



**KRAKOWSKA AKADEMIA**

im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Wydział Lekarski i Nauk Medycznych

Kierunek: dietetyka

**Aldona Głowacka**

**„PROBLEMATYKA I ZASADY ŻYWIENIA PACJENTÓW  
HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIAŁACH  
PSYCHIATRYCZNYCH”**

Praca licencjacka

Napisana pod kierunkiem

prof. nadzw. dr hab. n. med. Mikołaja Spodaryka

Kraków 2018

*Serdeczne podziękowania kieruję do mojego promotora Pana prof. nadzw. dr hab. n. med. Mikołaja Spodaryka, którego pomoc, wsparcie i zaangażowanie były kluczowymi elementami podczas powstawania mojej pracy.*

*Składam również serdeczne podziękowania Pani dr. n. med. Elżbiecie Gabrowskiej za okazałą życzliwość i cenne wskazówki.*

Praca wykonana w Szpitalu Psychiatrycznym im dr J. Babińskiego w Krakowie.  
Wszelkie informacje dotyczące szpitala, jego struktury organizacyjnej, zasad żywienia pacjentów zamieszczono w opracowaniu za zgodą dyrektora Szpitala, Stanisława Kracika.



## Spis treści

1. Wstęp.....	6
1.2 Historia Szpitala.....	6
1.2.1. Charakterystyka i specjalizacja Oddziałów Szpitalnych.....	7
1.2.2. Oddziały Psychiatryczne.....	7
1.2.1.2. Oddziały Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu i Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu.....	8
1.2.1.3. Oddziały Psychogeriatryczne.....	8
1.2.1.4. Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic.....	8
1.2.1.5. Oddział Terapii Uzależnionych od Alkoholu w tym Innych Dysfunkcji.....	8
1.2.1.6. Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych.....	9
1.2.1.7. Oddziały Rehabilitacyjne.....	9
1.2.1.8. Oddział Rehabilitacji dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych ze Współistniejącymi Zaburzeniami Psychicznymi.....	9
2. Cel Pracy.....	10
3. Organizacja kuchni szpitalnej.....	11
3.1. Schemat struktury organizacyjnej żywienia w Szpitalu Babińskiego.....	12
3.1.1. Schemat struktury organizacyjnej żywienia w Szpitalu Babińskiego.....	13
3.2. Procesy technologiczne Działu żywienia.....	14
3.3. Przedstawienie problemu organizacji żywienia pacjentów w Szpitalu.....	16
3.4. Diety wg. nazewnictwa przed zmianą i diety wg. nowej klasyfikacji.....	17
4 Metodyka i sposób obliczenia założeń na energię i podstawowe składniki odżywcze. ...	20
4.1. Normy na energię i podstawowe składniki odżywcze dla poszczególnych grup wiekowych pacjentów.....	20
4.2. Liczba pacjentów w poszczególnych wiekowych grupach.....	211
4.3. Sposób obliczenia norm na energię i podstawowe składniki.....	21
4.4. Nowa klasyfikacja Diet i Założenia.....	22
4.5 Charakterystyka i zastosowanie diet wg. nowej klasyfikacji.....	23
5. Charakterystyka grup klinicznych oraz dedykowane im diety.....	26
5.1 Pacjenci geriatryczni.....	26
5.2. Pacjenci oddziałów psychiatrycznych.....	27
5.3. Pacjenci Oddziału Terapii Uzależnionych od Alkoholu w tym Innych Dysfunkcji i Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych.....	28
5.4. Pacjenci Oddziału Rehabilitacji dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych ze Współistniejącymi Zaburzeniami Psychicznymi.....	28
5.5. Pacjenci Oddziałów Rehabilitacyjnych.....	28
5.6 Pacjenci Oddziałów Psychiatrii Sądowej o Podstawowym i wzmocnionym Zabezpieczeniu.....	28
5.7. Pacjenci Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic.....	28
6. Wnioski.....	30
7. Zakończenie.....	31
8. Dyskusja.....	32
9. Piśmiennictwo.....	34
10. Aneks.....	34

# 1. Wstęp

„Zdrowie psychiczne jest nieodłącznym składnikiem, dobrostanu człowieka. Zaburzenia psychiczne występują w ciągu życia u wysokiego odsetka osób z populacji ogólnej, towarzyszą także licznym chorobom somatycznym i mają istotny wpływ na ich przebieg”<sup>1</sup>

W szpitalu psychiatrycznym im dr J. Babińskiego w Krakowie przebywają pacjenci o różnej charakterystyce zaburzeń, nie tylko z zaburzeniami psychicznymi jako chorobą zasadniczą ale także z schorzeniami somatycznymi, dla których zaburzenia psychiczne stanowią problem współistniejący. Aktualnie w opiece szpitalnej pozostaje ponad 1000 pacjentów, hospitalizowanych w oddziałach stacjonarnych i dziennych. Dział żywienia przygotowuje posiłki dla ponad 800 pacjentów, pozostali hospitalizowani w oddziałach dziennych zazwyczaj z posiłków nie korzystają. Specyfika schorzeń u tych pacjentów wymaga zastosowania odpowiednich diet, które stanowią ważny element w procesie leczenia.

## 1.2 Historia Szpitala

Od pierwszych dni funkcjonowania Szpital był ukierunkowany na leczenie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

W 1907r Sejm Krajowy przyjął projekt budowy Zakładu dla Nerwowo i Umysłowo Chorych w Kobierzynie pod Krakowem. Prace nad tym planem trwały dużo wcześniej bo już od roku 1903. W przygotowaniach brali udział wybitni polscy psychiatrzy m.in. doc. dr med. J. Mazurkiewicz, dr med. W. Kolberg, prof. dr med. H. Halban, prof. dr med. J. Piltz.

Szpital został wybudowany z wykorzystaniem koncepcji samowystarczalnego miasta-ogrodu i był zaliczany wówczas do najładniejszych, nowoczesnych i bardzo funkcjonalnych obiektów tego typu całej Europie. Na terenie 52 hektarów będącego w założeniu dużym parkiem wybudowano kompleks, który składał się z 15 pawilonów przeznaczonych dla 800 pacjentów, a także 40 budynków administracyjnych, gospodarczych i mieszkalnych. W Szpitalu funkcjonowała własna kuchnia, rzeźnia, piekarnia, pralnia, elektrociepłownia, warsztaty techniczne i różnego typu warsztaty terapii zajęciowej. Dodatkowo od samego początku funkcjonowało przy szpitalu gospodarstwo rolne, ogród, budynek teatralny, boisko, kaplica i cmentarz. Do momentu wybuchu I wojny światowej wszystkie budynki zakładu psychiatrycznego były ukończone, jednak działania wojenne sprawiły, że został oddany do użytku w późniejszym terminie. Jego oficjalnie otwarcie nastąpiło w 1917 roku, a pierwszym dyrektorem został doc. dr med. J. Mazurkiewicz. Postawił on wtedy tą nową instytucję psychiatryczną na odpowiednim poziomie pod względem leczniczym i bytowym. W 1917 r Zakład dla Umysłowo Chorych uznawany był za jedną z najnowocześniejszych placówek tego typu w Europie.

Zakład początkowo był zaprojektowany dla 800 chorych, ale ze względu na dużą ilość pacjentów, w okresie międzywojennym, w szpitalu leczonych było 1200 chorych. Produkcja posiłków prowadzona była w osobnym i samodzielnym budynku Kuchni Głównej, który posiadał pełne i nowoczesne wyposażenie gastronomiczne oraz zaplecze magazynowe i niezależne drogi komunikacyjne, gwarantujące zachowanie zasad braku kontaktu dróg czystych z brudnymi. Przygotowane posiłki rozwożone były przy pomocy kolejki wąskotorowej, która dostarczała je do oddziałów szpitalnych rozmieszczonych na terenie parku. W kuchenkach oddziałowych posiłki porcjowano na talerze i wydawano pacjentom.

W okresie wojennym szpital niestety został przejęty przez władze okupacyjne, dalej jednakże było kontynuowane leczenie psychiatryczne. W 1939-1942 r. hitlerowcy sukcesywnie obniżali normy żywieniowe dla chorych prowadząc tym samym eksterminację pacjentów przez złagodzenie. W czerwcu 1942 r. Niemcy zlikwidowali Zakład, część pacjentów została zamordowana i pochowana na cmentarzu szpitalnym, a pozostałych wywieźli do Obozu w Auschwitz. Pod koniec wojny okupant zabrał ze szpitala całe wyposażenie, a obiekty szpitalne zostały zdewastowane. Po wyzwoleniu Krakowa władze zabezpieczyły obiekt przez ostateczną dewastacją. W okresie 1945 - 1946 w obiekcie utworzono szpital radziecki. 1 czerwca 1946 r. podjęto trud ponownego otwarcia obiektu dla chorych psychicznie pod nazwą szpitala. W latach 1946-1990 w Szpitalu Babińskiego leczono ok. 1600 pacjentów, a od 1991 r. zmniejszono liczbę łóżek. W czerwcu 2013 r. leczonych całodobowo było 786 pacjentów, którym zagwarantowane było całodienne żywienie. Produkcja posiłków nadal odbywała się w budynku Kuchni Głównej, a dystrybucja do oddziałów leczniczych prowadzona transportem wewnętrznym - samochodami dostawczymi. Od czerwca 2013 r. po rozstrzygnięciu postępowania na zamówienie publiczne produkcję i transport posiłków powierzono firmie zewnętrznej. Szpital zajmował się tylko porcjowaniem i dystrybucją posiłków na oddziały. Od czerwca 2016 r kuchnia szpitalna ponownie została zwrócona do struktury i zarządzania Szpitala<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Jarema M., :*Psychiatria Polska* Wydawnictwo PZWL Warszawa 2011.

<sup>2</sup>Szpital Specjalistyczny im. Dr J. Babińskiego Procedura Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością Zasady Nadzoru Nad Bezpieczeństwem Żywności P-06/08 Kraków 2016.

### **1.2.1. Charakterystyka i specjalizacja Oddziałów Szpitalnych**

Szpital specjalistyczny im dr J Babińskiego jest obecnie największą placówką w Małopolsce, która specjalizuje się w leczeniu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, a także leczeniem osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Pacjenci na terenie szpitala rozlokowani są w siedemnastu oddziałach stacjonarnych o różnych specjalnościach oraz w dwóch oddziałach dziennych<sup>3</sup>.

### **1.2.2. Oddziały Psychiatryczne**

W oddziałach tych leczeni są pacjenci z różnymi problemami psychiatrycznymi, z zespołami urojeniowymi, zaburzeniami depresyjnymi, zaburzeniami adaptacyjnymi, a także o charakterze zaburzeń zachowania i afektywnych, oraz szeroko pojętą diagnostykę psychiatryczną ukierunkowaną na rozpoznawanie ostrych psychoz i psychoz z kręgu schizofrenii.<sup>4</sup>

W oddziałach realizowane są programy leczenia farmakologicznego, psychoterapeutycznego, psychospołecznego, prowadzona jest także psychoedukacja, treningi umiejętności społecznych<sup>5</sup>. Wszystkie stosowane procedury terapeutyczne dostosowane są do potrzeb i specyfiki zaburzeń każdego pacjenta<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> <http://babinski.pl/misja/>

<sup>4</sup> <https://babinski.pl/5b-oddzial-psychiatryczny-krakow-podgorze-ii/> 28.12.2017

<sup>5</sup> <http://babinski.pl/oddzial-psychiatryczny-malopolska-poludnie28./> 12.2017

<sup>6</sup> <http://babinski.pl/3b-oddzial-psychiatryczny-krakow-nowa-huta-ii/> 28.12.2017

### **1.2.1.2. Oddziały Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu i Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu**

W oddziale leczeni są pacjenci wobec, których jest wykonany środek zabezpieczający. Leczenie obejmuje farmakologię, psychoterapię grupową i indywidualną, rehabilitację i resocjalizację, psychoedukację na temat choroby psychicznej. Oddział roztacza kompleksową opieką nad pacjentami podczas stosowania środka zabezpieczającego (pacjenci w oddziale) jak również po jego uchyleniu przez Sąd (pacjenci w oddziale rehabilitacyjnym „Domek”) i następnie w Ambulatorium oddziału<sup>7</sup>.

### **1.2.1.3. Oddziały Psychogeriatryczne**

Oddział przyjmuje do leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi po ukończeniu 60 roku życia. Diagnozowani są chorzy z zespołami otępiennymi o różnej etiologii wynikające z choroby podstawowej (psychicznej), a nie somatycznej (zaburzenia psychiczne mogą się pojawić nagle przy somatycznych schorzeniach ). Leczenie to kompleksowa opieka farmakologiczna, psychoterapia indywidualna i grupowa. Na potrzeby terapii tworzone są: społeczność terapeutyczna, terapia zajęciowa, rehabilitacja usprawniająca ruchowo, treningi wspomagające umiejętności życiowe<sup>8</sup>.

