v této problematice je již možnost studia tohoto oboru na vysoké škole. Na tento obor jsou kladeny větší nároky a s postupem času je stále více v tomto oboru vysokoškolské vzdělání vyžadováno. (Grofová, 2007)

Nutriční terapeut ve stravovacím provozu

Práce nutričních asistentů a terapeutů ve stravovacím provozu je nezastupitelná z hlediska správného stravování pacientů. Jsou to právě oni, kdo vytváří jídelníčky pro všechny typy diet, které se v zařízeních připravují. Kontrolují kvalitu připravené a vydávané stravy. Mnohdy však každodenně normují potřebné suroviny (množství surovin potřebných ke zhotovení jednotlivých diet), případně vykonávají další činnosti, pro které není nutná odbornost nutričního terapeuta.

Nutriční terapeuti na provozu a v klinické části musí být v úzkém kontaktu a spolupráci, mají-li společně zajistit nutriční péči od zajištění až po správnou realizaci. Je

nutné si uvědomit také plošné působení a možný dopad v působnosti nutričního terapeuta na provozu ve vztahu k působnosti nutričního terapeuta v klinické části. Také je nutné podotknout, že bez samotné realizace NT na provozu by požadavky NT klinické části nemusely být správně či vůbec naplňovány. (Grofová, 2007)

Nutriční terapeut působící v klinické praxi

Nutriční specialista působící v klinické části (na oddělení) odeberá nutriční anamnézu, hodnotí nutriční stav a rizika, sestavuje pro pacienta nutriční plán nebo individuální dietu. Nutriční terapeut však potřebuje pacienta také vidět a být informován o chorobě, kterou trpí. Mít přístup k dokumentaci pacienta a v rozhovoru si ověřit, jak to pacient pocítuje sám. Toto vše následně odborně vyhodnotit a zaznamenat. Nestačí jen telefonicky požádat o zaslání nějakých přídavků. Aby tato práce mohla být kvalitně vykonávána, je nezbytné zařazení nutričních terapeutů a asistentů ve zdravotnických zařízeních do odpovídajícího úseku. Jinými slovy je dost obtížné, aby si nutriční terapeut odsakoval z provozu na oddělení. (Grofová, 2007)

Také je na místě zdůraznit aktivitu, kterou je třeba vyvinout v péči o kvalitní nutriční zajištění pacienta/klienta. Tato aktivita by měla být v součinnosti vzájemné spolupráce všech zúčastněných pracovníků v této oblasti. Je třeba si uvědomit, že poskytování zdravotnické péče je činností týmovou, tedy i na nutriční složce léčebné péče.

Je třeba zpracovat nutriční anamnézu pacientů, realizovat návrh i vlastní provedení nutných nutričních opatření s následným sledováním jejich účinnosti a případnými změnami v návaznosti na vývoj stavu pacienta. Není možné opomenout bilanční hodnocení příjmu živin ani hodnocení příjmu stravy pacienta.

Kromě nutričního terapeuta, jsou nedílnou součástí tohoto týmu:

Lékař – provádí screening při přijetí, diagnostiku pacienta včetně stavu a návrhu výživy v období hospitalizace.

Ošetřující sestra – pohled na výživu z ošetřovatelského hlediska, sledování příjmu stravy pacienta.

Sanitární sestra – sledování konzumace jídla a další předávání informací.

Stravovací provoz – realizace připravované stravy na základě dietní potřeby zařízení, pružná reakce na nutné změny ve stravovacím plánu. (Kohout, 2009)

A jaký jiný úkol má zdravotnické zařízení jako takové? Cílem každé nemocnice je zcela jistě co nejlepší zdravotní stav jejích pacientů. Přinejmenším jeho zlepšení, nejlépe pak celkové uzdravení. A právě z tohoto hlediska vidím nezastupitelnou úlohu právě vhodného stravování a tím i důležitost nutričních terapeutů, odborníků v této oblasti. (Kohout, 2009)

4 Dietní systém

„Dietní systém určuje, jaké diety jsou ve zdravotnickém zařízení připravovány, a specifikuje je. Z toho také vyplývá (ale nemusí být taxativně uvedeno), podle jakých pravidel jsou připravovány pokrmy v daném zdravotnickém zařízení, rozumí se závazné technologické postupy přípravy a surovinové normy – například dávka masa na porci). Bez dietního systému nelze ve zdravotnickém zařízení deklarovat zajištění péče o nemocné vyžadující dietní úpravu stravy.“ (Kohout, Starnovská, 2009, s. 31)

4.1 Historie

Přijímání potravy patří mezi základní životní potřeby. Historie stravy je stará jak lidstvo samo. Již v době prehistorické člověk uskutečňoval výběr z přírodních produktů a zhodnocoval, zda jsou jedlé či k jídlu nevhodné. Lidský jedinec má v sobě zakódovány jisté predispozice výběru potravin. V součinnosti s pamětí pak dochází k uložení diferenciaci vhodnosti dané potraviny. (Kudlová, 2009)

Když se poctivě podíváme zpět, tak prvním dochovaným záznamem o důležitosti stravy pro člověka jsou již první písemné, zachované záznamy staré téměř 6000 let v Ájurvédě. Ájurvédská medicína má dlouhou tradici a je uznána jako oficiální léčebná metoda původem z Indie. Název pochází ze sanskrtu (ayus - život, veda - vědění). Zabývá se člověkem jako celkem, přičemž důraz klade právě na správnou výživu. Ájurvéda považuje za základní terapeutický přístup právě vhodnou stravu. Tvrdí, že člověk se stává tím, co jí. Klade důraz nejen na individuální výběr potravy, ale také na čas, kdy jíme, klade velký důraz i na detoxikaci organismu. (Valíček, 2004)

Pozorování vlivu potravin na zdraví člověka využívala také medicína starých civilizací v Egyptě, Číně, Indii aj. Tuto skutečnost potvrzují egyptské papyrasy pocházející z doby 1500–200 př.n.l., popisující různá výživová doporučení léčení nemoci. Např. cibule je zde doporučována pro léčbu nemoci připomínající kurděje. Proti šerosleposti se doporučovala hovězí játra. Staří Egyptané zanechali hieroglyfy s jablky ve svých pyramidách a hrobech.

Z roku 2800 př.n.l. najdeme v Číně, v kronikách imperátora Šen Nung Chána zmínku o skořici jako o „bezvadném koření“. Stejně tak v těchto pyramidách najdeme řadu kreseb znázorňujících pěstování vinné révy i vlastní výrobu a pití vína. Anaxagoras (500–450 př.n.l.) tvrdil, že potrava se stává součástí lidského těla, a proto musí obsahovat „tvořivé složky“, které nazval „homeomery“ – jinými slovy potvrzoval existenci živin. (Kudlová, 2009)

Také Danielova kniha ve Starém zákoně popisuje vliv dvou různých typů stravování. Daniel spolu s izraelskými mladíky byl povolán do paláce babylonského krále Nebúkadnesara, aby se naučili kaldejskému písemnictví, a byl jim určen každodenní příděl královských lahůdek a vína. Daniel tyto lahůdky i víno odmítl a požádal místo toho o zeleninu a vodu. Po 10 dnech se ukázalo, že jejich vzhled je lepší, byli statnější než ostatní jinoši, kteří jedli každodenně královské lahůdky.

Do konce čtyřicátých let 20. století byly objeveny všechny vitamíny, tak jak je známe dnes. Tato skutečnost vedla ke vzniku uceleného systému důležitosti konkrétních látek pro zdraví a růst organismů. Politická situace v první polovině století, dvě světové války, vedla k tomu, že se řešil v této oblasti problém doby, a to podvýživa a jasný deficit živin. Zkoumalo se, jaké množství živin je třeba k udržení dobrého zdravotního stavu populace. Toto období je také ve znamení vývoje poznání spojení výživy s některými chronickými onemocněními, např. nádorovými, kardiovaskulárními. (Kudlová, 2009)

Ve třicátých letech 20. stol. došlo ve společnosti k nárůstu tzv. civilizačních chorob a s tím vyvstala i nutnost tuto skutečnost nějak řešit. V návaznosti na rozvoj poznání se tedy rozvíjela i nutriční epidemiologie a vyvstal požadavek na potraviny, které by kromě poskytnutých živin podporovaly nejen zdraví, ale byly účinné i v prevenci onemocnění.

Bohužel i tady byla situace zneužívána ve prospěch ekonomických zisků různých distributorů a výrobců potravin, ke komercializaci výživových doporučení. (Kudlová, 2009)

4.2 Dietní systém dle Doberského

Zde bych chtěla nastínit, „jak to všechno u nás vlastně začalo“, resp. samotný vznik a vývoj dietního systému v ČR. V r. 1951 byl Doc. MUDr. Přemysl Doberský, DrSc., a jeho spolupracovníci postaveni před úkol organizovat nemocniční stravování a postavit je na základ vědy o léčebné výživě. Na prvním vydání „nového dietního systému pro nemocnice“ pracoval Doberský se svými spolupracovníky a s kolektivy četných zdravotnických zařízení

v letech 1952–1954. Bylo to záhy po zahájení činnosti Ústavu pro výzkum výživy lidu (1952). Kolektiv pracovníků předložil ústavním pracovníkům obširný a podrobně rozpracovaný systém diet, jaký u nás do té doby nebyl.

Tento dietní systém vznikl z živé potřeby zdravotnických zařízení a každodenní praxe. Od počátku zde bylo vědomí, že řešení tohoto úkolu musí být komplexní a že se musí týkat nejen dietetiky v nemocnicích a léčebných ústavech s lůžkovou složkou, nýbrž léčebné výživy jako celku, tj. i dietetiky v lázních, zotavovnách i v sektoru společného stravování, jakož i výuky a zdravotnické osvěty v tomto oboru. Velký důraz byl kladen na dobrou organizaci. (Doberský, 1955)

„O léčebné výživě platí totiž stejně jako o hospodářství a v obměně i o zdravotnictví, že bez řádné organizace a soustavné kontroly není dobře myslitelná. Tato organizační síť musí ovšem navazovat i na organizaci vědeckou a výzkumnou.“ (Doberský, 1955, s. 10)

Práce byla započata ve dvanácti nemocnicích. Prověrkou byla odhalena velká nejednotnost, skoro anarchický stav podávání, předepisování i přípravy diet v našich nemocnicích. Také úroveň stávajících systémů nemocničního stravování byla velmi rozdílná a velmi často neuspokojivá, umožňující vznik nozokomiálních nákaz včetně nepříznivých vlivů na kalorickou, biologickou i sensorickou hodnotu podávaných pokrmů. Ovlivňovala tak nepříznivě celkový léčebný efekt pobytu pacienta v lůžkovém zařízení, dokonce mohla v některých případech ohrozit i jeho život. Příčiny nepříznivé hygienické úrovně byly různé: staré nemocnice, neodpovídající stavební provedení, zastaralé technologie pro přípravu dietní stravy, nedostatek kvalifikovaných i pomocných pracovníků, výše stravovací jednotky apod.

Bylo třeba vytvořit směrnice nové, dostatečně pružné, aby vyhovovaly nemocnicím různého rozsahu a zároveň byly v praxi proveditelné. Nejprve byl vypracován návrh na jednotný dietní systém, který prošel diskusí na veřejném fóru, na sjezdu dietních pracovníků, sdružených ve Společnosti pro racionální výživu v Praze. Páteří celého systému se stalo schéma číslovaných diet. Počátkem r. 1954 vyšla dietní směrnice, kde byl systém zaváděn podle receptur, opatřených již v prozatímním vydání „výměrkami“. Byl vytvořen první Československý dietní systém a po publikování v Praze roku 1955 se stal normou, podle níž se připravovala léčebná výživa ve všech českých a slovenských nemocnicích. „Nový dietní systém“ nebyl ovšem schématem neměnným. Již tehdy Doberský počítal s neustálým prohlubováním a doplňováním, se zřetelem na výzkum metabolický, který uváděl jako

„v proudu“. Předpokládal také změny v organizaci zdravotnictví spolu s vývojem světové i naší dietetiky. (Doberský, 1955)

Otázkou však zůstávalo, zda bylo správné, aby dietní systém byl ve svém principu skupinový, nebo jestli má být individuální. Individuální dietní systém, jako byl systém Sóosův (Sóos-Brauerův, Maďarsko), byl nejen nákladný, ale i jinak náročný a předpokládal vysokou úroveň znalostí dietetiky, tyto předpoklady nebyly mnohdy v praxi splňovány. Přesto byl kladen již tehdy důraz na individuální potřeby nemocného.

„Z hlediska maximálního zdravotního prospěchu nemocného bylo by ovšem třeba, aby individuálním systémům byla dána přednost všude, kde je to možné.“ (Doberský, Mašek* 1955, s. 6)

V „Novém dietním systému z r. 1955“ dle Doberského byly diety rozděleny do jednotlivých skupin:

- A)** Diety, v nichž má být léčebného účinku dosaženo vhodným výběrem potravin a kuchyňskou úpravou. (0 – tekutá, 1a – velmi přísná bezmasá, 1b – přísná s mletým masem, 1 – šetřící mechanicky i termicky, 2 – chuťově výrazná lehce stravitelná, 3 – racionální)
- B)** Diety, v nichž má být léčebného účinku dosaženo omezením nebo zvýšením množství některých součástí potravy. (4a – s naprostým vyloučením volného tuku a s omezením bílkovin, 4 – s omezením tuku, 5a – bílkovinná beze zbytků, 5 – bílkovinná s omezením tuku, 6 – s omezením extraktivních látek, 7 – odlehčovací ovocné dny, 8 – redukční, 9a – diabetická přísná 200 g S, 9b – diabetická střední 250 g S, 9 – diabetická bohatá 350 g S, 10a – neslaná přísná, 10 – s omezením bílkovin a kuchyňské soli)
- C)** Diety sloužící rychlé reorientaci nemocných (11 – výkrmná, 12 – dětská strava, 13a – pooperační)
- D)** Diety speciální a diagnostické (14 – podle individuálního rozpisu)

Samotný dietní systém obsahoval: číslo diety, název diety, hlavní indikace diety, přibližné složení diety v gramech v rozmezí (bílkoviny, tuky, glycidy), vitamin C v mg a rozmezí kalorií. Např. 3, racionální, nemoci bez zvláštního omezení diety, bílkoviny 75–90 g,

* Doc. MUDr. Josef Mašek, v té době ředitel Ústavu pro výzkum výživy lidu v Praze

tuky 80–95 g, glycidy 400–450 g, vit. C 50–100 mg, kalorie 2700–3000 Kcal. (Doberský, 1955)

Publikace dietního systému z r. 1955 byla rozdělena na:

- 1) **Část všeobecná** – hlavní zásady nového dietního systému pro nemocnice, nový dietní systém pro nemocnice z hlediska hygieny výživy, poznámky k Směrnicím ministerstva zdravotnictví o stravování nemocných v lůžkových zdravotnických zařízeních. (Ve snaze zvýšit úroveň stravování nemocných ve smyslu nového dietního systému vydalo ministerstvo zdravotnictví po dohodě s Ústavem pro výzkum výživy lidu dne 27. 5. 1953 Směrnice pro stravování nemocných v lůžkových zdravotnických zařízeních.)

„Hned na začátku směrnic v odst. 1 se praví, že je věcí celého kolektivu pracovníků v lůžkových zdravotnických zařízeních, aby výživu nemocných zajistil a hodnotil jako součást zdravotní péče o člověka. Tím se dostává léčebná výživa na správné místo v léčebném plánu našich nemocnic a nemocniční kuchyně stává se důležitou součástí každého zdravotnického zařízení.“ (Doberský, 1955, s. 24)

- 2) **Část speciální** – hlavní indikace a složení jednotlivých diet, hlavní zásady technologické úpravy, vhodná a nevhodná jídla, příklady sestavení jídelních lístků pro nový dietní systém, výběr a úprava zeleniny pro jednotlivé diety.
- 3) **Část předpisová** – prozatímní jednotné výměrky pro nový dietní systém s určením kalorické a biologické hodnoty jídel.
- 4) **Závěr** – pokyny k zavádění nového dietního systému do dalších nemocnic, seznam jídel uvedených v kartotéce. (Doberský, 1955)

Za 10 let od vydání tohoto „Nového dietního systému“ došlo k podstatným změnám v organizaci zdravotnictví i k vývoji světové i naší dietetiky. Potřeba nového vydání publikace byla pak přímo vyjádřena v usnesení kolegia ministra zdravotnictví ze dne 1. 9. 1960. Byla taktéž schválena základní koncepce odborné péče o stravování nemocných s cílem jeho vědeckého řízení. V roce 1968 bylo v Praze publikováno Doberským a jeho spolupracovníky druhé, přepracované a rozšířené vydání dietního systému. (Doberský, 1968)

Druhému vydání Dietního systému pro nemocnice a jeho přípravě byla věnována značná práce. Součástí byly i komplexní prověrky v mnohých nemocnicích různých typů.

Bylo to z důvodu získání správného obrazu o aktuální situaci zásobovací, technické i personální. Také kalorické a biologické hodnotě diet byla věnována značná pozornost. Tyto hodnoty byly opětovně prověřovány konfrontací s literaturou i s vlastním výzkumem s použitím metabolických metod. Dietní systém byl doplněn i o stravování dětské, jež v jeho prozatímním vydání chybělo a jehož zpracováním byla pověřena pražská fakulta dětského lékařství. Vyšel v roce 1968 pod názvem Dietní systém pro nemocnice. (Doberský, 1968)

Publikace dietního systému z r. 1968 byla rozdělena na:

- 1) **Část všeobecná** – hlavní zásady léčebné výživy, dietní systém pro nemocnice, rozdíly úpravy nemocničního dietního systému z r. 1968 proti prvnímu vydání z r. 1955, dětská strava v rámci nemocničního dietního systému, správná sestava jídelního plánu podle zásad nemocničního dietního systému.
- 2) **Část ekonomická** – náklady na stravování pacientů, vývoj a současný stav normování nákladů na potraviny, skladba a objem spotřeby potravin, cenové změny potravin apod.
- 3) **Část speciální** – hlavní indikace, složení, charakteristika, výběr potravin a zásady technologické úpravy jednotlivých diet, seznam doporučených jídel pro jednotlivé diety, vzorový jídelní lístek s propočtem (na 14 dní). Hromadně připravované diety (1a, 1, 2, 3a, 3, 4a, 4, 5a, 5, 6, 7, 8, 9a, 9, 10, 11, 12a, 12). Individuálně připravované diety (0,1/0, 2/0, 11/0 atd.). Speciální diety se standardním předpisem (Addisova, antiketogéní, bezlepková, dětská diabetická, Karellova mléčná, redukční dieta podle Charváta, Sippyho mléčná dieta apod.) Zcela individuální diety.
- 4) **Normy dietních jídel a návrhy jídelních lístků** – technologické postupy k přípravě pokrmů. Jsou uvedeny potraviny norma na 1 porci, hrubá váha, čistá váha, i obsah kalorií, bílkovin, tuků, glycidů (sacharidů), vitamínu C a sodíku. (Doberský, 1968)

Postupem času začala být opět pocíťována potřeba inovace systému, zvláště vzhledem na celospolečenský kardiovaskulární program, nové poznatky o metabolismu bílkovin a lipidů i nové výsledky mezinárodního i vlastního výzkumu z oboru výživy a dietetiky. Složení diet ovlivňovalo také nové zpracování doporučených dávek energie, živin a látek přídatných, jež vstoupilo v platnost 1. 1. 1981, stejně tak i technické a personální poměry v nemocničních stravovacích provozech na počátku osmdesátých let. Co se týká dietetiky, vyvstalo nové

vyjádření energetické hodnoty potravin v kilojoulech (kJ) místo dřívějších kilokalorií (kcal). V roce 1983 tedy Doberský a jeho spolupracovníci vydali opět Dietní systém pro nemocnice, byl v obsáhlé knižní formě a rozdělen na dva díly. Taktéž byl vydán dvoudílný dietní systém pro lázeňská zařízení. (Doberský, 1983)

I. Díl Dietního systému pro nemocnice z r. 1983 obsahoval:

Základy léčebné výživy, rozdíly oproti doposud platnému dietnímu systému, inovace dietního systému pro děti, ekonomická část dietního systému pro nemocnice, organizace a řízení léčebné výživy ve zdravotnických zařízeních, rozbor a stanovení nákladů na stravování, diety – indikace, složení, charakteristika, technologický postup, seznam vhodných pokrmů a nápojů a jídelní lístky jednotlivých diet.

Přehled diet:

Základní diety (0 – tekutá, 1 – kašovitá, 2 – šetřící, 3 – racionální, 4 – s omezením tuku, 5 – bílkovinná bezezbytková, 6 – nízkobílkovinná, 7 – nízkocholesterolová, 8 – redukční, 9 – diabetická, 10 – neslaná šetřící, 11 – výživná, 12 – strava batolat, 13 – strava větších dětí).

Speciální diety (0-S čajová, 1-S tekutá výživná, 4-S s přísným omezením tuku, 9-S diabetická šetřící)

Standardizované dietní postupy (bezlepková, při pankreatitidách, speciální realimentační postupy, speciální diety při chronickém selhání ledvin, přísné redukční diety, speciální redukční dieta s kontrastními a tukovými dny, dieta pro koronární jednotky, dieta při intoleranci laktózy, dieta při zjišťování okultního krvácení, Schmidtova diagnostická dieta, dieta při koncentračním testě.)

II. Díl Dietního systému pro nemocnice z r. 1983 obsahoval:

Seznam receptur a receptury samotné, vč. technologických postupů. (Doberský, 1983)

V ČR byl dietní systém vydáván jako závazná celostátní norma. K poslednímu vydání došlo tedy v roce 1983. V roce 1991 byl dietní systém v ČR novelizován pod názvem „Doporučené zásady stravování nemocných“, bylo to doporučení MZ (metodický list) a vytvořil jej kolektiv expertů ministerstva zdravotnictví, jednalo se o několikastránkové

doporučení (viz. příloha E: Doporučení Ministerstva zdravotnictví z r. 1991). Od té doby k dalším úpravám nedošlo. (Kohout, 2009)

Co se týká práce Doberského a jeho spolupracovníků, chtěla bych podotknout, že i v dnešní době jsou jeho publikace v zařízeních nadále využívány, neboť slouží jako praktický pomocník. I když jsou zastaralé, jsou používány, neboť žádná jiná publikace takového druhu a rozsahu nebyla vydána.

