

DIETNÍ VÝŽIVA 2013

8. a 9. října 2013 – Pardubice

A) NUTRIČNÍ SLOŽKY, ŽIVOTNÍ STYL

1) Klasifikace sacharidů

Prof. Ing. J. Dostálová, CSc., VŠCHT Praha

V tištěných materiálech i odborných přednáškách o sacharidech je často používána nesprávná terminologie a klasifikace (třídění (rozdělení) do skupin), a proto bude v přednášce uvedeno, jaké termíny používat a vysvětleno jejich použití. Bude zmíněno třídění z hlediska potravinářské chemie a zejména třídění, které je použito při značení nutriční hodnoty na obalech potravin. Potravinářská chemie dělí sacharidy na monosacharidy (jsou tvořeny jednou cukernou jednotkou), oligosacharidy (obsahují 2-10 cukerných jednotek, oligosacharidy s více než dvěma cukernými jednotkami jsou nestravitelné) a polysacharidy (s více než 10 cukernými jednotkami). Podle vyhlášky č. 450/2004 Sb. ve znění platných předpisů o označování výživové hodnoty potravin se rozumí sacharidem jakýkoliv sacharid, který je metabolizován člověkem, včetně vícesytných alkoholů (polyolů např. sorbitol, mannitol, xylitol). Jako cukry jsou označovány všechny v potravině přítomné monosacharidy (např. glukosa, fruktosa) a disacharidy (např. sacharosa, laktosa, maltosa) bez polyolů. Vlákninou se rozumí polysacharidy s třemi nebo více monomerními jednotkami, které nejsou tráveny ani vstřebávány v tenkém střevě člověka, náležející do tří skupin 1. jedlé polysacharidy přirozeně se vyskytující v přijímané potravě, 2. jedlé polysacharidy, které byly získány z potravních surovin fyzikálními, enzymatickými nebo chemickými prostředky a které mají prospěšný fyziologický účinek prokázaný obecně uznávanými vědeckými poznatky, nebo 3. jedlé polysacharidy, které mají prospěšný fyziologický účinek prokázaný obecně uznávanými vědeckými poznatky. Energetická hodnota sacharidů s výjimkou polyolů se počítá 17 kJ = 4 kcal, polyolů 10 kJ = 2,4 kcal a vlákniny 8 kJ = 2 kcal. Z hlediska výživového je konzumace větších množství cukrů riziková, protože při nedostatečném výdeji energie se ukládají ve formě tuku a mají další nežádoucí účinky. WHO doporučuje konzumovat maximálně 90 g

cukrů, přidaných cukrů 60 g. Vlákna je naopak pro organismus prospěšná a měli bychom zvýšit její příjem na 30 g. Část polysacharidu škrobu je v některých potravinách v pomalu stravitelné nebo nestravitelné formě a potom hovoříme o pomalu stravitelném nebo rezistentním škrobu. Rezistentní škrob se řadí mezi nevyužitelné polysacharidy, které tvoří vlákninu. Přechází do tlustého střeva, kde je využit přítomnou mikroflórou. Obsah rezistentního škrobu může stoupat během úpravy a skladování potravin např. při stárnutí pečiva, uskladnění brambor v chladu apod.

Cukry se přidávají do potravinářských výrobků i ve formě sirupů (glukosový sirup, glukosofruktosový sirup a fruktoso-glukosový sirup).

2) Jaký je přívod vlákniny v ČR – výsledky studií a úskalí metodik

Mgr.Bc.T. Průša, MVDr. H. Matějová, Mgr. V.Březková: Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Definice vlákniny se od padesátých let dvacátého století vyvíjela a stále vyvíjí. Mezi často citované a respektované patří definice Amerických cereálních chemiků z roku 2001, definice uvedená v Codex Alimentarius či definice v Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1169/2011. Stejně tak se vyvíjí i dělení vlákniny a často používané dělení na rozpustnou a nerozpustnou vlákninu WHO již od roku 1998 nedoporučuje.

Metody stanovení vlákniny definuje Codex Alimentarius a převážně se jedná o metody AOAC. Jakékoliv změny v definici vlákniny však vyvolávají potřebu modifikovat analytické postupy, jako tomu bylo nedávno z důvodu nestravitelných oligosacharidů a rezistentního škrobu. Ve studiích porovnávajících stanovené množství vlákniny různými metodami v různých státech byly zjištěny významné rozdíly, což je třeba zohlednit při komparaci výsledků na mezinárodní úrovni.

Zdrojem chyb ve studiích o přívodu vlákniny nejsou pouze použité chemické metody pro stanovení vlákniny v potravinách (absence enzymatického štěpení, srážení etanolem, stanovení ligninu), ale také použitý nutriční software. Mezi časté nedostatky se řadí neuvedení použitého softwaru, absence zdrojů databáze nutričních hodnot softwaru či absence definice vlákniny v softwaru. Při vzájemném porovnání 4 vybraných softwarů na českém trhu byly zaznamenány statisticky významné rozdíly v množství vlákniny při zpracování stejné skupiny jídelníčků.

Vývoj spotřeby potravin s obsahem vlákniny v České republice se v průběhu posledních 50 let u jednotlivých komodit mění, kdy např. klesá spotřeba brambor, mírně stoupá spotřeba pšenice v hodnotě zrna, stoupá spotřeba těstovin či ovoce. Významný pokles u všech potravin s obsahem vlákniny zaznamenán však není. I přes tato zjištění jsou výsledky studií o přívodu vlákniny v České republice nekonzistentní.

V zahraničních studiích se příjem vlákniny pohybuje ve vyspělých zemích od 14 g do 21 g v závislosti na pohlaví a věku. EFSA v rámci dokumentu Opinion on Dietary Reference Values for carbohydrates and dietary fibre uvádí výsledky studií o přívodu vlákniny v jednotlivých zemích, výsledky z České republiky chybí. V českých studiích jsou hodnoty velmi odlišné, což je dáno různými stářími studií, odlišnou metodikou výzkumu a zjištěnými metodologickými chybami (nereprezentativnost zkoumaného vzorku populace).

Při sledování přívodu vlákniny a při komparaci výsledků studií o přívodu vlákniny je třeba dbát na definování vlákniny, na precizní popis zdrojů dat o množství vlákniny v potravinách i na správnou metodologii epidemiologických šetření. Při nedodržení těchto zásad jsou výsledky obtížně porovnatelné jak na národní, tak mezinárodní úrovni. Absenci recentní české publikace o přívodu vlákniny odráží i dokument EFSA. Je tedy otázkou, co je její příčinou.

