

Dr. Engländer Zsuzsa, Ibrányi Mária, Gyeney Mária

A Magyar Néphadsereg Központi Katonai Kórház betegélelmezési modellje

**A dietetikai tevékenység néhány kiemelkedő fontosságú kérdése.
A betegélelmezés irányítása és individualizálása.**

Szerzők — rámutatva a dietetika növekvő szerepére a gyógyításban — az MNKK betegélelmezési rendszerének sajátoságaival foglalkoznak cikkükben. A korszerű diétás sémák említése mellett részletesebben tárgyalják a jelentős mértékű individuális dietoterápia indítékait és alapelveit. Ismertetik a betegélelmezés egész folyamatát felelősen irányító Dietetikai Szolgálat helyét a kórházi munkamegosztásban. Végül a dietetikai gondozás feladatkörére és növekvő jelentőségére hívják fel a figyelmet.

Az utóbbi néhány évtized folyamán az orvostudomány területén világszerre egyre fokozódó érdeklődés mutatkozik a dietetika iránt, ezt igazolják a tudományos kutatások, a szakirodalom és a mindennapi gyógyító tevékenység tanulságai is.

A legkülönbözőbb gyógyszerek alkalmazásával összefüggő komplex anyagcsere-hatások; az intenzív betegellátás dietetikai követelményei; a degeneratív szív- és érbetegségek rizikó-faktorai között előkelő helyet elfoglaló táplálkozási tényezők, ill. anyagcserezavarok; a fenyegető népbetegséggé vált elhízás és a cukorbetegség közvetlen dietetikai konklúziói; az étrend rosttartalmával kapcsolatos újabb jelentős megállapítások, stb. csak kiragadott példák a dietetika növekvő jelentőségének illusztrálása céljából.

Rigó és Zajkás könyvének egy mondatát idézve: „Az anyagcserebetegségek mind jobban szélesedő skálája, a betegségekhez társuló újabb és újabb anyagcserezavarok felismerése folyamatosan új diétás eljárások bevezetését teszik szükségessé” (5). A közvélemény érdeklődése is jelentős a táplálkozástudomány, ill. a dietetika eredményei iránt. Személyesen is alkalmunk volt annak regisztrálására, hogy a Diétás Ambulancia, mely 1965-től évekig működött a Fővárosi István Kórházban, milyen nagy érdeklődést és igényt elégített ki a különböző betegségek miatt szakszerű diétás tanácsadásra, ill. tartós diétás gondozásra szoruló betegek körében (3). A hazai közélelmezés szélesebbkörű diétás problémáival foglalkozott *Gaálnéval* közösen 1966-ban publikált közleményünk (2).

A dietoterápia feladata, hogy a szervezetben végbemenő kórfolyamatok során — a megváltozott körülmények tudomásulvétele és hatásuk megfelelő ellensúlyozása révén — elősegítse az anyagcsere-egyensúly biztosítását, ill. a

már megbomlott anyagcsere-egyensúly helyreállítását. Ennek a feladatnak a dietoterápia csak úgy tud eleget tenni, ha az adott körülmények között maxímálisan alkalmazkodik a beteg aktuális anyagcsere-helyzetéből eredő konkrét követelményekhez. Ennek értelmében a dietoterápia objektív módon indikálható és hatásában lemérhető gyógytényező. Eredményességének feltétele a pontos kritériumok alapján célzott alkalmazás, a helyesen beállított gyógyszereléshez hasonlóan. Másrészt a táplálkozásnak fontos szerepe az ember gondolati és érzelmi világában betegség esetén sokszor a szokásosnál is nagyobb szerephez jut. Ez a körülmény — az objektív anyagcsere-tényezőkön alapuló szükséglet mellett — a beteg szubjektív táplálkozási igényét is a dietoterápiát meghatározó momentumok közé sorolja. Így alakult ki az a konklúzió, hogy egy adott beteg mindenkori diétáját — elvben — objektív anyagcsere-helyzetéből fakadó táplálékszükséglete és számos tényező együtthatásából eredő szubjektív táplálkozási igénye határozza meg. A gyakorlati megvalósítás célja az individuális szükséglet, ill. igény minél teljesebb megközelítése, — az adott körülmények által megszabott lehetőségek határai között.