Taktéž díky patří expertům za vydání doporučení MZ z r. 1991, neboť je k dispozici alespoň bližší inovace dietního systému v souladu s tehdy novými poznatky a světovými trendy. Byť i ta je dnes již dvacet let stará, a není proto zcela aktuální.

4.3 Současnost

Co se týká současnosti, je dietní systém v dnešní době poněkud ve „volné“ formě. Chtěla bych zde nastínit současný stav dietního systému v ČR a novodobé související problémy, které se v této návaznosti vyskytují. Zmíním i některé vztahující se skutečnosti či faktory, které mají vliv na samotnou tvorbu i realizaci dietního systému. Chtěla bych podotknout, že dietní systém jako takový by se neměl vyvazovat z celku. Dietní systém je jako živý strom, který sahá od kořenů přes kmen až po konečné plody. Potřebuje světlo, vodu, živiny i vhodné podmínky. Nestačí ho jen zasadit.

Jak jsem již zmínila, posledním doporučením upravujícím dietní systém v ČR bylo doporučení MZ z roku 1991. V současnosti mají jednotlivá zařízení plné právo upravovat a vytvářet své dietní systémy podle potřeb svých klientů a možností daného zařízení, jinými slovy je jim ponechána „volnost v tvorbě“ vlastního dietního systému a jeho realizaci.

Je nutno podotknout, že bez dietního systému nelze efektivně léčit nemoci, jejichž nedílnou součástí jsou specifické dietní úpravy stravy. Důležité je však také to, aby byl dietní systém v jednotlivých zařízeních vytvořen a garantován odborně kvalifikovanými pracovníky. Tento systém je pak třeba neustále modernizovat v souvislosti s novými poznatky a výzkumy. Mezi hlavní cíle a požadavky na současný dietní systém by mělo patřit efektivní zamezení malnutrice, vhodně zvolené a nastavené diety, zajištění specifických i individuálních potřeb pacienta/klienta. Je znám i negativní ekonomický dopad při nedostatečné výživě, přesto je mnohdy opomíjen a zapomínán před vidinou momentální úspory. (Kohout, 2009)

„Výživové problémy vedou k ekonomickým ztrátám, přesto nejsou ekonomické údaje týkající se stravování posuzovány v souvislostech.“ (Kohout, Starnovská, 2009, s. 38)

Dietní systém spolu s nutriční péčí můžeme pokládat za ukazatel kvality poskytované péče i opravdové snahy jednotlivých zařízení, zvláště nemocničních, uzdravit pacienta/klienta. Jeho propracovanost, použitelnost či zájem vědeckých pracovníků o tuto problematiku je součástí krátkého výčtu základních principů, jež slouží ke zjevné prezentaci společnosti a jejího zájmu o jedince, člověka jako takového.

Je však třeba připomenout, že žádný dietní systém nemůže řešit vše, část pacientů do něj nelze zařadit a potřebují individuální přístup, dietu. Je nutné si uvědomit, že jsou tu i nutričně nekompletní diety a že při delším podávání pacientovi je zapotřebí dbát na doplňování vhodnou nutriční suplementací. Dalším důležitým faktorem je množství skutečně zkonsumované stravy pacienta a její evidence. Tím chci říci, že i když je tu „skvěle vypracovaný“ dietní systém a jemu odpovídající strava, tak pokud nedochází k samotné konzumaci ať už z jakéhokoliv důvodu, míjí se účinkem. Většinou jsou to bohužel ti pacienti, kteří mají horší výživový stav a mnohdy i karenční dietu z důvodu diagnózy. Proto je nutná evidence a případný monitoring skutečně zkonsumované stravy u komplikovaných pacientů.

Samotný dietní systém přitom nesmí být vytržen z celku. Proto považuji za důležité zmínit také vedlejší faktory, které jej přímo nebo nepřímo ovlivňují, či mají vliv na jeho samotnou aplikaci, dodržování, respekt i naplňování. „Účastníky zájezdu“ nejsou jen zdravotničtí pracovníci, ale i samotní pacienti/klienti. (Kohout, 2009)

Je zřejmé, že dietní systém v jednotlivých zařízeních ovlivňují lékaři. Bohužel v současné době mnoho lékařů nepokládá dietologii za důležitou, je to něco, co je jen zdržuje. Je tu i skutečnost, že se problematika dietoterapie nedostatečně odráží i v současném systému zdravotního pojištění. Příčinu bych viděla v tom, že se dietologie na fakultách vyučuje nedostatečně, proto znalosti lékařů v tomto směru nejsou na takové úrovni, na jaké by měly a mohly být.

Na druhou stranu je odborných publikací pro lékaře týkající se této problematiky nedostatek. Zato literatury pro veřejnost je dostatek, samozřejmě proto, že se o tuto problematiku veřejnost zajímá v současné době značnou měrou. Dochází tak mnohdy ke zvláštní situaci, kdy pacient má v tomto oboru více znalostí než lékař.

Jistou nezanedbatelnou úlohu v četnosti informací v tomto oboru pro veřejnost má skutečnost, že z oblasti potravinářského průmyslu plynou pro výrobce a dodavatele potravin značné zisky, a je zde tedy i velká konkurence. Jedním ze způsobů, jak „odrovnat“ konkurenci, je to, že jejich výrobky budou označeny jako ne zrovna nejvhodnější, a na straně

druhé jiné výrobky jako pozitivní. Výsledkem je velké množství nepříliš kvalitní literatury. Ve skutečnosti je v této sféře větší podíl reklamy než třeba ve farmacii. (Svačina, 2008)

Obecně lze konstatovat, že konzumovaná strava neodpovídá svým složením ani našim potřebám, ani vlastní schopnosti trávení. Nadbytek tuku, masa, pečiva, cukru a na straně druhé nedostatečná konzumace obilovin, zeleniny a luštěnin. To vede k nemocím, ke zhoršení zdravotního stavu populace. Závratnou rychlostí stoupá autoagresivní zánět tlustého střeva, alergie, únavové syndromy, kloubní nemoci a jiné.

Finanční zdroje ve zdravotnictví jsou omezené, ale proč nevzít v potaz, že náklady na diagnostiku a léčbu jsou podstatně vyšší než náklady na zajištění zdravého stravování v součinnosti se zdravým životním stylem? Proč nezohlednit „nezdravotnické“, méně finančně náročné formy před „zdravotnickými“? A právě dieta svou povahou stojí na hranici mezi těmito dvěma složkami.

Pozornost by měla být věnována nejen populaci, edukaci občanů, ale také – a to v první řadě – zvýraznění výchovy k dietologii u všech kategorií zdravotnických pracovníků. Dietoterapie se tak dostane do zcela jiného postavení a bude ve společném zájmu všech zúčastněných.

Nevyhovující je i současné postavení některých nutričních terapeutů, kteří místo toho, aby byli u pacientů, vyplňují papíry v kanceláři. Pokud dojde k možnosti odbornějšího vzdělání na poli nutriční, diet, zdravotního životního stylu v kontextu s ostatní související problematikou, v tomto případě se jedná o nutnost kvalitního vysokoškolského vzdělávání, zcela jistě dojde ke zvýšení zkoumání v této oblasti na vědecké bázi, tak jako je tomu např. ve farmacii. (Svačina, 2008)

„Velmi významné by bylo, kdyby se klinická výživa člověka stala plnohodnotným magisterským vysokoškolským oborem. To samo o sobě je vždy zárukou pro rozvoj vědy v určitém oboru.“ (Svačina, 2008, s. 20)

4.4 Budoucnost

Stávající dietní systém ztratil svou nedostatečností zapracování nových poznatků na své kvalitě. S touto skutečností nutně přibývá variabilních speciálních diet různých pro jednotlivá zdravotnická zařízení. Objevuje se vzrůstající deficit jednotnosti, byť základního rozdělení diet. Tato skutečnost může s odstupem času dospět k tomu, že v každém zdravotnickém zařízení bude nakonec jiné pojetí dietního systému, často může být tvořeno ne

dostatečně fundovanými pracovníky a hrozí nebezpečí, mimo jiné, že dietní systém místo toho, aby na základě nových poznatků dospěl ke zdokonalení, kvalitativně ztratí na důraznosti.

Objevuje se i otázka, zda by byla pozitivem budoucnost, velké různorodosti dietních systémů v jednotlivých zařízeních. Pokud každé zdravotnické zařízení bude mít dietní systém „zcela vlastní“, neinformovanost ostatních lze více než předpokládat. Navíc se takový systém chová jako živý organismus, roste, mění se a není v tomto případě relativní možnost kolegy v ostatních zařízeních informovat, ani ne odbornými, finančně náročnými a neekonomickými vzdělávacími programy.

Budoucnost tedy vidím v zachování a udržování centralizace základního dietního systému, který bude v jednotlivých zařízeních doplněn o tamní specifika ve vztahu ke konkrétním pacientům. Měl by vycházet z praxe a reality skutečně používaných a potřebných diet v zařízeních.

Je nutné průběžně tento systém doplňovat o výsledky nových výzkumů, objektivně posouzených z hlediska vědeckosti s ohledem na celosvětově uznávané poznatky, a ne jen z pohledu ekonomického, prospěšného určité skupině objednavatelů výzkumů.

Velmi důležitá je i již zmíněná vysoká odborná kvalifikace nutričních pracovníků, posílení počtu vysokoškolsky vzdělaných jedinců v tomto konkrétním oboru, tím dojde i k další důležité skutečnosti, kterou je lepší spolupráce lékařů a nutričních terapeutů, diskuse pracovníků s odborným vysokoškolským vzděláním.

Není možné ani opomenout skutečnost, že v současné době dochází k úbytku zdravotnických zařízení, která si zajišťují stravu pro pacienty sama. Přibývá případů zajišťování jinými firmami. Zde je nezbytné posílit kontrolu zdravotnických zařízení přes nutriční terapeuty. Nemocniční zařízení je tím, kdo odpovídá za stravu pacientů.

Také je velmi důležité zohlednit stárnutí populace, víme, že bude i nadále významným demografickým trendem, a to ve všech zemích Evropské unie, Českou republiku nevyjímaje. Proto musíme již dnes s výhledem na potřeby současnosti i budoucnosti čelit a uzpůsobit těmto potřebám nutriční podporu, dietní systém i svůj přístup.

Stejně tak stoupá v populaci výskyt deprese a psychického zatížení. Víme, že stravování má výrazný vliv na metabolismus, a jsou tu i faktory, které se podílejí na psychice člověka. Jsou to zejména serotonin, nenasycené mastné kyseliny omega-3, kyselina listová, vitamin B12, homocystein i bílkoviny. Serotonin se produkuje především v oblasti šedé

hmoty frontálního laloku (prefrontální kůra). Serotonin se tvoří jenom v těle. K jeho tvorbě potřebuje ale tělo určité „suroviny“, mezi hlavní patří aminokyselina tryptofan (tofu, dýňová semena, sezamová semínka, vlašské ořechy, rýže natural). Mastné kyseliny omega-3 (kyselina linolenová) mají velmi příznivé účinky na organismus. Výzkumy ukázaly, že nedostatek mastných kyselin omega-3 (ryby, olej z lněných semen, vlašské ořechy, řepkový olej, špenát, avokádo) ve vztahu k mozku má trvalé, celoživotní následky. Existuje také teorie, že jejich nedostatkem je oslabován frontální lalok. Bylo zjištěno, že nízká hladina kyseliny listové – folátu (cizrna, čočka, bílé fazole, špenát) zvyšuje riziko vzniku deprese, ale také vzniku Alzheimerovy nemoci. Stav pacientů, kteří trpí depresí kvůli nedostatku folátu, se užíváním standardních antidepresiv nelepší. Vitamin B12 (potravinou živočišného původu, libové hovězí, vejce, mléko, kuřecí prsa) je životně důležitý pro optimální fungování nervového systému. Vitamin B12 má ze všech živin nejkomplicovanější proces vstřebávání. Vyžaduje přiměřenou interakci v ústech i žaludku, dříve než se úspěšně absorbuje v tenkém střevu. (Nedley, 2007)

Objevuje se i jiná skutečnost – stále většímu zájmu se těší biopotraviny a jsou předpoklady, že tomu tak bude i v budoucnu. Je to skutečnost nová, ale ve své podstatě stará. Jde vlastně k návratu pěstování, výroby a zpracování potravin bez látek, které by mohly poškozovat zdraví lidí a následně škodit i přírodě. Nesmějí se tudíž používat umělá hnojiva, škodlivé chemické postřiky, geneticky modifikované organismy, zvířata musí být chována v souladu se svými přirozenými potřebami (možnost výběhu, pastva, přirozená potrava). Nesmějí dostávat růstové hormony ani antibiotika. Při zpracování biopotravin je zakázáno používat aditiva, umělé konzervační látky, plnidla, chemická barviva a ochucovadla, umělé aromatické látky, umělá sladidla, vitaminy syntetického původu. Jako technologické postupy zpracování je zcela vyloučeno ozařování, bělení či mikrovlnný ohřev.

V souvislosti s dietním režimem je třeba si též uvědomit, že se jedná o vyváženost jednotlivých prvků ve stravě. Stejně jako nedostatek hodnotných složek může tak i jejich předimenzováním ohrozit zdraví pacienta.

Také za velmi důležité považují uvědomit si existenci tzv. sekundárních látek. Teprve nedávné vědecké studie prokázaly, že o zdravotní hodnotě potravin nerozhoduje pouze obsah jejich základních, stěžejních živin, vitaminů, minerálů a balastních látek, ale i látek sekundárních, které na nás příznivě působí, podporují zdraví, i když je k životu nutně nepotřebujeme. Jsou to látky, které rostlina tvoří na obranu proti škůdcům. Patří k nim např.

barviva a regulátory růstu. V našich rostlinných potravinách se vyskytuje 5000 až 10 000 takových látek. Ty se dají rozdělit podle své chemické struktury na: karotenoidy, fytosteroly, saponiny, glukosinoláty, polyfenoly, inhibitory proteáz, monoterpeny, fytoestrogeny, sulfidy, lektiny. Patří sem i chlorofyl, kyselina rytinová a glukaráty. Dosud nejlépe prozkoumané sekundární látky jsou karotenoidy, barviva rozpustná v tuku. Celkem jich existuje cca 600 druhů, nejznámější je karotenoid beta-karoten. (Carlsson, 2005)

Nedávno byl také zveřejněn výzkum „An estimate of the economic burden and premature deaths due to vitamin D deficiency in Canada“ Tento výzkum byl uskutečněn týmem odborných pracovníků při W. B Grant SUNARC (Sunlight, Nutrition, and Health Research Center). Výsledky tohoto výzkumu byly zveřejněny v březnu 2010 v *Molecular nutrition & food research*. Předmětem této práce byly předpokládané ekonomické náklady a poměr předčasného úmrtí v Kanadě připisovaný nízké hodnotě séra 25-hydroxyvitaminu D (25(OH)D).

Deficit vitamínu D je spojován s mnohým onemocněním (onemocnění kostí, nádorové onemocnění, některé bakteriální a virové infekce, autoimunitní onemocnění, kardiaskulární nemoci, riziko císařského řezu při porodu aj.). V této studii byla zaměřena pozornost na vitamín D a jeho vliv na zdraví Kanadské populace. Bylo zjištěno, že Kanadáné mají hodnotu séra 25(OH)D na průměrné hodnotě 67 nmol/L. Vhodná hladina séra 25(OH)D je nejméně 100 nmol/L, je to hladina vitamínu D, která byla všeobecně stanovena ku prospěchu zdraví. Předpokládané výhody snížení chorob bylo dosaženo na základě zvýšení zmíněného séra 25(OH)D na hodnotu 105 nmol/L (např. z těchto studií bylo zjištěno, že zvýšení séra z cca 75 na 105 nmol/L zaručilo snížení tempa všech rakovinových případů cca o 25%).

Pokud tedy bude dosažena vhodná hladina séra, tak tato studie odhaduje, že by roční míra úmrtí v Kanadě mohla klesnout asi o 16.1%. Ekonomické náklady a výdaje na léčení by poklesly o 6.9%, což představuje úsporu asi 14,4 bilionů dolarů. To znamená bezpříkladnou návratnost investice. Je doporučováno, aby v rámci veřejného zdraví a ekonomických úspor byly zváženy kontroly a případné zvýšení hodnoty séra 25(OH)D v rámci celé populace. Vidíme zde přímý vztah mezi nutričními faktory v populaci a ekonomickými náklady. (Grant, 2010)

U všech těchto uvedených faktorů včetně nových poznatků a výzkumů se dá předpokládat, že budou nepřímě ovlivňovat dietní systém, jeho realizaci a naplňování. Budou se vyskytovat nové výzkumy a empirické zkušenosti, které je nutné zohlednit a využít pro

aktuální a plně naplněný dietní systém. Dietní systém by měl být v souladu s WHO a celosvětově uznávanými vědeckými poznatky a tvrzením (s příp. úpravami pro ČR). Je zřejmé, že by měl být pravidelně aktualizován, neboť jedině tak se stane efektivním nástrojem ke zlepšení výživového stavu a režimu populace, individuálního i veřejného zdraví pacientů/klientů ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Výše uvedené skutečnosti zdůrazňují nutnost, aby se dané problematice věnovali fundovaní vysokoškolsky vzdělaní specialisté, konkrétně zaměřeni na nutriční.

5 Možnosti stravování

Nic není bez limitů, stejně tak i oblast stravování. Ekonomické limity jsou ve zdravotnických zařízeních různé. Jsou to limity finanční na stravovací jednotky, ale i personální a organizační. Dostatečně kvalitní jídlo poskytuje stravovací jednotka, množství peněz na stravu ve výši 80–110 Kč (zřídká je až do výše 200 Kč) na pacienta a den, velmi limitující je např. 56 Kč, uvědomíme-li si, že je to částka určená pro 3–5 denních jídel. Uvádím současné hodnoty pro lepší orientaci, tato výše stravovací jednotky spolu s hodnotou pořízení se samozřejmě mění v souvislosti s ekonomickou situací obecně.

Také je třeba vzít v potaz perorální nutriční doplňky, které se podávají proto, aby měl pacient něco navíc, nespádají tedy do stravovací jednotky, ale zároveň spadají do ekonomických nákladů zdravotnických zařízení. (Grofová, 2007)

Mezi další finanční náklady patří používání termopotů, či nověji tabletového, relativně dražšího systému, ale ve svém konečném důsledku ekonomičtějšího transportu jídel. Nezbytné jsou i kalibrované označené naběračky určené ke správnému dávkování pokrmů (polévky, přílohy atd.). Kalibrované váhy, teploměry. Také vyhřívané skříně, v nichž se rozváží strava na jednotlivá oddělení. Předehráté talíře i misky a mnohé další. Taktéž všichni, kdo vyrábějí nebo uvádějí na trh jídlo a nápoje, musí dodržovat a mít zavedený systém kritických bodů – HACCP. Měl by být zpracován tak, aby obsahoval všechny potřebné dokumenty a informace (vč. technologických postupů), které zpracovatel potravin a výrobce jídel a nápojů potřebuje ke své každodenní praxi. Tuto povinnost ukládá vyhláška č. 137/2004.

K dalším nákladům finančního charakteru patří i vzdělávání v oblasti výživy, a to veškerého personálu, který přichází s pacientem do kontaktu. Je zde zahrnuto vše od

nutričního screeningu a hodnocení přes přípravu atraktivních a chutných jídel až po jejich podávání. (Grofová, 2007)

„Je třeba zavést kulturu výživy napříč zdravotnictvím od dostupnosti a podávání stravy po nutriční péči na odděleních a ošetrovatelských jednotkách.“ (Grofová, 2007, s. 155)

Jako zajímavost hledání různých stravovacích možností a systémů pro praxi vhodných či nevhodných až rizikových bych chtěla zmínit někdejší uskutečněný výzkum pro nemocniční stravování. Doc. Doberský a kolektiv dietologické laboratoře IKEM byli pověřeni státním výzkumným úkolem, který se měl zabývat nově navrhovaným stravovacím systémem, a sice laboratorním výzkumem zmrazených dietních jídel pro nemocniční stravování. „Experimentální řešení technologie, techniky výroby a distribuce ZDJN“. Tento výzkum probíhal v letech 1971–1975. Bližší informace uvádím v příloze F: Laboratorní výzkum zmrazených dietních jídel.

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 Cíl a hypotézy

Hlavním cílem mé práce je zkoumat dietní systém v nemocnicích České republiky, poznat objektivní realitu a potřeby zařízení a hodnotit je jako celek, ze kterého je možné vyvodit závěry. Touto problematikou jsem se rozhodla zabývat také proto, že dosavadní stav poznání, který se týká reality a praxe v této oblasti, je neuspokojivý, respektive ještě žádný výzkum tohoto druhu a v této oblasti, případně takového rozsahu nebyl uskutečněn. Mou snahou bylo tedy získat poznatky o daném problému. V této výzkumné části se tedy zaměřím tímto směrem.

Úkolem je zjistit, zda mají nemocnice vytvořen vlastní dietní systém, jestli používají základní diety dle doporučení Ministerstva zdravotnictví a jestli je v nemocnicích více nutričních terapeutů/asistentů než v lázeňských zařízeních a v domovech důchodců.

