



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
(Α.Τ.Ε.Ι) ΚΡΗΤΗΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ



**ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**  
Καταγραφή και αξιολόγηση της παροχής διαιτητικής  
υποστήριξης - θεραπειάς στα Ελληνικά Νοσοκομεία.

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΙΠΙΛΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΑΠΟΣΤΟΛΑΤΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ  
ΜΙΑΡΗ ΦΡΕΙΔΕΡΙΚΗ  
ΜΙΧΑΗΛ ΜΑΡΙΕΤΤΑ

ΣΗΤΕΙΑ 2006

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Τίτλος:** Καταγραφή και αξιολόγηση παροχής διαιτητικής υποστήριξης- θεραπείας στα ελληνικά νοσοκομεία.

**Υπόβαθρο:** Το συμβούλιο της Ευρώπης την περίοδο 1999-2002, συντόνισε μέσω έρευνας μία πλήρη καταγραφή των υπηρεσιών διατροφής και διαιτητικής των νοσοκομείων σε 12 ευρωπαϊκές χώρες, στην οποία η Ελλάδα δεν συμμετείχε. Με αφορμή το γεγονός αυτό πήραμε την πρωτοβουλία να υλοποιήσουμε μία παρόμοια καταγραφή στα ελληνικά νοσοκομεία.

**Σκοπός:** Πρόθεση μας είναι να συμβάλλουμε στην κάλυψη του κενού πληροφόρησης που υπάρχει σχετικά με το θέμα αυτό στην Ελλάδα. Επίσης να καταδείξουμε τον ουσιαστικό και πολύπλευρο ρόλο του διαιτολόγου, με την ελπίδα ότι θα συμβάλλουμε στην αναβάθμιση της θέσης του στα ελληνικά νοσοκομεία και τις υπηρεσίες της διαιτητικής που παρέχονται σε αυτά. Η έρευνά μας, ακολουθώντας το ευρωπαϊκό μοντέλο, έγινε μέσω ενός ερωτηματολογίου που στάλθηκε στην πλειοψηφία των δημόσιων κλινικών της χώρας.

**Μέθοδος:** Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την χρήση ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε με βάση το πορτογαλικό, το γερμανικό και το γαλλικό μοντέλο και αποτελείται από 15 ερωτήσεις, οι οποίες είναι προσαρμοσμένες στα ελληνικά δεδομένα. Στάλθηκε μέσω ταχυδρομείου, σε φακέλους, στα τμήματα διατροφής των νοσοκομείων, μαζί με μία ενημερωτική επιστολή, η οποία εξηγούσε τους στόχους της έρευνας. Η συμπλήρωσή του έγινε από τους υπεύθυνους ιατρούς και διαιτολόγους με επίβλεψη-ευθύνη του διοικητικού διευθυντή κάθε νοσοκομείου

**Αποτελέσματα:** Στην έρευνα απάντησαν 70 νοσοκομεία από τα 125 που στάλθηκε το ερωτηματολόγιο, τα οποία αντιστοιχούν στο 60% των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών της χώρας. Σε 21.600 κλίνες αντιστοιχούν 84 διαιτολόγοι (δηλ. ένας διαιτολόγος ανά περίπου 300 κλίνες). Σε 23 νοσοκομεία δεν υπάρχει διαιτολόγος. Τα περισσότερα από τα νοσοκομεία αυτά αναθέτουν την κάλυψη της διατροφικής υποστήριξης των ασθενών τους σε

τεχνολόγους τροφίμων, προϊστάμενους κλινικών ή σε διοικητικούς υπαλλήλους. Τα 26 νοσοκομεία διαθέτουν μόνο ένα διαιτολόγο. Χρήση λογισμικού (software) διαιτητικής γίνεται από 13 νοσοκομεία. Παρατηρήθηκε έλλειψη συγκρότησης Ομάδας Διαιτολογικής-Διατροφικής Υποστήριξης στην πλειοψηφία των νοσοκομείων (9 νοσοκομεία διαθέτουν Ομάδα). Από τα 70 νοσοκομεία στα 14 εμφανίζεται συνεργασία του υπεύθυνου ιατρού με τον διαιτολόγο, όσον αφορά την διαδικασία επιλογής εντερικών και παρεντερικών διατροφικών σχημάτων, ενώ σε 34 νοσοκομεία την διαδικασία επιλογής την διεκπεραιώνει μόνο ο υπεύθυνος Ιατρός. Τα κυριότερα προβλήματα που προκύπτουν από τις απαντήσεις των νοσοκομείων είναι η έλλειψη διαιτολόγων και προσωπικού (π.χ. τεχνολόγος τροφίμων, προσωπικό σίτισης, κτλ.).

**Συμπεράσματα:** Παρατηρήθηκε απουσία διαιτολόγου στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η ύπαρξη του οποίου είναι αναγκαία ώστε να αντιμετωπίζεται ο κάθε ασθενής, διατροφικά, σε συνδυασμό με την ψυχική του και σωματική του ( παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία κλπ.) ασθένεια. Διαπιστώθηκε έλλειψη καθορισμού και διαχωρισμού αρμοδιοτήτων των διαιτολόγων σε κλινικά και διοικητικά θέματα. Στην χώρα μας παρατηρείται απουσία διοικητικού διαιτολόγου (εξειδικευμένος μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών.) Τα μοναδικά νοσοκομεία που δήλωσαν επάρκεια διαιτολόγων και παροχή διαιτητικών υπηρεσιών, ήταν τα δύο μεγαλύτερα παιδιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας σε δυναμικότητα κλινών. Από τα παραπάνω συμπεράσματα παρατηρούμε ότι οι διαιτητικές υπηρεσίες στα Ελληνικά νοσοκομεία είναι ανεπαρκείς.

**Προτάσεις:** Πρωταρχική σημασία για την βελτίωση της κατάστασης αυτής έχει η ομοιόμορφη κατανομή του αριθμού των διαιτολόγων ανά νοσοκομειακές κλίνες, έτσι ώστε να είναι επαρκείς οι διαιτητικές υπηρεσίες. Ένας άλλος λόγος για τον οποίο θα έπρεπε να βελτιωθεί η παροχή διαιτητικών υπηρεσιών είναι η μείωση του κόστους υπηρεσιών διατροφής. Αυτό επιτυγχάνεται είτε μέσω της γρήγορης ανάρρωσης των ασθενών (προσλαμβάνουν καλύτερη ποιότητα και κατάλληλη ποσότητα τροφής), είτε με την ελάττωση των χαμένων γευμάτων. Θα πρέπει επίσης να αναβαθμιστεί η εκπαίδευση σε μεταπτυχιακό

επίπεδο, έτσι ώστε να δίνετε η δυνατότητα παροχής τίτλου (διοικητικού διαιτολόγου και εξειδικευμένου διαιτολόγου σε θέματα εντερικής και παρεντερικής διατροφής). Ευελπιστούμε την βελτίωση των διαιτητικών υπηρεσιών στα ελληνικά νοσοκομεία στο άμεσο μέλλον.

## SUMMARY

**Title:** Evaluation and monitoring of dietetic support and nutrition care in Greek hospitals.

**Background:** The European council, investigated the dietetic support and dietetic services, which was provided in European hospitals within the period of 1999-2002. In this survey hospitals of 12 European countries were interviewed about structural characteristics, and administration of clinical nutrition. Greece did not participate in this investigation and that is the reason for the conduction of this current survey.

**Aim:** The intention of this survey is to inform about the dietetic care and the quality of nutrition services in Greek hospitals. It is of great importance to excel the essential and multifaceted role of dietician and nutrition support teams in Greek hospitals. It is hoped to contribute to the improvement of the efficacy of clinical nutrition.

**Method:** The research was realised with the use of a standardised questionnaire, in the base of Portuguese, German and French model. This questionnaire is constituted by 15 questions, which were adapted in the Greek data and were sent via post, to every Greek hospital. After explaining the objectives of research, the questionnaire was answered from the responsible doctors and dieticians with supervision of the administrative director.

**Results:** From the 125 hospitals that were sent the questionnaire, the 70 participated. This correspond in the 60% of available hospital beds of country. In 21.600 beds correspond 84 dieticians (that is to say a dietician per roughly 300 beds). In 23 hospitals does not exist dietician. Most of this hospitals assign the cover of patient alimentary support in food tehnologists, clinical or administrative employees. In 26 hospitals exist only one dietician. 13 hospitals only use appropriate dietetic software. The majority of hospitals lack of nutrition support team (9 hospitals allocate team). From the 70 hospitals in the 14 is presented collaboration of responsible doctor with the dietician, to the process of enteral and parenteral nutrition, while in 34 hospitals this process is fulfilled only from the responsible Doctor.

**Conclusions:** It was observed absence of dietician in psychiatric hospitals. It was realised lack of determined dietetic competences in clinical and administrative subjects and more specifically, it is not exist specialised postgraduate title of administrative dietitian. The unique hospitals that declared sufficiency of dieticians and benefit of dietetic services, were only the two pediatric hospitals of Athens with the higher capacity of beds. It is obvious that the dietetic services in the Greek hospitals are insufficient.

**Proposals:** The rise of number of dieticians, proportionally with hospital beds, is of fundamental importance not only for the improvement of clinical nutrition, but also for the reduction of cost of nutrition services in Greek hospitals. This could be achieved by the increased use of quality enteral and parenteral nutrition and the introduction of special diets. More efforts should be aimed at education of dietitians by means of postgraduated programs in administrative and clinical level. Further aim is the improvement of dietetic services in the Greek hospitals.

**ΘΕΜΑ: Καταγραφή και αξιολόγηση της παροχής  
διαιτητικής υποστήριξης-θεραπείας στα Ελληνικά  
Νοσοκομεία.**

**ΣΗΤΕΙΑ 2006**

### Η «Ιλιάδα» ... της διαιτολογίας

Τα γλέντια, τα φαγοπότια και η καλοπέραση, έπεισαν το Μάτρωνα, συγγραφέα των παρωδιών, ότι θα 'πρεπε να γραφτεί και η «Ιλιάδα» της διαιτολογίας:

*Δείπνα μοι έννεπε, Μούσα, πολύτροφα και μάλα πόλλα α Ξενοκλής  
ρήτωρ εν Αθήναις δείπνησεν ημάς.*

*(Τραγούδησέ μου Μούσα δείπνα πολλά πολύτροφα που στην Αθήνα  
ο ρήτορας Ξενοκλής μας έκαμε).*

*Ήλθον γαρ κακείσε, πολύς δε μοι έσποιτο λιμός.  
Ου δη καλλίστους άρτους ίδον ηδέ μεγίστους λευκοτέρους χιόνος,  
έσθειν δ' αμύλοισιν ομοίους.*

*(Γιατί και κείθε πέρασα, κι είχα μεγάλη πείνα.  
Εκεί λοιπόν είδα ψωμιά ωραιότατα και μέγιστα λευκότερα απ'  
το χιόνι, που 'χαμε εκεί να φάμε όμοια με γλυκίσματα).*

Και συνεχίζει ο Μάτρωνας, πάντα στο ρυθμό της «Ιλιάδας»:

*Η δε φαληρική ήλθε αφή, Τρίτωνος εταιρη. (Μα ύστερα μας έφθασε  
η μαρίδα του Φαλήρου που 'ναι φίλη του Τρίτωνα). Και:*

*Αυτά ακόμα κι ο βοριάς μπορούσε ν' αγαπήσει την ώρα που  
ψηνότανε*

*κι ο Ξενοκλής ο ίδιος επήγαινε κι ερχόταν  
στις θέσεις των ανδρών κι εστάθη στο κατώφλι, μ' από κοντά του ήρθε  
ο Χαιρεφών, παράσιτος όμοιος κι απαράλλαχτος με γλάρον  
πεινασμένον, νηστικός, που γνώριζε καλά  
να διατάζει στον άλλων τα τραπέζια.*

*Οι μάγειροι κουβάλαγαν και τα τραπέζια γέμιζαν με πιάτα  
φαγητών*

*σ' αυτούς παραχωρήσανε ένα μεγάλο θόλο τα κρέατα να ψήνουν  
κι edώσανε την άδεια του γεύματος το χρόνο να τον  
επιταχύνουν  
ή τον επιβραδύνουν.*

*Οι άλλοι όλοι άπλωσαν τα χέρια στις σαλάτες μα γω δεν τους  
μιμήθηκα και έτρωγα απ' όλα βολβούς, σπαράγγια και στρείδια  
παχιά,*

*τα παλιά τ' αλίπαστα, που οι Φοίνικες τα τρώνε παράτησα στην  
πάντα.*

*Τους αχινούς που έχουνε αγκάθια στο κεφάλι τους πέταξα στο  
πάτωμα*

*κι επήγανε κυλώντας με κρότο στα ποδάρια των δούλων,  
ώσπου φθάσανε σε τόπο καθαρό, όπου τα κύματα έσπαζαν  
στην άκρη του γυαλού κ.λπ. κ.λπ.*



Στα πλαίσια μιας έρευνας, που πραγματοποιήθηκε από το συμβούλιο της Ευρώπης την περίοδο 1999-2002 και αφορούσε την καταγραφή των υπηρεσιών διατροφής και διαιτητικής των νοσοκομείων, συμμετείχαν 12 ευρωπαϊκές χώρες εκτός της Ελλάδας. Με αφορμή το γεγονός αυτό πήραμε την πρωτοβουλία να υλοποιήσουμε μια παρόμοια καταγραφή στα Ελληνικά νοσοκομεία. Αυτή η έρευνα δεν θα είχε περατωθεί χωρίς την πολύτιμη βοήθεια των:

- Δρ. Φραγκιαδάκη Γεώργιο, Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας ( παράρτημα Σητείας) Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης.
- Πιπιλή Χρυσούλα, Ιατρός.
- Δημητροπούλακη Πέτρο, μαθηματικός του Τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας.
- Αιλαμάκη Φωτεινή, υπεύθυνη γραφείου διασύνδεσης.
- Παπαδοπούλου Ελπίδα, Διαιτολόγο-Διατροφολόγο του Αντικαρκινικού νοσοκομείου Μεταξά.
- Νεάρχου Αικατερίνη, Ιατρός.
- Μαρκαντωνάκη Γεώργιο, Ψυχίατρο- Ψυχοθεραπευτή.
- Κουρτίδου Μερόπη, εκπαιδευτικό κλασικής φιλολογίας.
- Σταμπατακάκη Ανδρέα, Διαιτολόγο-Διατροφολόγο
- Μανωλαράκη Εμμανουήλ, Διαιτολόγο-Διατροφολόγο
- Κιοπεκτζή Γεώργιο, φοιτητή του Τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας, Α.Τ.Ε.Ι Σητείας.
- Μιχελή Αφροδίτη, απόφοιτο
- Μίαρη Όλγα, εκπαιδευτικός αγγλικής και γαλλικής γλώσσας.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε για την βοήθεια τους στην σύνταξη του ερωτηματολογίου, τους:

- 
- Μαρκάκη Αναστασία, καθηγήτρια εφαρμογών του Τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας, Α.Τ.Ε.Ι Σητείας.
  - Βλάχου Όλγα, Διαιτολόγο-Διατροφολόγος.
  - Μπαρμπάκα Διονύση, Διαιτολόγο-Διατροφολόγο.
  - Αλεξίου Έλενα, Διαιτολόγο-Διατροφολόγο.
  - Παπατζιάλα-Σιτζάνη Άννα, Διαιτολόγο-Διατροφολόγο, Προϊσταμένη του Τμήματος Διατροφής του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Μεταξά.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το Α.Τ.Ε.Ι Σητείας, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας

- για την στήριξη που μας παρείχε και τους υπαλλήλους των βιβλιοθηκών:
- του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου.
- του Λαϊκού Νοσοκομείου.
- του Νοσοκομείου Ευαγγελισμός και
- του Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>  | <b>15</b> |
| <b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>  | <b>20</b> |
| <b>10 ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ</b>  | <b>24</b> |
| 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....  | 24        |
| 1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ .....  | 28        |
| 1.3 ΚΛΑΔΟΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ .....  | 30        |
| 1.4 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ .....  | 33        |
| 1.4.1 ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ.....   | 33        |
| 1.4.2 ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ .....   | 33        |
| 1.4.3 ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ: .....   | 37        |
| 1.5 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΓΝΩΣΗ, ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ, ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ .....   | 37        |
| 1.5.1 ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΕΔΙΑ Η ΓΝΩΣΕΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ .....   | 38        |
| 1.5 ΠΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ-ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΩΝ, 2003) .....   | 44        |
| 1.6 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΥΝ ΟΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ-ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΩΝ, 2003).....   | 45        |
| 1.7 ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ .....  | 47        |
| <b>20 ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ</b>   | <b>54</b> |
| 2.1 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΠΤΥΧΙΟΥΧΩΝ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ .....   | 54        |
| 2.2 ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ .....  | 56        |
| 2.2.1 ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΚΩΔΙΚΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ, ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ (ADA 1999): .....  | 57        |
| 2.3 ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ- ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (ΚΕΛΕΣΕΒΑ-ΟΥΜΟΥΔΟΥΜΙΔΟΥ, 2002).....  | 60        |
| 2.3.1. ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ ΗΘΙΚΗΣ .....  | 60        |
| 2.4 ΚΑΝΟΝΕΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ .....   | 63        |
| 2.5 Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ ΜΕ ΆΛΛΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΕΛΕΣΕΒΑ-ΟΥΜΟΥΔΟΥΜΙΔΟΥ, 2002).....  | 67        |
| 2.6 ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ (ΚΕΛΕΣΕΒΑ-ΟΥΜΟΥΔΟΥΜΙΔΟΥ, 2002).....  | 69        |
| <b>30 ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ</b>   | <b>71</b> |
| 3.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ( ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΙΟ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ Α2Γ/ΟΙΚ.2468/87 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΕΤΑΞΑ.) ..... | 71        |
| 3.1.1 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ .....   | 72        |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.1.2 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΡΑΦΕΙΑ .....  | 72        |
| 3.1.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΥΘΥΝΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΣΤΕΛΕΧΩΝΟΥΝ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ .....   | 73        |
| 3.1.4 ΈΓΓΡΑΦΑ - ΒΙΒΛΙΑ .....  | 78        |
| 3.1.5 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΓΓΡΑΦΩΝ - ΒΙΒΛΙΩΝ .....   | 79        |
| 3.1.6 ΣΥΝΤΑΞΗ ΚΑΙ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ .....  | 81        |
| <b>3.2 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΟΣΗΛΕΥΜΕΝΩΝ (ΚΕΛΕΣΣΕΒΑ-ΟΥΜΟΥΔΟΥΜΙΔΟΥ, 2002) .....</b>   | <b>86</b> |
| 3.2.1 Ισορροπία.....  | 87        |
| 3.2.2 Ποικιλία .....  | 87        |
| 3.2.3 Μέτρο .....   | 88        |
| <b>3.3 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΘΡΕΠΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (ΚΕΛΕΣΣΕΒΑ-ΟΥΜΟΥΔΟΥΜΙΔΟΥ, 2002) .....</b>  | <b>90</b> |
| ΣΥΝΘΕΣΗ, ΜΕΣΑ, ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ, ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΘΡΕΠΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ .....   | 90        |
| <b>3.4 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ (ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ, ΑΠΟΘΗΚΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ, ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΑΓΕΙΡΕΙΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ).....</b>   | <b>91</b> |
| <b>3.5 ΑΠΟΦΑΣΗ RESAP(2003)3 ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΠΑΡΟΧΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (ΑΠΟΦΑΣΗ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΥΙΟΘΕΤΗΘΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΥΠΟΥΡΓΩΝ ΣΤΙΣ 12 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2003 ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ 860ΗΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΚΠΡΟΣΩΠΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΥΡΓΩΝ) ..</b> | <b>92</b> |
| 3.5.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ RESAP(2003) ) .....   | 94        |
| 3.5.2 Άτομα Υπευθυνα για τη Διατροφική Φροντίδα RESAP(2003).....  | 98        |
| 3.5.3 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ.....  | 101       |
| 3.5.4 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΦΑΓΗΤΟ RESAP(2003) .....   | 103       |
| 3.5.5 ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ RESAP(2003) .....  | 107       |
| 3.5.6 ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΟΡΙΣΜΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ RESAP(2003).....  | 108       |

#### **40 ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ. 113**

|   |            |
|---|------------|
| <b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>  | <b>113</b> |
| <b>4.1 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ (ΚΑΣΤΗ 2006) .....</b>   | <b>115</b> |
| <b>4.2 ΠΡΟΤΥΠΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ (QAA, 2001) .....</b>   | <b>129</b> |
| 4.2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....   | 129        |
| 4.2.2 ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ, ΕΚΜΑΘΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ .....   | 131        |
| 4.2.3 ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ .....  | 131        |
| 4.2.4 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ( Γ. ΜΠΟΣΚΟΥ, 2005).....   | 134        |
| <b>4.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΣΤΙΑΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑ (ΚΟΝΤΟΥ ΚΑΙ ΜΠΟΣΚΟΥ, 2006).....</b> | <b>135</b> |

#### **50 ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΕΡΕΥΝΕΣ 144**

|  |            |
|--|------------|
| <b>5.1 ΈΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΠΛΟΚΗ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ</b>          | <b>144</b> |
| <b>5.2 ΈΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ. ....</b> | <b>149</b> |

#### **Α)ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ 154**

---

|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| 1) ΕΡΕΥΝΑ .....                       | 154        |
| 2) ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ.....                     | 154        |
| 3) ΜΕΘΟΔΟΣ.....                       | 155        |
| <br>                                  |            |
| <b>Β) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>   | <b>160</b> |
| <br>                                  |            |
| <b>Γ) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ</b>    | <b>221</b> |
| <br>                                  |            |
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>                   | <b>225</b> |
| <br>                                  |            |
| <b>1. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b> | <b>227</b> |
| <b>2. ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>      | <b>229</b> |

## ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ:

QQA: Quality Assurance Agency

RD: Registered Dietitian

CDR: Commission on Dietetic Registration

HPC: Health Professions Council

ADA: American Dietetic Association

BDA: British Dietetic Association

EFAD: European Federation of The Association of Dietitians

NS: The Nutrition Society

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Αναπτυξής.

BAPEN: British association for parenteral and enteral nutrition

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην αυγή του εικοστού πρώτου αιώνα ο άνθρωπος, παρόλη την ιλιγγιώδη πρόοδο της τεχνολογίας, μοιάζει να στέκεται σε έδαφος που τρέμει κάτω από τα πόδια του, καθώς ανίσχυρος παρακολουθεί την ανεξέλεγκτη πορεία των επιτευγμάτων του. Ιδιαίτερα το πιο απαραίτητο κομμάτι της ανθρώπινης καθημερινότητας, η διατροφή, μοιάζει να αναζητά τον προσανατολισμό της στο κυκλώνα των αλλαγών των διατροφικών προτύπων.

Καλή διατροφή και υγεία είναι δύο έννοιες απόλυτα συνυφασμένες μεταξύ τους. Η σχέση της διατροφής με την υγεία είχε γίνει αντιληπτή από την αρχαιότητα. Οι αρχαίοι Έλληνες έτρωγαν θαλασσινά για να προφυλαχτούν από τη βρογχοκήλη. Ο Γαληνός έδινε γάλα και μέλι σε άτομα που έπασχαν από ασθένειες του πεπτικού συστήματος. Ο Ιπποκράτης θεωρούσε κλειδί της καλής υγείας τη σωστή διατροφή. Η σχολή του διαιρούσε την Ιατρική σε τρεις κλάδους, τη Φυσική (Παθολογία), τη Χειρουργική και την Διαιτητική, εξυψώνοντας την τελευταία στο επίπεδο των δύο πρώτων. Η οξεία διαίσθηση και ο εμπειρισμός του, όπως και των επιγόνων του, για την σπουδαιότητα της επιστήμης της διατροφής επιβεβαιώθηκε επιστημονικά πολλά χρόνια μετά και συγκεκριμένα τους τελευταίους τρεις αιώνες, όταν η μια μετά την άλλη σοβαρές ασθένειες της διατροφής, όπως το σκορβούτο, η ραχίτιδα και ο ιωδοπενικός υποθυρεοειδισμός θεραπεύτηκαν αντίστοιχα με συμπλήρωση της διαίτας με τις βιταμίνες C, D και το ιώδιο.

Σήμερα ωστόσο η οικονομική, πολιτισμική και τεχνολογική ανάπτυξη ενός μεγάλου μέρους της ανθρωπότητας, ο σύγχρονος τρόπος ζωής με την αστυφιλία και την πολύωρη εργασία, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου και η κατανάλωση έτοιμων φαγητών οδήγησε στην εμπορευματοποίηση και την βιομηχανοποίηση της τροφής. Έτσι ο τύπος διατροφής αλλάζει ραγδαία. Το κρέας, που σπάνιζε, είναι διαθέσιμο για καθημερινή χρήση, η αγορά έχει αποκτήσει επεξεργασμένα άμυλα και σάκχαρα που βρίσκονται μέσα σε πολλές εύγευστες τροφές, ενώ τα λίπη, κορεσμένα και ακόρεστα, χρησιμοποιούνται χωρίς μέτρο. Η εσφαλμένη διατροφή, ο τρόπος ζωής (άγχος, stress) και η εσφαλμένη αντίληψη της σωστής διατροφής

έχουν ως συνέπεια την εμφάνιση επικίνδυνων και εξελισσόμενων νοσημάτων, όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, τα καρδιαγγειακά, νοσήματα που θέτουν σε κίνδυνο την ζωή μας.

Είναι μεγάλη ειρωνεία αλλά και αντίστοιχα λογικό ότι νόσοι σωματικές και ψυχικές που σήμερα μαστίζουν την κοινωνία μας, όπως η παχυσαρκία, ο διαβήτης, η υπέρταση και το άγχος, αντανακλούν αρχέγονες ισχυρές επιλεκτικές πιέσεις στο γονιδίωμά μας που στο παρελθόν ήταν ωφέλιμες. Παραδείγματος χάρη δεχθήκαμε εξελικτικές πιέσεις να καταπολεμούμε την αφυδάτωση και έτσι αναπτύσσουμε υπέρταση. Επιλεχθήκαμε να καταπολεμούμε ξένες ουσίες και λοιμογόνους παράγοντες και συνεπώς αναπτύσσουμε αλλεργία και αυτονοσία. Έχουμε υποστεί επιλεκτικές πιέσεις για να αντιμετωπίσουμε τον λιμό και συνεπώς σε περιβάλλον αφθονίας αναπτύσσουμε παχυσαρκία. Είναι τραγική ειρωνεία την ώρα που ένα παιδί πεθαίνει στην Αφρική από πείνα ένας ενήλικος στον ανεπτυγμένο κόσμο χάνεται από κάποια νόσο σχετιζόμενη με την παχυσαρκία.

Όλα τα παραδείγματα που παραθέσαμε μας αποδεικνύουν μέσα από την αντιφατικότητα τους, ότι τα νέα πρότυπα διατροφής σε συνδυασμό με την ανθρώπινη εξέλιξη δημιουργούν προβλήματα υγείας. Η επιστήμη της Διαιτητικής είναι αυτή που μπορεί να αλλάξει αυτά τα δεδομένα και να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις τροφικές καταχρήσεις. Μέσω αυτής και χάρη στην πρόοδο της βιοχημείας και στις καλύτερες γνώσεις της παθογένειας των ασθενειών μπορούμε να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο οι τροφές μπορούν να διορθώσουν μια μεταβολική απόκλιση ή να ελαχιστοποιήσουν τις συνέπειες μιας τροφικής κατάχρησης. Η εφαρμογή της διαιτητικής προϋποθέτει την στενή συνεργασία μεταξύ γιατρών και διαιτολόγων. Οι διαιτολόγοι κυρίως είναι αυτοί που επαγγελματικά και νομικά ορίζονται ως γνώστες και εφαρμοστές της διαιτητικής. Δεν είναι νοητή πλέον στις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα μια ιατρική υπηρεσία χωρίς την παρουσία του διαιτολόγου, γιατί ο διαιτολόγος είναι ο επιστήμονας που συμβάλλει στην θεραπεία και την πρόληψη ενός νοσήματος που προέρχεται από επάρκεια ή ανεπάρκεια θρεπτικών συστατικών ή και γενικότερα οποιουδήποτε νοσήματος.



Η σπουδαιότητα του ρόλου του διαιτολόγου ιδιαίτερα στις μέρες μας είναι τεράστια, λόγω της πληθώρας των προβλημάτων που εμφανίζονται στον πληθυσμό και σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με τις διατροφικές του συνήθειες.

Αυτό γίνεται εύκολα κατανοητό αν αναλογιστούμε :

1. Την έλλειψη ουσιαστικής διατροφικής παιδείας, που ξεκινά από την οικογένεια .
2. Την ανυπαρξία διατροφικής αγωγή , αφού στα δημοτικά και στα σχολεία μέσης εκπαίδευσης δεν γίνεται καθόλου λόγος για την σωστή διατροφή και έννοιες όπως Διαιτητική και Διαιτολογία είναι άγνωστες. Αξίζει να επισημάνουμε μόνο τα τρόφιμα που διατίθενται στα σχολικά κυλικεία (snacks -αναψυκτικά κ.τ.λ) παρά τις διατάξεις που ορίζουν άλλα ποιοτικός καλύτερα τρόφιμα, όπως φρέσκα φρούτα-sandwiches με τυρί κ.τ.λ.
3. Τα υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας στην χώρα μας, όχι μόνο των ενηλίκων αλλά και των παιδιών. Το ποσοστό των πολιτών με σωματική μάζα 25% υψηλότερη του ιδανικού (πρώτος βαθμός παχυσαρκίας) ανέρχεται σε 78% για τους άνδρες και 74,7% για τις γυναίκες. Η χώρα μας πλέον, εκτός από πρωταθλήτρια Ευρώπης σε ποδόσφαιρο και μπάσκετ, είναι και πρωταθλήτρια στην παχυσαρκία. (Περιοδικό Health & wellness: Διατροφή,2006 )
4. Τις διατροφικές συνήθειες, κυρίως των νέων που προτιμούν το εύκολο και γρήγορο, αλλά όχι τόσο θρεπτικό φαγητό (junk food, αλκοολούχα). Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, περίπου 14 εκατομμύρια πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, από τους οποίους τα 3 εκατομμύρια είναι παιδιά. (Περιοδικό Health & wellness: Διατροφή,2006)
5. Τα σημαντικά ποσοστά εμφάνισης στον πληθυσμό της χώρας παθήσεων, όπως οι υπερλιπιδαιμίες, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι γαστρεντερικές παθήσεις κ.λ.π, που σχετίζονται κυρίως με τη διατροφή. (Γιατράς Ν., Ο ρόλος του Διαιτολόγου στην Αγορά)

Αυτοί είναι κάποιοι από τους σημαντικότερους παράγοντες που αιτιολογούν τη σημαντική μας θέση στην αγορά εργασίας.

Επομένως οι διαιτολόγοι είναι απαραίτητοι για την στελέχωση των νοσοκομειακών μονάδων, ως αναγκαίοι συνεργάτες των γιατρών και πολύτιμοι καθοδηγητές των ασθενών. Βέβαια, για να είναι λειτουργική μια διαιτητική υπηρεσία είναι απαραίτητος ένας επαρκής αριθμός διαιτολόγων, δεδομένης της πολλαπλότητας του έργου τους και της μεγάλης πολυπλοκότητας ορισμένων διαιτών. Ωστόσο τα ελληνικά νοσοκομεία έχουν γενικά έλλειψη διαιτητικού προσωπικού και υπηρεσιών διατροφής, καθώς η κοινή αντίληψη για τους διαιτολόγους είναι ότι σ' αυτούς απευθύνονται, με ιδιωτική πρωτοβουλία, τα παχύσαρκα ή τα υπέρβαρα άτομα για λόγους πιθανώς καθαρά αισθητικούς.

Την περίοδο 1999-2002 το συμβούλιο της Ευρώπης συντόνισε μέσω έρευνας μια πλήρη καταγραφή των υπηρεσιών διατροφής και διαιτητικής που παρείχαν νοσοκομεία σε 12 ευρωπαϊκές χώρες, στην οποία δυστυχώς η Ελλάδα δε συμμετείχε. Πρόθεση μας είναι να συμβάλλουμε στην κάλυψη του κενού πληροφόρησης που υπάρχει σχετικά με το θέμα αυτό στην Ελλάδα. Επίσης να καταδείξουμε τον ουσιαστικό και πολύπλευρο ρόλο του διαιτολόγου, με την ελπίδα ότι θα συμβάλλουμε στην αναβάθμιση της θέσης του στα ελληνικά νοσοκομεία και στις υπηρεσίες διαιτητικής που παρέχονται σε αυτά. Η έρευνα μας, ακολουθώντας το ευρωπαϊκό μοντέλο, έγινε μέσω ενός ερωτηματολογίου που στάλθηκε στην πλειοψηφία των δημοσίων κλινικών της χώρας.



**ΕΙΚΟΝΑ: Η ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΦΟΡΑ ΟΛΟΥΣ. ΤΟ ΓΑΪΤΑΝΑΚΙ**

**ΤΩΝ ΦΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ**

*Α) ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ*

*“Μη βασίζεστε σε συμπεράσματα, που προκύπτουν μόνο από τη λογική, αλλά που αποδεικνύονται έμπρακτα!”*

*Ιπποκράτης*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Primum vivere deinde philosophare (Πρώτα επιβίωσε και μετά φιλοσόφησε): Αυτή η βασική αρχή διέπει όλη την ανθρώπινη ιστορία. Πρώτα επιβίωσε λοιπόν και έπειτα φιλοσόφησε. Χωρίς να εξασφαλίσει κανείς τα προς το ζην, ποτέ δεν θα καταπιαστεί με πνευματικές ασχολίες. Η εξέλιξη της ανθρώπινης σκέψης είναι επομένως άρρηκτα συνδεδεμένη με το επίπεδο ζωής σε κάθε χρονική περίοδο. Όταν μιλάμε για βιοτικό επίπεδο, το πρώτο πράγμα που έρχεται στο νου μας είναι η διαίτά μας. Κάθε μεγάλο βήμα στην ανθρώπινη πρόοδο ακολουθούσε ή τουλάχιστον συμβάδιζε με μια βελτίωση στις διατροφικές μας συνήθειες. Άλλωστε, η επιβίωση του ανθρώπινου πληθυσμού επηρεάζεται άμεσα από την ποιότητα της τροφής αλλά και τη διαθεσιμότητα της (Η επιστήμη της διατροφής, <http://av.fshn.wsu.edu>). Η διατροφή επομένως είναι έννοια συνυφασμένη με την επιβίωση των ειδών και στη συγκεκριμένη περίπτωση του ανθρώπινου είδους. Με την εξέλιξη του εξελίχθηκε και ο ρόλος της διατροφής, ακολουθώντας την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Στην Αρχαία Ελλάδα η διατροφή αποτέλεσε τον δεσμό ανάμεσα στην φύση και την γνώση και το καθημερινό μέτρο διάκρισης ανάμεσα σε αθάνατους, θνητούς και ζώα. Τα ζώα καταναλώνουν ωμή τροφή, ο άνθρωπος καταναλώνει μαγειρευμένη, ενώ οι θεοί αρκούνται στην οσμή του ψητού, στο νέκταρ και αμβροσία. Θρησκεία, τροφή και ιατρική λοιπόν φαίνονται άρρηκτα συδεδεμένα. Η αρχαία Ελληνική γραμματεία δίνει πάρα πολλές πληροφορίες για τις αξίες που αντιπροσωπεύουν οι διαιτητικές συνήθειες και επιλογές, πέρα από την διατροφική τους σημασία. Η απόρριψη της κατανάλωσης ωμού κρέατος, η μεγάλη εκτίμηση στο σιτάρι, η αντιφατική στάση απέναντι στο κρασί αντιπροσωπεύουν την απέχθεια στις λιγότερο εκλεπτυσμένες επιλογές, την προσήλωση στις οργανωμένες μορφές διαβίωσης (γεωργικές καλλιέργειες αντί της νομαδικής ή κυνηγετικής ζωής ) και την διαλεκτική προσέγγιση στα μεγάλα θέματα: ζωής -θανάτου -ευτυχίας (στον Όμηρο το ψωμί-τροφή - αναβάλλει τον θάνατο).

Οι φακές, το κριθάρι, και το σιτάρι αποτελούσαν τις βασικές τροφές της κλασικής Ελλάδας του σίτου, που σημαίνει «τροφή βασική τροφή, προμήθεια του στρατού». Οι τροφές αυτές συνοδεύονταν συνήθως από το όψον (= «αυτό που τρώει κανείς με ψωμί»), δηλ. από λαχανικά, τυρί, αυγά, ψάρια (φρέσκα, παστά ή ξερά) και λιγότερο συχνά κρέας. Σ' αυτήν την βασική διατροφική δομή υπήρχαν πολλά συμπληρώματα, τουλάχιστον όταν τα γεύματα έφταναν στον ύψιστο βαθμό επεξεργασίας και περιπλοκότητας. Του κύριου γεύματος προηγούντο στην περίπτωση αυτή τα ορεκτικά τα οποία δεν ήταν διαφορετικά στο είδος από τα συνηθισμένα εδέσματα που συνόδευαν τις βασικές τροφές αλλά επιλέγονταν, για την περίπτωση μεταξύ εκείνων που είχαν πιο πικάντικη γεύση. Και όταν οι συνδαιτυμόνες συγκεντρώνονταν τους μοίραζαν στεφάνια από λουλούδια και αρωματικά φυτά και αρώματα. Μετά το γεύμα, έπιναν οίνο, ένα μόνον είδος άκρατου οίνου κατά την σπονδή, που ακολουθείτο από μεγάλες ποσότητες κρασιού, δηλαδή οίνου αναμειγμένου με νερό. (Andrew Dalby, «Σειρήνια δείπνα», Ηράκλειο 2000)

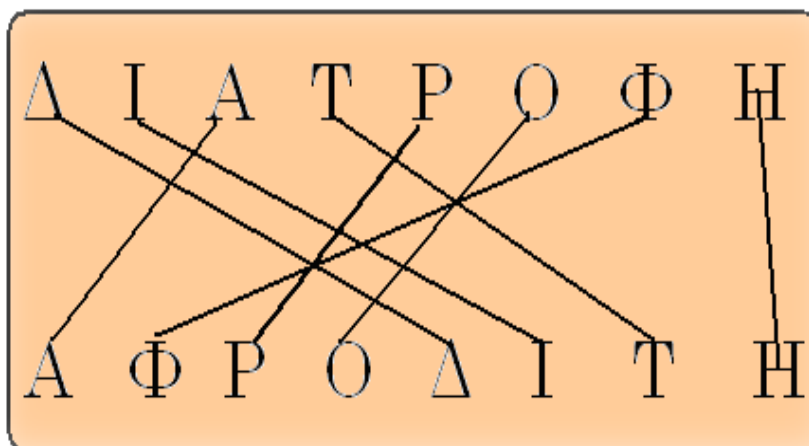
Ο Πυθαγόρας, ο Πλούταρχος, ο Πλάτωνας αλλά και όλοι σχεδόν οι σοφοί της αρχαιότητας, διακηρύττουν την ωφελιμότητα τόσο της λιτής διατροφής όσο και της συγκρατημένης εν γένει ζωής. Η δίαιτα που ακολουθούν στηρίζεται ως επί το πλείστον στα φρούτα και τα χορταρικά. Σύμφωνα με τα όσα αναφέρει ο Ιάμβλιχος, πιθανότατα ο Πυθαγόρας εκτός από μαθηματικός είναι και ο πρώτος εισηγητής της επιστημονικής διαιτητικής. Υποστηρίζει ότι ο «άνθρωπος είναι ό,τι τρώει, πίνει και σκέπτεται». Εξηγεί στους μαθητές του ότι κάθε είδος τροφής και ποτού εισερχόμενο στον ανθρώπινο οργανισμό οδηγεί σ' ένα ιδιάζον αποτέλεσμα, που μπορεί να είναι επιβλαβές ή ευεργετικό για το σώμα. Η θετική ή η αρνητική αυτή επίδραση δεν περιορίζεται όμως μόνο στο σώμα, αλλά έχει αντίκτυπο, στο πνεύμα καθώς και στην ψυχή. Σύμφωνα με τον Πυθαγόρα, λοιπόν, σημαντικό ρόλο για την καλή υγεία του ανθρώπου παίζει και ο τρόπος που αυτός τρώει. Προτρέπει δε τους μαθητές του να τρώνε και να πίνουν πάντα με μέτρο και με χάρη όπως αρέσει στο «Θεό». Το «μέτρο» και το «κάλλος» είναι δυο αρετές πολύ σημαντικές στην αρχαιοελληνική

φιλοσοφία και κοσμοθεωρία. Έντονα ορατές στο «θείο» κόσμο της φύσης. (Δαφερέρα Τ., Ελλήνων Διατροφή «Μέτρον Άριστον», Αθήνα 2001)

Αλλά ακόμη και ο νομοθέτης Λυκούργος υποστηρίζει ότι σε θέματα διατροφής πρέπει κανείς να ακολουθεί επιστημονικούς νόμους. Με την ίδια σοβαρότητα που ρυθμίζεται η ζωή του πολίτη με νόμους και όχι ακολουθώντας την τύχη έτσι πρέπει να ρυθμίζεται και η διαίτα του. Όπως λόγου χάρη, να λαμβάνει κανείς τόση τροφή όσο χρειάζεται, ώστε να μη βαραίνει το στομάχι, να υπάρχει δηλαδή «μέτρο». Να αποφεύγεται η πολυφαγία που οδηγεί στην παχυσαρκία και κατ' επέκταση στην ασθένεια και στον θάνατο. Το σώμα πρέπει να παραμείνει λεπτό. Και η καλύτερη διαίτα είναι εκείνη που διατηρεί το σώμα σταθερά σ' αυτή και μόνο αυτή τη μορφή. Κάθε απόκλιση από αυτό το πρότυπο δημιουργεί προβλήματα.