A kórházi betegélelmezés speciális feladat, mert az ellátásra szoruló betegek tömege áll szemben az individualizálásra törekvő ellátás szükségességével, — meghatározott gazdasági-technikai-személyzeti adottságok keretei között. A kórházi, ill. gyógyintézeti betegélelmezés az említett alapvető kérdésen kívül azért is különleges feladat, mert abban a szokásostól eltérő szituációban, amit a kórházi tartózkodás jelent, a betegek által szorongó figyelemmel kísért gyógyító tevékenységek közül az élelmezés az, mely rendszeres és látszólag hétköznapi jellegénél fogva különböző emóciók egyik leggyakoribb kiváltó oka.

A gyógyításban, ezen belül a kórházban folyó gyógyításban a betegélelmezés alapvető jelentősége minden betegre kiterjed. *Tarján* prof. mondta, hogy a kórházban kétféle beteg létezik: akik számára a legfőbb gyógytényező a diéta, és akiknek a gyógyításában egyik tényező a diéta (6).

A kórházi betegélelmezés bonyolult folyamat, melynek megvalósításához ezeket a feltételeket tartjuk elsősorban fontosnak: 1. a betegélelmezés dietetikai irányítását, 2. megfelelő diétás sémák alkalmazását, 3. a betegosztályokkal való együttműködést, 4. a megfelelő szakmai-technikai felkészültségű élelmezési üzemmellel való együttműködést. (Az utóbbi két feltétel a következő közleményben kerül kifejtésre.)

A gyógyintézeti betegélelmezés reális nehézségei miatt a megoldás érdekében — az idők folyamán — számos hazai és külföldi kísérlet, ill. módszer született, ezek értékelése ennek a közleménynek a kereteit túlhaladná (8).

A Magyar Néphadsereg Központi Kórházában megvalósított betegélelmezési modell ismertetése:

A Magyar Néphadsereg Központi Kórháza méreteiben kb. megyei kórház nagyságrendű, feladatai azonban ez utóbbit meghaladják, mivel a Néphadsereg Egészségügyi Szolgálatának bázis-intézménye, vagyis a katonai egészségügy országos intézete. Számos más szempont mellett a beteganyag speciális összetétele, ill. az intenzív betegellátás egyre növekvő jelentősége a betegélelmezéstől is egyre igényesebb feladatok megoldását követeli meg. A Központi Kórház feladata nemcsak a gyógyítás, hanem többek között a különböző szakterületeken — így a dietetika területén is — az alkalmazandó methodikák kidolgozása és állandó fejlesztése, ill. a továbbképzés keretében ezek adaptálása a katonaegészségügyi integráció célkitűzéseinek megfelelően. A kórház régi építésű, pavillon-rendszerű, központi élelmezési üzemmellel működik, az építészeti-

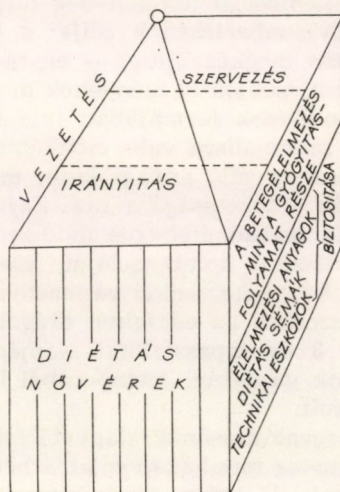
műszaki struktúra, a folyamatos felújításra szoruló felszerelés, a nálunk is jelentkező személyzeti problémák a betegélelmezés tevékenységét lényeges mértékben befolyásoló tényezők.

Betegélelmezési rendszerünkről szólva: ez alatt a betegélelmezés egész folyamatának dinamikus egységét értjük, amelynek keretében a különböző személyi és tárgyi feltételek, eszközök felhasználására egységes szemlélet alapján, olyan működési rend szerint kerül sor, mely a mindenkor rendelkezésre álló szakmai tudás legcélszerűbb felhasználását biztosítja az adott technikai keretek között. E betegélelmezési rendszernek döntő tényezője a dietetikai irányítással, szakmailag önálló központi dietetikai szolgálat működése. Ez a szolgálat összetett feladatát akkor tudja megfelelően ellátni, ha:

- kellő szintű szakmai irányítás alatt áll,
- a beteganyagnak megfelelő létszámban működik,
- munkáját önállóan tervezheti,
- munkaideje meghatározott részét a közvetlen betegellátással tölti,
- tevékenységének egész folyamatában szoros kapcsolatot tart az élelmezési szolgálattal és a betegosztályokkal.