Stanovila jsem si tři hlavní hypotézy, které jsem svým zkoumáním hodlala potvrdit či vyvrátit. Hypotézy chápu jako předběžné domněnky a jejich hodnověrnost, která je podmíněna získáním dalších důkazů, faktů, argumentů, a následné potvrzení pravdivosti, hodlám vědecky zkoumat. (Kutnohorská, 2008)

6.1 Hypotéza č. 1

Jako hypotézu č. 1 jsem si stanovila domněnku, že většina nemocnic má vlastní dietní systém. Tuto hypotézu jsem si stanovila z důvodu, že se domnívám, že je to klíčová otázka v této problematice. Většinou míním více než 50 procent nemocnic, i když se přikláním k výsledku blížícímu se ke stu procentům. Nicméně k potvrzení této hypotézy postačí více než 50 procent, tedy většina kladně zodpovězených otázek. K této hypotéze má přímý vztah otázka číslo 10, která se přímo dotazuje, jestli mají zařízení vypracovaný vlastní dietní systém. Jsou možné odpovědi ano nebo ne. Je to typ filtrační otázky, takže pokud odpoví zařízení ano, rozvíjí se dotaz dál: kdo tento dietní systém vytvořil. Možnosti jsou dietolog, lékaři-primář, nutriční terapeut a případně jiné. Znění hypotézy č. 1 je:

„Domnívám se, že většina nemocnic má vytvořen vlastní dietní systém.“

6.2 Hypotéza č. 2

Jako hypotézu č. 2 jsem si stanovila domněnku, že většina nemocnic používá základní diety dle doporučení MZ z roku 1991. Tuto hypotézu jsem si stanovila z důvodu, že předpokládám vliv a váhu tohoto doporučení Ministerstva zdravotnictví na dietní systém v jednotlivých zařízeních, i když není závazné. K potvrzení této hypotézy postačí více než 50 procent, tedy většina kladně zodpovězených otázek. K této hypotéze má přímý vztah otázka číslo 7, která se přímo dotazuje, jestli zařízení používají základní diety dle doporučení MZ z 1991. Jsou možné odpovědi ano, ne a uveďte jiné. Je to typ polouzavřené otázky, z důvodu ponechání volnosti odpovědi tazatele a zabránění případné sugestivnosti při použití pouze odpovědi ano či ne. Znění hypotézy č. 2 je:

„Domnívám se, že většina nemocnic používá základní diety dle doporučení MZ z roku 1991.“

6.3 Hypotéza č. 3

Jako hypotézu č. 3 jsem si stanovila domněnku, že v nemocnicích bude poměrově více nutričních terapeutů/asistentů než v lázeňských zařízeních a než v domovech důchodců. Budu tedy porovnávat množství nutričních terapeutů/asistentů uvedených ve skupině B (lázeňská zařízení) a skupině C ke skupině A (nemocnicím). Tuto hypotézu jsem si stanovila z důvodu, že se domnívám, že nutriční terapeuti mají přímý vztah a vliv na dietní systém a diety v jednotlivých zařízeních. K této hypotéze má přímý vztah otázka číslo 6, která se přímo dotazuje na počet nutričních terapeutů/asistentů. Pro svůj zájem jsem si rozdělila nutriční terapeuty/asistenty na provozu a na oddělení. Opět jsem zvolila polouzavřenou otázku s možností uvedení jiné, z důvodu ponechání volnosti odpovědi tazatele a zabránění případné sugestivnosti. Znění hypotézy č. 3 je:

„Domnívám se, že v nemocnicích bude poměrově více nutričních terapeutů/asistentů než v lázeňských zařízeních a než v domovech důchodců.“

7 Metodika výzkumu

Svou prací a výzkumem jsem chtěla získat nové poznatky z praxe v této oblasti. Snažila jsem se k této práci přistupovat vědecky, logicky a také porozumět, vysvětlit a blíže prozkoumat oblast dietního systému. Mým cílem bylo teoretickou základnu této problematiky rozšířit o praxi, tedy o realitu a objektivní potřeby. Hlavním a primárním cílem bylo zkoumat a hodnotit dietní systém v nemocnicích České republiky, skutečnou realitu a objektivní potřeby těchto zařízení v oblasti dietního systému. Hledala jsem důležité poznatky, pokoušela se odhalit souvislosti. Orientovala jsem se na řešení teoretického problému a usilovala o hlubší odhalení vnitřní povahy s cílem obohatit dosavadní vědění.

Chtěla bych připomenout, že výzkum tohoto zaměření a rozsahu nebyl ještě v České republice uskutečněn. Neměla jsem se tedy o co opřít, z čeho vycházet ani s čím porovnávat. Proto jsem kladla důraz na důkladnost při volbě metodiky i postupů. Pro své výzkumné šetření jsem zvolila jako druh základní výzkum kvantitativní a snažila jsem se o komplexní pojetí. Kvůli validitě jsem před samotným výzkumem provedla předvýzkum (pilotáž) dotazníku, který mi posloužil k ověření vhodnosti a validity dotazníku a formulaci otázek v něm.

Pro svůj vědecký způsob bádání jsem si před samotnou realizační částí striktně stanovila uspořádání metod, procedur a technik, kterých jsem chtěla použít na získání validních a užitečných informací k této problematice. Je zřejmé, že ke každé výzkumné práci se dá přistoupit mnoha různými způsoby. Po zvážení jsem zvolila pro svou metodu vědeckého přístupu následnou metodiku, kterou podrobněji rozeberu. (Kutnohorská, 2009)

7.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro své šetření jsem zvolila výběrové postupy založené na prostém náhodném výběru. Výběr jsem uskutečnila z menších základních souborů zařízení, tedy ze souboru nemocnic, lázeňských zařízení a domovů důchodců na území České republiky. Nemocnice jsem označila jako skupinu A. Protože jsem potřebovala rozlišit vzorky vzhledem ke stanovené hypotéze č. 3, další vzorky jsem označila B a C, tedy vzorek ze souboru lázeňských zařízení jsem označila písmenem B a vzorek ze souboru domovů důchodců jsem označila písmenem C.

Vzhledem k tomu, že hlavním a primárním zkoumaným vzorkem mé práce byly nemocnice, byla má pozornost zaměřena na tento typ zařízení. Lázeňská zařízení i domovy

důchodců byly vzorkem doplňkovým. Proto jsem zvolila poměr jednotlivých skupin a rozeslaných dotazníků 10:3:3.

Protože jsem chtěla získat informace z co největšího počtu zařízení nacházejících se na území České republiky kvůli validitě a vypovídací schopnosti, rozeslala jsem 100 dotazníků do zdravotnických zařízení skupiny A – nemocnice, 30 dotazníků do zařízení skupiny B – lázeňská zařízení a taktéž 30 dotazníků do zařízení skupiny C – domovy důchodců. Zadáním do vyhledavače přes internet jsem našla příslušné zařízení mnou zadaných typů zařízení, kde jsem se následně dostala na příslušné stránky jednotlivých zařízení.

Cílovou skupinou byli odborníci zabývající se danou problematikou v daném zařízení. Dotazníky spolu s průvodním dopisem byly rozesílány v elektronické podobě na management jednotlivých zařízení na území České republiky (k rukám ředitelky/le) se žádostí o vyplnění. (Kutnohorská, 2009)

7.2 Technika výzkumu

Jako druh techniky jsem zvolila techniku dotazníku (viz příloha A: Dotazník). Zvolila jsem tuto techniku, protože dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsem si předem mohla připravit. Důvodem byla také možnost následného hromadného počítačového zpracování. Mým cílem bylo obsáhnout všechny podstatné problémy, na něž jsem jeho prostřednictvím hledala odpovědi.

Snažila jsem se dotazník zkonstruovat tak, aby respondenty přitahoval, tedy co možná nejkratší a nejpřehlednější. Snažila jsem se o jednoznačnou formulaci otázek dotazníku, aby dovolila pravdivé odpovědi bez obtíží. Tuto formulaci otázek jsem si před zahájením výzkumu ověřila předvýzkumem (pilotáží) a opravila případné nejasnosti. Pro předvýzkum jsem zvolila šest odborníků přes výživu pohybujících se v nemocnicích a jednoho psychologa.

Snažila jsem se také o objektivnost bez předpojatosti striktně předem daných odpovědí, proto jsem ponechala volnost respondentům u otázek a zároveň kvůli sběru informací jsem uváděla možnost doplnění jako „jiné uveďte“. Volila jsem různé druhy otázek polouzavřené, polytomické, filtrační či otevřenou, podle vhodnosti k dané otázce s ohledem na nejvyšší vypovídací schopnost.

Dotazník se skládal ze dvou částí. Z první části, kde bylo formulováno celkem 12 otázek, a z druhé části dotazníku, určené pro názory a připomínky. V druhé části dotazníku byla respondentům ponechána volnost k vlastnímu vyjádření k dané problematice. Snažila

jsem se zvolit správnou techniku kladení otázek. Přičemž otázky číslo 1 až 4 byly identifikační otázky: typ zařízení, typ financování, kapacita zařízení a druh péče dle charakteru zařízení. Otázky číslo 5 až 12 byly otázky mající vztah k dietnímu systému a dietám: jak je strava připravována, počet nutričních terapeutů/asistentů, používání základních diet dle doporučení MZ z 1991, značení diet v zařízení, upravuje-li zařízení diety dle potřeby, má-li vypracován vlastní dietní systém, a případně kdo ho vytvořil, orientační procentuální zastoupení diet v zařízení a co zařízení používá (restriktivní diety, výběrové, speciální, propočítávání diet, propočítávání jídelních lístků, obnovu dietního systému, výživovou podporu formou sippingu, jinou výživovou podporu).

Pro co největší návratnost, která zpravidla bývá u dotazníkové techniky problematická, jsem se snažila uzpůsobit dotazník, jak délkou dotazníku, tak grafickou úpravou. Byl přiložen taktéž průvodní dopis s žádostí o vyplnění dotazníku a vysvětlením účelu výzkumu.

Dotazníkové šetření probíhalo v elektronické podobě v době od 1. 12. 2010 do 31. 1. 2011 a bylo zcela anonymní a důvěrné. Dotazníky spolu s průvodním dopisem byly rozesílány na management jednotlivých zařízení na území České republiky se žádostí o vyplnění příslušnými odborníky, zabývajícími se v daném zařízení touto problematikou. Ve většině případů to byli vrchní nutriční terapeuti či nutriční terapeuti.

7.3 Metodika výzkumu shrnutí

Jednalo se o základní výzkum kvantitativní s komplexním pojetím. Technika výzkumu byla formou elektronicky rozesílaného dotazníku. Dotazníky spolu s průvodním dopisem byly rozesílány na management jednotlivých zařízení na území České republiky (k rukám ředitelky/le) se žádostí o vyplnění příslušnými odborníky. Šetření bylo anonymní a důvěrné. Vlastnímu výzkumu předcházela předvýzkum (pilotáž) dotazníku, sestávající z odpovědí šesti odborníků přes výživu a jednoho psychologa.

Volba vzorku byla založena na prostém náhodném výběru. Byl složen ze tří skupin. Primární, hlavní skupiny A – zařízení typu nemocnice a dvou doplňkových skupin (skupiny B – lázeňská zařízení a skupiny C – zařízení typu domovy důchodců). Šetření proběhlo od 1. 12. 2010 do 31. 1. 2011. V prvních dvou týdnech jsem rozesílala dotazníky spolu se žádostmi o vyplnění na management jednotlivých zařízení, zbylé období bylo ponecháno na návrat dotazníků. Snažila jsem se nechat dostatečný prostor pro jejich vyplnění a navrácení.

8 Výsledky výzkumu a jejich analýza

V této části práce se budu věnovat shromažďování výsledků výzkumu a jejich analýze. Budu se snažit o co nejobsáhlejší a nejpečlivější zachycení dat. Budou následně rozebrány části dotazníků i jednotlivé otázky spolu se získanými odpověďmi na ně. Pro větší vypovídací schopnost budou výsledky znázorňovány do grafů.

8.1 Sběr a zpracování dat

Dotazníkové šetření probíhalo, jak jsem již zmiňovala, v době od 1. 12. 2010 do 31. 1. 2011. V průběhu těchto dnů docházelo k následnému shromažďování a třídění dotazníků do jednotlivých skupin dle typu zařízení. Důraz byl kladen na kontrolu dat, jejímž účelem bylo vyřadit ze souboru vyplněných dotazníků ty, které byly zpracovány neúplně nebo jinak neobstály při logické kontrole. Chtěla bych podotknout, že vyřazen byl pouze jeden dotazník ze skupiny lázeňských zařízení, jinak byly dotazníky úplně vyplněny a kontrolou prošly.

Předpokládám, že to bylo také dáno tím, že dotazníkové šetření bylo realizováno přes management zařízení, který dále dotazníky delegoval příslušným odborníkům. Domnívám se a také jsem z reakcí nabyla dojmu, že k vyplňování přistupovala zařízení velmi odpovědně.

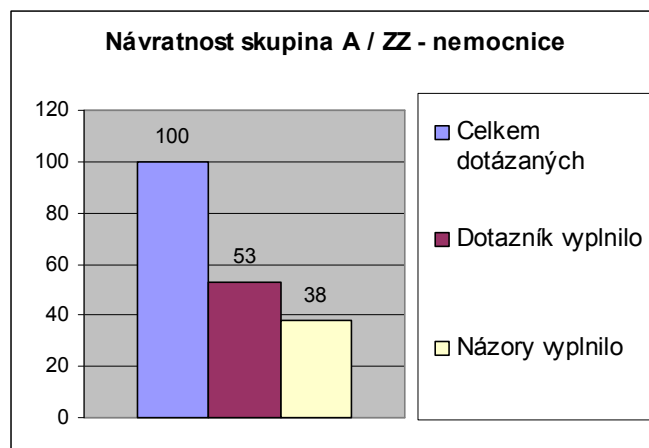
Získané dotazníky byly tištěny, tříděny a rovněž číslovány, aby případně nedošlo k jejich duplicitě. V posledních dnech dotazníkového šetření probíhala opětá mechanická kontrola a následné shromažďování dat, která byla posléze s pomocí excelu zpracovávána. (Kutnohorská, 2008)

8.2 Návratnost dotazníků

Zkoumala jsem tři typy zařízení, které jsem rozdělila do skupin A, B, C. Vzhledem k tomu, že hlavním a primárním zkoumaným vzorkem mé práce byly nemocnice, byla má pozornost zaměřena na tento typ zařízení. Lázeňská zařízení i domovy důchodců byly vzorkem doplňkovým. Proto jsem zvolila poměr jednotlivých skupin a rozeslaných dotazníků 10:3:3.

Skupina A/ zařízení typu – nemocnice

Dotazníky	Počet dotazníků
Rozeslané	100
Navracené	53
Vyřazené	0
Platné	53
Návratnost	53 %
Návratnost platných	53 %

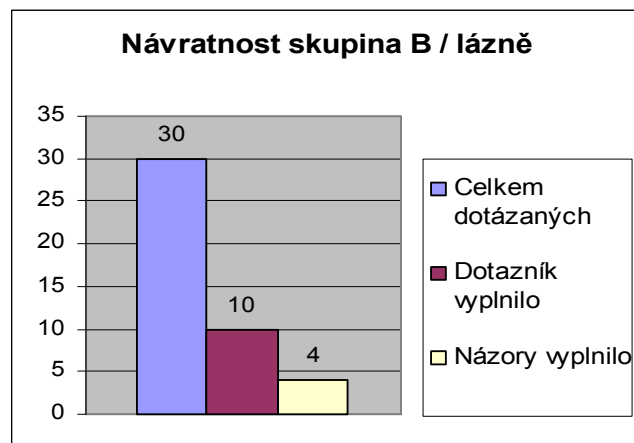


Celkem bylo rozesláno na tento typ zařízení 100 dotazníků a navrátilo se jich 53. Úspěšnost návratnosti byla tedy 53 % a neúspěšnost návratnosti 47 %.

Přílohu dotazníku Názory k dietnímu systému v ČR, náměty a připomínky vyplnilo 38 respondentů, což je asi 72 % navracených dotazníků.

Skupina B/ zařízení typu – lázeňská zařízení

Dotazníky	Počet dotazníků
Rozeslané	30
Navracené	10
Vyřazené	1
Platné	9
Návratnost	33 %
Návratnost platných	30 %

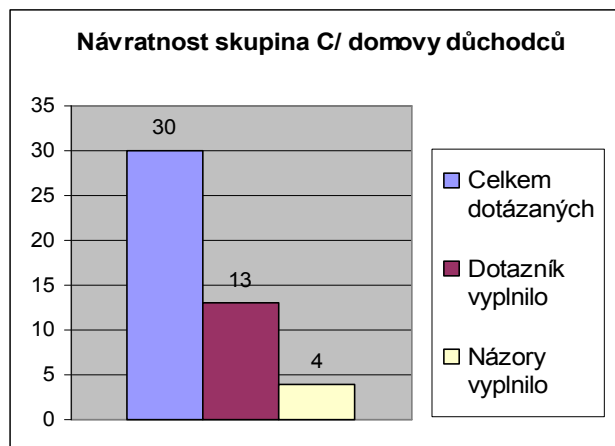


Celkem bylo rozesláno na tento typ zařízení 30 dotazníků a navrátilo se jich 10. Jeden dotazník byl vyřazen z důvodu neúplnosti. Úspěšnost návratnosti byla 33 % a neúspěšnost návratnosti 67 %.

Přílohu dotazníku Názory k dietnímu systému v ČR, náměty a připomínky vyplnili 4 respondenti, což je asi 44 % z navracených dotazníků.

Skupina C/ zařízení typu – domovy důchodců

Dotazníky	Počet dotazníků
Rozeslané	30
Navracené	13
Vyřazené	0
Platné	13
Návratnost	43 %
Návratnost platných	43 %



Celkem bylo rozesláno na tento typ zařízení 30 dotazníků a navrátilo se jich 13. Úspěšnost návratnosti byla tedy 43 % a neúspěšnost návratnosti 57 %.

Přílohu dotazníku Názory k dietnímu systému v ČR, náměty a připomínky vyplnili 4 respondenti, což je asi 31 % z navracených dotazníků.

Zhodnocení návratnosti

Co se týká úspěšnosti návratnosti, nejlépe dopadla skupina A (nemocnice), kde byla návratnost 53 %, dále skupina C (domovy důchodců), kde byla návratnost 43 %, a nejnižší návratnost byla ze skupiny B (lázně), a sice návratnost pouze 33 %. Domnívám se, že výše návratnosti byla ovlivněna současnou krizí ve zdravotnictví, která se přímo dotýkala jednotlivých zařízení.

Co se týká návratnosti přílohy k dotazníku Názory k dietnímu systému v ČR, náměty a připomínky, nejvíce se k problematice vyjádřili respondenti ze skupiny A (nemocnice), a to 38 z 53, tedy téměř 72 % z navracených dotazníků. Ze skupiny B (lázně) 4 z 9, což je asi 44 %, a ze skupiny C (domovy důchodců) pak ještě méně, a to pouze 4 ze 13, tedy asi 31 %.

8.3 Analýza výsledků dotazníku

Uvedená data byla získána z celkového počtu 75 platných dotazníků. Z toho bylo 53 dotazníků ze zařízení typu nemocnice, 9 z lázní a 13 z domovů důchodců. V této části budou rozebrány získané výsledky podle skupin zařízení i jednotlivé otázky dotazníku spolu s odpověďmi na ně. Samotný dotazník je součástí přílohy A: Dotazník

Skupina A – nemocnice

Celkem bylo rozesláno na tento typ zařízení 100 dotazníků a navrátilo se jich 53. Úspěšnost návratnosti byla tedy 53 % a neúspěšnost návratnosti 47 %.

1) První část dotazníku – identifikační otázky (otázky číslo 1 až 4)

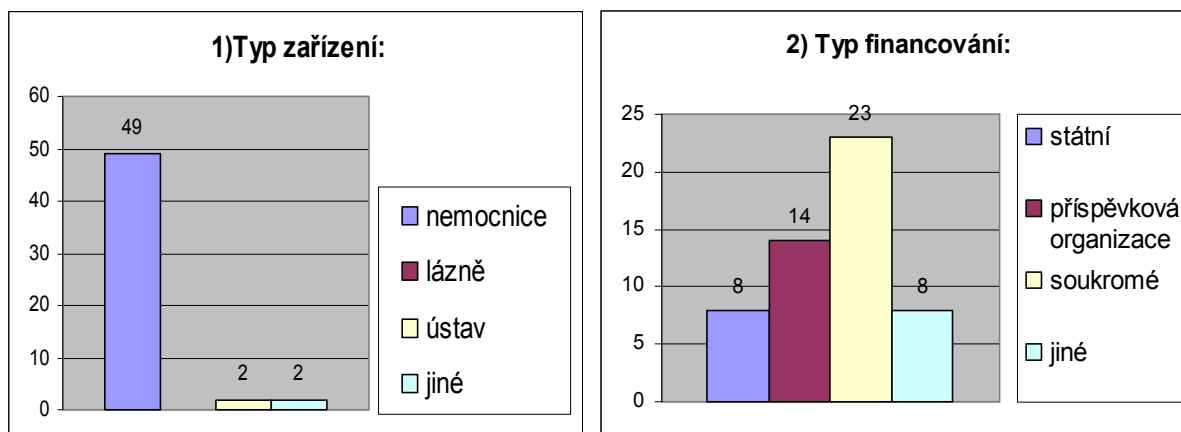
První 4 otázky jsou identifikační (otázky číslo 1 až 4), šlo mi o to, popsat a definovat zkoumaný vzorek. Jedná se o otázky: typ zařízení, typ financování, kapacita zařízení a druh péče dle charakteru zařízení.

Otázka číslo 1. Typ zařízení:

Zkoumaný vzorek se skládal z 49 nemocnic (tj. 92 %), z 2 ústavů (4 %) a 2 jiných (4 %), jednalo se o léčebny.

Otázka číslo 2. Typ financování:

Zkoumaný vzorek se skládal z 23 soukromých zařízení (tj. 43 %), z 14 příspěvkových organizací (27 %), 8 státních (15 %) a 8 zařízení (15 %) uvedlo kolonku jiné.