### **1.2.1.4. Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic**

Oddział specjalizuje się w leczeniu pacjentów z głębokimi zaburzeniami osobowości, specyficznymi zaburzeniami osobowości, których patologia dotyka sfery charakteru (osobowość paranoiczna, a także borderline, schizoidalnej, histrionicznej. Pacjenci przeważnie są już po kilkakrotnej hospitalizacji psychiatrycznej ze względu na podejmowane próby samobójcze, samouszkodzenia, depresję oraz zaburzenia odżywiania (jadłowstręt, bulimia). Metody leczenia to indywidualna psychoterapia, psychoanalityczna społeczność terapeutyczna, analitycznie zorientowana psychoterapia grupowa<sup>9</sup>.

### **1.2.1.5. Oddział Terapii Uzależnionych od Alkoholu w tym Innych Dysfunkcji**

Do leczenia przyjmowani są pacjenci z rozpoznaniem uzależnieniem od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, uzależnieniami od alkoholu z współistniejącymi innymi zaburzeniami i chorobami psychicznymi, które nie wymagają specjalistycznego leczenia oraz z uzależnieniem od alkoholu z współistnieniem chorób somatycznych.

Terapia trwa ok. 7 tygodni i obejmuje psychoterapię grupową – pracowanie nad motywacją utrzymania abstynencji, praca nad rozpoznawaniem swojego uzależnienia oraz jego mechanizmów psychologicznych, treningi radzenia z głodem alkoholowym, złością, indywidualne konsultacje psychiatryczne i innych specjalistów<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> <https://babinski.pl/2a-i-3a-oddzial-psychiatrii-sadowej-o-wzmocnionym-zabezpieczeniu/> 28.12.2017.

<sup>8</sup> <https://babinski.pl/9a-oddzial-psychogeriatryczny-i/> 28.12.2017

<sup>9</sup> <https://babinski.pl/7f-oddzial-leczenia-zaburzen-osobowosci-i-nerwic/> 28.12.2017

<sup>10</sup> <https://babinski.pl/5c-oddzial-terapii-uzaleznienia-od-alkoholu/> 28.12.2017



### **1.2.1.6. Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych**

W oddziale leczeni są pacjenci, którzy przerywają ciąg alkoholowy. Leczenie polega na bezpiecznym przejściu i przetrwaniu okresu odstawienia alkoholu, który może być niebezpieczny dla zdrowia i życia pacjenta. Pobyt trwa ok. 10 dni jest wyłącznie leczenie farmakologicznym. Prowadzona jest również terapia grupowa i indywidualna, która ma na celu motywowanie pacjentów do dalszej walki z nałogiem<sup>11</sup>.

### **1.2.1.7. Oddziały Rehabilitacyjne**

Oddział prowadzi rehabilitację i readaptację psychospołeczną pacjentów, którzy zostali zwolnieni z detencji psychiatrycznej oraz pacjentów z oddziałów psychiatrycznych. Rehabilitacja ma na celu m.in. przygotowanie pacjentów do samodzielnego życia i radzenia sobie z zaspokajaniem własnych potrzeb, umiejętności społecznych, umiejętności komunikowania się, umiejętności behawioralne (przygotowanie samodzielne posiłku oraz zażywania leków) poprzez różne formy terapii<sup>12</sup>.

### **1.2.1.8. Oddział Rehabilitacji dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych ze Współistniejącymi Zaburzeniami Psychicznymi**

Pacjenci zakwalifikowani do leczenia w oddziale podlegają 12 miesięcznym cyklom programu terapii, u których rozpoznano uzależnienie od substancji psychoaktywnych ze współistnieniem zaburzeń psychicznych<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> <http://babinski.pl/5d-oddzial-leczenia-alkoholowych-zespolow-abstynencyjnych-ii/> 28.12.2017.

<sup>12</sup> <https://babinski.pl/31a-oddzial-psychiatryczny-rehabilitacyjny-ii/> 28.12.2017 28.12.2017.

<sup>13</sup> <http://babinski.pl/oddzial-rehabilitacji-dla-uzalezniionych-od-substancji-psychoaktywnych-ze-wspolistniejacymi-zaburzeniami-psychicznymi-oru-3/> 28.12.2017.

## 2. Cel Pracy

Celem pracy jest:

1. Dokonanie analizy sposobu żywienia poprzez przedstawienie problemu jakim była zła organizacja żywienia szpitalnego wynikającego w głównej mierze z braku usystematyzowania diet szpitalnych
2. Przedstawienie przeglądu dotychczas stosowanych diet, ich anachronicznego nazewnictwa, nazywanych zwyczajowo często od nazw jednostek chorobowych
3. Przedstawienie sposobu usprawnienia pracy i komunikacji poprzez opracowanie nowej systematyki diet dedykowanych pacjentom w zależności od profilu problemu.

### 3. Organizacja kuchni szpitalnej

Organizacja żywienia zbiorowego w szpitalu to przede wszystkim żywienie wszystkich hospitalizowanych w oddziałach pacjentów. Polega na współdziałaniu wszystkich elementów, które są składowymi w procesie realizacji przygotowania i wydania posiłków mających przyczynić się do zapewnienia prawidłowego żywienia i zdrowia pacjentów. Proces ten musi zabezpieczać wiele zagadnień między innymi infrastrukturę, procesy technologiczne, zasoby ludzkie, oraz ekonomikę żywienia. Żywienie w szpitalu odgrywa bardzo ważną rolę, nie tylko jako zaspokajanie potrzeb żywieniowych, ale również jako część procesu terapeutycznego, która niejednokrotnie wpływa na poprawę ostatecznych wyników leczenia oraz o możliwym powrocie do zdrowia<sup>14</sup>.

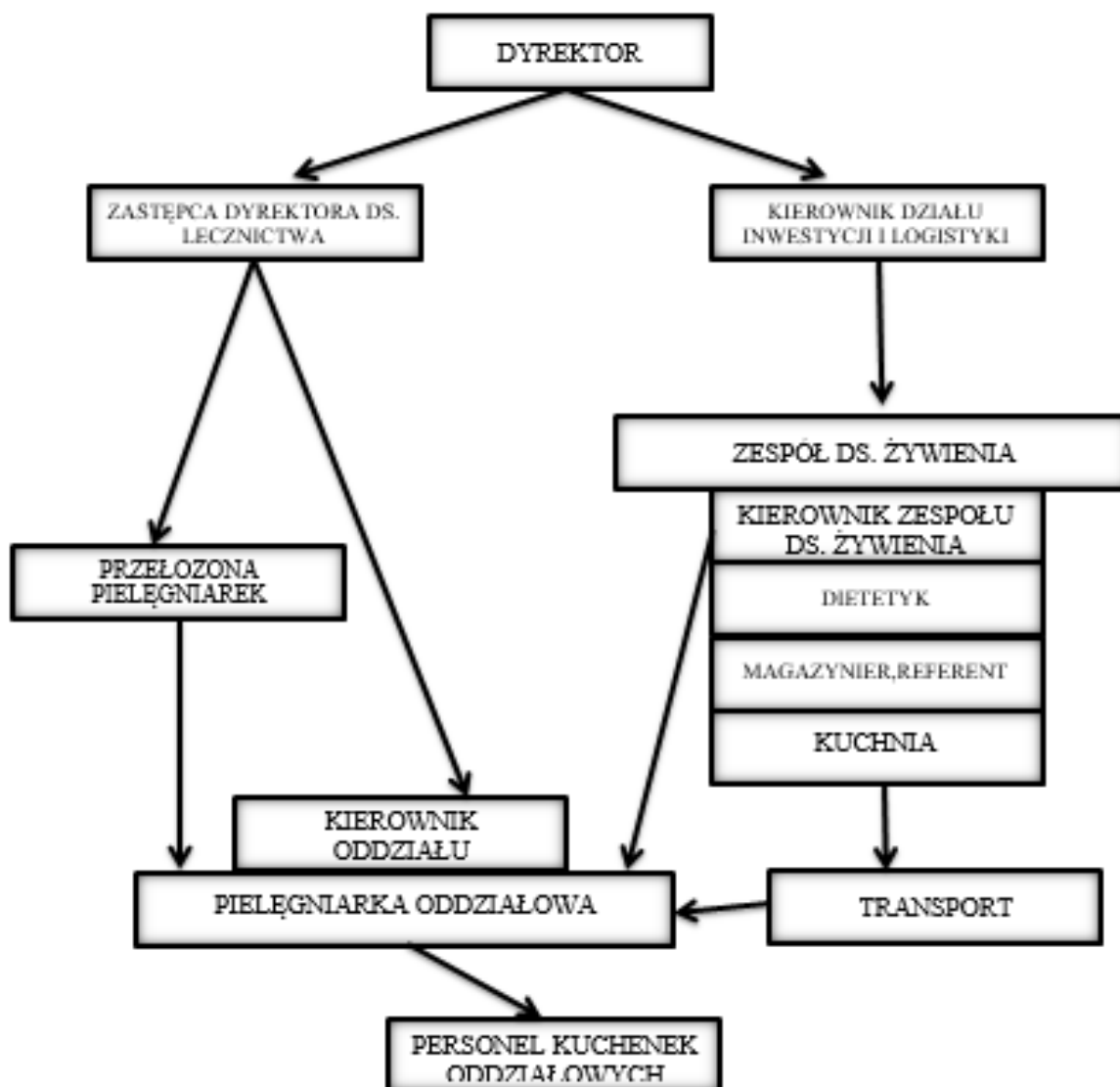
Żywienie w szpitalu Babińskiego realizowane jest w formie własnego bloku żywienia, umiejscowionego w strukturze lokalowej szpitala. Produkowane posiłki są tylko na potrzeby szpitala. Jest wiele zalet wynikających z takiej struktury organizacyjnej m.in. łatwa i szybka identyfikacja potrzeb pacjenta, (możliwy szybki wywiad żywieniowy), krótka droga posiłku z kuchni do pacjenta, skrócenie czasu oczekiwania na posiłek w przypadku pacjentów nowoprzyjętych.

---

<sup>14</sup> Jarosz M., Białkowska M., Chabros E., wsp.: *Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach* Wydawca Instytut Żywności i Żywienia Warszawa 2011.

### 3.1. Schemat struktury organizacyjnej żywienia w Szpitalu Babińskiego

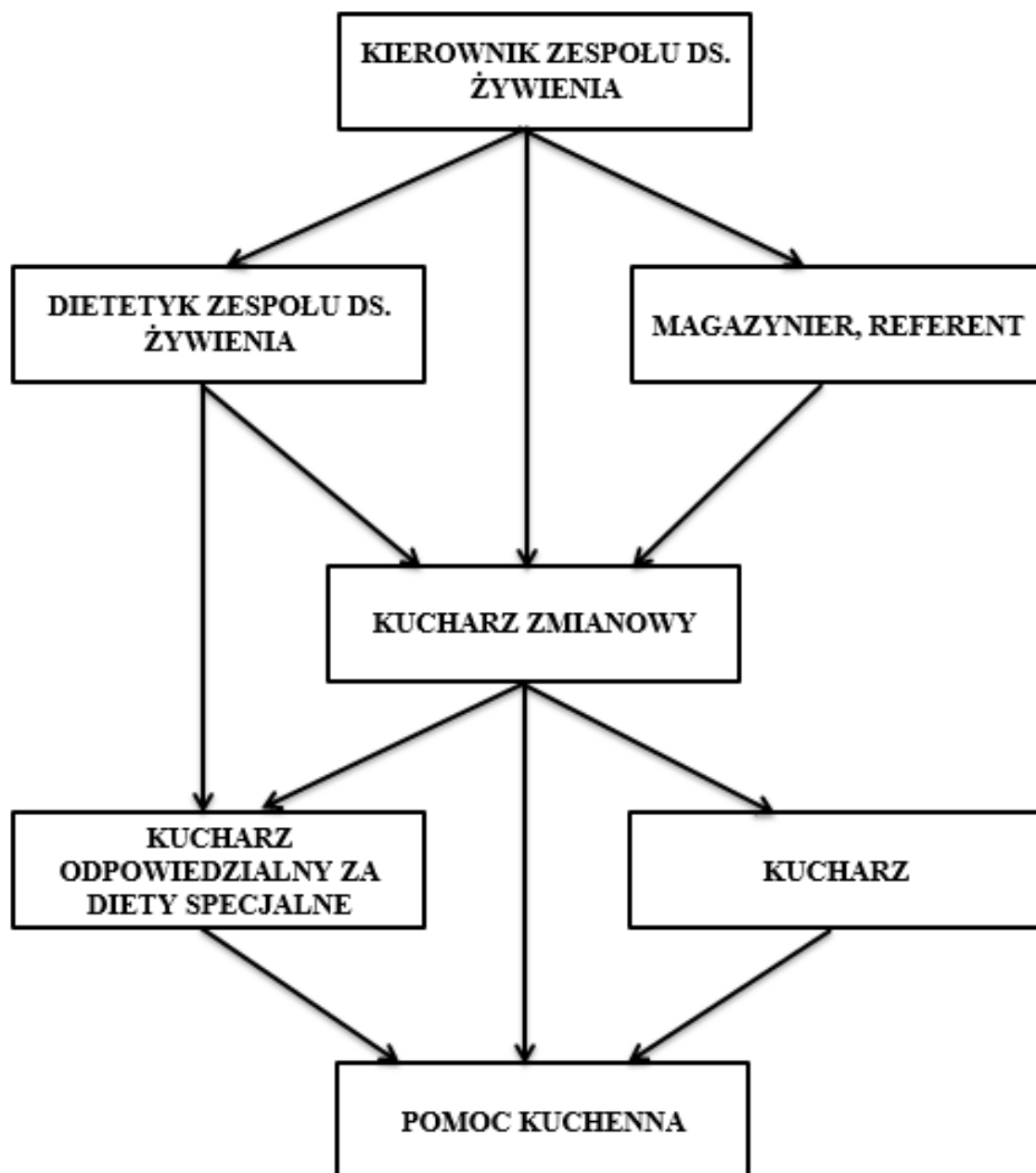
Tablica 1. Schemat struktury organizacyjnej żywienia Szpitala Babińskiego<sup>15</sup>.