1. ÁBRA

BETEGÉLELMEZÉSI RENDSZER



Az 1. ábra a kórház betegélelmezési rendszerének sémáját szemlélteti.

Betegélelmezési rendszerünk legfontosabb eszközei közül a diétás sémákat csak megemlítjük: részletesebb ismertetésükre a következő közleményben kerül sor. A kórházunkban 3 éve bevezetett korszerű diétás sémákat (összefoglaló elnevezésük a már régebben elfogadott szóhasználatnál Egységes Diétás Rendszer) az Országos Élelmezéstudományi Intézet, ill. az Országos Dietetikai

Intézet ilyen irányú munkásságának nyomán, a mi munkaterületünk követelményeihez adaptáltuk (1,5, 7,9). Ezen diétás sémák alkalmazásának fő jellemzői, hogy egy adott diétás előírás szükségszerűen a kívánt tápanyag-összetételre és az alkalmazandó konyhatechnikára vonatkozó utasítások kombinációját tartalmazza számok és betűk formájában. Az egységes Diétás Rendszerrel szerzett tapasztalatok vezettek egy további fontos eszköz alkalmazásához: a betegélelmezés individualizálásának kialakításához, amely kórházunkban — tudomásunk szerint — újfajta módon és egyedülálló formában kerül megvalósításra. Az új diétás sémák rendszeres alkalmazása során ugyanis számos esetben tapasztaltuk, hogy bár az új sémák a régi diéta-típusoknál konkrétabb és célzottabb dietotherápiát tesznek lehetővé, mégis sok esetben a beteg aktuális táplálék-szükséglete — és szubjektív igénye — a diétás sémákkal csak megközelíthető volt. Ilyen esetekben a diétás sémát bizonyos mértékben egyénileg módosítva sokszor jó eredményt értünk el. Ez a felismerés vezetett arra az elhatározásra, hogy az előre tervezett étlapok, a speciális diétákra szolgáló ételvariációk és a rendelkezésre álló élelmi anyagok bizonyos további konyhatechnikai módosításai révén olyan ételsort állítsunk össze minden étkezésre, amelyből az orvosi indikáció alapján, a dietetikus szakember irányításával a beteg ún. à la carte módszerrel választhatja ki, hogy mit szeretne enni. Kórházunkban jelenleg a diétázó létszámból az individuálisan ellátottak aránya 40—50% között változik.

Az individualizálás megoszlását diétás indikációk szerint és a gyakorlati alkalmazás módját dietetikus munkatársaink közleménye ismerteti. E közleménynek a feladata ezzel kapcsolatban az individualizálás céljának és az alkalmazás legfontosabb, elvi jelentőségű feltételeinek tárgyalása.

A betegélelmezés individualizálásának célja: a beteg gyógyítása érdekében az optimális táplálkozás megközelítése, — egyrészt az objektív orvosi indikációnak, másrészt a beteg szubjektív igényének megfelelően. További célunk az eddig gyakori különrendelések formájában tulajdonképpen kettős ellátással létrejött ételvesztés minimálisra való csökkentése és ezáltal is a betegélelmezés céljaira rendelkezésre álló anyagi keret minél ésszerűbb felhasználása. Ennek a szempontnak a fontosságára utal *Zajkás* közlése is (9). Szeretnénk hangsúlyozni, hogy a szabad ételsoros módszer bevezetése elsősorban a különböző ételféleségek célszerű kombinációját, kisebb mértékben az adott alapanyagokból készíthető konyhatechnikai változatok bővítését jelenti, de nem vonja maga után szükségszerűen az eddiginél drágább vagy több nyersanyag felhasználását. Az elmúlt 3 év tapasztalatai alapján megállapíthatjuk, hogy betegélelmezési rendszerünk gazdasági szempontból is — és ez nem mellékes kérdés — kedvezően alakult.