3) Jak je to s beta-glukany

Ing.M. Sluková, Ph.D VŠCHT Praha

Glukany jsou nevětvené (lineární) nebo větvené oligosacharidy nebo polysacharidy složené z opakujících se molekul glukosy. Podle typu glykosidové vazby se glukany dělí na alfa-glukany a beta-glukany. Beta-glukany s vazbou β -(1 \rightarrow 3),(1 \rightarrow 4) se nachází v buněčných stěnách vyšších rostlin a ve větším množství v semenech některých obilovin (zejména v ječmeni a ovsu). Příbuzné beta-glukany, beta-glukany s vazbou β -(1 \rightarrow 3),(1 \rightarrow 6) jsou syntetizovány vyššími houbami a kvasinkami a nachází se také v mořských řasách. Beta-glukany z různých zdrojů se liší svými fyzikálně-chemickými vlastnostmi (struktura molekuly, větvení řetězce, molekulová hmotnost, rozpustnost, vaznost vody, viskozita apod.) a výživovými a zdravotními účinky. Beta-glukany jsou zčásti rozpustnou a částečně nerozpustnou vlákninou potravy. V EU byla schválena tvrzení týkající se zdravotních účinků ovesných a ječných beta-glukanů: (a) beta-glukany přispívají k udržení normální hladiny cholesterolu v krvi, (b) konzumace beta-glukanů z ovsa nebo ječmene jako součásti jídla přispívá k omezení nárůstu hladiny glukosy v krvi po konzumaci daného jídla.

Beta-glukany mohou být různými postupy izolovány z rostlinných nebo mikrobiálních zdrojů. Přírodní i izolované obilné beta-glukany patří mezi významné složky funkčních pekařských nebo mlékařských produktů. Izolované frakce beta-glukanů jsou také významnými potravními doplňky. Biologická aktivita izolovaných beta-glukanů závisí na čistotě získaného preparátu.

4) Prebiotika a oligosacharidy mateřského mléka

Ing. Š.Rocková, Ph.D. CZU Praha

Abstrakt doplníme po odstranění technické závady při jeho prezentaci

5) Sacharidy v klinické výživě

Prof. MUDr. Z. Zadák, CSc. LF UK Hradec Králové

Abstrakt doplníme po jeho zaslání od autora

6) Aktuální dietní doporučení pro léčbu diabetu

Prof. MUDr. A. Jirkovská, Ph.D. Centrum diabetologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

V letošním roce byla aktualizována doporučení pro dietní léčbu diabetu Výborem České diabetologické společnosti (ČDS) a plné znění je k dispozici na webové adrese www.diab.cz. Tato doporučení byla vytvořena pracovní skupinou složenou nejen ze zástupců Výboru ČDS, ale i ze zástupců nutričních terapeutek a edukačních sester. Jsou v souladu se zásadami Výživových doporučení pro obyvatelstvo České republiky (www.spolvyziva.cz) a také se zahraničními doporučeními pro dietní léčbu diabetu. K hlavním principům dietní léčby patří dosažení dobré kompenzace diabetu a léčba dalších onemocnění v metabolickém syndromu (především obezity, hyperlipoproteinémie a hypertenze) při respektování individuálních zvyklostí pacienta a zabránění akutním komplikacím, zejména hypoglykemiím. Nově se v dietních doporučeních objevuje, že **trvalejšího zlepšením kompenzace diabetu dietou lze docílit pravidelným kontaktem s nutričními terapeuty**. Konzultace s nutričním terapeutem se doporučuje po zjištění diabetu 3-6x v průběhu prvních 6 měsíců a dále průběžně alespoň 1x ročně. Dietní poradenství v těhotenství může zabránit zbytečně velkému přírůstku hmotnosti i výskytu některých komplikací (zejména preeklampsie) v těhotenství. **Pacienti s diabetem 1. typu** se řídí

strategií dietní léčby založené především na počítání sacharidů ve stravě pomocí tzv. **výměnných jednotek** (tj. množství potravy obsahující 10 g sacharidů), totéž platí i pro neobézní diabetiky 2. typu léčené intenzifikovaným inzulínovým režimem. **Strategie dietní léčby ostatních diabetiků 2 typu je založena především na redukčních režimech** s adekvátní energetickou restrikcí směřující k optimální hmotnosti. Ve většině případů stačí, jsou-li sacharidy rozděleny do 4 denních jídel. Pokud pacient nemá noční hypoglykémie, nejsou nutné druhé večeře. Vzhledem k častým postprandiálním hyperglykémiiím přetrvávajícím více než 3 hodiny jsou u obézních diabetiků 2. typu vhodné dostatečně dlouhé pauzy mezi jídly a pokud nemají velkou fyzickou aktivitu, nejsou nutné dopolední i odpolední svačiny. V aktualizaci dietních doporučení se také objevilo, že **vegetariánskou stravu s tolerancí vajec, mléka a ryb** lze zařadit do léčebné výživy pro diabetes jako alternativní dietní léčbu, vždy po konzultaci s lékařem a nutričním terapeutem. Doporučený obsah živin v této stravě je: maximálně 65% sacharidů, 15-20% bílkovin, 15-20% tuků a minimálně 20 g vlákniny/1000 kcal. Diabetikům lze doporučit nealkoholické nápoje slazené neenergetickými sladidly. Co se týče jiných speciálních "**dia**" či "dietních" nebo „funkčních“ **potravin**, neexistuje dostatek podkladů pro jejich doporučování diabetikům. V nových doporučeních se také změnilo **doporučené složení diety pro pacienty s diabetem v České republice, a to přechodem na diety s obsahem 150, 200, 250 a 300 g sacharidů s příslušným poměrem makronutrientů**. Doporučená redukční dieta má 120g sacharidů a 1100/4600 kcal/kJ. Při perorální **léčbě hypoglykémie** (je-li pacient schopen spolehlivě polykat a nehrozí-li aspirace) lze rámcově doporučit **čistou glukózu**, protože vstřebávání sacharidů je při hypoglykémii zpomaleno a navíc je může zpomalovat i současný příjem tuků.

7) **Enterální klinická výživa u pacientů s onemocněním diabetes mellitus II. typu** MUDr.M. Tichý, Masarykova nemocnice Ústí n. Labem

Požadavky na kompenzaci diabetu jsou obecně definovány a deklarovány odbornými společnostmi. V klinické praxi dochází ke konfrontaci s řadou faktorů, které determinují užití enterální definované výživy (EN) u velmi heterogenní skupiny diabetiků II. typu, což často vyžaduje i nezbytnou modifikaci ve stanovování léčebných priorit.

Pohled na kompenzaci DM a volbu konkrétního přípravku klinické výživy se liší jak z pohledu základní diagnózy vyžadující EN (perioperační stavy v intenzivní péči x chronické onemocnění GIT x maligní onemocnění ORL oblasti) a tím i podmíněné délky její aplikace,

tak i způsobem monitoringu DM (nemocniční x domácí prostředí) a v neposlední řadě i přáním nemocného zohledňujícím i otázky ekonomické náročnosti dané léčby.

V zásadě je možno používat buďto tzv. obecných formulí EN a zaměřit se na úpravu léčebné kompenzace DM, což je relativně dobře realizovatelné v případě, kdy je součástí léčby DM podávání inzulínů či jeho analog, hůře již při léčbě samotnými PAD. Nebo volit tzv. speciální diabetické formule, které tyto nároky snižují, avšak ne zcela eliminují a přinášejí pak v ambulantní péči větší nároky na finanční spoluúčast pacienta.

Závěr:

Sdělení autora popisuje rozhodovací algoritmus pro užití jednotlivých preparátů EN v klinické praxi u nemocných s DM II. typu, zohledňující jednotlivá specifika jejich definovaných podskupin se snahou zachovat jim příznivou kvalitu života a zohlednit i jejich individuální požadavky.