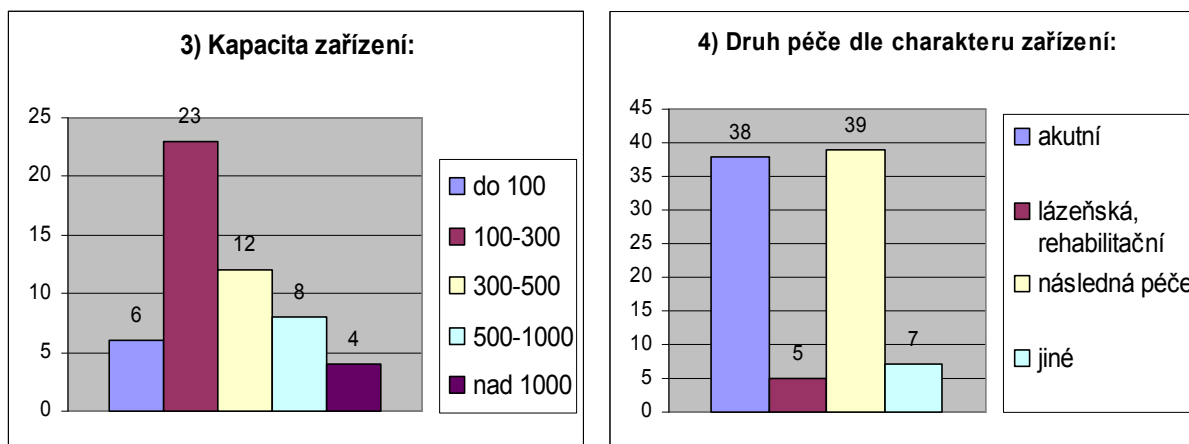
Otázka číslo 3. Kapacita zařízení:

Zkoumaný vzorek se skládal z 23 zařízení s kapacitou od 100 do 300 lůžek (43 %), z 12 zařízení s kapacitou 300–500 (23 %), z 8 zařízení s kapacitou 500–1000 (15 %), z 6 zařízení s kapacitou do 100 lůžek (11 %) a ze 4 zařízení s kapacitou nad 1000 (asi 8 %).

Otázka číslo 4. Druh péče dle charakteru zařízení:

U této otázky jednotlivá zařízení uvedla, jaké druhy lékařské péče poskytují. Většinou uváděla více druhů péče. 39 zařízení (cca 74 % dotázaných) se zabývá následnou péčí.

38 (72 % dotázaných) akutní péči, 5 zařízení (9 %) uvedlo lázeňskou, rehabilitační péči a 7 zařízení (13 %) uvedlo kolonku jiné. Je zřejmé, že nejvíce převažovala následná a akutní péče. V odpovědi jiné byla např. plastika či komplement.



2) První část dotazníku – otázky mající vztah k dietnímu systému a dietám (otázky číslo 5 až 12)

Otázka číslo 5. Strava je připravována:

Ze zkoumaného vzorku uvedlo 40 zařízení, že stravu pro své pacienty připravuje vlastní kuchyní (tj. asi 76 %). 8 zařízení (15 %) uvedlo, že je strava připravována jiným zařízením – dovozem a 5 zařízení (9 %) uvedlo, že je strava připravována jinou firmou – v areálu zařízení. Je zřejmé, že většina zařízení ze zkoumaného vzorku si připravuje stravu svépomocí, tedy vlastní kuchyní.

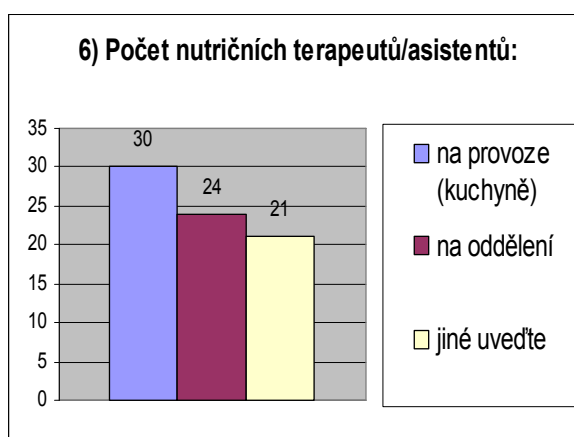
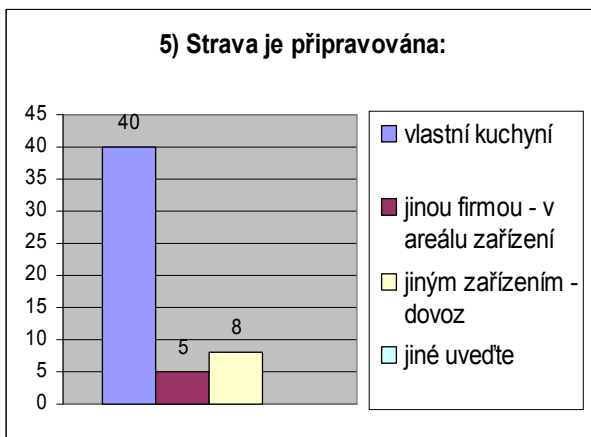
Otázka číslo 6. Počet nutričních terapeutů/asistentů:

Zařízení uvedla celkový počet nutričních terapeutů 185. Z toho 77 NT na provozu – kuchyni (tj. 42 %), 57 NT na oddělení (31 %) a 51 NT jako jiné (27 %). Jako jiné bylo uváděno: bez specifikace místa na provozu i oddělení (pro kuchyň i oddělení), střídají se na provozu i oddělení, NT na provozu provádějící audity na oddělení, celkem na celé zařízení, odborná ambulance, nutriční poradna, mléčná kuchyně, nutriční terapeut zároveň jako vedoucí stravovacího provozu, grantové studie, externí pracovník, nutriční terapeutky zajišťuje externí dodavatel.

Při užším rozboru uvedených údajů lze vysledovat shrnutí: Z těchto 51 nutričních terapeutů je 38 bez specifikace místa, pracujících jak na provozu, tak na oddělení, a 13

nutričních terapeutů vyskytujících se v ambulancích, poradnách, mléčné kuchyni či jako externě pracujících.

Průměrně vychází koeficient 3,5 nutričního terapeuta na jedno zařízení. 3,5 NT/zařízení, tedy 185 NT/53 zařízení. Poměr nutričních terapeutů na provozu je o něco vyšší (cca o 10 %) než poměr nutričních terapeutů na oddělení.



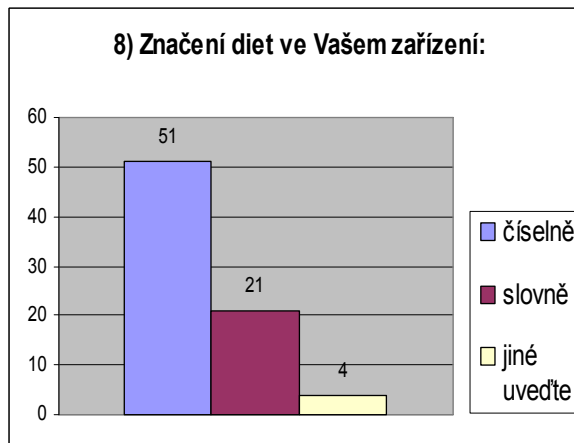
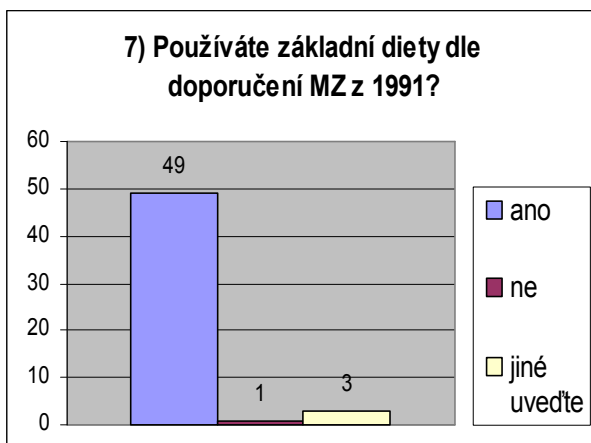
Otázka číslo 7. Používáte základní diety dle doporučení MZ z 1991?

V této otázce uvedlo 49 zařízení ano (92 %), pouze jedno zařízení (2 %) uvedlo ne a 3 zařízení (6 %) uvedla jiné. Do kolonky jiné byly uváděny informace: používáme základní dietní systém plus je rozšířen o některé diety dle požadavků lékařů, dle požadavků oddělení, individuální přístup, individuálně dle diagnózy, krajové recepty, výživová doporučení pro obyvatelstvo z r. 2004, doporučení odborných společností.

Z této otázky vyplývá, že převážná většina, asi 92 %, zařízení používá základní diety dle doporučení MZ z 1991.

Otázka číslo 8. Značení diet ve Vašem zařízení:

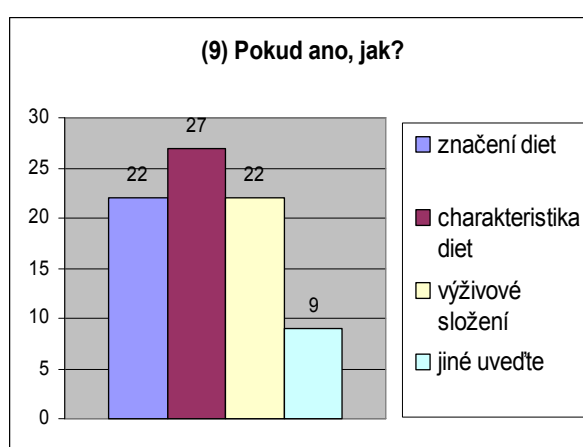
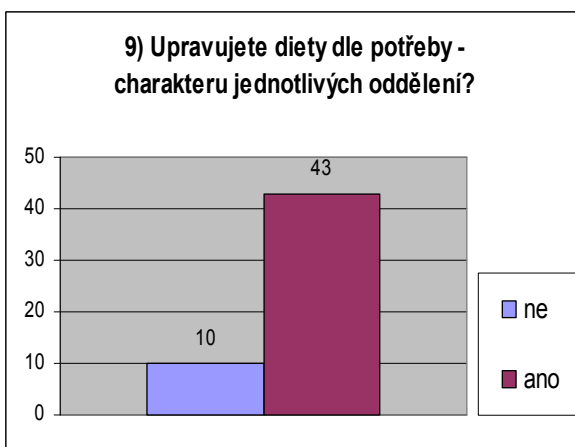
Číselné značení diet uvedlo 51 zařízení (96 %), slovní značení 21 zařízení (40 %) a 4 zařízení (asi 7 %) uvedla jiné značení diet. Jedno zařízení uvedlo pouze značení diet slovně, další zařízení, pokud uvedla slovní značení, označila také číselné značení diet. Jako jiné bylo uvedeno současně v kombinaci s číselným značením: barevné značení dle diet, značení písmeny či označení jména pacienta. U značení diet převažuje číselné značení diet nad slovním. Často se ale používá číselné i slovní značení diet současně (cca 38 % zařízení).



Otázka číslo 9. Upravujete diety dle potřeby – charakteru jednotlivých oddělení?

V této otázce 43 zařízení (81 %) uvedlo ano a 10 zařízení (19 %) ne. Pokud zařízení označila ano, tak v následující podotázce uvedlo 27 zařízení (což je asi 63 % z kladných odpovědí), že upravuje charakteristiku diet, 22 zařízení (51 %) uvedlo, že upravuje značení diet a taktéž 22 zařízení (51 %) označilo úpravu diet ve výživovém složení. 9 zařízení (21 %) označilo „jiné uveďte“. V odpovědích „jiné uveďte“ zařízení uváděla – dle přání a požadavků oddělení (např. na některé oddělení není dáváno ovoce, rýže, luštěniny atp.), úprava podle přání pacienta/klienta, podle individuálních potřeb a aktuálního stavu pacienta/klienta, podle intolerance určité potraviny (např. ryb), výběr surovin (porodní, dětské, následná péče).

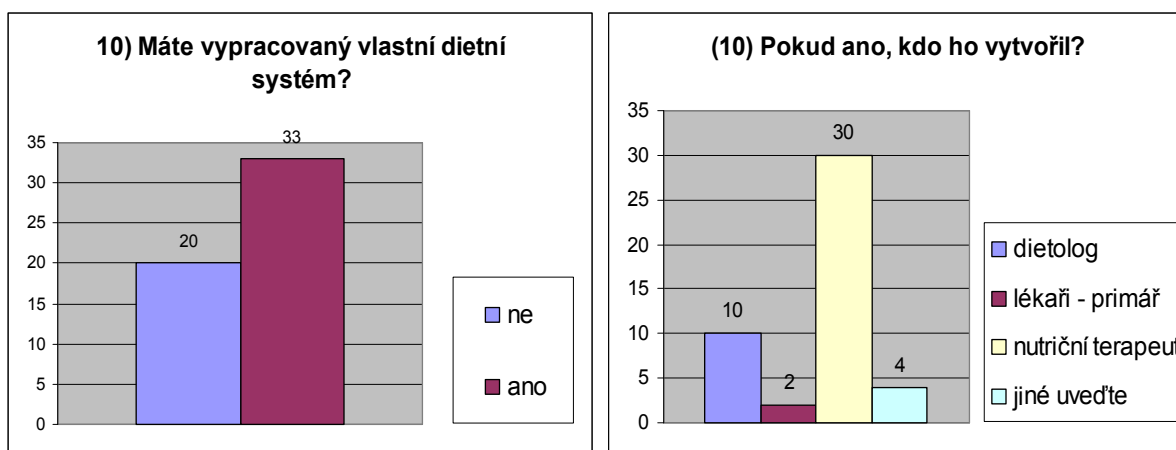
Je zřejmé, že převážná většina zařízení upravuje diety dle potřeb (81 %), nejvíce je upravována charakteristika diet (63 %), ale také značení diet a výživové složení diet (51 %).



Otázka číslo 10. Máte vypracovaný vlastní dietní systém?

V této otázce 33 zařízení (62 %) uvedlo kladnou odpověď, tedy ano, a 20 zařízení zápornou odpověď, tedy ne (38 %). Pokud zařízení označila ano, tak v následující podotázce 30 zařízení (což je asi 91 % z kladných odpovědí) uvedlo, že dietní systém vytvořil, případně se na něm podílel nutriční terapeut. 10 zařízení (30 %) označilo dietologa, 2 zařízení (6 %) lékaře-primáře a 4 (12 %) označila jiné. Jako jiné bylo uvedeno: nutriční tým, hlavní sestra, seznam a charakteristika používaných diet plus receptury v PC (tedy asi podle programového vybavení). V této podotázce bylo většinou označeno více možností.

Z této otázky je zřejmé, že nejčastěji byl označen při vytvoření dietního systému nutriční terapeut (91 %).



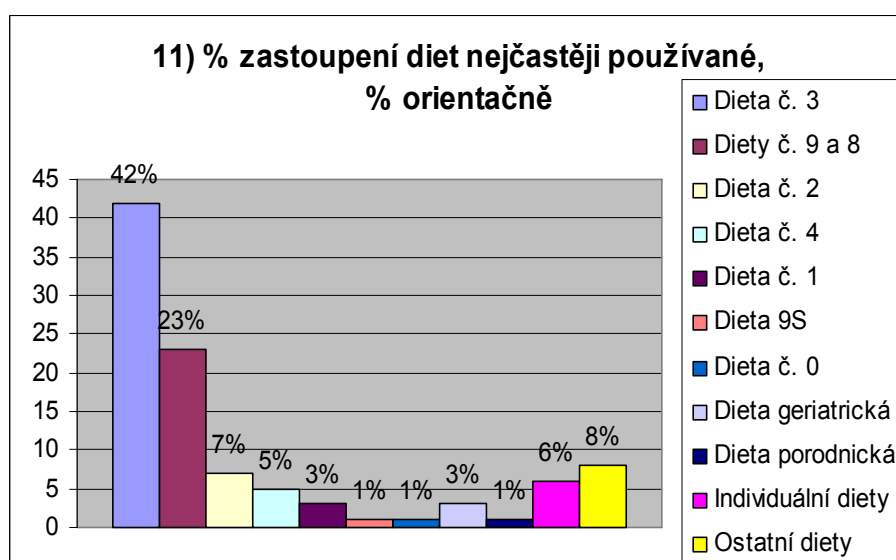
Otázka číslo 11. % zastoupení diet: (nejčastěji používané, % orientačně)

V této otázce jednotlivá zařízení uváděla orientační % zastoupení diet nejčastěji používaných ve svých zařízeních. Tyto informace jsem vyjádřila v následujícím grafu. Jedná se o průměrné vyjádření používaných diet. Společně vyjádřené jak celé, tak případně i mleté formy diet, neboť celé či mleté formy nebyly rozlišovány.

Dieta racionální č. 3 tvořila průměrně 42 % použití. Na druhém místě byla dieta diabetická č. 9 v průměrné výši 23 %, spolu k dietě č. 9 byla řazena ve většině případů dieta redukční č. 8 bez procentuálního rozlišení. Tedy se redukční dieta č. 8 v zařízení používá, ale nebylo možné určit její procentuální používání. Dieta šetřící č. 2 je průměrně na 7 % používání a dieta s omezením tuku č. 4 tvoří asi 5 %. Dieta kašovitá č. 1 tvořila asi 3 %, dieta geriatrická značena často č. 3G tvořila 3 %, dieta diabetická šetřící č. 9S asi 1 % a dieta tekutá

č. 0 taktéž 1 %. Porodnická dieta (pro těhotné a kojící matky) značena často č. 3P tvořila průměrně 1 % používání.

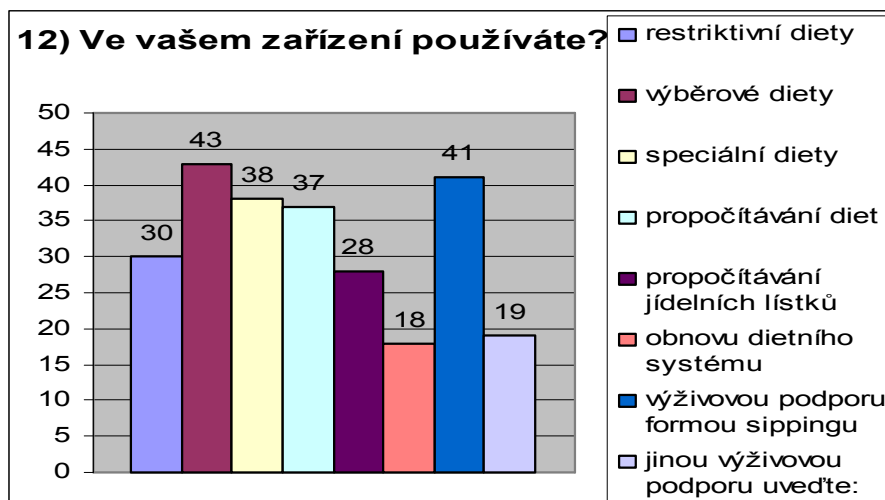
Individuální diety (výběrové) tvořily 6 % průměrného používání v daných zařízeních. V položce ostatní diety ve výši 8 % jsou pak souhrnně uvedeny další diety, vyskytující se a uváděny. Jedná se o diety: dieta pro děti předškolního věku č. 13, dieta batolecí č. 12, dieta nízkocholesterolová č. 7, nízkobílkovinná (s omezením proteinů) dieta č. 6, bezlepková dieta, vegetariánská dieta, dieta s omezením zbytků č. 5, dieta s omezením draslíku, pooperační diety, realimentační diety, protiprůjmová, čaj, bujon, kaše, sondová strava, speciální diety bez určení, speciální dietní postupy a další ostatní diety bez uvedení.



Otázka číslo 12. Ve Vašem zařízení používáte?

Používání výběrových/individuálních diet uvedlo 43 zařízení (81 %), výživovou podporu formou sippingu 41 zařízení (77 %), používání speciálních diet 38 zařízení (72 %), diety propočítává 37 zařízení (70 %), používání restriktivních diet označilo 30 zařízení (57 %), propočítávání jídelních lístků 28 zařízení (53 %), jinou výživovou podporu 19 zařízení (36 %) a obnovu dietního systému uvedlo 18 zařízení (34 %).

Jako jiná výživová podpora byly uvedeny: potravinové bílkovinné přídavky, doplňky stravy, přípravky (Nutrilac, Isosource, Protifar, Fantomalt, Nutilis), jiné orgánově specifické enterální výživy, PEG, NGS, EV, TPN, modulární dietetika, možnost výběru ze dvou variant jídel u základních diet pro všechny pacienty.



3) Druhá část dotazníku – názory a připomínky

V druhé části dotazníku nemocnice volně vyjádřily své názory a připomínky k dietnímu systému a taktéž odpovídaly na některé mé otázky, které jsem ve volné části uvedla, jsou to: názory k dietnímu systému v ČR obecně, náměty a připomínky, co by uvítaly (změny, standardy atd.), jak hodnotí spolupráci nutričních terapeutů s lékaři, a pokud využívá zařízení k zajištění stravy soukromou firmu, jak to hodnotí.

Druhou část dotazníku vyplnilo 38 respondentů skupiny A (nemocnice) z 53, tedy téměř 72 % z navrácených dotazníků. Hodnotím to pozitivně jako zájem o tuto problematiku a touhu či potřebu se k ní vyjádřit. Některé názory, připomínky a odpovědi jednotlivých zařízení uvádím v příloze, zejména pak názory, jež se vícekrát opakovaly. Rozdělila jsem je pro větší přehlednost do pěti skupin. Jsou uvedeny v příloze B: Druhá část dotazníku – názory a připomínky skupina A – nemocnice.

Skupina B – lázeňská zařízení

Celkem bylo rozesláno na tento typ zařízení 30 dotazníků a navrátilo se jich 10. Jeden dotazník byl vyřazen z důvodu neúplnosti. Úspěšnost návratnosti byla 33 % a neúspěšnost návratnosti 67 %. Získaná data jsou tedy z 9 lázní.

1) První část dotazníku – identifikační otázky (otázky číslo 1 až 4)

První 4 otázky jsou identifikační (otázky číslo 1 až 4), šlo mi o to, popsat a definovat zkoumaný vzorek. Jedná se o otázky: typ zařízení, typ financování, kapacita zařízení a druh péče dle charakteru zařízení.

Otázka číslo 1. Typ zařízení:

Zkoumaný vzorek se skládal z 9 lázeňských zařízení tj. 100 %.

Otázka číslo 2. Typ financování:

Zkoumaný vzorek se skládal z jedné příspěvkové organizace a 8 soukromých.