Az individualizálás megvalósításának alapvető feltételei a következők:

— közvetlen és folyamatos munkakapcsolat a beteg gyógykezeléséért felelős orvossal és ezáltal megfelelő információk biztosítása a beteg diagnózisára és aktuális anyagcsere-helyzetére, ill. az alkalmazásra kerülő egyéb (a dietotherápiát esetleg módosító) terápiára vonatkozóan;

— közvetlen és folyamatos kapcsolat a beteggel és ezáltal a szükséges tájékozottság megszerzése a beteg közérzetével, állapot-változásaival, étkezési igényeivel, esetleg étel-intoleranciára vonatkozó panaszaival kapcsolatban;

— objektív kritériumok szerint meghatározott és egységesen értelmezhető diétás sémákra épülő dietotherápiás indikációk;

— állandó és kellő mértékű tájékozottság — a dietetikai szolgálat útján —

a rendelkezésre álló élelmi anyagokról és a tervezett konyhatechnikai variációkról, ill. az esetleges további étel-változatok lehetőségeiről, a napról-napra kialakított, választékul szolgáló szabad ételsor biztosítása céljából;

- a konyhatechnika dietetikai irányításának folyamatos biztosítása;
- az egyes étkezések központi tálalásának dietetikai irányítása, végül.

— a folyamatos egyéni és szervezett továbbképzés révén a dietetika fejlődése által megkövetelt korszerű szakmai ismeretek állandó növelése.

Ezek a vázlatosan felsorolt szempontok a kórházi betegélelmezés individualizálásának csak legfontosabb, de semmi esetre sem összes feltételeit reprezentálják. Ahhoz ennyi adat is elég, hogy nyilvánvaló legyen: csak egy egységes szakmai koncepció szerint központilag irányított és a mindennapi munka során valóban kollektívát alkotó szakember-csoport (team) tagjai képesek napról-napra megfelelni ilyen követelményeknek.

Kórházunk központi dietetikai szolgálatát a dietetikus főorvos vezetésével 10 diétás nővér, ill. dietetikus látja el. (Megjegyezzük, hogy ez utóbbi két megjelölést a továbbiakban szinonimaként használjuk; régebben kiképzett, a gazdag gyakorlati tapasztalatok előnyeivel is rendelkező diétás nővéreink tervszerű beiskolázás révén várhatóan 1984-ig mindannyian elnyerik a dietetikus főiskolai diplomát). A dietetikai szolgálat tagjainak munkabeosztását a következő közlemény ismerteti; annak előrebocsátását azonban szükségesnek tartjuk, hogy a szolgálat minden tagja közvetlenül a betegágy mellett is részt vesz a dietetikai problémák folyamatos megoldásában. Szeretnénk külön kiemelni, hogy a betegosztályokkal intenzíven együttműködő dietetikai szolgálat munkamódszere a gyógyintézeti (kórházi) betegélelmezés alkalmazásának egy döntő mozzanatát módosítja: tulajdonképpen újfajta munkamegosztást eredményez a betegágy melletti orvosi munkába való közvetlen bekapcsolódása révén. Munkájukban szükség szerint, zökkenő nélkül helyettesítik egymást. A dietetikai szolgálat munkáját közvetlenül a vezető dietetikus fogja össze és biztosítja a folyamatos munkakapcsolatot az élelmezési szolgálattal.

A kórházi dietetikus főorvos feladata a betegélelmezés koncepciójának kialakítása, a táplálkozástudomány eredményeinek figyelemmel kísérése és az alkalmazásukat elősegítő módszerek kidolgozása távlati és közelebbi tervek formájában. A dietetikai szolgálat felelős előljárója, szakmai-politikai-etikai szempontokból egyaránt. A napi feladatok szükség szerinti irányítását az egész kórházra kiterjedő szervező, ellenőrző és konzultatív munkája során végzi. Tevékenységébe a vezető dietetikus gyakorlatilag folyamatosan bevonja; az egész dietetikai szolgálatot rendszeresen tájékoztatja, beszámoltatja és szakszerűen irányítja. Gondoskodik a szükséges továbbképzésről és irányítja a dietetikus szakemberek bekapcsolódását az oktató, továbbképző és tudományos munkába is.

Lényegében az eddig mondottak vázlatos összefoglalás érdekében a következő 2. ábra a betegélelmezés dietetikai irányításának menetét szemlélteti.