Ο ιατρός Ερυξίμαχος, στο Συμπόσιο του Πλάτωνα υποστηρίζει ότι «Στην ιατρική είναι πολύ σημαντικό να ρυθμίζει κανείς σωστά τις απολαύσεις τις σχετικές με την Μαγειρική Τέχνη, ώστε χωρίς κίνδυνο αρρώστιας να καρπώνεται την ηδονή». Είναι δηλαδή σημαντικό να δίδεται η πρέπουσα προσοχή στη διαίτα του κάθε ανθρώπου, ώστε να διατηρείται υγιής και να αποφεύγει δυσάρεστες για την υγεία του καταστάσεις. Ο Πλάτωνας, με τη σοφία που τον διακρίνει σε όλους τους τομείς συστήνει στους ανθρώπους να ακολουθούν τον εξής τρόπο διατροφής: «Να τρέφεστε με ψωμί πιτυρούχο, ελιές, τυρί, βολβούς, λαχανικά, ξηρούς καρπούς, σύκα και όσπρια. Ακολουθώντας αυτόν τον τρόπο διατροφής, θα ζείτε με ειρήνη και υγεία και φυσικά θα πεθαίνετε γέροι. Τον ίδιο αυτό τρόπο ζωής θα παραδίδετε στα εγγόνια σας».

Και εδώ ανιχνεύονται τα πρώτα σπέρματα της σύγχρονης διαιτητικής πυραμίδας. Οι αρχαίοι Έλληνες, «εφερευτές» και ένθερμα θιασώτες του «Μέτρον άριστον», εφάρμοσαν αυτό το «Μέτρον» και στη διατροφή τους. Εξάλλου η αποκωδικοποίηση της έννοιας «Διατροφή», σε ελεύθερη ποιητική απόδοση μπορεί να σημαίνει τροφή κατάλληλη, σωστή και υγιεινή, που οδηγεί τον Έλληνα στον «Δία», δηλαδή στο θείο, στο τέλειο, και τον κάνει ισότιμο με ένα άλλο θείο δημιούργημα: Το σύμβολο της τέλειας αρμονίας ψυχής και ύλης, που ονομάζεται Αφροδίτη, γεννημένης ακριβώς μέσα από τον αναγραμματισμό της λέξης.



Εικόνα 1: Ο αναγραμματισμός της λέξης διατροφή (Δαφερέρα Τ., Ελλήνων Διατροφή «Μέτρον Άριστον», Αθήνα 2001)

# 1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Διαιτολογία-Διαιτολόγοι

## 1.1 Ιστορική αναδρομή

Σε όλες τις περιόδους της εξέλιξης της ανθρώπινης κοινωνίας έχει δοθεί μεγάλη βαρύτητα στην Διατροφή του ανθρώπου. Ιδιαίτερα όταν ο άνθρωπος νοσούσε, η διατροφή απαιτούσε ακόμη μεγαλύτερη σημασία μια και θεωρούσαν ότι οι κατάλληλες τροφές λειτουργούσαν θεραπευτικά. Ο Ιπποκράτης πίστευε ότι η θεραπεία συνίσταται στη σωστή επιλογή τροφής σε σχέση τόσο με την ποσότητα όσο και με την ποιότητα στα διάφορα στάδια της νόσου. Ιδιαίτερη βαρύτητα στο διαιτικό-θεραπευτικό και φιλοσοφικό έργο του Ιπποκράτη κατέχει η έννοια της « Αρμονίας ». Υποστηρίζει ότι η υγεία του ανθρώπινου οργανισμού εξασφαλίζεται με την εξισορρόπηση των αντίθετων δυνάμεων, δηλαδή τη μείωση των ισχυρών και την αύξηση των αδύναμων. Η διάταξη αυτής της ισορροπίας εξηγεί την αίτια γέννησης των ασθενειών. Προβάλλει ως απαραίτητη προϋπόθεση της υγείας τη διατήρηση του « μέτρου » στον τρόπο ζωής και διατροφής, έτσι ώστε ο άνθρωπος να αποφεύγει τις δυσάρεστες συνέπειες των διάφορων ασθενειών.

Ο Έλληνας ιατρός Ασκληπιάδης (128-56 π.χ.) που θεωρείται ο ιδρυτής της διαιτητικής, αντίθετα προς τις απόψεις των χρόνων του, απέρριπτε τη φαρμακοθεραπεία και μελετούσε τη δραστική θεραπεία που βασιζόταν κυρίως στη δίαιτα. Σε συνεργασία με τους μαθητές του εκπόνησε λεπτομερειακές οδηγίες για τη χρήση διάφορων τροφίμων στη θεραπεία των νόσων. Επίσης ο Έλληνας ιατρός Γαληνός έδινε μεγάλη προσοχή στο πρόβλημα της διατροφής του αρρώστου.

Τα στοιχεία που διαθέτουμε για την ελληνική γαστρονομία και διαιτητική κατά τους αιώνες της Ρωμαϊκής κυριαρχίας είναι ελάχιστα. Μπορούμε να βρούμε πάλι άφθονες πληροφορίες για την διατροφή στον Ελλαδικό χώρο από Βυζαντινές πηγές. Διατροφικά η βυζαντινή περίοδος δεν είναι απλώς μια απομίμηση της αρχαίας ελληνικής ή ρωμαϊκής, αλλά ένας συνδυασμός και των δυο. Συγχρόνως όμως εμπλουτίζεται με νέα στοιχεία και ακολουθεί



μια εξελικτική πορεία αντιπροσωπευτικής της νέας αυτής εποχής. Συγκεκριμένα ο Συμεών Σηθ στο «Περί τροφών Δυνάμεως» καταγράφει τις τροφές που θα πρέπει να αποφεύγονται τελείως. Ακόμη στο «Περί Ύλης Ιατρικής» του Διοσκουρίδη βρίσκουμε μια ανάλυση για σπάνια τρόφιμα και φυτά εκείνης της εποχής. Σε γενικές γραμμές οι διαιτολόγοι στο Βυζάντιο συνέστηναν στους αρρώστους χορτοφαγικά γεύματα, που καταναλώνονταν με ξύδι ή κάποια άλλα αρτύματα. Η καινοτομία στο Βυζάντιο είναι ότι εκεί που οι αρχαιότεροι διαιτολόγοι, από το Περί Διαιτής του Ιπποκράτη μέχρι τον Οριβασίο αναφέρουν ελάχιστα πράγματα για την επίδραση των μπαχαρικών στην διατροφή, τα Βυζαντινά διαιτολόγια εγχειρίδια δίνουν μεγάλη βάση στην χρήση των μπαχαρικών και των αρωματικών. Γνωρίζουμε ακόμη ότι οι διαιτολόγοι εκείνης της εποχής, ακολουθώντας το παράδειγμα του Γαληνού, έθεταν κανόνες και για τα είδη των κρασιών που ταίριαζαν σε κάθε εποχή του χρόνου. (Andrew Dalby, «Σειρήνεια δείπνα»,2000)

Στον Μεσαίωνα, η επιστήμη της διατροφής του αρρώστου ατόνησε παράλληλα με την γενική πτώση του πολιτισμού. Μόνο ο Κώδικας του Ιατρικού Σχολείου του Σαλέρνο (13<sup>ος</sup> αι.) περιείχε οδηγίες για θεραπευτική διατροφή. Σημαντική εξέλιξη στη διαιτητική σημειώνεται πάλι το 17<sup>ο</sup> αιώνα. Ο Βρετανός ιατρός Σύντεναμ καθόρισε μια δίαιτα για την αρθρίτιδα και την παχυσαρκία, επισήμανε τον κίνδυνο από την υπέρμετρη χρήση φαρμάκων και έδωσε μεγάλη σημασία στη διατροφή του αρρώστου, ζητώντας να αντικατασταθεί το φαρμακείο από την κουζίνα. Η διαιτητική εξελίχθηκε ακόμα περισσότερο στο τέλος του 18<sup>ου</sup> αιώνα και ιδιαίτερα από το δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα. (Μεγάλη Σοβιετική Εγκυκλοπαίδεια, Αθήνα 1979)

Σε σχέση με την διατροφή και τον μεταβολισμό, αρχικά, ο Antonie Lavoisier διατύπωσε την δική του θεωρία της καύσης και άνοιξε τον δρόμο της μοντέρνας θερμιδομετρίας, η οποία αποτελεί και την αρχή της ανάπτυξης της επιστήμης της διατροφής. Για τον λόγο αυτό ο Lavoisier θεωρείται ο πατέρας της επιστήμης αυτής. Με βάση τα πειράματά του κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η παραγωγή της θερμότητας στο σώμα των πειραματόζων ήταν ευθέως ανάλογη με την κατανάλωση του οξυγόνου, και κατά συνέπεια η παραγόμενη θερμότητα αυξάνονταν πάνω από το βασικό επίπεδο με την πρόσληψη τροφής και την φυσική άσκηση.

Κατόπιν ο Francois Magendie ήταν ο πρώτος που χώρισε τα θρεπτικά στοιχεία των τροφών. Ομοίως ο Liebig τον 19ο αιώνα αναγνώρισε ότι οι υδατάνθρακες, τα λίπη και οι πρωτεΐνες οξειδώνονται στο σώμα και μετά υπολόγισε την ενεργειακή αξία μερικών συστατικών των τροφών. Υπέθεσε ότι μόνο οι πρωτεΐνες περιέχουν άζωτο ( $N_2$ ), και ότι το άζωτο των ούρων προέρχεται από τις πρωτεΐνες του σώματος. Επίσης ο Bidder και ο Schmidt περιγράφουν ένα "τυπικό ελάχιστο" απαραίτητου μεταβολισμού το οποίο εμφανίζονταν στα πειραματόζωα τους όταν δεν τους έδιναν τροφή. Αυτό το τυπικό ελάχιστο είναι γνωστό σήμερα ως μεταβολισμός ηρεμίας. Ο Voigt διαπίστωσε ότι η κατανάλωση του οξυγόνου δεν είναι η αιτία του μεταβολισμού, αλλά αντίθετα ότι η κατανάλωση του οξυγόνου είναι το αποτέλεσμα του κυτταρικού μεταβολισμού. Τέλος ο Rubner υπολόγισε την θερμιδική αξία των υδατανθράκων, πρωτεϊνών και λιπών. Οι τιμές που είχε ορίσει είναι πολύ κοντά στις τιμές των θρεπτικών θερμιδογόνων συστατικών που χρησιμοποιούμε σήμερα στους διαιτητικούς υπολογισμούς.

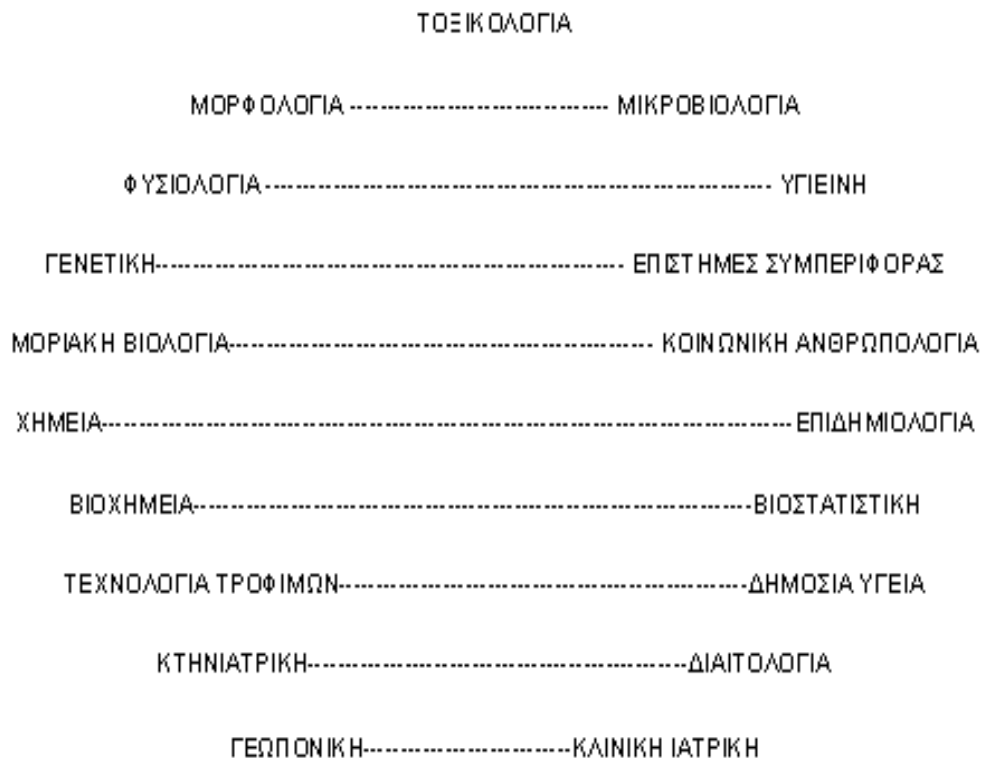
Στις αρχές του 20ου αιώνα αναγνωρίστηκε η ύπαρξη διάφορων οργανικών ενώσεων σε μικρές ποσότητες στις τροφές, ενώ τα νοσήματα διατροφικής ανεπάρκειας ήταν γνωστά αρκετά χρόνια πριν. Ο Hopkins αναγνώρισε τη σχέση μεταξύ των συμπληρωματικών παραγόντων των τροφών (βιταμίνες) και των συνδρόμων διατροφικής ανεπάρκειας, τα οποία είχαν παρατηρηθεί από αιώνες. Η θεωρία ότι τα βασικά σύνδρομα ήταν αποτέλεσμα της έλλειψης θρεπτικών ουσιών είχε προταθεί από τον Casimir Funk. Ο Funk διάλεξε τον όρο βιταμίνες (Vitamins) για τους συμπληρωματικούς παράγοντες των τροφών. Το όνομα το διάλεξε γνωρίζοντας ότι είναι απαραίτητοι για τη ζωή (Vita) και ότι ο αντί beri-beri παράγοντας που προσπαθούσε να απομονώσει ήταν μία αμίνη (amine). Η αποδοχή της θεωρίας της βιταμίνης δεν έγινε αμέσως από όλους, αλλά μετά την ανακάλυψη της βιταμίνης A από τον McCollum, γεννήθηκε η εποχή της βιταμίνης στην ερευνά της διατροφής. (Η επιστήμη της διατροφής, <http://av.fshn.wsu.edu>)

Η ανακάλυψη των βιταμινών (N.I. Λούνιν, K. Φούνκ), η μελέτη των ορυκτών ουσιών στη διατροφή του αρρώστου (Γ. Μπούνγκε κ.α), οι εργασίες των Νούρντεν, Εφόν Λέιντεν, Γ. Κλέμπερ και άλλων βασικών έργων για την θεραπευτική διατροφή, προώθησαν την εξέλιξη

της διαιτητικής σε επιστήμη. Σήμερα η νεώτερη διαιτητική χρησιμοποιεί τις τελευταίες μεθόδους και επιτεύξεις της ιατρικής, της βιοχημείας, της φυσιολογίας, της μορφολογίας και άλλων επιστημών, οι επεξεργασμένες αρχές των οποίων εφαρμόζονται στο όλο σύμπλεγμα της θεραπείας. Η κύρια μεθοδολογική κατεύθυνση της διαιτητικής είναι δυναμική δηλαδή συνδυάζει τα στοιχεία της πειραματικής έρευνας στα ζώα και τις κλινικές παρατηρήσεις πάνω στους ασθενείς.

Συμπερασματικά η Επιστήμη της Διατροφής παίρνει πληροφορίες και γνώσεις από ένα μεγάλο φάσμα επιστημών. Το φάσμα αυτό (σχήμα) δεν είναι πλήρες και αρκετές επιστήμες, αν και φαινομενικά άσχετες μεταξύ τους, μπορούν να συμβάλλουν με γνώσεις και τεχνικές σε θέματα Διατροφής, όπως η Αρχαιολογία, η Φυσική και η Πυρηνική Ιατρική.

### Πίνακας 1: Φάσμα επιστήμης διατροφής



ΠΗΓΗ: (Η επιστήμη της διατροφής, <http://av.fshn.wsu.edu>)

## 1.2 Ορισμός του διαιτολόγου

Θέλοντας κανείς να αποκτήσει μια ολοκληρωμένη εικόνα για το τι ακριβώς είναι ο διαιτολόγος είναι αναγκαίο να ανατρέξει σε διάφορες πηγές. Παρακάτω παρατίθενται τρεις ενδεικτικές περιγραφές του όρου διαιτολόγου. Ο Διαιτολόγος ορίζεται ως:

- Ο ειδικός που καθορίζει συγκεκριμένο τρόπο διατροφής για την απώλεια βάρους ή την διατήρηση της καλής φυσικής κατάστασης αθλητών, ασθενών ή άλλων ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα με την διατροφή τους (η λέξη αναφέρεται από το 1889 και είναι ελληνογενής ξένη ορολογία, προερχόμενη από την Αγγλία.) (Ο παραπάνω ορισμός είναι από το λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας. Γ. ΜΠΑΜΠΙΝΙΩΤΗΣ, 1998)
- Κάτοχος τουλάχιστον πανεπιστημιακού διπλώματος (BSc) ή ισότιμου πτυχίου στην διαιτολογία ή διαιτολογία και επιστήμη διατροφής. Είναι ο ειδικός που εκπαιδεύτηκε στην διατροφή, επιστήμη τροφίμων και σχεδιασμό συγκεκριμένων διαιτολογίων ή μενού για συγκεκριμένες καταστάσεις υγείας. Ο διαιτολόγος που κατέχει πανεπιστημιακό δίπλωμα με τίτλο σπουδών στην Επιστήμη Διατροφής μπορεί να ονομάζεται και Διατροφολόγος. Ο Διαιτολόγος μπορεί να είναι απόφοιτος πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ) ή τεχνολογικής εκπαίδευσης (π.χ. Ανώτατου Τεχνολογικού Ινστιτούτου) (ΤΕ). Ο τίτλος σύμβουλος διατροφής δεν είναι κατοχυρωμένος αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο από τους διαιτολόγους.( Ο παραπάνω ορισμός είναι από τον Σύνδεσμο Διαιτολόγων Κύπρου, 2006)
- Είναι ο ειδικός επιστήμονας που με γνώσεις και πληροφορίες και κατάλληλους χειρισμούς, συμβάλλει στην προστασία και προαγωγή της υγείας και συνεισφέρει στην αποκατάστασή της, με την σωστή διατροφή. (Ο παραπάνω ορισμός είναι από τον Πανελλήνιο Σύλλογο Διαιτολόγων-Διατροφολόγων)

Σύμφωνα λοιπόν με τους παραπάνω ορισμούς προκύπτει ότι ο διαιτολόγος είναι ο ειδικός επιστήμονας που εκπαιδεύτηκε στην διατροφή, στην επιστήμη των τροφίμων και στον σχεδιασμό εξειδικευμένων διαιτολογίων για συγκεκριμένες καταστάσεις υγείας.

Άλλοι ορισμοί:

Ο διαιτολόγος είναι ένας επιστήμονας ιδιαίτερα εκπαιδευμένος στα τρόφιμα και στην διατροφή, που έχει καλύψει τις ελάχιστες ακαδημαϊκές και επαγγελματικές απαιτήσεις. (American Dietetic Association)

Ο διαιτολόγος είναι ένα πρόσωπο με ένα νόμιμα αναγνωρισμένο πτυχίο (στη διατροφή και τη διαιτητική) που εφαρμόζει την επιστήμη της διατροφής στη σίτιση και την εκπαίδευση των ομάδων και των ατόμων στην υγεία και στην ασθένεια (EFAD& ICDA)

### 1.3 Κλάδοι διαιτολογίας

Διατροφολόγος= Κάτοχος πανεπιστημιακού πτυχίου ή/ και μεταπτυχιακού στην επιστήμη της ανθρώπινης διατροφής. Ο Κλινικός Διατροφολόγος είναι ο διατροφολόγος με μεταπτυχιακό με τίτλο «Clinical Nutrition». Ο διατροφολόγος ή/ και κλινικός διατροφολόγος μπορεί να εξασκεί το επάγγελμα του διαιτολόγου μόνο εάν πληρεί τις εκάστοτε νομικές προϋποθέσεις για να είναι διαιτολόγος ή/και κλινικός διαιτολόγος. Ο διατροφολόγος ή/ και κλινικός διατροφολόγος αναγνωρίζεται από συγκεκριμένα διεθνή επιστημονικά σώματα εφόσον πληρεί τα αναγκαία κριτήρια που τίθενται από τα αρμόδια σώματα.

Κλινικός Διαιτολόγος = Ο διαιτολόγος που μετά το πτυχίο του ή κατά την διάρκεια του πτυχίου από πανεπιστήμιο ή άλλο ισότιμο εκπαιδευτικό ίδρυμα συμπλήρωσε την απαιτούμενη ειδίκευση και πρακτική εξάσκηση, είναι κάτοχος του τίτλου RD/SRD (Registered Dietician / State Registered Dietician) ή ισότιμου προσόντος και διατηρεί τον ακαδημαϊκό του τίτλο με συνεχή μετεκπαίδευση ή κατέχει μεταπτυχιακό με τίτλο την Κλινική Διαιτολογία. Εάν η εξειδίκευση αποκτάται προπτυχιακά θεωρούμε προφανές ότι το Τμήμα που χορηγεί τον τίτλο παρέχει την αντίστοιχη κατεύθυνση σπουδών μέσω του εγκεκριμένου προγράμματός του.

Διαιτολόγος με Μεταπτυχιακό (ή με εξειδίκευση): Ο Διαιτολόγος και/ή κλινικός διαιτολόγος που κατέχει μεταπτυχιακό με συγκεκριμένη κατεύθυνση.

Διαιτολόγος Εξ' Επαγγέλματος = Σε ορισμένες χώρες, όπως π.χ. στην Κύπρο την περίπτωση της οποίας αφορούν οι πληροφορίες αυτής της παραγράφου, καλείται ο διαιτολόγος που:

α. Έχει επαρκείς γνώσεις στον κλάδο της Επιστήμης Τροφίμων ή της Διαιτολογίας, ανάλογα με την περίπτωση, και αν το Συμβούλιο ικανοποιηθεί γι' αυτό κατά την μελέτη της αίτησης και/ ή συνάντησης με τον ενδιαφερόμενο. Νοείται ότι εξαιρούνται περιπτώσεις υποψηφίων που κατέχουν δίπλωμα ή πτυχίο μη πανεπιστημιακού επιπέδου, τουλάχιστο διετούς φοίτησης, στην Διαιτολογία ή στην Επιστήμη Τροφίμων ή στην Τεχνολογία Τροφίμων.

β. Κατά την ημερομηνία έναρξης της ισχύος κάθε νέου Νόμου που καθορίζει τις προϋποθέσεις για την άσκηση της διατητικής, ασκούσε με καλή πίστη και για ίδιον αυτού λογαριασμό ως αυτοεργοδοτούμενος το επάγγελμα του επιστήμονα τροφίμων ή του διαιτολόγου, ανάλογα με την περίπτωση

γ. Ασκούσε αυτό το ειδικό επάγγελμα για δύο συνεχή τουλάχιστο χρόνια αμέσως πριν από την ημερομηνία έναρξης της ισχύος του νέου Νόμου

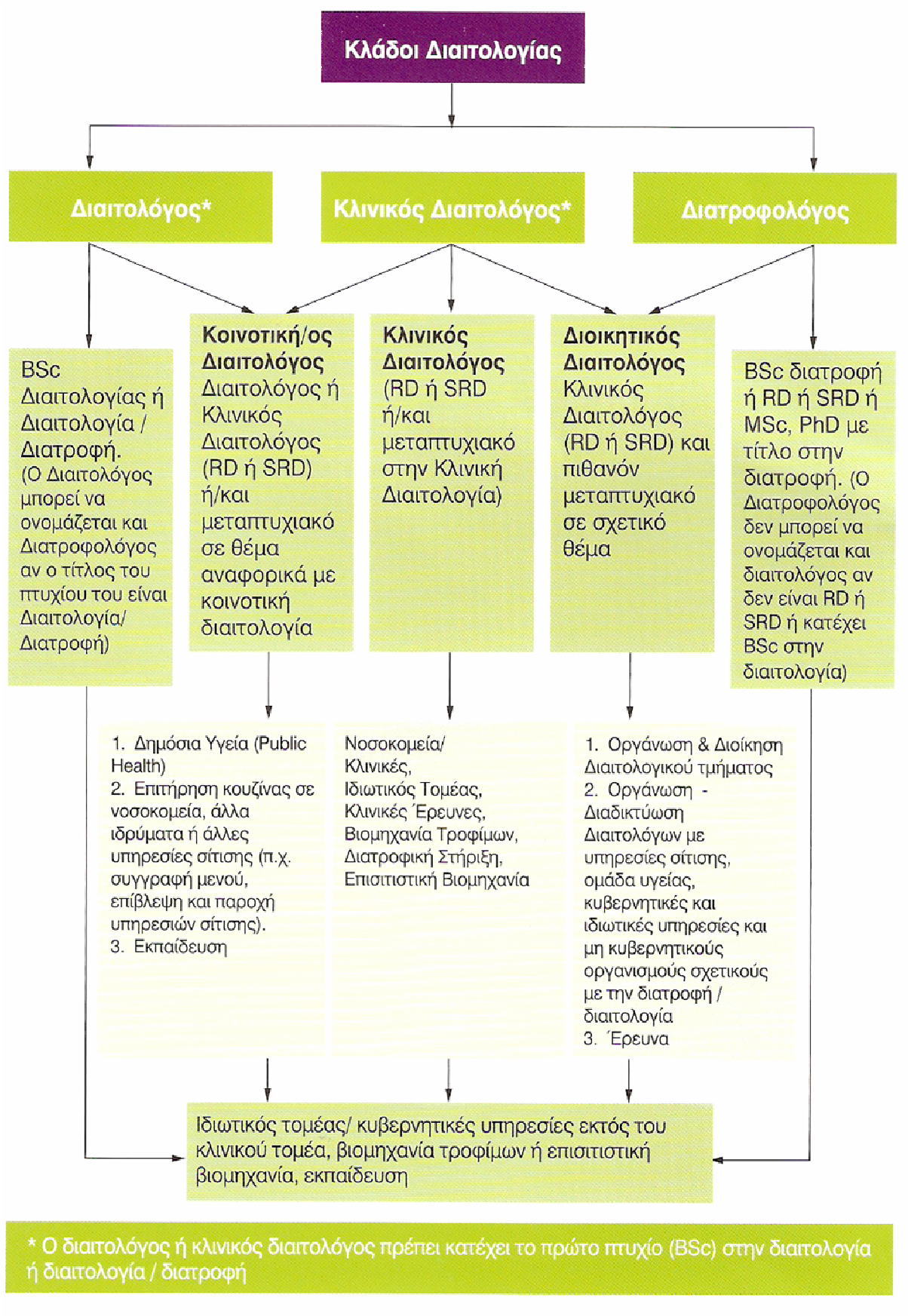
δ. Είχε εγγραφεί ή είχε εξασφαλίσει θέση, πριν της έναρξη εφαρμογής του νέου Νόμου, σε σχολή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης τριετούς τουλάχιστο φοίτησης και απέκτησε το σχετικό τίτλο, πτυχίο δίπλωμα. Νοείται ότι η εγγραφή στον Ειδικό Κατάλογο ισχύει μέχρι την τελεσίδικη αξιολόγηση των σχετικών τίτλων, πτυχίων ή διπλωμάτων από το Συμβούλιο Εγγραφής Επιστημόνων / Τεχνολόγων Τροφίμων και Διαιτολόγων Κύπρου (ΣΕΕΤΤΔ) και το Κυπριακό Συμβούλιο Αναγνώρισης Τίτλων Σπουδών. Επίσης ο εν λόγω κατάλογος έχει κλείσει μετά και από την παράταση που έχει δοθεί από το ΣΕΕΤΤΔ τον Ιανουάριο του 2000.

**Ο Διατροφολόγος είναι ένας ειδικός υγείας που αφιερώνει την επαγγελματική του δραστηριότητά αποκλειστικά στα τρόφιμα /την επιστήμη διατροφής, την προληπτική διατροφή, την ασθένεια σχετικά με τις θρεπτικές ανεπάρκειες, και τη χρήση του θρεπτικού χειρισμού για να ενισχύσει την κλινική απάντηση στις ανθρώπινες ασθένειες. (ACN )**

**Ο Διαιτολόγος: το άτομο που ειδικεύεται στη διαιτητική**

**Ο Διατροφολόγος: το άτομο που ειδικεύεται στη μελέτη της διατροφής**

**(American Heritage Dictionary)**



Πίνακας 2: Κλάδοι διαιτολογίας. (Σύνδεσμος Διαιτολόγων Κύπρου, 2006)



## 1.4 Καθήκοντα

### 1.4.1 Διαιτολόγος

Αναγνωρίζεται ως υπεύθυνος για τη διατροφή του ατόμου. Βοηθά μεμονωμένα άτομα, αλλά και σύνολα ατόμων να επιλέγουν τα σωστά τρόφιμα (ποσοτικά και ποιοτικά), σχεδιάζοντας το κατάλληλο διαιτολόγιο με σκοπό την προμήθεια του ανθρώπινου οργανισμού με κατάλληλες θρεπτικές ουσίες για την εξασφάλιση μιας υγιεινής ζωής και την πρόληψη και αντιμετώπιση ορισμένων καταστάσεων που σχετίζονται με τη διατροφή για υγιή άτομα και συγκεκριμένες καταστάσεις υγείας. Μπορεί επίσης να ασχοληθεί με έρευνα ή με την εκπαίδευση ή με την νομοθεσία και την πολιτική σε σχέση με τα τρόφιμα και την διατροφή. Μπορεί να έχει κατεύθυνση στην κοινοτική (Δημόσιας Υγείας) ή/ και διοικητική διαιτολογία. (Σύνδεσμος Διαιτολόγων Κύπρου, 2006)



Ο Διαιτολόγος μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε καταστάσεις ή κατηγορίες παθήσεων (Πίνακας 3), όπως

A. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ (παιδικής ηλικίας, ενηλικίωσης, τρίτης ηλικίας) και πρόληψη κακής θρέψης, Παχυσαρκία Τύπου I, Διαβήτη Τύπου II (μη ινσουλινοθεραπευόμενου), διατροφικές ελλείψεις και υπερβολική λήψη θρεπτικών συστατικών σε μη παθολογικές καταστάσεις, δυσλιπιδαιμία, δυσκοιλιότητα, γαστρίτιδα, πεπτικό έλκος ή σε οποιαδήποτε κατάσταση που ορίζεται από διεθνή και τοπική νομοθεσία και κανονισμούς κ.λπ.(με Υπουργική απόφαση Αρ.329166 ΦΕΚ.378/90 άρθρο 3, στα Εξωτερικά Διαβητολογικά Ιατρεία και στις Διαβητολογικές μονάδες των Νοσοκομείων είναι απαραίτητη η ύπαρξη Διαιτολόγου από το τμήμα Διατροφής του εκάστοτε Νοσοκομείου).(Παράρτημα 4).

### 1.4.2 Κλινικός Διαιτολόγος

Ο κλινικός διαιτολόγος, εκτός από τα καθήκοντα του ως Διαιτολόγος, βασισμένος πάνω σε συγκεκριμένη διάγνωση βοηθά άτομα με προβλήματα υγείας που έχουν σχέση με τη

κλινική διαιτολογία, να βελτιώσουν την κατάσταση τους, σχεδιάζοντας για αυτά το κατάλληλο διαιτολόγιο και την κατάλληλη διατροφική / διαιτολογική θεραπευτική αγωγή δρώντας σαν μέλος της Ομάδας Επαγγελματιών Υγείας. Μπορεί επίσης να ασχοληθεί με έρευνα ή με την εκπαίδευση ή με την νομοθεσία και την πολιτική σε σχέση με τα τρόφιμα και την διατροφή. Μπορεί να έχει κατεύθυνση στην κοινοτική (Δημόσια Υγεία), διοικητική, κλινική διαιτολογία.

Σύμφωνα με Αμερικανικές πηγές (Τμήμα Διατροφής και Επιστημών τροφίμων του Πανεπιστημίου Texas Woman's University) οι λειτουργίες και οι δραστηριότητες που διενεργούν είναι οι εξής:

A. Δραστηριότητες που σχετίζονται με τους πελάτες:

1. Προκαταρκτική καταγραφή της συγκεκριμένης διατροφής
2. Εκτενής διατροφική αξιολόγηση
3. Σχεδιασμός της διατροφικής περίθαλψης
4. Εφαρμογή της διατροφής της περίθαλψης
5. Εκτίμηση και επαναξιολόγηση της διατροφής της περίθαλψης
6. Παροχή διατροφικών συμβούλων και εκπαίδευση (μεμονωμένα)
7. Παροχή διατροφικών συμβούλων και εκπαίδευση (οικογένεια)
8. Παροχή διατροφικών συμβούλων και εκπαίδευση (ομάδες)
9. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της περίθαλψης
10. Θρεπτική ανάλυση προσλαμβανόμενης τροφής
11. Ανάλυση του διατροφικού ιστορικού
12. Συμμετοχή σε συσκέψεις ομάδων υγείας
13. Σχεδιασμός και "συνταγογράφηση" των προϊόντων εντερικής διατροφής
14. Υπολογισμός της θρεπτικής σύστασης μιας δίαιτας
15. Συμμετοχή σε κοινοτικές υπηρεσίες και εκπαίδευση
16. Τεκμηρίωση της διατροφικής περίθαλψης

17. Προετοιμασία μενού/διαιτών για μεμονωμένους ασθενείς/πελάτες
18. Σύνταξη πρωτοκόλλων διατροφής/συντήρησης



B. Διοικητικές / διευθυντικές λειτουργίες του κλινικού διαιτολόγου:

1. Προώθηση υπηρεσιών διατροφής
2. Προετοιμασία και διανομή των συμπληρωμάτων διατροφής και σχημάτων εντερικής και παρεντερικής διατροφής
3. Προμήθεια συμπληρωμάτων διατροφής ή προϊόντων εξειδικευμένης διατροφής
4. Ανάπτυξη μενού
5. Κατάρτιση προτύπων διατροφικής περίθαλψης
6. Διασφάλιση ποιότητας
7. Διοίκηση προσωπικού
8. Σχεδιασμός συναντήσεων προσωπικού
9. Ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση
10. Εκπαίδευση/κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας
11. Προγραμματισμός
12. Κατάρτιση και εφαρμογή οικονομικού προϋπολογισμού
13. Διοικητικές δραστηριότητες
14. Διοικητικές ευθύνες, υπηρεσιών διατροφής και διατροφικής εξυπηρέτησης (foodservice)
15. Ανάπτυξη/ αναθεώρηση εγγράφων

### Γ. Δραστηριότητες Αυτοεκπαίδευσης

1. Βιβλιογραφική επισκόπηση
2. Συνεχής εκπαίδευση

### Δ. Δραστηριότητες μη σχετικές με το επάγγελμα

1. Υπαλληλικές δραστηριότητες
2. (Τα παραπάνω στοιχεία δόθηκαν από την Carol Shan Klin Ph D Τμήμα Διατροφής και Επιστημών τροφίμων του Πανεπιστημίου Texas Woman's University)

Αναλυτικότερα, ο Κλινικός Διαιτολόγος μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε παθήσεις ή κατηγορίες παθήσεων (Πίνακας 3), όπως:

#### A. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ:

Διατροφή και κύηση – θηλασμός, διατροφή στην βρεφική, παιδική και εφηβική ηλικία, διατροφή στην ενήλικη και γεροντική ηλικία.

#### B. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ:

Διατροφή και παθήσεις του οισοφάγου και του στομάχου, διατροφή και παθήσεις του λεπτού εντέρου, διατροφή και παθήσεις παχέος εντέρου ή άλλων γαστρεντερολογικών παθήσεων, διατροφή και παθήσεις ήπατος, παγκρέατος και πνευμονικών παθήσεων, διατροφή και σακχαρώδης διαβήτης, διαβήτης και άλλα μεταβολικά/ ενδοκρινολογικά προβλήματα, διατροφή και παθήσεις των νεφρών, διατροφή και καρδιοπάθειες, παχυσαρκία –Τύπου I, Τύπου II και Τύπου III, διατροφή σε τραύματα, εγκαύματα, χειρουργικές επεμβάσεις, εμπύρετες καταστάσεις, και ανοσοποιητικού συστήματος, ειδικές μορφές διατροφής – εντερική και παρεντερική διατροφή, διατροφή για ειδικές παιδιατρικές καταστάσεις, διατροφή και νευρολογικές και ψυχιατρικές καταστάσεις (π.χ. νευρογενή ανορεξία και βουλιμία), διατροφή λευχαιμίας, λεμφώματος, καρκίνου και καταστάσεις καρκίνου (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία), διατροφή και μυοσκελετικά προβλήματα, αρθρίτιδα, διατροφή και αιματολογικά προβλήματα, διατροφή και φαρμακευτική αγωγή, διατροφή και κακή θρέψη.

### 1.4.3 Διατροφολόγος:

Ο διατροφολόγος ή/ και κλινικός διατροφολόγος δικαιούται να δώσει γενικές συμβουλές σε μεμονωμένα άτομα ή ομάδες ατόμων που είναι υγιή, σε σχέση με την υγιεινή διατροφή και την πρόληψη χωρίς να σχεδιάζουν ατομικά διαιτολόγια. Μπορεί επίσης να αναμιχθεί σε έρευνα ή με την εκπαίδευση ή με την νομοθεσία και την πολιτική σε σχέση με τα τρόφιμα και την διατροφή. Μπορεί να έχει κατεύθυνση στην κοινοτική διαιτολογία.

| Κλινικός Διαιτολόγος   | Διαιτολόγος  | Διατροφολόγος  |
|--|--|--|
| Θεραπευτικός και Προληπτικός Ρόλος   | Προληπτικός Ρόλος και Αντιμετώπιση Συγκεκριμένων Καταστάσεων Υγείας          | Προληπτικός Ρόλος  |
| Εργάζεται με Υγιή Άτομα και Ασθενείς   | Εργάζεται με Υγιή Άτομα (και συγκεκριμένες καταστάσεις υγείας)               | Εργάζεται με Υγιή Άτομα  |
| Δίνει Διαιτολόγια σε Ατομικό και Ομαδικό Επίπεδο   | Δίνει Διαιτολόγια σε Ατομικό και Ομαδικό Επίπεδο                             | Δίνει Γενικές Συμβουλές διατροφής σε Ομαδικό και Ατομικό Επίπεδο |
| Δρα σαν Μέλος της Ομάδας Επαγγελματιών Υγείας και θεωρείται σαν μέλος των παραϊατρικών επαγγελμάτων ή άλλων ιατρικών υπηρεσιών | Θεωρείται σαν μέλος των παραϊατρικών επαγγελμάτων ή άλλων ιατρικών υπηρεσιών |  |

Πίνακας 3. Ομάδες διαιτολόγων.(Σύνδεσμος Διαιτολόγων Κύπρου,2006)

## 1.5 Αντικειμενική γνώση, κατανόηση, σχετικές δεξιότητες του πτυχιούχου διαιτολόγου

Η αντικειμενική γνώση ,η κατανόηση και οι σχετικές δεξιότητες, που είναι ικανές να υποστηρίξουν την ασφαλή ενημέρωση και την αποτελεσματική πρακτική για τη διαιτητική. Ο

δαιτολόγος πρέπει να είναι σε θέση να εφαρμόζει την γνώση των βασικών επιστημών που υποστηρίζουν τη διαιτητική και μια λεπτομερή γνώση μερικών θεμάτων.