Otázka číslo 3. Kapacita zařízení:

Zkoumaný vzorek se skládal z 6 zařízení s kapacitou od 100 do 300 lůžek (tj. 67 %), ze 2 zařízení s kapacitou 500–1000 a z jednoho zařízení s kapacitou nad 1000.

Otázka číslo 4. Druh péče dle charakteru zařízení:

Zkoumaný vzorek se skládal z 9 zařízení, která uvedla pouze lázeňskou, rehabilitační péči.

**2) První část dotazníku – otázky mající vztah k dietnímu systému a dietám
(otázky číslo 5 až 12)****Otázka číslo 5. Strava je připravována:**

Ze zkoumaného vzorku uvedlo všech 9 zařízení, tedy 100 %, že stravu pro své pacienty/klienty připravují vlastní kuchyní.

Otázka číslo 6. Počet nutričních terapeutů/asistentů:

Zařízení uvedla celkový počet nutričních terapeutů 12. Z toho 9 na provoz – kuchyni (tj. 75 %) a 3 jako jiné, jako jiné zařízení uváděla: dohromady jeden NT pro klinickou část i pro provoz. 7 zařízení uvedlo nutričního terapeuta pouze na provoz.

Průměrně vychází koeficient 1,3 nutričního terapeuta na jedno zařízení, tedy 12 NT/9 zařízení. Žádný nutriční terapeut nebyl samostatně uveden jen pro klinickou část (pacienty/klienty), ale souběžně byl také pro provoz.

Otázka číslo 7. Používáte základní diety dle doporučení MZ z 1991?

V této otázce uvedlo 8 zařízení ano (89 %), pouze jedno zařízení uvedlo ne. Z této otázky vyplývá, že převážná většina asi 89 % zařízení používá základní diety dle doporučení MZ z 1991.

Otázka číslo 8. Značení diet ve Vašem zařízení:

Číselné značení diet uvedlo 9 zařízení, tedy všechna z dotázaných (100 %), slovní značení pak 2 zařízení, které současně označila i číselné značení.

Otázka číslo 9. Upravujete diety dle potřeby – charakteru jednotlivých oddělení?:

V této otázce 6 zařízení (67 %) uvedlo ne a 3 zařízení (33 %) ano. Pokud zařízení označila ano, tak v následující podotázce uvedla 4 zařízení (což je asi 44 % z kladných odpovědí), že upravuje značení diet, jedno zařízení označilo úpravu diet ve výživovém složení. 2 zařízení označila „jiné uveďte“. V odpovědích „jiné uveďte“ bylo podle individuálních potřeb a aktuálního stavu pacienta/klienta.

Je zřejmé, že většina zařízení neupravuje diety dle potřeb (67 %).

Otázka číslo 10. Máte vypracovaný vlastní dietní systém?

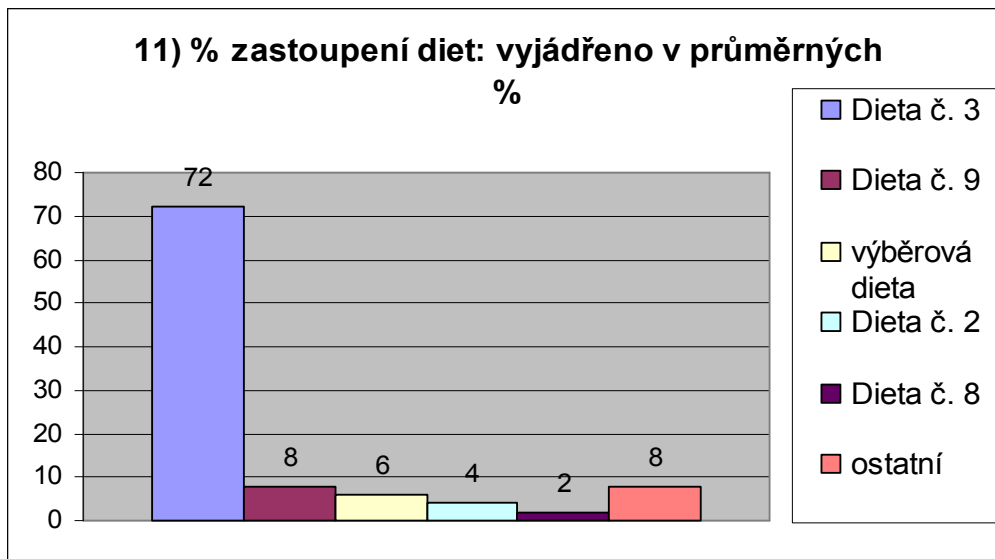
V této otázce 5 zařízení (56 %) uvedlo kladnou odpověď, tedy ano, a 4 zařízení zápornou odpověď, tedy ne (44 %). Pokud zařízení označila ano, tak v následující podotázce shodně uvedla, že dietní systém vytvořili lékaři – primář.

Z této otázky je zřejmé, že vlastní dietní systém má pouze 56 % zařízení a byl vytvořen lékaři, případně primářem.

Otázka číslo 11. % zastoupení diet: (nejčastěji používané, % orientačně)

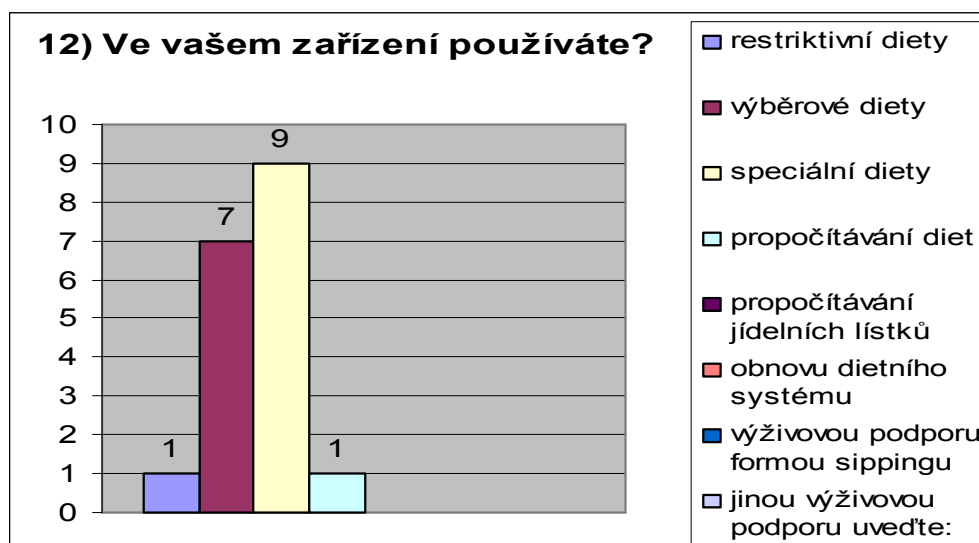
V této otázce jednotlivá zařízení uváděla orientační procento zastoupení diet nejčastěji používaných ve svých zařízeních. Tyto informace jsem vyjádřila v následujícím grafu. Jedná se o průměrné vyjádření používaných diet. Společně vyjádřené jak celé, tak případně i mleté formy diet. Dieta racionální č. 3 tvořila průměrně až 72 % použití. Dieta diabetická č. 9 byla v průměrné výši 8 %, individuální diety (výběrové) tvořily 6 % z průměrného používání v daných zařízeních. Dieta šetřící č. 2 je průměrně na 4 % používání, dieta redukční č. 8 tvoří asi 2 %.

V položce ostatní diety ve výši 8 % jsou pak souhrnně uvedeny další diety, vyskytující se a uváděny, jedná se o diety: vegetariánská dieta, bezlepková dieta, dieta s omezením tuku č. 4, dieta diabetická šetřící č. 9S, nízkocholesterolová dieta č. 7 a ostatní nerozlišené.



Otázka číslo 12. Ve Vašem zařízení používáte?

Používání speciálních diet uvedlo všech 9 zařízení (100 %), výběrové/individuální diety uvedlo 7 zařízení (78 %), restriktivní diety uvedlo jedno zařízení a propočítávání diet taktéž pouze jedno zařízení. Žádné z dotazovaných zařízení nevedlo propočítávání jídelních lístků, obnovu dietního systému, výživovou podporu formou sippingu ani jinou výživovou podporu.



3) Druhá část dotazníku – názory a připomínky

V druhé části dotazníku lázeňská zařízení vyjádřila své názory a připomínky k dietnímu systému a taktéž volně odpovídala na některé mé otázky. Druhou část dotazníku vyplnili 4 z 9, což je asi 44 % respondentů skupiny B (lázně). Některé názory, připomínky a odpovědi jednotlivých zařízení uvádím v příloze. Rozdělila jsem je pro větší přehlednost do pěti skupin. Jsou uvedeny v příloze C: Druhá část dotazníku – názory a připomínky skupina B – lázeňská zařízení.

Skupina C – domovy důchodců

Celkem bylo rozesláno na tento typ zařízení 30 dotazníků a navrátilo se jich 13. Úspěšnost návratnosti byla tedy 43 % a neúspěšnost návratnosti 57 %.

Přílohu dotazníku Názory k dietnímu systému v ČR, náměty a připomínky vyplnili 4 respondenti, což je asi 31 % z navracených dotazníků.

1) První část dotazníku – identifikační otázky (otázky číslo 1 až 4)

První 4 otázky jsou identifikační (otázky číslo 1 až 4), šlo mi o to, popsat a definovat zkoumaný vzorek. Jedná se o otázky: typ zařízení, typ financování, kapacita zařízení a druh péče dle charakteru zařízení.

Otázka číslo 1. Typ zařízení:

Zkoumaný vzorek se skládal z 13 zařízení (100 %), která uvedla jako typ zařízení jiné, a to: domov důchodců, domov pro seniory.

Otázka číslo 2. Typ financování:

Zkoumaný vzorek se skládal z 11 příspěvkových organizací (85 %), jednoho soukromého zařízení a jednoho státního zařízení.

Otázka číslo 3. Kapacita zařízení:

Zkoumaný vzorek se skládal ze 7 zařízení s kapacitou do 100 lůžek (54 %), 5 zařízení s kapacitou od 100 do 300 lůžek (39 %), a jednoho zařízení s kapacitou 300–500.

Otázka číslo 4. Druh péče dle charakteru zařízení:

U zkoumaného vzorku 12 zařízení (cca 92 % z dotázaných) uvedlo kolonku jiné a jedno zařízení uvedlo následnou péči.

2) První část dotazníku – otázky mající vztah k dietnímu systému a dietám

(otázky číslo 5 až 12)

Otázka číslo 5. Strava je připravována:

Ze zkoumaného vzorku uvedlo všech 13 zařízení (100 %), že stravu pro své pacienty připravují vlastní kuchyní.

Otázka číslo 6. Počet nutričních terapeutů/asistentů:

Zařízení uvedla celkový počet nutričních terapeutů 5,25. Z toho 2 NT na provozu – kuchyni, jednoho NT na oddělení a 10 zařízení uvedlo kolonku jiné, z toho 2 zařízení uvedla 1,25 NT jak pro provoz, tak pro klinickou část 8 zařízení uvedlo, že nemá žádného (62 %) nutričního terapeuta.

Průměrně vychází koeficient 0,4 nutričního terapeuta na jedno zařízení, tedy 5,25 NT/13 zařízení. Žádného nutričního terapeuta nemá 62 % zařízení.

Otázka číslo 7. Používáte základní diety dle doporučení MZ z 1991?

V této otázce uvedlo 11 zařízení ano (85 %) a 2 zařízení uvedla jiné. Do kolonky jiné byly uvedeny informace: diety dle potřeb pacientů/klientů (MUS, dieta při dně, bezmléčná dieta). Z této otázky vyplývá, že převážná většina, asi 85 % zařízení, používá základní diety dle doporučení MZ z 1991.

Otázka číslo 8. Značení diet ve Vašem zařízení:

Číselné značení diet uvedlo 13 zařízení (100 %), slovní značení 3 zařízení (23 %) a 2 zařízení uvedla jiné značení diet. Jako jiné bylo uvedeno současně v kombinaci s číselným značením značení podle jmen.

Otázka číslo 9. Upravujete diety dle potřeby – charakteru jednotlivých oddělení?:

V této otázce 9 zařízení (69 %) uvedlo ano a 4 zařízení (31 %) ne. Pokud zařízení označila ano, tak v následující podotázce uvedlo 6 zařízení (což je asi 67 % z kladných odpovědí), že upravuje charakteristiku diet, 6 zařízení (67 %) uvedlo, že upravuje značení diet, 2 zařízení označila „jiné uveďte“ a úpravu diet ve výživovém složení označilo jedno zařízení. V odpovědích „jiné uveďte“ zařízení uvedla – jiné dle potřeb a přání klienta.

Otázka číslo 10. Máte vypracovaný vlastní dietní systém?

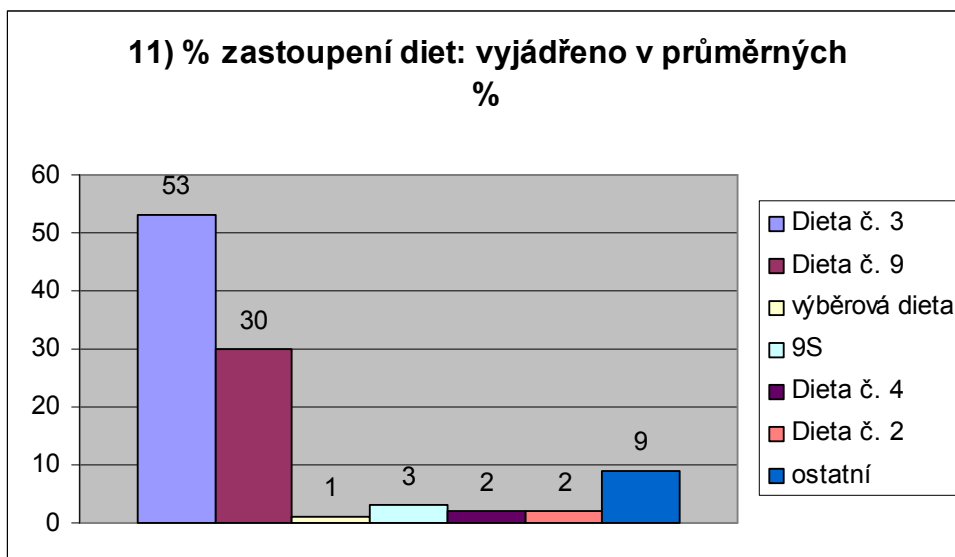
V této otázce 7 zařízení (54 %) uvedlo kladnou odpověď, tedy ano, a 6 zařízení zápornou odpověď, tedy ne (46 %). Pokud zařízení označila ano, tak v následující podotázce 6 zařízení (což je asi 86 % z kladných odpovědí) uvedla, že dietní systém vytvořil, případně se na něm podílel nutriční terapeut. Jedno zařízení uvedlo lékaře-primáře.

Otázka číslo 11. % zastoupení diet: (nejčastěji používané, % orientačně)

V této otázce jednotlivá zařízení uváděla orientační procento zastoupení diet nejčastěji používaných ve svých zařízeních. Tyto informace jsem vyjádřila v následujícím grafu. Jedná se o průměrné vyjádření používaných diet. Společně vyjádřené jak celé, tak případně i mleté formy diet.

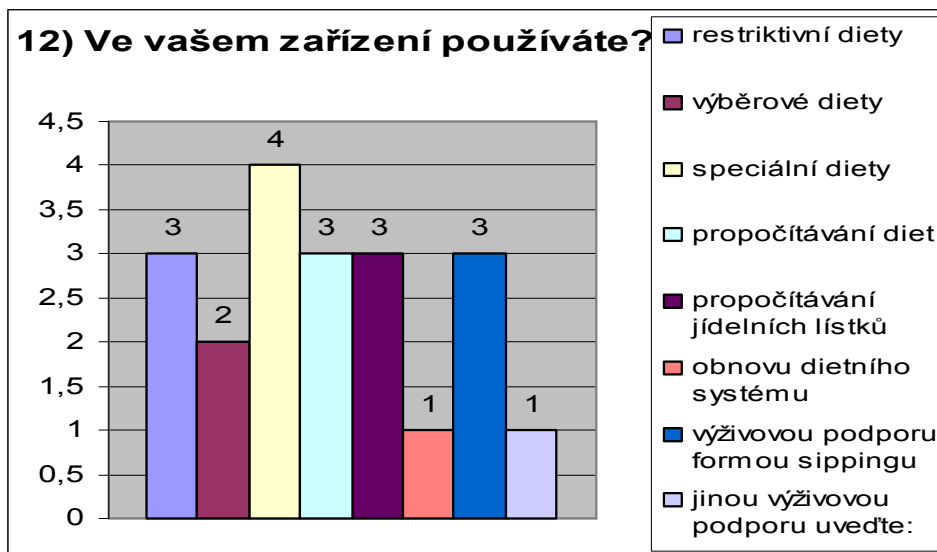
Dieta racionální č. 3 tvořila průměrně 53 % použití. Na druhém místě byla dieta diabetická č. 9 v průměrné výši 30 %, dieta diabetická šetřící č. 9S asi 3 %, dieta šetřící č. 2 průměrně 2 %, dieta s omezením tuku č. 4 také asi 2 %, individuální diety (výběrové) tvořily asi 1 % z průměrného používání v daných zařízeních.

V položce ostatní diety ve výši 9 % jsou pak souhrnně uvedeny další diety, vyskytující se a uváděny: bezlepková dieta, MUS a speciální diety bez určení.



Otázka číslo 12. Ve Vašem zařízení používáte?

Používání speciálních diet uvedla 4 zařízení (31 %), používání restriktivních diet označila 3 zařízení (23 %), propočítávání diet 3 zařízení (23 %), propočítávání jídelních lístků 3 zařízení (23 %) a výživovou podporu formou sippingu také pouze 3 zařízení (23 %). Používání výběrových/individuálních diet uvedla 2 zařízení (15 %), obnovu dietního systému uvedlo 1 zařízení (8 %) a jinou výživovou podporu také pouze jedno zařízení (8 %).



3) Druhá část dotazníku – názory a připomínky

V druhé části dotazníku domovy důchodců volně vyjádřily své názory a připomínky k dietnímu systému a taktéž volně odpovídaly na některé mé otázky. Druhou část dotazníku vyplnili 4 ze 13 respondentů, tedy asi 31 %. Některé názory, připomínky a odpovědi jednotlivých zařízení uvádím v příloze. Rozdělila jsem je do pěti skupin pro větší přehlednost. Jsou uvedeny v příloze D: Druhá část dotazníku – názory a připomínky skupina C – domovy důchodců.

8.4 Výsledky výzkumu shrnutí

Zde se zaměřím na podstatu zkoumaných jevů a jejich shrnutí do následujících dvou tabulek. Uvedená data byla získána z celkového počtu 75 platných dotazníků. Z toho bylo 53 dotazníků ze zařízení typu nemocnice, 9 z lázní a 13 z domovů důchodců.

Tabulka číslo jedna uvádí výsledky jednotlivých skupin získané z dotazníkového šetření z otázek majících vztah k dietnímu systému a dietám. Jsou v ní obsaženy otázky číslo 5 až 12, vyjma otázky číslo 11, která je uvedena samostatně v tabulce číslo 2.

Údaje v tabulce č. 1 uvádějí, kolik procent z dané skupiny odpovídá uvedenému tvrzení. Počet nutričních terapeutů/asistentů je vyjádřen v poměrovém koeficientu nutričního terapeuta/asistenta na jedno zařízení.

Údaje v tabulce č. 2 uvádějí průměrné procentuální zastoupení jednotlivých diet používaných v zařízeních jednotlivých skupin. Tabulky rovněž poskytují možnost srovnání získaných údajů jednotlivých skupin zařízení.

Zaměříme-li svou pozornost na nemocnice, vidíme, že v porovnání se skupinou B a C jen 76 % nemocnic připravuje stravu vlastní kuchyní. Základní diety dle doporučení MZ z 1991 používá až 92 %, tedy nejvyšší procento ze zkoumaných skupin. A rovněž nejvyšší procento, 81 %, nemocnic uvedlo úpravu diet dle potřeb. Vypracovaný vlastní dietní systém má 62 % nemocnic. Je to nízké procento, ale jak je vidět, tak i zároveň nejvyšší ze zkoumaných skupin.

Co se týká propočítávání ať už jednotlivých diet či samotných jídelních lístků, jsou procenta skupiny nemocnic nejvyšší. Taktéž porovnáme-li obnovu dietního systému a používání výživové podpory, jsou procenta rovněž nejvyšší. I když mnohdy i tak nad očekávání nízké. Poměrový koeficient nutričních terapeutů/asistentů je nejvyšší ze zkoumaných skupin, přesto dle mého názoru rovněž nízký, a sice 3,5 NT průměrně na jednu nemocnici.

Tabulka číslo 1 – údaje mající vztah k dietnímu systému a dietám (otázky číslo 5 až 12 vyjma otázky číslo 11)

Vybrané údaje z otázek	A - nemocnice	B - lázně	C - domovy důchodců
Strava je připravována vlastní kuchyní	76 %	100 %	100 %
Počet nutričních terapeutů/asistentů (poměrový koeficient NT/zařízení)	3,5 NT	1,3 NT	0,4 NT
Základní diety dle doporučení MZ z 1991 používá	92 %	89 %	85 %
Číselné značení diet	96 %	100 %	100 %
Úprava diet dle potřeb	81 %	33 %	69 %
Vypracovaný vlastní dietní systém má	62 %	56 %	54 %
Restriktivní diety používá	57 %	11 %	23 %
Individuální/výběrové diety používá	81 %	78 %	15 %
Speciální diety používá	72 %	100 %	31 %
Propočítávání diet používá	70 %	11 %	23 %
Propočítávání jídelních lístků	53 %	0 %	23 %
Obnova dietního systému	34 %	0 %	8 %
Výživovou podporu sippingem používá	77 %	0 %	23 %
Jinou výživovou podporu používá	36 %	0 %	8 %

**Tabulka číslo 2 – údaje mající vztah k dietnímu systému a dietám
(vybrané diety - otázka číslo 11)**

DIETY % zastoupení jednotlivých diet	A nemocnice	- B - lázně	C - domovy důchodců
Dieta č. 3 - racionální	42 %	72 %	53 %
Dieta č. 9, 8 - diabetická, redukční	23 %	10 %	30 %
Dieta č. 2 - šetřící	7 %	4 %	2 %
Dieta č. 4 - s omezením tuku	5 %	x	2 %
Dieta č. 3G - geriatrická	3 %	x	x
Dieta č. 1 - kašovitá	3 %	x	x
Dieta č. 9S - diabetická šetřící	1 %	x	3 %
Dieta č. 3P - porodnická	1 %	x	x
Dieta č. 0 - tekutá	1 %	x	x
Dieta individuální/výběrová	6 %	6 %	1 %

x = % množství nebylo stanoveno, neuvedeno

8.5 Vyhodnocení hypotéz

Hlavním cílem mé práce bylo zkoumat dietní systém v nemocnicích České republiky, poznat objektivní realitu a potřeby zařízení a hodnotit je jako celek, ze kterého je možné odvodit závěry pro tuto problematiku. Mou snahou výzkumného šetření bylo získat poznatky o daném problému.