Az ábrán feltüntetett első négy szakasszal párhuzamosan a dietetikai tevékenység egy különlegesen fontos mozzanata a *dietetikai gondozás*; a továbbiakban ennek indítékaival és etikájával foglalkozunk néhány gondolat erejéig.

A diétával foglalkozó szakemberek és a betegek rendszeres és széleskörű kapcsolata az eddigieknél realisabb megvalósulási teret biztosít a tartós diétára szoruló betegek dietetikai gondozásának, amelynek célszerűen már a kórházi tartózkodás alatt kell elkezdődnie.

2. ÁBRA

A BETEGÉLELMEZÉS DIETETIKAI IRÁNYÍTÁSÁNAK MENETE

1. DECENTRALIZÁLT INFORMÁCIÓ
AZ OSZTÁLYOK RÉSZÉRŐL
(DIÉTÁS CSOPORT KÖZREMŰKÖDÉSÉVEL)
2. CENTRALIZÁLT TERVEZÉS
A DIÉTÁS CSOPORTON BELÜL, AZ ÉLM.
SZOLGÁLATTAL EGYÜTTMŰKÖDVE
3. CENTRALIZÁLT MEGVALÓSÍTÁS
AZ ÉLM. ÜZEMBEN, A DIÉTÁS CSOPORT
DIETETIKAI IRÁNYÍTÁSA MELLETT
4. DECENTRALIZÁLT ELJUTTATÁS
A BETEGÁGYAKHOZ
AZ OSZTÁLYOK KÖZREMŰKÖDÉSÉVEL
A DIÉTÁS CSOPORT ELLENŐRZÉSE MELLETT

P Á R H U Z A M O S A N DIÉTÁS GONDOZÁS

A dietetikai gondozás nélkülözhetetlen minden olyan — főleg idült — betegség esetén, ahol a gyógyításban a diétának vezető vagy legalább is fontos szerepe van. A dietetikai gondozás tulajdonképpen a szakgondozás egy fajtája, vagyis olyan betegellátási forma, amelynek feladata bizonyos kategóriákba tartozó betegek gyógykezelésének és egészségügyi rehabilitációjának elősegítése speciális szaktudást igénylő ismeretek segítségével. Néhány aktuális mondat *Novák—Engländer—Gyenev* szakgondozásról szóló tanulmányából: „A szakgondozási feladat szoros egységet képez a kórház — rendelőintézeti szakellátással... A gyógyító és szakgondozó feladat elválasztását lehetetlennek tartjuk. A kórházi osztály, ill. a szakrendelés által felderített betegséget... annak az orvosi kollektívának kell tovább gondoznia, amelyik ennek a betegségnek az ellátási kritériumaival a leginkább tisztában van... A szakgondozó orvos feladata, hogy olyan problémákban, amelyek időközben a beteg életében felmerülnek, de kívül esnek az ő szakterületén, konzultáljon egyéb szakterületekkel.” Itt látjuk a dietetikus fontos szerepét! Folytatva „A szakgondozás csak akkor lehet eredményes tevékenység, ha a szakgondozó orvos a szükséges objektivitás mellett mindig megőrizzé annyi szubjektivitást (együttérzést) a beteg iránt, amennyi a valódi orvos—beteg kapcsolat (egészsük ki: gyógyító kollektíva és beteg közti kapcsolat) fenntartásához feltétlenül szükséges. Ez az egészségügyi rehabilitáció nélkülözhetetlen követelménye, s a szakgondozás egyik legfontosabb etikai szabályának tartjuk.” (4.)

Ez az idézett kétoldalú kapcsolat a dietetikai szakgondozásnak is — az eredményességhez elengedhetetlen — jellemző sajátossága. A dietoterápiával foglalkozó szakember — legyen az orvos vagy dietetikus, ill. diétás nővér — kiemelkedő fontosságot kell, hogy tulajdonítson minden olyan objektív és szubjektív tényezőnek, ami a beteg életmódjával összefüggésben étkezési szokásait és ezáltal egész állapotát is befolyásolhatja.

Hazai morbiditási adataink ismeretében meggyőződésünk, hogy a jövőben

a dietetikai gondozás egyre jelentősebb szerephez jut a gyógyítás különböző területein. Ezzel kapcsolatban közleményünk egy korábban elhangzott tételét itt ismét felhasználva: a korszerűen kiképzett dietetikus szakemberek tevékenysége a dietetikai gondozás területén is újfajta munkamegosztást eredményez a gyógyító munkába való közvetlen bekapcsolódása révén.