<sup>15</sup> Szpital Specjalistyczny im. Dr J. Babińskiego Procedura Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością Zasady Nadzoru Nad Bezpieczeństwem Żywności P-06/08 Kraków 2016.  
str. 12

### 3.1.1. Schemat struktury organizacyjnej żywienia w Szpitalu Babińskiego

Tablica 2 Schemat struktury organizacyjnej Zespołu ds. Żywnienia<sup>16</sup>.



<sup>16</sup>Szpital Specjalistyczny im. Dr J. Babińskiego Procedura Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością Zasady Nadzoru Nad Bezpieczeństwem Żywności P-06/08 Kraków 2016.

## 3.2. Procesy technologiczne Działu żywienia

Zespół ds. Żywienia Szpitala Babińskiego tworzą: Kierownik, dietetycy, magazynier, kucharze, pomoc kuchenna. Naczelne miejsce w Dziale Żywienia zajmuje kierownik, który jest odpowiedzialny za całą organizację i proces realizacji żywienia, on z kolei podlega Kierownikowi Działu Inwestycji i Logistyki. Prowadzenie procesów technologicznych, produkowanie różnego rodzaju posiłków przeznaczonych dla pacjentów z uwzględnieniem ich potrzeb żywieniowych nie jest łatwe, żeby przebiegały one prawidłowo wymaga to zachowania odpowiedniej kolejności działań<sup>17</sup>.

Punktem wyjściowym jest zaplanowanie jadłospisu dla poszczególnych grup pacjentów z uwzględnieniem obowiązujących norm żywieniowych oraz wymagań dietetycznych z wykorzystaniem klasyfikacji diet. Bardzo dużym ułatwieniem pracy dietetyka zarówno w układaniu jadłospisów jak i w ocenie pod względem wartości odżywczych (analiza zawartości białka, tłuszczu, węglowodanów, witamin, składników mineralnych), wartość energetyczna produktów i potraw, grupowaniu produktów i potraw, określenie współczynnika strat technologicznych jest zakupiony dla Szpitala program komputerowy „MAPI jadłospis 2”. Program ten posiada licencję bazy danych wartości odżywczych produktów Instytutu Żywności i Żywienia. Dzięki temu, można na bieżąco dokonywać korekty, aby zaplanowany jadłospis był zgodny z założeniami diet dla pacjentów.

Jadłospis układany jest na 7 dni. Takie planowanie pozwala na określenie potrzeb zakupienia żywności (towaru), pozwala na uniknięcie powtarzalności potraw, zestawienia posiłków nie tylko pod względem wartości odżywczych, ale i smaku, kolorystyki, atrakcyjności oraz pod względem techniki przygotowania<sup>18</sup>.

Na podstawie zaplanowanego okresowego jadłospisu, sporządzane jest zamówienie produktów spożywczych. Zamawianie towaru jest realizowane w ramach półrocznych lub całorocznych przetargów zawartych w formie umów.

Dostarczone produkty spożywcze przez dostawców przekazywane są bezpośrednio do magazynu żywnościowego, gdzie są przechowywane w odpowiednich warunkach, a wcześniej poddane ocenie organoleptycznej i wizualnej czy są odpowiedniej jakości i przydatności do żywienia pacjentów. Wydawanie towaru z magazynu odbywa się na podstawie asygnaty żywnościowej sporządzonej przez dietetyka, wygenerowanej przez program po wprowadzeniu do komputera jadłospisu i stanu żywności w danym dniu. Produkty żywnościowe wydaje magazynier, a pobiera kucharz zmianowy odpowiedzialny za proces technologiczny.

Przygotowywanie posiłków dla pacjentów realizowane jest wg. stanów i rodzajów zleczanych diet. Codziennie rano do godz. 8.00 drogą elektroniczną z Oddziałów szpitalnych wpływają do Działu żywienia zapotrzebowania żywnościowe tzw. Relewy, w których jest podana informacja o ilości pacjentów na danym oddziale oraz rodzaju zleczonych diet przez lekarza. Na podstawie tych dokumentów dietetyk sporządza sumariusz zbiorczy, który zawiera już ilość wszystkich żywności pacjentów oraz wszystkie rodzaje diet.

Potrawy wchodzące w skład diet sporządzane są przez kucharzy na podstawie precyzyjnie opracowanych receptur potraw. Wykonanie diet specjalnych powierzone jest osobie odpowiedzialnej za ich przygotowanie czyli kucharzowi, który jest przeszkolony w tym zakresie. Nadzór nad prawidłowym procesem technologicznym sprawuje kierownik lub dietetyk, który czuwa nad prawidłowym i zgodnym z założeniami diety procesem kulinarnym. Po zakończonej obróbce kulinarnej i sporządzeniu wszystkich zaplanowanych potraw następuje ocena organoleptyczna wykonanych dań (na tym etapie dokonuje się oceny smaku, wyglądu, konsystencji i temperatury posiłku) Bardzo istotną rzeczą jest przygotowanie posiłków bezpiecznych w odpowiednich warunkach higienicznych, dlatego też wdrożony jest system HACCP z asadami GHP/GMP

HACCP (skrót od ang. hazard analysis and critical control points) – oznacza prawidłowe postępowanie podczas procesów technologicznych mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa żywności przez identyfikację i oszacowanie skali zagrożeń, krytycznych punktów kontroli z punktu widzenia wymagań zdrowotnych żywności.<sup>19</sup>

GHP (z ang. Good Hygienic Practice) i GMP (z ang. Good Manufacturing Practice) oznacza Dobrą Praktykę Higieniczną i Dobrą Praktykę Produkcyjną. Te dwa podstawowe systemy mają na celu utrzymanie odpowiedniej kontroli higieny środowiska pracy i procesów technologicznych podczas produkcji posiłków<sup>20</sup>.

---

<sup>17</sup> Jarosz M., Białkowska M., Chabros E., wsp.: *Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach* Wydawca Instytut Żywności i Żywienia Warszawa 2011.

<sup>18</sup> Gawęcki J., Berger S., Brzozowska A., wsp.: *Żywność Człowieka* Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 2012.

<sup>19</sup> Turlejska H., Pelzner U., Konecka-Matyjek E., wsp.: *Przewodnik do wdrażania zasad GMP/GHP i systemu HACCP w zakładach żywienia zbiorowego*.

<sup>20</sup> Turlejska H., Pelzner U., Konecka-Matyjek E., wsp.: *Przewodnik do wdrażania zasad GMP/GHP i systemu HACCP w zakładach żywienia zbiorowego*

Gotowe dania obiadowe, jak i śniadania i kolacje rozdzielane są na podstawie sumariusza (wg ilości pacjentów i rodzajów diet) i pakowane zbiorczo do termosów. Osoby odpowiedzialne czyli kucharz zmianowy, dietetyk czuwają nad prawidłowością przebiegu tego procesu (czy jest odpowiednia ilość porcji zgodna z ilością zamówioną, odpowiednia temperatura posiłków – zupy 75<sup>0</sup> C, drugie dania 65<sup>0</sup>C, gorące napoje 85<sup>0</sup> C, potrawy serwowane na zimno: surówki, wędlina, nabiał 4<sup>0</sup> C, oraz nad prawidłowym zachowaniem wymogów higienicznych tj. czystość termosów i naczyń zbiorczych a także pojemników jednorazowego użytku).<sup>21</sup>

Termosy z posiłkami rozwożone są do oddziałów szpitalnych i dostarczane do kuchenek oddziałowych. Personel obsługujący kuchnię oddziałową jest odpowiedzialny za przyjęcie i o ocenę dostarczonego posiłku (czy jest odpowiednia temperatura, czy pojemniki nie są uszkodzone podczas transportu czy jest zgodna ilość porcji zamówionych), a następnie zajmuje się porcjowaniem według odpowiedniej gramatury i wydawaniem posiłków dla pacjentów. Personel kuchni oddziałowej odpowiedzialny jest również za odpowiednie i zgodne z zasadami przechowywanie produktów spożywczych wydawanych pacjentom w późniejszym czasie m.in dodatków przeznaczonych na drugie śniadanie i podwieczorek dla chorych na cukrzycę. Dodatki te przywożone są równocześnie ze śniadaniem i kolacją. Transportem posiłków pomiędzy kuchnią a oddziałami szpitalnymi zajmuje się firma zewnętrzna. Brudne termosy zabierane są z oddziałów i przewożone do zmywalni, z zachowaniem zasady nie krzyżowania się dróg transportowych a zwrócone w ten sposób naczynia są myte i wyparzone<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup>Szpital Specjalistyczny im. Dr J. Babińskiego *Procedura Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością Zasady Nadzoru Nad Bezpieczeństwem Żywności* P-06/08 Kraków 2016.

<sup>22</sup>Szpital Specjalistyczny im. Dr J. Babińskiego *Procedura Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością Zasady Nadzoru Nad Bezpieczeństwem Żywności* P-06/08 Kraków 2016.

### 3.3. Przedstawienie problemu organizacji żywienia pacjentów w Szpitalu

Specyfiką Szpitala jest leczenie chorych z zaburzeniami psychicznymi, często z współistniejącymi z chorobami ogólnomedycznymi, somatycznymi w związku z tym wymaga to zastosowania odpowiednich diet leczniczych, które mają wpływ na efektywność leczenia i szybkości powrotu do zdrowia.

U jednych pacjentów wymaga to zastosowania diety łatwostrawnej, u innych diety niskotłuszczowej, niskokalorycznej, bogatoresztkowej, diety o zmienionej konsystencji, bogatobiałkowej, bądź podstawowej u pacjentów nie mających wskazań do zastosowania innych diet.

Dieta to określony sposób żywienia człowieka o odpowiednim doborze pokarmów pod względem ilości, jakości, który jest dostosowany do potrzeb organizmu i z uwzględnieniem wieku, płci, trybu życia, aktywności fizycznej, stanu fizjologicznego.

Dieta zdrowego człowieka to dieta podstawowa. Zadaniem tej diety jest dostarczenie optymalnej ilości energii oraz składników odżywczych takich jak białka, węglowodany, tłuszcze, składniki mineralne, witaminy w ilościach dostosowanych do indywidualnych potrzeb organizmu.

Dieta lecznicza stanowi medycznie uzasadnioną modyfikację diety podstawowej, która jest pod względem ilościowym i jakościowym dostosowana do potrzeb niedomagania organizmu i występującej choroby<sup>23</sup>.

Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) żywienie ludzi chorych nie powinno odbiegać od żywienia ludzi zdrowych, a jedynie stanowić modyfikację prawidłowego żywienia, które obejmuje tylko np. zmiany konsystencji, zmniejszenia wartości energetycznej, sposobu przygotowania, obróbki technologicznej, zmiany zawartości niektórych składników odżywczych, bądź ich eliminacja co ma miejsce np. w przypadku alergii pokarmowej<sup>24</sup>.

Istotnym problemem i bardzo utrudniającym organizację żywienia pacjentom w szpitalu był przede wszystkim brak usystematyzowania diet. Diety były nazywane przypadkowo, zazwyczaj ich nazwy nawiązywały do jednostek chorobowych i nazw narządów (dieta wątrobowa, nerkowa, wrzodowa), przyczyniało się to do błędnej interpretacji i realizacji żywienia dietetycznego, dodatkowo niedostateczne i nieprecyzyjne, często mylące informacje wprowadzały duże zamieszanie i duże utrudnienie w organizowaniu pracy w dziale żywienia i kuchni przygotowującej posiłki dla pacjentów. . Przynajmniej część tych diet i ich wybór nierzadko był absurdalny i niejednokrotnie zezwalał aby pacjent sam sobie wybierał rodzaj leczenia dietetycznego na które lekarz prowadzący często wyrażał zgodę, mimo tego że często diety te nie miały uzasadnienia klinicznego. Taka swoboda organizacyjna powodowała sytuacje, że pacjent terroryzował kuchnię szpitalną wymaganiami trudnymi do zrealizowania. Pomimo, że kuchnia ma odpowiednie warunki do produkcji dużej ilości posiłków to nie było możliwości przygotowywać tak wielu rodzajów diet. Było to też o tyle trudne, że pacjenci często zmieniali diety na własną prośbę (jednego dnia otrzymywali dietę podstawową, innego na żądanie wegetariańską, a w kolejnych dniach bezglutenowej. Wprowadzało to ogromny chaos informacyjny i dezorganizację pracy zarówno na oddziale jak i całym Dziale żywienia.