8) Co víme o sladidlech ? Ing. D. Gabrovská Ph.D., VÚPP Praha

Úvod

Sladidla se řadí přídatné látky neboli aditiva a lidé z nich mají stejně jako z ostatních látek patřících do této skupiny určité obavy, které se v poslední době i stupňují díky neodborně podávaným informacím v různých médiích. Cílem příspěvku je velmi stručně zhodnotit současný stav v této oblasti.

Základní sdělení

Příspěvek podává přehlednou informaci o historii sladidel, současné legislativě týkající se náhradních sladidel, jejich rozdělení do skupin podle různých parametrů a charakterizaci náhradních sladidel. U nejpoužívanějších sladidel (např. aspartam, sorbitol, sacharin) je podána krátká informace o výhodách a nevýhodách jejich použití. Také je diskutována jedno z posledních povolených sladidel – steviosid a sladidla, která jsou zařazena do nových složek potravin (trehalóza, tagatóza a izomaltulóza). Je diskutováno případné zdravotní riziko u některých sladidel.

Závěr : Všechna povolená sladidla jsou v dávce nižší než ADI považována za bezpečná. Procházejí důkladným toxikologickým testováním jako všechna používaná aditiva. V běžně

populaci k překročení této hodnoty nedochází. U rizikových skupin jako jsou diabetici, děti či lidé snižující hmotnost může k nadměrné konzumaci sladidel dojít. A to hlavně díky slazeným nápojům, které tvoří až 75 % celkového příjmu sladidel.

B) VÝŽIVA SE ZAMĚŘENÍM NA REDUKCI HMOTNOSTI

9) Dieta zaměřená na redukci hmotnosti

MUDr. P.Hlavatý, Ph.D., Endokrinologický ústav Praha

Abstrakt doplníme po jeho zaslání od autora

10) Vegetariánská strava v prevenci a léčbě diabetu

MUDr H.Kahleová, Ph.D. IKEM Praha

Abstrakt doplníme po jeho zaslání od autora

11) Nový pohled na úlohu jednotlivých nutričních faktorů při redukčním režimu

PhDr. K.Hlavatá, Ph.D., Endokrinologický ústav, Praha a OB Klinika, Praha

Jednou z hlavních příčin vzniku nadváhy a obezity je nadměrný příjem energie. Významnou úlohu však sehrává i nevhodný poměr mezi jednotlivými živinami a obsah některých mikroživin. Správně sestavená redukční dieta má být nejen pestrá, vyvážená a poskytovat dostatek hlavních živin, vitaminů a minerálních látek, ale musí být zároveň akceptovatelná i pacientem.

Z hlediska zastoupení hlavních živin je za hlavní příčinu obezity považován nadměrný příjem tuků. Tuky by měly hradit 30-35 % z celkového energetického příjmu, přičemž vedle celkového množství je důležitý i poměr mezi jednotlivými mastnými kyselinami. Složení přijímaných mastných kyselin má vliv na hormonální signalizaci ovlivněním složení buněčné membrány a ovlivněním exprese řady genů, které mají vztah k metabolismu lipidů. Hlavní podíl přijímaných tuků mají tvořit mononenasyčené mastné kyseliny. Některé studie

poukazují na významný vliv vyššího příjmu polynenasycených mastných kyselin (PUFA) řady n-3 na zlepšení tělesného složení účinkem na potlačení chuti k jídlu a podporou apoptózy adipocytů. Důležitý je i poměr mezi přijímanými PUFA řady n-6 a n-3, protože některé práce ukazují, že zvýšený příjem n-6 mastných kyselin může být jedním z faktorů zodpovědných za nárůst prevalence obezity.

Sacharidy mají tvořit 45-60 % z celkového energetického příjmu. Vyšší příjem jednoduchých sacharidů vede ke zvýšení lipogeneze de novo a k ovlivnění exprese genů podílejících se na přeměně sacharidů v tuky. Svou úlohu sehrává i glykemický index přijímaných sacharidů. Potraviny o vyšším glykemickém indexu vedou ve srovnání s potravinami o nízkém glykemickém indexu k výraznějšímu postprandiálnímu vzestupu inzulínu a C-peptidu.

Bílkoviny mají podle doporučení hradit 10-20 % z celkového energetického příjmu. V rámci redukčních diet má vyšší zastoupení bílkovin příznivý účinek. Některé studie udávají výraznější vliv při konzumaci mléčných výrobků na redukci hmotnosti, kde se uplatňuje synergický efekt vápníku, větvených aminokyselin a dalších bioaktivních komponent mléka. Zvýšený příjem vápníku při redukční dietě vede k menším ztrátám aktivní svalové hmoty, zvažován je i vliv na pocity hladu, popř. lze zohlednit i vliv na zvýšené vylučování tuků stolicí.

Důležitou součástí redukčního režimu je i pravidelný jídelní režim, pravidelná pohybová aktivita a pravidelné konzultace s odborníky.

12) Krabičkové diety s určením pro redukci hmotnosti

MUDr. V.Kunová, Nutradit s.r.o

Sdělení vymezuje pojem krabičkové diety. Dále popisuje přínosy a úskalí, které tento způsob redukce hmotnosti přináší. Prezentace zahrnuje též výsledky šetření, které bylo provedeno na přelomu roku 2012 a 2013. Jednalo se o prvotní zmapování situace na trhu krabičkových diet. Výsledky nutriční analýzy jídelníčků 10 z celkově existujících 70 firem budou stručně shrnuty a podány k odborné diskusi.

Redukční diety v současném pojetí vycházejí z požadavku na co nejvyšší přísun nutrientů při omezeném energetickém příjmu. Při sestavování jídelníčku je tedy nutné využívat takových potravin, které nejsou zdrojem nežádoucích složek (sacharóza, saturované mastné kyseliny,

trans nenasycené mastné kyseliny), aby zbylo co nejvíce prostoru na potraviny nutričně denzní (bohaté).

V jídelníčku, jehož energetická hodnota nemůže o mnoho přesahovat 5000 kJ, nelze úplně dokonale naplnit denní doporučené dávky všech živin (problémem je zejména vápník, železo a omega3 kyseliny). Je však důležité se jim co nejvíce přiblížit.

Sdělení by tedy mělo otevřít odbornou diskusi, jehož výsledkem by mělo být stanovení „tvrdých“ kritérií pro všechny poskytovatele krabičkových diet tak, aby ani při jejich dlouhodobém využívání nedocházelo u obézních k nutričním deficitům.

13) Jak jednoduše edukovat pacienty při redukci hmotnosti

PhDr. I. Málková. STOB

Úvod: Výživa je nejvýznamnějším faktorem z vlivů zevního prostředí, které ovlivňují naše zdraví. Skladba stravy, množství a další aspekty jídelního chování jsou důležité z hlediska dlouhodobého působení na lidské zdraví. Nadváha a obezita jsou dnes právem označovány jako epidemie 21. století. Je tedy třeba hledat cesty, jak správně edukovat lidi ke změně životního stylu a zároveň jak převést jejich teoretické znalosti do praktického života.

Obezita je **definována** jako **zvýšené množství tukové tkáně**.