Úkolem bylo zjistit, jestli mají nemocnice vytvořen vlastní dietní systém, jestli používají základní diety dle doporučení Ministerstva zdravotnictví a jestli je v nemocnicích více nutričních terapeutů/asistentů než v lázeňských zařízeních a než v domovech důchodců. Na základě stanovených cílů byly vysloveny hypotézy, které jsem ověřovala. (Kutnohorská, 2008)

8.5.1 Vyhodnocení hypotézy č. 1 „Domnívám se, že většina nemocnic má vytvořen vlastní dietní systém.“

Jako hypotézu č. 1 jsem si stanovila domněnku, že většina nemocnic má vytvořen vlastní dietní systém. K potvrzení této hypotézy postačí více než 50 procent, tedy většina kladně zodpovězených otázek. K této hypotéze měla přímý vztah otázka číslo 10.

Otázka číslo 10. Máte vypracovaný vlastní dietní systém?

V této otázce 33 zařízení typu nemocnice (62 %) uvedlo kladnou odpověď, tedy ano, a 20 zařízení zápornou odpověď, tedy ne (38 %). Z daného vyplývá, že více než 50 % nemocnic, tedy většina, má vypracovaný vlastní dietní systém. Tímto se výše uvedená hypotéza potvrzuje. Můžeme tedy tvrdit, že většina nemocnic má vypracovaný vlastní dietní systém.

8.5.2 Vyhodnocení hypotézy č. 2 „*Domnívám se, že většina nemocnic používá základní diety dle doporučení MZ z roku 1991.*“

Jako hypotézu č. 2 jsem si stanovila domněnku, že většina nemocnic používá základní diety dle doporučení MZ z roku 1991. K potvrzení této hypotézy postačí více než 50 procent, tedy většina kladně zodpovězených otázek. K této hypotéze má přímý vztah otázka číslo 7.

Otázka číslo 7. Používáte základní diety dle doporučení MZ z 1991?

V této otázce uvedlo 49 zařízení ano (92 %), pouze jedno zařízení (2 %) uvedlo ne a 3 zařízení (6 %) uvedla jiné. Z daného vyplývá, že více než 50 % nemocnic, tedy většina, používá základní diety dle doporučení MZ z 1991. Tímto se výše uvedená hypotéza potvrzuje. Můžeme tedy tvrdit, že většina nemocnic používá základní diety dle doporučení MZ z roku 1991.

8.5.3 Vyhodnocení hypotézy č. 3 „*Domnívám se, že v nemocnicích bude poměrově více nutričních terapeutů/asistentů než v lázeňských zařízeních a než v domovech důchodců.*“

Jako hypotézu č. 3 jsem si stanovila domněnku, že v nemocnicích bude poměrově více nutričních terapeutů/asistentů než v lázeňských zařízeních a než v domovech důchodců. Budu tedy porovnávat množství nutričních terapeutů/asistentů uvedených ve skupině B (lázeňská zařízení) a skupině C (domovy důchodců) ke skupině A (nemocnicím). K této hypotéze má přímý vztah otázka číslo 6, která se přímo dotazuje na počet nutričních terapeutů/asistentů.

Otázka číslo 6. Počet nutričních terapeutů/asistentů:

Zařízení typu nemocnice uvedla celkový počet nutričních terapeutů 185. Průměrně vychází koeficient 3,5 nutričního terapeuta na jedno zařízení 185 NT/53 zařízení, tedy 3,5 NT/nemocnice.

Zařízení typu lázeňská zařízení uvedla celkový počet nutričních terapeutů 12. Průměrně vychází koeficient 1,3 nutričního terapeuta na jedno zařízení, 12 NT/9, tedy 1,3 NT/lázně.

Zařízení typu domovy důchodců uvedla celkový počet nutričních terapeutů 5,25. Průměrně vychází koeficient 0,4 nutričního terapeuta na jedno zařízení 5,25 NT/13, tedy 0,4 NT/domovy důchodců.

Z daného vyplývá, že nejvyšší poměrový koeficient NT/zařízení je u skupiny zařízení typu nemocnice a to 3,5. Tímto se výše uvedená hypotéza potvrzuje. Můžeme tedy tvrdit, že je v nemocnicích poměrově více nutričních terapeutů/asistentů než v lázeňských zařízeních a než v domovech důchodců.

9 Diskuze

Budu-li hodnotit návratnost dotazníků, tak nejlépe dopadly nemocnice, i co se týká návratnosti druhé části dotazníku – názory a připomínky, kde se bohatě vyjadřovaly k dané problematice. Hodnotím to velmi kladně jako zájem či případnou potřebu se vyjádřit. Je vidět, že situace dietního systému a věcí souvisejících s ním je v České republice v mnohých směrech nevyhovující a je mnoho připomínek, přání a námětů ke zlepšení celé situace. Podle mého názoru nejen s ohledem na připomínky by stálo za to se touto oblastí na odborné úrovni zabývat. Současně je však nutné vycházet z běžné praxe, potřeb zařízení i jejich možností.

Co se týká první části dotazníkového šetření, z otázek majících vztah k dietnímu systému a dietám vyplynuly velmi zajímavé skutečnosti. Například až 24 % nemocnic nepřipravuje stravu vlastní kuchyní, na rozdíl od lázní a domovů důchodců, které si stravu připravují pro své pacienty/klienty výhradně vlastní kuchyní. V druhé části dotazníku – názory a připomínky je pak případné hodnocení spolupráce se soukromou firmou využívanou k zajištění stravy hodnoceno vesměs negativně.

Další zajímavou skutečností je počet nutričních terapeutů. Nejvíce nutričních terapeutů je poměrově v zařízeních typu nemocnice, kde vychází asi 3,5 nutričního terapeuta na jednu nemocnici. U zařízení typu lázeňské zařízení vychází asi 1,3 nutričního terapeuta na jednu lázeň. A naprosto nevyhovující až alarmující je situace v domovech důchodců, kde vychází pouze 0,4 nutričního terapeuta na jeden domov důchodců. Osm domovů důchodců uvedlo, že nemá žádného nutričního terapeuta, což tvoří 62 % ze zkoumaných domovů důchodců, ale přitom si zajišťují stravu pro pacienty/klienty samy, tedy vlastní kuchyní.

S ohledem na specifické nutriční potřeby geriatrických pacientů/klientů a rovněž s ohledem na fakt, že v mnohých sociálních zařízeních se kloubí poskytování sociální péče se zdravotnickou péčí, je skutečnost nepřítomnosti nutričního terapeuta dle mého názoru

nevyhovující. Co se týká nutričních terapeutů v nemocnicích, 3,5 není tak vysoké číslo s ohledem na kapacity zařízení a s ohledem na množství nutričních terapeutů působících na provozu.

Porovná-li poměr nutriční terapeut na pozici v provozu (kuchyni) a nutriční terapeut na pozici v klinické části (u pacientů/klientů), tak pokud je v zařízení přítomen nutriční terapeut, tak většinou na pozici v provozu. Nemocnice uvedly 42 % nutričních terapeutů na provozu a na oddělení 31 %. Lázeňská zařízení uvedla 75 % nutričních terapeutů na provozu a 25 % NT dohromady jak pro provoz, tak pro klinickou část. U domovů důchodců když byli přítomni nutriční terapeuti, tak převážně na provozu (kuchyni).

Tato skutečnost je asi přežitkem z dob minulých, kdy „nutriční terapeut“, byl-li přítomen, měl na starosti kuchyni, normování a případně jiné provozní záležitosti týkající se přípravy stravy. Nutno podotknout, že úloha nutričního terapeuta je nezbytná jak na provozu, tak v klinické části. Většinou se ale nemohou tyto úlohy pojit do jedné osoby, stává se pak, že je tu nutriční terapeut pohlcen provozem s občasným „zavítáním“ na oddělení či za pacientem/klientem, většinou jen když je „problém“.

Základní diety dle doporučení MZ z 1991 používá 92 % nemocnic, 89 % lázní a 85 % domovů důchodců. Jsou to dle mého názoru vysoká procenta a ukazuje to také na vliv Ministerstva zdravotnictví na dietní systém v zařízeních při stanovení základního směru či případnou možnost využití výživové politiky v oblasti veřejného zdraví.

S ohledem na druhou část dotazníku – názory a připomínky je častým názorem, že by měl být vytvořen nezávazný dietní systém garantovaný MZ, který by měl být aktuální, jednotný s novými doporučeními, nutričními hodnotami, se zařazením nových potravin a pravidelným doplňováním či obměnou.

Zvažovala jsem důvody, proč chce mít tolik zařízení dietní systém garantovaný (byť nezávazný) Ministerstvem zdravotnictví. Napadla mě „jistota“. Možná právě v dnešní době, kdy je na každém kroku spousta doporučení z různých a třeba jen rádo by odborných společností či sdružení. Je vítána a požadována garance odbornosti, jistoty, kvality, která by byla garantovaná právě Ministerstvem zdravotnictví. Což sebou jistě také přináší předpoklad propojení s evropskými či celosvětově uznávanými trendy a poznatky. Vhodně vytvořený dietní systém či další související materiály garantované Ministerstvem zdravotnictví by se tak mohly stát i bez závazné podoby velmi pozitivním a vlivným nástrojem v oblasti veřejného zdraví.

Co se týká samotného dietního systému používaného v jednotlivých zařízeních, pro mne až překvapivě vysoké procento zařízení říká, že nemá vypracovaný vlastní dietní systém. Až 38 % nemocnic nemá vypracovaný vlastní dietní systém, 44 % lázní a 46 % domovů důchodců taktéž. Pokud tolik zařízení nemá vypracovaný vlastní dietní systém, o důvod víc pro vytvoření vhodného dietního systému a souvisejících materiálů, který by s důvěrou používala. Při ponechání volnosti tak budou naplněny dle mého názoru jak požadavky pro volnost zařízení, tak pro základní verzi dietního systému garantující určitý standard v poskytování zdravotnické a sociální péče.

Podíváme-li se na „nutriční zabezpečení“ jednotlivých skupin zařízení, tak nejlépe dopadly nemocnice. Je to logické s ohledem na druh poskytování péče. Ať už se jedná o propočítávání diet, jídelních lístků, výživovou podporu, individuální diety či obnovu dietního systému. Sipping používá asi 77 % nemocnic, jen 23 % domovů důchodců a lázně sipping nepoužívají. U domovů důchodců se používá minimální výživová podpora, ať co se týče sippingu, tak jiné výživové podpory. Tu uvedlo pouze 8 %. S ohledem na předpokládané potřeby geriatrických pacientů, rizika dekubitů, malnutrice, nechutenství apod., je dle mého názoru výživová podpora v těchto zařízeních nedostatečná. Samozřejmě je pak také otázkou samotného efektivního vyhledávání pacientů/klientů potřebujících nutriční podporu v jednotlivých zařízeních a míry naplnění. Může se totiž docela snadno stát, že zařízení využívá nutriční podporu, ale již nevíme, v jaké míře a jak je prováděn samotný screening a jakým nástrojem.

Co se týká procentuálního zastoupení jednotlivých diet, tak nejvíce používanou dietou je dieta racionální, také se používají poměrně často diety diabetická, šetřící, geriatrická, dieta s omezením tuku, diabetická šetřící, redukční, porodnická dieta a individuální diety. Diety individuální tvoří asi 6 % v průměrném používání. Výjimku tvoří domovy důchodců, kde individuální diety tvoří pouze asi 1 %. Obecně se dá říci, že nemocnice mají širší spektrum používaných diet, je to logické s ohledem na rozdílnost druhů poskytované péče i pestrost anamnéz pacientů/klientů.

Také je důležité zohlednit stárnutí populace, víme, že bude i nadále významným demografickým trendem, a to ve všech zemích Evropské unie, nevyjímaje Českou republiku, jejíž populace do roku 2060 mírně vzroste, ale významně zestárne. Proto musíme již dnes s výhledem na potřeby současnosti i budoucnosti čelit a uzpůsobit těmto potřebám nutriční podporu, dietní systém i svůj přístup.

Získaná fakta a informace svým výzkumem považuji za užitečné a možná i v některých směrech motivující. Vzhledem k tomu, že nebyl žádný výzkum tohoto druhu a v této oblasti, případně takového rozsahu uskutečněn, nemám ani možnost s ničím a nikým porovnávat a polemizovat. Využití výsledů v praxi zajišťuje rozvoj praxe založené na důkazech. Přístup či doporučení, která nejsou založena na důkazech (expertní, konsensuální) v sobě skýtají větší subjektivitu a možnost chybných domněnek či závěrů, a toho bychom se měli vyvarovat.

Byla bych ráda, kdyby má práce také posloužila pro další účely zaměřené celoplošně a vedoucí ke zkvalitnění poskytování nutriční péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních na území České republiky.

10 Závěry

Hlavním cílem mé práce bylo zkoumat dietní systém v nemocnicích České republiky, poznat objektivní realitu a potřeby zařízení a hodnotit je jako celek, ze kterého je možné odvodit závěry pro tuto problematiku. Úkolem bylo zjistit, jestli mají nemocnice vytvořen vlastní dietní systém, jestli používají základní diety dle doporučení Ministerstva zdravotnictví a jestli je v nemocnicích poměrově více nutričních terapeutů/asistentů než v lázeňských zařízeních a než v domovech důchodců. Stanovila jsem si tři hlavní hypotézy, které jsem svým zkoumáním hodlala potvrdit či vyvrátit. Hypotézy jsem chápala jako předběžné domněnky a jejich hodnověrnost byla podmíněna získáním dalších důkazů.

Vzhledem k tomu, že výzkum tohoto zaměření a rozsahu nebyl ještě v České republice uskutečněn, neměla jsem se o co opřít, z čeho vycházet ani s čím porovnávat. Proto jsem kladla důraz na důkladnost při volbě metodiky i postupů.

Jednalo se o základní výzkum kvantitativní s komplexním pojetím. Technika výzkumu byla formou elektronicky rozesílaného dotazníku. Dotazníky spolu s průvodním dopisem byly rozesílány na management jednotlivých zařízení na území České republiky se žádostí o vyplnění příslušnými odborníky. Šetření bylo anonymní a důvěrné. Volba vzorku byla založena na prostém náhodném výběru. Sestával ze tří skupin. Primární, hlavní skupiny typu nemocnice a dvou doplňkových skupin typu lázeňských zařízení a domovů důchodců. Šetření proběhlo v době od 1. 12. 2010 do 31. 1. 2011. Celkem se navrátilo 75 platných dotazníků. 53 z nemocnic, 9 z lázní a 13 z domovů důchodců.

Po následné analýze výsledků dotazníku a vyhodnocení hypotéz jsem mohla potvrdit stanovené hypotézy. Můžeme tedy tvrdit, že většina nemocnic má vypracovaný vlastní dietní systém. Konkrétně 62 % nemocnic. Dále můžeme tvrdit, že většina nemocnic používá základní diety dle doporučení MZ z roku 1991. Konkrétně 92 % nemocnic. A také můžeme tvrdit, že je v nemocnicích poměrově více nutričních terapeutů/asistentů než v lázeňských zařízeních a než v domovech důchodců. Přesněji vychází průměrně 3,5 nutričního terapeuta na jednu nemocnici, asi 1,3 nutričního terapeuta na jednu lůžko a pouze 0,4 nutričního terapeuta na jeden domov důchodců.

V druhé části dotazníku – názory a připomínky se k dané problematice zařízení bohatě vyjadřovaly zejména nemocnice. Je vidět, že situace dietního systému a věcí souvisejících s ním je v České republice ve více směrech nevyhovující a je mnoho připomínek, přání a námětů ke zlepšení celé situace. Pokusila jsem se na základě získaných informací, připomínek a námětů z jednotlivých zařízení vytvořit návrh na sestavení obecného dietního systému, vycházejícího z běžné praxe potřeb zařízení i jejich možností. Tento návrh na sestavení obecného dietního systému podrobněji rozeberu v následující kapitole.

Co se týká procentuálního zastoupení jednotlivých diet v nemocnicích, tak nejvíce používanou dietou je dieta racionální, také se používají poměrně často diety diabetická, šetřící, geriatrická, dieta s omezením tuku, diabetická šetřící, redukční, porodnická dieta a individuální diety. Diety individuální tvoří asi 6 % v průměrném používání. Je obecně známo, že podle typu zařízení, druhu poskytování péče či skladby pacientů/klientů průměrně asi 10 %, některé zdroje uvádí dokonce 25-30 %, pacientů/klientů nelze zařadit do „škatulky“ běžných diet používaných v zařízení.

Právě z důvodu nezbytnosti individuálních diet a dietních postupů je žádoucí, aby bylo posilováno zastoupení nutričních terapeutů v klinické části. Nelze spoléhat na přežití z dob minulých, kdy „nutriční terapeut“ byl zapotřebí pouze pro provozní záležitosti týkající se přípravy stravy, ale je třeba efektivně ho zapojit jako součást multidisciplinárního týmu na oddělení.

Neznamená to však, že bude pouze „dělat výběry a povídat si s pacienty“. Samo zapojení si žádá vysokou odbornost, profesionalitu a znalost dané problematiky, ale taktéž vědomosti z oblasti medicíny. Neboť nutriční terapeut by se měl stát určitým partnerem v týmu lékařů a sester při sledování jednotného cíle efektivního poskytování zdravotnické

péče. V tomto pojetí se pacient chápe jako celistvá osobnost se všemi fyziologickými a psychologickými potřebami včetně správného výživového stavu.

Lékaři a sestry mají specifické náplně práce a není možné, pokud to nejsou specializovaní lékaři nutricionisti, aby obsáhli tuto natolik specifickou problematiku výživy a nutriční podpory. Stejně tak jako nutriční terapeut nemůže obsáhnout tu jejich.

Věřím, že fakta a informace získané tímto výzkumem budou spolu s touto prací užitečné, a možná i v některých směrech motivující. Byla bych velmi ráda, kdyby má práce také posloužila pro další účely zaměřené celoplošně a vedoucí ke zkvalitnění poskytování nutriční péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních na území České republiky.

11 Návrhy a doporučení

Chtěla bych podotknout, že na vytvoření „nového“ dietního systému a případných dalších materiálů s ním souvisejících by se mělo podílet více odborníků a konečná verze by měla být dána k připomínkování. Nicméně jsem se pokusila na základě námětů a připomínek jednotlivých zařízení, zkušeností a poznatků vytvořit návrh pro sestavení obecného dietního systému a materiálů s ním souvisejících.

Měl by mít podobu doporučení či souboru rad pro praxi, garantovaného Ministerstvem zdravotnictví při zachování volnosti úpravy jednotlivých zařízení. Dietní systém by měl být „východiskem a rádcem“ pro jednotlivá zařízení. Vytvořila bych tedy dvě části: základní část a speciální.

1) Základní část by pojednávala o dietách, uváděla by:

- slovní název diety, značení – číslo diety (např. šetřící dieta č. 2)
- charakteristiku diety (základní údaje o dietě, při jakém onemocnění se používá atd.)
- složení diety (energetická hodnota, sacharidy, tuky, bílkoviny, příp. další v kg/os/den)
- vhodné a nevhodné potraviny pro tuto dietu vč. nových druhů potravin
- technologickou úpravu diety (vhodné a nevhodné kulinářské úpravy vč. nových technologií)

Složení diet by mělo být uvedeno dle platných výživových doporučených dávek a také, na koho jsou dávky nastaveny (např. průměrná dávka při 70 kg hmotnosti). Také by mělo být uvedeno upozornění, že dávky se liší s ohledem na pohlaví, věk, hmotnost, fyzickou zátěž, onemocnění či jiné individuální faktory.

Obsahovala by hlavní diety, doplňkové diety, mechanicky upravené diety a individuální diety. Mezi hlavní diety jsem volila ty, které měly vysoké procentuální zastoupení v používání či četnost uvádění.

Hlavní diety:

Racionální dieta č. 3, šetřící dieta č. 2, diabetická dieta č. 9 (sacharidové rozlišení), s omezením tuku dieta č. 4, geriatrická dieta č. 3G, porodnická dieta č. 3P, strava batolat dieta č. 12, strava dětí dieta č. 13, redukční dieta č. 8, výživná dieta č. 11, zařadila bych „novou“ dietu se sníženým obsahem tuku, zvýšeným obsahem vlákniny, vitaminů, cereální výrobky atd. při zachování dávek sacharidů (dříve 7 – nízkocholesterolová), např. protektivní dieta č. 7

Doplňkové diety (speciální diety či standardizované dietní postupy):

Doplňkovými dietami jsem je nazvala z důvodu nízkého procentuálního zastoupení v používání či nižší četnosti individuálního používání v jednotlivých zařízeních, např. dle druhu poskytované péče či skladby pacientů/klientů.

Mezi doplňkové diety bych zařadila:

Protiprůjmové diety, realimentační diety, čaj, bujon, šlem, NBK, dieta s přísným omezením tuku č. 4S, s omezením bílkovin dieta č. 6, dieta s omezením zbytků č. 5, dieta s omezením draslíku, bezlepková dieta, bezlaktózová dieta, kojenecká, vegetariánská dieta.