Poza tym ograniczony asortyment produktów spożywczych (wyznaczony w przetargach) nie zawsze pozwalał na przygotowanie odpowiednio zbilansowanego posiłku uwzględniającego gęstość odżywczą np. diety wegańskiej lub wegetariańskiej z ograniczeniem większości produktów pochodzenia zwierzęcego np. wegetariańska bez ryb, jaj, mleka. Stosowanie diet różnych, których nie dało się usystematyzować oraz ich różna gęstość energetyczna i odżywcza powodowały duże zamieszanie, czego efektem były min. niezadowolone i pretensje pacjentów (vide list protestacyjny pacjentów z oddziału odwykowego w Aneksie).

Brak systematyki diet ograniczał również możliwość odmówienia diety, która nie miała uzasadnienia klinicznego, ponieważ nie było procedury prawnej uprawniającej do jej odmowy. Taka sytuacja wymusiła stworzenie prawidłowej systematyki diet i opracowanie jej według określonych zasad:

- zapotrzebowania energetycznego zapotrzebowania na składniki odżywcze specyfiki i problemów chorobowych pacjentów trafiających do szpitala.
- Opracowanie zapisu prawnego ograniczającego możliwość wyboru diety, eliminując przez to te, dla których nie ma wskazań klinicznych.

Przeprowadzając taki zabieg, stawało się logicznym i możliwym utworzenie katalogu diet przemysłowych. Koniecznością stojącą u podstaw zmian było ustalenie odpowiedniego zapotrzebowania energetycznego i na podstawowe składniki odżywcze: białka, tłuszcze, węglowodany oraz dostosowanie dziennych racji pokarmowych. W trakcie analizy dotychczas stosowanych diet stwierdzono, że stosowane normy żywienia były za wysokie (ponad 3000 kcal/dobę) dla pacjentów w różnych przedziałach wiekowych oraz z małą aktywnością fizyczną .powodowało to duże ilości zwrotów pokarmu stanowiących resztki pokonsumpcyjne co dodatkowo podnosiło koszty żywienia pacjentów.

Wykorzystując aktualną klasyfikację diet Instytutu Żywności i Żywienia usystematyzowałam diety szpitalne według najczęstszych problemów klinicznych występujących u pacjentów leczonych w szpitalu. Te

<sup>23</sup> <http://docplayer.pl/9999002-Podstawy-dietetyki-zywienie-dietetyczne-w-szpitalach-i-sanatoriach-roman-cichon-katedra-zywienia-i-dietetyki-cm-umk-bydgoszcz-2014.html> 10.01.2018.

<sup>24</sup> Jarosz i wsp. *Praktyczny podręcznik dietetyki* IZZ 2010 str. 16



najczęstsze problemy chorobowe oprócz zaburzeń psychicznych to schorzenia przewodu pokarmowego, cukrzyca insulino-zależna i insulino-niezależna, zaburzenia żucia i połykania przebiegające z różnego stopnia–dysfagią od umiarkowanej aż po ciężką, zaburzenia odżywienia z otyłością (istotny wpływ leków psychotropowych) i niedożywieniem. Takie założenia wstępne pozwoliły na poszerzenie diet według odpowiedniego schematu. Dlatego biorąc pod uwagę charakter pacjentów wyszczególniłam diety według najczęstszych problemów klinicznych, a więc diety podstawowe dedykowane dla chorych niewymagających ograniczeń dietetycznych, diety łatwostrawne, łatwostrawne o zmienionej konsystencji w tym mielone, niskotłuszczowe, ubogoenergetyczne, bogatoresztkowe, bogatobiałkowe, tak stworzoną systematyczną grupę diet rozszerzono o diety ze zmienioną konsystencją np. papkowate, oraz do żywienia przez zgłębnik. Dodatkową grupę stanowią diety wegetariańskie, oraz diety eliminacyjne (bez laktozy, bezglutenowa) a także diety specjalne indywidualnie przygotowywane na zlecenie lekarskie .

### 3.4. Diety wg. nazewnictwa przed zmianą i diety wg. nowej klasyfikacji

Tabela 3. Diety wg. poprzedniej i nowej klasyfikacji<sup>25</sup>.

Nazwy Diet Przed Wprowadzoną Zmianą	Nowa Klasyfikacja Diet
NORMALNA	1. D. PODSTAWOWA
NORMALNA BEZ MLEKA	2. D. ŁATWO STRAWNA
NORMALNA BEZ MLEKA I JAJEK	2 a D. ŁATWO STRAWNA MIELONA
NORMALNA BEZ WIEPRZOWINY	3. D. ŁATWO STRAWNA Z OGRANICZENIEM SUBSTANCJI POBUDZAJĄCYCH WYDZIELANIE ŻOŁĄDKOWE
ŁATWO STRAWNA	4. D. ŁATWO STRAWNA NISKOTŁUSZCZOWA
ŁATWOSTRAWNA MIELONA	5. D. Z OGRANICZENIEM ŁATWOPRZYSWAJALNYCH WĘGLOWODANÓW
ŁATWOSTRAWNA BEZ MLEKA	5a D. Z OGRANICZENIEM ŁATWOPRZYSWAJALNYCH WĘGLOWODANÓW ( MIELONA)
WRZODOWA	6. D. ŁATWO STRAWNA BOGATOBIAŁKOWA
WĄTROBOWA	7. D. ŁATWO STRAWNA NISKOBIAŁKOWA
TRZUSTKOWA	8. D. UBOGOENERGETYCZNA
WĄTROBOWA MIELONA	9. D. BOGATORESZTKOWA

<sup>25</sup>Ciborowska H, Rudnicka A.,:Dietetyka: Żywnie zdrowego i chorego człowieka Wydawnictwo lekarskie PZWL 2014

<b>WĄTROBOWA BEZ MLEKA</b>	10. D. PŁYNNĄ, PĄPKOWATĄ (MIKSOWANĄ)
<b>CUKRZYCOWA</b>	10a D. DO ŻYWIENIA PRZEZ ZGLĘBNIK (SONDA)
<b>CUKRZYCOWO-WĄTROBOWA</b>	11. D. WEGETARIAŃSKA
<b>CUKRZYCOWO-MIELONA</b>	12. D. ELIMINACYJNE BEZGLUTENOWA, BEZ LAKTOZY
<b>CUKRZYCOWA BEZ MLEKA I PRODUKTÓW MLECZNYCH</b>	13.D. SPECJALNE NISKOPURYNOWA
<b>CUKRZYCA ŁATWOSTRAWNA</b>	5
<b>CUKRZYCA NISKOKALORYCZNA</b>	10
<b>CUKRZYCA WEGETARIAŃSKA</b>	–
<b>NISKOKALORYCZNA (1200 KCAL,1500 KCAL,1600 KCAL 1800 KCAL)</b>	8
<b>WYSOKOBIAŁKOWA</b>	6
<b>WYSOKOBIAŁKOWA MIELONA</b>	6
<b>NERKOWA</b>	7
<b>DIETA PRZY DNIE MOCZANOWEJ</b>	13
<b>WEGETARIAŃSKA</b>	11
<b>WEGETARIAŃSKA ŁATWO STRAWNA</b>	–
<b>WEGETARIAŃSKA BEZ MLEKA I PRZETWORÓW MLECZNYCH</b>	–
<b>WEGETARIAŃSKA BEZ MLEKA I JAJEK</b>	–
<b>WEGETARIAŃSKA BEZ SOLI ,SERA BIAŁEGO ,JAJEK</b>	–
<b>WEGAŃSKA</b>	–
<b>BEZGLUTENOWA</b>	12
<b>BEZGLUTENOWA BEZ MLEKA</b>	12
<b>BEZGLUTENOWA BEZ MIĘSA</b>	–
<b>BEZGLUTENOWA BEZ PRODUKTÓW MLECZNYCH I ZIEMNIAKÓW</b>	–

<b>DIETA W HASHIMOTO</b>	-
<b>ŁATWOSTRAWNA MIKSOWANA</b>	10
<b>SONDA</b>	10.a
<b>CUKRZYCA MIKSOWANA</b>	10

## 4. Metodyka i sposób obliczenia założeń na energię i podstawowe składniki odżywcze.

Kolejnym etapem było opracowanie założeń na realizację podaży adekwatnej ilości energii i podstawowych składników odżywczych oraz dopasowanie tych wartości do planowanych diet.

Według prof. Jarosza żywienie chorych hospitalizowanych powinno pokrywać ich zapotrzebowanie na energię i niezbędne składniki pokarmowe, a jednocześnie wspomagać leczenie i rekonwalescencje.

Należy zawsze pamiętać, że pacjenci przebywający w szpitalu stanowią niejednorodną grupę pod względem wieku i płci, dlatego zapotrzebowanie na energię i podstawowe składniki odżywcze musi być obliczane na podstawie średnioważonej normy żywienia.<sup>26</sup>

Do jej obliczenia korzystano z Norm Żywienia na poziomie zalecanego spożycia (RDA) dla umiarkowanej aktywności fizycznej (PAL) 1,6 do (PAL) 1,75

Dane dotyczące ilości chorych w poszczególnych grupach pacjentów przygotowane przez Dział ds. Rozliczeń i Statystyk Medycznych pozwoliły na obliczenie procentowego udziału każdej grupy, i w efekcie końcowym obliczona została średnia norma zapotrzebowania na energię i podstawowe składniki odżywcze.

### 4.1. Normy na energię i podstawowe składniki odżywcze dla poszczególnych grup wiekowych pacjentów

Tabela 4. Zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze na podstawie Norm Żywienia dla poszczególnych grup wiekowych<sup>27</sup>.

PŁEĆ	GRUPA WIEKOWA	KCAL		BIAŁKO		TŁUSZCZE		WĘGLOWODANY	
		(PAL)1,6	(PAL)1,75	(PAL)1,6	(PAL)1,75	(PAL)1,6	(PAL)1,75	(PAL)1,6	(PAL)1,75
MĘŻCZYŻNI	19 - 30	3100	3350	80	80	103	112	450	507
	30 - 50	2800	3100	80	80	93	103	410	463
	50 - 65	2600	2800	80	80	85	93	378	417
	65 i więcej	2450	2650	80	80	82	88	347	384
KOBIECY	19 - 30	2650	2700	72	72	88	90	393	400
	30 - 50	2300	2450	72	72	75	82	406	365
	50 - 65	2100	2300	72	72	70	77	295	329
	65 i więcej	2000	2200	72	72	67	73	277	313

<sup>26</sup> Ciborowska H, Rudnicka A., Dietetyka: „Żywienie zdrowego i chorego człowieka” Wydawnictwo lekarskie PZWL 2014.

<sup>27</sup> Jarosz M., Traczyk I., Stoś J., wsp. : Normy Żywienia dla populacji polskiej, Wydawca Instytut Żywności i Żywienia Warszawa 2012.

## 4.2. Liczba pacjentów w poszczególnych wiekowych grupach

PLEĆ	GRUPA WIEKOWA	ILOŚĆ OSÓB	% GRUPY
LICZBA LECZONYCH MĘŻCZYŹN	19 - 30	121	12,31
	30 - 50	329	33,46
	50 - 65	153	15,56
	65 i więcej	58	5,91
LICZBA LECZONYCH Kobiet	19 - 30	67	6,81
	30 - 50	116	11,81
	50 - 65	68	6,92
	65 i więcej	71	7,22
RAZEM		983	100

Źródło: Szpital Specjalistyczny im. Dr J. Babińskiego :Dział ds. Rozliczeń i Statystyk Medycznych <sup>28</sup>.

## 4.3. Sposób obliczenia norm na energię i podstawowe składniki

Korzystając ze wzoru na średnią normę na energię i składniki odżywcze, dokonano obliczeń zapotrzebowania na energię i podstawowe składniki odżywcze dla różnorodnej grupy pacjentów hospitalizowanych w szpitalu Babińskiego.

Wzór:

$$Z=(S_1 \cdot U_1 / 100 )+(S_2 \cdot U_2 / 100 )+.....( S_x \cdot U_x / 100)$$

gdzie:

**Z** – średnia norma na energię lub składnik odżywczy w przeliczeniu na 1 osobę  
**S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub>, S<sub>x</sub>** – norma na energię lub składnik odżywczy  
**U<sub>1</sub>, U<sub>2</sub>, U<sub>x</sub>** – procentowy udział poszczególnych grup żywionych<sup>29</sup>.

<sup>28</sup> Szpital Specjalistyczny im. Dr J. Babińskiego :Dział ds. Rozliczeń i Statystyk Medycznych

<sup>29</sup> Ciborowska H., Rudnicka A. :*Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka* Wydawnictwo lekarskie PZWL 2014.