### **1.5.1 Γνωστικά πεδία ή γνώσεις επιστημών**

#### **A. Βιοχημεία**

Η γνώση της χημείας των διαδικασιών διαβίωσης και τα συστατικά των τροφίμων, εισάγονται στην κλινική βιοχημεία. Ο πτυχιούχος θα έχει αποκτήσει μια βασική γνώση των κυτταρικών και μοριακών επιστημών. Θα γνωρίζει την ολοκληρωμένη φύση της βιοχημείας, της φυσιολογίας και της διατροφής. Αυτό χρειάζεται, έτσι ώστε ο δαιτολόγος να κατανοεί την κυτταρική και μοριακή βάση της ασθένειας, τις μεταβολικές επιπλοκές που λαμβάνουν χώρα στις πιο κοινές παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν, το διαβήτη, τη παχυσαρκία και την υπερλιπιδαιμία. Επίσης αντιλαμβάνεται τη βάση για την ταξινόμηση των ενζύμων, τους ομο - παράγοντες και τους ανασταλτικούς παράγοντες, τις κυρίες μεταβολικές οδούς και τη συμμετοχή των θρεπτικών συστατικών και άλλων συστατικών των τροφίμων, στη γενική χημεία.

#### **B. Catering/επιστήμη τροφίμων/δεξιότητες τροφίμων**

Η γνώση της διαδικασίας του ασφαλούς χειρισμού και της προετοιμασίας των τροφίμων με βάση τη σχετική νομοθεσία. Ο πτυχιούχος πρέπει να κατανοεί τις αρχές διαχείρισης της τροφοδοσίας στο NHS, να είναι γνώστης των οικονομικών περιορισμών, που περιλαμβάνονται στον σχεδιασμό μενού, τις διαφορετικές μεθόδους υπηρεσίας τροφίμων, και τα θρεπτικά πρότυπα για τις υπηρεσίες του catering και πώς αυτά αναπτύσσονται, εφαρμόζονται και ελέγχονται. Πρέπει να έχει ικανότητα εκτίμησης των κανονισμών και της νομοθεσίας που αφορούν τις ετικέτες, τους τύπους και τις χρήσεις των πρόσθετων ουσιών, και τις μεθόδους συντήρησης των τροφίμων. Πρέπει να ξέρει πώς η περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά, μεταβάλλεται από τις διάφορες μεθόδους παραγωγής των τροφίμων. Πρέπει να γνωρίζει το ευρύ φάσμα των συνήθως καταναλωμένων τροφών,

συμπεριλαμβανομένων, των γρήγορων φαγητών (τύπου fast food), την περιεκτικότητά τους σε θρεπτικά συστατικά, και την καταλληλότητα ενός ευρέος φάσματος τροφίμων για το συνυπολογισμό τους, στις τροποποιημένες διατροφές. Πρέπει να είναι σε θέση να περιγράψει τη σειρά και το σχετικό κόστος των τροποποιημένων σε θρεπτικά συστατικά τροφίμων, που είναι διαθέσιμα στο ευρύ κοινό.

### Γ. Κλινική Ιατρική

Η γνώση της κλινικής ιατρικής παρέχει ένα υγιές ιατρικό υπόβαθρο, ιδιαίτερα εκεί που η διατροφή είναι ένα σημαντικό μέρος της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της κατανόησης της ιατρικής ορολογίας. Ο πτυχιούχος πρέπει να κατανοεί τις σημαντικότερες διαδικασίες των ασθενειών και τη διαφορά μεταξύ της αιτιολογίας και των παραγόντων κινδύνου τους. Πρέπει να εκτιμήσει τις διαφορετικές μεθόδους ταξινόμησης των ασθενειών και τη χρησιμοποίησή τους, στην πλειονότητά τους. Πρέπει να καταλάβει τους τρόπους με τους οποίους οι ασθενείς εξετάζονται, για να επιτύχει η διάγνωση και ποιοι είναι οι κοινοί τύποι θεραπείας και την διαχείριση των ασθενών.

### Δ. Διαιτητική

Η γνώση της διαιτητικής βοηθά στην κατανόηση του ρόλου του επαγγέλματος του διαιτολόγου, στην θεραπεία των δυσλειτουργιών, που αντιμετωπίζονται με τη σωστή πρόσληψη τροφής. Ο κάτοχος διπλώματος πρέπει να έχει τη γνώση ενός ευρέος φάσματος των τροφίμων, συμπεριλαμβανομένων των λειτουργικών τροφίμων, του θρεπτικού σχεδιαγράμματος και της πιθανής χρήσης του. Πρέπει να γνωρίζει για ποιο λόγο γίνεται η τροποποίηση των τροφίμων και η θρεπτική πρόσληψη και πώς αυτές οι τροποποιήσεις μπορούν να εφαρμοστούν στη θεραπεία ή και την πρόληψη των ασθενειών. Αυτό περιλαμβάνει τη γνώση της κατάλληλης πορείας, για την εξασφάλιση ασφαλούς, οικονομικά αποδοτικής και επαρκούς θρεπτικής παροχής. Πρέπει να ξέρει τη σειρά και τη χρήση των τροφίμων συμπεριλαμβανομένων εκείνων που μπορούν να ταξινομηθούν ως φάρμακα και τα

συνταγογραφημένα προϊόντα που χρησιμοποιούνται στην τεχνητή σίτιση. Πρέπει να ξέρει πώς να αξιολογήσει τη δίαιτα, να υπολογίσει τα σχετικά θρεπτικά συστατικά και να ερμηνεύει τα αποτελέσματα, για να σχεδιάσει το πιο κατάλληλο και εφαρμόσιμο διαιτολόγιο που ανταποκρίνεται στο κλινικό "προφίλ" ενός ασθενούς. Πρέπει να γνωρίζει τους περιορισμούς των στοιχείων που χρησιμοποιούνται, για να υπολογιστεί η θρεπτική πρόσληψη και οι θρεπτικές απαιτήσεις. Πρέπει να γνωρίζει πώς να τροποποιεί τη διατροφή σε άτομα με διαφορετικές διατροφικές συνήθειες, διαφορετικά πολιτιστικά υπόβαθρα, διαφορετικές κοινωνικές και οικονομικές περιστάσεις, χρησιμοποιώντας όλα τα διαθέσιμα στοιχεία. Πρέπει να ξέρει την περιεκτικότητα των τροφίμων σε θρεπτικά συστατικά, έτσι ώστε τα τρόφιμα στη διατροφή να διαχειρίζονται με τέτοιο τρόπο για να επιτύχουν ένα διευκρινισμένο θρεπτικό σχεδιάγραμμα που αναγνωρίζει τη θρεπτική βιολογική διαθεσιμότητα της τροφής και καλύπτει τις θρεπτικές απαιτήσεις του ατόμου. Πρέπει να ξέρει τους τρόπους με τους οποίους οι διαιτητικές μεταβολές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διάγνωση και την έρευνα. Πρέπει να καταδείξει τη γνώση των κινδύνων του διαιτητικού χειρισμού και πώς να διαχειριστεί τις συνέπειες αυτού του χειρισμού στο άτομο.

#### E. Προώθηση/εκπαίδευση υγείας

Μια βαθιά ματιά στην ευρεία προώθηση υγείας και στην ανάπτυξη στρατηγικών της δημόσιας υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό να προβάλλουν αλλαγές στην συμπεριφορά.

#### Z. Management-Διοίκηση

Η γνώση των αρχών της διοίκησης μέσα στους οργανισμούς, δίνει ιδιαίτερη έμφαση στους κανόνες που ορίζει το NHS. Ο πτυχιούχος πρέπει να κατανοεί τον επαγγελματικό ρόλο του διαιτολόγου, την διατήρηση των προτύπων και των απαιτήσεων για την κρατική εγγραφή.



## Η. Μικροβιολογία

Η γνώση των βασικών στοιχείων της μικροβιολογίας έχει εφαρμοστεί στην ανθρώπινη ασθένεια, στην επιστήμη των τροφίμων και στην προετοιμασία τους. Ο κάτοχος πτυχίου, πρέπει να γνωρίζει τους ειδικούς τομείς της ιατρικής μικροβιολογίας, που σχετίζονται με τη μετάδοση των ασθενειών που προκαλούνται από μικροοργανισμούς. Πρέπει να αντιλαμβάνεται την κλινική μικροβιολογία που είναι κατάλληλη για την εφαρμογή της διαιτητικής πρακτικής, τους συνηθέστερους μικροοργανισμούς που συνδέονται με τη μόλυνση όλων των ομάδων του πληθυσμού και να έχει την γνώση πως να ελαχιστοποιήσει τη διάδοση της μόλυνσης. Πρέπει να γνωρίζει τα μέσα με τα οποία η καταστροφή των τροφίμων μπορεί να εμφανιστεί και τις στρατηγικές για την πρόληψη της διατροφικής ασθένειας.

## Θ. Διατροφή

Η επιστήμη της διατροφής, είναι η γνώση των αρχών της διατροφής και των ανθρώπινων θρεπτικών απαιτήσεων. Ο πτυχιούχος, πρέπει να ξέρει τους θεμελιώδεις μηχανισμούς μέσω των οποίων, η διατροφή συμβάλλει στη διατήρηση της καλής υγείας, και ποιες μέθοδοι είναι διαθέσιμες για να ελέγξει τη θρεπτική πρόσληψη και να τις περιορίσει. Πρέπει να αντιλαμβάνεται την επίπτωση των



θρεπτικών ουσιών στους κυτταρικούς μηχανισμούς, συμπεριλαμβανομένης της έκφρασης των γονιδίων, και τη συμβολή τους, στην διατροφή που σχετίζεται με την ασθένεια και τη διαχείρισή της. Πρέπει να εξοικειωθεί με τη βρετανική διατροφή, συμπεριλαμβανομένων των διαφορών παραγόντων όπως η περιοχή, η εθνική προέλευση και η κοινωνική τάξη. Πρέπει να κατανοεί τους παράγοντες που καθορίζουν την επιλογή των τροφίμων στα διάφορα στάδια της ζωής και πως η αλληλεπίδραση της διατροφής με τους άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες, συμβάλει στην ανάπτυξη της ασθένειας.

### Ι. Φαρμακολογία / ανοσολογία / γενετική

Η κλινική φαρμακολογία παρέχει τη γνώση της βάσης του φαρμάκου, των θρεπτικών αλληλεπιδράσεων, την χρήση των θρεπτικών ουσιών ως φαρμακολογικά μέσα και την χρήση της φαρμακευτικής θεραπείας στις σχετικές ασθένειες. Ο διαιτολόγος είναι συνήθως βασικό μέλος της κλινικής ομάδας και πρέπει να ξέρει τα ονόματα, τις λειτουργίες και τις αντενδείξεις των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των ασθενειών. Πρέπει να έχει στοιχειώδη γνώση της ανοσολογίας, κατάλληλη για τη διαιτητική πρακτική. Πρέπει να συνειδητοποιεί τις αλληλεπιδράσεις της γενετικής και την ποικιλομορφία στις θρεπτικές απαιτήσεις.

### Κ. Φυσιολογία

Η φυσιολογία είναι η γνώση των λειτουργιών του ανθρώπινου σώματος στην υγεία, συμπεριλαμβανομένων των πτυχών εκείνων που σχετίζονται με τη μελέτη της διατροφής και της διαιτητικής, όπως η λειτουργία των σπλαγχνικών οργάνων, του ενδοκρινικού και του καρδιαγγειακού συστήματος. Ο πτυχιούχος πρέπει να γνωρίζει την κανονική δομή του ανθρώπινου σώματος, σε κυτταρικό επίπεδο. Η γνώση της φυσιολογίας των συστημάτων του ανθρώπινου σώματος στην υγεία, διευκολύνει την καθιέρωση της εξειδικευμένης γνώσης στην εξέλιξη των ασθενειών.

### Λ. Ψυχολογία

Ψυχολογία είναι η γνώση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, συγκαταλέγοντας τα αποτελέσματα αυτής σε κάθε ξεχωριστή προσωπικότητα, την δυναμική των ομάδων και τις πτυχές των παρερχόμενων συμβουλών. Πρέπει να ξέρει τις σχετικές συνεισφορές των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων υγείας. Πρέπει να συνειδητοποιεί το ψυχολογικό υπόβαθρο και τη σχέση του με τον πελάτη-ασθενή, ειδικότερα όταν αναφέρετε

σε πρότυπα που αφορούν τις πεπτοιθήσεις υγείας. Πρέπει να κατανοεί τις ψυχολογικές διαστάσεις της πείνας, τον κορεσμό και την επιλογή των τροφίμων. Πρέπει να είναι εξοικειωμένος με τις ψυχολογικές πτυχές των υγείων ατόμων και αυτών που νοσούν από διατροφικές διαταραχές. Πρέπει να αντιλαμβάνεται τις θεωρίες της αλλαγής των κινήτρων και της συμπεριφοράς, και να γνωρίζει ποικιλία μεθόδων για ψυχολογική υποστήριξη. Πρέπει να γνωρίζει τις βασικές εκπαιδευτικές θεωρίες σχετικά με την διδασκαλία του ασθενούς και τη σειρά των διαθέσιμων εποπτικών μέσων.

#### M. Μέθοδοι έρευνας

Μέθοδοι έρευνας είναι η κατανόηση των αρχών της επιστημονικής έρευνας, και η ανάγκη εμπλοκής των διαιτολόγων στην έρευνα και στην αξιολόγηση της πρακτικής. Ο πτυχιούχος πρέπει να επιδεικνύει κατανόηση των αρχών της πρακτικής που είναι βασισμένη σε στοιχεία, του λογιστικού ελέγχου και της αξιολόγησης της πρακτικής όπως εφαρμόζεται στη διαιτητική. Πρέπει να επιδείξει κατανόηση των όρων που χρησιμοποιούνται στην επιδημιολογία και πώς οι περιγραφικές και αναλυτικές επιδημιολογικές μελέτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν, για να εξετάσουν τη σχέση μεταξύ της δίαιτας και της ασθένειας. Πρέπει να γνωρίζει τις δημογραφικές, κοινωνικές και οικονομικές πτυχές της ζωής στη Μεγάλη Βρετανία, ιδιαίτερα εκείνες που έρχονται σε αντίθεση με την υγεία.

#### N. Κοινωνιολογία, κοινωνική πολιτική και διοίκηση

Κοινωνιολογία είναι η γνώση των κοινωνικών προβλημάτων, της κοινωνικής πολιτικής και της διαθεσιμότητας των κοινοτικών υπηρεσιών. Ο πτυχιούχος πρέπει να ξέρει το ρόλο των τροφίμων και του γεύματος, σε ένα κοινωνικό πλαίσιο, και την κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Πρέπει να είναι εξοικειωμένος με τα διαφορετικά συστήματα της κοινωνικής οργάνωσης. Πρέπει να καταλαβαίνει τις έννοιες των θέσεων, των ρόλων, των κοινωνικών δικτύων και της κοινωνικής κινητικότητας, που αφορούν ιδιαίτερα την υγεία και

την υγειονομική περίθαλψη. Επίσης να κατανοεί την έννοια της κοινωνικοποίησης και την εφαρμογή της, στα διάφορα στάδια του κύκλου της ζωής. Πρέπει να γνωρίζει τα συστήματα ταξινόμησης και τη χρήση αυτών στις διάφορες κοινωνικές τάξεις, σε σχέση με την υγεία και τα σχετιζόμε πρότυπα συμπεριφοράς, και τις ανισότητες της υγείας.

### **1.5 Που απασχολούνται οι διαιτολόγοι (σύμφωνα με τον Πανελλήνιο Σύλλογο Διαιτολόγων-Διατροφολόγων, 2003)**

- Στα Νοσοκομεία ( οι Διαιτολόγοι των τμημάτων Διατροφής ανήκαν στην Διοικητική Υπηρεσία των νοσοκομείων, όπως φαίνεται από την Υπουργική Απόφαση που αφορά το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Μεταξά Α3β/οικ. 14130 ΦΕΚ. 655/86, το οργανόγραμμα του Γενικού Νοσοκομείου Γιαννιτσών και του Γενικού Σισμανόγλειου Νοσοκομείου, ενώ με τον νόμο 2889 ΦΕΚ. 37/01 άρθρο 6, ανήκουν πλέον στην Ιατρική Υπηρεσία, όπως φαίνεται από την Υπουργική Απόφαση που αφορά το Γενικό Θριάσιο Νοσοκομείο Ελευσίνας Υ4α/18628/03 ΦΕΚ. 92/04 άρθρο 6 και το οργανόγραμμα Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης) ( Παράρτημα 3).
- Στα Κέντρα Υγείας
- Στη Δημόσια Υγεία
- Σε υπηρεσίες Υπουργείων που εμπλέκονται με τη διατροφή (Γεωργίας, Υγείας, Παιδείας, Εμπορίου κ.α )
- Κέντρα ομαδικής σίτισης (μαζικής εστίασης)
- Γηροκομεία και Ιδρύματα
- Φοιτητικές εστίες
- Στο Στρατό
- Στη Βιομηχανία Τροφίμων
- Στην έρευνα
- Στη στοιχειώδη εκπαίδευση

- Στις υπηρεσίες προστασίας καταναλωτή
- Στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας
- Στην πληροφόρηση της κοινότητας σε θέματα διατροφής
- Στους φορείς αντιμετώπισης έκτακτης ανάγκης (σεισμών, πολέμου κ.τ.λ ) σε θέματα επισιτισμού.

## **1.6 Δραστηριότητες που αναπτύσσουν οι διαιτολόγοι (σύμφωνα με τον Πανελλήνιο Σύλλογο Διαιτολόγων-Διατροφολόγων, 2003)**

Οι Διαιτολόγοι μπορούν να αναπτύξουν δραστηριότητες σε διάφορους τομείς όπως:

### 1. Στη Δημόσια Υγεία:

- Εδώ οι Διαιτολόγοι ασχολούνται με την πρόληψη της νόσου μέσα από ευρύτερα προγράμματα Αγωγής Υγείας για κάθε ομάδα πληθυσμού και ειδικά για τις ευαίσθητες ομάδες όπως παιδιά, εγκυμονούσες, ηλικιωμένους.
- Παίρνουν μέρος σε έρευνες και μελέτες για τις διατροφικές ανάγκες του πληθυσμού.
- Χαράσσουν στρατηγική για τις έρευνες που σχετίζονται με τη διατροφή και τις εφαρμογές της στη Δημόσια Υγεία.
- Εκπαιδεύουν άλλους λειτουργούς υγείας σε θέματα διατροφής.
- Παίρνουν μέρος σε προγράμματα αντιμετώπισης και βοήθειας σε επισιτιστικά προβλήματα των χωρών του Τρίτου Κόσμου.
- Συνεργάζονται με υπηρεσίες αντιμετώπισης εκτάκτων καταστάσεων για τον προσδιορισμό των απαραίτητων μέτρων σε θέματα υγιεινής και επισιτισμού σε περιπτώσεις πολέμου, σεισμών, επιδημιών κ.α.
- Στις υπηρεσίες που απασχολούνται με τη διαμόρφωση και εφαρμογή εθνικής διατροφικής πολιτικής σε σχέση με την παραγωγή τροφίμων και την υγεία.

## 2. Στην περίθαλψη:

Σε σχέση με τον ασθενή ο ρόλος του Διαιτολόγου είναι:

- Σύνταξη των προγραμμάτων διατροφής όλων των σπιτιζομένων.
- Καθορισμός και εκτέλεση των ειδικών διαίτων με βάση την ιατρική εντολή.
- Επίβλεψη της εκτέλεσης των προγραμμάτων διατροφής για τους ασθενείς και το προσωπικό.
- Διασφάλιση της υγιεινής των τροφίμων και των χώρων παρασκευής και διανομής τροφής.
- Οργάνωση εργασίας του προσωπικού που έχει σχέση με την παρασκευή και τη διανομή φαγητών.
- Εκπαίδευση του προσωπικού που απασχολείται στην υπηρεσία Διατροφής.
- Επίβλεψη στην προμήθεια και παραλαβή τροφίμων.
- Ανανέωση των διαίτων με βάση τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα γύρω από τη διατροφή στη θεραπευτική.
- Εκπαίδευση των ασθενών των Κλινικών και των εξωτερικών ιατρείων σε θέματα εφαρμογής της ειδικής διαιτητικής αγωγής την οποία θα πρέπει να ακολουθήσουν σαν τμήμα της θεραπείας τους.
- Αντιμετώπιση, σε έκτατες καταστάσεις, της διατροφικής φροντίδας των ασθενών, των εργαζομένων και της κοινότητας.



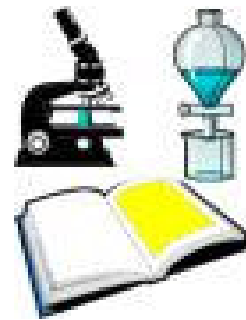
## 3. Άλλες δραστηριότητες του διαιτολόγου:

Στη Βιομηχανία Τροφίμων:

- Παίρνει μέρος στη δημιουργία νέων προϊόντων.
- Εκτιμάει τη θρεπτική αξία των προτεινόμενων νέων προϊόντων.
- Παίρνει μέρος στην τυποποίηση των νέων ειδών διατροφής.

Στην έρευνα:

- Παίρνει μέρος σε δοκιμασίες και μεταβολικές έρευνες.
- Σε επιδημιολογικές έρευνες που σχετίζονται με καταναλώσεις τροφών και ανάπτυξη κάποιας νοσηρότητας κ.τ.λ.



Ένα πλάνο καριέρας για το επάγγελμά του διαιτολόγου προτείνεται από (The Career Planing staff of Career Services at University of Tennessee, Knoxville.(1998,Revised 1999) παρουσιάζεται στο Παράρτημα 1.

### 1.7 Διεθνείς Οργανισμοί Διαιτητικής

Η Διαιτολογία είναι παγκόσμια αναγνωρισμένη, και εκπροσωπείται από διάφορους διαιτητικούς οργανισμούς. Αυτοί θέτουν τον ορισμό του διαιτολόγου, τον ρόλο του, τα καθήκοντα και διασφαλίζουν τα επαγγελματικά του δικαιώματα στη χώρα που ανήκουν.

- Ο διαιτολόγος αναγνωρίζεται νόμιμα από όλες τις χώρες;
- Είναι οι εκπαιδευτικές και επαγγελματικές απαιτήσεις των διαιτολόγων παρόμοιες σε όλη την υδρόγειο;
- Ο διαιτολόγος αναγνωρίζεται ως ειδικός διατροφής;
- Ο διαιτολόγος εργάζεται ομοίως σε όλη την υδρόγειο;
- Ποιες είναι οι προκλήσεις του διαιτολόγου παγκόσμια;

Τέτοιου είδους ερωτήσεις προβάλλουν οι παγκόσμιοι οργανισμοί διαιτολογίας

θέτοντας την αναγκαιότητα του διαιτολόγου ως αρωγός της υγείας σε παγκόσμια κλίμακα.

Οι Σπουδαιότεροι Διαιτητικοί Οργανισμοί είναι:

- Ο Αμερικάνικος Διαιτητικός Οργανισμός ( American Dietetic Association)

- Βρετανικός Διαιτητικός Οργανισμός( British Dietetic Association)
- Διαιτολόγοι του Καναδά ( Dietitians of Canada)
- Διαιτητικός Οργανισμός της Αυστραλίας( Dietetics Association of Australia)
- Διεθνής Οργανισμός Διαιτολογικών Συλλόγων (ICDA)
- Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία διαιτητικών ενώσεων(EFAD)

| ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ | ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ | ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ  |
|------------|---------------------|----------------------|
| ICDA       | 34                  | ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ            |
| EFAD       | 22                  | ΕΥΡΩΠΗ               |
| CANDI      | 11                  | ΝΗΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΑΪΒΙΚΗΣ |
| CONFELANYD | 12                  | ΝΟΤΙΑ ΑΦΡΙΚΗ         |
| AFDA       | 9                   | ΑΣΙΑ                 |

Ευρωπαϊκή ομοσπονδία διαιτητικών ενώσεων (EFAD)

Αποτελείται από 22 διαιτητικούς οργανισμούς

Οι Στόχοι του EFAD είναι:

- Να βελτιώσει τη διατροφή του πληθυσμού στα κράτη-μέλη του.
- Να αναπτύξει τη διαιτητική σε επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο
- Να προωθήσει τη διδασκαλία της διαιτητικής.
- Να Εξισώσει τα κριτήρια για τα προσόντα μέσα στη διαιτητική.

Ασιατική ομοσπονδία των διαιτητικών οργανισμών (AFAD)

Έχει συγκροτηθεί το 1990 και αποτελείται από 9 κράτη-μέλη

- Μαλαισία,
- Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα,
- Ταϊβάν,



- ο Σιγκαπούρη,
- ο Ιαπωνία,
- ο Φιλιππίνες,
- ο Ινδονησία,
- ο Ταϊλάνδη,
- ο Κορέα

Παρατηρείται σημαντική ποικιλομορφία στην εκπαίδευση, την πρακτική και την αναγνώριση των διαιτολόγων σε όλη την Ασία

Ο AFAD:

- ο Κάνει διάσκεψη πλήθους κάθε 4 έτη.
- ο Διευθύνει διάφορες έρευνες εξετάζοντας το εργατικό δυναμικό, τη κατάρτιση και το ρόλο του διαιτολόγου.

Οι οργανισμοί στην Αμερική (Βόρεια, κεντρική, νότια, Καραϊβική)

Το 80% των διατροφολόγων του Καναδά και της νότιας Αμερικής ανήκουν σε μια επαγγελματική οργάνωση ενώ, διάφορες χώρες διαχειρίζονται τις επαγγελματικές οργανώσεις μέσω των πανεπιστημίων

Ο οργανισμός Confelanyd στη Νότια Αμερική

- ο αποτελείται από 12 διαιτητικές οργανώσεις
- ο και κάνει διάσκεψη κάθε 3 έτη

KANTI (CANDI)

- ο Είναι καθιερωμένη κοινοπραξία των επαγγελματιών διατροφής σε 11 καραϊβικά νησιά
- ο Διοργανώνει συναντήσεις για τους διάφορους οργανισμούς των νησιών

- ο Εστιάζεται στην αναβάθμιση των δεξιοτήτων ηγεσίας και διαχείρισης των μελών του και την ενίσχυση της έρευνας

#### Αφρική

Οι Διαιτητικοί Οργανισμοί στην Αφρική βρίσκονται:

1. Στη Νότια Αφρική
2. Στο Σουδάν
3. Στη Νιγηρία
4. Οι χώρες στις οποίες οι διαιτολόγοι εργάζονται είναι περίπου 17

#### Ωκεανία

1. Υπάρχουν οργανισμοί στην Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία
2. Περιλαμβάνει παραπάνω από 2800 διαιτολόγους
3. Υπάρχουν καλά αναπτυγμένοι διαιτητικοί οργανισμοί
4. Δεν είναι μέλη του AFAD, αλλά συμμετέχουν στις δραστηριότητες του.

#### Μέση Ανατολή

Υπάρχουν 4 διαιτητικοί οργανισμοί:

5. Στην Τουρκία
6. Στον Λίβανο
7. Στην Σαουδική Αραβία
8. Στο Ισραήλ

Όπου οι διαιτολόγοι εργάζονται στις εξής χώρες: Ιορδανία, Μπαχρέιν, Ιράν, Ιράκ, Ομάν, Κατάρ.

## Ασία

Υπάρχει σημαντική ώθηση από τους διαιτητικούς οργανισμούς, να αυξήσει την αναγκαιότητα των διαιτολόγων μέσω στη κυβέρνηση, των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και εκπαίδευσης και τα επίπεδα πρακτικής.

Απαραίτητες εκπαιδευτικές απαιτήσεις του διαιτολόγου:

1. Παρέχει τη διατροφικές πληροφορίες στις ομάδες ανθρώπων σχετικά με την υγεία και την ασθένεια
2. Εργάζεται μέσω της ιατρικής κοινότητας
3. Εργάζεται με το ευρύ κοινό με στόχο τη γενική θρεπτική ευημερία

Αρμοδιότητες Διαιτολόγων:

1. Μεταφράζουν και εφαρμόζουν την επιστήμη των τροφίμων, της διατροφής, της διαιτητικής και την εφαρμογή στην πρακτική
2. Εκπαιδεύουν, συμβουλεύουν τις ομάδες ανθρώπων
3. Προωθούν την καλή υγεία μέσω της βέλτιστης διατροφής
4. Είναι υπεύθυνοι για τις υπηρεσίες διαχείρισης και διατροφής γεύματος για την πρόληψη των ασθενειών και την βελτίωση της υγείας για τα άτομα, τις ομάδες και τις κοινότητες
5. Είναι μέλος μιας ομάδας πολλαπλών ειδικοτήτων υγειονομικής περίθαλψης.

Ο ρόλος του διαιτολόγου:

6. Διαδραματίζουν έναν ρόλο στην ιατρική διαχείριση της ασθένειας με τη διατροφή
7. Διαδραματίζουν έναν ρόλο στην εκπαίδευση του πληθυσμού, στο ρόλο των τροφίμων και της διατροφής με την υγεία και τον τρόπο ζωής
8. Διαδραματίζουν έναν ρόλο στην παράδοση των ασφαλών τροφίμων στον πληθυσμό.

Ο διαιτολόγος αναγνωρίζεται νόμιμα;

- περίπου το 50% των διαιτολόγων αναγνωρίζεται νόμιμα σε χώρες που έχουν γίνει έρευνες
- Κάποιος επίσημος καθορισμός του διαιτολόγου γίνεται από τις κυβέρνηση.

Πού μπορούν να εργαστούν οι διαιτολόγοι;

- Στο νοσοκομείο εργάζονται
  - 33% των Αμερικάνων διαιτολόγων
  - 50% των Ευρωπαϊκών διαιτολόγων
  - 70% των διαιτολόγων στην Αργεντινή.
  - Το 54% των αμερικανικών διαιτολόγων εργάζονται στην κλινική διατροφή
  - ένας στους 6 διαιτολόγους στο Πακιστάν δουλεύουν στην εκπαίδευση υγείας/ την δημόσια υγεία
  - Το 35% των διαιτολόγων στο Μεξικό εργάζονται στην κοινοτική διατροφή.
  - Το 50% των Βραζιλιάνων διαιτολόγων λειτουργούν στην υπηρεσία τροφίμων.
- Οίκοι ευγηρίας, εκτεταμένα κέντρα περίθαλψης
- Τρόφιμα και φαρμακευτική βιομηχανία
- Εκπαιδευτικά ιδρύματα
- Βιομηχανία τομέα εστίασεως
- Ιδιωτική πρακτική

Οι διαιτολόγοι μπορούν να εργαστούν επίσης στην:

- Διαχείριση της ποιότητας
- Κυβέρνηση
- Περιβαλλοντική υγεία
- Βιομηχανία ασφάλειας υγείας

- Μη κυβερνητικές οργανώσεις
- Εγχώρια οικονομία



## 2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Δικαιώματα και υποχρεώσεις Διαιτολόγων

### 2.1 Επαγγελματικά δικαιώματα πτυχιούχων διαιτολόγων Τεχνολογικής Εκπαίδευσης

(Τα επαγγελματικά δικαιώματα που αναγράφονται είναι από την Ελληνική Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Αθήνα 7 Φεβρουαρίου 1989, τεύχος πρώτο, αριθμός φύλλου 36, Προεδρικό διάταγμα, αριθμού 78) (Παράρτημα 4)

1. Οι πτυχιούχοι του Τμήματος Διατροφής της Σχολής Τεχνολογίας Τροφίμων και Διατροφής των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, με βάση τις εξειδικευμένες επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις τους, ασχολούνται είτε αυτοδύναμα είτε σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες πάνω σε σύγχρονους και ειδικούς τομείς της Διατροφής και Διαιτολογίας:
2. Οι πτυχιούχοι έχουν δικαίωμα να ασχοληθούν με τα παρακάτω αντικείμενα:
  - Εξέταση της θρεπτικής αξίας των τροφίμων.
  - Κατάρτιση ετικέτας με πληροφορίες για τα περιεχόμενα, θρεπτικά συστατικά και την κάλυψη των ημερησίων αναγκών από αυτά.
  - Συμμετοχή στην κατάρτιση προδιαγραφών παρασκευής νέων προϊόντων.
  - Κατάρτιση Γενικών και Ειδικών διαιτολογίων και επίβλεψη της εφαρμογής τους.
  - Ανάλυση της υπευθυνότητας και επίβλεψη της μαζικής παραγωγής γευμάτων.
3. Οι πτυχιούχοι του Τμήματος έχουν δικαίωμα απασχόλησης στους παρακάτω φορείς και στα αντίστοιχα αντικείμενα εργασίας:
  - Νοσοκομεία –Ιδιωτικές κλινικές: κατάρτιση διαιτολογίου και επίβλεψη παρασκευής γευμάτων για τους ασθενείς, σύμφωνα με τις θεραπευτικές τους ανάγκες καθορίζονται από τον θεράποντα ιατρό.

- Κέντρα Υγείας: σχεδιασμός ειδικών διαιτολογίων παροχή πληροφοριών για ειδικά διαιτολόγια που καθορίζονται από τον θεράποντα ιατρό.
- Εργαστήρια ποιοτικού ελέγχου και ελέγχου τροφίμων : έλεγχος της θρεπτικής τους αξίας βάσει των αναλυτικών στοιχείων που παρέχονται από τους αρμόδιους επιστήμονες.
- Ινστιτούτα αδυνατίσματος: καθορισμός διαιτολογίων και παρακολούθηση εφαρμογή τους.
- Βιομηχανίες παρασκευής ειδικών τροφίμων: σχεδιασμός για την παραγωγή ειδικών τροφίμων, παιδικές τροφές, για διαβητικούς κ.τ.λ
- Ξενοδοχειακές μονάδες-Κρουαζιερόπλοια-Αλυσίδες εστιατορίων: υπεύθυνοι προμηθειών και κατάρτιση ημερήσιου ή εβδομαδιαίου διαιτολογίου.
- Γηροκομεία: κατάρτιση προγράμματος προμηθειών, κατάρτιση ημερήσιου ή εβδομαδιαίου διαιτολογίου.
- Παιδικές κατασκηνώσεις και κατασκηνώσεις υπερηλίκων: κατάρτιση προγράμματος προμηθειών, κατάρτιση μενού ημερήσιου ή εβδομαδιαίου διαιτολογίου παρακολούθηση εφαρμογών και αξιολόγηση αποτελεσμάτων.
- Ορφανοτροφεία: κατάρτιση προγράμματος προμηθειών, κατάρτιση ημερήσιου η εβδομαδιαίου διαιτολογίου.
- Φοιτητικές Λέσχες και Μαθητικές Εστίες: κατάρτιση προγράμματος προμηθειών, κατάρτιση διαιτολογίου.
- Παιδικοί και Βρεφονηπιακοί σταθμοί: κατάρτιση προγράμματος προμηθειών, κατάρτιση διαιτολογίου.
- Αθλητικές Ομάδες και Αθλητικά κέντρα.
- Οικοτροφεία.
- Μονάδες και υπηρεσίες ενόπλων δυνάμεων και σωμάτων ασφαλείας:
- κατάρτιση προγράμματος προμηθειών, κατάρτιση μενού ή εβδομαδιαίου διαιτολογίου.

4. Ο βαθμός ευθύνης των πτυχιούχων του Τμήματος καλύπτει όλο το φάσμα της διοικητικοτεχνικής ιεραρχίας της σχετικής με τους τομείς της ειδικότητας τους.
5. Οι πτυχιούχοι του Τμήματος έχουν δικαίωμα λειτουργίας καταστήματος εμπορίας διαιτητικών τροφών.
6. Οι πτυχιούχοι του Τμήματος Διατροφής της Σχολής Τεχνολογίας Τροφίμων και Διατροφής των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών απασχολούνται σε όλες τις βαθμίδες της Εκπαίδευσης σύμφωνα πάντοτε με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία. Επίσης μπορούν να απασχοληθούν με την έρευνα θεμάτων της ειδικότητάς τους.
7. Οι πτυχιούχοι του Τμήματος Διατροφής της Σχολής Τεχνολογίας Τροφίμων και Διατροφής των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών με την απόκτηση του πτυχίου τους μπορούν άμεσα να εξασκήσουν το επάγγελμα στο πλαίσιο των επαγγελματικών δικαιωμάτων τους.

## **2.2 Κώδικας δεοντολογίας για το επάγγελμα του διαιτολόγου**

(Όπως δημοσιεύθηκε στον περιοδικό του Συλλόγου των Διαιτολόγων Αμερικής το Ιανουάριο του 1999) (ADA 1999).

Ο Σύλλογος των Διαιτολόγων Αμερικής και η Επιτροπή Καταγραφής των Διαιτολόγων ενέκριναν εθελοντικά τον υποχρεωτικό κώδικα δεοντολογίας. Ο κώδικας αυτός ονομάστηκε Κώδικας Ηθικής για Επαγγέλματα Διαιτολόγων και είναι υποχρεωτικός για όλους τους Διαιτολόγους των ΗΠΑ. Διαδικασία υποχρέωσης τήρησης του Κώδικα Ηθικής καθιερώνει ένα υπέροχο σύστημα αντιμετώπισης των καταγγελιών για τα μέλη του Συλλόγου των Διαιτολόγων Αμερικής από τους συναδέλφους ή από το κοινό.

Ο πρώτος κώδικας εγκρίθηκε από την Ομάδα Εκπροσώπων το 1982 και άρχισε να εφαρμόζεται το 1983. Ο κώδικας αφορούσε μόνο τα μέλη του Συλλόγου Διαιτολόγων. Ο δεύτερος κώδικας εγκρίθηκε από την Ομάδα Εκπροσώπων το Οκτώβριο του 1987 και αφορούσε όλα τα μέλη του Συλλόγου, την Επιτροπή για την πιστοποίηση της δίαιτας και τους πρακτικούς στον τομέα της διατροφής. Η τρίτη και τελευταία έκδοση του κώδικα εγκρίθηκε από την Ομάδα Εκπροσώπων το 1998 και τέθηκε σε ισχύ από την 1<sup>η</sup> Ιουνίου του 1999.



Ορίστηκε Επιτροπή Δεοντολογίας η οποία είναι υπεύθυνη για την τήρηση, επανεξέταση και εφαρμογή του κώδικα ηθικής. Η Επιτροπή επίσης πραγματοποιεί τα προγράμματα κατάρτισης για τα μέλη του Συλλόγου, για τους πιστοποιημένους πρακτικούς, για τους φοιτητές και για το κοινό σε θέματα των ηθικών αρχών που αναφέρονται στον κώδικα ηθικής.

### **2.2.1 Αρχές του κώδικα δεοντολογίας, για το επάγγελμα του διαιτολόγου (ADA 1999):**

1. Οι διαιτολόγοι συμπεριφέρονται τίμια, ευθέως και αφιλοκερδώς.
2. Η δουλειά του διαιτολόγου βασίζεται σε επιστημονικές αρχές και σύγχρονες πληροφορίες.
3. Οι διαιτολόγοι παρουσιάζουν τις βασικές πληροφορίες και σχολιάζουν και ερμηνεύουν αντιφατικές πληροφορίες χωρίς προσωπική προβολή και με αποδοχή της ύπαρξης των διαφορετικών απόψεων.
4. Οι διαιτολόγοι παραδέχονται την υπευθυνότητα και την εκτίμηση της προσωπικής τους αρμοδιότητας, βελτιώνοντας συνεχώς τις επαγγελματικές τους γνώσεις και επιδόσεις και εφαρμόζοντας αυτές στην πρακτική.
5. Οι διαιτολόγοι αναγνωρίζουν και εφαρμόζουν τις επαγγελματικές τους θέσεις, στηριζόμενοι στις δικές τους δυνατότητες και σε συνεργασία με άλλους συναδέλφους και συμβούλους, κάνοντας όμως πάντα αναφορά στο έργο αυτών.
6. Οι διαιτολόγοι παρέχουν στους πελάτες τις πληροφορίες, που είναι επαρκείς για να μπορούν να πάρουν αυτοί τις δικές τους αποφάσεις.
7. Ο διαιτολόγος διαφυλάσσει το απόρρητο των πληροφοριών που τον εμπιστεύονται και εγγυάται για την μη διάδοση αυτών.
8. Ο διαιτολόγος παρέχει τις επαγγελματικές του υπηρεσίες με αντικειμενικότητα, σεβασμό στις προσωπικές ανάγκες και αξίες του καθενός.
9. Ο διαιτολόγος παρέχει τις επαγγελματικές του υπηρεσίες με σεβασμό προς πολιτιστικές ιδιαιτερότητες, ανεξάρτητα από τη φυλή, την εθνικότητα, τη θρησκεία, τις αντιλήψεις,

την αναπηρία, το φύλο, την ηλικία, την σεξουαλική συμπεριφορά και την προέλευσή του.