Pokud by tato definice přesně vystihovala problematiku obezity, měla by být terapie doménou somatické medicíny a somaticky orientovaných lékařů a bohužel zatím tomu tak často je. Obezitu je však třeba pojímat komplexněji. Psychologický pohled nepokládá obezitu pouze za poruchu týkající se nevhodného složení těla, ale zdůrazňuje odlišnost kognicí (myšlení, postojů) a emocí obézních, kteří často v důsledku černobílého myšlení prožijí život „ve jménu hubnutí“. Život obézních se často skládá z období, kdy nasadí radikální nevhodnou dietu, a z období absolutní nekontroly a nadměrného příjmu potravy, kdy sbírají síly na zahájení další diety. Proto je třeba i terapii pojímat komplexněji a neléčit jen somatickou poruchu, nevhodné stravovací a pohybové návyky, ale zaměřit se též na **kognice a emoce**, které k nevhodnému **chování** vedou. Terapii obézních nelze tedy redukovat na předpis pravidel chování, aniž bychom vzali v potaz další aspekty osobnosti a dopad doporučení na kvalitu života.

Metodika: Sdružení STOB vzniklo v roce 1990 a vedle přímého vlivu uplatňovaného především v rámci kurzů snižování nadváhy, působí na desítky tisíc lidí „na dálku“ pomocí tištěných materiálů i internetu.

Materiály - brožury, knihy, kalendář, CD a další tištěné pomůcky a internetové programy vycházejí z principů kognitivně-behaviorální psychoterapie. Snaží se nejen hubnoucí edukovat, ale převést jejich teoretické poznatky i trvale do praktického života. Internetový program Sebekoučink může pomoci nutričním terapeutům snadno zhodnotit pokroky ve změně návyků pacienta a ve vzájemné spolupráci může dojít k vytvoření jídelníčku, který je pro pacienta přijatelný dlouhodobě. Tento program umožňuje být v kontaktu hubnoucího s terapeutem i dlouhodobě přes internet a navíc zde funguje komunitní část, kde si hubnoucí jsou navzájem oporou.

Závěr: Závěrem lze říci, že v terapii obezity je v první řadě nutné jasně a konkrétně diagnostikovat problém. Po indikaci KBT vhodně zvolíme techniku podle osobnosti obézního a charakteru obezity. Zejména pomocí technik sebekontroly se u obézních vyvíjejí správné a trvalé vzorce chování při jídle a správný postoj k jídlu a pohybu vůbec. V mnoha případech hrají podstatnou roli při vzniku a udržení obezity nevhodné myšlenky, pak je nutné se soustředit na kognitivní terapii. Pokud hrají roli především emoce – jedení ve stresových situacích apod., neopomeneme relaxační techniky.

Praktické pomůcky šetří čas nejen při edukaci pacientů při redukci váhy, ale mohou být využívány i při udržovací fázi s cílem dosáhnout trvalé změny stravovacích a pohybových návyků.

Efektivní je internetový program Sebekoučink, který může nejen přivést lidi ke změně stravovacích a pohybových návyků, ale díky motivujícím akcím může nastolenou změnu i významně podpořit a být účinným pomocníkem při jejím udržení.

14) Naše zkušenosti s informací o výživě u těhotných žen

Bc.M.Balíková. FN Motol

V měsíci září až říjnu 2012 byla provedena ve Fakultní nemocnici Motole studie, která byla zaměřena na informovanost těhotných žen v oblasti výživy. Studie se zúčastnilo 519 těhotných žen. Nejvíce bylo žen se středním vzděláním 43,5%, vysokoškolsky vzdělaných žen bylo 41,6% dále 8,5% žen mělo střední odborné vzdělání a 6,4% základní vzdělání.

Ze studie vyplývá, že stále více žen plánuje těhotenství v pozdějším věku v rozmezí do 25let bylo pouze 10,8% dotázaných, od 26 do 30let 31,8%, 31 až 35let bylo 42,2% dotázaných, v rozmezí více jak 36let bylo 15,2% dotázaných žen. Průměrná váha dotázaných žen před těhotenstvím byla 64kg a jejich výška byla 167cm.

Přes nesporné důkazy o významu výživy v období těhotenství a kojení se v praxi ukazuje, že v této oblasti mají ženy nedostatečné znalosti. Zvláště mladé ženy v populaci představují rizikovou skupinu, u které by bylo namístě zvýšit znalosti o významu výživy v tomto období. Mezi zvýšeně ohrožené skupiny patří ženy s nízkým vzděláním, ženy s neplánovaným těhotenstvím a velmi mladé ženy.

Určitou inspirací pro zlepšení tohoto stavu by mohly být intervenční studie, které se tomuto problému již věnovaly např. v Německu, Velké Británii, Švýcarsku, Holandsku, USA, Maďarsku. Vhodné by bylo provést kampaň i mezi lékaři, zdravotníky a farmaceuty, aby se zvýšila úroveň předávání informací jejich pacientkám a klientkám. Praktičtí lékaři a gynekologové by měli hrát významnou roli v informování a podporování žen, zvláště pokud doporučují některé suplementy stravy. Důležitou roli hrají i farmaceuti, kteří by například mohli ženy při vydávání suplementů informovat o jejich složení. Pokud si ženy přijdou koupit do lékárny těhotenský test, bylo by také velmi vhodné, aby farmaceuti provedli intervenci, zvláště o zvýšeném příjmu kyseliny listové. V lékárnách či čekárnách by mohly být k dispozici vhodné informační letáky. Obzvláště když například kyselina listová a prevence vrozených vývojových vad patří mezi největší objevy posledních 30 let v oblasti výživy člověka (Canfield 2006, Hronek 2004, Hilton 2007, Hoffbrand 2001, Sharp 2008).

15) Stravování a sestavování jídelníčku pro fenylketonuriky

NT K.Kubičková, absolvent oboru ve FN Ostrava

Abstrakt doplníme po odstranění technické závady při jeho prezentaci

16) Příprava potravin pro pacienty s poruchou polykání

Bc. M. Zemanová, FN Královské Vinohrady

Abstrakt doplníme po jeho zaslání od autora

D) VÝŽIVA PRO ZDRAVÍ, LÉČEBNÁ VÝŽIVA

17) Zdravotní tvrzení a jejich regulace EU

MUDr. B.Turek, ing.Michalová. SPV

Abstrakt doplníme po jeho zaslání od autora

18) Výživa pacientů s onkologickým onemocněním

Doc.MUDr. M.Tomáška,CSc. Interní hematologická a onkologická klinika LF MU a FN Brno

Nádorové onemocnění je provázeno vysokým rizikem rozvoje podvýživy. Na multifaktoriální etiologii se podílí růst nádoru, který u části nemocných vyvolává přetrvávající zánětlivou odpověď, při níž dochází ke změnám metabolismu s omezeným využíváním živin. V takovém případě může hubnout i pacient se zachovalým příjmem stravy. Pokud nádor roste v blízkosti zažívacího traktu, může omezit nebo i znemožnit příjem stravy a pak se nemocný může stát závislým na umělé výživě. Nemalá část nemocných hubne v průběhu protinádorové léčby v důsledku jejích vedlejších nežádoucích účinků.

Základem nutriční intervence u všech nemocných, kteří jsou schopni alespoň částečného příjmu stravy, je dietní poradenství. K vytipování nemocných, kteří mají významné riziko podvýživy a u nichž je tedy dietní rada nezbytnou součástí léčby, je doporučeno rutinní používání nutričního screeningu.