## 4.4. Nowa klasyfikacja Diet i Założenia

Tabela 5 Nowa klasyfikacja diet oraz założenia <sup>30</sup>.

Rodzaj Diety	Założenia Diety
<b>1. DIETA PODSTAWOWA</b>	Energia 2600- 2800 kcal Białko 78-85 g Tuszczy 86-93 g Węglowodany 377-405 g
<b>2. DIETA ŁATWO STRAWNA</b>	Energia 2600 kcal Białko 78 g Tuszczy 86 g Węglowodany 377 g
<b>3. DIETA ŁATWO STRAWNA Z OGRANICZENIEM SUBSTANCJI POBUDZAJĄCYCH WYDZIELANIE SOKU ŻOŁĄDKOWEGO</b>	Energia 2600 kcal Białko 78 g Tuszczy 86 g Węglowodany 377 g
<b>4. DIETA ŁATWO STRAWNA Z OGRANICZENIEM TŁUSZCZU</b>	Energia 2600 kcal Białko 78 g Tuszczy 40 g Węglowodany 480 g
<b>5. DIETA Z OGRANICZENIEM ŁATWO PRZYSWAJALNYCH WĘGLOWODANÓW</b>	Energia 2600 kcal Białko 93 g Tuszczy 72 g Węglowodany 350 g
<b>6. DIETA ŁATWO STRAWNA BOGATOBIAŁKOWA</b>	Energia 2600 kcal Białko 93 g -120 g Tuszczy 72 g Węglowodany 350 g
<b>7. DIETA ŁATWO STRAWNA NISKOBIAŁKOWA</b>	Energia 2600 kcal Białko 45 g -50 g Tuszczy 86 g Węglowodany 405 g
<b>8. DIETA UBOGOENERGETYCZNA</b>	Energia 1600-1800 kcal Białko 60 g -68 g Tuszczy 45-50 g Węglowodany 240-270 g
<b>9. DIETA BOGATORESZTKOWA</b>	Energia 2600 kcal Białko 93 g -120 g Tuszczy 72 g Węglowodany 377 g
<b>10. DIETA O ZMIENIONEJ KONSYSTENCJI-PAPKOWATA, PLYNNA</b>	Energia 2200 kcal Białko 85 g Tuszczy 75 g Węglowodany 260 g
<b>11. DIETA DO ŻYWIENIA PRZEZ ZGŁĘBNIK LUB PRZETOKE</b>	Energia 2000 kcal Białko 80 g Tuszczy 75 g Węglowodany 250 g
<b>12. WEGETARIAŃSKA</b>	Energia 2600- 2800 kcal Białko 78-85 g Tuszczy 86-93 g Węglowodany 377-405 g

<sup>30</sup> Obliczenia własne  
str. 22

## 4.5 Charakterystyka i zastosowanie diet wg. nowej klasyfikacji

Tabela nr 6 Charakterystyka diet <sup>31</sup>

<b>RODZAJ DIETY</b>	<b>CHARAKTERYSTYKA DIETY</b>	<b>NAJCZĘŚCIEJ ZASTOSOWANIE</b>
<b>1. DIETA PODSTAWOWA</b>	W diecie podstawowej dozwolone są wszystkie produkty i potrawy oraz wszystkie techniki sporządzania posiłków.	Dieta podstawowa stosowana jest u osób nie wymagających żywienia dietetycznego, spełnia wymagania racjonalnego żywienia ludzi zdrowych pokrywa zapotrzebowanie pacjenta na energię oraz na wszystkie niezbędne składniki odżywcze potrzebne do prawidłowego funkcjonowania organizmu, utrzymania należytej masy ciała i zachowania zdrowia
<b>2. DIETA ŁATWO STRAWNA</b>	Dieta jest modyfikacją żywienia racjonalnego osób zdrowych, pokrywa zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze w ilości jak dieta podstawowa. Różnica polega na doborze produktów łatwostrawnych, a także technik sporządzania posiłków, które powodują, że potrawa jest łatwiej przyswajalna. Ograniczeniu podlegają produkty tłuste, smażone długo zalegające w żołądku, wzdymające, ostro przyprawione	Chorzy długo leżący u których jest zaburzenie pracy przewodu pokarmowego W stanach zapalnych błony śluzowej żołądka U pacjentów w podeszłym wieku W nadmiernej pobudliwości jelita grubego W chorobach infekcyjnych przebiegających z gorączką W zaburzeniach krążenia płucnego (zawał) W chorobach nowotworowych przewodu pokarmowego W wyrównanych chorobach nerek W przewlekłych chorobach układu oddechowego
<b>2a. DIETA ŁATWO STRAWNA (MIELONA)</b>	Charakterystyka diety łatwostrawnej j. w Dodatkowo modyfikacji podlegają produkty, i potrawy na bardziej rozdrobnione, ułatwiające gryzienie (mielone mięso drobno starte surówki	Zastosowanie j. w diecie łatwostrawnej, dodatkowo u pacjentów u których jest problem z gryzieniem pokarmów Pacjenci w podeszłym wieku z problemem gryzienia
<b>3. DIETA ŁATWO STRAWNA Z OGRANICZENIEM SUBSTANCJI POBUDZAJĄCYCH WYDZIELANIE ŻOŁĄDKOWE</b>	Dieta łatwostrawna z ograniczeniem produktów i potraw, które działają pobudzająco na wydzielanie kwasu solnego, ograniczenie produktów i potraw drażniących mechanicznie chemicznie, i termicznie błonę śluzową żołądka	Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy Przewlekły nadkwaśny nieżyt żołądka Refluks żołądkowo-przełykowy
<b>4. DIETA ŁATWO STRAWNA NISKOTŁUSZCZOWA</b>	Modyfikacja diety łatwostrawnej polegająca na ograniczeniu produktów zawierających większe ilości tłuszczu pochodzenia zwierzęcego oraz cholesterolu.	Przewlekłe zapalenie i kamica pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych Przewlekłe zapalenie trzustki Przewlekłe zapalenie wątroby,

<sup>31</sup>Ciborowska H., Rudnicka A.,: Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka Wydawnictwo lekarskie PZWL 2014.

	Zawartość tłuszczu w diecie wynosi 50g /dobę . Ma to na celu ochronę narządów poprzez zmniejszenie ich aktywności wydzielniczej	marskość wątroby
<b>5. DIETA Z OGRANICZENIEM ŁATWOPRZYSWAJALNYCH WĘGLOWODANÓW</b>	Wykluczeniu lub ograniczeniu podlegają produkty zawierające cukry proste (glukoza, sacharoza fruktoza Zwiększeniu podlegają produkty zawierające węglowodany złożone ;(skrobia .błonnik pokarmowy) W diecie uwzględniane są produkt i potrawy o niskim indeksie glikemicznym .Posiłki podawane są 5 razy dziennie ,u pacjentów leczonych insuliną 6 razy dziennie.	Cukrzyca Upośledzona tolerancja glukozy
<b>5a. DIETA Z OGRANICZENIEM ŁATWOPRZYSWAJALNYCH WĘGLOWODANÓW (MIELONA)</b>	Charakterystyka diety łatwostrawnej j. w Dodatkowo modyfikacji podlegają produkty, i potrawy na bardziej rozdrobnione, ułatwiające gryzienie (mielone mięso drobno starte surówki )	Zastosowanie j w diecie łatwostrawnej , dodatkowo u pacjentów u których jest problem z gryzieniem pokarmów Pacjenci w podeszłym wieku z problemem gryzienia
<b>6. DIETA ŁATWO STRAWNA BOGATOBIAŁKOWA</b>	Modyfikacja diety łatwostrawnej polegająca na zwiększeniu ilości białka do 2,0g/kg mc to jest 100 do 120g /dobę. Zadaniem diety jest dostarczenie organizmowi odpowiedniej ilości białka ,wysokiej wartości odżywczej dla celów anabolicznych przede wszystkim do budowy i odbudowy komórek i tkanek organizmu, tworzenie ciał odpornościowych, hormonów, enzymów. Źródłem białka o wysokiej wartości biologicznej są produkty pochodzenia zwierzęcego.	U osób wyniszczonych', niedożywionych, sarkopenia Choroby nowotworowe Rekonwalescenci po przebytych chorobach W rozległych oparzeniach Choroby przebiegające z gorączka
<b>7. DIETA ŁATWO STRAWNA NISKOBIAŁKOWA</b>	Dieta łatwostrawna ze zmniejszoną ilością białka ok 40-50g/dobę .Ustalana indywidualnie	Choroby nerek i choroby wątroby przebiegające z ich niewydolnością
<b>8. DIETA UBOGOENERGETYCZNA</b>	Zadaniem diety jest zmniejszenie masy ciała poprzez ograniczenie ogólnej ilości spożywanych pokarmów co w efekcie daje ujemny bilans energetyczny. Zmniejszona wartość energetyczna uzyskana jest poprzez ograniczenie ilości tłuszczu i produktów bogatych w węglowodany (głównie prostych-cukier), przy równoczesnym odpowiednim zbilansowaniu składników odżywczych	Otyłość Nadwaga
<b>9. BOGATORESZTKOWA</b>	Modyfikacja diety podstawowej polegająca na zwiększeniu błonnika pokarmowego do ilości 40-50g/dobę. Celem diety jest pobudzenie motoryki jelit i uniknięcie stosowania środków farmakologicznych	Zaparcia nawykowe



<b>10. DIETA PŁYNNA, PAPKOWATA (MIKSOWANA)</b>	Dieta polega na modyfikacji diety łatwostrawnej, produkty i potrawy podawane są w formie nie wymagającej gryzienia	Choroby jamy ustnej i przełyku Zwężenia, przełyku, zapalenia, jamy ustnej przełyku W utrudnionym gryzieniu i połykaniu ( osoby starsze) dysfagia
<b>10a. DIETA DO ŻYWIENIA PRZEZ ZGŁĘBNIK (SONDA)</b>	Dieta musi mieć konsystencję , która nie utrudni jej podawania przez zgłębnik, a także zapewnić pacjentowi odpowiednią ilość energii i składników odżywczych.	Chorzy nieprzytomni Zaburzenia połykania na tle neurologicznym Urazy twarzo-czaszki Niedrożność górnej części przewodu pokarmowego Oparzenia jamy ustnej i przełyku
<b>11. DIETA WEGETARIAŃSKA</b>	Polega na świadomym i dobrowolnym wyłączeniu z diety mięsa.	Dieta z wyboru
<b>13. DIETY ELIMINACYJNE (BEZ LAKTOZY, BEZ GLUTENU)</b>	Zadaniem diety jest eliminacja składnika będącego przyczyną dolegliwości ze strony układu pokarmowego, przy jednoczesnym dostarczeniu odpowiedniej ilości energii i składników odżywczych	Nietolerancja laktozy Nietolerancja glutenu celiakia
<b>14. DIETY SPECJALNE (NA ZLECENIE LEKARSKIE)</b>	Diety na zlecenie lekarskie mające swoje uzasadnienie kliniczne.	Alergie pokarmowe Dna mocznowa

## 5. Charakterystyka grup klinicznych oraz dedykowane im diety

W szpitalu największe wykorzystanie bo u ok 600 osób ma dieta podstawowa, stosowana u pacjentów, u których nie jest wymagane żywienie dietetyczne. Pozostałe ok 200 osób, to pacjenci z zaburzeniami psychicznymi wraz z współistniejącymi chorobami, ta grupa pacjentów wymaga zastosowania odpowiedniej diety leczniczej uwzględniającej zmienione przez chorobę współistniejącą potrzeby lub tolerancję.

### 5.1 Pacjenci geriatryczni

Cechą charakterystyczną dla tej grupy pacjentów jest wykorzystanie różnych diet niż te które są dostępne dla ogółu pacjentów Szpitala. Tłumaczy to fakt, gdyż u pacjentów w podeszłym wieku spotykamy się z wielochorobowością czyli jednoczesnym współistnieniem różnych stanów chorobowych, oraz polipragmazją czyli przyjmowaniem wielu środków farmaceutycznych<sup>32</sup>.

Zmiany zachodzące w organizmie związane z jego starzeniem się powodują zaburzenia funkcji różnych układów i narządów, co wpływa na sposób i jakość żywienia ludzi w podeszłym wieku<sup>33</sup>.

W tej grupie chorych można wyróżnić różne problemy kliniczne, 14.śródnich najczęściej obserwowane jest otępienie starcze (demencje), chorobę Alzheimera, niedożywienie pierwotne lub wtórne, zaburzenia odczuwania smaku i zapachu (dysgeusja), zaburzenia gryzienia i połykania –o charakterze dysfagii różnego stopnia od umiarkowanej aż po ciężką, cukrzycę, otyłość, zaparcia. Wszystkie te problemy wymagają różnych modyfikacji diety lub zastosowania odpowiedniej diety ustalonej indywidualnie.