10. Ο διαιτολόγος δεν πρέπει να προβαίνει σε σεξουαλικές παρενοχλήσεις κατά την άσκηση του επαγγέλματος του.
11. Οι διαιτολόγοι πρέπει να παρέχουν τις αντικειμενικές πληροφορίες για τους συναδέλφους, τους φοιτητές και άλλους συνεργάτες που διεκδικούν διάφορα βραβεία ή υποτροφίες. Οφείλουν να αποφεύγουν προκαταλήψεις κατά την εκτίμηση της επαγγελματικής δραστηριότητας των συναδέλφων.
12. Οι διαιτολόγοι πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί για να μην προκαλέσουν τις συγκρούσεις διάφορων συμφερόντων. Σε περίπτωση ανάγκης οφείλουν να δώσουν όλες τις πληροφορίες που αφορούν την πραγματική ή πιθανή σύγκρουση συμφερόντων.
13. Εάν οι διαιτολόγοι επιθυμούν να ενημερώσουν το κοινό ή τους συναδέλφους για τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφέρουν, οφείλουν να δώσουν τις αντικειμενικές πληροφορίες.
14. Ο διαιτολόγος εγκρίνει και προάγει τα προϊόντα χωρίς να υπερβάλει και να παραπλανεί το κοινό.
15. Ο διαιτολόγος επιτρέπει την χρήση του ονόματος του για την πιστοποίηση των προϊόντων μόνο εφόσον ο ίδιος τα ελέγχει.
16. Ο διαιτολόγος είναι συνεπής στην παρουσίαση των επαγγελματικών πιστοποιητικών και προσωπικών του στοιχείων. Υπάρχουν διαφορετικά πιστοποιητικά που παρέχονται από τον Σύλλογο, προκειμένου να βεβαιώνουν την ιδιότητα κάθε μέλους. Π.χ. οι διαιτολόγοι έχουν το πιστοποιητικό RD (Registered Dietitian), τεχνικοί διαιτολογίας - DTR (Dietetic Technician), εξειδικευμένοι στην διατροφή των παιδιών - CSPN (Certified Specialist in Pediatric Nutrition), εξειδικευμένοι στην διατροφή των νεφροπαθών - CSRN (Certified Specialist in Renal Nutrition) και επίτιμα μέλη - FADA (Fellow of the American Dietetic Association).

17. Η άδεια της επαγγελματικής ασκήσεως του διαιτολόγου αφαιρείται στις ακόλουθες περιπτώσεις:
- α. Εάν ο διαιτολόγος κάνει χρήση οποιαδήποτε ναρκωτικών ουσιών, που μπορεί να επηρεάσει την άσκηση του επαγγελματικής του.
  - β. Εάν αποδείχθηκε δικαστικώς ότι είναι πνευματικά ανάπηρος.
  - γ. Εάν θα αποδεικνύεται ότι ο διαιτολόγος έχει διανοητική καθυστέρηση, που μπορεί να επηρεάζει την άσκηση του επαγγέλματος και να βλάπτει τους πελάτες.
18. Ο διαιτολόγος οφείλει να διατηρήσει την ισχύουσα νομοθεσία και τους κανονισμούς που σχετίζονται με το επάγγελμα διαιτολόγου. Ο διαιτολόγος επιβάλλεται σε διάφορες ποινές εάν:
- α. έχει καταδικαστεί για έγκλημα σύμφωνα με την νομοθεσία των ΗΠΑ, ειδικά εάν η εγκληματική του πράξη συνδέεται με την άσκηση του επαγγέλματος του.
  - β. Έχει καταδικαστεί σε κάποια πολιτεία και η μία τουλάχιστον από τις εγκληματικές του πράξεις αναφέρεται σε θέματα ηθικών αρχών.
  - γ. Έχει κάνει μια πράξη που συνδέεται με την κατάχρηση εξουσίας ή μη ορθή χρήση της.
19. Ο διαιτολόγος υποστηρίζει και προβάλλει το υψηλό επίπεδο της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Ομοίως αποδέχεται τις υποχρεώσεις να προφυλάσσει τους πελάτες τους και κοινό βασιζοντας στις κανόνες του Κώδικα Δεοντολογίας των Διαιτολόγων. Οφείλει να γνωστοποιεί κάθε περίπτωση παραβίασης των κανόνων αυτών μέσω των διαδικασιών που προβλέπονται από το Σύλλογο των Διαιτολόγων και από την Επιτροπή Δεοντολογίας.
- Σε περίπτωση καταγγελιών προβλέπεται καλά μελετημένη διαδικασία επιβολής μέτρων σε εκάστοτε περίπτωση με την προϋπόθεση διατήρησης του απόρρητου. Προβλέπονται

διάφορες ποινές σε περίπτωση παραβίασης του Κώδικα Δεοντολογίας μέχρι της αφαιρέσεως της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος.

### **2.3 Αρχές του επαγγελματικού κώδικα δεοντολογίας του διαιτολόγου-διατροφολόγου στην Ελλάδα (Κελεσέβα-Ουμουδουμίδου, 2002)**

Ειδικός κώδικας δεοντολογίας για τους διαιτολόγους δεν υπάρχει ακόμα στη χώρα μας. Με την πρωτοβουλία της Διεύθυνσης Προστασίας Καταναλωτών του Υπουργείου Ανάπτυξης τον Ιούλιο του 2000 εγκρίθηκε κώδικας δεοντολογίας των κέντρων αδυνατίσματος. Στις ΗΠΑ ο πρώτος κώδικας ηθικής για διαιτολόγους συντάχθηκε και εγκρίθηκε τον Οκτώβριο του 1982 και σήμερα ισχύει η τρίτη έκδοση του κώδικα, που εγκρίθηκε το 1998. Ο κώδικας αυτός ισχύει για όλους τους διαιτολόγους των ΗΠΑ και πιστοποιημένους από το σύλλογο πρακτικούς στη διαιτολογία.

#### **2.3.1. Αρχές και κανόνες επαγγελματικού κώδικα ηθικής**

Οι αρχές και οι κανόνες επαγγελματικού κώδικα ηθικής για τα επαγγέλματα διαιτολόγου-διατροφολόγου βασίζονται στις γενικές αρχές ηθικής επαγγελματιών υγείας και καθορίζονται από το Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής και Δεοντολογίας. Οι ηθικές αξίες στην εφαρμογή των συμβουλευτικών υπηρεσιών του διαιτολόγου αυξάνουν συνεχώς στη νέα χιλιετία και είναι οι εξής:

1. Ο διαιτολόγος οφείλει να συμπεριφέρεται τίμια ασκώντας υπεύθυνα, με αξιοπρέπεια, ευσυνειδητά και σύμφωνα με τους νόμους το επάγγελμά του. Δια της συμπεριφοράς, της εμφάνισης, των λόγων, των έργων και του υποδειγματικού τρόπου της ζωής του, οφείλει να επισύρει τον σεβασμό προς την ατομική τιμή και αξιοπρέπεια αυτού όπως και την τιμή και την αξιοπρέπεια όλων των διαιτολόγων.
2. Οι διαιτολόγοι οφείλουν να τηρούν την ισχύουσα νομοθεσία, τους διεθνείς κανόνες που απορρέουν από διεθνείς συμφωνίες ή από αποφάσεις διεθνών οργανισμών στους

οποίους μετέχει η χώρα μας, καθώς και αναγνωρισμένους στις επιστημονικές περιοχές επαγγελματικούς ή δεοντολογικούς κανόνες, και επιπλέον τους ειδικούς κανόνες που αφορούν την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Ο διαιτολόγος πρέπει να τιμωρηθεί πειθαρχικά ως περίπτωση συμμετοχής στις εγκληματικές πράξεις όπως ορίζεται με το ισχύον δίκαιο, ειδικά σε περίπτωση που αφορά μη έντιμη συμπεριφορά του κατά την υλοποίηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Απαγορεύεται η υπέρβαση ή κατάχρηση της εξουσίας σε ζητήματα που συνδέονται με την άσκηση του επαγγέλματος του διαιτολόγου.

3. Κατά την άσκηση του επαγγέλματος του ο διαιτολόγος οφείλει να βασίζεται σε επιστημονικές αρχές και σύγχρονα δεδομένα και όχι σε υπόνοιες. Απαγορεύεται η χρησιμοποίηση επιστημονικών τίτλων μη νομίμως και εγκύρως αποκτημένων και αναγνωρισμένων μεθόδων για διαγνωστικούς ή πειραματικούς σκοπούς ή για την προσέκλυση της πελατείας.
4. Ο διαιτολόγος οφείλει να παραδέχεται την ευθύνη και προσωπική του αρμοδιότητα στην πρακτική του δραστηριότητα, προσπαθώντας συνεχώς να βελτιώνει το επαγγελματικό του επίπεδο και γνώσεις. Ο διαιτολόγος οφείλει να λαμβάνει υπόψη διάφορες επιστημονικές επαγγελματικές αντιλήψεις και να αναφέρει την γνώμη των συναδέλφων όπως και των άλλων επαγγελματιών των επαγγελμάτων υγείας.
5. Ο διαιτολόγος δεν πρέπει να συγκαλύψει δια του τίτλου του οποιανδήποτε τρόπο προστασίας προσώπων που παράνομα ασκούν το επάγγελμα του διαιτολόγου ή οποιανδήποτε συνεργασία ή σύμπραξη μ' αυτά τα πρόσωπα. Απαγορεύεται η χρησιμοποίηση μεσαζόντων ή άλλων αθέμιτων ή αναξιοπρεπών μέσων προς προσέκλυση πελατείας.
6. Ο διαιτολόγος οφείλει να εγκρίνει και να προωθεί για την χρήση μόνο τα προϊόντα που παρέχουν επιστημονικά αποδεδειγμένες θετικές επιδράσεις στην υγεία του ανθρώπου.
7. Ο διαιτολόγος οφείλει να αποφύγει την επιθυμία του αλόγιστου κέρδους και της παντός είδους εκμετάλλευσης του πελάτη.

8. Ο δαιτολόγος που θέλει να αναγγείλει την έναρξη της δραστηριότητάς του οφείλει να δώσει αντικειμενικές πληροφορίες για τον εαυτό του.
9. Απαγορεύεται οποιαδήποτε προσωπική διαφήμιση ή δημόσια μνεία του ονόματος του δαιτολόγου με σκοπό την επαγγελματική του διαφήμιση, είτε από αυτόν ή με υποκίνησή του.

Επίσης:

α. Απαγορεύεται οποιαδήποτε τοιχοκόλληση, ανάρτηση σε δημόσιο χώρο διαφημιστικών πινακίδων ή επιγραφών, διανομή φυλλαδίων, αγγελιών, δημοσιευμάτων ή οποιασδήποτε φύσεως διαφημιστικών εντύπων ή εικόνων ή άλλων ανακοινώσεων με οποιοδήποτε μέσο δημοσιότητας με σκοπό τη διαφήμιση.

β. Επιτρέπεται μόνο η αναγραφή στον τύπο αγγελίας με το περιεχόμενο των προσφερόντων υπηρεσιών.

γ. Απαγορεύεται η δημοσίευση ανακοινώσεων, δηλώσεων συνεντεύξεων έργων ή άρθρων για σκοπό διαφημιστικό ή επαγγελματική επικράτηση.

δ. Οποιαδήποτε χρησιμοποίηση από μέρους τρίτων προσώπων των παραπάνω ή παρεμφερών μέσων με σκοπό τη διαφήμιση του δαιτολόγου, με τον οποίο τα πρόσωπα αυτά έχουν σχέσεις συγγένειας, συνεργασίας ή εξαρτήσεως, συνεπάγεται τις ίδιες κυρώσεις σε βάρος του δαιτολόγου, τις οποίες ο Νόμος προβλέπει, εφόσον αποδειχθεί ότι αυτός γνώριζε τις ενέργειες των προσώπων αυτών. Στις ίδιες κυρώσεις υπόκειται ο δαιτολόγος όταν εν γνώσει του δημοσιεύονται υπέρ του ιδίου αγγελίες, επιστολές ή δηλώσεις με μορφή ευχαριστηρίων ή συγχαρητηρίων και πραγματικές ή υποθετικές επιτυχίες και ικανότητες του με σκοπό την επαγγελματική διαφήμιση.

10. Οι δαιτολόγοι οφείλουν να εφαρμόζουν όλους τους αναγνωρισμένους στο οικείο επιστημονικό πεδίο κανόνες ασφαλείας, καθώς και όσους ορίζονται για προστασία ανθρώπων, φύσης, ζώων, περιβάλλοντος, ειδικότερα για προστασία από ραδιενεργές ή άλλες επικίνδυνες ουσίες κ.λ.π.

11. Ο διαιτολόγος οφείλει να απέχει από κάθε πράξη που μπορεί να προκαλέσει αθέμιτο ανταγωνισμό προς τους συναδέλφους του ή αθέμιτο συνεταιρισμό με αυτούς ή άλλα πρόσωπα. Απαγορεύεται κάθε διανομή της αμοιβής του, εκχώρηση μέρους της ή παροχή ποσοστών προς γιατρούς, φαρμακοποιούς, οδοντογιατρούς, μαίες, μαλάκτες, νοσοκόμους, ξενοδόχους, ή άλλους μεσάζοντες οποιασδήποτε κατηγορίας. Απαγορεύεται η λήψη ποσοστών ή προμήθειας για τη σύσταση πελατών για εξέταση ή θεραπεία ή για την εισαγωγή τους σε κλινικές ή θεραπευτήρια ή την αποστολή τους σε λουτροπόλεις, την προσφορά υπηρεσιών κάθε φύσεως, εξέταση, αναγραφή φάρμακων ιατρικών οργάνων κ.λ.π. Απαγορεύεται οποιαδήποτε πράξη του διαιτολόγου η οποία διευκολύνει την απόκτηση παρανόμου κέρδους από τον πελάτη.
12. Ο διαιτολόγος οφείλεται να προσφέρει τις υπηρεσίες του με σεβασμό της προσωπικότητας του ατόμου, το δικαίωμα της ρητής συγκατάθεσής του και της εμπιστευτικότητας των στοιχείων, τον αποκλεισμό κάθε δυνατότητας εκμετάλλευσης του ανθρώπου, είτε για οικονομικό συμφέρον είτε για πραγματοποίηση ευρεσιτεχνίας.

## **2.4 Κανόνες δεοντολογίας διαιτολόγων**

1. Όλοι οι πελάτες - ασθενείς πρέπει πάντα να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και αξιοπρέπεια.
2. Οι διαιτολόγοι είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν τους πελάτες - ασθενείς για τις πιθανές μεθόδους θεραπείας και για την αποτελεσματικότητά τους καθώς και για όλες τις πιθανές συνέπειες που θα έχουν αυτές πάνω τους τόσο από πλευράς αισθητικής όσο και από πλευράς υγείας.
3. Οι διαιτολόγοι είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν με ιδιαίτερη έμφαση τους υπέρβαρους πελάτες τους ότι η απότομη και ραγδαία απώλεια βάρους μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας.
4. Οι διαιτολόγοι είναι πάντα υποχρεωμένοι από την αρχή της θεραπείας να ενημερώνουν τους πελάτες - ασθενείς για το αναμενόμενο κόστος και την χρονική διάρκεια της θεραπείας.

5. Οι διαιτολόγοι πρέπει πάντα να γνωστοποιούν στους πελάτες - ασθενείς τους πραγματικούς τίτλους σπουδών τους. Επίσης πρέπει να δηλώνουν την ακριβή και αληθινή επιστημονική τους ιδιότητα που πηγάζει από το ΒΑΣΙΚΟ ΠΤΥΧΙΟ ΣΠΟΥΔΩΝ. Βασικά Πτυχία Σπουδών που επιτρέπουν την άσκηση επαγγέλματος του Διαιτολόγου, χορηγούνται μόνο από τα παρακάτω ιδρύματα:
- Τμήμα Διατροφής-Διαιτολογίας Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης, παράρτημα Σητείας.( το περιεχόμενο σπουδών του ορίζεται από το ΦΕΚ. 287/06 αρ. 20513/Ε5) (Παράρτημα 4).
  - Τμήμα Διατροφής-Διαιτολογίας Α.Τ.Ε.Ι Θεσσαλονίκης.
  - Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής.
  - Χαροκόπειος Σχολή Οικιακής Οικονομίας (ΧΑΣΟΟ)
  - Αναγνωρισμένα ισότιμα πτυχία αλλοδαπής
6. Μεταπτυχιακοί τίτλοι και πιστοποιητικά παρακολούθησης σεμιναρίων, ημερίδων, συνεδρίων, συμποσίων δεν αποτελούν από μόνα τους αποδεικτικά στοιχεία επιστημονικής ιδιότητας διαιτολόγου. Οι πρωτότυποι τίτλοι (ή μεταφράσεις τους) σπουδών πρέπει πάντα να βρίσκονται σε εμφανές σημείο.
7. Οι διαιτολόγοι πρέπει πάντα να υπογράφουν και να σφραγίζουν με σφραγίδα που να δηλώνει τον τίτλο και την σχολή προέλευσης κάθε συμβουλευτικού κειμένου που δίνουν. Η υποχρέωση αυτή ισχύει ακόμα και όταν ο διαιτολόγος εργάζεται για λογαριασμό οποιαδήποτε εμπορικής επιχείρησης. Κείμενο χωρίς υπογραφή δεν θεωρείται έγκυρο.
8. Οι διαιτολόγοι δεν πρέπει να προτείνουν ή να χορηγούν ή να συναινούν στην χρησιμοποίηση προϊόντων, σκευασμάτων, μεθόδων, συσκευών που δεν είναι επιστημονικά αποδεδειγμένα ότι θα ωφελήσουν τον πελάτη - ασθενή. Επίσης προϊόντα, σκευάσματα, μέθοδοι και συνταγές δεν πρέπει να προτείνονται αν δεν συντρέχουν σαφώς ξεκαθαρισμένοι ιατρικοί λόγοι.



9. Οι διαιτολόγοι πρέπει πάντα να ενημερώνουν τους υπέρβαρους πελάτες - ασθενείς ότι ο μοναδικός τρόπος επίτευξης απώλειας σωματικού λίπους είναι μέσα από την ισορροπημένη διατροφή και την αύξηση φυσικής δραστηριότητας.
10. Οι διαιτολόγοι πρέπει να δίνουν προσωπικά ατομικά διαιτολόγια, βασισμένα στις προσωπικές ατομικές απαιτήσεις του κάθε ενός πελάτη - ασθενή.

Οι διαιτολόγοι πρέπει πάντα να ανακοινώνουν τους παραπάνω κανόνες δεοντολογίας στους πελάτες - ασθενείς. Οι παραπάνω Κανόνες Δεοντολογίας πρέπει να βρίσκονται τοποθετημένοι δίπλα στους βασικούς τίτλους σπουδών και να δίνονται υπό την μορφή εντύπου στην πρώτη συνάντηση - επαφή με τους πελάτες - ασθενείς. Το παραπάνω κείμενο εγκρίθηκε ομόφωνα από την Γενική Συνέλευση του ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΩΝ - ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΩΝ-ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.



## 2.5 Η συνεργασία διαιτολόγου με άλλα επαγγέλματα υγείας (Κελεσέβα-Ουμουδουμίδου, 2002)

1. Ο διαιτολόγος-διατροφολόγος οφείλει να έχει συνεχώς στενή και άμεση σχέση με τα επαγγέλματα υγείας, που σχετίζονται με τη πρόληψη, διατήρηση και βελτίωση της υγείας, όπως επίσης με τις διάφορες μορφές θεραπείας και αποκατάστασης των ασθενών .
2. Η σωστή εκτίμηση της κατάστασης υγείας του πελάτη έχει καθοριστική σημασία για την διαμόρφωση της δίαιτας του.
3. Η δίαιτα μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση και στην βελτίωση της υγείας, μόνο εάν λαμβάνεται υπόψη η κατάσταση υγείας του πελάτη .Γι' αυτό ο διαιτολόγος οφείλει να συνεργαστεί με τον ιατρό του πελάτη του.
4. Η εκτίμηση της κατάστασης της υγείας είναι πολύ χρήσιμη και σε περίπτωση αδυνατίσματος .Δεν μπορεί να πετύχει ο διαιτολόγος καλό αποτέλεσμα εάν δεν θα αποκλείσει πιθανές ασθένειες που μπορούν να προκαλέσουν την πάχυνση.
5. Ιδιαίτερη σημασία έχει η συνεργασία του διαιτολόγου με τα επαγγέλματα υγείας σε περίπτωση ασθένειας .Η διατροφή των ασθενών εξαρτάται άμεσα από την κατάστασή τους .Σε βαριές περιπτώσεις η διατροφή γίνεται παρεντερικά και χρειάζεται να η οξεο-βασική ισορροπία νερού – αλάτων, το επίπεδο διαφόρων δραστικών ουσιών κτλ .Όταν χρησιμοποιείται η εντερική διατροφή προσέχουν την σύσταση των υγρών που χορηγούνται , λαμβάνοντας υπόψη την υποκείμενη νόσο και τις τρέχουσες ανάγκες του οργανισμού. Τέλος , σε περίπτωση δια στόματος διατροφής για κάθε ασθένεια ορίζεται συγκεκριμένη δίαιτα που είναι συμβατή με την ασθένεια του αρρώστου και του προσφέρει καλύτερη λύση στη διατροφή του .
6. Η συμμετοχή του διαιτολόγου στον προσδιορισμό της καλύτερης δυνατής διατροφής του ασθενή είναι αναγκαία και πολύ χρήσιμη σε όλες τις περιπτώσεις παρεντερικής , εντερικής και δια του στόματος διατροφής των ασθενών .

7. Ο διαιτολόγος οφείλει να διατηρεί μετά των συναδέλφων αυτού σχέσεις αβρότητας και γενναιοφροσύνης .Δεν επιτρέπεται ο διαιτολόγος να επικρίνει ή να αποδοκιμάζει διαλόγου ή μορφασμών ή οιοδήποτε άλλο μέσου τους συναδέλφους του. Αν προκύψουν διαφωνίες μεταξύ των συναδέλφων οφείλουν να εξαντλήσουν όλα τα διαθέσιμα ειρηνικά μέσα για να διευθετηθεί η διαφωνία δια συμβιβασμού . Σε περίπτωση που δεν καταστεί δυνατή η εξεύρεση μιας ικανοποιητικής λύσης , υποχρεούνται να προσφύγουν στον τοπικό αρμόδιο Κέντρο Ιατρικής Ηθικής.
8. Σε καμιά περίπτωση δεν επιτρέπεται να φέρουν στη δημοσιότητα επαγγελματικές και επιστημονικές τους διαφορές .
9. Απαγορεύεται οιαδήποτε προσφορά υπηρεσιών με σκοπό τον παραμερισμό συναδέλφου ή την βλάβη νομίμων συμφερόντων αυτού.



## 2.6 Καθημερινές σχέσεις του διαιτολόγου με τον ασθενή και το συγγενικό του περιβάλλον (Κελεσέβα-Ουμουδουμίδου, 2002)

1. Οι σχέσεις διαιτολόγου με τον ασθενή και τον συγγενικό του περιβάλλον βασίζονται στο σεβασμό προς την τιμή και την προσωπικότητα του ανθρώπου. Δεν επιτρέπεται οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη συμβουλή ή πειραματισμός που μπορεί να θίξει τα αισθήματα της προσωπικής ελευθέριας και της ελεύθερης βούλησης των ασθενών.
2. Ο διαιτολόγος οφείλει να επιδεικνύει προς όλους τους ασθενείς ίση μέριμνα, επιμέλεια και αφοσίωση αδιάφορα προς την οικονομική κατάσταση, την κοινωνική θέση, την εθνική καταγωγή, την πολιτιστική ιδιαιτερότητα, το φύλο, την ηλικία, τη φυλή, την εθνικότητα, τη γλώσσα, τη θρησκεία, την ιδιωτική και την οικογενειακή τους ζωή, και τήρηση εχεμύθειας.
3. Ο διαιτολόγος δεν επιτρέπεται να εμπλακεί σε σεξουαλικές παρενοχλήσεις κατά την άσκηση του επαγγέλματος του.
4. Ο διαιτολόγος δεν επιτρέπεται να αναμιγνύεται στις οικογενειακές υποθέσεις, παρά μόνο εάν του ζητηθεί αυτό.
5. Οι διαιτολόγοι πρέπει να βοηθήσουν τον ασθενή στην ρεαλιστική εκτίμηση της κατάστασής τους. Ειδικά σε περίπτωση της ύπαρξης υπέρβαρου, ο διαιτολόγος πρέπει να βοηθήσει για να εκτιμά ο ασθενής ρεαλιστικά την απώλεια του βάρους του και να αποφεύγει τη συναισθηματική υπερέντασή έτσι ώστε να διατηρείται η σωστή ρύθμιση των προσπαθειών για τον έλεγχο του σωματικού του βάρους.
6. Ο διαιτολόγος προσδιορίζει τις αναγκαίες απαιτήσεις για την κατάσταση της υγείας του ασθενή στη δίαιτα με αυστηρή διατήρηση των κλινικών, ηθικών και νόμιμων προδιαγραφών. Ο διαιτολόγος οφείλει να προσδιορίζει την δίαιτα του ασθενή σε συνεργασία με τους ιατρούς, που τον θεραπεύουν και να πείσει τον ασθενή στην αναγκαιότητα εφαρμογής της προκαθορισμένης γι' αυτόν δίαιτας.



α. Η απόφαση της εφαρμογής της οποιαδήποτε δίαιτας είναι η επιλογή του κάθε ανθρώπου. Ο διαιτολόγος παρέχει επαρκή πληροφόρηση για να έχει δυνατότητα ο ασθενής να πάρει την σωστή απόφαση.

β. Οι διαιτολόγοι πρέπει να ενημερώνουν τον ασθενή για τις επιπτώσεις της λήψης διάφορων συστατικών της διατροφής, που δεν συνιστάται να καταναλώνουν σε περίπτωση ανάπτυξης μερικών ασθενειών.

γ. Σε περίπτωση βαριάς κατάστασης των ασθενών ( απώλεια συνείδησης, κώμα κ.α) ή σε περίπτωση που ο ασθενής επιλέγει για κάποιους λόγους τεχνητή διατροφή και λήψη υγρών, ο διαιτολόγος έχει κύριο λόγο αλλά και ευθύνες στον προσδιορισμό της αναγκαίας διατροφής. Ο διαιτολόγος έχει όμως και ευθύνες να εξηγήσει στους συγγενείς του ασθενή τους λόγους εφαρμογής των προτεινόμενων ενεργειών και να τους εφαρμόζει σε συναίνεση μ'αυτούς. Ειδικά ευαίσθητη είναι η θέση του διαιτολόγου σε περίπτωση των ανίατων καταστάσεων, όπου οι ασθενείς αρνούνται να καταναλώνουν την τροφή για να μην παρατείνουν περισσότερο την δύσκολη κατάσταση τους.

7. Ο διαιτολόγος οφείλει να διατηρεί απόρρητο σε ότι αφορά τον πελάτη του και να μην διαδίδει τις πληροφορίες που του εμπιστεύονται.

### **3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Οργάνωση τμήματος Διατροφής**

#### **3.1 Οργάνωση και λειτουργία νοσοκομειακού τμήματος διατροφής( Σύμφωνα με την εσωτερική εγκύκλιο των νοσοκομείων Α2γ/οικ.2468/87 τροποποιημένη από τους υπευθύνους του νοσοκομείου Μεταξά.)**

Σε κάθε Νοσοκομείο λειτουργεί Τμήμα ή Γραφείο Διατροφής στο οποίο ανήκουν οι δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διαμόρφωση διατροφικών σχημάτων νοσηλευμένων ασθενών και προσωπικού (εφημερευόντων ιατρών) με ελεύθερη ή ειδική διαιτητική αγωγή και με την πληροφόρηση και εκπαίδευση των νοσηλευόμενων ασθενών

Στα πλαίσια της πλήρους λειτουργικής ανάπτυξης των αρμοδιοτήτων και του αντικειμένου των Τμημάτων Διατροφής τα Συμβουλευτικά Γραφεία Διατροφής (Υπουργική Απόφαση Α2γ/οικ.2654 ΦΕΚ 477/89), οι αρμοδιότητες των οποίων αφορούν:

- Τους ασθενείς των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και ειδικότερα την διαμόρφωση ειδικών διαιτητικών σχημάτων ύστερα από σχετική ιατρική εντολή καθώς και την πληροφόρηση και εκπαίδευση των ασθενών, που το νόσημά τους χρήζει συστηματικής διαιτητικής φροντίδας.
- Την πληροφόρηση και εκπαίδευση του υγιούς πληθυσμού του ευρύτερου χώρου προς το Νοσοκομείο με ανάπτυξη συγκεκριμένων ομαδικών ή ατομικών προγραμμάτων πρωτοβάθμιας υγείας στη διατροφή, με στόχο την προστασία και προαγωγή της υγείας.

Στο Τμήμα εντάσσονται επίσης, οι επιστημονικές, οργανωτικές, εκπαιδευτικές και διοικητικές δραστηριότητες όλων όσων εμπλέκονται με τα τρόφιμα από την παραλαβή μέχρι και την διάθεσή τους.(Π.Δ.87/86 ΦΕΚ 32/86).

Η οικονομική λειτουργία και η διοίκηση του τμήματος εντάσσονται στις δραστηριότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας, ενώ η επιστημονική δραστηριότητα των Κλινικών Διαιτολόγων εντάσσεται στις δραστηριότητες της Ιατρικής Υπηρεσίας του κάθε Νοσοκομείου.(ν.1397/83).

Η εγκύκλιος Αγ/οικ.2468/87 (Παράρτημα 4) το Υπουργείου Υγείας ορίζει τον τρόπο άσκησης του έργου, τα καθήκοντα και υποχρεώσεις του προσωπικού που στελεχώνει τα Τμήματα ή τα αυτοτελή Γραφεία Διατροφής των Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.

(Τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προαναφερόμενου προσωπικού μπορούν να καθοριστούν επίσης με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του Νοσοκομείου).

### **3.1.1 Δραστηριότητες**

1. Διαμόρφωση διατροφικών σχημάτων ελεύθερων διατροφικά ασθενών.
2. Ειδική διαιτητική αγωγή των νοσηλευμένων ασθενών καθώς και των ασθενών των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, ύστερα από ενυπόγραφη Ιατρική εντολή.
3. Πληροφόρηση και εκπαίδευση ασθενών που το νόσημά τους χρήζει συστηματικής διαιτητικής φροντίδας.
4. Παραλαβή, αποθήκευση, συντήρηση, παρασκευή και διάθεση τροφής στους ασθενείς και το προσωπικό του Νοσοκομείου, που δικαιούται τροφής.
5. Γνωμοδότηση για θέματα που αφορούν προμήθειες και παραλαβές τροφίμων, ανακαινίσεις χώρων, αγορά τεχνολογικού εξοπλισμού.
6. Συνεχής επιμόρφωση των εργαζομένων στο Τμήμα σχετικά με το αντικείμενο της εργασίας τους.
7. Πρόγραμμα εκπαίδευσης φοιτητών Διατροφής- Διαιτολογίας.
8. Πρακτική άσκηση και ειδίκευση των Διαιτολόγων.

### **3.1.2 Στελέχωση τμήματος διατροφής γραφεία**

1. Προϊστάμενος
2. Διαιτολόγος
3. Γραφείο Διαχείρισης Τροφίμων
4. Αποθήκη Τροφίμων
5. Μαγειρείο



6. Υπεύθυνος Τραπεζοκόμων
7. Προσωπικό Εστίασης
8. Επόπτης Δημόσιας Υγείας
9. Τεχνολόγος Τροφίμων



### 3.1.3 Περιγραφή του ρόλου και των ευθυνών των ατόμων που στελεχώνουν το τμήμα διατροφής

1. Προϊστάμενος
  - Είναι Κλινικός Διαιτολόγος.
  - Είναι υπεύθυνος για την ομαλή λειτουργία του τμήματος και τον προγραμματισμό, καταμερισμό και συντονισμό των εργασιών όλων των ειδικοτήτων που απασχολούνται στο τμήμα.
  - Εισηγείται στη Διοίκηση για τις εκπαιδευτικές άδειες του επιστημονικού προσωπικού του Τμήματος, καθώς και για όλα τα θέματα που αφορούν το τμήμα.
  - Είναι αρμόδιος για το έργο αξιολόγησης των εργαζομένων στο τμήμα.
  - Προγραμματίζει, εκπονεί και υλοποιεί την ενδονοσοκομειακή εκπαίδευση των εργαζομένων του τμήματος.
  - Συντάσσει -προαιρετικά -προγράμματα εκπαίδευσης για τους εκπαιδευόμενους φοιτητές Διαιτολογίας.
  - Μεριμνά για την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων του ΚΕ.Σ.Υ.

## 2. Διαιτολόγος

- Συντάσσει διατροφικά σχήματα ειδικών διαίτων σύμφωνα με τις οδηγίες για την πορεία της νόσου.
- Διατηρεί διατροφικό ιστορικό για κάθε ασθενή με διαιτητικό πρόβλημα.
- Εκπαιδεύει και πληροφορεί ασθενείς με χρόνια διατροφικό πρόβλημα είτε είναι νοσηλεύόμενοι ή των Εξωτερικών Ιατρείων.
- Παρακολουθεί την Ιατρική επίσκεψη και συνεργάζεται με τον θεράποντα γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό για την καλή παροχή διατροφικής φροντίδας.
- Συμμετέχει στις επιστημονικές δραστηριότητες του Νοσοκομείου που αφορούν την διατροφή (π.χ έρευνες, μελέτες, κ.λ.π)
- Συμμετέχει στην ομάδα εκπαίδευσης των φοιτητών.
- Συμμετέχει στην Επιτροπή ποιοτικού ελέγχου τροφίμων.



## 3. Γραφείο Διαχείρισης Τροφίμων

- Στελεχώνεται από διοικητικούς υπαλλήλους και έχει άμεση σχέση με το γραφείο Διαιτολόγων
- Είναι υπεύθυνο για την καλή λειτουργία και απόδοση του τμήματος που έχει σχέση με τη διαδικασία προμήθειας, διακίνησης, συντήρησης και παρασκευής των τροφίμων, καθώς και την καλή διαχείριση του μη αναλώσιμου υλικού του τμήματος.

## 4. Ειδικότερα ο υπάλληλος διαχείρισης:

- Συντάσσει συγκεντρωτικές και αναλυτικές καταστάσεις των εκτελούμενων προγραμμάτων διατροφής.
- Κάνει τις παραγγελίες τροφίμων και μη αναλώσιμου υλικού του τμήματος
- Υποστηρίζει γραμματειακά το τμήμα.

- ο Συμμετέχει στην ενδονοσοκομειακή επιμόρφωση σύμφωνα με το αντικείμενο εργασίας.

## 5. Αποθήκη τροφίμων

Στελεχώνεται:

A) Από τον αποθηκάριο τροφίμων, Είναι διοικητικός υπάλληλος ΔΕ, που κάνει ποσοτική παραλαβή τροφίμων, συντάσσει πρωτόκολλο παραλαβής, πρωτόκολλο εσωτερικής διακίνησης και καρτέλες εισαγωγής και εξαγωγής τροφίμων.

B) Εργάτη αποθήκης τροφίμων. Τοποθετεί τα τρόφιμα και άλλα είδη σχετικά με τη διατροφή (μη αναλώσιμο υλικό του τμήματος) στους αντίστοιχους αποθηκευτικούς χώρους. Μεταφέρει τρόφιμα και άλλα σχετικά με τη διατροφή στο Μαγειρείο και φροντίζει για τη διατήρηση καθαριότητας, τάξης και υγειονομικών συνθηκών αποθήκευσης.

## 6. Μαγειρείο

Για την στελέχωση του Μαγειρείου απαιτούνται:

- ο Αρχιμάγειρας ( A & B) Συντάσσει το πρόγραμμα εργασίας και αδειών των εργαζομένων στο Μαγειρείο σε συνεργασία με τον προϊστάμενο του τμήματος. Είναι υπεύθυνος για την υλοποίηση όλων των διαιτητικών εντολών. Υποδεικνύει τρόπους παρασκευής σύμφωνα με τις εντολές των διαιτολόγων και κάνει τον ημερήσιο καταμερισμό των εκτελούμενων παρασκευών. Ελέγχει τα εισερχόμενα για παρασκευή τρόφιμα από ποσοτική και ποιοτική άποψη. Είναι υπεύθυνος για την τήρηση του υγειονομικού κανονισμού στους χώρους του Μαγειρείου και φροντίζει για την σχολαστική καθαριότητα των χώρων και των σκευών. Συμμετέχει στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα του τμήματος σαν εκπαιδευτής ή εκπαιδευόμενος στο αντικείμενο της εργασίας του .



- Μάγειροι (Α, Β & Γ). Οι μάγειροι εκτελούν βασικές, ειδικές ή απλούστερες διατροφικές συνθέσεις με βάση τον ημερήσιο καταμερισμό εργασίας καθώς και για την καθημερινή τους εμφάνιση τηρώντας τους κανόνες υγιεινής.
- Μάγειροι ειδικών διαιτών
- Γαλακτοκόμοι. Παρασκευάζουν όλες τις βασικές συνθέσεις με γάλα, συνεργάζονται με τον μάγειρα Ειδικών διαιτών, φροντίζουν για την παρασκευή και εκτέλεση του πρωινού καθώς και των ενδιάμεσων γευμάτων .
- Καθαριστές/στριες, βοηθούν στο πλύσιμο και στην προετοιμασία των τροφίμων και καθαρίζουν μετά από κάθε δραστηριότητα τους χώρους του Μαγειρείου .
- Πλύντες/ντριες, πλένουν μετά από κάθε παρασκευή τα κινητά και ακίνητα σκεύη του μαγειρείου, φροντίζοντας για την σχολαστική διατήρηση υγιεινών συνθηκών στους χώρους εργασίας τους.
- Υπεύθυνος τραπεζοκόμων : Ορίζεται διοικητικός υπάλληλος ,ο οποίος σε συνεργασία με τον προϊστάμενο του Τμήματος διαμορφώνει το πρόγραμμα εργασίας, αργιών, αδειών και εκπαίδευσης των τραπεζοκόμων.

Οι αρμοδιότητές του αφορούν:

- Τη σωστή τήρηση του προγράμματος εργασίας των τραπεζοκόμων .
- Τη σωστή εμφάνιση τους (καθαρές στολές κ.λ.π.)
- Τη σωστή λειτουργία των χώρων διανομής των κλινικών .
- Την καλή λειτουργία της τραπεζαρίας προσωπικού
- Την τήρηση σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με το υπόλοιπο προσωπικό.
- Τέλος συνεργάζεται για κάθε θέμα της αρμοδιότητάς του με τον προϊστάμενο του τμήματος.



## 7. Προσωπικό εστίασης.

- Τραπεζοκόμοι προσωπικού. Είναι υπεύθυνοι για την καλή λειτουργία της τραπεζαρίας προσωπικού.
- Τραπεζοκόμοι Νοσηλευτικών τμημάτων (κλινικών). Είναι υπεύθυνοι για την παραλαβή και μεταφορά των μαγειρεμένων τροφίμων στους ασθενείς τηρώντας όλους τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας τροφίμων. Δεν χορηγούν τροφή σε ασθενή χωρίς υπόδειξη και γραπτή εντολή Διαιτολόγου. Είναι υπεύθυνοι για τον καθαρισμό και φύλαξη των σκευών διανομής.



## 8. Επόπτης Δημόσιας Υγείας

Εφόσον το Νοσοκομείο απασχολεί Επόπτη Δημόσιας Υγείας, οι δραστηριότητές του που μπορούν να αναπτυχθούν σε συνεργασία με το Τμήμα Διατροφής και την Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων, είναι:

- Υγειονομικός έλεγχος και ποιοτική παραλαβή τροφίμων.
- Εποπτεία υλοποίησης Υγειονομικών Κανονισμών στους χώρους σίτισης ( Μαγειρείο, Τραπεζαρίες, Αποθηκευτικοί-Βοηθητικοί χώροι ).
- Υγιεινή της ύδρευσης (δειγματοληψίες νερού ).
- Υγιεινή της αποχέτευσης.
- Εκπαίδευση του προσωπικού των Τμημάτων Διατροφής (Μάγειροι, Αποθηκάριοι, Τραπεζοκόμοι) σε θέματα Υγιεινής, Υγειονομικής συμπεριφοράς και πρόληψης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

## 9. Τεχνολόγος Τροφίμων

Εφόσον το Νοσοκομείο απασχολεί Τεχνολόγο Τροφίμων (Τ.Ε), οι δραστηριότητες που μπορούν να ασκηθούν από αυτόν είναι:

- Σύνταξη προδιαγραφών προμήθειας τροφίμων.
- Ποιοτικός έλεγχος παραλαβής τροφίμων.
- Φροντίδα για την εφαρμογή του ισχύοντος Υγειονομικού κανονισμού στους χώρους σίτισης.
- Επίβλεψη του συστήματος παραλαβής, παρασκευής, συντήρησης και διακίνησης τροφίμων.
- Υπεύθυνος για τον δειγματοληπτικό έλεγχο των τροφίμων
- Συμμετοχή στο πρόγραμμα ενδονοσοκομειακής εκπαίδευσης.