Edukace onkologického pacienta o výživě závisí nejen na nutričním stavu, ale i na typu nádoru, fázi vývoje nádorového onemocnění a na možnostech jeho léčby. U nemocných v dosud dobrém stavu výživy, avšak s vysokým rizikem vzniku malnutrice, může mít dietní rada preventivní charakter. U nemocných s již existující podvýživou má dietní poradenství

vyšší účinnost v časně fázi, tedy ještě před vznikem těžké malnutrice. V pokročilé fázi nádorového onemocnění s těžkou podvýživou již není hlavním cílem úhrada nutriční potřeby, ale udržení nebo alespoň částečné zlepšení kvality života.

U všech nemocných s rizikem podvýživy, kteří mají možnost účinné protinádorové terapie, je podstatou dietní rady výživná strava, bohatá na bílkoviny a koncentrovanou energii, s vysokým důrazem na pestrost ve všech hlavních skupinách potravin. Proti běžné stravě by měla být bohatější, což především znamená zrušit všechna nevhodná dietní omezení.

Potřeba bílkovin pro onkologického pacienta nebyla až dosud podle vědeckých dat jasně stanovena, ale při rozvinuté malnutrici s předcházející ztrátou tělesné hmotnosti lze počítat s vysokou potřebou v rozmezí 1,5-2,0 g/kg/den. Cílem vysokého přívodu bílkovin je zabránit dalším ztrátám svalové hmoty a tělesných bílkovin, k čemuž napomáhá také přiměřené cvičení.

Potřebu energie pro nemocné v obvyklém ambulantním režimu k držení tělesné hmotnosti lze kalkulovat ve výši 1,5-násobku základního energetického výdeje podle Harris-Benediktovy rovnice, nebo ve výši 1,7-násobku, pokud by cílem bylo přibrat dříve ztracenou hmotnost.

Aby dietní rada byla účinná, je ve většině případů nezbytné dosáhnout změny ve složení stravy a v režimu stravování, což je nelehký úkol. Dietní rada musí být srozumitelná a zapamatovatelná, měla by obsahovat jednoduchá konkrétní doporučení, realizovatelná v praxi. Účinná dietní rada by měla být individualizovaná se stanovením každodenní

potřeby energie a bílkovin a měla by přihlížet k hlavním obtížím nemocného, které jej limitují v příjmu stravy a také ke stravovacím zvyklostem nemocného.

Dietní rada by měla být doprovázena tištěným materiálem a měla by být opakovaná se snahou o kontrolu dosažené změny a zjištění existujících rezerv.

Otázka specifického složení stravy pro onkologického pacienta dosud není vyřešena. Za rozumná doporučení lze považovat omezení jednoduchých cukrů, protože tyto jsou snadno využitelné nádorovými buňkami, což ovšem nemusí platit při současné fyzické aktivitě. Také některé aminokyseliny přiváděné v nadbytku, zejména glutamin, mohou být využívány nádorovou tkání. Naopak tuky jsou obvykle dobře využívány organismem nemocného a není třeba je výrazněji omezovat. Zvláštní výhodu poskytují omega-3 nenasycené mastné kyseliny,

kteří mají v denní dávce 10 g rybího oleje nebo 2 g EPA protizánětlivý účinek a potenciál šetřit svalovou hmotu. V rámci dietní rady je také vhodné doporučit přirozený příjem antioxidantů ve stravě.

Dietní rada je dnes často kombinována s perorálními suplementy tekuté enterální výživy k popíjení neboli sippingu, takže pak celkově mluvíme o perorální nutriční intervenci. Pro onkologické pacienty je dnes k dispozici několik přípravků obohacených o dlouhořetězcové omega-3 polynenasycené mastné kyseliny a také nový přípravek s obsahem hydroxy-metylbutyrátu, metabolitu leucinu, který má anabolický účinek a potenciál šetřit nebo i podpořit svalovou hmotu. Součástí specifických suplementů mohou být také prebiotika typu fruktooligosacharidů k podpoře imunitního systému střeva a antioxidantů v nadbytku.

Závěr : Systematická opakovaná dietní rada a perorální nutriční suplementy jsou základem nutriční intervence u většiny onkologických pacientů. Aby byla dietní rada skutečně účinná, musí splňovat základní charakteristiky, shrnuté v předchozím textu.

19) Klinická enterální výživa (ProSure) v praktické aplikaci

MVDr. I. Vinkler. Abbott Nutrition International

KLINICKÁ ENTERÁLNÍ VÝŽIVA (PROSURE) V PRAKTICKÉ APLIKACI MVDr. I. Vinkler, Abbott Nutrition International

Velká část pacientů s onkologickým onemocněním trpí nádorovou kachexií spojenou se ztrátou hmotnosti, tukové a netukové tělesné hmoty a především svalstva. To má velký dopad nejen na mortalitu pacientů, kdy 2 z 5 pacientů umírají na důsledky nádorové kachexie, ale i na kvalitu života pacientů a účinnost a snášenlivost léčby. Nádorová kachexie se liší od prostého hladovění přítomností zánětlivé reakce a změnou metabolismu, kdy pod vlivem zánětlivých mediátorů a proteolýzu indukujícího faktoru dochází ke zvýšenému odbourávání svalové hmoty a tukové tkáně a poklesu chuti k jídlu. Vzhledem k přítomnosti zánětlivé reakce pouhé zvýšení příjmu energie a proteinů často k omezení rozvoje nádorové kachexie nestačí. Posledních více než 20 let je velká pozornost věnována omega 3 mastným kyselinám z hlubokomořských ryb, konkrétně kyselině eikosapentaenové (EPA) a dokosaheptaenové (DHA). V prvních studiích bylo zjištěno, že tyto mastné kyseliny mají potenciál tlumit zánětlivou reakci a podporovat udržení hmotnosti a svalové hmoty u onkologických pacientů a mohou tak znamenat významný pokrok v boji s nádorovou kachexií. Následné rozsáhlejší

studie však tento předpoklad v plné míře k velkému překvapení nepotvrdily. Ve studiích srovnávajících nutriční intervenci s a nebo bez EPA a DHA nebo perorální nutriční suplementy s a bez EPA a DHA nebyly zjištěny významné rozdíly z hlediska vývoje hmotnosti a netukové tělesné hmoty. Jako důvody jsou uváděny nedostatečná compliance, kontaminace kontrolních skupin samovolným užíváním přípravků s EPA a DHA pacienty, nepřesné odlišení netukové tělesné a svalové hmoty a především to, že řada pacientů již byla ve fázi refrakterní kachexie, kdy je možnost zvrácení tohoto stavu minimální. Poslední čtyři, metodicky odlišné studie (z toho 3 s přípravkem Prosure) potvrdily signifikantní pozitivní efekt přídatku EPA a DHA k dietě a enterální výživě na vývoj hmotnosti, svalové hmoty a fyzickou aktivitu. Navíc byly publikovány i údaje o přímém pozitivním efektu EPA a DHA na účinnost a snášenlivost chemo a radioterapie, progresi nemoci a délku přežívání. Bylo také publikováno, že přídatek EPA a DHA k dietě onkologických pacientů nemá negativní dopady na průběh léčby. I když je třeba řadu výsledků potvrdit v rozsáhlejších studiích, je možné konstatovat, že použití speciální klinické výživy (Prosure) je pro řadu pacientů s onkologickým onemocněním prospěšnější než použití standardní výživy, a to zejména v časnějších stádiích kachexie a při přítomnosti zánětlivé reakce. Jako velmi efektivní se jeví i preventivní podání při chemoterapii nebo radioterapii, případně perioperačně, a to k zabránění ztrátě hmotnosti a svalové hmoty a zlepšení účinnosti a snášenlivosti léčby. Podmínkou účinnosti je přitom dodržení doporučené dávky 2 balení denně, i když pozitivní efekt byl popsán již při dávce 1,5 balení denně.