Największe wykorzystanie w grupie pacjentów geriatrycznych ma dieta łatwo strawna i jej modyfikacje (łatwo strawna mielona, łatwo strawna bogatobiałkowa, łatwo strawna miksowana). Niekiedy niezbędna jest zamiana produktów, oraz zastosowanie innej techniki kulinarnej, czego celem jest poprawa akceptacji diety lub zwiększenie jej przyswajania.

Zaburzenia o charakterze otępiennym (demencje) to przewlekłe obniżenie czynności intelektualnych, utrudniające funkcjonowanie społeczne i zdrowotne. W zależności od różnego stopnia nasilenia choroby istnieje szereg zaburzeń utrudniających i uniemożliwiających spożywanie pokarmów i powodujących trudności w karmieniu tych osób. Chorzy mają problem z samodzielnym jedzeniem, mimo, że posiłek leży na talerzu przed nimi, pacjenci zazwyczaj rozpoznają talerz, sztućce, ale nie wiedzą jak i do czego ich użyć. Chorzy często zaciskają usta, nie połykają, przetrzymują pożywienie w ustach, odwracają głowę, wypluwają pokarm. Trudno się z nimi porozumieć ponieważ często u nich występuje afazja. Dodatkowo na obraz choroby nakładają się wiele objawów, które związane są z samym procesem starzenia się organizmu jak upośledzona praca wielu narządów wewnętrznych, utrata masy mięśniowej, gorsza motoryka przewodu pokarmowego, mniejsza aktywność enzymów i hormonów, wpływ zażywania wielu leków<sup>34</sup>.

Dla tych pacjentów przeznaczona jest dieta (2) łatwo strawna, dieta (2a) łatwostrawna mielona dla pacjentów z utrudnionym gryzieniem pokarmów, lub dieta (10) papkowata, miksowana. Pacjenci z zaawansowaną demencją, którzy odmawiają jedzenia i picia, wymagają zastosowania jednej z technik leczenia żywieniowego jakim jest żywienie przezleżnik nosowo żołądkowy. W takich przypadkach zastosowanie ma dieta (10a) do żywienia przez sondę.

Częstym problemem pacjentów geriatrycznych jest niedożywienie występujące w przebiegu chorób neurodegeneracyjnych, często nowotworów, gorszej sprawności, zaburzeń smaku, utrudnionego gryzienia i biedy. Następstwem jest zmniejszenie i osłabienie masy mięśniowej (sarkopenia), pogorszenie sprawności wielu układów min. pokarmowego, oddechowego, kostnego, krążenia, odleżyny co z kolei wydłuża czas terapii i wzrostu kosztu leczenia<sup>35</sup>.

Pacjenci ci otrzymują dietę łatwostrawną bogatobiałkową, wspomaganą często dietą przemysłową, która jest dostępna w aptece szpitalnej, oraz suplementami żywieniowymi (kompletne diety polimeryczne o akceptowanym przez pacjenta smaku i zapachu) dostarczonymi sporadycznie przez rodziny pacjentów.

Dysfagia u pacjentów w podeszłym wieku wynika z naturalnego procesu starzenia się organizmu lub w przebiegu zaburzeń czynnościowych układu mięśniowo nerwowego. Zaburzenie gryzienia, żucia,

<sup>32</sup> Wernio E., Dardzińska J., Małgorzewicz S., :Anoreksja wieku podeszłego-epidemiologia, przyczyny, konsekwencje zdrowotne Geriatria 2016; s. 32-38.

<sup>33</sup> Jarosz M., Rychlik E., Wolnicka K., wsp: Żywienie osób w wieku starszym, Wydawnictwo Lekarskie 2016.

<sup>34</sup> Babiarczyk M, Kolonko J. : *Decyzje związane ze sztucznym odżywianiem i nawadnianiem chorych na zaawansowaną demencję* Geriatria Polska 2009; 6(2):71-80

<sup>35</sup> Skokolska.B, Dyk.D.,, Miechowicz.I: *Realizacja zapotrzebowania kalorycznego u chorych w podeszłym wieku* Nowiny Lekarskie 2013, 82, 1,s. 108-111

połykania lub ich koordynacji jest upośledzeniem sprawnego aktu połykania co w konsekwencji musi prowadzić do postępującego w czasie niedożywienia lub powikłań aspiracyjnych<sup>36</sup>.

U pacjentów z dysfagią ważna jest odpowiednia dietoterapia uzależniona od stopnia zaburzeń połykania i istotą modyfikacji diety jest zmiana jej konsystencji<sup>37</sup>.

Dlatego dla grupy pacjentów przygotowane są diety miksowane, papkowane, a w przypadkach ciężkiej dysfagii, gdy istnieje przeciwwskazania do karmienia drogą naturalną - dieta do żywienia przez zgłębnik. Ponieważ w ofercie Szpitalnej nie ma suplementów do zagęszczania płynów dla pacjentów z ryzykiem zachłyśnięcia, jedynym rozwiązaniem jest przygotowywanie przez kuchnię płynów o konsystencji kisielu zagęszczanych skrobią ziemniaczaną.

Cukrzyca to kolejne częste schorzenie pacjentów oddziałów psychogeriatrycznych.

Wraz z wiekiem obniża się tolerancja glukozy prowadząc do występowania cukrzycy insulino niezależnej<sup>38</sup>. Pacjenci z tej grupy otrzymują dietę z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów z uwzględnieniem 5 posiłków w ciągu dnia. Przy współistnieniu dodatkowo schorzeń wątroby, trzustki – dietę z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów niskotłuszczową.

Częstym również problemem pacjentów geriatrycznych są zaparcia. Na ich częstość występowania istotny wpływ ma zmniejszona aktywność ruchowa, niedostateczna ilość przyjmowanych przez chorego płynów, współistniejące schorzenia, oraz częsta w tej grupie polipragmazja<sup>39</sup>.

Rozwiązaniem jest dieta bogatoresztkowa. W zwyczaju oddziałów Geriatrycznych jest tzw. „dopajanie chorych” i w związku z tym na te oddziały przeznaczana jest większa ilość herbaty oraz wody mineralnej niegazowanej. Pozytywny wpływ ma również codzienna gimnastyka ruchowa prowadzona przez fizjoterapeutów dostosowana do możliwości starszego człowieka.

Nietolerancje pokarmowe, a w szczególności nietolerancja laktozy to również częsta dolegliwość pacjentów. W przypadku potwierdzenia występowania takiej nietolerancji pacjenci otrzymują dietę łatwostrawną z ograniczeniem mleka i produktów mlecznych.

## 5.2. Pacjenci oddziałów psychiatrycznych

W tej grupie pacjentów największe wykorzystanie ma dieta podstawowa. Nie mniej jednak częstym problemem osób z chorobą psychiczną jest nadwaga i cukrzyca.

Leczenie przeciwpsychotyczne ma duży wpływ na powstawanie otyłości trzewnej, która wiąże się ze spadkiem wrażliwości na insulinę i predysponuje do rozwoju chorób układu krążenia, nadciśnienia i cukrzycy. Pacjenci ci ze względu na zastosowane leczenie i istotę choroby są bardziej narażeni na wystąpienie zaburzeń metabolicznych. Problem otyłości nasila mała aktywność fizyczna, oraz odczucia takie jak przygnębienie, cierpienie psychiczne, strach przed nasileniem się objawów sprawiają, że chorzy chętnie sięgają po jedzenie jako środek rekompensujący im złe samopoczucie.<sup>40</sup> Z czasem staje się to nawykiem i może na zasadzie utrwalonego zachowania prowadzić do jedzenia kompulsywnego. Pacjenci z cukrzycą i otyłością otrzymują dietę z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów oraz dietę ubogoenergetyczną.

Na oddziałach psychiatrycznych wykorzystywana jest także dieta (10a) do żywienia przez zgłębnik w sytuacji, gdy pacjent z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, np. z urojeniami prześladowczymi trucią lub urojeniami ksownymi (odnoszące się do siebie „mam moc, że nie muszę nic jeść”, „jestem kościotrupem nie nie muszę jeść” lub pod wpływem halucynacji, omamów słuchowych o różnej etiologii piętnujących jedzenie i picie, odmawia kategorycznie spożywania posiłków i picia.

<sup>36</sup> Kulczyński B., Grdeń, M., Gramza-Michałowska A.,: *Czynniki Predykcyjne Problemów Żywieniowych U Osób Starszych; Postępy Dietetyki W Geriatrii I Gerontologii* 2016; 3: s. 18-23

<sup>37</sup> Lewandowicz M., Krzywińska - Siemaszko R.: *Zaburzenia Połykania w Praktyce Dietetyka Postępy Dietetyki W Geriatrii I Gerontologii* ;2016;1(3);25-30

<sup>38</sup> Sobotka, Kłęk S., Korta T.,wsp: *Podstawy żywienia Klinicznego* 2013

<sup>39</sup> D. Cibor., H. Poczta.,T. Mach, : *Przewlekłe zaparcia-aktualne możliwości leczenia Gastroenterologia Praktyczna* 2012;4(2) s.28-33

<sup>40</sup> Lech M.,L. Ostrowska.,: *Otyłość u pacjentów ze schizofrenią Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2015,tom 6, nr 3, s.103-111

### **5.3. Pacjenci Oddziału Terapii Uzależnionych od Alkoholu w tym Innych Dysfunkcji i Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych**

W tej grupie pacjentów najczęstsze zastosowanie z diet leczniczych ma dieta (2) łatwo strawna, (4) łatwo strawna niskotłuszczowa, (5) z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów. Intensywna intoksykacja alkoholowa wywołuje zaburzenia o charakterze psychicznym i somatycznym. Alkoholizowanie wywołuje negatywne skutki w obrębie przewodu pokarmowego spowodowane przewlekłymi stanami zapalnymi błony śluzowej, zaburzoną perystaltyką i upośledzeniem wchłaniania. Przewlekłe zapalenia trzustki powodują zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej oraz wewnątrzwydzielniczej zwiększając ryzyko cukrzycy i postępującym wyniszczeniem wtórnym do deficytu trzustkowych enzymów trawiennych. Alkohol ma wpływ na powstanie zespołu tzw. „dziurawego jelita”- co poprzez zaburzenie wchłaniania w jelitach powoduje dysfunkcje metaboliczne. Istotnym problemem o znaczeniu epidemiologicznym są zmiany histopatologiczne wątroby<sup>41</sup>.

Pozostali pacjenci w większej ilości otrzymują diety wchodzące w zakres żywienia podstawowego. Grupa tych pacjentów, jest najbardziej najbardziej uciążliwa pod względem planowania żywienia, Większość pacjentów uważa że wyżywienie dla nich powinno być dużo wyższe pod względem energetycznym i wagowym, powinno być także bardziej zróżnicowane ponieważ „oni wychodzą z nałogu”.

### **5.4. Pacjenci Oddziału Rehabilitacji dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych ze Współistniejącymi Zaburzeniami Psychicznymi**

W tej grupie pacjentów najczęściej stosowane są diety podstawowe, jednak specyfika leczenia na oddziale narzuca eliminację niektórych produktów i potraw kojarzących się z uzależnieniem. Personel Zespołu żywieniowego zasugerował, aby wyłączyć z jadłospisu np. potrawy z makiem, oraz potrawy z dodatkiem octu, które wywołując skojarzenia mogłyby mieć negatywny wpływ na przebieg terapii.

### **5.5. Pacjenci Oddziałów Rehabilitacyjnych**

W tej grupie największa ilość pacjentów korzysta z diety podstawowej i diety wegetariańskiej.

### **5.6 Pacjenci Oddziałów Psychiatrii Sądowej o Podstawowym i wzmocnionym Zabezpieczeniu.**

Najwięcej osób tej grupy otrzymuje dietę podstawową. Ze względu na bardzo długi okres pobytu, pacjenci wymiennie korzystają z diety wegetariańskiej, aby urozmaicić menu. Z informacji zwrotnej od personelu oddziałowego wiadomo, że pacjenci też dokupują jedzenie przeważnie typu fast food korzystając z możliwości tzw. „obwoźnego sklepu”. Z diet leczniczych najczęściej zlecane diety to: dieta łatwostrawna, dieta łatwostrawna niskotłuszczowa, dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów, oraz dieta bogatoresztkowa.

### **5.7. Pacjenci Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic**

Wśród pacjentów z zaburzeniami osobowości sposób żywienia i dieta odgrywa istotną rolę. Głębokim zaburzeniom osobowości mogą towarzyszyć zaburzenia jedzenia lub dziwactwa żywieniowe związane z stosowaniem różnego rodzaju diet lub do określonych produktów. Takie zachowania uznawane są

---

<sup>41</sup> Gacek M.,: *Zachowania żywieniowe grup mężczyzn uzależnionych od alkoholu* Probl Hig Epidemiol 2010, 91 (4); s. 623-627  
str. 28

za jedno z objawów tych zaburzeń, w późniejszym okresie mogą przybrać postać anoreksji, bulimii, lub jako wariant mieszany.