### 3.1.4 Έγγραφα - Βιβλία

Ονομαστική κατάσταση (τίτλοι εγγράφων):

1. Φύλλο Τροφής
2. Ημερήσια Συγκεντρωτική
3. Κατάσταση Δίαιτας
4. Αναλυτική Κατάσταση Τροφής (ΔΙΑΙΤΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ)
5. Αναλυτική Κατάσταση Τροφής (ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ Εφημερεύοντες & ασθενείς χωρίς δίαιτα-ολόκληρα)
6. Συγκεντρωτική Κατάσταση Τροφής
7. Εντολή και Πράξη Εξαγωγής Αναλώσιμου Υλικού
8. Δελτίο Παραγγελίας
9. Πρωτόκολλο Παραλαβής και Δελτίο Εισαγωγής Τροφίμων και Ειδών
10. Καθαριότητας Πρακτικό (παραβάσεως χορηγητού ειδών)
11. Πρωτόκολλο Δειγματοληψίας

## 12. Δελτίο Κίνησης Τροφίμων

### 3.1.5 Διαχείριση εγγράφων - βιβλίων

1. Φύλλο τροφής: συμπληρώνεται από την Προϊσταμένη της κάθε κλινικής με τη δύναμη των ασθενών και δίαιτες ελεύθερες ή τροποποιημένες.
2. Ημερήσια Συγκεντρωτική Κατάσταση Δίαιτας: συμπληρώνεται από διαιτολόγο που καταχωρεί τις διαιτητικές ανάγκες των ασθενών ανά κλινική.
3. Αναλυτική Κατάσταση Τροφής: ο υπάλληλος της διαχείρισης τροφίμων μεταφράζει σε μερίδες τις δίαιτες των ασθενών ( αναλύοντας σε γραμ. τα επιμέρους τρόφιμα που χρησιμοποιούνται για την σύνθεση των διαιτών).
4. Αναλυτική Κατάσταση Τροφής (εφημερευόντων & ασθενών χωρίς δίαιτα): συμπληρώνεται από τον υπάλληλο του Γραφείου Τροφίμων όπως και η 3η αντίστοιχη κατάσταση
5. Συγκεντρωτική Κατάσταση Τροφής: στο έντυπο αυτό καταγράφονται οι συνολικές ποσότητες των επιμέρους τροφίμων που αντιστοιχούν στις δίαιτες των ασθενών, του Ιατρικού προσωπικού και των ασθενών με ελεύθερη δίαιτα (ολόκληρα) , των ασθενών της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού, του προσωπικού του χειρουργείου και του προσωπικού που διανυκτερεύει.
6. Εντολή και Πράξη Εξαγωγής Αναλώσιμου υλικού: συμπληρώνεται με βάση την κατάσταση και αφορά τα τρόφιμα που υπάρχουν στην αποθήκη (π. χ. ζάχαρη, φρυγανιές, κοτόπουλο, μακαρόνια κ. α.). Το έντυπο αυτό στέλνεται, υπογεγραμμένο από τον υπεύθυνο του Γραφείου Τροφίμων και τον Διευθυντή, στην Αποθήκη Τροφίμων όπου ο Αποθηκάριος παρουσία τριμελούς επιτροπής παραδίδει τα προαναφερόμενα τρόφιμα στον υπόλογο Μάγειρο. Με τον ίδιο τρόπο γίνονται όλες οι παραδόσεις και παραλαβές αναλώσιμου υλικού.
7. Δελτίο Παραγγελίας: συμπληρώνεται από τον υπάλληλο του Γραφείου Τροφίμων κάθε φορά που πρέπει να παραγγείλει αναλώσιμο υλικό και καθημερινά για τρόφιμα όπως

το γάλα, το ψωμί, λαχανικά και φρούτα. (Οι παραγγελίες δίνονται τηλεφωνικά για την όσο το δυνατόν ταχύτερη προμήθεια των αγαθών).

8. Πρωτόκολλο Παραλαβής και Δελτίο Εισαγωγής Τροφίμων και Ειδών Καθαριότητας: συμπληρώνεται από την τριμελή Επιτροπή\* κάθε μέρα κατά την διάρκεια παραλαβής τροφίμων και κάθε φορά που γίνεται παραλαβή υλικού από τον χορηγητή και παράδοση στον Αποθηκάριο. Το έντυπο αυτό υπογράφεται από την τριμελή επιτροπή, τον αποθηκάριο, τον Προϊστάμενο Οικονομικών και τον Διευθυντή. Δύο αντίγραφα μαζί με τα δελτία αποστολής και τα τιμολόγια (όταν υπάρχουν) στέλνονται στο Γραφείο Τροφίμων, ενώ το 30 στέλεχος μένει στον αποθηκάριο. (Όταν υπάρχει Τεχνολόγος Τροφίμων, χρησιμοποιείται σαν συμβουλευτικό όργανο της επιτροπής).
9. Πρακτικό (παραβάσης): συμπληρώνεται από την επιτροπή όταν διαπιστωθεί ότι το υλικό δεν ανταποκρίνεται στη σύμβαση που έχει υπογράψει ο προμηθευτής. Αφού υπογραφεί από την επιτροπή και τον χορηγητή (προμηθευτή) ,πηγαίνει στο Πρωτόκολλο και στέλνεται στη Νομαρχία (όπου υπογράφονται οι συμβάσεις).
10. Πρωτόκολλο Δειγματοληψίας: συμπληρώνεται και υπογράφεται από την επιτροπή και τον χορηγητή και συνοδεύει το δείγμα που αποστέλλεται στο Γενικό Χημείο του Κράτους για τον έλεγχο καταλληλότητας.
11. Δελτίο Κίνησης Τροφίμων: είναι το βιβλίο με το οποίο γίνεται ο έλεγχος της αποθήκης. Καθημερινά στο υπόλοιπο των υλικών της προηγούμενης μέρας (σε κιλά & γραμ.) προσθέτονται αυτά που παραλαμβάνονται, γίνεται το σύνολο και αφαιρούνται όσα αναγράφονται στο 60 έγγραφο, ώστε να προκύψει το νέο υπόλοιπο. Στο τέλος κάθε μήνα γίνεται έλεγχος της αποθήκης (έλεγχος ποσοτήτων) με την βοήθεια του Υπευθύνου του Γραφείου Τροφίμων, για το «κλείσιμο» του βιβλίου.

#### ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

\*Α) Η τριμελής Επιτροπή αποτελείται από:

- Τον Αρχιμάγειρα
- Ένα Διοικητικό υπάλληλο



- ο Νοσηλεύτρια/τή

Η επιτροπή αλλάζει κάθε μέρα και ορίζεται από το γραφείο προσωπικού του νοσοκομείου (βγαίνει μηνιαίο πρόγραμμα, που κοινοποιείται στους υπαλλήλους και στον Αποθηκάριο).

Β) Όλα τα έγγραφα είναι τριπλότυπα

### **3.1.6 Σύνταξη και διαμόρφωση διαιτολογικών προγραμμάτων νοσηλευόμενων ασθενών και προσωπικού**

#### **A. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.**

Ασθενείς που πάσχουν από οξεία ή χρόνια νοσήματα αντιμετωπίζονται καθημερινά σε διάφορα ιδρύματα, όπως νοσοκομεία, κέντρα αποκατάστασης, κέντρα παρατεταμένης φροντίδας, κλινικές, ιατρεία καθώς και στα σπίτια τους.



Η διαιτητική παρέμβαση αποτελεί σημαντικό τμήμα της θεραπείας σε ενδονοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή βάση. Συμπληρώνει οποιαδήποτε ιατρική ή χειρουργική θεραπευτική αγωγή και αρκετές φορές αποτελεί την κύρια μορφή θεραπείας για την αντιμετώπιση της νόσου.

Οι διατροφικές ανάγκες των νοσηλευμένων ασθενών ποικίλουν και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ίδια τη νόσο, την πορεία της και την διατροφική κατάσταση των ατόμων. Στόχος της διαιτητικής φροντίδας είναι η εξασφάλιση της επαρκούς πρόσληψης τροφής για τη διατήρηση του βάρους, η ελαχιστοποίηση ελλείψεων θρεπτικών συστατικών, η πρόληψη και η καθυστέρηση εμφάνισης αναιμίας ή άλλων διατροφικών ελλείψεων, η επιδιόρθωση, αν είναι δυνατόν, των διατροφικών ελλείψεων, ο έλεγχος του σακχάρου του αίματος και της δυσλιπιδαιμίας, η επούλωση κατά την διάρκεια της ανάρρωσης, η μείωση παραγωγής αχρήστων υλικών που θα αποβληθούν από τους νεφρούς και η μείωση της θνησιμότητας. Γι' αυτό η διατροφική φροντίδα αποτελεί ένα βασικό υποστηρικτικό μέσο, που μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της επιθυμητής λειτουργικότητας αλλά και της ποιότητας ζωής.

## B. ΕΙΔΗ ΔΙΑΙΤΩΝ

Οι τροποποιημένες δίαιτες χρησιμοποιούνται από άτομα με ειδικές δυσκολίες στην πρόσληψη, πέψη, απορρόφηση ή μεταβολισμό των τροφών, που συνήθως παρέχονται στις κανονικές δίαιτες. Μερικές τυπικές τροποποιημένες δίαιτες που χρησιμοποιούνται στην κλινική πρακτική είναι:

- **ΥΔΡΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ:** Περιλαμβάνει τροφές που είναι σε υγρή μορφή σε θερμοκρασία δωματίου, όπως γάλα, τσάι, ζελέ, κ. α. Παρέχει υγρά και μερικούς ηλεκτρολύτες με ελάχιστο υπόλειμμα. Συνήθως χρησιμοποιείται κατά την προεγχειρητική ή πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο, στα προβλήματα πεπτικού (στένωση οισοφάγου, κ. α.), κατάγματα γνάθου, κ. λ. π.
- **ΠΟΛΤΩΔΗΣ ΔΙΑΙΤΑ:** Περιλαμβάνει υγρά και μαλακές στερεές τροφές (πουρές, κ. α.) Όταν χρησιμοποιούνται κρέατα, λαχανικά και φρούτα είναι αλεσμένα ή πολτοποιημένα. Η διαίτα αυτή μπορεί να είναι θρεπτικά πλήρης, με εξαίρεση τις φυτικές ίνες. Είναι χαμηλή σε υπόλειμμα. Απαιτεί λίγη μάσηση και η συνήθης χρήση της αφορά την προεγχειρητική ή μετεγχειρητική περίοδο, δυσφαγία, οδοντικά προβλήματα, προβλήματα πεπτικού (κισσούς οισοφάγου, κ. α.
- **ΕΛΑΦΡΑ (Α') ΔΙΑΙΤΑ:** Περιλαμβάνει υγρές και στερεές τροφές τρυφερές , φτωχές σε φυτικές ίνες όπως βραστά τρυφερά κρέατα, ραφινάρισμα δημητριακά, βραστά λαχανικά (κολοκυθάκια, καρότα) , φρούτα ψητά ή κομπόστα. Η θρεπτικότητα της διαίτας αυτής είναι αντίστοιχη με της πολτώδους. Είναι φτωχή σε υπόλειμμα. Λόγω του ότι οι τροφές που χρησιμοποιούνται δεν είναι δύσκολες στη μάσηση και στην πέψη η διαίτα μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη μετεγχειρητική περίοδο, σε οδοντικά προβλήματα, διαφραγματοκήλη, σε προβλήματα πεπτικού, εκκολπωματίτιδα, κ. λ. π.
- **ΕΛΑΦΡΑ (Β') ΔΙΑΙΤΑ:** Περιλαμβάνει κρέατα και δημητριακά βραστά ή ψητά, λαχανικά βραστά ή ωμά, φρούτα ωμά, ψητά ή κομπόστα. Κατά την παρασκευή των φαγητών δεν

προστίθεται αλάτι. Είναι πλήρης σε θρεπτικά συστατικά. Ανάλογα με την νόσο μπορεί να τροποποιηθεί και να χρησιμοποιηθεί ως:

- Ήπια δίαιτα στο πεπτικό έλκος, αποφεύγοντας τις τροφές που πιθανά προκαλούν γαστρικούς ερεθισμούς. Είναι σημαντικό οι τροφές να σερβίρονται σε πολλά μικρά γεύματα και σνακς κατά την διάρκεια της ημέρας, ώστε να ρυθμίζονται οι γαστρικές εκκρίσεις. Είναι πλήρης σε θρεπτικά συστατικά.
- Δίαιτα χαμηλή σε φυτικές ίνες ή φτωχή σε υπόλειμμα, που χρησιμοποιείται σε υποτροπή φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, εκολπωματίτιδα. Αποφεύγονται οι μηχανικής φύσης ερεθισμοί του γαστρεντερικού σωλήνα. Επειδή το γάλα περιορίζεται σε 1 ή 2 μερίδες την ημέρα, θα πρέπει να υπολογίζεται η πρόσληψη ασβεστίου. Μπορεί να είναι θρεπτικά πλήρης, εκτός των φυτικών ινών.
- Δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες για τη δυσκοιλιότητα, εκολπωματίτιδα, αιμορροΐδες. Δεν αποκλείεται κανένα φαγητό, αντίθετα δίνεται έμφαση στη χρήση των δημητριακών ολικής αλέσεως, στα ωμά ή ελαφρώς μαγειρεμένα λαχανικά, ωμά φρούτα. Ενθαρρύνεται η λήψη τουλάχιστον 8 φλιτζανιών υγρών την ημέρα για την ενυδάτωση των φυτικών ινών και την παραγωγή μαλακών κοπράνων. Από θρεπτική άποψη είναι πλήρης.
- Δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες για εγκαύματα, τραυματισμούς, σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις, θεραπεία με κορτικοστεροειδή (τα στεροειδή αυξάνουν τη μετατροπή της πρωτεΐνης σε γλυκόζη), ηπατίτιδα.
- Ειδικότερα αυξάνει το μέγεθος της μερίδας του κρέατος, των γαλακτοκομικών προϊόντων, των αυγών. Για την κάλυψη των ενεργειακών αναγκών αναγκαία είναι η επαρκής πρόσληψη λίπους και υδατανθράκων. Είναι πλήρης σε θρεπτικά συστατικά.
- Δίαιτα φτωχή σε πρωτεΐνες: χρησιμοποιείται σε νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, όπου υπάρχει περιορισμένη ικανότητα μεταβολισμού ή απέκκρισης του αζώτου που ελευθερώνεται από τη διάσπαση των πρωτεϊνών. Στόχος της διατροφικής φροντίδας είναι η μείωση της παραγωγής αχρήστων ουσιών, που αποβάλλονται από τους

νεφρούς, αποφυγή υπέρμετρης κατακράτησης υγρών και ηλεκτρολυτών που οδηγούν σε υπέρταση. Περιορίζεται η πρόσληψη κρέατος, πουλερικών, ψαριών, αυγών, γαλακτοκομικών προϊόντων, δημητριακών και αμυλούχων λαχανικών.

- Δίαιτα διαβητικών :κατάλληλη για τον έλεγχο της υπεργλυκαιμίας, καθορίζοντας την ποσότητα των τροφών που καταναλώνει καθώς και την ποσότητα των υδατανθράκων κατανεμημένων σε 3-6 (ή περισσότερα) γεύματα και σνακς σε προγραμματισμένες ώρες κατά την διάρκεια της ημέρας. Η δίαιτα είναι επίσης χαμηλή σε χοληστερόλη και κορεσμένα λίπη για ελάττωση των επιπλοκών του διαβήτη. Είναι πλήρης σε θρεπτικά συστατικά.
- Δίαιτα φτωχή σε σάκχαρα .Συνήθως χρησιμοποιείται σε θεραπεία με κορτικοστεροειδή, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν δυσανοχή στη γλυκόζη. Περιορίζονται τα απλά σάκχαρα. Είναι πλήρης διατροφικά.
- Άλυπος δίαιτα: χρησιμοποιείται σε οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα, διάρροια. Περιλαμβάνει άπαχα κρέατα βραστά ή ψητά στον ατμό, άπαχα γαλακτοκομικά προϊόντα, δημητριακά νερόβραστα, καλοβρασμένα τρυφερά λαχανικά με λίγο ελαιόλαδο, φρούτα ψητά ή κομπόστα.
- Δίαιτα καρδιοπαθών, για ασθενείς με καρδιολογικό ιστορικό. Είναι δίαιτα φτωχή σε κορεσμένα λίπη, χοληστερόλη και αλάτι, αποφεύγοντας τα μεγάλα γεύματα που αυξάνουν τον καρδιακό ρυθμό. Περιλαμβάνει επίσης ωμά ή βραστά λαχανικά και φρούτα ωμά ή μαγειρεμένα. Από θρεπτικής άποψης είναι πλήρης.
- Δίαιτα περιορισμού ή αποκλεισμού της λακτόζης, όταν υπάρχει έλλειψη λακτάσης (που μπορεί να είναι είτε πρωτοπαθής ή γενετικά καθορισμένη ή δευτεροπαθής λόγω καταστροφής του εντερικού βλεννογόνου από γαστρεντερίτιδα, κοιλιοκάκη, ακτινοθεραπείες του εντέρου, κ. λ. π.) Περιορίζονται το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα, εκτός από τα 'σκληρά τυριά. Μερικά άτομα μπορούν να ανεχθούν μικρές ποσότητες γάλακτος και κατεργασμένων προϊόντων του γάλακτος . Μπορεί να είναι πλήρης, αλλά πρέπει να υπολογιστεί η πρόσληψη ασβεστίου.

- Δίαιτα χωρίς γλουτένη για ασθενείς που πάσχουν από Εντεροπάθεια λόγω ευαισθησίας στη Γλουτένη (κοιλιοκάκη). Η πρόσληψη γλουτένης, μιας πρωτεΐνης που βρίσκεται στα περισσότερα δημητριακά, προκαλεί καταστροφή του εντερικού βλεννογόνου στα άτομα με την πάθηση αυτή. Αποφεύγεται το σιτάρι, το κριθάρι, η σίκαλη, η βρώμη καθώς και όλα τα προϊόντα που παρασκευάζονται από τα δημητριακά αυτά.
- Δίαιτα φτωχή σε φαινυλαλανίνη για τα άτομα που πάσχουν από φαινυλκετονουρία (PKU).
- Δίαιτα φτωχή σε τυραμίνη ή σε αναστολέα μονοαμινικής οξειδάσης (MAOI). Χρησιμοποιείται για όσο χρονικό διάστημα το άτομο παίρνει MAOI, μια κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που περιλαμβάνει τη φαινελζίνη, την ισοκαρβοξυσίδη, την τρανυλοκυπρομίνη. Ο σχηματισμός τυραμίνης και ντοπαμίνης λόγω προχωρημένης ηλικίας, διάσπασης πρωτεϊνών και σήψης των τροφών μπορεί να προκαλέσει κεφαλαλγία και υπερτασική κρίση. Αποφεύγονται το συκώτι, τα οινόπνευματώδη, οποιεσδήποτε πολυκαιρισμένες, παστές, ζυμωμένες ή καπνιστές πρωτεϊνικές τροφές (τυριά, καπνιστά ή αποξηραμένα κρέατα, παστά αποξηραμένα ή Καπνιστά ψάρια, παστός μπακαλιάρος), τα εκχυλίσματα του κρέατος, το γιαούρτι, η σάλτσα σόγιας, η σοκολάτα, το σπιτικό ζυμωμένο ψωμί, Οι μπανάνες, το αβοκάντο, τα σύκα, οι σταφίδες, η φάβα και οι μελιτζάνες. Περιορίζουμε σε 1 μικρό πορτοκάλι και % του φλιτζανιού ντομάτα την ημέρα. Από θρεπτικής απόψεως είναι πλήρης.

#### ΔΙΑΙΤΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

- Δίαιτα δοκιμασίας 5-υδροξυ-ινδολοξικού οξέος (5-HIAA): Ακολουθείται για 3 μέρες περίπου πριν και κατά τη διάρκεια της 24ωρης συλλογής ούρων για 5-HIM. Χρησιμοποιείται στη διάγνωση και παρακολούθηση των καρκινοειδών, τα οποία εκκρίνουν σεροτονίνη που μεταβολίζεται στο συκώτι σε 5-HIAA. Παραλείπονται τροφές που περιέχουν σεροτονίνη : αβοκάντο, μπανάνες, μελιτζάνες, δαμάσκηνα, ντομάτες και καρύδια.

- ο Δίαιτα 300 gr υδατανθράκων: Ακολουθείται για 3 περίπου μέρες πριν από την δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη, γιατί δίαιτα φτωχή σε υδατάνθρακες μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα ψευδώς παθολογική δοκιμασία. Μια ισορροπημένη δίαιτα περιλαμβάνει 300 gr υδατανθράκων ή περισσότερο.
- ο Δίαιτα δοκιμασίας βανιλινομανδελικού οξέος (VWA): Ακολουθείται για 3 περίπου μέρες πριν και κατά τη διάρκεια της 24ωρης συλλογής ούρων για VWA. Η δοκιμασία χρησιμοποιείται στη διάγνωση του φαιοχρωμοκυτώματος, έναν όγκο των επινεφριδίων που εκκρίνει υψηλά επίπεδα επινεφρίνης ή και νορεπινεφρίνης. Το VWA είναι ένα προϊόν του μεταβολισμού αυτών των ουσιών. Μερικές τροφές αυξάνουν τα επίπεδα του VWA. Αποκλείονται από την διατροφή τα μήλα, οι μπανάνες, τα εσπεριδοειδή, η βανίλια και οι τροφές που περιέχουν βανίλια, οι ντομάτες και τα κολοκύθια. Απαγορεύεται η χρήση καφεΐνης (καφές, τσάι, αναψυκτικά τύπου cola, σοκολάτα).
- ο Δίαιτα 100 gr λίπους: Ακολουθείται για περίπου 3 μέρες πριν και 3 μέρες κατά τη διάρκεια της 72ωρης συλλογής κοπράνων για ανίχνευση λίπους. Χρησιμοποιείται στη διερεύνηση στεατόρροιας και δυσασπορρόφησης. Οι ενήλικες δεν θα πρέπει να αποβάλλουν περισσότερο από 5 gr λίπους ημερησίως με τα κόπρανα. Τα παιδιά δεν θα πρέπει να αποβάλλουν περισσότερο από 5-7 % του λίπους. Το ημερήσιο διαιτολόγιο πρέπει να περιέχει 100 gr λίπους χρησιμοποιώντας μαργαρίνη, βούτυρο, λάδι, κρέας, πλήρες γάλα, αυγά, κ. λ. π. Καταγράφονται σε ημερολόγιο οι τροφές που καταναλώνονται και το λίπος των κοπράνων εκφράζεται σαν ποσοστό της πρόσληψης αυτού.

### **3.2 Διατροφική φροντίδα νοσηλευμένων (Κελεσέβα-Ουμουδουμίδου, 2002)**

Ένα σωστό και ισορροπημένο διαιτολόγιο των ασθενών θα πρέπει να ακολουθεί τους 3 χρυσούς κανόνες της διατροφής, ισορροπία, ποικιλία και μέτρο.

### 3.2.1 Ισορροπία

Ισορροπία σημαίνει ότι θα πρέπει η διατροφή να περιλαμβάνει όλα τα θρεπτικά συστατικά στις σωστές αναλογίες. Οι υδατάνθρακες θα πρέπει να καλύπτουν το 50-60% της καθημερινής προσλαμβανόμενης ενέργειας. Οι πρωτεΐνες θα πρέπει να καλύπτουν το 12-15% της καθημερινής προσλαμβανόμενης ενέργειας και τα λιπίδια θα πρέπει να καλύπτουν το 30-40% της καθημερινής προσλαμβανόμενης ενέργειας. Για παράδειγμα εάν κάποιος άτομο χρειάζεται 2000 θερμίδες (Kcal) ημερησίως, οι 1000-1200 θερμίδες θα πρέπει να προέρχονται από υδατάνθρακες, οι 240 - 300 θερμίδες θα πρέπει να προέρχονται από πρωτεΐνες και οι 600 - 800 θερμίδες θα πρέπει να προέρχονται από λιπίδια.

### 3.2.2 Ποικιλία

Ποικιλία σημαίνει ότι η διατροφή θα πρέπει να περιλαμβάνει τρόφιμα από όλες τις ομάδες τροφίμων. Η ύπαρξη ποικιλίας στη διατροφή μειώνει τις πιθανότητες να υπάρξουν ελλείψεις σε συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά. Τα τρόφιμα διακρίνονται σε ομάδες ανάλογα με τα διατροφικά συστατικά που περιέχουν.

Οι ομάδες τροφίμων παρουσιάζονται παρακάτω:

- Δημητριακά
- Φρούτα & Λαχανικά
- Όσπρια
- Κρέας & αυγά
- Ψάρια & Θαλασσινά
- Γαλακτοκομικά προϊόντα
- Προστιθέμενα λιπίδια
- Ξηροί καρποί & σπόροι
- Ζάχαρη και σχετικά προϊόντα
- Νερό και μη οινόπνευματώδη ποτά
- Οινόπνευματώδη ποτά



### 3.2.3 Μέτρο

Μέτρο σημαίνει ότι δε θα πρέπει να γίνεται υπερβολή στην κατανάλωση κάποιου συγκεκριμένου τροφίμου είτε πρόκειται για υπερκατανάλωση είτε για ελλιπή πρόσληψη. Δεν πρέπει λοιπόν να γίνεται υπερκατανάλωση σε τρόφιμα από συγκεκριμένες ομάδες τροφίμων, μια και όλες ομάδες παρέχουν συστατικά απαραίτητα για τη διατροφή. Για παράδειγμα σε ό,τι αφορά τις πρωτεΐνες δε θα πρέπει να καταναλώνονται μόνο πρωτεΐνες από τρόφιμα ζωικής προέλευσης, λόγω της υψηλής βιολογικής αξίας αυτών των πρωτεϊνών, αλλά θα πρέπει οι πρωτεΐνες να προέρχονται και από τρόφιμα φυτικής προέλευσης, όπως όσπρια και δημητριακά.

#### A. Θερμίδες

Συνήθως στη σύγχρονη διατροφή ο διαιτολόγος οφείλει να προσέχει και τις θερμίδες της τροφής συμφωνά με τις ανάγκες του οργανισμού, βάρος του σώματος και με το βαθμό κινητικής δραστηριότητας. Διαφέρουν στις δίαιτες που εξασφαλίζουν μόνο 1000 kcal έως 1900 kcal την ημέρα. Η διατήρηση της διαίτας με τις θερμίδες που χρειάζεται καθένας σε συγκεκριμένο χρόνο βοηθάει να μην αποκτήμε περιττό βάρος.

#### B. Θρεπτικά συστατικά

Η τροφή μας, ειδικά σε περίπτωση ασθένειας, πρέπει να περιέχει όλα τα αναγκαία για τον οργανισμό συστατικά.

Τα συστατικά αυτά είναι:

- Πρωτεΐνες
- Υδατάνθρακες
- Λιπίδια
- Μικροδιατροφικά συστατικά
- Βιταμίνες:
- Βιταμίνη Α ή Ρετινόλη
- Βιταμίνη Δ
- Βιταμίνη Ε ή Τοκοφερόλη



- Βιταμίνη Κ
- Θεαμίνη ή Βιταμίνη Β1
- Ριβοφλαβίνη ή Βιταμίνη Β2
- Πυριδοξίνη ή Βιταμίνη Β6
- Κυανοκοβαλαμίνη ή Βιταμίνη Β 12
- Νιασίνη
- Παντοθενικό οξύ
- Φυλλικό οξύ
- Βιοτίνη
- Ασκορβικό οξύ ή Βιταμίνη C
- Ανόργανα συστατικά:
- Ασβέστιο
- Φώσφορο
- Μαγνήσιο
- Κάλιο
- Νάτριο
- Χλώριο
- Σίδηρο
- Χαλκό
- Χρώμιο
- Ιώδιο
- Μαγγάνιο
- Μολυβδαίνιο
- Σελήνιο
- Ψευδάργυρο

### Γ. Δίαιτες σε νοσήματα

Σε κάθε ασθενή ο διαιτολόγος σε συνεργασία με τον ιατρό οφείλει να ορίσει τη συγκεκριμένη διατροφή για καλύτερη θρεπτική υποστήριξη του. Διακρίνουν διάφορες ομάδες διαίτων για διαφορετικές ασθένειες:

- Δίαιτα ελκοπαθούς
- Δίαιτα δυσκοιλιότητας
- Δίαιτα διάρροιας
- Δίαιτα σακχαρώδους διαβήτη
- Δίαιτα υπερλιπιδαιμίας
- Δίαιτα ηπατοπάθειας
- Δίαιτα παγκρεατίτιδας
- Δίαιτα νεφρικής ανεπάρκειας
- Δίαιτα ουρικού οξέος κ.τ.λ.
- 

### 3.3 Λειτουργία ομάδας θρεπτικής υποστήριξης ασθενών (Κελεσέβα-Ουμουδουμίδου, 2002)

**Σύνθεση, μέσα, συνεργασία, συντονισμός της ομάδας θρεπτικής υποστήριξης ασθενών**

Η ομάδα θρεπτικής υποστήριξης ασθενών αποτελείται από προσωπικό μαγειρείου και διανομής γευμάτων, προσωπικό αποθήκης τροφίμων και του γραφείου διαχείρισης. Η λειτουργία της ομάδας ρυθμίζεται από τον υπεύθυνο διαιτολόγο - διατροφολόγο.



Ο διαιτολόγος - διατροφολόγος προσέχει να εφαρμοστούν σωστά οι δίαιτες που ορίζονται για τους ασθενείς, υπολογίζοντας τη σύσταση και τη συσχέτιση διαφόρων μορφών τροφής, θερμίδες και τον τρόπο προετοιμασίας του φαγητού.

Ο διαιτολόγος φροντίζει επίσης να τηρηθούν οι κανόνες υγιεινής στις αποθήκες, στον χώρο προετοιμασίας του φαγητού και κατά τη διανομή του φαγητού σε ασθενείς. Ο διαιτολόγος μαζί με τον υπεύθυνο υπάλληλο της αποθήκης οφείλει να ελέγχει όλα τα εισερχόμενα στην αποθήκη προϊόντα για να αποκλείσει όλα τα χαλασμένα και μη φρέσκα προϊόντα διατροφής. Τα προϊόντα αυτά παραγγέλλονται από τον διευθυντή της μονάδας θρεπτικής υποστήριξης σε συνεργασία με τον διαιτολόγο-διατροφολόγο. Το γραφείο διαχείρισης εξασφαλίζει την συνεχόμενη ροή τροφίμων που χρειάζονται. Ο συντονισμός και συγχρονισμός της λειτουργίας όλης της ομάδας είναι αναγκαία προϋπόθεση για την ομαλή και έγκαιρη θρεπτική υποστήριξη των ασθενών.

### **3.4 Δραστηριότητες και επαγγελματικά δικαιώματα προσωπικού τμήματος διατροφής νοσοκομείων (Γραφείο διαχείρισης, αποθήκη τροφίμων, προσωπικό μαγειρείου και διανομής γευμάτων)**

Σχέση με ιδρύματα και επιχειρήσεις ιατρικών υπηρεσιών: Η ομάδα θρεπτικής διατροφής οφείλει να προσέχει για να γίνουν οι προμήθειες τροφίμων από τις επιχειρήσεις που έχουν οικολογικά καθαρά προϊόντα. Το πλεονέκτημα θα πρέπει να δίδεται σε προϊόντα με βιολογικούς μεθόδους καλλιέργειας και χωρίς την χρήση ή τουλάχιστον την κατάχρηση φυτοφαρμάκων και λιπασμάτων. Πρέπει να εξετάζεται εάν εφαρμόζεται η ισχύουσα εκάστοτε σχετική νομοθεσία για την ασφάλεια των προϊόντων σε ότι αφορά την συγκέντρωση χρωστικών, συντηρητικών, νιτρικών, βαρέων μετάλλων, φυτοφαρμάκων κ.τ.λ. Ο έλεγχος την νοθείας, ελλειποβαρών προϊόντων και κατάλληλη συσκευασία περιλαμβάνονται στα καθήκοντα της ομάδας θρεπτικής υποστήριξης. Τα προϊόντα για παρεντερική και εντερική διατροφή οφείλουν να έχουν ημερομηνία λήξης. Για εντερική διατροφή παραγγέλλονται φρέσκα, ειδικά για κάθε περίπτωση προϊόντα με όλα τα αναγκαία για τον συγκεκριμένο ασθενή συστατικά. Η τροφή που προσφέρθηκε και δεν καταναλώθηκε από τους ασθενείς με

κανένα τρόπο δεν επαναχρησιμοποιείται και πρέπει να καταστρέφεται. Η ομάδα θρεπτικής υποστήριξης πρέπει να παρακολουθεί και ελέγχει όλο το φάσμα των διαδικασιών που προαναφέρθηκαν από την προμήθεια, την αποθήκευση, την παρασκευή, την διάθεση και ενδεχομένως καταστροφή αυτών που δεν καταναλώθηκαν. Ο διαιτολόγος οφείλει να διατηρεί στενή συνεργασία με όλους τους φορείς και κλάδους που εμπλέκονται σε όλες τις πιο πάνω διαδικασίες.

### **3.5 Απόφαση ResAP(2003)3 σχετικά με παροχή τροφίμων και τη διατροφική φροντίδα στο νοσοκομείο (Απόφαση που έχει υιοθετηθεί από την Επιτροπή Υπουργών στις 12 Νοεμβρίου 2003 στο πλαίσιο της 860ης συνάντησης των Εκπροσώπων των Υπουργών)**

1. Η Επιτροπή των Υπουργών, απαρτίστηκε από τους εκπροσώπους της Αυστρίας, του Βελγίου, της Κύπρου, της Δανίας, της Φινλανδίας, της Γαλλίας, της Γερμανίας, της Ιρλανδίας, της Ιταλίας, του Λουξεμβούργου, της Ολλανδίας, της Νορβηγίας, της Πορτογαλίας, της Σλοβενίας, της Ισπανίας, της Σουηδίας, της Ελβετίας και του Ηνωμένου Βασιλείου, χώρες οι οποίες αποτελούν κράτη μέλη της Μερικής Συμφωνίας στον Τομέα της Κοινωνικής και Δημόσιας Υγείας,
2. Ανακαλώντας την Απόφαση (59)23 της 16ης Νοεμβρίου 1959 σχετικό με την επέκταση των δραστηριοτήτων του Συμβουλίου της Ευρώπης στον κοινωνικό και πολιτιστικό τομέα,
3. Λαμβάνοντας υπόψη την Απόφαση (96) 35 της 2ας Οκτωβρίου 1996, όπου και αναθεωρούνται οι δομές της Μερικής Συμφωνίας και αποφασίζεται η συνέχιση της, βάση αναθεωρημένων κανόνων οι οποίοι και αντικαθιστούν αυτούς που έθεσε η Απόφαση (59) 23. Κατά συνέπεια, οι δραστηριότητες πραγματοποιήθηκαν και αναπτύχθηκαν με γνώμονα την απόφαση αυτή. Οι δραστηριότητες αυτές είχαν ως κύριους στόχους :

- ο τη βελτίωση του επιπέδου προστασίας της υγείας των καταναλωτών με την ευρεία του έννοια, συμπεριλαμβανομένης της συνεχούς συμβολής στην εναρμόνιση-στους τομείς των προϊόντων που έχουν άμεση ή έμμεση επίδραση στην ανθρώπινη διατροφική αλυσίδα καθώς και στους τομείς των φυτοφαρμάκων, των φαρμακευτικών ουσιών και των καλλυντικών-της νομοθεσίας, των κανονισμών και των πρακτικών που διέπουν τους έλεγχους ποιότητας, αποτελεσματικότητας και ασφάλειας των προϊόντων, όσο και την ασφαλή χρήση τοξικών ή βλαβερών προϊόντων.
  - ο την ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρίες στην κοινωνία: καθορίζοντας και συμβάλλοντας στην εφαρμογή σε Ευρωπαϊκό επίπεδο ενός μοντέλου ενιαίας πολιτικής για άτομα με αναπηρίες, λαμβάνοντας υπόψη τις αρχές της πλήρους συμμετοχής στην κοινότητα και της ανεξάρτητης διαβίωσης, συμβάλλοντας στην εξάλειψη όλων των εμποδίων που παρουσιάζονται προκειμένου για την ενσωμάτωση, ψυχολογική, εκπαιδευτική, οικογενειακή, πολιτιστική, κοινωνική, επαγγελματική, οικονομική ή αρχιτεκτονική.
4. Λαμβάνοντας υπόψη τον στόχο του Συμβουλίου της Ευρώπης, ο οποίος είναι η επίτευξη μεγαλύτερης ενότητας μεταξύ των μελών του προκειμένου να διευκολυνθεί η οικονομική και κοινωνική πρόοδός τους,
  5. Λαμβάνοντας υπόψη την αρχή ότι η πρόσβαση σε ασφαλή και υγιεινή ποικιλία τροφών, αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα,
  6. Λαμβάνοντας υπόψη τις ωφέλιμες επιδράσεις που έχουν οι κατάλληλες υπηρεσίες παροχής τροφίμων και διατροφής στα νοσοκομεία στην ανάρρωση των ασθενών και στην ποιότητα ζωής τους,
  7. Λαμβάνοντας υπόψη τον απαράδεκτα μεγάλο αριθμό υποσιτιζόμενων ασθενών στα νοσοκομεία της Ευρώπης,
  8. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι ο υποσιτισμός των νοσηλευόμενων ασθενών οδηγεί σε παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο, σε αύξηση του χρόνου

επίτευξης της αποκατάστασης, σε ελάττωση της ποιότητας ζωής και επιπλέον έξοδα για την φροντίδα της υγείας.

9. Λαμβάνοντας υπόψη τις συστάσεις της Συνόδου της Βουλής 124 (1944) σχετικά με τα τρόφιμα και την υγεία,
10. Αναφερόμενη στο Πρώτο Σχέδιο δράσης για τα τρόφιμα και τη Διατροφική Πολιτική του Ευρωπαϊκού Τμήματος του WHO (2005),
  - συστήνει οι κυβερνήσεις των κρατών μελών της Μερικής Συμφωνίας του Τομέα Κοινωνικής και δημόσιας Υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις εκάστοτε ιδιαίτερες συνταγματικές δομές, τις εθνικές, περιφερειακές και τοπικές συνθήκες, καθώς και την κατάσταση της οικονομίας, της κοινωνίας και τεχνικής υποδομής:
  - να σχεδιάσουν και να εφαρμόσουν εθνικές συστάσεις σχετικά με τα τρόφιμα και τη διατροφική φροντίδα στα νοσοκομεία, βάση των αρχών και των μέτρων που αναφέρονται στο παράρτημα της απόφασης αυτής,
  - να προάγουν την εφαρμογή και να κάνουν τα απαραίτητα βήματα για την εφαρμογή των αρχών και των μέτρων που αναφέρονται στο παράρτημα, στους τομείς οι οποίοι δεν υπόκεινται στην άμεση υπευθυνότητα των κυβερνήσεων, αλλά στους οποίους οι δημόσιες αρχές έχουν ορισμένο βαθμό δύναμης ή παίζουν σημαντικό ρόλο,
  - να διασφαλίσουν την ευρύτερη δυνατή γνωστοποίηση της απόφασης αυτής σε όλους τους αρμόδιους φορείς, ιδιαίτερα στις δημοτικές αρχές, στο προσωπικό των νοσοκομείων, στον τομέα δημόσιας φροντίδας υγείας, στους ασθενείς, στους ερευνητές και σε μη-κυβερνητικές οργανώσεις που ενεργοποιούνται στον τομέα αυτό.

### **3.5.1 Διατροφική Αξιολόγηση και Θεραπεία στα νοσοκομεία (Παράρτημα της Απόφασης ResAP(2003) )**

#### **3.5.1.1 Διερεύνηση Διατροφικού Κινδύνου**

1. Η αξιολόγηση του διατροφικού κινδύνου θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται την κατάσταση θρέψης και τη βαρύτητα της νόσου.