Mechanicky upravená strava (MUS):

tekutá dieta č. 0, kašovitá dieta č. 1, mleté diety

Je důležité taktéž uvést charakteristiku, důvod použití, složení, vhodné a nevhodné potraviny. Mechanickou úpravu a zejména vhodnost jednotlivých potravin bych v novém dietním systému zdůraznila, také z důvodu častého využívání mechanicky upravené stravy v praxi (nemocnice, následná péče, domovy důchodců).

Individuální diety (jiné dietní postupy):

individuální diety č. 14

Tyto diety bych zvlášť zdůraznila, jejich použití z důvodu zajištění potřebné nutriční hodnoty, např. z hlediska malnutrice, nechutenství, onkologicky nemocných, etnických či náboženských důvodů atd.

2) Speciální část by byla zaměřena na doporučené postupy a související materiály:

Tato speciální část by měla vycházet a být v souladu s WHO a celosvětově uznávanými vědeckými poznatky a tvrzením (s příp. úpravami pro ČR). Speciální část bude více proměnlivá s časem než hlavní část. A proto by měla být dle potřeb a nových poznatků pravidelně alespoň jednou za čtyři roky aktualizována. Součástí speciální části by měly být:

- standard nutriční péče
- výživové doporučené dávky vč. základních, příp. doplňkových nutričních faktorů (v množství doporučených dávek dle věku, pohlaví os/den)
- obecné zásady, výživová doporučení (včetně pitného režimu)
- výživové trendy
- hodnocení výživového stavu pacienta/klienta
- výpočet energetických a nutričních potřeb individuálního pacienta/klienta
- tabulky nutričních hodnot vybraných potravin
- dávky potravin (normy)

To je návrh pro sestavení obecného dietního systému a materiálů s ním souvisejících. Na závěr bych chtěla znovu podotknout, že na vytvoření „nového“ dietního systému a případných dalších materiálů by se mělo podílet více odborníků a konečná verze by měla být dána k připomínkování. V rámci odborného pracoviště by tito odborníci, ať už při každodenním působení nebo při pravidelném docházení, vytvářeli nový aktuální dietní systém a materiály s ním související. Tvorbu by měli realizovat skutečně erudovaní nutricionisti s vysokoškolským vzděláním, lidé nezatížení vztahy se současnými potravinovými a podobnými firmami či řetězci. Tento tým by měl být ideálně doplněn i o jiné odborníky z dalších oblastí (potravinářství, hygiena, epidemiologie). Samotná tvorba by zpočátku byla jistě náročnější. Nicméně by to nemělo být překážkou k vytvoření dietního systému vycházejícího z potřeb zařízení, o který by se mohla jednotlivá zařízení i odborníci na výživu opírat. V neposlední řadě by dietní systém a tyto materiály měly sloužit jako nástroj výživové a potravinové politiky a podílet se tak na zkvalitnění poskytování péče zdravotnických a sociálních zařízení při ochraně veřejného zdraví.

Výživové problémy vedou k ekonomickým ztrátám a jejich odstranění k ekonomickým úsporám. Dá se předpokládat, že tento fakt začíná vstupovat do politiky států. I to je důvod zabývat se výživou a jejími dopady na odborné úrovni v individuálním i globálním rozsahu.

Seznam použitých zkratek

B	- bílkoviny
ČR	- Česká republika
D.S.	- dietní systém
EV	- enterální výživa
HACCP	- analýza nebezpečí a kritické kontrolní body (Hazard Analysis and Critical Control Points)
IKEM	- Institut Klinické a Experimentální Medicíny
Kcal	- kilokalorie ¹ (kilokalorie = 4,185 kilojoulů)
KJ	- kilojoule
MUS	- mechanicky upravená strava
MZ	- Ministerstvo zdravotnictví
NBK	- nemastná bramborová kaše
NGS	- nasogastrická sonda
NH ₃	- amoniak (čpavek)
NT	- nutriční terapeut
PEG	- perkutánní endoskopická gastrostomie
S	- sacharidy
T	- tuky
TBC	- tuberkulóza (tuberculosis)
TPN	- totální parenterální výživa (Total Parenteral Nutrition)
WHO	- Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)
ZDJN	- zmrazená dietní jídla pro nemocnice
25(OH)D	- 25-hydroxyvitamín D

Použitá literatura a prameny

DOBERSKÝ, Přemysl, et al. *Dietní systém pro nemocnice I*. 1. vyd. Praha: Vydavatelstvo Osveta, n. p., 1983. 488 s.

DOBERSKÝ, Přemysl, et al. *Dietní systém pro nemocnice*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, n. p., 1968. 736 s.

DOBERSKÝ, Přemysl, et al. *Nový dietní systém pro nemocnice*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, n. p., 1955. 320 s.

DOBERSKÝ, Přemysl, et al. *Výzkum ZDJN č. P 13-121-028*. Praha: IKEM 1971. 75 s.

CARLSSON, Sonja. *Léčivá síla karotky*. 1. vyd. Praha: Pragma, 2005. s. 94. ISBN 80-7205-929-7.

GRANT, William, et al. *An estimate of the economic burden and premature deaths due to vitamin D deficiency in Canada*. WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, 2010, Volume 54, Issue 8, s. 1172–1181. ISSN 1613-4133.

GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1868-2.

KOHOUT, Pavel; KOTRLÍKOVÁ, Eva. *Základy klinické výživy*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2009. 113 s. ISBN 978-80-87250-05-1.

KUDLOVÁ, Eva, et al. *Hygiena výživy a nutriční epidemiologie*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2009. 287 s. ISBN 978-80-246-1735-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3.

NEDLEY, Neil, *Depression the Way Out*. Ardmore: Nedley Publishing, 2007. 350 s. ISBN 978-80-7172-023-2.

SVÁČINA, Štěpán, et al. *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.

VALÍČEK, Pavel; ZISKA, Martina. *Ájurvéda*. Meduňka, 2004, červen, č. 6, s. 10-17. ISSN 1214-4932.

VOKURKA, Martin; HUGO, Jan, et al. *Velký lékařský slovník*. 8. vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2008. 1144 s. ISBN 978-80-7345-166-0.

Příloha A: Dotazník

<h2 style="margin: 0;">Dotazník</h2> <p style="margin: 0;">Odpověď prosím označte křížkem do políček (případně vypište). Děkuji (možno i více odpovědí – křížků)</p>	
<p>1) Typ zařízení:</p> <p><input type="checkbox"/> nemocnice</p> <p><input type="checkbox"/> lázně</p> <p><input type="checkbox"/> ústav</p> <p><input type="checkbox"/> jiné</p>	<p>2) Typ financování:</p> <p><input type="checkbox"/> státní</p> <p><input type="checkbox"/> příspěvková organizace</p> <p><input type="checkbox"/> soukromé</p> <p><input type="checkbox"/> jiné</p>
<p>3) Kapacita zařízení:</p> <p><input type="checkbox"/> do 100</p> <p><input type="checkbox"/> 100 - 300</p> <p><input type="checkbox"/> 300 - 500</p> <p><input type="checkbox"/> 500 - 1000</p> <p><input type="checkbox"/> nad 1000</p>	<p>4) Druh péče dle charakteru zařízení:</p> <p><input type="checkbox"/> akutní</p> <p><input type="checkbox"/> lázeňská, rehabilitační</p> <p><input type="checkbox"/> následná péče</p> <p><input type="checkbox"/> jiné</p>
<p>5) Strava je připravována:</p> <p><input type="checkbox"/> vlastní kuchyní</p> <p><input type="checkbox"/> jinou firmou - v areálu zařízení</p> <p><input type="checkbox"/> jiným zařízením – dovoz</p> <p><input type="checkbox"/> jiné uveďte.....</p>	<p>6) Počet nutričních terapeutů/ asistentů :</p> <p><input type="checkbox"/> na provozu (kuchyně)</p> <p><input type="checkbox"/> na oddělení</p> <p><input type="checkbox"/> jiné uveďte</p>
<p>7) Používáte základní diety dle doporučení MZ z 1991?</p> <p><input type="checkbox"/> ano</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> jiné uveďte.....</p>	<p>8) Značení diet ve Vašem zařízení:</p> <p><input type="checkbox"/> číselně</p> <p><input type="checkbox"/> slovně</p> <p><input type="checkbox"/> jiné uveďte.....</p>
<p>9) Upravujete diety dle potřeby – charakteru jednotlivých oddělení ?</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> ano, pokud ano, jak?</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> značení diet</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> charakteristika diet</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> výživové složení</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> jiné uveďte.....</p>	<p>10) Máte vypracovaný vlastní dietní systém?</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> ano, pokud ano, kdo ho vytvořil?</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> dietolog</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> lékaři-primář</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> nutriční terapeut</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> jiné uveďte.....</p>
<p>11) % zastoupení diet: nejčastěji používané, % orientačně (např. 60 % dieta.č.3/racionální)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>12) Ve vašem zařízení používáte?</p> <p><input type="checkbox"/> restriktivní diety</p> <p><input type="checkbox"/> výběrové diety</p> <p><input type="checkbox"/> speciální diety</p> <p><input type="checkbox"/> propočítávání diet</p> <p><input type="checkbox"/> propočítávání jídelních lístků</p> <p><input type="checkbox"/> obnovu dietního systému</p> <p><input type="checkbox"/> výživovou podporu formou sippingu</p> <p><input type="checkbox"/> jinou výživovou podporu uveďte:</p>

**Vaše názory k dietnímu systému v ČR obecně, náměty a připomínky.
Co byste uvítali? (změny, standardy atd.)
Jak hodnotíte spolupráci nutričních terapeutů s lékaři?
Pokud využívá vaše zařízení k zajištění stravy soukromou firmu, jak to
hodnotíte?**

**Děkuji Vám mnohokrát za vyplnění dotazníku a vážím si času, který jste strávil(a)
jeho vyplněním.**

Daniela Pokorná, 3. ročník, obor Nutriční terapeut, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova
v Praze, email: pokornad@seznam.cz

Příloha B: Druhá část dotazníku – názory a připomínky skupina A – nemocnice

Názory k dietnímu systému v ČR obecně, náměty a připomínky:

Dietní systém by měl fungovat pouze jako obecné doporučení, vše by se mělo řídit podle potřeb pacienta. Ovšem toto může fungovat jen na některých specializovaných pracovištích, pro ty ostatní by tu měl být garantovaný MZ dietní systém aktuální, jednotný a vytvořený odborníky.

Stávající dietní systém pro nemocnice, novelizovaný v roce 1991, je podle mého názoru již v mnoha směrech nevyhovující a chybí tam spousta nepostradatelných informací, je to jen pár listů.

D.S. z roku 1991 je již zastaralý, ve většině zařízení je stále využíván a je dobře, pokud je většina zdravotnických zařízení v základech diet shodná.

D.S. v ČR by měl být východiskem pro stanovení diet v nemocnicích, měla by tam být jejich charakteristika, nutriční hodnoty, každá nemocnice si pak přizpůsobí používání diet.

D.S. by měl obsahovat pouze základní diety, ale měl by být k dispozici.

Jako základ je D.S. dostačující.

Bylo by vhodné vydání nového dietního systému zařízení, s novými doporučeními, nutričními hodnotami, se zařazením nových potravin do dietního systému, jejich technologická úprava.

Charakteristika a značení diet by měly být jednotné pro všechna zdravotní zařízení pro případ překladu pacientů, existují specifika, která se dají řešit interně.

Vytvořit nový D.S. v základní formě garantovaný MZ ČR, nelze však zavést striktní formu.

D.S. v ČR je zastaralý, nevyhovuje dnešním požadavkům a trendům, hlavně normy jídel, standardy by měly být součástí dietního systému.

Chybí ucelený dietní systém zohledňující potřeby všech skupin pacientů (následná péče, geriatrické diety).

Dietní systém – celorepublikový závazný, vhodný pro praxi.

Dietní systém v nemocnicích by měl být podle mého názoru jednotný. Uvítala bych aktuální změny v obecném dietním systému ČR. Uvítali bychom změny, co se týče nových druhů potravin, výměrek, nových poznatků ve výživě a aplikování těchto změn do dietního systému ČR.

Uvítala bych inovaci dietního systému, nikoliv však formou doporučení, ale jako soubor rad pro praxi.

Mělo by být zachované jednotné slovní značení, které vystihuje charakter diety, a pro práci v informačních systémech a rychlou komunikaci zachovat i číselné značení.

Jednotné značení diet, jednotná charakteristika a doporučené nutriční složení měly by představovat standard, který je poskytnut v každém zařízení, při zachování možnosti individuální diety a přístupu.

Základní dietní systém ČR je vizitkou země, měl by být aktuální a jednotný, což není a je to ostuda, odborníci by se měli zamyslet.

Změny v dietním systému považuji za velmi nutné. Uvítala bych například rozšíření v oblasti stravování seniorů, naopak některé dietní postupy považuji za příliš omezující (např. d. č. 10 – způsobující často nechutenství).

Je dobře, že každé zdravotnické zařízení si může vypracovat svůj dietní systém dle potřeb hospitalizovaných pacientů.

Co by respondenti uvítali, (změny, standardy atd.):

Národní standardy.

Uvítali bychom sjednocení ve značení diet.

Sjednotit používané tabulky nutričních hodnot.

Uvítali bychom aktualizované a jednotné tabulky výživových hodnot.

Vytvoření standardů a doporučení výživy, které by byly pravidelně aktualizovány a garantovány odbornou společností sestavenou z opravdových odborníků, a ne jen rádooby odborníků.

Standardy, které by obsahovaly návod, k výpočtu nutričního doporučení pro pacienty a základní nutriční doporučení u běžně užívaných diet. Tyto hodnoty by měly být MZ deklarované jako minimální.

Uvítali bychom zpracování rámcových standardů výživy, přípravy pokrmů a jednotné tabulky potravinových hodnot.

Uvítali bychom novou verzi dietního systému, platného, ale nezávazného pro všechna nemocniční zařízení, ve které se vyskytnou i nové potraviny.

Jisté změny ve standardech, ne moc papírování a jednoduchý způsob.

Hodnocení spolupráce nutričních terapeutů s lékaři:

Spolupráce s lékaři se postupně zlepšuje, všeobecně lepší je kontakt s lékaři internisty a na LDN.

Spolupráce lékařů s nutričními terapeuty by měla probíhat na odbornější a intenzivnější úrovni.

Zlepšení komunikace NT a lékařů a zvýšení kompetencí NT by bylo velkým přínosem pro zkvalitnění péče.

Spolupráce je lepší než před lety, ale je nás tu málo na velké zařízení, spolupráce by vypadala také jinak.

Spolupráce funguje asi z 30 %. I když se zpracovává nutriční screening, nutriční anamnéza a plán nutriční péče u hospitalizovaných pacientů, lékaři nevěnují této problematice velkou pozornost.

Spolupráce s interními lékaři je hodnocena kladně, z chirurgických oddělení je to malinko horší.

Ze začátku špatná, vážla komunikace, dnes se to změnilo.

Spolupráce je na každém pracovišti různá.

Jestliže nemocný potřebuje nějaké nutriční doporučení, lékař požádá v nemocničním informačním systému o nutriční konzilium nutričního terapeuta, který navštíví pacienta a po konzultaci s lékařem upraví stravu tak, aby odpovídala požadavku nemocného.

V naší nemocnici je na dobré úrovni, chtělo by to obecně větší kreativitu nutričních terapeutů.

Vzhledem k přesunu nutričních terapeutů ze stravovacího provozu na jednotlivá lůžková oddělení hodnotím spolupráci lékařů s nutričními terapeuty jako dobrou, stále se stoupajícím zlepšením.

Vztah NT a lékaře je individuální, osobně si nestěžují.

V našem zařízení je spolupráce NT s dietologem velmi dobrá.

Nejhorší je spolupráce s chirurgickými obory, kde není brán zřetel na doporučení ke změnám diet, nutriční podpoře apod.

Spolupráce většinou začíná a končí indikací diety.

Vzhledem k novým trendům v eliminaci rizika malnutrice je nezbytná užší spolupráce s lékaři nutricionisty, takže shrnutí je, že komunikace zatím není jednoznačně uspokojivá.

Lékaři spolupracují výborně, žádají si NT formou nutričních konzilií.

Spolupráce lékařů a NT je nezbytná, je nutné přesně definovat kompetence, povinnosti a cíle.

NT by měla být součástí multidisciplinárního týmu na oddělení.

Spolupráce by měla být aktivnější ze strany lékařů.

Spolupráce je dána schopností komunikovat a dostatečnými vědomostmi o léčebné výživě.

Lépe se spolupracuje s mladými lékaři, hůře s lékaři mezi 50-65 lety.

V posledních letech se spolupráce lékařů a ošetřujícího personálu s nutričními terapeuty výrazně zlepšila.

Názory k zajišťování stravy soukromou firmou:

S podmínkami dovozu jídel jsme spokojeni, spolupráce je pružná, kvalita stravy je většinou hodnocena kladně. V některých případech nastává složitější situace při nutnosti okamžité změny stravovacího režimu.

U výrobní firmy nepracuje žádný nutriční terapeut, není tedy žádný odborný dohled nad zpracováním a přípravou diet. Stížnosti pacientů na malé porce jídla a ne příliš chutné pokrmy. Také např. používání polévkového koření v dietách apod. Řeší se přechod k vlastní kuchyni.

Dovoz stravy je nevyhovující, časté problémy s chybějícím jídlem a teplotou stravy. Naše zařízení nepoužívá k zajištění stravy žádnou soukromou firmu a ani bychom nechtěli.

Soukromou firmu k zajištění stravy nevyužíváme, práce v kuchyni je podřízena v první řadě požadavku oddělení, které se snažíme naplnit. Nevím, v jakých aspektech by soukromá firma měla být pro nemocnici přínosem.

Pro naše zařízení připravuje stravu firma. Konečný efekt podávání stravy se tím pro klienta nemění, nedochází ke zlepšení oproti zajišťování stravování nemocnicí. Důležité je velmi důsledně schvalovat a sledovat jídelníček společně s energetickou a biologickou hodnotou stravy. A neustále sledovat a kontrolovat technologickou přípravu stravy, degustovat pokrmy, teplotu stravy při servírování, rozvozové plány a další.

Velký problém je při nedodání diet, dodavatel tyto reklamace vozí pozdě.

Spolupráci hodnotíme jako velice špatnou, po odborné stránce nedostačující. Strava málo pestrá, HACCP, nepropočítávají jídelní lístky, nedodržují gramáže potravin, strava nedochucená.

Spolupráce se soukromou firmou je výhodná z hlediska ekonomického, ale méně již z hlediska kvality stravy.

S dodavatelem máme korektní vztahy.

Firma je schopna a ochotná vařit na míru potřebám našich pacientů, spolupráce velmi dobrá, pokud se ovšem vejde do finančního limitu, což je velmi omezující.

Další názory a připomínky:

Je potřeba si uvědomit, že léčebná výživa je opravdu součástí celkové péče o pacienta a věnovat ji na všech úrovních větší pozornost, než se děje dosud.

V 90 % nemocnic je nutriční péče spíše popelkou.

Když jsme začínali, byl věkový průměr pacientů 72 roků. Dnes máme 79,5 roku.

Přítomnost nutričních terapeutek na oddělení je nutná. Díky dokumentu „Základní nutriční screening“ je včasný záchyt malnutričních pacientů. Vhodným doporučením např. změny diety, přidáním sippingu a jiné, může nutriční terapeutka zkrátit pobyt v nemocnici, předejít zdravotním komplikacím a také zlepšit příjem stravy pacienta.

Je problém se sestrami, aby dodržovaly předepsané porce a doporučení o případném dohledu a zapisování snědeného množství stravy.

Asi 10 % pacientů potřebuje upravit dietu dle svého zdravotního stavu, ostatní pacienti si vystačí s běžnými dietami jako šetřící, racionální, diabetická nebo redukční.

Problém vidím ve studených večeřích, malý možný sortiment.

Uvítali bychom zachování alespoň stávajících 2 teplých večeří, udržení stravovacího systému pod správou nemocnice.

Ve společnosti se všeobecně klade velký důraz na zajištění důležitých živin, vitaminů, minerálních látek u hospitalizovaných nemocných pacientů.

Výživa je nedílnou součástí při léčbě závažných onemocnění. Ohrožení nedostatečnou výživou, malnutricí jsou zejména starší pacienti, onkologičtí pacienti, nebo např. pacienti po operacích střev, s onemocněním na gastrointestinálním traktu, po chirurgických zákrocích apod.

Příloha C: Druhá část dotazníku – názory a připomínky skupina B – lázeňská zařízení

Názory k dietnímu systému v ČR obecně, náměty a připomínky:

Dietní systém potřebuje zcela přehodnotit, měl by dát základní směr, podle kterého si budou jednotlivá zařízení upravovat vlastní dietní systém.

Pokud budu hodnotit dietní systém jako takový, tak můj názor je, že v současné době se podle něho už málokdo řídí. Spíše se lékaři s nutričním terapeutem domluví, co nejlépe klientovi/pacientovi vyhovuje s ohledem na onemocnění. Funguje přístup individuální, a co klientovi dělá či nedělá dobře.

Je škoda, že se zrušila dieta č. 7, měla svůj význam.

Pro naše zařízení zatím stačí stávající dietní doporučení, pokud je problematický pacient, tak po dohodě s lékařem připravujeme stravu individuální.

Hodnocení spolupráce nutričních terapeutů s lékaři:

Spolupráce lékař – nutriční terapeut, u nás v lázních to funguje dobře.

Spolupráce nutričních terapeutů s lékaři je nedostačující, málo konzultací ze strany lékařů.

Spolupráce je individuální, případ od případu.

Spolupráci hodnotíme velmi pozitivně.

Názory k zajišťování stravy soukromou firmou:

Upřednostňujeme vlastní kuchyni před soukromou firmou z více důvodů.

Máme vlastní kuchyni a soukromou firmu bych nechtěla. Není nad to se přímo domluvit s kuchařem ohledně diety. Ve většině případů, co jsem slyšela, je tento systém nevyhovující.

Další názory a připomínky:

Je důležitý individuální přístup ke klientům.

Diety upravujeme podle individuálního stavu klienta.