Dlatego w tej grupie pacjentów największa ilość zgłaszanych diet to diety eliminacyjne m.in diety bezglutenowe, bezlaktozy, bez soi, z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów, wegetariańskie. Często te diety specjalne czy eliminacyjne nie wynikają z samej istoty choroby, ale z zaburzeń osobowości jako jednego z objawów. Najczęściej nie mają żadnego klinicznego lub logicznego uzasadnienia.

Pacjent z zaburzeniami osobowości ma problem z emocjami i z ich kontrolą, co wchodzi w skład obrazu klinicznego. Pacjenci ci głodzą się lub jedzą zbyt dużo, dlatego najprostszym sposobem jest kontrola nad ilością i jakością przyjmowanych posiłków oraz kontrola nad ich próbą wydalania (prowokowanie wymiotów). Monitorując leczenie pacjenta należy dużą uwagę przywiązywać do pomiarów cech antropometrycznych stanu odżywienia sprowadzających się często (wystarczająco) do systematycznej analizy masy ciała, wzrostu oraz dodatkowo do sposobu jedzenia. Istotną rolę odgrywa dietetyk oddziałowy, który wchodzi w skład zespołu terapeutycznego. Praca dietetyka polega na ocenie pacjentów pod kątem żywieniowym oraz prowadzeniu terapii polegającej na przełamywaniu stereotypów żywieniowych, nauki przyrządzania posiłków. Podczas zajęć pacjenci uczą się gotowania wykorzystując różne techniki kulinarne, sięgając nawet do różnych kuchni świata. Jest to tzw. „praca u podstaw”, nauka gotowania i wraz z postępem terapii przezwyciężanie lęku przez wprowadzanie produktów z tzw. „listy zakazanej” we wcześniejszej diecie pacjentów.

Zgodnie z regułą socjalizacji pacjenci na zajęciach kulinarnych przygotowują posiłki dla reszty społeczności terapeutycznej w oddziale, ucząc się przy tym elementarnych umiejętności jak rozsądnego planowania i robienia zakupów, gospodarowania posiadanymi środkami pieniężnymi, gospodarowanie czasem.

Diety przez nich stosowane jak np. bezglutenowa są drogimi dietami, i podczas zajęć uczą się przygotowania potraw tańszych z, wykorzystaniem zamiennie produktów pochodzenia naturalnego i klasyfikowanego jako „zdrowe produkty”. Ten etap terapii pozwala wyeliminowanie lub zminimalizowanie potrzeby sięgania po gotowe, przetworzone i drogie potrawy np. pieczenie chleba bezglutenowego czy przygotowanie pizzy bezglutenowej. Dlatego często na ten oddział na prośbę dietetyka dostarczane są przez kuchnię główną niektóre produkty zamiast gotowych potraw np. sam twaróg zamiast gotowej pasty twarogowej, który pacjenci przyrządzają sobie według własnej inicjatywy.

## 6. Wnioski

Stworzenie nowej klasyfikacji diet pozwoliło na:

1. Usprawnienie komunikacji pomiędzy lekarzami a Działem Żywienia
2. Zrozumiałe informacje dotyczące zlecanych diet
3. Zmniejszenie ilości funkcjonujących diet
4. Zredukowanie ilości diet nie wpłynęło na pogorszenie sposobu żywienia pacjentów
5. Stanowi pełną ofertę żywieniową w różnych sytuacjach klinicznych związanych z chorobą i współchorobowością
6. Możliwość odmowy diety nie mającej uzasadnienia klinicznego
7. Jest uzasadniona ekonomicznie
8. Usprawnienie pracy w Dziale Żywienia i kuchni szpitalnej

## 7. Zakończenie

Wprowadzenie nowej klasyfikacji diet w Szpitalu stało się koniecznością wynikającą ze złej organizacji pracy w Dziale Żywienia i kuchni szpitalnej, spowodowanej funkcjonowaniem przestarzałego systemu nazewnictwa diet. W konsekwencji prowadziło to do błędnej interpretacji i trudnej realizacji żywienia szpitalnego.

Koniecznością również było opracowanie założeń na energię i podstawowe składniki odżywcze, gdyż obowiązujące w szpitalu i przyjęte jako standard były mocno zawyżone (ponad 3000 kcal), co nie miało logicznego i klinicznego uzasadnienia.

Kolejną ważną potrzebą zmiany dotychczasowego modelu żywienia było utworzenie zapisu prawnego, który pozwalał na odmowę realizacji diet nie mających uzasadnienia klinicznego.

Zaproponowane i wprowadzone etapowo zmiany z dużą korzyścią posłużyły poprawie i usprawnieniu pracy w całym pionie żywienia, przyczyniając się dodatkowo do zmniejszenia kosztów pełnowartościowego żywienia pacjentów. Należy podkreślić, że wprowadzone zmiany w żaden sposób nie wpływały na pogrzeszenie jakości żywienia osób hospitalizowanych. Natomiast wprowadzone zmiany przyczyniły się do pełnego wykorzystania potencjału kuchni szpitalnej, w odległym efekcie należy spodziewać się lepszego i bardziej racjonalnego wykorzystania diet i możliwości większego urozmaicenia jadłospisów, z zachowaniem systematyki diet.

Opracowanie nowego systemu przyczyniło się także do poprawy komunikacji między Oddziałami a Działem Żywienia. Osiągnięto to poprzez prawidłowe nazewnictwo diet szpitalnych, prawidłową ich systematykę i większą dyscyplinę personelu oddziałowego w zamawianiu diet dedykowanych pacjentom z różnymi problemami zdrowotnymi.

Nowy katalog diet uwzględnia również możliwość przygotowania diet specjalnych, indywidualnych na zlecenie lekarskie. Korzyścią z wprowadzenia zmian jest nie tylko usprawniona praca ale i jakość i ekonomika żywienia pacjentów, dzięki redukcji diet które podrażały koszty żywienia, wprowadzały duże zamieszanie, a o ich wyborze często decydował sam pacjent a nie lekarz.

Dopełnieniem zmian idących w kierunku poprawy usług dla pacjenta istnieje duża potrzeba zatrudnienia większej ilości dietetyków w Szpitalu, którzy jako członkowie zespołów terapeutycznych mogliby mieć wpływ na poprawę efektywności leczenia pacjenta.

## 8 Dyskusja

Przy opracowaniu systemu dietetycznego w Szpitalu Babińskiego pierwszą zasadą było przygotowanie właściwej klasyfikacji diet przeznaczonej dla pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby zasadniczej ale i współistniejącymi problemami klinicznymi. W nowej systematyce diet uwzględniono dodatkowe wymogi związane z koniecznością zastosowania odpowiedniego zindywidualizowanego leczenia dietetycznego.

W piśmiennictwie dotyczącym zagadnień żywienia dietetycznego można spotkać się z różnymi podziałami diet, oraz ich nazwami często pochodzącymi od twórców jak np. dieta Karela, Kępnera, Schmidta, czy od jednostek chorobowych jak: dieta wątrobowa, wrzodowa, nerkowa. Sposób określenia diety lub protokołu żywienia powinien mieć charakter informacyjny, gdzie nazwa diety powinna wskazywać na zasadniczą jej cechę, tak aby łatwo można byłoby zrozumieć jej przeznaczenie. Ujednolicony system dietetyczny stwarza wspólną płaszczyznę porozumiewania się personelu medycznego w sprawie żywienia chorych.<sup>42</sup>

W literaturze znaleźć można podziały diet min. wg. Komisji Dietetyki Polskiej Akademii Nauk, wg. Zofii Wieczorek Chełmińskiej, wg Heleny Szczygłowej, jednak nie wszystkie zaproponowane katalogi diet mają zastosowanie w żywieniu szpitalnym, szczególnie w szpitalach przyjmujących pacjentów o różnym spektrum problemów zdrowotnych i ze względu na różny charakter kliniczny pacjentów<sup>43</sup>.

Podział wg. Komisji Dietetyki Polskiej Akademii Nauk

1. Dieta podstawowa łatwostrawna
2. Dieta bogatobiałkowa
3. Dieta ubogotłuszczowa ograniczeniem błonnika
4. Dieta ubogowęglowodanowa
5. Dieta ubogoenergetyczna
6. Dieta oszczędzająca z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego
7. Dieta z modyfikacjami składników mineralnych:
  - Z ograniczeniem chlorku sodu
  - Bogatopotasowa
8. Dieta z modyfikacjami konsystencji

Podział wg. Zofii Wieczorek –Chełmińskiej

1. Dieta ogólna (podstawowa)
2. Dieta płynna głodówkowa
3. Dieta płynna wysokoodżywcza
4. Dieta kleikowa
5. Dieta kleikowoowocowa
6. Diety wrzodowe: w I,II,III okresie leczenia
7. Dieta ubogotłuszczowa, łatwostrawna, ubogoresztkowa
8. Dieta z normalną ilością białka- łatwostrawna
9. Dieta z ograniczeniem białka
10. Dieta bogatobiałkowa
11. Diety indywidualne
12. Dieta Schmidta
13. Diety specjalne

Podział wg Heleny Szczygłowej

1. Żywienie podstawowe

---

<sup>42</sup> Jarosz i wsp.,: Praktyczny podręcznik dietetyki IZZ 2010

<sup>43</sup> Szczygłowa H.,: System dietetyczny dla zakładów służby zdrowia wydawca IZZ Warszawa 1992 str. 32



2. Dieta bogatoresztkowa
3. Dieta łatwo strawna
4. Dieta łatwo strawna z ograniczeniem tłuszczu
5. Dieta łatwo strawna z ograniczenie substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego
6. Dieta papkowata
7. Dieta płynna
8. Dieta płynna wzmocniona
9. Dieta do żywienia przez zgłębnik lub przetokę
10. Dieta ubogoenergetyczna
11. Dieta o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych
12. Dieta bogatobiałkowa
13. Dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów
14. Dieta niskobiałkowa

Podział diet wg. Komisji Dietetyki PAN wydaje się zbyt wątpliwy i nie miałby zastosowania w Szpitalu, gdyż nazewnictwo diet jest bardzo ogólne, nie oddające charakteru diety. W tym podziale spotykamy się z określeniami mało zrozumiałymi np. dieta podstawowa łatwostrawna. W tym przykładzie nie wiadomo czy dieta ma być przeznaczona dla pacjentów nie wymagających leczenia dietetycznego, czy przeznaczona jest dla osób ze schorzeniami np. przewodu pokarmowego. Z praktycznego punktu widzenia obecnie taka dieta nie istnieje. Budząca wątpliwość jest także dieta ubogo węglowodanowa, ponieważ nie precyzuje jakie węglowodany podlegają ograniczeniu, czy restrykcja dotyczy cukrów prostych czy złożonych. Podobne wątpliwości można mieć dla diety z modyfikacjami konsystencji, gdzie nie wiadomo czy ma to być dieta papkowata czy płynna. Wyróżnione diety z ograniczeniem sodu lub z większą ilością potasu można by zastąpić dietą łatwostrawną z uwzględnieniem modyfikacji tych elektrolitów.

Model diet zaproponowany przez Z. Wieczorek-Chełmińską również nie byłby odpowiedni do zastosowania bez zastrzeżeń w Szpitalu Psychiatrycznym. W tym podziale diety miałyby większe zastosowanie w oddziałach, gdzie pacjenci poddawani byłiby leczeniu chirurgicznemu. Poza tym podział diety na okresy leczenia w chorobie wrzodowej nie jest aktualnie stosowany. Wyszczególniona dieta Schmidta (dieta diagnostyczna bogata w tłuszcze, białka i węglowodany służąca do oceny wydolności trzustki) nie jest w praktyce stosowana. W zaproponowanej systematyce chociaż wyszczególniona została dieta łatwostrawna czy niskotłuszczowa, to brakuje diety przeznaczonej dla chorych na cukrzycę, być może jest ona zwarta pod hasłem diety indywidualne.

Najważniejszy z praktycznego uzasadnienia zastosowania wydaje się podział diet zaproponowany przez Helenę Szczygłową, systematyka ta wykazuje dużo większą uniwersalność w zastosowaniu jej w wielospecjalistycznych Szpitalach. Wybór ten podyktowany był nie tylko ułatwieniem pracy, ale także wynikał z przemyśleń i doświadczenia. Ten model najbardziej odpowiada potrzebom żywieniowym pacjentów nie tylko z chorobą zasadniczą ale i w współistnieniu schorzeń. Propozycja H. Szczygłowej jest najbardziej dostosowana dla różnych problemów klinicznych, dlatego ten schemat diet wybrano jako podstawę do opracowania i wprowadzenia nowej klasyfikacji systemu dietetycznego w Szpitalu im Babińskiego. Podział ten jest najbardziej uporządkowany spośród pozostałych i dokładnie oddaje charakter diety. Tak więc, dla pacjentów nie wymagających żywienia dietetycznego przeznaczona jest dieta podstawowa, dla chorych ze stwierdzonymi schorzeniami przewodu pokarmowego lub pacjentów geriatrycznych dedykowana jest dieta łatwo strawna z różnymi jej modyfikacjami, przewidującymi większą, bądź mniejszą ilością białka, co ma uzasadnienie w schorzeniach wątroby, nerek czy trzustki. Możliwa jest także modyfikacja poszczególnych makronutrientów np. w sytuacjach klinicznych wymagających podaży mniejszej ilości tłuszczu zastosowanie będzie miała dieta łatwostrawna niskotłuszczowa, natomiast dla chorych z cukrzycą - dieta łatwostrawna z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów. Osobną grupą są diety o zmienionej konsystencji, przeznaczone dla pacjentów z zaburzeniami o charakterze dysfagii i utrudnionym żuciem i połykaniem, a także dla pacjentów z dodatkowym problemem otyłości - przeznaczona dieta ubogoenergetyczna.