2. Η μέθοδος διερεύνησης διατροφικού κινδύνου θα πρέπει να βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα, προκειμένου να διασφαλισθεί ο εντοπισμός των ασθενών που μπορούν να ωφεληθούν από τη διατροφική υποστήριξη.
3. Η μέθοδος διερεύνησης διατροφικού κινδύνου θα πρέπει να είναι εύκολη στην εφαρμογή και απλή στην κατανόησή της.
4. Κατά την εκτίμηση του ασθενούς για την ύπαρξη διατροφικού κινδύνου, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η επίδραση της ηλικίας, της ανάπτυξης και του φύλου.
5. Η εκτίμηση διατροφικού κινδύνου θα πρέπει να γίνεται συστηματικά για όλους τους ασθενείς πριν ή κατά τη διάρκεια της εισαγωγής. Η εκτίμηση αυτή θα πρέπει να επαναλαμβάνεται τακτικά (ανάλογα με το επίπεδο του διατροφικού κινδύνου) κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.
6. Είναι απαραίτητη η εκπόνηση μελετών προκειμένου να αναπτυχθούν και πιστοποιηθούν εύχρηστες μέθοδοι εκτίμησης, οι οποίες να έχουν τη δυνατότητα εφαρμογής στον χώρο του νοσοκομείου καθώς και στον τομέα της δημόσιας υγείας.
7. Η αναγνώριση ενός ασθενούς με κακή κατάσταση θρέψης θα πρέπει να ακολουθείται από πλήρη διατροφική εκτίμηση, σχεδιασμό θεραπευτικού σχήματος με συγκεκριμένους διατροφικούς στόχους, παρακολούθηση της πρόσληψης τροφής και του σωματικού βάρους και κατάλληλη προσαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος.
8. Είναι απαραίτητο να καθορισθούν πρότυπα εφαρμογής της εκτίμησης και της παρακολούθησης του διατροφικού κινδύνου, τόσο σε εθνικό όσο και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.

#### 3.5.1.2 Αναγνώριση και Πρόληψη των Αιτιών Υποσιτισμού ResAP(2003)

1. Τα πολλαπλά αίτια του υποσιτισμού που σχετίζεται με νόσο θα πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψη σε κάθε ασθενή.
2. Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η χρήση φαρμάκων και συνδυασμών τους τα οποία έχουν ως παρενέργειες την ανορεξία, την ναυτία και άλλα γαστρεντερικά συμπτώματα, οι αλληλεπιδράσεις φαρμάκων-θρεπτικών συστατικών ή οι αλλαγές στη γεύση και την

όσφρηση, και θα πρέπει να αποφεύγονται όσο είναι δυνατόν, ενώ τόσο οι γιατροί όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει τις παρενέργειες αυτές.

3. Οδηγίες όπως "τίποτα-από το-στόμα", ολονύχτια νηστεία, καθώς και σχήματα καθαρισμού του εντέρου με διατροφικούς περιορισμούς, δεν θα πρέπει να εφαρμόζονται συχνά. Συστήνεται να γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση, προκειμένου να γίνει αξιολόγηση για το ποιές ιατρικές διαδικασίες πιθανόν να απαιτούν τέτοια πρωτόκολλα, ενώ για τις διερευνητικές μεθόδους/διαδικασίες που απαιτούν διατροφικό περιορισμό, θα πρέπει να καθορίζεται με ακρίβεια ο χρόνος διάρκειας του περιορισμού.
4. Ο ορισμός της σχετιζόμενης με νόσο υποθρεψίας θα πρέπει να είναι ευρέως αποδεκτός και θα πρέπει να χρησιμοποιείται στην κλινική διάγνωση και κατά συνέπεια να αντιμετωπίζεται.

#### 3.5.1.2 Διατροφική Υποστήριξη ResAP(2003)

1. Η διατροφική υποστήριξη θα πρέπει να εφαρμόζεται συστηματικά ως μέρος της θεραπείας των ασθενών.
2. Το πρόγραμμα διατροφής θα πρέπει να αναθεωρείται τακτικά και να προσαρμόζεται αναλόγως, τουλάχιστον σε εβδομαδιαία βάση, λαμβάνοντας πληροφορίες σχετικά με τη διατροφική πρόσληψη του ασθενούς, τις αλλαγές στο βάρος του καθώς και άλλων διατροφικών και κλινικών παραμέτρων.
3. Η διατροφική υποστήριξη θα πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε ασθενούς. Θα πρέπει να γίνεται προσεκτική καταγραφή του όγκου της προσλαμβανόμενης τροφής καθώς και της τροφής που απορρίπτεται.
4. Σε κανέναν ασθενή δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται, διατροφική υποστήριξη χωρίς προηγουμένως να έχουν αξιολογηθεί κατάλληλα οι ενδείξεις, οι κίνδυνοι και τα οφέλη, να έχει ληφθεί η συγκατάθεση του ασθενή και να υπάρχει στενή παρακολούθησή του για πιθανές παρενέργειες.



5. Η χορήγηση των εξειδικευμένων σκευασμάτων ανοσοδιατροφικής θα πρέπει να περιορίζεται στους ασθενείς αυτούς για τους οποίους υπάρχει αποδεδειγμένο όφελος με βάση τα στοιχεία των επιστημονικών τυχαιοποιημένων μελετών.
6. Οι ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται διατροφική υποστήριξη θα πρέπει να ξεκινούν την αγωγή τους πριν την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο (όπου αυτό είναι δυνατόν), το συντομότερο δυνατό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
7. Η ιατρική και νοσηλευτική εισαγωγή και το εξιτήριο καθώς και οι φάκελοι των εξωτερικών ασθενών θα πρέπει να περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση θρέψης του κάθε ασθενή, καθώς και την οργανική και νοητική του κατάσταση σε σχέση με την πρόσληψη τροφής.
8. Είναι απαραίτητο να πραγματοποιούνται τυχαιοποιημένες μελέτες και συστηματικές ανασκοπήσεις από ειδικούς στην κλινική διατροφή προκειμένου να αξιολογείται η επίδραση της διατροφικής υποστήριξης στην κατάσταση θρέψης, την κλινική πορεία, τη οργανική και νοητική κατάσταση του ασθενή.
9. Θα πρέπει να δίδεται υψηλή προτεραιότητα σε τυχαιοποιημένες μελέτες αξιολόγησης της επίδρασης της συνήθους τροφής στο κλινικό αποτέλεσμα.
10. Είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν σε εθνικό επίπεδο πρότυπα πρακτικής αναφορικά με την αξιολόγηση και τη διαιτητική αντιμετώπιση των ασθενών με δυσφαγία. Συστήνεται να σχεδιαστούν συγκεκριμένες οδηγίες σε εθνικό επίπεδο σχετικά με την τροποποίηση της υφής των τροφίμων.

#### 3.5.1.3 Φυσικές Τροφές ResAP(2003)

1. Η χορήγηση φυσικών τροφών από το στόμα θα πρέπει να αποτελεί την πρώτη επιλογή για την αντιμετώπιση ή την πρόληψη της υποθρεψίας στους ασθενείς.
2. Θα πρέπει να εφαρμόζονται κατάλληλες πρακτικές προκειμένου να μελετάται και να καταγράφεται η πρόσληψη φυσικής τροφής από τους ασθενείς. Είναι απαραίτητη η

καταγραφή και η αξιολόγηση της πρόσληψης φυσικής τροφής από ασθενείς που έχει κριθεί ότι βρίσκονται σε διατροφικό κίνδυνο.

3. Τα συμπληρώματα σε υγρή μορφή που χορηγούνται από το στόμα δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο της επαρκούς πρόσληψης φυσικής τροφής, και θα πρέπει να χορηγούνται μόνο όπου υπάρχουν ξεκάθαρες κλινικές ενδείξεις.
4. Η τεχνητή διατροφική υποστήριξη θα πρέπει να ξεκινά μόνο στην περίπτωση που οι φυσική τροφή αποτυγχάνει ή δεν αποδεικνύεται ακατάλληλη

#### 3.5.1.4 Τεχνητή Διατροφική Υποστήριξη ResAP(2003)

1. Θα πρέπει να καθορισθούν πρότυπα εφαρμογής για την έναρξη χορήγησης, ασφαλή χορήγηση, άσηπτο χειρισμό, φροντίδα του καθετήρα σίτισης, παρακολούθηση και διακοπή για όλους τους τύπους τεχνητής διατροφικής υποστήριξης, τόσο σε εθνικό όσο και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.
2. Θα πρέπει να αναπτυχθούν πρότυπα εφαρμογής για την έναρξη χορήγησης, την προετοιμασία, την εκπαίδευση, την παροχή εξοπλισμού και την ασφαλή χορήγηση και παρακολούθηση των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, καθώς και για την τεχνητή διατροφική υποστήριξη στο σπίτι.

#### 3.5.2 Άτομα Υπεύθυνα για τη Διατροφική Φροντίδα ResAP(2003)

##### 3.5.2.1 Κατανομή των αρμοδιοτήτων για τη διατροφική φροντίδα στα νοσοκομεία

1. Το Τμήμα Υγείας, οι Περιφερειακές Αρχές και η διοίκηση του κάθε Νοσοκομείου θα πρέπει να αναγνωρίσουν την ευθύνη τους αναφορικά με τη διατροφική φροντίδα και υποστήριξη καθώς και αναφορικά με τα συστήματα υπηρεσιών σίτισης.
2. Η διοίκηση του νοσοκομείου, οι γιατροί, οι φαρμακοποιοί, το νοσηλευτικό προσωπικό, οι διαιτολόγοι και το προσωπικό των υπηρεσιών σίτισης θα πρέπει να συνεργάζονται για την παροχή διατροφικής φροντίδας, ενώ η διοίκηση του νοσοκομείου θα πρέπει να δώσει προσοχή στον συντονισμό της συνεργασίας αυτής.

3. Οι ευθύνες της κάθε ομάδας επαγγελματιών του προσωπικού του νοσοκομείου αναφορικά με τη διατροφική φροντίδα και υποστήριξη, καθώς και των υπηρεσιών σίτισης θα πρέπει να καθορίζονται ξεκάθαρα.
4. Τα νοσοκομεία θα πρέπει να αναπτύξουν κατάλληλες δομές προκειμένου να θέσουν πρότυπα διατροφικής φροντίδας και υποστήριξης ιδιαίτερα σε σχέση με το κόστος, τις ιδιαιτερότητες των συμβάσεων, το κόστος και τον τύπο των μεθόδων εκτίμησης του διατροφικού κινδύνου, και να εφαρμόσουν τα πρότυπα αυτά υπό τον έλεγχο και την επίβλεψη της διατροφικής φροντίδας και υποστήριξης.
5. Η διερεύνηση, η αξιολόγηση και ο έλεγχος του διατροφικού κινδύνου θα πρέπει να περιλαμβάνονται στα κριτήρια αξιολόγησης υπηρεσιών του κάθε νοσοκομείου.

#### 3.5.2.2 Επικοινωνία

1. Θα πρέπει να γίνονται μελέτες προκειμένου να εκτιμάται και να βελτιώνεται η συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών ομάδων του προσωπικού του νοσοκομείου.
2. Το προσωπικό των υπηρεσιών σίτισης, το προσωπικό των θαλάμων και οι ασθενείς θα πρέπει να αναπτύξουν, να αξιολογήσουν και να εφαρμόσουν φόρμες για παραγγελίες γευμάτων.
3. Θα πρέπει να αναπτυχθεί τακτική επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού των θαλάμων και του προσωπικού υπηρεσιών σίτισης.
4. Θα πρέπει να καθοριστούν ένας ή περισσότεροι εκπρόσωποι σε κάθε θάλαμο και στην κουζίνα, οι οποίοι θα έχουν ως βασική αρμοδιότητα την επικοινωνία και την πληροφόρηση σε θέματα σχετικά με τη διατροφή.
5. Θα πρέπει να εξασφαλισθεί τακτική επικοινωνία μεταξύ των νοσοκομείων και τον τομέα δημόσιας υγείας.

### 3.5.2.3 Εκπαίδευση και Διατροφική Γνώση σε όλα τα επίπεδα

1. Θα πρέπει να εφαρμόζεται συνεχές πρόγραμμα εκπαίδευσης γενικά θέματα διατροφής και τεχνικών διατροφικής υποστήριξης για όλο το προσωπικό που σχετίζεται με τη σίτιση των ασθενών.
2. Το μάθημα της κλινικής διατροφής θα πρέπει να περιλαμβάνεται στο βασικό και στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών των ιατρών.
3. Θα πρέπει να δημιουργηθούν έδρες κλινικής διατροφής.
4. Η κλινική διατροφή τόσο για τους ενήλικες όσο και για τα παιδιά θα πρέπει να αναγνωρίζεται ως ειδικότητα από τις ιατρικές σχολές,. Η διδασκαλία θα πρέπει να περιλαμβάνει θέματα πρόληψης και θεραπευτικής αντιμετώπισης της διατροφικής φροντίδας και υποστήριξης.
5. Θα πρέπει να βελτιωθεί η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα κλινικής διατροφής, με ιδιαίτερη έμφαση την αξιολόγηση του διατροφικού κινδύνου, την παρακολούθηση και τις τεχνικές σίτισης.
6. Η εκπαίδευση των κλινικών και γενικών (general) διαιτολόγων σε εθνικό επίπεδο θα πρέπει να καθορισθεί σε ένα ανώτατο επίπεδο προπτυχιακών σπουδών, έτσι ώστε όλοι οι Ευρωπαίοι διαιτολόγοι να είναι σε θέση να αναλαμβάνουν έναν περισσότερο κεντρικό ρόλο στη διατροφική φροντίδα και υποστήριξη.
7. Η εκπαίδευση των διοικητικών διαιτολόγων (administrative dietitians) θα πρέπει να αναβαθμισθεί, ιδιαίτερα όσον αφορά τον τομέα της διοίκησης.
8. Η επιμόρφωση και πρακτική εκπαίδευση των διοικητών/επιθεωρητών των υπηρεσιών σίτισης θα πρέπει να διαφέρει από αυτή των αντίστοιχων υπεύθυνων των ξενοδοχείων, προετοιμάζοντάς τους κατάλληλα στην παροχή υπηρεσιών σε ασθενή άτομα.
9. Θα πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη σημασία στη διατροφική εκπαίδευση του μη-κλινικού προσωπικού του νοσοκομείου, π.χ. των φροντιστών μερικής απασχόλησης, των βοηθών θαλάμου, καθώς και στον καθορισμό των αρμοδιοτήτων τους.

10. Θα πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην επιμόρφωση και στην πληροφόρηση του κοινού (συμπεριλαμβανομένων των ασθενών) αναφορικά με τη σημασία της σωστής διατροφής.
11. Θα πρέπει να ενθαρρύνονται οι Ευρωπαϊκές πρωτοβουλίες σχετικά με την εκπαίδευση στην κλινική διατροφή.
12. Θα πρέπει να επεκταθεί η συνεργασία μεταξύ των Επιστημονικών Εταιρειών Κλινικής Διατροφής των διαφορετικών χωρών.

### **3.5.3 Πρακτικές Υπηρεσιών Σίτισης**

#### 3.5.3.1 Οργάνωση υπηρεσιών σίτισης του νοσοκομείου

1. Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες των επαγγελματιών υγείας και της διοίκησης του νοσοκομείου για τη νοσοκομειακή διατροφή θα πρέπει να είναι ξεκάθαρα καθορισμένη.
2. Οι διοικητές των νοσοκομείων θα πρέπει να δίνουν την αρμόζουσα προσοχή στη πολιτική των υπηρεσιών σίτισης και της διατροφικής υποστήριξης.
3. Όλο το προσωπικό του νοσοκομείου - κλινικό και μη-κλινικό - θα πρέπει να αναγνωρίζει τις υπηρεσίες σίτισης ως σημαντικό τμήμα της θεραπείας και φροντίδας των ασθενών.

#### 3.5.3.2 Συμβάσεις υπηρεσιών σίτισης

1. Θα πρέπει να αναπτυχθούν οδηγίες και πρότυπα για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών σίτισης του νοσοκομείου.
2. Οι συμβάσεις θα πρέπει να είναι εξαιρετικά λεπτομερείς και θα πρέπει να καλύπτουν τις ειδικές δίαιτες κατόπιν των ιατρικών και ατομικών ενδείξεων, τη διαθεσιμότητα γευμάτων υψηλής ενεργειακής και πρωτεϊνικής πυκνότητας, καθώς και τη διαθεσιμότητα ενδιάμεσων σνάκς και/ή γευμάτων στο θάλαμο ή σε κάποιο χώρο βοηθητικό του θαλάμου. Θα πρέπει επίσης να καλύπτουν τις ανάγκες για γεύματα κατάλληλης μορφής για την αντιμετώπιση της δυσφαγίας.
3. Το κόστος του επαρκούς ελέγχου της σύμβασης θα πρέπει να καλύπτεται από την σύμβαση.

4. Το Τμήμα Υπηρεσιών Κλινικής Διατροφής, η Επιτροπή Διατροφικής Καθοδήγησης, η Ομάδα Διατροφικής Υποστήριξης ή 1 κάποιο άτομο με τα κατάλληλα προσόντα, θα πρέπει να έχει την ευθύνη να ελέγχει εάν η σύμβαση πληρεί τα διατροφικά πρότυπα.

#### 3.5.3.3 Υπηρεσίες σίτισης και περιβάλλον πρόσληψης γευμάτων

1. Το σύστημα σερβιρίσματος των γευμάτων θα πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες των ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη την οργανική κι νοητική τους κατάσταση. Κάτι τέτοιο συχνά απαιτεί διαφορετικά συστήματα σερβιρίσματος.
2. Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν το περιβάλλον στο οποίο θα πάρουν το γεύμα τους.
3. Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να κάθονται στο τραπέζι προικειμένου να γευματίσουν.
4. Όσον αφορά στο περιβάλλον στο οποίο γίνονται τα γεύματα στο νοσοκομείο, θα πρέπει να δίνεται προσοχή στον χώρο, στην ύπαρξη προσωπικού και στην προστασία από δυσάρεστες οσμές.
5. Κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό θα πρέπει να είναι διαθέσιμο για να εξυπηρετεί τους ασθενείς με νοητικές/σωματικές δυσκολίες σίτισης, ενώ θα πρέπει να διατίθενται κατάλληλα σκεύη σερβιρίσματος έτσι ώστε να διευκολύνεται η ανεξάρτητη σίτιση.

#### 3.5.3.4 Θερμοκρασία και Υγιεινή των Γευμάτων

1. Σε όλους τους ασθενείς θα πρέπει να παρέχονται νοσοκομειακά γεύματα τα οποία θα έχουν αποθηκευτεί, παρασκευασθεί και μεταφερθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζονται στο μέγιστο η υγιεινή, η ασφάλεια, η γεύση, τα γαστρονομικά χαρακτηριστικά και η περιεκτικότητά τους σε θρεπτικά συστατικά.
2. Όλα τα ζεστά γεύματα θα πρέπει να σερβίρονται σε θερμοκρασία περίπου 60-70DC.
3. Το Τμήμα Υπηρεσιών Κλινικής Διατροφής, η Επιτροπή Διατροφικής Καθοδήγησης, η Ομάδα Διατροφικής Υποστήριξης ή κάποιο άτομο με τα κατάλληλα προσόντα, θα πρέπει να έχει την ευθύνη για την υγιεινή των υπηρεσιών σίτισης.

4. Το προσωπικό των μαγειρείων και των θαλάμων θα πρέπει να εκπαιδεύεται κατάλληλα σε θέματα υγιεινής των τροφίμων, ενώ ο έλεγχος υγιεινής της παρασκευής των νοσοκομειακών γευμάτων θα πρέπει να χρησιμοποιείται προκειμένου η διοίκηση του νοσοκομείου να δεσμεύεται στην ευρύτερη έννοια της νοσοκομειακής διατροφής.

#### 3.5.3.5 Ειδικά σημεία βελτίωσης των υπηρεσιών σίτισης για την πρόληψη της υποθρεψίας

1. Θα πρέπει να αναπτυχθούν πρότυπα των συστημάτων υπηρεσιών σίτισης, βασισμένα περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών, παρά στις ανάγκες του νοσοκομείου.
2. Ανεξάρτητα από το ποια μέθοδος σεβρίσματος ακολουθείται, θα πρέπει να υπάρχει στενή συνεργασία μεταξύ του ασθενούς και των συγγενών του και του νοσηλευτικού προσωπικού των διαιτολόγων και του προσωπικού σίτισης, προκειμένου ο ασθενής να φάει.
3. Η παροχή γευμάτων θα πρέπει να είναι ευέλικτη και εξατομικευμένη. Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να παραγγείλουν τα γεύματά τους καθώς και επιπλέον τροφή οποιαδήποτε στιγμή, και να ενημερώνονται γι'αυτή τους τη δυνατότητα.
4. Τα γεύματα θα πρέπει να είναι σχεδιασμένα κατάλληλα για κάθε κατηγορία ασθενών.
5. Θα πρέπει να διατίθενται κατάλληλα βοηθήματα σίτισης.
6. Τα μέτρα που λαμβάνονται και έχουν σαν αποτέλεσμα την πρόληψη της υποθρεψίας, θα πρέπει να δημοσιοποιούνται:

#### 3.5.4 Νοσοκομειακό Φαγητό ResAP(2003)

##### 3.5.4.1 Νοσοκομειακό μενού και ειδικές δίαιτες κατόπιν ιατρικής ένδειξης

1. Οι κατάλληλες πρακτικές θα πρέπει να εξασφαλίζονται μέσω την παροχή τροφής στα νοσοκομεία προκειμένου να καλύπτονται οι



ανάγκες όλων των κατηγοριών ασθενών συμπεριλαμβανομένων των ειδικών διαίτων κατόπιν ιατρικής ένδειξης, των διαίτων χορτοφαγίας, των διαίτων που απαιτούν συγκεκριμένη υφή, καθώς και των διαίτων που απαιτούν αυξημένη ενεργειακή και πρωτεϊνική πυκνότητα.

2. Θα πρέπει να εκπονούνται μελέτες με στόχο την αξιολόγηση της επίδρασης των γευμάτων αυξημένης ενεργειακής και πρωτεϊνικής πυκνότητας στην πρόσληψη τροφής και στην κλινική πορεία των ασθενών.
3. Όλα τα νοσοκομεία. θα πρέπει να διαθέτουν μια μεγάλη ποικιλία γευμάτων αυξημένης ενεργειακής και πρωτεϊνικής πυκνότητας σε ασθενείς με υποθρεψία που οφείλεται στη νόσο.
4. Ο γιατρός θα πρέπει κάθε φορά να γνωρίζει την κατάσταση θρέψης του ασθενή και να συστήνει δίαιτα η οποία έχει αποδεδειγμένα επιστημονικά αποτελέσματα.
5. Οι επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου θα πρέπει να γνωρίζουν εάν ο ασθενής έχει ακολουθήσει κάποια "εναλλακτική δίαιτα" καθώς και τις επιπτώσεις της διαίτας αυτής στην κατάσταση θρέψης.
6. Θα πρέπει να ενθαρρύνεται η άμεση ροή πληροφοριών μεταξύ των ασθενών, του προσωπικού των μαγειρείων και του προσωπικού του θαλάμου σχετικά με το εάν τα γεύματα που σερβίρονται είναι αποδεκτά ή όχι από τους ασθενείς.
7. Η περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά, το μέγεθος των μερίδων και οι απώλειες τροφής θα πρέπει να υπολογίζονται και να αναθεωρούνται σε ετήσια βάση.
8. Η διατροφική επάρκεια ενός γεύματος θα πρέπει να καταγράφεται ήδη από το στάδιο του σχεδιασμού του γεύματος. Το Τμήμα Υπηρεσιών Κλινικής Διατροφής, η Επιτροπή Διατροφικής Καθοδήγησης, η Ομάδα Διατροφικής Υποστήριξης ή κάποιο άτομο με τα κατάλληλα προσόντα, θα πρέπει να είναι υπεύθυνο για το σχεδιασμό των γευμάτων με τρόπο που να ανταποκρίνεται στα διατροφικά πρότυπα.
9. Σε κάθε τμήμα υπηρεσιών σίτισης θα πρέπει να καθορίζεται ένα αρχείο της διατροφικής περιεκτικότητας και των μερίδων των γευμάτων/μενού, το οποίο θα διατίθεται



προκειμένου μερίδων για την αξιολόγηση της διατροφικής επάρκειας των μενού, καθώς και την αξιολόγηση της διατροφικής πρόσληψης των ασθενών.

10. Θα πρέπει να εκπονούνται μελέτες για τη συλλογή περισσότερων στοιχείων αναφορικά με τις απώλειες θρεπτικών συστατικών με τα διάφορα συστήματα σίτισης.

#### 3.5.4.2 Πρόγραμμα σερβιρίσματος γευμάτων

Οι χρόνοι σερβιρίσματος θα πρέπει να αναθεωρούνται προκειμένου να εξασφαλίζεται επαρκής χρόνος μεταξύ των γευμάτων, επιτρέποντας παράλληλα την πρόσληψη ενδιάμεσων γευμάτων κατά τις πρωινές και απογευματινές ώρες, καθώς και πριν τον ύπνο.



1. Οι ώρες σερβιρίσματος των γευμάτων θα πρέπει να είναι προγραμματισμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να καλύπτονται οι περισσότερες ώρες κατά τις οποίες ο ασθενής είναι ξύπνιος.
2. Είναι απαραίτητο να ελαχιστοποιηθούν οι διακοπές κατά τη διάρκεια των γευμάτων από τις επισκέψεις των ιατρών ή λόγω εξετάσεων ή εκπαίδευσης του ασθενή.
3. Σε κάθε θάλαμο θα πρέπει να είναι διαθέσιμα και να προσφέρονται σνακ και θρεπτικά ροφήματα μεταξύ των γευμάτων όπου κρίνεται απαραίτητο.
4. Όπου κρίνεται απαραίτητο θα πρέπει να ενθαρρύνεται η συμμετοχή των συγγενών στη σίτιση των ασθενών.
5. Η χρήση των συμπληρωμάτων διατροφής από το στόμα θα πρέπει να εφαρμόζεται κατάλληλα, ενώ θα πρέπει να αναπτυχθεί ένα πρωτόκολλο διανομής και επίβλεψης της χορήγησης των συμπληρωμάτων αυτών.

### 3.5.4.3 Έλεγχος της πρόσληψης τροφής

1. Το προσωπικό των θαλάμων θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο προκειμένου να ελέγχει τη διατροφική πρόσληψη.
2. Η διατροφική πρόσληψη των ασθενών θα πρέπει να καταγράφεται βάση ενός ημιποσοτικού συστήματος.
3. Η συλλογή των δίσκων θα πρέπει να ελέγχεται προσεκτικά προκειμένου να γίνει εκτίμηση των αναγκών των ασθενών για διατροφική υποστήριξη.
4. Το ύψος της διατροφικής πρόσληψης θα πρέπει να χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών για διατροφική υποστήριξη.
5. Η διατροφική πρόσληψη των ασθενών που βρίσκονται σε διατροφικό κίνδυνο και λαμβάνουν διατροφική υποστήριξη θα πρέπει να καταγράφεται υπό τη μορφή διατροφικού ημερολογίου.
6. Πληροφορίες σχετικά με τις μερίδες και την περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά των νοσοκομειακών γευμάτων θα πρέπει να βρίσκονται στη διάθεση του προσωπικού θαλάμου προκειμένου να ελέγχεται η πρόσληψη τροφής των ασθενών.
7. Οι πληροφορίες που προκύπτουν από την διατροφική πρόσληψη των ασθενών θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για τον σχεδιασμό μενού κατάλληλων για τις διαφορετικές κατηγορίες ασθενών.
8. Θα πρέπει να σχεδιάζονται μελέτες με στόχο την ανάπτυξη και την πιστοποίηση απλών μεθόδων καταγραφής της διατροφικής πρόσληψης.

### 3.5.4.4 Πληροφόρηση και εμπλοκή του ασθενή

1. Το κοινό θα πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τον θετικό ρόλο της διατροφής στη θεραπεία, έτσι ώστε να ενισχύεται η γενική επίγνωση και υποστήριξη στο θέμα αυτό.
2. Κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο ή και πριν απ' αυτήν, οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τη σημασία της διατροφής για την επιτυχή θεραπεία τους.
3. Οι ασθενείς θα πρέπει να πληροφορούνται πλήρως- προφορικά ή γραπτώς- σχετικά με τα γεύματα και τις τροφές που διατίθενται στο νοσοκομείο.

4. Τα γεύματα θα πρέπει να περιγράφονται λεπτομερώς, έτσι ώστε οι ασθενείς να έχουν ακριβή εικόνα για το τι να περιμένουν.
5. Οι ασθενείς θα πρέπει να πληροφορούνται σχετικά με την περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά των διαφόρων τροφίμων και ροφημάτων.
6. Το προσωπικό θαλάμου θα πρέπει να βοηθά και να καθοδηγεί τους ασθενείς στην επιλογή των γευμάτων τους.
7. Οι ασθενείς θα πρέπει να εμπλέκονται στο σχεδιασμό των γευμάτων τους και να ελέγχουν, ως ένα βαθμό, την επιλογή των γευμάτων τους.
8. Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν έναν κατάλογο γευμάτων, κατάλληλα σχεδιασμένο για την ηλικία τους, αλλά και τις θρησκευτικές, εθνικές και πολιτιστικές τους ιδιαιτερότητες.
9. Θα πρέπει να αναπτύσσονται και να εφαρμόζονται μέθοδοι αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών.

### **3.5.5 Οικονομία της Υγείας ResAP(2003)**

#### 3.5.5.1 Θέματα κόστους- απόδοσης και κόστους-οφέλους

1. Θα πρέπει να υπολογίζονται σε νοσοκομειακό επίπεδο οι αναλογίες κόστους οφέλους και κόστους-απόδοσης της διατροφικής υποστήριξης.
2. Ο υπολογισμός του κόστους-οφέλους και κόστους-απόδοσης της διατροφικής υποστήριξης θα πρέπει να γίνεται από ειδικούς στα οικονομικά της υγείας.
3. Αφού γίνει εκτίμηση του κόστους-οφέλους και του κόστους-απόδοσης, θα πρέπει να αποφασίζεται ο τύπος της διατροφικής υποστήριξης.
4. Αφού γίνει εκτίμηση του κόστους-οφέλους και του κόστους- απόδοσης της διατροφικής υποστήριξης, τα αποτελέσματά της θα πρέπει να εκτιμώνται με γνώμονα την λειτουργική ικανότητα και την ικανοποίηση των ασθενών.

Υπηρεσίες σίτισης και κόστος απώλειας τροφών

1. Θα πρέπει να διερευνάται η επίδραση του συστήματος των υπηρεσιών σίτισης στην απώλεια τροφίμων.
2. Θα πρέπει να διασφαλίζεται ευελιξία στην επιλογή των γευμάτων από τους ασθενείς καθώς η διαθεσιμότητα των κατάλληλων μερίδων.
3. Κατά την αξιολόγηση του κόστους των διαφορετικών συστημάτων προετοιμασίας των γευμάτων, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ικανοποίηση του ασθενή από το γεύμα που σερβίρεται.
4. Ο προϋπολογισμός των τροφίμων θα πρέπει να περιλαμβάνεται στον προϋπολογισμό που διατίθεται για την κλινική υποστήριξη και τις θεραπευτικές υπηρεσίες.
5. Οι διοικητές των νοσοκομείων κατά τον υπολογισμό του κόστους της διατροφικής φροντίδας και υποστήριξης, θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους το πιθανό κόστος των επιπλοκών και της παρατεταμένης νοσηλείας λόγω της υποθρεψίας.
6. Θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα για τη μείωση των απωλειών τροφίμων, συμπληρωμάτων διατροφής και σκευασμάτων τεχνητής διατροφικής υποστήριξης.

### **3.5.6 Επεξήγηση των ορισμών που χρησιμοποιούνται στην απόφαση ResAP(2003)**

- Τεχνητή Διατροφική Υποστήριξη

Η χορήγηση Θρεπτικών συστατικών μέσω ειδικά σχεδιασμένων σκευασμάτων σε υγρή μορφή, μέσω καθετήρων απευθείας στο έντερο (εντερική διατροφή) ή στο αίμα (παρεντερική διατροφή).

- Δίαιτες κατόπιν ιατρικής ένδειξης

Η συνταγογράφηση της ενδεδειγμένης ποσότητας χορηγούμενων θρεπτικών συστατικών μέσω του στόματος, προκειμένου για τη θεραπευτική αντιμετώπιση συγκεκριμένων νόσων, πχ. δίαιτα περιορισμένης πρόσληψης λιπαρών, διαβητική δίαιτα, δίαιτα χαμηλής ενεργειακής πρόσληψης.

- Υποθρεψία σχετιζόμενη με νόσο

Μια κατάσταση ανεπαρκούς διατροφικής πρόσληψης, χρησιμοποίησης ή απορρόφησης ενέργειας και θρεπτικών συστατικών από τις τροφές, λόγω ατομικών ή συστατικών παραγόντων, με αποτέλεσμα την πρόσφατη απώλεια βάρους και αλλαγές στις οργανικές λειτουργίες, γεγονότα που πιθανόν να σχετίζονται με δυσμενή πορεία της νόσου ή της θεραπείας. Οι ασθενείς με υποθρεψία μπορεί να είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ανάλογα με τον δείκτη μάζας σώματος τους (BMI).

- Γεύματα υψηλής ενεργειακής και πρωτεϊνικής πυκνότητας

Ένα πρόγραμμα διατροφής αποτελούμενο από γεύματα υψηλής πυκνότητας σε θρεπτικά συστατικά, τα οποία περιέχουν τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος και πρωτεΐνες.

- Υπηρεσίες Σίτισης

Το σύστημα με το οποίο παρασκευάζονται και σερβίρονται τα γεύματα στους ασθενείς των νοσοκομείων, με βάση τα επιστημονικά δεδομένα. Το σύστημα περιλαμβάνει τους χώρους των υπηρεσιών σίτισης, την τεχνολογία παρασκευής και διανομής, το ανθρώπινο δυναμικό που συμμετέχει στη διοίκηση, παρασκευή, διανομή και σερβίρισμα των γευμάτων.

- Νοσοκομειακό Φαγητό

Τα γεύματα που σερβίρονται στα νοσοκομεία - συμπεριλαμβανομένων των ειδικών διαιτητικών σχημάτων κατόπιν ιατρικής ένδειξης.

- Διατροφική Αξιολόγηση

Η ολοκληρωμένη εκτίμηση της κατάστασης θρέψης, συμπεριλαμβανομένων μιας ή περισσοτέρων από τις παρακάτω μεθόδους ιατρικό ιστορικό διατροφικό ιστορικό, φυσική εξέταση, ανθρωπομετρικές μετρήσεις και εργαστηριακά δεδομένα.

- Διατροφική Φροντίδα

Η βασική υποχρέωση παροχής επαρκούς και κατάλληλης τροφής και υγρών καθώς και/ή τεχνητής διατροφής στους ασθενείς.

- Διατροφικός Κίνδυνος

Ο κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών κατά την πορεία της νόσου ή της θεραπείας και οι οποίες σχετίζονται με τη διατροφή.

- Διερεύνηση του διατροφικού κινδύνου

Η διαδικασία εντοπισμού χαρακτηριστικών που είναι γνωστό ότι σχετίζονται με επιπλοκές λόγω της διατροφής. Στόχος της είναι ο εντοπισμός ασθενών που βρίσκονται σε κίνδυνο και οι οποίοι είναι πιθανόν να βελτιώσουν την κλινική τους κατάσταση με την πρόσληψη διατροφικής υποστήριξης.

- Επιτροπή Διατροφικής Καθοδήγησης (Nutritional Steering Committee)

Συμβουλευτικό σώμα το οποίο αποτελείται από προσωπικό όλων των ειδικοτήτων, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης που εμπλέκεται στη διατροφική φροντίδα των ασθενών.

- Διατροφική Υποστήριξη

Η αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης θρέψης, η εκτίμηση των διατροφικών αναγκών, ο υπολογισμός και η χορήγηση της κατάλληλης ενέργειας, των μακρο-και μικρο-θρεπτικών συστατικών, ηλεκτρολυτών και υγρών [υπό τη μορφή των συνηθισμένων νοσοκομειακών γευμάτων (πρώτη επιλογή), συμπληρωμάτων διατροφής σε υγρή μορφή

και/ή τεχνητής διατροφής), η παρακολούθηση της κατάστασης θρέψης με βάση την κλινική κατάσταση και η εξασφάλιση, σε κάθε στιγμή, της καταλληλότερης οδού σίτισης. Η διατροφική υποστήριξη αποτελεί τμήμα της ιατρικής θεραπείας και στόχος της είναι η βελτίωση ή η διατήρηση της διατροφικής κατάστασης του ασθενή προκειμένου να επιταχυνθεί και να βελτιωθεί η ανάρρωση.

- Ομάδες/ τμήματα διατροφικής υποστήριξης

Ομάδα/τμήμα που αποτελείται από επαγγελματίες διαφορετικών ειδικοτήτων ειδικευμένων στην κλινική διατροφή, η οποία εμπλέκεται στη διατροφική υποστήριξη και της οποίας η παρέμβαση ποικίλλει ανάλογα με τις τοπικές συνθήκες, το ενδιαφέρον και τον καταμερισμό των πόρων.



Συνήθως λαμβάνει ενεργά μέρος στη διατροφική υποστήριξη και λειτουργεί διενεργώντας ποιοτικούς ελέγχους, εξασφαλίζοντας την πρακτική άσκηση με βάση τα δεδομένα πρότυπα, συλλέγοντας νέες πληροφορίες και εκπαιδεύοντας τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας.

Σημείωση: Η παραπάνω απόφαση ελήφθη από την Επιτροπή Υπουργών του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, το οποίο αποτελεί ξεχωριστό οργανισμό από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Παρόλα αυτά, αυτή τη στιγμή, τα 15 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι μέλη του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, όπως επίσης και τα νέα κράτη-μέλη που θα προστέθηκαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση μέσα στο 2004. Η απόφαση αυτή δεν έχει υιοθετηθεί από τους υπουργούς Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αποτελεί μόνο σύσταση, καθώς το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο δεν έχει νομοθετικές αρμοδιότητες. 17 από τα 22 κράτη μέλη των οποίων οι Εθνικοί Σύλλογοι Διαιτολόγων είναι μέλη του EFAD, έχουν υιοθετήσει την απόφαση ως εργαλείο για τη βελτίωση της πρακτικής τους και τη βελτίωση της διατροφής των ασθενών

των νοσοκομείων, αλλά και ως "όπλο" πίεσης των εθνικών τους κυβερνήσεων για τη νομοθετική επικύρωση των αρχών της απόφασης αυτής.





## 4ο Κεφάλαιο: Συστήματα ποιότητας και διασφάλισης στην άσκηση της διαιτητικής.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε αυτό το κεφαλαίο, παραθέτουμε ένα πρότυπο σύστημα ποιότητας και διασφάλισης στην παροχή διαιτητικών υπηρεσιών. Μέσα από αυτό το σύστημα θέτονται κανόνες και πρότυπα, για τον τρόπο που μπορεί να διοικηθεί, να ελεγχθεί και να αξιολογηθεί ένα τμήμα διατροφής σε ένα νοσοκομείο.

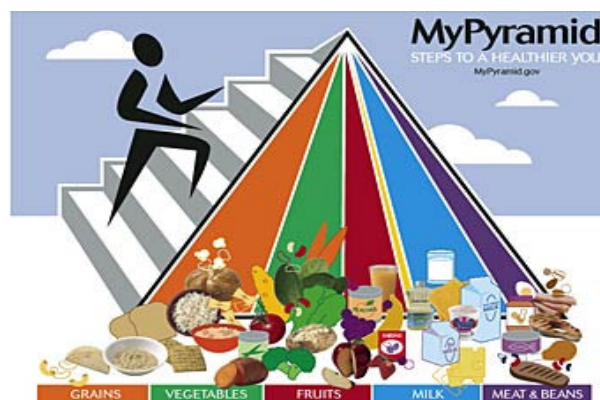
Αρχικά στην πρώτη ενότητα του κεφαλαίου, γίνεται αναφορά σε μια εισήγηση σχετική με τη μεθοδολογία διοίκησης ενός τμήματος διατροφής, που παρουσιάστηκε από την Κα. Καστή Αρεδίνα, στην ημερίδα «Ποιότητα και Ασφάλεια Τροφίμων στα Νοσοκομεία» (Αθήνα 7/4/2006). Στην μελέτη αυτή αναφέρθηκαν οι βασικές αρχές της διαχείρισης και πως αυτές μπορούν να εφαρμοστούν σε ένα Τμήμα Διατροφής, μέσω κάποιων παραδειγμάτων. Παρουσιάστηκαν επίσης οι διάφοροι τρόποι σίτισης στα νοσοκομεία της Αγγλίας και της Αμερικής, καθώς έγινε και σύγκριση με την ελληνική πραγματικότητα. Επιπλέον, συζητήθηκε η οικονομική διαχείριση και ο τρόπος κοστολόγησης των προϊόντων και των υπηρεσιών που προσφέρονται από τα Τμήματα Διατροφής, όπως και οι δύο διαφορετικοί τρόποι σίτισης των ασθενών στα νοσοκομεία μας (μόνιμο προσωπικό μαγειρειών – catering). Τέλος εξετάστηκε η σχέση κόστους και ποιότητας διατροφής στα Ελληνικά Νοσοκομεία.