E) KAM KRÁČÍŠ, NUTRIČNÍ TERAPEUTE ?

Panelová diskuse k práci nutričního terapeuta

20) Systém vzdelávania asistentov výživy na Slovensku

Bc. Henrieta Findriková, Ing. Katarína Dostálová. Oddelenie liečebnej výživy, UNLP, Košice, Oddelenie liečebnej výživy a stravovania, UNSP Milosrdní bratia s.r.o, Bratislava

Abstrakt doplníme po jeho zaslání od autora

21) Zkušenosti z Finska

Ing. Bc. Martina Horká Tapiko s.r.o., spravuje portál Diabetes a já

Jsem absolventkou oboru Nutriční terapeut (r. 2010), který jsem studovala na Lékařské fakultě MU v Brně. V rámci studia na Mendelově univerzitě jsem na začátku roku 2013 absolvovala praktickou stáž na Rovaniemi University of Applied Sciences (RAMK) prostřednictvím programu Erasmus. Tři týdny jsem absolvovala v Ústřední nemocnici na oddělení klinické výživy.

V nemocnici jsem pracovala s výživovými terapeuty v poradně, kam docházeli pacienti od lékařů s různými zdravotními problémy (anorexie, obezita, bandáž žaludku, gastrický bypass, diabetes, celiakie, alergie na potraviny apod.). Docházeli jsme také za pacienty, kteří potřebovali edukaci ohledně výživy a režimu po operaci (součástí nebyl nutriční screening).

Poradny fungují na stejném principu jako v České republice - pacient na doporučení lékaře Nutričního terapeuta navštíví. Nutriční terapeuti mají přístup k lékařské dokumentaci pacientů, tudíž mohou vidět výsledky různých vyšetření pacientů a tak určit individuální „dietní“ režim. V nemocnici pracují registrovaní nutriční terapeuti, kteří vystudovali magisterský program Péče o zdraví a klinická výživa (druhý stupeň vysokoškolského vzdělání) v oboru Nutriční terapie, který je možný studovat na jediné univerzitě ve Finsku - University of Eastern Finland ve městě Kuopio. První stupeň vzdělání, bakalářský program, je možné studovat i na jiných univerzitách, např. v Helsinkách, nicméně nutriční terapeut, který absolvuje pouze bakalářské studium, může pracovat ve veřejném sektoru, ne však v nemocnici. Aby mohl nutriční terapeut pracovat v nemocnici, musí absolvovat magisterské studium tohoto oboru. Profil studenta, který absolvuje zmíněný program je následující: absolvent může působit ve zdravotnictví, v potravinářském a farmaceutickém průmyslu, ve výzkumných ústavech, ve vládních institucích, ve fitness centrech nebo může vést soukromou praxi. Samotný studijní program je partnerem the Finnish Centre of Excellence in Atherosclerosis and Type 2 Diabetes Research zabývající se, jak samotný název napovídá, výzkumem aterosklerózy a diabetem mellitem 2. typu. Studijní předměty jsou hodně podobné těm, které absolvuje nutriční terapeut na LF MU u nás, nicméně studenti ve Finsku se zaměřují více na péči o zdraví (Public Health). Předměty, které absolvují, se týkají více podpory zdraví (Health Promotion) a veřejného zdravotnického informačního systému v zemi. Praxi během studia studenti absolvují podobně jako u nás ve stravovacích zařízeních (4 týdny), v nemocnicích (6 týdnů), v kojeneckých ústavech (6 týdnů) apod. Registrovaní nutriční terapeuti nemusí po absolvování magisterského programu sbírat žádné kredity na konferencích, aby mohli vykonávat práci bez lékařského dohledu. Podmínkou je pouze absolvování druhého stupně vysokoškolského vzdělání v oboru Nutriční terapie.

V rámci praxe jsem dále pracovala na zlepšení probíhajícího finského projektu ArticChildren InNet, který se zaměřuje na „Health Promotion“ dětí prostřednictvím sociálních medií. V rámci tohoto projektu jsem připravovala s finskými studenty workshop pro základní školu v Rusku (Murmansk) a workshop jsem v březnu 2013 absolvovala. Jeden týden jsem trávila v místním zařízení zdravotních a sociálních služeb, kde jsem se účastnila pracovních schůzek a akcí určených pro obyvatelstvo Rovaniemi (edukace o správné výživě pro seniory apod.)

ZÁVĚR : V porovnání s absolvovanými praxemi během mého studia na lékařské fakultě, studenti výživy ve Finsku mají více týdnů praxe a dostávají sami na starosti různé případy pacientů a vedou s nimi přímo sezení, samozřejmě pod dohledem nutričních terapeutů. Dostávají úkoly na doma (zpracování jídelníčků pro konkrétního pacienta dle jeho celkové anamnézy, zjišťování informací atd.). Praxi absolvují jednotlivě, tudíž na ně mají nutriční terapeuti více času. Ve zdravotnických a sociálních službách Finové využívají více sociálních medií a realizují edukační programy přes internet, různé aplikace a programy. Žádné vyšší odborné školy ve Finsku nejsou. Nutriční terapeuti musí absolvovat studium na univerzitě.

ODPOVĚDI NA OTÁZKY, KTERÉ BYLY KLADENÉ V SÁLE PO PŘEDNÁŠCE

Kolik zaměstnanců v Ústřední nemocnici pracuje? V nemocnici pracuje 1450 zaměstnanců, na nemocnici připadá jeden nutriční terapeut pro dospělé a jeden pro děti.

Dostávají nutriční terapeuti zapláceno od univerzit pokud vedou v jejich poradnách praxe pro studenty? Dříve určitou částku dostávali, ale nebyla nijak vysoká, nicméně v průběhu mé praktické stáže již nutriční terapeuti nic nedostávali.

22) Jaká je praxe NT během studia v zahraničí

Mgr. Novosad Miroslava Hennepin County Medical Center USA

Abstrakt doplníme po jeho zaslání od autora

23) Nový pohled na proces nutriční péče

Mgr. Jana Stávková, LF MU, Brno

Poskytování nutriční péče ve zdravotnických zařízeních bývá často nesystematické a nejednotné. Vzorem pro vedení standardizované a terminologicky sjednocené nutriční péče v ČR by mohl být model tzv. Procesu nutriční péče (dále The Nutrition Care Process – NCP), který se používá v zahraničí, zejména v USA. NCP lze definovat jako systematický proces, který popisuje postup poskytování péče nutričním terapeutem. Byl vytvořen za účelem zlepšení důslednosti a kvality poskytované nutriční péče a předvídatelnosti výsledku léčby.