Opracowany według tej zasady system podziału diet został dodatkowo zmodyfikowany przez stworzenie możliwości wprowadzenia diety indywidualnej zlecanej przez lekarza w uzasadnionych klinicznie sytuacjach, dodatkowo przewidziano możliwość stosowania diety wegetariańskiej. Praktycznie każda dieta wchodząca w skład wprowadzonego systemu w większym bądź mniejszym odsetku jest wykorzystywana w żywieniu pacjentów, ponieważ charakter hospitalizowanych pacjentów i ich schorzenia wymuszają zastosowania takiego modelu żywienia dietetycznego.

## 9. Piśmiennictwo:

1. Jarema M.,: Psychiatria Polska Wydawnictwo PZWL Warszawa 2011
2. Szpital Specjalistyczny im. Dr J. Babińskiego Procedura Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością Zasady Nadzoru Nad Bezpieczeństwem Żywności P-06/08 Kraków 2016
3. <http://babinski.pl/misja/> 28.04.2018
4. <https://babinski.pl/5b-oddzial-psychiatryczny-krakow-podgorze-ii/> 28.12.2017
5. <http://babinski.pl/oddzial-psychiatryczny-malopolska-poludnie/> 28.12.2017
6. <http://babinski.pl/3b-oddzial-psychiatryczny-krakow-nowa-huta-ii/> 28.12.2017
7. <https://babinski.pl/2a-i-3a-oddzial-psychiatrii-sadowej-o-wzmocnionym-zabezpieczeniu/> 28.12.2017
8. <https://babinski.pl/9a-oddzial-psychogeriatryczny-i/> 28.12.2017
9. <https://babinski.pl/7f-oddzial-leczenia-zaburzen-osobowosci-i-nerwic/> 28.12.2017
10. <https://babinski.pl/5c-oddzial-terapii-uzaleznienia-od-alkoholu/> 28.12.2017
11. <http://babinski.pl/5d-oddzial-leczenia-alkoholowych-zespolow-abstynencyjnych-ii/> 28.12.2017
12. <https://babinski.pl/31a-oddzial-psychiatryczny-rehabilitacyjny-ii/> 28.12.2017 28.12.2017
13. <http://babinski.pl/oddzial-rehabilitacji-dla-uzaleznionych-od-substancji-psychoaktywnych-ze-wspolistniejacymi-zaburzeniami-psychicznymi-oru-3/> 28.12.2017
14. Jarosz M., Białkowska M., Chabros E., wsp.,: Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach Wydawca Instytut Żywności i Żywienia Warszawa 2011
15. Gawęcki J., Berger S., Brzozowska A., wsp.,: Żywienie Człowieka Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 2012
16. Turlejska H., Pelzner U., Konecka-Matyjek E., wsp.,: Przewodnik do wdrażania zasad GMP/GHP i systemu HACCP w zakładach żywienia zbiorowego
17. <http://docplayer.pl/9999002-Podstawy-dietetyki-zywienie-dietetyczne-w-szpitalach-i-sanatoriach-roman-cichon-katedra-zywienia-i-dietetyki-cm-umk-bydgoszcz-2014.htm/> 10.01.20178
18. Jarosz i wsp.,: Praktyczny podręcznik dietetyki IZŻ 2010
19. Ciborowska H., Rudnicka A.,: Żywienie zdrowego i chorego człowieka Wydawnictwo lekarskie PZWL 2014
20. Jarosz M., Traczyk I., Stoś J.,: Normy Żywienia dla populacji polskiej Wydawca Instytut Żywności i Żywienia Warszawa 2012
21. Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego, Dział ds. Rozliczeń i Statystyk Medycznych
22. Wernio E., Dardzińska J., Małgorzewicz S.,: Anoreksja wieku podeszłego-epidemiologia, przyczyny, konsekwencje zdrowotne Geriatria 2016 s. 32-38
23. Jarosz M., Rychlik E., Wolnicka K., wsp.,: Żywienie osób w wieku starszym Wydawnictwo Lekarskie 2016
24. Babiarczyk M., Kolonko J.,: Decyzje związane ze sztucznym odżywianiem i nawadnianiem chorych na zaawansowaną demencję Geriatria Polska 2009; 6(2):71-80
25. Skokolska B., Dyk D., Miechowicz I.,: Realizacja zapotrzebowania kalorycznego u chorych w podeszłym wieku Nowiny Lekarskie 2013 82 1 s. 108-111
26. Kulczyński B., Grdeń M., Gramza-Michałowska A.,: Czynniki Predykcyjne Problemów Żywnościowych U Osób Starszych Postępy Dietetyki W Geriatrii I Gerontologii 2016; 3: s. 18-23
27. Lewandowicz M., Krzymińska - Siemaszko R.,: Zaburzenia Połykania w Praktyce Dietetyka Postępy Dietetyki W Geriatrii I Gerontologii 2016 1(3) 25-30
28. Sobotka L., S., Korta T., wsp.,: Podstawy żywienia Klinicznego 2013
29. Cibor D., H. Poczta T., Mach.,: Przewlekłe zaparcia-aktualne możliwości leczenia Gastroenterologia Praktyczna 2012;4(2) s.28-33
30. Lech M., Ostrowska L.,: Otyłość u pacjentów ze schizofrenią Forum Zaburzeń Metabolicznych 2015 tom 6 nr 3 s.103-111
31. Szczygłowa H.,: System dietetyczny dla zakładów służby zdrowia wydawca IZŻ Warszawa 1992

## **10. Aneks**

Zgoda Dyrektora

List pacjentów oddziału Odwykowego

Tabele z obliczeniami

Głowacka Aldona  
Skała  
wobromska 24  
32-042 Skała

Kraków dnia,28.11.2017r.

26028



Szanowny Pan  
Stanisław Kracik  
Dyrektor Szpitala Specjalistycznego  
im. dr. Józefa Babińskiego

Zwracam się, z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na wykorzystanie informacji dotyczącej organizacji i struktury szpitala oraz żywienia pacjentów w mojej pracy licencjackiej, której tematem jest „Problematyka i zasady żywienia pacjentów hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych ” pod kierunkiem prof. nadzw. dr. hab. n. med. Mikołaja Spodaryka.

W pracy mojej chciałam wykorzystać doświadczenia zdobyte na stanowisku dietetyka w Szpitalu im. dr. J. Babińskiego.

Zarządzenie Wewnętrzne nr 39/17 w sprawie wprowadzenia wykazu diet oraz ogólnych wytycznych dotyczących zlecenia posiłków i diet dla pacjentów w Szpitalu Specjalistycznym im. Józefa Babińskiego w Krakowie mogłoby mi posłużyć jako wzór zmian w poprawę i organizację żywienia pacjentów.

Z poważaniem

Głowacka Aldona



dział Terapii Uzależnień od Alkoholu  
tym osób z innymi dysfunkcjami  
ul. J. Babińskiego 30-393 Kraków

Kraków dnia 14.12.2016

Szanowny Pan

!

Kierownik do spraw żywienia

PROŚBA

Zwracamy się do Pana z uprzejmą prośbą o poprawę jakości  
zrównych i nierównych posiłków (śniadania i kolacje)  
rosbę swą motywujemy kilkoma faktami zgłaszanymi przez pacjentów:

- Pacjenci chodzą niedożywieni i głodni. Taka sytuacja źle  
pływa na efekty terapii (program HALT)

- Na Oddziale panuje niezadowolenie z powodu powtarzalności menu  
np. wyroby seropodobne pojawiają się 3-4 razy w tygodniu)

- Dostarczanie posiłków porannych z opóźnieniem do kuchni  
kuchniowej, powoduje, że pacjenci nie chcą tamże regularnie  
niującego na oddziale (obawiając się konsekwencji związanych ze  
ozmianami się na zajęcia) nie oczekają na wylewanie jedzenia.  
Wskutkiem takich zajęć jest wylewanie i wyrzucanie dobrego jedzenia.

- Pacjenci uskarżają się na zbyt małe porcje produktów pełnowartościowych  
takich jak: wędliny, ser żółty czy wąsowa. Kaloryczność posiłków nie jest  
adekwatna do zapotrzebowania dorosłej osoby. Odnosimy wrażenie, że gramatura  
posiłków nadrabiana jest dużą ilością wydawanego pieczywa.

Rozumiemy, że zbiorowe żywienie jest trudnym zadaniem lecz  
chcemy na poprawę jakości wydawanych posiłków (śniadań i kolacji)

W załączniku przesyłamy listę pacjentów oddziału 5C popierających  
naszą prośbę.

Prosimy o pozytywne rozpatrzenie naszej prośby.

Ł

OBLICZENIA ŚREDNICH NORM ŻYWIENIA (ENERGIA I SKŁADNIKI ODŻYWCZE) DLA RÓŻNYCH GRUP WIEKOWYCH PRZY AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ (PAL) 1,6																	
ENERGIA, SKŁADNIKI ODŻYWCZE	MĘŻCZYŹNI								KOBIECY								ŚREDNIA DLA GRUPY MIESZANEJ (SUMA KOLUMN 2+4+6+8+10+12+14+1 6)
	PRZEDZIAŁ WIEKOWY 19-30		PRZEDZIAŁ WIEKOWY 30-50		PRZEDZIAŁ WIEKOWY 50-65		POWYŻEJ 65		PRZEDZIAŁ WIEKOWY 19-30		PRZEDZIAŁ WIEKOWY 30-50		PRZEDZIAŁ WIEKOWY 50-65		POWYŻEJ 65		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12	14	15	16	
	NORMA	% GRUPY 12,31	NORMA	% GRUPY 33,46	NORMA	% GRUPY 15,56	NORMA	% GRUPY 5,91	NORMA	% GRUPY 6,81	NORMA	% GRUPY 11,81	NORMA	% GRUPY 6,92	NORMA	% GRUPY 7,22	
ENERGIA (KCAL)	3100	381	2800	937	2600	405	2450	145	2650	180	2300	271	2100	145	2000	144	2608
BIĄŁKO OGÓLEM (G)	80	9,81	80	26	80	12,4	80	4,7	72	4,9	72	8,49	72	4,9	72	5,2	76,4
TŁUSZCZ (G)	103	12,67	93	31,11	85	13,23	82	4,83	88	6	75	8,85	70	4,84	67	4,83	86,36
WĘGLOWODANY (G)	450	55,35	410	137	378	58,82	347	20,5	393	26,76	406	48	295	20,4	277	20	386,83

OBLICZENIA ŚREDNICH NORM ŻYWIENIA (ENERGIA I SKŁADNIKI ODŻYWCZE) DLA RÓŻNYCH GRUP WIEKOWYCH PRZY AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ (PAL) 1,75																	
ENERGIA, SKŁADNIKI ODŻYWCZE	MĘŻCZYŹNI								KOBIECY								ŚREDNIA DLA GRUPY MIESZANEJ (SUMA KOLUMN 2+4+6+8+10+12+14+1 6)
	PRZEDZIAŁ WIEKOWY 19-30		PRZEDZIAŁ WIEKOWY 30-50		PRZEDZIAŁ WIEKOWY 50-65		POWYŻEJ 65		PRZEDZIAŁ WIEKOWY 19-30		PRZEDZIAŁ WIEKOWY 30-50		PRZEDZIAŁ WIEKOWY 50-65		POWYŻEJ 65		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12	14	15	16	
	NORMA	% GRUPY 12,31	NORMA	% GRUPY 33,46	NORMA	% GRUPY 15,56	NORMA	% GRUPY 5,91	NORMA	% GRUPY 6,81	NORMA	% GRUPY 11,81	NORMA	% GRUPY 6,92	NORMA	% GRUPY 7,22	
ENERGIA (KCAL)	3350	412,1	3100	1037,2	2800	435,6	2650	156	2700	183	2450	289	2300	158	2200	158	2828,85
BIĄŁKO OGÓLEM (G)	80	9,84	80	26,7	80	12,4	80	4,72	72	4,9	72	8,49	72	4,9	72	5,2	77,15
TŁUSZCZ (G)	112	13,7	103	34	93	14,4	88	5,1	90	6,1	82	9,6	77	5,3	73	5,2	93,4
WĘGLOWODANY (G)	507	62,3	463	154	410	63,7	384	22,6	400	27,2	356	42	329	22,7	313	22,5	417