Στην δεύτερη ενότητα του κεφαλαίου, με αφορμή το γεγονός, ότι ορισμένα ελληνικά νοσοκομεία εφαρμόζουν σύστημα διασφάλισης ποιότητας (HACCP) μόνο για τη σίτιση των ασθενών και δεν εφαρμόζουν κάτι αντίστοιχο στην άσκηση της διαιτητικής σε αυτά, παρουσιάζουμε ένα πρότυπο ποιότητας των υπηρεσιών διαιτητικής, που έχει προταθεί από τον QAA ( Quality Assurance Agency ) και εφαρμόζεται στα Βρετανικά Νοσοκομεία. Το πρότυπο ποιότητας αυτό, (Benchmark Statement), είναι ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης στην εφαρμογή της διαιτητικής πρακτικής, του οποίου τα χαρακτηριστικά είναι τα εξής:

1. Περιγράφει την φύση, την έκταση και τα χαρακτηριστικά της διαιτητικής επιστήμης.
2. Καθορίζει τις κατάλληλες γνώσεις, που κατέχει ο επαγγελματίας διαιτολόγος.
3. Καθορίζει τους κανόνες και τα πρότυπα συμπεριφοράς, που ακολουθεί ο επαγγελματίας διαιτολόγος, στις υπηρεσίες της διαιτητικής.
4. Διατυπώνει έννοιες και αρχές, που εφαρμόζει ο επαγγελματίας διαιτολόγος, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η συντήρηση και η βελτίωση της δημόσιας υγείας.
5. Παρουσιάζει τα ακαδημαϊκά και επαγγελματικά πρότυπα ενός επαγγελματία διαιτολόγου και
6. Παρέχει την υποστήριξη στην αναζήτηση της εσωτερικής εξασφάλισης ποιότητας.

Το πρότυπο αυτό αξιολογείται από ομάδες κατάλληλων ειδικών, οι οποίοι προέρχονται από τα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, τους φορείς παροχής υπηρεσιών και οργανισμούς, που ρυθμίζουν τα νομικά και επαγγελματικά πλαίσια. Μέσω αυτού του πρότυπου προγράμματος, εκπαιδεύεται και αξιολογείται ο επαγγελματίας διαιτολόγος, με αποτέλεσμα να διασφαλίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών του στη διαιτητική.

Στην τρίτη ενότητα του κεφαλαίου παραθέτουμε ένα πρόγραμμα κατάρτισης και αξιολόγησης, βασισμένο σε θέματα Κλινικής Διατροφής-Διαιτολογίας για προσωπικό εστίασης (Μαγείρους, Βοηθούς Μαγείρων και Τραπεζοκόμους) που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά, σε Δημόσιο Νοσοκομείο της Ελλάδας, και ανακοινώθηκε στην ημερίδα «Ποιότητα και Ασφάλεια Τροφίμων στα Νοσοκομεία» από την Διαιτολόγο Κα. Κόντου Νίκη, και τον Επίκ. Καθηγητή Κο. Μπόσκου Γεώργιο.

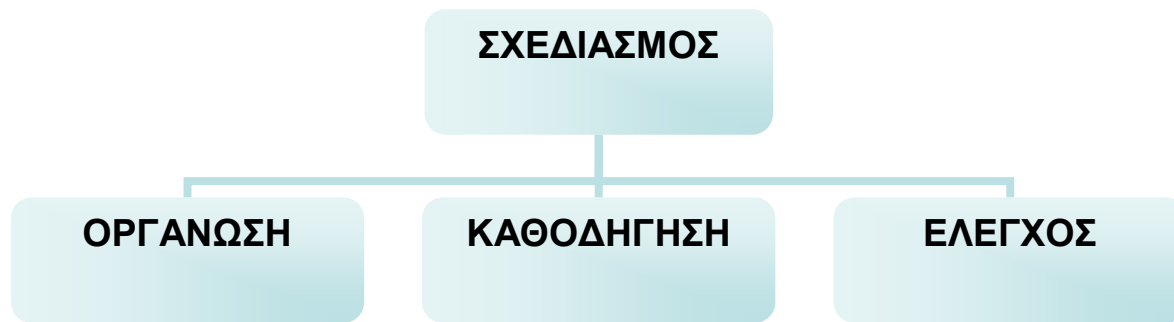


#### 4.1 Διοίκηση Τμημάτων Διατροφής (Καστή 2006)

Η απλή στελέχωση των οργανισμών έχει πάψει πλέον να αποτελεί ικανή συνθήκη για την επιτυχία των στόχων τους. Στις μέρες μας, μέρες που χαρακτηρίζονται από την εδραίωση του management και την καθολική ανάγκη για ποιότητα σε οποιοδήποτε σκέλος λειτουργίας ενός οργανισμού, αποτελεί πρόκληση η εύρυθμη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων. Το Διοικείν την ανθρώπινη δραστηριότητα και προσπάθεια θεωρείται τόσο αρχαίο όσο και ο ίδιος ο άνθρωπος. Η γέννηση του επιστημονικού management από τον Taylor το 1911 εισήγαγε στη λειτουργία των οργανισμών καινούργιες παραμέτρους, που έδωσαν νέα ώθηση στην παραγωγή. Όπως λοιπόν κάθε τμήμα ενός οργανισμού εφαρμόζει τις βασικές αρχές του management, έτσι και το Τμήμα Διατροφής πρέπει να διοικείται σύμφωνα με αυτές τις αρχές.

Το Τμήμα Διατροφής αποτελεί ένα σημαντικό χώρο παροχής υπηρεσιών σε κάθε νοσοκομειακή μονάδα. Για το λόγο αυτό, πρέπει να έχει σκοπούς και να ξέρει τους τρόπους προσέγγισής τους. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τον προγραμματισμό, ο οποίος θα μας δείξει το που και το πώς για τη μελλοντική πορεία μας. Ο προγραμματισμός λοιπόν, είναι το πρώτο στάδιο της διοίκησης. Είναι η αφετηρία της όλης διαδικασίας και θέτει τις βάσεις για τα επόμενα στάδια. Αυτό τον καθιστά τη σημαντικότερη από όλες τις λειτουργίες. Μόνο μετά το σχεδιασμό έχει νόημα η οργάνωση των εργαζομένων, η καθοδήγησή τους και ο έλεγχος της επίτευξης των αρχικών σκοπών. Μπορούμε λοιπόν να ορίσουμε τον σχεδιασμό-προγραμματισμό ως τη διαδικασία καθορισμού των αντικειμενικών σκοπών και των μεθόδων-τρόπων προσέγγισής τους.

Ας δούμε σχηματικά τη σχέση του προγραμματισμού με τις υπόλοιπες διοικητικές λειτουργίες:



Η διαδικασία του προγραμματισμού ακολουθεί μια λογική σειρά από βήματα, τα οποία είναι τα ακόλουθα:

1. Καθορισμός των αντικειμενικών σκοπών του Τμήματος. Οι σκοποί προσδιορίζουν τι θα πρέπει να επιτευχθεί. Οι σκοποί μπορεί και πρέπει να είναι πάνω από ένας. Για κάθε έναν όμως ισχύει η διαδικασία του προγραμματισμού. Για να γίνουμε πιο συγκεκριμένοι, ας δώσουμε ένα παράδειγμα: στο νοσοκομείο Χ, πρόκειται να λειτουργήσει μια νέα πτέρυγα καρκινοπαθών, δυναμικότητας 60 κλινών. Αυτός είναι ένας γενικότερος σκοπός της διοίκησης του νοσοκομείου, αλλά και ειδικότερα του Τμήματος Διατροφής, εφόσον καλείται να αντεπεξέλθει σε μια αύξηση της δύναμης των σιτιζομένων ασθενών. Ένα άλλο παράδειγμα σκοπού, είναι η λειτουργία ενός Εξωτερικού Συμβουλευτικού Ιατρείου. Καλό θα ήταν βέβαια οι σκοποί μας να είναι μετρήσιμοι. Δηλαδή, σε πόσο χρονικό διάστημα (π.χ. 3 μήνες) θα λειτουργήσει το Ε.Ι.;
2. Ανάπτυξη εναλλακτικών λύσεων για την πραγματοποίηση του κάθε στόχου. Είναι πάντα επιθυμητό να υπάρχει η δυνατότητα επιλογής ανάμεσα σε διάφορες εναλλακτικές λύσεις, οι οποίες μπορεί να μην είναι αμέσως εμφανείς. Η ύπαρξη εναλλακτικών λύσεων καθιστά τη διαδικασία του προγραμματισμού περισσότερο ευέλικτη και προσαρμοστική. Στο παράδειγμα που προαναφέραμε, θα μπορούσαμε να

έχουμε τρεις πιθανές λύσεις υπό διερεύνηση: τι Εξωτερικό Ιατρείο θα κάνουμε; Να εξειδικεύεται στην κυστική ίνωση, στο σακχαρώδη διαβήτη ή στην παχυσαρκία;

3. Διερεύνηση των συνθηκών και προϋποθέσεων για κάθε πιθανή λύση. Οι συνθήκες αυτές αφορούν στο εσωτερικό και το εξωτερικό περιβάλλον του Οργανισμού. Για παράδειγμα, όσον αφορά το εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου, θα μπορούσαμε να λάβουμε υπόψη μας τους δείκτες νοσηρότητας (τον επιπολασμό).
4. Αξιολόγηση των εναλλακτικών προτάσεων. Στο επόμενο βήμα της διαδικασίας ο προϊστάμενος υπολογίζει τα θετικά και τα αρνητικά σημεία των διάφορων εναλλακτικών προτάσεων και τελικά τις αξιολογεί, έχοντας πάντα υπόψη τους αντικειμενικούς σκοπούς, αλλά και το κόστος. Η σύγκριση και η εξέταση του κόστους και των συνεπειών των εναλλακτικών προτάσεων γίνεται για να εξευρεθεί η καλύτερη δυνατή χρήση περιορισμένων πόρων.
5. Επιλογή της καλύτερης δυνατής εναλλακτικής λύσης. Είναι το κρίσιμο σημείο της απόφασης. Επιλέγεται ουσιαστικά ένα σχέδιο δράσης (μεταξύ των εναλλακτικών προτάσεων). Η ποιότητα της απόφασης εξαρτάται άμεσα από τα προηγούμενα στάδια, δηλαδή από την προεργασία που έχει γίνει μέχρι να φτάσουμε στο σημείο της απόφασης.
6. Διαμόρφωση επιμέρους σχεδίων για την επίτευξη του τελικού σκοπού. Από τη στιγμή που θα επιλεγεί μια εναλλακτική λύση, θα πρέπει να διαμορφωθούν οι κατάλληλες συνθήκες για την υλοποίησή της. Η διαδικασία της διαμόρφωσης επιμέρους σχεδίων είναι από μόνη της μια ξεχωριστή διαδικασία προγραμματισμού.
7. Η εφαρμογή των σχεδίων. Στο τέλος όλης αυτής της διαδικασίας τα σχέδια πρέπει να εφαρμοστούν. Δηλαδή πρέπει να ακολουθήσουν οι άλλες λειτουργίες της διαδικασίας της διοίκησης: η οργάνωση των κατάλληλων δομών και μηχανισμών για την υλοποίηση των σχεδίων, η καθοδήγηση και κινητοποίηση των ανθρώπων και τέλος ο έλεγχος της προόδου και της αποτελεσματικότητας των σχεδίων. Στη διαδικασία αυτή, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να υπάρχει η δυνατότητα αναθεώρησης, στην περίπτωση αλλαγής

των συνθηκών ή των αναγκών. Ας δούμε σχηματικά τη διαδικασία του προγραμματισμού που περιγράψαμε:

Η διαδικασία του προγραμματισμού

1. Καθορισμός σκοπών



2. Ανάπτυξη εναλλακτικών λύσεων



3. Διερεύνηση συνθηκών



4. Αξιολόγηση εναλλακτικών λύσεων



5. Επιλογή της πιο κατάλληλης λύσης



6. Διαμόρφωση επιμέρους σχεδίων



7. Εφαρμογή των σχεδίων



Οργάνωση

Καθοδήγηση-Συντονισμός-Ηγεσία

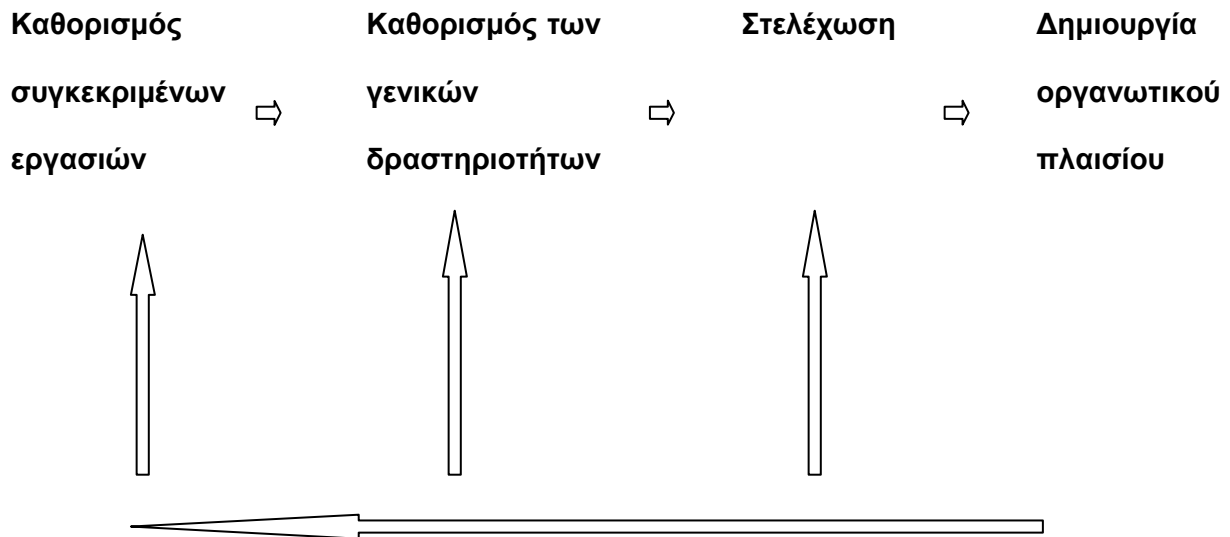
Έλεγχος

Και, ενώ ο προγραμματισμός ορίζει τι πρέπει να γίνει, η οργάνωση ορίζει το πώς θα γίνει. Τι ακριβώς εννοούμε όταν χρησιμοποιούμε την έννοια 'οργάνωση'? «Η οργάνωση είναι η δραστηριότητα εκείνη που καθορίζει τον ρόλο που κάθε εργαζόμενος έχει μέσα σε έναν Οργανισμό, καθώς και τους κανόνες και όρους μέσα στους οποίους θα γίνεται η κάθε δραστηριότητα». Τα βήματα που ακολουθούνται σε αυτή τη διαδικασία είναι τα εξής :

1. Καθορισμός συγκεκριμένων εργασιών-Εξειδίκευση (Division of Labor). Έχοντας υπόψη τους στόχους μας, καθορίζουμε τις συγκεκριμένες εργασίες-θέσεις εργασίας που χρειάζονται για την επίτευξη αυτών των στόχων.
2. Καθορισμός των γενικών δραστηριοτήτων. Οι συγκεκριμένες εργασίες ομαδοποιούνται, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο.
3. Στελέχωση των θέσεων με το κατάλληλο προσωπικό (και τον κατάλληλο εξοπλισμό, όπου αυτό είναι απαραίτητο). Ανάλογα με τις συγκεκριμένες θέσεις που καθορίστηκαν στα προηγούμενα βήματα της διαδικασίας, επιλέγονται οι κατάλληλοι άνθρωποι για να εκτελέσουν τις εργασίες που απαιτούνται. Αποφασίζεται ποιος θα κάνει τι.
4. Δημιουργία οργανωτικής δομής και καθορισμός των σχέσεων εξουσίας ανάμεσα στους εργαζομένους. Στη φάση αυτή καθορίζεται η δικαιοδοσία κάθε εργαζομένου, η ευθύνη του και η υπευθυνότητά του απέναντι στους υπολοίπους.
5. Αξιολόγηση του συστήματος. Ανατροφοδότηση.

Σχηματικά αυτή η διαδικασία μπορεί να απεικονιστεί ως εξής :

Η διαδικασία της οργάνωσης



#### Ανατροφοδότηση

Όσο καλά και αν έχει οργανωθεί το Τμήμα, δεν μπορεί να είναι επιτυχημένο και αποτελεσματικό αν δεν υπάρχει επαρκές και κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό. Η σημασία της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού έγκειται ακριβώς σ' αυτό το σημείο. Δηλαδή, στην εξασφάλιση των κατάλληλων ανθρώπων για μια αποτελεσματική λειτουργία. Η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού είναι ιδιαίτερα σοβαρή, κρίσιμη αλλά και πολύπλοκη διαδικασία και δίκαια έχει χαρακτηριστεί ένα από τα σημεία-κλειδιά για την αποτελεσματική διοίκηση.

Αν, σύμφωνα με τον προγραμματισμό, προβλέπεται ανάπτυξη και διεύρυνση των δραστηριοτήτων, όπως αναφέραμε και στο παραπάνω παράδειγμα, τότε θα πρέπει να υπάρξει ανάλογη πρόβλεψη για αύξηση των εισροών σε προσωπικό, προκειμένου να γίνει εφικτή αυτή η ανάπτυξη. Επίσης, η ανάπτυξη της τεχνολογίας ή τα νέα μηχανήματα, μπορούν να διαφοροποιήσουν τις ανάγκες για ανθρώπινο δυναμικό. Επομένως, το θέμα της πρόβλεψης του κατάλληλου προσωπικού, είναι κι αυτή μια από τις δραστηριότητες του προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού. Χρήσιμο εργαλείο σε μια τέτοια προσπάθεια



για τον προϊστάμενο του Τμήματος, είναι η ανάλυση εργασίας, η διαδικασία δηλαδή με την οποία καθορίζεται με συγκεκριμένο τρόπο τι ακριβώς απαιτεί κάθε συγκεκριμένη εργασία, αλλά και ποια χαρακτηριστικά πρέπει να έχει ένας εργαζόμενος που θα αναλάβει τη θέση αυτή (duty skills).

Η δυνατότητα ανάπτυξης των ικανοτήτων και δεξιοτήτων είναι, σύμφωνα με ορισμένες θεωρίες περί υποκίνησης, ένα βασικό κίνητρο για τον εργαζόμενο. Μέσα λοιπόν από προγράμματα επιμόρφωσης και ανάπτυξης των εργαζομένων (training and development) μπορεί να επιτευχθεί η ανάπτυξη του προσωπικού, η οποία μπορεί να είναι επωφελής τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και σε συλλογικό.

Το προσωπικό του κάθε Τμήματος δεν είναι ένα συμπαγές, ομοιόμορφο σύνολο. Αποτελείται από ανθρώπους διαφορετικού επιπέδου μόρφωσης, διαφορετικών εμπειριών και ικανοτήτων, που ασχολούνται με ένα μεγάλο εύρος εργασιών μέσα στο Τμήμα. Η σύνθεση του προσωπικού είναι φυσικό να αποτελεί σημαντικό παράγοντα, μια και το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί το σημαντικότερο συντελεστή παραγωγής και τον κυριότερο φορέα σχεδιασμού, εφαρμογής και μετασχηματισμού.

Σε πρώτη φάση λοιπόν, καθορίζονται οι διάφορες ανάγκες του προσωπικού. Οι ανάγκες αυτές μπορεί να προκύπτουν είτε λόγω κάποιου προβλήματος που ήδη υπάρχει στην απόδοση του προσωπικού είτε λόγω της πρόβλεψης κάποιων μελλοντικών εξελίξεων, οι οποίες απαιτούν την προσαρμογή του προσωπικού σε νέες συνθήκες. Κατά τη δεύτερη φάση οι ανάγκες που διαγνώστηκαν μετατρέπονται σε συγκεκριμένα προγράμματα επιμόρφωσης και ανάπτυξης.

Καθορίζονται λοιπόν οι συγκεκριμένοι στόχοι κάθε προγράμματος, λαμβάνονται υπόψη οι διαφορές μεταξύ των εργαζομένων, αποφασίζονται οι (εκπαιδευτικές) μέθοδοι που θα χρησιμοποιηθούν, κοστολογείται η όλη διαδικασία και τα προγράμματα τίθενται σε εφαρμογή. Η διαδικασία επιμόρφωσης και ανάπτυξης μπορεί να σχηματιστεί ως εξής :

Η διαδικασία επιμόρφωσης του προσωπικού

1. Καθορισμός αναγκών



2. Μετατροπή των αναγκών σε προγράμματα-Εφαρμογή



3. Αξιολόγηση των προγραμμάτων

Στο πρώτο σχεδιάγραμμα που είδαμε, αναφέραμε και το θέμα Ηγεσία (leadership). Τι εννοούμε όμως όταν λέμε ηγεσία; τον επηρεασμό της συμπεριφοράς των μελών του οργανισμού ώστε να επιδιώκουν με τη δική τους θέληση την πραγματοποίηση των στόχων του Νοσοκομείου. Οι τρεις πλέον επιθυμητές ικανότητες αυτών που ασκούν ηγεσία είναι:

- Οι διαπροσωπικές δεξιότητες
- Οι δεξιότητες επικοινωνίας
- Η πρωτοβουλία

Η επιτυχία της ηγεσίας καθορίζεται ακόμα και από παράγοντες όπως :

- Αποτελεσματική επικοινωνία. Μηνύματα με σαφήνεια και αλήθεια. Η επικοινωνία βρίσκεται στην καρδιά της οργάνωσης και είναι το κυριότερο εργαλείο του διοικούντα. Είναι η γέφυρα ανάμεσα στους στόχους, στη δημιουργία προτύπων απόδοσης και στην επιτυχία του προσωπικού.
- Επιμόρφωση και εκπαίδευση.

Ένα πολύ σημαντικό εργαλείο στα χέρια ενός προϊσταμένου, πέρα από τις επιθυμητές ικανότητες που περιγράψαμε, είναι η υποκίνηση. Ως υποκίνηση ορίζεται ο τρόπος με τον οποίο πετυχαίνουμε υψηλή απόδοση και ενδιαφέρον από τον εργαζόμενο προς την εργασία του. Ο Taylor ήταν αυτός που εκτός από την εφαρμογή της έννοιας της εξειδίκευσης,

σκέφτηκε να συνδέσει την αμοιβή με την παραγωγικότητα. Θεώρησε πως η αμοιβή είναι ένα βασικό κίνητρο για τους εργαζόμενους και επομένως είχε την πεποίθηση ότι θα πρέπει αυτός ο οποίος παράγει περισσότερα να αμείβεται περισσότερο. Εκτός από τα οικονομικά κίνητρα όμως, ως υποκίνηση θεωρείται και η βελτίωση των συνθηκών εργασίας (κοινωνικά κίνητρα) και οι προαγωγές – ηθικές ανταμοιβές.

Τέλος, ο έλεγχος είναι μια διαδικασία που μας επιτρέπει να δούμε αν το Τμήμα μας πετυχαίνει τους στόχους του. Κατά τη διάρκεια του ελέγχου παρακολουθείται και ρυθμίζεται η λειτουργία του Τμήματος, ώστε να εξασφαλιστεί η προσέγγιση των στόχων που τέθηκαν κατά τη διαδικασία του προγραμματισμού. Ο έλεγχος και ο προγραμματισμός είναι δύο άρρηκτα συνδεδεμένες διαδικασίες. Μπορούμε να σχηματοποιήσουμε αυτή τη σχέση ως εξής:

| <b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b>                                | <b>ΕΛΕΓΧΟΣ</b>   |
|---|--|
| <b>1) Δίνει την κατεύθυνση και θέτει τους στόχους</b> | <b>1) Διαπιστώνει αν η κατεύθυνση είναι σωστή και αν οι στόχοι επιτυγχάνονται.</b> |
| <b>2) Κατανέμει τους πόρους στον Οργανισμό</b>        | <b>2) Διασφαλίζει τη σωστή Χρήση των πόρων</b>                                     |
| <b>3) Προβλέπει πιθανά προβλήματα</b>                 | <b>3) Διορθώνει υπάρχοντα προβλήματα. (Ε.Α.Π.1999)</b>                             |

Το πρώτο βήμα της διαδικασίας ελέγχου είναι ο καθορισμός των κριτηρίων με βάση τα οποία θα γίνει ο έλεγχος. Αυτά τα κριτήρια θα πρέπει να τίθενται με βάση τους στόχους που πρέπει να πετύχει το Τμήμα (οι στόχοι έχουν καθοριστεί κατά τη διαδικασία του προγραμματισμού). Στο σημείο αυτό να αναφέρουμε πως οι αντικειμενικοί στόχοι πρέπει να δηλώνουν όσο το δυνατό πιο συγκεκριμένα, τι αναμένεται να επιτευχθεί από ένα άτομο ή μια ομάδα στο τέλος μιας ορισμένης χρονικής περιόδου. Καλό θα ήταν να χρησιμοποιούνται και χρονοδιαγράμματα. Σε ιδανικές περιπτώσεις οι στόχοι θα πρέπει να είναι μετρήσιμοι

ποσοτικά ή/και χρονικά. Να καθορίζονται δηλαδή πρότυπα απόδοσης. Προσοχή όμως. Η μέτρηση της απόδοσης δεν είναι πάντα μια απλή διαδικασία, αφού μπορεί να καταλήξει σε έκφραση υποκειμενικών κρίσεων.

Το επόμενο βήμα στη διαδικασία του ελέγχου είναι η σύγκριση αυτού που έπρεπε να γίνει με αυτό που πραγματικά έγινε. Η απόδοση του Τμήματος καλύπτει τα πρότυπα απόδοσης; Αν η απάντηση είναι θετική τότε ο στόχος επιτεύχθηκε. Αν η απάντηση είναι αρνητική, σημαίνει ότι υπάρχει κάποια απόκλιση της απόδοσης από τους αρχικούς στόχους. Σημαντικό επίσης είναι να καθοριστεί και το μέγεθος της απόκλισης. Είναι απαραίτητο να υπάρχουν και συγκεκριμένα όρια απόκλισης, τα οποία θα θεωρούνται αποδεκτά από τον Οργανισμό. Η απόδοση μέσα σ' αυτά τα όρια θα θεωρείται επιτυχημένη. Η ύπαρξη ενός «ορίου ανοχής» είναι απαραίτητη αν θέλουμε να είμαστε ρεαλιστές στις απαιτήσεις και στις προσδοκίες μας. Αν παρόλα αυτά ο στόχος δεν επιτεύχθηκε, τότε θα πρέπει να αναληφθεί η κατάλληλη διορθωτική δράση.

Στη διοικητική διαδικασία μπορεί να υπάρξουν τρεις τύποι ελέγχου, ανάλογα με το πότε αυτοί πραγματοποιούνται σε σχέση με τη διαδικασία που ελέγχεται:

1. Ο προκαταρκτικός έλεγχος (steering control) ή έλεγχος καθοδήγησης, έχει βασικό στόχο την πρόβλεψη των πιθανών παρεκκλίσεων πριν από μια ενέργεια. Αν ενεργούμε και κατόπιν περιμένουμε παθητικά τα αποτελέσματα της ενέργειάς μας, είναι πολύ πιθανό να μην έχουμε τη δυνατότητα αντίδρασης σε μια δυσμενή εξέλιξη. (π.χ. έλεγχος κατά τη διάρκεια προετοιμασίας μιας ειδικής διαίτας). Ο προκαταρκτικός έλεγχος δίνει τη δυνατότητα του εντοπισμού αλλά και της διόρθωσης λαθών και προβλημάτων προτού αυτά δημιουργήσουν παρενέργειες.
2. Ο έλεγχος κατά τη διαδικασία (screening control) εντοπίζει και διορθώνει πιθανές παρεκκλίσεις από τους στόχους την ώρα που αυτές συμβαίνουν ή σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα αφού αυτές παρατηρηθούν. (π.χ. έλεγχος κατά τη διαδικασία μεριδοποίησης του φαγητού ή αξιολόγηση λιπώδους μάζας και βιοχημικού προφίλ κατά τη διάρκεια θεραπευτικής διαιτητικής αγωγής κτλ)

3. Ο έλεγχος των αποτελεσμάτων (feedback control) ή έλεγχος ανατροφοδότησης, επικεντρώνεται στο παρελθόν, άρα δεν μπορεί να έχει καμία επίδραση στην ενέργεια την οποία εξετάζει. Έτσι δεν μπορούμε να πούμε ότι είναι ένα άμεσα χρήσιμο εργαλείο. Μας δίνει όμως τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουμε την εμπειρία που αποκτούμε στο μέλλον.

Στην πραγματικότητα γίνεται ένας συνδυασμός των τύπων ελέγχου που αναφέραμε, ο οποίος επιτρέπει στους Οργανισμούς να διαπιστώνουν σε διάφορες φάσεις της λειτουργίας τους αν επιτυγχάνονται οι στόχοι σύμφωνα με τον προγραμματισμό. Αναπτύσσεται δηλαδή ένα σύστημα πολλαπλού ελέγχου, που λειτουργεί παράλληλα με τις υπόλοιπες δραστηριότητες.

#### Οικονομική διαχείριση-κόστος

Στον τομέα της υγείας, ο προσδιορισμός και η μέτρηση των «προϊόντων» των υπηρεσιών υγείας εμφανίζει ιδιαιτερότητες σε σχέση με άλλους τομείς της παραγωγής, δεδομένου ότι τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν κατά κανόνα ένα εξαιρετικά μεγάλο φάσμα ασθενειών και περιπτώσεων για νοσηλεία. Το γεγονός αυτό αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό θέμα για τη Διοίκηση ενός νοσοκομείου και συνδέεται άμεσα με την αποτελεσματικότερη διοίκηση και διαχείριση αυτού και εν τέλει με την οικονομική αποδοτικότητα και με τη βιωσιμότητά του. Ως εκ τούτου, πρωταρχικής σημασίας για την κοστολόγηση σε ένα νοσοκομείο είναι να μπορέσει να επιτύχει με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια σύνδεση του κόστους, που προκαλεί σε αυτό κάθε ασθενής (μονάδα προϊόντος) με τον ίδιο τον ασθενή. Όπως αναφέραμε προηγουμένως, κατά τη φάση του προγραμματισμού (Αξιολόγηση των εναλλακτικών προτάσεων), η οικονομική αξιολόγηση των εναλλακτικών προτάσεων γίνεται για να εξευρεθεί η καλύτερη δυνατή χρήση περιορισμένων πόρων. Βρισκόμαστε πάντα αντιμέτωποι με επιλογές, καθώς λόγω της σπανιότητας των πόρων δε μπορούμε να φτάσουμε σε όλα τα επιθυμητά αποτελέσματα. Να αναφέρουμε σε αυτό το σημείο πως, ως κόστος ορίζονται οι πόροι που χρησιμοποιούνται και καταναλώνονται για την παραγωγή και διανομή ενός αγαθού ή υπηρεσίας, οι οποίοι αποτυπώνονται με χρηματικούς όρους.

Αλλά ας δούμε πως η διατροφή αποτελεί σημαντικό καθοριστικό παράγοντα της κλινικής έκβασης και κατά συνέπεια της αποτελεσματικότητας των δαπανών. Στην Ευρώπη και την Αμερική έχει γίνει πλέον αντιληπτό ότι η καλή διατροφή (θρεπτική και γευστική τροφή) είναι ζωτικής σημασίας, τόσο για τη γρήγορη και πλήρη ανάρρωση των ασθενών (ελάττωση της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας και κατά συνέπεια των νοσηλίων), όσο και ως τρόπος συγκράτησης του αυξανόμενου κόστους σε υπηρεσίες διατροφής του εθνικού συστήματος υγείας.

Στην Αγγλία, η διατροφή των ασθενών γνώρισε τα τελευταία χρόνια μια επανάσταση. Το Μάιο του 2001 ένα Εθνικό Σύστημα Διατροφής για την Υγεία, το «Better Food Program», εφαρμόστηκε στα νοσοκομεία. Τα τελευταία υποχρεώθηκαν να παρέχουν στους ασθενείς τους ένα εθνικό Menu με 400 συνταγές, οι οποίες σχεδιάστηκαν από τους καλύτερους σεφ της Αγγλίας. Ακόμη η πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες διατροφής έγινε 24ώρη. Βασικός στόχος αυτής της μεταρρύθμισης, είναι η βελτίωση της ποιότητας και η μείωση του κόστους των υπηρεσιών διατροφής. Αυτό επιτυγχάνεται, είτε μέσω της γρήγορης ανάρρωσης των ασθενών (προσλαμβάνουν καλύτερη ποιότητα τροφής), είτε με την ελάττωση των χαμένων γευμάτων (οι ασθενείς παραγγέλνουν όσο θέλουν, ό,τι θέλουν και μόνο όταν πεινάνε).

Επίσης το ίδιο σχέδιο εξετάζει τη δυνατότητα επιλογής από τα νοσοκομεία ενός εθνικού συστήματος διατροφής (catering) στην Αγγλία, το 71% των νοσοκομείων έχουν εσωτερικό τμήμα catering, ενώ το 29% έχουν συμβάσεις με εξωτερικό προμηθευτή. Αυτή η λογική της διάθεσης, της μέριμνας διατροφής σε εξωτερικό προμηθευτή, βασίζεται στο ότι έτσι το νοσοκομείο αποδεσμεύεται από την ευθύνη διατροφής, με αποτέλεσμα να εστιάζεται κύρια πάνω στη φροντίδα του ασθενούς. Επιπλέον και στην Αμερική, τα τελευταία χρόνια ακολουθείται η λογική των «γευμάτων που είναι προσαρμοσμένα στη ζήτηση των ασθενών» (meal on demand for patients), κάτι ανάλογο δηλαδή με αυτό που επιδιώκεται και στην Αγγλία. Εκεί, στα περισσότερα νοσοκομεία, ο ασθενής μπορεί να παραγγείλει φαγητό μέσα από μια λίστα φαγητών που βρίσκει στο δωμάτιό του.

Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα, διανύουμε μια μεταβατική περίοδο, όπου κάποια νοσοκομεία σιπίζονται με τον παραδοσιακό τρόπο (μόνιμο προσωπικό – μάγειροι) και κάποια άλλα έχουν ήδη αναθέσει τη σίτισή τους σε ιδιώτες (catering). Αυτό σημαίνει πως η κοστολόγηση σε κάθε περίπτωση διαφέρει.

Σύμφωνα με τον γενικά ισχύοντα σήμερα τρόπο κοστολόγησης, οι δύο βασικές μέθοδοι κοστολόγησης που χρησιμοποιούνται στην παραγωγική διαδικασία είναι: η «κοστολόγηση ακολουθίας έργου» (job order costing) και η «κοστολόγηση διαδικασιών» (process costing).

Στην περίπτωση της σίτισης ασθενών με την παραδοσιακή μέθοδο (προσωπικό του νοσοκομείου που προμηθεύεται την πρώτη ύλη, μαγειρεύει και σερβίρει), έχουμε «κοστολόγηση ακολουθίας έργου», όπου κοστολογούνται ξεχωριστά οι επιμέρους μονάδες προϊόντων που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή του τελικού προϊόντος. Ενώ, στην περίπτωση της σίτισης ασθενών από ανάδοχο εταιρεία (catering), έχουμε «κοστολόγηση διαδικασιών», όπου όλα τα προϊόντα που παράγονται σε ένα συγκεκριμένο χρόνο κοστολογούνται ενιαία.

Πριν αναφερθούμε στα πρότυπα ποιότητας ας ορίσουμε τη λέξη : ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή υπηρεσίας, έτσι ώστε να ικανοποιούν δεδομένες ή ζητούμενες ανάγκες .Είναι ένας από τους πρώτους στόχους των προτύπων ποιότητας. Τα πρότυπα ποιότητας αποτελούν τόσο πρακτική όσο και υποχρεωτική ανάγκη. Διαβεβαιώνουν τον τελικό καταναλωτή ότι όλα τα απαραίτητα στάδια στον σχεδιασμό, την ανάπτυξη, την παραγωγή, τον τελικό έλεγχο ενός προϊόντος, έχουν πραγματοποιηθεί και ελεγχθεί σύμφωνα με τους κανόνες και τους κανονισμούς που ισχύουν για την ποιότητα και την ασφάλεια. Είναι γνωστό, ότι οι διεθνείς οργανισμοί που ασχολούνται με τα τρόφιμα, εφαρμόζουν ένα πρόγραμμα αυτοελέγχου και διασφάλισης της υγιεινής των τροφίμων, το οποίο αναπτύχθηκε για πρώτη φορά προ 30 ετών στη διαχείριση των τροφίμων των αστροναυτών της NASA. Σκοπός αυτού του προγράμματος ήταν και είναι, να αποτρέψει τους κινδύνους που θα μπορούσαν να προκαλέσουν δηλητηριάσεις και τροφιμογενή νοσήματα. Οι

αρχές του, εφαρμόζονται ήδη στην προηγμένη διεθνή βιομηχανία τροφίμων. Μιλάμε βέβαια για το σύστημα HACCP (Ανάλυση Κινδύνων και Κρίσιμα Σημεία Ελέγχου).

Η ανάγκη για παραγωγή ασφαλών και ποιοτικών τροφίμων εκφράστηκε το 1993 μέσα από την Οδηγία 93/43/EEC περί υγιεινής των τροφίμων. Εννέα χρόνια αργότερα, το Σεπτέμβριο του 2000, η οδηγία αυτή ενσωματώθηκε στην εθνική μας νομοθεσία με την ΚΥΑ 487. Με την εφαρμογή της ΚΥΑ 487/2000 και με την αριθ. 30/18-07-2001 απόφαση του Δ.Σ. του ΕΦΕΤ, απαιτείται πλήρης ανάπτυξη και τεκμηρίωση του συστήματος HACCP στους χώρους μαζικής εστίασης Νοσοκομείου.

Σύμφωνα με αυτή, θεσπίζονται οι γενικοί κανόνες ορθής υγιεινής πρακτικής για τα τρόφιμα και οι διαδικασίες για την τήρησή τους. Αναφερόμαστε, λοιπόν, στην υποχρεωτική ανάπτυξη και εφαρμογή ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας με ευθύνη των ίδιων των οργανισμών, το οποίο στη συνέχεια επαληθεύεται για την ορθή εφαρμογή του από την πολιτεία μέσω των υπηρεσιών του ΕΦΕΤ και τις οικίες Νομαρχίες.

Η οδηγία 93/43 της Ε.Ε., που υποχρεώνει τις επιχειρήσεις τροφίμων και ποτών αλλά και τους χώρους μαζικής εστίασης να εφαρμόσουν το σύστημα HACCP, συστήνει παράλληλα την εφαρμογή του ISO 9000, ως το ολοκληρωμένο πλαίσιο, όπου το HACCP λειτουργεί πιο αποτελεσματικά. Οι αρχές λειτουργίας του συστήματος HACCP ταιριάζουν απόλυτα με τις αρχές του συστήματος ISO 9000, ενώ το τελευταίο αποτελεί, σε σχέση με το HACCP, ένα πιο ολοκληρωμένο σύστημα ποιότητας.

Το νέο Διεθνές πρότυπο το ISO 22000 : 2005 ενσωματώνει τις αρχές HACCP και τα βήματα εφαρμογής της Επιτροπής του Codex Alimentarius (Codex). Εισάγει το συνδυασμό του σχεδίου HACCP με τα κρίσιμα σημεία ελέγχου (CCPs) και τα λειτουργικά προαπαιτούμενα. Η ανάλυση κινδύνων είναι κομβικό στοιχείο για ένα αποτελεσματικό σύστημα διαχείρισης της ασφάλειας τροφίμων ,γιατί μέσα από τη διεξαγωγή της βοηθά την οργάνωση της γνώσης που απαιτείται για την καθιέρωση κατάλληλων προληπτικών μέτρων. Προς αυτή την κατεύθυνση οδηγεί και η αναγνώριση και αξιολόγηση όλων των πιθανών κινδύνων, που σχετίζονται, όχι μόνο με την αλυσίδα τροφίμων, αλλά και με το είδος των



διεργασιών, των χρησιμοποιούμενων εγκαταστάσεων και εξοπλισμών. Τονίζουμε πως το ISO 22000 : 2005 αντιμετωπίζει μόνο θέματα ασφάλειας τροφίμων, ενώ το ISO 9001:2000 αποτελεί το μοντέλο για τη διασφάλιση της ποιότητας στους τομείς: σχεδιασμού, ανάπτυξης, παραγωγής, εξοπλισμού και υπηρεσιών.