Az MN KKK dietetikai szolgálata az elmúlt évek tanúsága szerint megfelelt a gyógyítás egyre fokozódó szakmai igényeinek; munkastílusa és célkitűzései alapján a dietetika fejlődésével előreláthatóan tovább is lépést tud tartani.

I R O D A L O M

1. *Engländer Zs., Zajkás G., Tömörkény E.*: Étlaptervezési irányelvek. Kézirat. OÉTI, Budapest, 1965.
2. *Engländer Zs., Gaál E.*: Diätetische Probleme und Ziele in der öffentlichen Verpflegung in Ungarn. Ernährungsforschung, 1966, 11, 178—184.
3. *Engländer Zs.*: Főv. István Kórház tudományos ülések. Beszámoló. 1977.
4. *Novák J., Engländer Zs., Gyeney M.*: Szakgondozási modell. Tervtanulmány. Kézirat. Budapest, 1979.
5. *Rigó J., Zajkás G.*: Gyógyélelmezés. Medicina, Budapest, 1978.
6. *Tarján R.*: A kórházi élelmezés. Magy. Kórh. 1949, 15, 1—33.
7. *Zajkás G., Engländer Zs., Gaál E., Tömörkény E., Rigó J.*: Egységes Diétás Rendszer. Kézirat. Budapest, 1969.
8. *Zajkás G.*: Az OÉTI dietetikai munkájának 20 éve. Egészségtudománv, 1970, 14, 201—207.
9. *Zajkás G.*: Az egységes diétás rendszer jelentősége a betegellátásban. Eü. Gazd. Szle, 1975, 13, 360—366.

Энгландер Ж., Ибрани М., Дьенеи М.:

СИСТЕМА ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ГОСПИТАЛЕ ВНА

Подчеркивая возрастающее значение диететики в лечении, авторы занимаются особенностями системы питания больных в Центральном госпитале ВНА. При рассмотрении современных схем лечебного питания, они подробно занимаются основами и принципами индивидуальной диетотерапии. Определяют место Диететической службы, управляющей процессом лечебного питания, в разделении труда госпиталя. В заключении они уточняют задачи диететической диспансеризации и обращают внимание на возрастающее значение ее.

Dr. Zsuzsa Engländer, Mária Ibrányi, Mária Gyenei:

MODELL DER KRANKENBEKÖSTIGUNG IM ZENTRALLAZARETT DER UNGARISCHEN VOLKSARMEE

Es werden die Besonderheiten des Krankenkostigungssystems im Zentrallazarett der Ungarischen Volksarmee beschrieben — mit Hinweis auf die wachsende Rolle der Diätetik bei der Behandlung. Bei Erwähnen der modernen Diätschemen werden die Motive und Grundprinzipien der individuellen Diättherapie eingehend behandelt. Es wird die Stelle des Diätetischen Dienstes, der den ganzen Prozess der Krankenkostigung verantwortungsvoll leitet, in der Arbeitsteilung des Krankenhauses gezeigt. Endlich macht man auf den Aufgabenkreis der diätetischen Fürsorge und ihre wachsende Bedeutung aufmerksam.



Stugeron[®] tableta



ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 25 mg cinnarizinumot tartalmaz.

JAVALLATOK

A cerebrális keringés zavarai: arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebro-cranialis sérülések utókezelésében, egyensúlyzavarok, migraine. A perifériás erek megbetegedéseiben (Buerger-kór, Raynaud-szindróma, angiopathia diabetica, acrocyanosis) a claudicatio intermittens, paresthesia, trophicus zavarok kezelésére.

ADAGOLÁS

Naponta 3×1 vagy 3×2 tableta hónapokon keresztül, rendszeresen. Érzékeny betegeknél ajánlatos a kúrát napi 3×1 tablettával kezdeni és fokozatosan emelni az adagot.

MELLÉKHATÁS

Az átlagosnál nagyobb adagok alkalmazásakor előfordulhatnak: enyhe somnolentia vagy gastrointestinalis zavarok, amelyek az adag csökkentésére néhány nap múlva spontán megszűnnek.

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR,
BUDAPEST**