NCP se skládá ze 4 na sebe navazujících kroků – nutriční zhodnocení (ASSESSMENT), nutriční diagnóza (DIAGNOSIS), nutriční intervence (INTERVENTION) a nutriční monitoring a evaluace (MONITORING and EVALUATION). Veškeré kroky nutriční péče se zapisují do dokumentace dle standardizované terminologie.

Nutriční zhodnocení je systematická metoda k získání, ověření a interpretaci informací potřebných pro rozpoznání problémů souvisejících s výživou, jejich příčin a jejich významnosti. Metodami nutričního zhodnocení jsou důkladná celková anamnéza, včetně nutriční anamnézy, antropometrická měření, biochemické ukazatele, zdravotní testy apod. Zhodnocení nutričního stavu pomáhá určit nutriční diagnózu a je předpokladem pro správně nastavenou nutriční péči.

Cílem stanovení **nutriční diagnózy** je jasně, stručně a jednoznačně popsat nutriční problém formou tzv. PES tvrzení. **Problém** jako stanovená nutriční diagnóza musí spadat do kompetence nutričního terapeuta. V USA jsou nutriční diagnózy označeny kódem podobně jako u nás MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) a takto se zapisují do zdravotnické dokumentace. **Etiologie** definuje hlavní a relevantní příčinu a určuje, kam bude zaměřena nutriční intervence. **Symptomy** označují popis projevů a určují, na které příznaky se zaměří monitoring a evaluace během intervence. Příkladem PES tvrzení nutriční diagnózy je „Nadměrný energetický příjem (*problém*) způsobený pravidelnou konzumací velkých porcí tučných pokrmů (*etiologie*) jak vyplývá ze záznamu stravy a nárůstu tělesné hmotnosti 6 kg za posledních 18 měsíců (*příznaky*).“

Konkrétní kroky vedoucí k nápravě nutričního problému zahrnuje tzv. **nutriční intervence**. Jejím cílem je změna nutričního chování, prostředí a zlepšení nutričního stavu pacienta/klienta. Lze ji definovat jako individuální výživová doporučení týkající se příjmu energie a/nebo vybraných potravin nebo živin založená na současných všeobecných výživových doporučeních a standardech a na zdravotním stavu a nutriční diagnóze pacienta. Do nutriční intervence spadá také oblast nutriční edukace, nutričního poradenství (výběr přístupu a strategie pro plánování a realizaci nutr. intervence) a zabezpečení nutriční péče

(spolupráce s ostatními obory). Nutriční intervence se zaměřuje na etiologii problému. Předpokladem úspěchu v tomto kroku NCP je spolupráce pacienta/klienta.

Nutriční monitorování a evaluace slouží ke sledování vývoje pacienta/klienta, zda dodržuje navrženou nutriční intervenci a také, zda navržená intervence vede nebo nevede ke změnám chování, nutričního a zdravotního stavu pacienta/klienta. Výsledky nutriční péče je třeba posuzovat pomocí vhodných indikátorů, které se porovnávají s cíli nutriční péče a/nebo referenčními hodnotami.

Návod a doporučení k implementaci všech kroků nutriční péče poskytuje již 4. vydání publikace:

International Dietetics & Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual: standardized language for the nutrition care process. Chicago: Academy of Nutrition and Dietetics, 2013. 427 p.

24) Pohled VOŠ

Mgr. Ing. D. Chrpová, VOŠZ a SZŠ Praha

Kam kráčíš, nutriční terapeuta? Pohled VOŠ

Mgr. Ing. Diana Chrpová, VOŠZ a SZŠ 5. května, Praha 4

Současný systém vzdělávání nutričních odborníků je dvoustupňový: Nutriční asistent NA – středoškolské studium na střední zdravotnické škole zakončené maturitou. Současné kompetence NA jsou velmi omezené - veškerou činnost musí vykonávat pod odborným dohledem nutričního terapeuta. Většina absolventů proto volí další zvyšování odborné kvalifikace vzděláváním v oboru Diplomovaný nutriční terapeut na VOŠ nebo VŠ, přestože, pokud by např. ve vzdělávacím programu NA byly posíleny ekonomické předměty a legislativně byly upraveny kompetence NA, mohl by se absolvent tohoto oboru stát např. schopným manažerem léčebného stravování ve zdravotnických a zdravotně sociálních zařízeních, ve vedení stravovacích provozů a jako vedoucí školních jídelen a jídelen mateřských škol. **Nutriční terapeut**, samostatný odborník s edukačními kompetencemi – obor NT byl před lety koncipován jako vyšší odborné studium (DNT) a několik zdravotnických škol tento obor zavedlo do svých oborů vzdělávání. V posledních letech tento studijní obor jako Bc. studium zavedlo několik fakult různého zaměření; některé z nich např. realizují nutnou praktickou výuku prostřednictvím VOŠ včetně jejich odborných vyučujících.

Úroveň vzdělávání s vysokým počtem hodin praxe má, dle našeho názoru, stoupající tendenci, což dokazuje jednak zájem o absolventy VOŠ ve zdravotnických a zdravotně sociálních zařízeních, ale i obrovský zájem o studium, který každý rok několikanásobně převyšuje kapacitu studia (jak v denní, tak i v dálkové formě vzdělávání). Ministerstvo zdravotnictví podporované vysokými školami dospělo zřejmě před časem k názoru, že tento dosavadní systém je nevyhovující a vzdělávání nutričních terapeutů navrhlo posunout výhradně do pravomoci vysokých škol (bez upřesnění zaměření a úrovně vysoké školy) do bakalářského studia. Absolventi Bc. VŠ by vykonávali hlavně edukační činnost na různých, i specializovaných odděleních nemocnic. Dle našeho názoru, tento profil absolventů by (snad) mohl vyhovovat velkým nemocnicím, které mohou mít finanční prostředky pro odborníka ve stravovacím provozu – nutričního asistenta a i pro samostatně pracujícího nutričního terapeuta (Bc.) zaměřeného na edukační činnost. **Návrh ale vůbec nebere v úvahu potřeby středních a menších (např. regionálních) nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných, zařízení dalších zdravotně sociálních služeb a lázeňských zařízení. Tyto menší nebo malé organizace pravděpodobně nebudou mít prostředky na zaměstnávání více odborníků s nutričním zaměřením.** Absolventi VŠ studia nebudou mít znalosti a praxi potřebné pro stravovací provoz (a zřejmě ani ochotu se tímto provozem zabývat) a pracovník dietního stravování (nutriční asistent) nemá a nebude mít pravomoc edukovat. Úvahy o tom, že by úkoly léčebné výživy ve stravovacím provozu zastal vyučený kuchař např. s jednodenním doškolovacím kursem léčebné výživy, jsou naivní a absurdní. **Jednoznačným důsledkem tohoto bude zhoršená nutriční péče o pacienty a o seniory, se všemi důsledky, které z tohoto stavu vyplývají. Druhým důsledkem bude potom likvidace (nebo téměř likvidace) vyššího a středního zdravotnického školství, které se bez svých nosných oborů nemá naději obejít. Nevratné důsledky této situace potom opět samozřejmě pocítí pacient.** Proto jsme pro zachování vzdělávání nutričního odborníka na VOŠ, např. nazývaného dietoterapeut, který by byl oprávněn vykonávat edukační činnost v běžných odděleních nemocnic, v léčebnách dlouhodobě nemocných, domovech pro seniory a v dalších zařízeních zdravotnické a sociální péče, v lázeňských zařízeních atd. Současně by v těchto zařízeních měl oprávnění vést stravovací provoz v kompetencích manažera léčebného stravování. Ve větších nemocnicích a klinikách by byl oprávněn regulovat činnost stravovacího provozu systémem spolupráce s manažerem léčebného stravování s právem veta. Vzdělávání nutričního odborníka i na vysoké škole má samozřejmě své opodstatnění. Díky jeho hlubšímu teoretickému vzdělání jeho uplatnění vidíme hlavně na vysoce specializovaných odděleních velkých klinik, jako jsou např. metabolické jednotky, jednotky

intenzivní péče, apod. Předpokladem by bylo jistě i jeho další VŠ vzdělávání a vědecká činnost. Název profese tohoto vysokoškolsky vzdělaného nutričního odborníka by mohl být nutriční terapeut nebo nutriční specialista.