Nesouhlasím s kreditovým systémem. Přednášky by měl dotovat někdo jiný než zaměstnanci. Přece je hloupost platit za to, abych vůbec mohla pracovat.

Příloha D: Druhá část dotazníku – názory a připomínky skupina C – domovy důchodců

Názory k dietnímu systému v ČR obecně, náměty a připomínky:

Po přijetí nutričního terapeuta se zlepšila skladba jídelníčku s vyhodnocením nutriční hodnoty u všech typů stravy.

Dietní systém napomáhá obecně ke zlepšení zdravotní, fyzické i psychické kondice.

Pro naše zařízení je dietní systém vyhovující. Jsou-li potřeba změny, postupujeme individuálně nebo dietní systém přizpůsobíme našemu zařízení. Vzhledem k tomu, že jsme sociální zařízení, nejsou zde časté speciální požadavky na diety.

Dietní systém je vyhovující. Změny děláme individuálně, individuální domluva s klientem, lékařem, kuchyní apod.

Co by respondenti uvítali. (změny, standardy atd.):

Uvítali bychom základní dietní systém nebo obecné diety pro seniory pro zařízení, abychom se měli o co opřít a z čeho vycházet.

Hodnocení spolupráce nutričních terapeutů s lékaři:

Spolupráce s lékaři je dobrá.

Nutriční terapeutů nemáme.

Názory k zajišťování stravy soukromou firmou:

Stravu si připravujeme sami v našem zařízení.

Máme vlastní kuchyň, soukromá firma by byla drahá.

Další názory a připomínky:

Potíže máme v případě, že nám vrátí klienta z nemocnice se sondou (nejlépe v pátek odpoledne) a nepošlou výživu.

Snažíme se vařit domácí stravu při respektování základních dietetických požadavků. Někteří pacienti odmítají diety, my to respektujeme vzhledem k věku a zdravotnímu stavu.

Příloha E: Doporučení Ministerstva zdravotnictví z r. 1991

U

Doporučené zásady stravování nemocných

Léčebná výživa se ve zdravotnických zařízeních řídí od roku 1955 zásadami a doporučeními publikovanými v Dietním systému, poprvé vydaném v roce 1955. S vývojem poznatků a názorů na léčebnou výživu (diety pro různé typy onemocnění) byl tento dietní systém přepracován v roce 1968, znovu pak v roce 1983. R 1991.

Výuka a výchova dietních sester, které jsou převážně v čele stravovacích provozů ve zdravotnických zařízeních, probíhala v souladu s platným dietním systémem.

Nové odborné poznatky v souladu se světovými trendy vedou skupinu konzultantů MZ pro obor dietologie k doporučení změn stávajícího dietního systému. Skupina vychází z nových výživových poznatků, z nových výživových doporučených dávek (1989) a z doporučení České diabetologické společnosti, z nových názorů pediatrických, jakož i z předpokládaného trendu práce v dietologii v podmínkách samostatných zdravotnických zařízení.

Nové výživové doporučené dávky (VDD) pro obyvatelstvo byly zpracovány ve Výzkumném ústavu výživy lidu v Bratislavě a v Institutu hygieny a epidemiologie v Praze. Tyto VDD byly schváleny útvarem hlavního hygienika ČR 14.3.1989 č.j.HEM-350-11.3.1989 (viz příloha).

V těchto VDD se doporučuje snížení celkového energetického příjmu. To se projevuje ve snížení dávek tuku a snížení dávek bílkovin zvláště živočišných, které jsou často významným zdrojem saturovaných tuků a cholesterolu. To znamená snížení spotřeby masa zvl. tučného a masných výrobků, snížení spotřeby tučných mléčných výrobků a místo nich použití nízkotučných druhů masa a nízkotučných mléčných výrobků. Je doporučeno použití zakysaných mléčných výrobků s nízkým obsahem tuku. Při celkově snížené spotřebě tuku má být zvýšen podíl rostlinných tuků polyenových mastných kyselín obsažených v rostlinných olejích a rybách. Má být snížen obsah cholesterolu ve stravě a to znamená sníženou spotřebu vajec, živ. tuků, masa a tučných mléčných výrobků. Dále je kladen důraz na snížení spotřeby cukru, kuchyňské soli a snížení spotřeby alkoholu.

Naopak se doporučuje zvýšená spotřeba vitamínu C a vlákniny. Znamená to zvýšení spotřeby ovoce a zeleniny, spotřeby celozrnných a cereálních výrobků, luštěnin včetně soji. Dává se přednost zařazování potravin s nízkou energetickou, avšak vysokou nutriční (biologickou) hodnotou. Je doporučena zvýšená spotřeba ryb a rybích výrobků (viz tabulky).

Skupina konzultantů doporučuje upravit energetické hodnoty a hodnoty základních živin ve stávajícím Dietním systému pro nemocnice (1983) na str.35 následujícím způsobem:

Přehled diet v doporučené úpravě 1991:

č.diety	KJ	B	T	S	C vit.
0-S-čajová	podává se pouze slabě oslazený čaj				
0-standard	6 000	60	45	200	50
0-ND-nutričně definovaná	8 000 -12 000	určuje se individuálně			
1-kašovitá šetřící	9 500	80	70	320	90
2-šetřící	9 500	80	70	320	90
3-základní	9 500	80	70	320	90
4-s omezením tuku	9 500	80	55	360	90
5-s omezením zbytků	9 500	80	70	320	90
6-s omezením proteínů	9 500	50	70	350	90
8-redukční	5 300	75	40	150	90
9-diabetická	7 400	75	60	225	90
10-neslaná šetřící	9 500	80	70	320	90
11-výživná	12 000	105	80	420	100
12-batolecí	5 500	45	40	190	50
13-pro děti předškol. věku	7 000	60	55	230	50
13-S - pro děti mladš. školního věku	8 800	75	65	300	90
14-jiné dietní předpisy dle rozpisu lékaře					
K-kojenecká					

Speciální diety:

4-S - s přísným omezením tuku

9-S - diabetická šetřící (obsah KJ, B, T, S jako u ostatních diabetických diet)

Standardizované dietní předpisy:

dieta bezlepková

dieta při akutní pankreatidě

dieta při chronickém selhání ledvin (20 g bílkovin, 35 g bílkovin)

Přísné redukční individuální postupy

dieta bezlaktosová

dieta při vyšetření na okultní krvácení

Doplňující poznámky:

Uvedené výživové dávky musí odpovídat dávkám, které nemocný skutečně obdrží. Je třeba při nákupu surovin počítat s odůvodněnými odpady pro kuchyňskou úpravu. Pro dosažení uvedených hodnot diet je nutno vycházet z čisté váhy potravin - normování se provádí v hrubé váze dle kvality používaných surovin. Za přiměřené lze považovat celkový rozptyl hodnot během týdne $\pm 5\%$, u jednotlivého dne max. $\pm 10\%$. Zvláštní péči je třeba věnovat přesnosti dávek u nemocných s diabetem a u nemocných s poruchou funkce ledvin.

O-S - čajová

- podává se omezenou dobu, při akutních stavech, po žlučnickových kolikách, po operacích v dutině břišní, při infúzní terapii a parenterální výživě.

O - standard

- používá se jako dosud.

O-ND - nutričně definovaná

- používá se jako dosavadní 14-NTVD (individuálně s využitím publikace Nejedlý B.: Možnosti výživy nemocných, 1989. Výpis osvědčených receptur z této publikace se připravuje).

1 - kašovitá, šetřící

- používá se jako dosud
jedná se převážně o kašovitou modifikaci diety 2

2 - šetřící

- používá se jako dosud
vhodným výběrem potravin a technologickou úpravou ji lze použít
za základ pro některé geriatricky nemocné

3 - základní

- používá se jako dosud
(místo dosavadní racionální)

4 - s omezením tuku

- používá se jako dosud

5 - s omezením zbytků

- používá se jako dosud, dávka proteinů v této dietě odpovídá
současným poznatkům

6 - s omezením proteinů

- používá se jako dosud, je vhodná při počínajícím selhávání
jater. Množství proteinů je třeba hradit ze 2/3 živočišnými zdroji -
nutno zajistit nízkobílkovinné pečivo

7 - nízkocholesterolová (vypouští se z DS)

- nahradit vhodně zvolenou dietou diabetickou (9) nebo redukční (8),
u nichž obsah cholesterolu nesmí přesáhnout 300 mg/den

8 - redukční

- používá se jako dosud, je možno ji využívat rovněž pro diabetiky,
kteří potřebují snížený energetický příjem, je to jedna z variant
diabetické diety - cholesterol do 300 mg/den

9 - diabetická

- základní, nejčastěji používaná pro diabetiky II. typu. Označuje se 9-225.
Na základě doporučení České diabetologické společnosti je možno využít i tyto
další varianty:

	KJ	B	T	S	C vit.
9-175	6 150	75	50	175	90
9-275	9 000	75	80	275	90
9-325	10 200	85	85	325	90

Jako diabetickou je možno rovněž použít dietu č.8. Celodenní stravu je třeba rozvrhnout do 5 denních dávek s patřičným rozdělením sacharidů. 2.večeře se nepodává, u otlých diabetiků 2. typu, je však nezbytná u diabetiků 1. typu. Obsah sacharidů v jednotlivých denních jídlech (snídaně, přesnídávka, oběd, svačina, večeře) den ze dne má být co nejvyrovnanější.

10 - neslaná šetřící

- používá se jako dosud
při výběru potravin přihlídnout k šetřící úpravě -vpodstatě dieta č.2 v přísně neslaném provedení

11 - výživná

- je indikována při všech chorobách, při nichž nemocní mají co nejrychleji nabýt tělesných sil a zvýšit svou tělesnou hmotnost, pokud není nutný předpis speciální diety.

12 - batolecí

- pro děti ve věku 1 - 3 let, používá se jako dosud

13 - pro děti předškolního věku

- používá se jako dosud, určena pro děti ve věku 3 - 6 let (výživové hodnoty jsou stanoveny pro rozpětí hmotnosti dětí 16 - 22 kg)

13-S - pro děti mladšího školního věku

- používá se jako dosud, určena pro děti ve věku 7 - 10 let (výživové hodnoty jsou stanoveny pro rozpětí hmotnosti dětí 22 - 32 kg)

14 - speciální dietní postupy

- dle potřeb jednotlivých zdravotnických zařízení, používá se jako doposud. Umožňuje další rozvíjení dietního systému.

	KJ	B	T	S	C vit.
9-175	6 150	75	50	175	90
9-275	9 000	75	80	275	90
9-325	10 200	85	85	325	90

Jako diabetickou je možno rovněž použít dietu č.8. Celodenní stravu je třeba rozvrhnout do 5 denních dávek s patřičným rozdělením sacharidů. 2.večeře se nepodává, u otlých diabetiků 2. typu, je však nezbytná u diabetiků 1. typu. Obsah sacharidů v jednotlivých denních jídlech (snídaně, přesnídávka, oběd, svačina, večeře) den ze dne má být co nejvyrovnanější.

10 - neslaná šetřící

- používá se jako dosud
při výběru potravin přihlídnout k šetřící úpravě -vpodstatě dieta č.2 v přísně neslaném provedení

11 - výživná

- je indikována při všech chorobách, při nichž nemocní mají co nejrychleji nabýt tělesných sil a zvýšit svou tělesnou hmotnost, pokud není nutný předpis speciální diety.

12 - batolecí

- pro děti ve věku 1 - 3 let, používá se jako dosud

13 - pro děti předškolního věku

- používá se jako dosud, určena pro děti ve věku 3 - 6 let (výživové hodnoty jsou stanoveny pro rozpětí hmotnosti dětí 16 - 22 kg)

13-S - pro děti mladšího školního věku

- používá se jako dosud, určena pro děti ve věku 7 - 10 let (výživové hodnoty jsou stanoveny pro rozpětí hmotnosti dětí 22 - 32 kg)

14 - speciální dietní postupy

- dle potřeb jednotlivých zdravotnických zařízení, používá se jako doposud. Umožňuje další rozvíjení dietního systému.

K - kojenecká

- připravuje se v mléčné kuchyni dle pokynu pediatra jako dosud

U všech diet je třeba dbát, aby byly připraveny s nízkým obsahem soli a byly použitelné u hypertoniků.

Současný názor na léčebnou výživu zdůrazňuje používání kvalitních proteinů, zvýšenou spotřebu ovoce, zeleniny, zvýšení podílu vlákniny (u diet nevyžadujících šetřící úpravu). Je vhodné používat celozrnné výrobky, více luštěnin a sóji.

Doporučené snížení živočišných bílkovin a tuku neznámá snížení finanční hodnoty stravy, poněvadž právě zvýšená dávka C vitamínu (ovoce a zelenina) a vlákniny, rovněž tak záměna živočišného tuku za tuk rostlinný je nákladná (ryby).

Výživa a dietoterapie u starých lidí (stravování v nemocnicích, LDN, v domovech důchodců) přináší specifické problémy dané kombinací celé řady vlivů. Ve stáří se častěji vyskytuje diabetes mellitus.

Neměli bychom striktně vyžadovat přísné a náročné dietní postupy, které pac. není ochoten a někdy ani není schopen dodržovat. Psychologické hledisko by mělo být rozhodující. Rovněž dávka tuku by neměla být redukována tak, že by pacient nedostával žádný volný tuk (resobce vit.D,E,A). Měli bychom však mít na zřeteli vhodnou úpravu masa, zeleniny. Je vhodné zavést geriatrickou dietu (podle úvahy a doporučení stravovací komise příslušného zdravot. zařízení). Tato dieta by měla vycházet z diety č.3 ve vhodné úpravě v kombinaci s dietou č.2 (dostatečné množství C vit., rostlinných tuků, železa, magnesia a vápníku).

Pacienti s metabolickými chorobami a komplikacemi vyžadují individuální sestavení diety za spolupráce dietologa, dietních sester v lůžkové i ambulantní části.

V kompetenci ošetřujícího lékaře, dietologa, dietních sester je zavádění nových vlastních receptur, které však mají odpovídat novým doporučeným výživovým dávkám. To se rovněž týká ovo-lakto-vegetariánské diety, která svým složením se nejspíše přibližuje nutričně fyziologickým principům správné výživy. Výjimku tvoří

první období dětského věku, kdy je tato výživa nevhodná a může se stát východiskem zadržetí vývoje a zdrojem určitých výživových deficitů.

Úroveň a kvalita stravování, způsob servírování, vztah zdravotnického personálu k pacientovi bude v budoucnu mít čím dále větší vliv na rozhodování pacienta při volbě zdravotnického zařízení.

Z doporučovaných VDD je zřejmé, že dochází ke změnám v energetické hodnotě stravy, k výraznému snížení živočišných bílkovin a tuku, což si vyžádá úpravu výměrek uvedených v DS z roku 1983. Je vhodné provést propočty používaných výměrek a kvalitativně je upravit dle principu tohoto doporučení. Zavedení těchto změn do praxe je zapotřebí projednat ve stravovacích komisích a zabezpečit informovanost lékařů, sester i nemocných na všech úrovních. Jde o otevřený systém, který lze v uvedeném duchu dále rozšiřovat.

Zpracovala odborná skupina MZ ČR pro obor dietologie:

doc.MUDr.Michal Anděl, CSc.

doc.MUDr.Lubomír Kužela, DrSc.

doc.MUDr.Jiří Jodl, CSc.

prim.MUDr.Bedřich Nejedlý

MUDr.Pavel Reil

pí Felicitas Hlaváčková

pí Božena Švejnová

pí Marie Řebíková

pí Jitka Petrová

září 1991

Příloha F: Laboratorní výzkum zmrazených dietních jídel

Doc. Doberský a kolektiv dietologické laboratoře IKEM byli pověřeni státním výzkumným úkolem, který se měl zabývat nově navrhovaným stravovacím systémem, a sice laboratorním výzkumem zmrazených dietních jídel pro nemocniční stravování. „Experimentální řešení technologie, techniky výroby a distribuce ZDJN“ Tento výzkumný úkol probíhal v letech 1971–1975. Uvedená práce měla za úkol stanovit základní hygienické zásady pro výrobu, zmrazování, uskladnění, dopravu, defrostaci a podávání zmrazených dietních pokrmů pro nemocnice. K hlavním úkolům patřilo během těchto pěti let postupně prověřovat tento způsob stravovacího systému a zvolit nejpoužívanější druhy pokrmů jednotlivých skupin diet a tyto následně prakticky i laboratorně prověřit.

Za nejsložitější problém při řešení tohoto výzkumného úkolu autoři anotace považovali vytvoření vhodného návrhu a realizaci obalu na zmrazená dietní jídla z hlediska vhodnosti tvaru podnosu, obalových misek, vhodnosti materiálu, jeho likvidace a zabezpečení výrobní kapacity. (Doberský, 1971)

Ale již v průběhu prvního roku plánovaného výzkumného období se vyskytly další problémy z hygienického i praktického hlediska daleko složitější. K nejdůležitější otázce patřily hygienické a protiepidemické zásady. A to jak zabezpečení hygieny výroby, tak zabezpečení oběhu a stanovení hotových jídel. Došli k závěru, že úsek rozmrazování a podávání zmrazených dietních jídel je z hlediska stanovení hygienických zásad nejobtížnější, také chyběly praktické zkušenosti i hygienicky ověřené defrostační zařízení. Rámcově byly hygienické a protiepidemické zásady a požadavky rozděleny na dvě části: (Doberský, 1971)

- A) Zabezpečení hygieny výroby – stanovení vyhovujícího závodu pro výrobu zmrazených dietních jídel, vhodný způsob členění a řešení jednotlivých úseků výroby, požadavky na technické zabezpečení a vybavení, hygienické požadavky, požadavky na obaly a zmrazování, způsob uskladnění a dopravy.
- B) Zabezpečení oběhu a stanovení hotových jídel – požadavky na dopravu a uchování ve spotřebním zařízení, požadavky na rozmrazování zmrazených dietních jídel a způsob podávání, zabezpečení podávání ostatních nemrazených potravin a nápojů, ev. mytí pomocných nádob a náčiní, stanovení režimu zacházení se zbytky pokrmů a nevratných obalů.

Důraz byl kladen na mikrobiální vyšetření, sledování kvalitativního i kvantitativního výskytu podmíněně patogenních a patogenních mikrobů, plísní i kvasinek. Tyto byly v zmrazovaných dietních pokrmech velmi nežádoucí a nebezpečné. Sledovány byly také ostatní vlastnosti pokrmů, jako byla kalorická hodnota, obsah bílkovin, tuků, glycidů, stanovení NH₃, peroxidového čísla, thiobarbiturového čísla, čísla kyselosti, z vitaminů pak hlavně obsah C vitamínu. Toto vše bylo nutno přezkoušet probatorně v surovině, sledovat změny při výrobě a zmrazování, při defrostaci a podávání a za delšího skladování.

Mezi následné problémy patřilo: defrostace – způsob i technické zabezpečení, mytí vratného nádobí a náčiní, sběr a likvidace nevratného nádobí (obalů mražených výrobků), likvidace krmného odpadu, problematika doplnění zmražené stravy čerstvou, objednávkový systém, značení diet, oddělená výroba diet, otázky ceny (finanční krytí v rámci stravovacích jednotek), dozor nad výrobou, balením, zmrazováním, uskladněním, dopravou, defrostací i podávání musí být přísnější. (Doberský, 1971)

Sortiment byl rozdělen na etapy do tří dietních skupin: I., II., a III. dietní skupiny. Dietní skupina obsahovala: polévky, masité pokrmy, samostatné slané pokrmy, samostatné sladké pokrmy, příkrmy a omáčky, pokrmy ze zeleniny. Počáteční sortiment byl vytvořen z 724 dietních jídel na základě receptur Doberského „Dietního systému pro nemocnice“ (2. vydání z roku 1968). V rámci dietní skupiny pak byla popsána všeobecná i předpisová část.

Všeobecná část zahrnovala přehled diet a jejich složení, poměr živin, solí, vitaminů, cenu pořízení potravin, charakter diet i technologické úpravy, výběr potravin a kompletní navrhovaný sortiment pokrmů.

Předpisová část obsahovala dávkování, technologický postup přípravy pokrmů (tak jak byly vařeny v dietologické laboratoři), podrobnou charakteristiku jednotlivých pokrmů – obsah kalorií, bílkovin celkových i bílkovin živočišných, tuků, glycidů, vápníku, fosforu, železa, vit. A, B1, B2, PP, vit. C, sodíku a draslíku. Dále obsahovala náklady na potraviny v maloobchodních cenách. Předpisová část obsahovala: číslo a název pokrmu, váhu jedné hotové porce, určeno pro dietu č., vhodné též pro dietu č., potraviny na 10 porcí v čisté váze, přesný popis technologického postupu, dietní systém číslo (receptura uvedená v D.S.) vyhotovil-odpovědný, schváleno-datum, ohodnoceno % možných bodů, výživová a cenová hodnota jedné porce. (Doberský, 1971)

Všeobecnou část zajišťoval doc. Doberský, výpočet kalorických a biologických hodnot podle Tabulek výživových hodnot potravin prováděl podle vlastního, předem

připraveného programu na samočinném počítači MINSK 22 Ing. Zdeněk Zůna. Předpisová část byla zajišťována kolektivem dietologické laboratoře IKEM. Důležitá byla také činnost degustační komise složená z odborníků vč. doc. Doberského. Jednalo se tedy o práci velkého kolektivu, který za optimální výběr sortimentu nesl plnou odbornou i osobní odpovědnost. Celkem bylo schváleno a vyvinuto 356 pokrmů pro různé diety.

- I. Dietní skupina obsahovala 128 schválených, vyvinutých pokrmů. Týkala se pokrmů pro diety číslo: 1, 2, 3, 4, 5 a 10.
- II. Dietní skupina obsahovala 120 schválených, vyvinutých pokrmů. Týkala se pokrmů pro diety číslo: 3a, 6, 8, 9a, 9, 11 a 12.
- III. Dietní skupina obsahovala 108 schválených, vyvinutých pokrmů. Týkala se pokrmů pro diety číslo: 0, 1a, 1b, 4a, 5a, bezlepková a dieta Giordano-Giovannettiho. (Doberský, 1971)