25) Pohled VŠ a návrh z běžné praxe

MVDr. H.Matějová, Bc. M. Baliková, Bc.T.Starnovská, MU Brno, FN Motol, FN Praha Krč

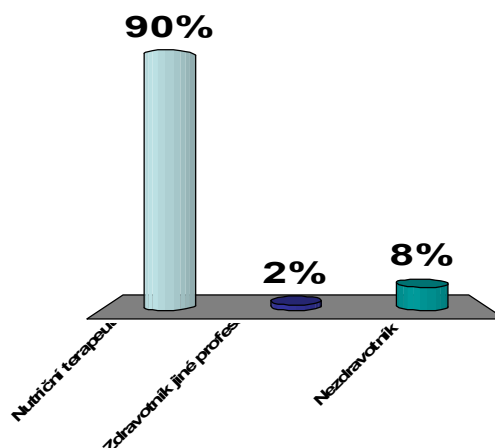
Abstrakt doplníme po jeho zaslání od autora

26) Co chce NT? Diskuse, hlasování účastníků

Bc. Tamara Starnovská , FN Praha Krč

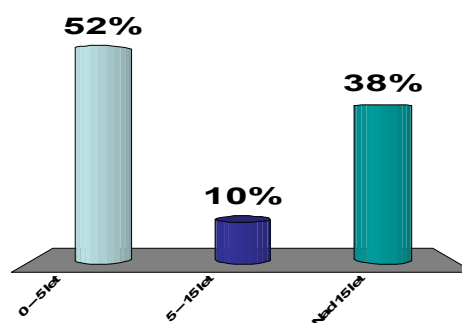
Jaká je Vaše profese

1. Nutriční terapeut
2. Zdravotník jiné profese
3. Nezdravotník



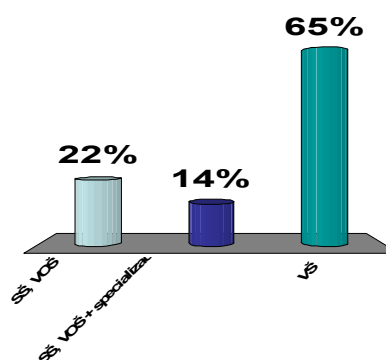
Před kolika lety jste dostudovali

1. 0 – 5 let
2. 5 – 15 let
3. Nad 15 let



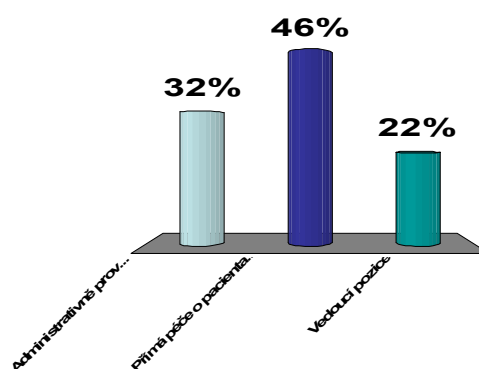
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

1. SŠ, VOŠ
2. SŠ, VOŠ + specializace
3. VŠ



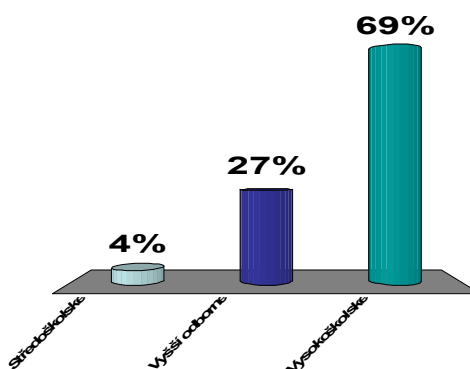
Pracujete převážně

1. Administrativně
provozní zajištění
léčebné výživy
2. Přímá péče o
pacienta/klienta
3. Vedoucí pozice



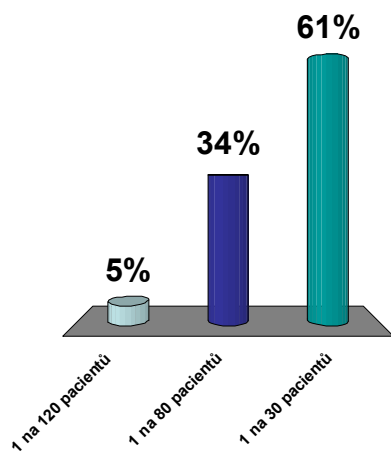
Jaké vzdělání NT považujete za optimální pro budoucnost

1. Středoškolské
2. Vyšší odborné
3. Vysokoškolské



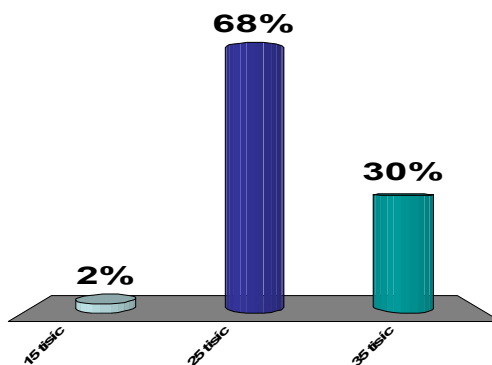
Jaký počet NT považujete za optimální

1. 1 na 120 pacientů
2. 1 na 80 pacientů
3. 1 na 30 pacientů



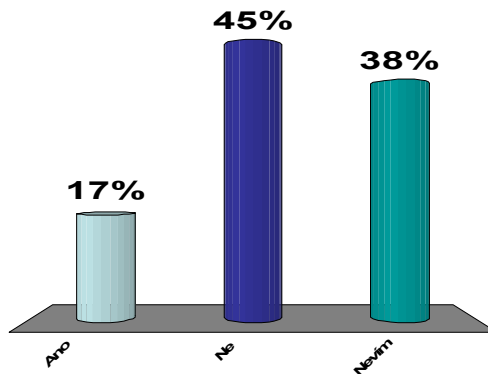
Jaký čistý příjem považujete za vhodný

1. 15 tisíc
2. 25 tisíc
3. 35 tisíc



Doporučíte svému dítěti studium NT

1. Ano
2. Ne
3. Nevím



Chcete zůstat NT

1. Ano
2. Ne
3. Ano, ale u jiného zaměstnavatele