## **4.2 Πρότυπο ποιότητας για την άσκηση της διαιτητικής (QAA, 2001)**

### **4.2.1 Εισαγωγή**

Οι διαιτολόγοι συνεργάζονται με τους ασθενείς στην κρίσιμη φροντίδα, στην οξεία και χρόνια ασθένεια στα νοσοκομεία και στην κοινότητα. Χρησιμοποιούν το διαιτητικό χειρισμό και τα τρόφιμα για να θεραπεύσουν την ασθένεια και να βελτιστοποιήσουν την υγεία. Μπορούν επίσης να λειτουργήσουν σε πληθυσμιακό επίπεδο για την προώθηση της υγείας μέσω της επιστήμης της διαιτητικής που εφαρμόζεται στα δημόσια ιδρύματα.

Η διαιτητική παίρνει πληροφορίες και γνώσεις από ένα μεγάλο φάσμα επιστημών και είναι κυρίως βασισμένη στη διατροφή. Ενσωματώνει την κατανόηση της σύνθεσης των τροφίμων, την φύση των θρεπτικών ουσιών και του μεταβολισμού τους στο σώμα, τις θρεπτικές απαιτήσεις των ανθρώπων κατά την διάρκεια της ζωής τους, τα διαιτητικά αποτελέσματα των τροφίμων στην υγεία και τους τρόπους που τα τρόφιμα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να θεραπεύσουν την ασθένεια και να προωθήσουν την υγεία στα άτομα και στις ομάδες.

Οι διαιτολόγοι έχουν έναν μοναδικό ρόλο στη θεραπευτική εφαρμογή της διατροφικής επιστήμης. Ερμηνεύουν και διαβιβάζουν αυτήν την γνώση στις ομάδες και στα άτομα που βρίσκονται κυρίως στις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης. Οι επαγγελματίες της διαιτητικής αξιοποιώντας τις πληροφορίες που συλλέγουν από τα ιατρικά και διαιτητικά ιστορικά του κάθε ασθενούς, σχεδιάζουν το διαιτολόγιο με βάση τις ενεργειακές του ανάγκες και με τα διατροφικά πρωτόκολλα που ισχύουν.

Επαγγελματικά οι διαιτολόγοι πρέπει να εργάζονται με υπευθυνότητα, ακολουθώντας κανόνες ηθικής και τα νομικά πλαίσια που ορίζονται μέσα σε κάθε εργασιακό χώρο, από την

εθνική υγειονομική υπηρεσία (NHS), την βιομηχανία, την τοπική κυβέρνηση, την εκπαίδευση και την έρευνα.

Για να μπορούν να εξασκήσουν το επάγγελμα νόμιμα από το κράτος πρέπει οι σπουδαστές διαιτολόγιας να ακολουθούν ορισμένες πανεπιστημιακές σειρές μαθημάτων. Επομένως, η μελέτη της διαιτητικής καλύπτει αυτές τις αρχές:

1. Η εφαρμογή της επιστήμης της διατροφής σε άτομα και σε ομάδες με την μετατροπή των θεωρητικών εννοιών της διαιτητικής σε εφαρμοσμένη πρακτική.
2. Η απόκτηση των εκπαιδευτικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων, επιτρέπουν στον επαγγελματία διαιτολόγο να κερδίζει την εμπιστοσύνη των ασθενών του, ώστε να του επιτρέπουν να σχεδιάζει το διαιτολόγιο τους σε σχέση με την κατάσταση της υγείας τους.
3. Η συμπλήρωση των θεωρητικών εννοιών από τις βιολογικές, κλινικές, μαθηματικές και κοινωνικές επιστήμες, με την πρακτική εφαρμογή τους και συνδυασμό τους στη ρύθμιση των διατροφικών συνηθειών.
4. Η δυνατότητα να αξιολογούν, να ενθαρρύνουν και να επιτρέπουν στα άτομα και στις ομάδες, να κάνουν ασφαλή και κατάλληλο συνδυασμό τροφίμων.
5. Ο επαγγελματίας διαιτολόγος εξαιτίας της ποικιλομορφίας των ατόμων και των ομάδων, πρέπει να είναι σε θέση να αναπτύσσει ισχυρές διαπροσωπικές δεξιότητες για να επικοινωνεί αποτελεσματικά.
6. Η διατήρηση και η βελτίωση της υγείας, όπως επίσης και η θεραπεία ορισμένων ασθενειών, μπορεί να επιτευχθεί μέσω της σωστής διατροφής.
7. Χρειάζεται κριτική σκέψη, αυτό-αξιολόγηση και δέσμευση ότι θα χρησιμοποιηθεί η έρευνα στην αξιολόγηση και βελτίωση της πρακτικής της διαιτητικής.

#### 4.2.2 Διδασκαλία, εκμάθηση και αξιολόγηση

Οι αποφάσεις για τις στρατηγικές και οι μέθοδοι για τη διδασκαλία, την εκμάθηση και την αξιολόγηση, είναι για ιδρύματα που καθορίζουν, αλλά και πρέπει να πληρούν τις προϋποθέσεις που σχετίζονται με τα επαγγελματικά προγράμματα υγείας. Δεν πρόκειται αυτό το πρότυπο εργασίας της διαιτητικής (Benchmark statement) να διαδώσει προσεγγίσεις πέρα από αυτές που ορίζει. Εντούτοις, αυτό το πρότυπο εργασίας της διαιτητικής (Benchmark statement) προωθεί μια περιεκτική προσέγγιση στην εφαρμογή της θεωρίας και της πρακτικής. Υπογραμμίζει τη σημασία της σύνδεσης του σχεδίου εκμάθησης των ευκαιριών, που διευκολύνει την απόκτηση των επαγγελματικών ικανοτήτων, με τα καθεστώτα αξιολόγησης και η συνοχή αυτών, εξασφαλίζει, την παράδοση και την ανταπόδοση τους, σε ένα κατάλληλο πρότυπο. Θεμελιώδης βάση πάνω στην οποία οι σπουδαστές προετοιμάζονται για την επαγγελματική τους σταδιοδρομία, είναι η διάταξη των προγραμμάτων της ακαδημαϊκής μελέτης και της πρακτικής. Αυτή βασίζεται στην εκπαίδευση, με την οποία θέτονται τα θεμέλια για μια μακροχρόνια σταδιοδρομία, επαγγελματικής ανάπτυξης και την δια βίου εκμάθηση για την υποστήριξη, καλύτερης επαγγελματικής πρακτικής και την διατήρηση των επαγγελματικών τους προτύπων.

(“Ένας τρόπος εκπαίδευσης των φοιτητών διαιτολογίας στην Βρετανία, από το κολλέγιο Chester είναι η παρακολούθηση της λειτουργίας των τμημάτων διατροφής σε ορισμένα νοσοκομεία. Στο τέλος της εκπαίδευσης τα νοσοκομεία χορηγούν βεβαίωση παρακολούθησης στους φοιτητές, η οποία παρουσιάζεται στο Παράρτημα 2.

#### 4.2.3 Ακαδημαϊκά και επαγγελματικά πρότυπα

Ο νέος απόφοιτος στο τέλος της εκπαιδευτικής του εμπειρίας πρέπει να επιδεικνύει ικανότητες, τόσο σε ακαδημαϊκό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Το πρότυπο αυτό των ικανοτήτων προσδιορίζεται παρακάτω:

A. Εργαζόμενος ως επαγγελματίας στη διαιτητική

Ο κάτοχος διπλώματος πρέπει να είναι σε θέση να:

- αναγνωρίζει τη δυνατότητα και τους περιορισμούς της διαιτητικής, ως πρακτική βασισμένη στη πειθαρχία μέσα στα νομικά και ηθικά όρια, που σχεδιάζονται από τους κανόνες συμπεριφοράς.
- ενσωματώνει την κατανόηση ηθικών ζητημάτων και τους κανόνες συμπεριφοράς στις διαιτητικές παρεμβάσεις του σε συγκεκριμένες καταστάσεις.
- έχει την ικανότητά της συνεχούς ενημέρωσης των εξελίξεων στη διαιτητική πρακτική, για να ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες θρεπτικές γνώσεις και περιστάσεις.
- εξασκεί αυτονομία στις περισσότερες επαγγελματικές δραστηριότητες, που συνδέονται με τη διαιτητική, όπως: η αξιολόγηση, ο προγραμματισμός, η εκτέλεση της ασφαλούς διαιτητικής επέμβασης.
- καθοδηγεί και να κατευθύνει την εργασία άλλων, και να είναι ικανός για την κατάλληλη χρήση των πόρων.
- εργάζεται αποτελεσματικά, ως σκεπτόμενος επαγγελματίας σε κρίσιμες καταστάσεις, που βασίζονται στη γνώση κυρίων ζητημάτων στη διαιτητική.
- αποδέχεται ως σκεπτόμενος επαγγελματίας την ευθύνη, την ισότιμη σχέση και με μερική καθοδήγηση, καθορίζοντας την προσωπική επίτευξη και τις εκβάσεις της ομάδας.
- καταδεικνύει την κατάλληλη γνώση στον εργασιακό του χώρο, μέσα στα πλαίσια της διαιτητικής πρακτικής.
- γνωρίζει τους τρόπους οργάνωσης προώθησης της υγείας, της ιατρικής εκπαίδευσης, τον ρόλο του και τη θεωρητική βάση των διαιτητικών παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία.
- αναγνωρίζει τη σημασία της έρευνας και της εκπαιδευτικής δραστηριότητας και να είναι σε θέση, να συμβάλλει στην εξελισσόμενη γνώση του επαγγέλματος της διαιτητικής.

B) Γνώση των αρχών και των εννοιών διαιτητικής:

Ο κάτοχος διπλώματος πρέπει να είναι σε θέση να:

- επιλέγει και να χρησιμοποιεί κατάλληλες διαιτητικές και θρεπτικές αναλύσεις και τεχνικές αξιολόγησης στην πρακτική.

- αξιολογεί τους κοινωνικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς και προσωπικούς παράγοντες, μαζί με τις ιατρικές και διατροφικές πληροφορίες, για να φθάσει σε μια δικαιολογημένη και αιτιολογημένη απάντηση στο διαιτητικό πρόβλημα.
- δημιουργεί μια διαιτητική παρέμβαση για μια σειρά θεραπευτικών περιπτώσεων, σύμφωνα με τα καθιερωμένα διαιτητικά πρότυπα, μερικά από τα οποία θα είναι στην πρώτη γραμμή πειθαρχίας.
- είναι ικανός να συμβουλευεί, έχοντας ένα υψηλό επίπεδο γνώσεων και επικοινωνίας, άτομα και θεραπευτές στην επιλογή τροφίμων, που θα είναι κλινικά αποτελεσματική.
- καταγράφει και να ελέγχει αποτελεσματικά κάθε αλλαγή, στην επιλογή των τροφίμων, κατάλληλη για την ασφαλή διαιτητική πρακτική.
- αξιολογεί αυστηρά τις νέες έννοιες, τα επιχειρήματα και τα στοιχεία των σύγχρονων θεωριών, και τα αποτελέσματα των ερευνών από τους σχετικούς κανονισμούς, ώστε να τα χρησιμοποιήσει, για να αναλύσει τα νέα προβλήματα στη διαιτητική πρακτική.
- παρουσιάζει δημιουργικότητα κατά την επίλυση των προβλημάτων, που συχνά αναλαμβάνει, μαζί με τους ανώτερους συναδέλφους του ή με όμοιες ομάδες, όπου οι αξιολογήσεις είναι βασισμένες σε περιορισμένες πληροφορίες και στοιχεία.
- επικοινωνεί αποτελεσματικά με τους ανώτερους και τους κατώτερους συναδέλφους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που έχουν εξειδικευτεί στην διαιτητική.
- έχει συναίσθηση των περιορισμών και να μπορεί να ανασύρει συμβουλές, για την βελτίωση της προσωπικής του απόδοσης και την σχέση του με τους άλλους.

Γ ) Γνώση και κατανόηση του πρότυπου.

Ο κάτοχος διπλώματος πρέπει να είναι σε θέση να:

- παρουσιάζει συστηματική και ολοκληρωμένη κατανόηση των βασικών τομέων της μελέτης.
- ανασύρει τα στοιχεία από μια σειρά θεμάτων, για να έχει την ικανότητα να λύσει προβλήματα και να σχεδιάζει κανονισμούς για τη διαιτητική παρέμβαση.

- έχει την γνώση διαφόρων εξεταστικών μεθόδων, για να αξιολογεί αυστηρά θέματα βασισμένα στη διατροφή και την διαιτητική.
- μεταβιβάζει τις πληροφορίες, τις ιδέες, τα προβλήματα και τις λύσεις στη διατροφή και στην υγεία, με ποικίλα κατάλληλων σχημάτων, για ειδικούς και μη ειδικούς και μεμονωμένα άτομα.
- ασκεί κριτική βασισμένη στη γνώση θεμάτων της διαιτητικής και να παρουσιάζει υπευθυνότητα, για την επίτευξη ατομικών και ομαδικών αποτελεσμάτων.
- δείχνει εμπιστοσύνη στην χρησιμοποίηση της τεχνολογίας, για να αναλύει την περιεκτικότητα των τροφίμων σε θρεπτικά συστατικά, για να ερμηνεύει έρευνες και για να εκπαιδεύει τους ασθενείς του.
- περιγράφει τους περιορισμούς των θρεπτικών εργαλείων αξιολόγησης και συνιστάμενου διαιτητικού μισθού.

#### **4.2.4 Οφέλη από την εφαρμογή προτύπων ποιότητας( Γ. Μπόσκου, 2005)**

- Ο οργανισμός αναγκάζεται να αντιμετωπίζει θέματα θεωρητικής και λειτουργικής ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας.
- Επιτυγχάνεται η εφαρμογή της υπάρχουσας και της νέας νομοθεσίας.
- Παρέχεται ιχνηλασιμότητα απαντώντας σε ερωτήματα του τύπου «έγινε ο έλεγχος του εξοπλισμού αλλά από ποιόν και πότε;»
- Καλλιεργείτε ένα αίσθημα υπερηφάνειας και υποκίνησης.
- Εξασφαλίζεται η σφαιρική επανεξέταση του συστήματος παροχής υπηρεσιών.
- Διευκολύνεται η εκπαίδευση των νέων μελών του προσωπικού
- Αναπτύσσεται σε κάθε μέλος του προσωπικού μια σφαιρικότερη αντίληψη της δραστηριότητας του και μια κατανοητή εικόνα όλων των λειτουργιών του νοσοκομείου.
- Αποτελεί σταθερή βάση και εφαλτήριο για την διοίκηση της ολικής ποιότητας.
- Παρουσιάζεται απέναντι στον πλυθησμό η δέσμευση για Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.

### **4.3 Πρόγραμμα κατάρτισης προσωπικού εστίασης νοσοκομείων στην Κλινική Διατροφή και Διαιτολογία (Κοντού και Μπόσκου, 2006)**

Το πρόγραμμα κατάρτισης και αξιολόγησης, που αναφέρουμε είναι βασισμένο σε θέματα Κλινικής Διατροφής και Διαιτολογίας, για το προσωπικό εστίασης (Μαγείρους, Βοηθούς Μαγείρων και Τραπεζοκόμους), που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά σε Δημόσιο Ελληνικό Νοσοκομείο.

Το πρόγραμμα, είχε διάρκεια 60 ώρες (30 θεωρία και 30 πρακτική άσκηση). Η συνολική του διάρκεια ήταν 12 εργάσιμες ημέρες, εκτός Σαββάτου και Κυριακής, ενώ καθημερινά οι διδακτικές ώρες κυμαίνονταν από 4 έως 6 ώρες και οι καταρτιζόμενοι ήταν 20 στο σύνολο.

Εισαγωγή – Μεθοδολογία\_: Αντικείμενο της συγκεκριμένης ενέργειας ήταν η Κλινική Διατροφή και Διαιτολογία και απευθυνόταν σε προσωπικό εστίασης (Μαγείρους, Βοηθούς Μαγείρων και Τραπεζοκόμους) των Δημόσιων Νοσοκομείων .

Σκοπός της ενέργειας: Το πρόγραμμα «Κλινική διατροφή – διαιτολογία» αποσκοπούσε αφενός στην παροχή γνώσεων μέσω του θεωρητικού μέρους, αφετέρου στην εφαρμογή όλων αυτών των γνώσεων, μέσω του πρακτικού μέρους, στην καθημερινή πρακτική μέσω των εργαστηρίων πάνω σε ειδικές διαιτητικές παρασκευές για καθεμιά από τις ομάδες των νοσημάτων. Ο απώτερος σκοπός του προγράμματος ήταν η ευαισθητοποίηση των εκπαιδευομένων και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών από το Τμήμα Διατροφής στους νοσηλευόμενους ασθενείς. Οι θεματικές ενότητες αφορούσαν γενικές γνώσεις στην επιστήμη της Διατροφής αλλά και την διαιτολογία ενός ευρέως φάσματος νόσων των γενικών νοσοκομείων.

Το θεωρητικό και πρακτικό μέρος του προγράμματος κατάρτισης είχε τρεις ενότητες: Α) θρεπτικά συστατικά, ομάδες τροφίμων, επιδράσεις της επεξεργασίας στη θρεπτική αξία των τροφίμων, δομή και ερμηνεία της διατροφικής πυραμίδας. Β) ειδικές δίαιτες που χρησιμοποιούνται στο χώρο του νοσοκομείου, ιδιαίτερα σημεία προσοχής για διαβητικούς, καρκινοπαθείς, νεφροπαθείς, ασθενείς με γαστρεντερικά, καρδιολογικά νοσήματα και

χειρουργημένους ασθενείς. Γ) πρακτικά θέματα υγιεινής και ασφάλειας τροφίμων στη κουζίνα του Τμήματος Διατροφής.

Κυρίαρχο επίσης στόχο αποτελούσε η προσπάθεια, ώστε οι καταρτιζόμενοι να αποκτήσουν ικανότητες που θα τους επιτρέψουν να αποτελέσουν τους εκπαιδευτικούς πυρήνες στο χώρο εργασίας τους και να μεταφέρουν τις αποκτηθείσες γνώσεις και εμπειρίες.

Η εκπαιδευτική μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν η εξής:

- Ανάπτυξη των θεωρητικών εννοιών με χρήση εποπτικών μέσων (slides-διαφανειών και παρουσιάσεων μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή) από τους εισηγητές.
- Η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε βασιζόταν στις αρχές εκπαίδευσης των ενηλίκων και συγκεκριμένα περιελάμβανε: συνδυασμό της θεωρίας με την πράξη, σύνδεση του αντικειμένου μάθησης με τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα των καταρτιζομένων, ανάπτυξη του κριτικού τρόπου σκέψης, αμφίδρομες σχέσεις εκπαιδευτών – καταρτιζομένων. Χρησιμοποιήθηκαν ο διάλογος, οι απαντήσεις σε ερωτήσεις και η μέθοδος της εκμείωσης. Μετά τις εισηγήσεις ακολουθούσε συζήτηση με τους εκπαιδευόμενους για την επίλυση αποριών, ανάπτυξη απόψεων και τεκμηρίωση των ορθών γνώσεων. Πρέπει να αναφερθεί ότι το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων ήταν μεγάλο και η συμμετοχή τους ενεργή.
- Το πρακτικό μέρος του προγράμματος υλοποιήθηκε στις αίθουσες διδασκαλίας του ΚΕΚ και στο Μαγειρείο του Νοσοκομείου σε τρεις ή τέσσερις ομάδες των πέντε έως επτά ατόμων, με αντίστοιχους εκπαιδευτές, όπου έγινε εφαρμογή των θεωρητικών γνώσεων, σύνθεση δίσκου ανά πάθηση και ειδικές διαιτητικές παρασκευές για τις παθήσεις αυτές.
- Κατά το διάστημα πραγματοποίησης της ενέργειας κατάρτισης, οι Επιστημονικά Υπεύθυνοι και η Υπεύθυνη Κατάρτισης ΚΕΚ, οργάνωσαν δύο συναντήσεις με τους εκπαιδευτές (μία κατά την έναρξη του προγράμματος και μία ενδιάμεσα), όπου ορίστηκαν οι εκπαιδευτικοί στόχοι και οι μέθοδοι του προγράμματος, καθώς και η εξέλιξη της υλοποίησής του. Επισημάνθηκαν οι διδακτικές ενότητες και οι δεξιότητες



στις οποίες πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση, σύμφωνα με τις ανάγκες και τις επιθυμίες που εξέφρασαν οι καταρτιζόμενοι.

Τεχνικά εκπαιδευτικά μέσα:

Σε όλες τις εκπαιδευτικές ενότητες γινόταν από τους εκπαιδευτές παρουσιάσεις με τη χρήση των εποπτικών μέσων (διαφανοσκόπιο και βιντεοπροβολέα με χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή). Με τον τρόπο αυτό δημιουργήθηκε εκπαιδευτικό περιβάλλον το οποίο αφενός μεν προκάλεσε το ενδιαφέρον των καταρτιζομένων και αφετέρου βοήθησε στην εμπέδωση των προσφερόμενων γνώσεων, τη συγκεκριμενοποίηση και την επισήμανση των σημαντικών και κυρίαρχων σημείων. Ως εκπαιδευτικό υλικό χορηγήθηκε στους καταρτιζόμενους ένα εγχειρίδιο που περιείχε όλο το θεωρητικό υπόβαθρο πάνω στο οποίο βασίστηκαν οι παρουσιάσεις των εισηγητών. Για τις ανάγκες της πρακτικής άσκησης χρησιμοποιήθηκαν ο εξοπλισμός και τα υλικά του Μαγειρείου του Νοσοκομείου, αλλά και εξοπλισμός που μεταφέρθηκε από το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο (προπλάσματα τροφίμων, πυραμίδα Μεσογειακής Διατροφής). Τεχνική εκτίμησης της αποτελεσματικότητας της ενέργειας κατάρτισης και της επίδοσης εκπαιδευτών και εκπαιδευόμενων.

Οι Επιστημονικά Υπεύθυνοι, η Υπεύθυνη Κατάρτισης του ΚΕΚ και ο Αξιολογητής αποφάσισαν από κοινού να χρησιμοποιηθούν ως εργαλεία αξιολόγησης, ερωτηματολόγια σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτών και τη διαδικασία υλοποίησης της ενέργειας, τα οποία συμπλήρωσαν οι καταρτιζόμενοι την τελευταία ημέρα της ενέργειας. Επίσης κρίθηκε ωφέλιμο οι καταρτιζόμενοι να αξιολογηθούν με το ίδιο ερωτηματολόγιο στην αρχή και στο τέλος του προγράμματος κατάρτισης. Οι ερωτήσεις ήταν πολλαπλής επιλογής και αφορούσαν όλες τις εκπαιδευτικές ενότητες. Το τελικό ερωτηματολόγιο περιείχε 20 επιπλέον ερωτήσεις που αφορούσαν ειδικά θέματα διαιτητικής. Τα επιμέρους κριτήρια των αξιολογήσεων που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονται αναλυτικά στο κεφάλαιο «Αξιολόγηση του εκπαιδευτικού έργου».

Ο αξιολογητής συμμετείχε σε δύο συναντήσεις με τους καταρτιζόμενους, μία κατά τη διάρκεια της ενέργειας και μία στο τέλος αυτής. Επίσης, ορίστηκε στο τέλος του

προγράμματος να γίνει συνάντηση των Υπευθύνων που προαναφέρθηκαν και του αξιολογητή με τους καταρτιζόμενους, ώστε να δοθεί η ευκαιρία να αξιολογήσουν και προφορικά τη διαδικασία υλοποίησης και το περιεχόμενο της ενέργειας κατάρτισης και να εκφράσουν τις παρατηρήσεις και τις προτάσεις τους. Αναλυτικότερα:

#### 1. Διαδικασία υλοποίησης της ενέργειας

Μετά την κοινοποίηση της εγκριτικής απόφασης της συγκεκριμένης ενέργειας κατάρτισης έγινε ο προγραμματισμός υλοποίησης βασιζόμενος στις προδιαγραφές που είχαν αναφερθεί στην αρχική αίτηση.

#### 2. Εσωτερικοί έλεγχοι υλοποίησης της διαδικασίας.

Καθημερινά γινόταν έλεγχος παρουσίας των καταρτιζομένων από τους Υπεύθυνους του ΚΕΚ και τους Επιστημονικά Υπεύθυνους του προγράμματος. Οι ίδιοι οι συμμετέχοντες υπέγραφαν σε ειδικές καταστάσεις που τηρεί ο φορέας, κατά την άφιξη και την αποχώρησή τους. Ο φορέας επίσης τηρούσε έντυπα διδαχθείσας ύλης και ενυπόγραφες καταστάσεις παρουσιών των εκπαιδευτών. Οι επιστημονικά Υπεύθυνοι του προγράμματος και η Υπεύθυνη Κατάρτισης του ΚΕΚ παρακολουθούσαν κατά τη διάρκεια διεξαγωγής του προγράμματος την επιστημονική επάρκεια των εισηγήσεων και των σημειώσεων των εκπαιδευτών, αλλά και την εφαρμογή της προβλεπόμενης μεθοδολογίας τόσο σε πρακτικό όσο και σε θεωρητικό επίπεδο, προκειμένου να επιτευχθεί το προσδοκώμενο αποτέλεσμα.

#### 3. Αξιολόγηση του εκπαιδευτικού έργου και των αποτελεσμάτων υλοποίησης.

Για την αξιολόγηση του εκπαιδευτικού έργου, της ικανοποίησης των καταρτιζομένων και των αποτελεσμάτων υλοποίησης της ενέργειας κατάρτισης συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια από τους εκπαιδευόμενους στο τέλος του προγράμματος. Παρακάτω αναφέρονται ενδεικτικοί πίνακες αξιολόγησης συγκεκριμένων κριτηρίων, που ακολούθησε το πρόγραμμα.

Πίνακας 4 Αξιολόγηση της οργανωτικής δομής του ΚΕΚ και των διαδικασιών υλοποίησης της ενέργειας, από τους καταρτιζόμενους.

| Α/Α | ΚΡΙΤΗΡΙΑ   | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ |                 |         |                    |           |
|-----|--|------------|-----------------|---------|--------------------|-----------|
|     |  | ΑΡΙΣΤΗ     | ΠΟΛΥ<br>ΕΠΑΡΚΗΣ | ΕΠΑΡΚΗΣ | ΣΧΕΤΙΚΑ<br>ΕΠΑΡΚΗΣ | ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ |
| 1.  | Οργανωτική δομή της ενέργειας κατάρτισης.  |            |                 |         |                    |           |
| 2.  | Περιεχόμενο και δομή του προγράμματος.   |            |                 |         |                    |           |
| 3.  | Εφαρμογή διδακτικών μεθόδων.   |            |                 |         |                    |           |
| 4.  | Χρήση εποπτικών μέσων και διάθεση εκπαιδευτικού υλικού.                            |            |                 |         |                    |           |
| 5.  | Μέθοδοι πρακτικής άσκησης.   |            |                 |         |                    |           |
| 6.  | Χρονική επάρκεια.  |            |                 |         |                    |           |
| 7.  | Συμβολή των Επιστημονικά Υπεύθυνων της ενέργειας στην διαδικασία υλοποίησης.       |            |                 |         |                    |           |
| 8.  | Συμβολή της Υπεύθυνης Κατάρτισης του ΚΕΚ στην διαδικασία υλοποίησης της ενέργειας. |            |                 |         |                    |           |

Πίνακας 5\_Αξιολόγηση της επίτευξης των στόχων της ενέργειας

| Α/Α | ΚΡΙΤΗΡΙΑ  | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ |                 |         |                    |           |
|-----|---|------------|-----------------|---------|--------------------|-----------|
|     |   | ΑΡΙΣΤΗ     | ΠΟΛΥ<br>ΕΠΑΡΚΗΣ | ΕΠΑΡΚΗΣ | ΣΧΕΤΙΚΑ<br>ΕΠΑΡΚΗΣ | ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ |
| 1.  | Απόκτηση θεωρητικών γνώσεων                                   |            |                 |         |                    |           |
| 2.  | Απόκτηση δεξιοτήτων   |            |                 |         |                    |           |
| 3.  | Συμβολή στη βελτίωση της ατομικής αποδοτικότητας              |            |                 |         |                    |           |
| 4.  | Δυνατότητα μετάδοσης των νέων πληροφοριών στον εργασιακό χώρο |            |                 |         |                    |           |

Οι εκπαιδευτές που έλαβαν μέρος στη διεξαγωγή του προγράμματος, σύμφωνα με την αναμορφωμένη αίτηση συνδρομής και το ωρολόγιο πρόγραμμα της δήλωσης έναρξης που

κατατέθηκε στο Υπουργείο Υγείας, ήταν έξι (6) και από αυτούς ο ένας ήταν εργαζόμενος στο Νοσοκομείο και οι άλλοι πέντε (5) από άλλους φορείς.

Πίνακας 6 Αξιολόγηση των εκπαιδευτών σε 5βάθμια κλίμακα (μέσος όρος)

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ   | 1   | 2 | 3   | 4 |
|--|-----|---|-----|---|
| Παρουσίαση   |     |   |     |   |
| Κάλυψη θέματος   |     |   |     |   |
| Χρησιμότητα του θέματος  |     |   |     |   |
| Νέες πληροφορίες   |     |   |     |   |
| Προτείνεται το συγκεκριμένο θέμα να επαναληφθεί με τον ίδιο ομιλητή: | ΝΑΙ |   | ΟΧΙ |   |
|  |     |   |     |   |

Η αξιολόγηση εκπαιδευόμενων έγινε μέσω γραπτών εξετάσεων με ερωτηματολόγιο πολλαπλών επιλογών, κατά την έναρξη και κατά την λήξη της ενέργειας κατάρτισης για να εξεταστεί αν υπήρξε βελτίωση των καταρτιζομένων στο γνωστικό αντικείμενο. Παρακάτω παρουσιάζεται ένας ενδεικτικός πίνακας καταγραφής της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων.

Πίνακας 7 Αξιολόγηση καταρτιζομένων

|                   | Αρχικό τεστ | Τελικό τεστ                       |                     |
|-------------------|-------------|-----------------------------------|---------------------|
|                   |             | Ερωτήσεις ίδιες με το αρχικό τεστ | Συνολική βαθμολογία |
| Μέσος όρος        |             |                                   |                     |
| Ελάχιστο-μέγιστο  |             |                                   |                     |
| Ποσοστό επιτυχίας |             |                                   |                     |
| Ποσοστό βελτίωσης |             |                                   |                     |

Κατά τη λήξη του προγράμματος έγινε συνάντηση του Αξιολογητή, των Επιστημονικά Υπεύθυνων του προγράμματος, του Διοικητικό–Οικονομικά Υπεύθυνου και της Υπεύθυνης Κατάρτισης του ΚΕΚ με τους καταρτιζόμενους στην οποία δόθηκε η ευκαιρία ανάπτυξης των ωφελειών που αποκόμισαν οι ίδιοι από την παρακολούθηση του προγράμματος αλλά και των παρατηρήσεων και υποδείξεών τους.

Το πρόγραμμα αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ένα παράδειγμα εκπαίδευσης και αξιολόγησης για το προσωπικό εστίασης, εφαρμόσιμο σε οποιοδήποτε νοσοκομείο της χώρας και θα είχε ως στόχους τα παρακάτω:

1. Καλύτερη υποστήριξη της κατάστασης θρέψης των ασθενών.
2. Μείωση του λειτουργικού κόστους παρασκευής ειδικών διαιτών.
3. Μείωση του χρόνου εκπαίδευσης νεοδιορισμένου προσωπικού.
4. Ανάπτυξη πνεύματος ομαδικής εργασίας στο Τμήμα Διατροφής.
5. Αποφυγή μοιραίων λαθών κατά την παρασκευή ειδικών διαιτών.



## **5ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΕΡΕΥΝΕΣ**

### **5.1 Έρευνες που αφορούν την εμπλοκή του διαιτολόγου στην θεραπεία του ασθενή**

#### **ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ**

##### **ΤΕΧΝΗΤΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.**

Το 1994 πραγματοποιήθηκε έρευνα για την τεχνητή υποστήριξη διατροφής των νοσοκομείων στο Ηνωμένο Βασίλειο. Από το τμήμα γαστρεντερολογίας και διατροφής του κεντρικού νοσοκομείου Middlesex, πανεπιστήμιο McMaster. Στόχος της εργασίας ήταν να καθοριστεί ο τρόπος της τεχνητής υποστήριξης που χρησιμοποιείται στο νοσοκομείο στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω 94 ερωτήσεων που αφορούν την τεχνητή υποστήριξη διατροφής και στάλθηκαν στα νοσοκομεία που οι διαιτολόγοι ήταν καταχωρημένοι στην Βρετανική διαιτητική ένωση. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι αν και ο ρόλος της διατροφικής τεχνητής υποστήριξης είναι σημαντικός, η αξία των διατροφικών ομάδων υποστήριξης είχε μία μέτρια αύξηση τα τελευταία τρία χρόνια.

#### **ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ:**

##### **ΑΝΑΠΤΥΞΗ-ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ.**

Η έρευνα ξεκίνησε τον Σεπτέμβριο του 2003 και ολοκληρώθηκε τον Φεβρουάριο του 2004. Πραγματοποιήθηκε από το τμήμα διατροφής και διαιτολογίας, Guy's and St. Thomas's Hospital NHS Trust, το ινστιτούτο ανθρώπινης διατροφής, πανεπιστήμιο Southampton, στο Ηνωμένο Βασίλειο, και το τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, κολέγιο King's. Ο στόχος της έρευνας ήταν να καθοριστούν οι μέθοδοι μέσω των διατροφικών σχημάτων εντερικής και



παρεντερικής διατροφής και να προσδιοριστούν τα άτομα που είναι υποσιτιζόμενα ή βρίσκονται σε κίνδυνο για υποσιτισμό και τον τρόπο που μπορούν να ωφεληθούν από τη θρεπτική υποστήριξη. Ένας διαιτολόγος αξιολόγησε την θρεπτική θέση 100 ασθενών. Τα αποτελέσματα από την μελέτη χρησιμοποιήθηκαν για να σχεδιάσουν μεθόδους για επιλογή εντερικών και παρεντερικών σχημάτων διατροφής. Έπειτα αξιολογήθηκε η ισχύς της μεθόδου επιλογής, με τη σύγκριση της θρεπτικής αξιολόγησης, από έναν πεπειραμένο διαιτολόγο σε 100 ασθενείς. Η μέθοδος επιλογής ήταν έγκυρη και αξιόπιστη για τον προσδιορισμό του κινδύνου στον υποσιτισμό των ασθενών. Τέλος οι μέθοδοι ήταν γρήγορες και απλές για να χρησιμοποιηθούν.

### **ΙΝΔΙΑ:**

#### **ΘΡΕΠΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΑ ΙΝΔΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ.**

Το 2000 πραγματοποιήθηκε έρευνα στα ινδικά νοσοκομεία για να ερευνηθεί ο ρόλος του διαιτολόγου σε αυτά. Από την Varsha Tarvady από το τμήμα κλινικής διατροφής του ιατρικού κολεγίου Sri Ramachandra. Στόχος της έρευνας ήταν να τονίσει την ζωτικής σημασίας σχέση μεταξύ παθολόγου -ασθενή και διαιτολόγου. Για πρώτη φορά στην Ινδία ένα ιατρικό πανεπιστήμιο, αναγνώρισε το κενό του διαιτολόγου και την ανάγκη ύπαρξης κλινικού διαιτολόγου στα νοσοκομεία και αποφάσισε να το καλύψει. Από την έρευνα αποδείχθηκε ότι οι γνώσεις του κλινικού διαιτολόγου πρέπει να χρησιμοποιούνται για να:

- α) βοηθήσει και να αξιολογήσει την δριμύτητα του υποσιτισμού
- β) βελτιώσει τα σχέδια θρεπτικών και θεραπευτικών προγραμμάτων
- γ) αξιολογήσει την ισορροπία των μακροθρεπτικών συστατικών
- δ) παρακολουθήσει την πρόοδο της εντατικής θρεπτικής υποστήριξης.

**ΔΑΝΙΑ:****ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΘΡΕΠΤΙΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΣΤΑ ΔΑΝΕΖΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.**

Το 2004 πραγματοποιήθηκε έρευνα με σκοπό να καταγραφεί η ύπαρξη θρεπτικού κινδύνου των ασθενών στα νοσοκομεία της Δανίας μέσω των τμημάτων γαστρεντερολογίας και ανθρώπινης διατροφής του νοσοκομείου Rigshospitalet.

Η μελέτη έγινε σε 15 τυχαία επιλεγμένα τμήματα σε νοσοκομεία της Δανίας. Οι ασθενείς κατανεμήθηκαν σε 4 κατηγορίες για τον υποσιτισμό(απών, ήπιος, μέτριος ή αυστηρός). Ο υποσιτισμός αξιολογήθηκε από 3 μεταβλητές (τον δείκτη μάζα σώματος, την πρόσφατη απώλεια βάρους και την πρόσφατη πρόσληψη τροφών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι σχεδόν το 40% των ασθενών , βρίσκονταν σε θρεπτικό κίνδυνο. Οι κύριες αιτίες για τον υποσιτισμό ήταν η έλλειψη όρεξης, οι ναυτίες , η έλλειψη γνώσης του προσωπικού για την διατροφή. Συμπέρασμα της έρευνας είναι ότι η βελτίωση του υποσιτισμού γίνεται με την τροποποίηση της διατροφής, εφαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε ασθενή και με την χρήση τεχνητής σίτισης με το αρμόδιο προσωπικό.

**ΔΑΝΙΑ:****ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΩΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ.**

Έρευνα από το νοσοκομείο Rigshospitalet στη Δανία, το τμήμα ανθρώπινης διατροφής, Royal veterinary and Agricultural University, Frederiksberg. ESPEN: Ενθαρρύνει έντονα τις εθνικές κοινωνίες για να εφαρμόσουν το ψήφισμα, σχετικά με τα τρόφιμα και την θρεπτική υποστήριξη στα νοσοκομεία, όπως υιοθετείται από την επιτροπή των Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης, το Νοέμβριο του 2003. Η επιτροπή των Υπουργών είναι το σώμα λήψης αποφάσεων του συμβουλίου, το οποίο απαρτίζεται από τους υπουργούς εξωτερικών των χωρών-μελών ή τους πρεσβευτές τους. Οι κύριοι στόχοι του συμβουλίου είναι να ενισχύσει τη δημοκρατία, τα ανθρώπινα δικαιώματα και να αναπτύξει τις κοινωνικές, πολιτικές, πολιτιστικές και νομικές προκλήσεις, με βάση τη Διακήρυξη των ανθρωπίνων

δικαιωμάτων από το 1948. Αυτό το ιδιαίτερο ψήφισμα έγινε αποδεκτό από τα 18 κράτη μέλη της συμφωνίας: Αυστραλία, Βέλγιο, Κύπρος, Δανία, Φιλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, οι Κάτω Χώρες, Νορβηγία, Πορτογαλία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Η αναφορά στο ψήφισμα περιγράφει το υπόβαθρο για την πρωτοβουλία:

α) της πρόσβασης σε μία καλής ποιότητας ποικιλίας τροφίμων, που είναι θεμελιώδη ανθρώπινο δικαίωμα.

β) κατάλληλης υπηρεσίας τροφίμων και θρεπτική παροχή μέσα στα νοσοκομεία για την αποκατάσταση της ποιοτικής ζωής των ασθενών.

γ) ο υποσιτισμός που συμβαίνει σε ασθενείς μέσα στο νοσοκομείο κατά την εκτεταμένη νοσηλεία τους, και περιττές δαπάνες στην υγειονομική περίθαλψη.

Οι βασικές συστάσεις θα βοηθήσουν τα νοσοκομεία στην παροχή υποστήριξης της διατροφής. Η επιτυχής εφαρμογή, τους δίνει τη δυνατότητα βελτίωσης, την αποδοτικότητα της υπηρεσίας των νοσοκομείων, ώστε να πετύχει μείωση του χρόνου νοσηλείας και του ποσοστού των περιπλοκών.

Αυτή η μελέτη επισήμανε κατά την διάρκεια της νοσηλείας στα νοσοκομεία, ότι οι κύριες αιτίες για την ανεπαρκή θρεπτική υποστήριξη, ήταν η έλλειψη από διαιτητικών οδηγιών, για να εξετάσει τα προβλήματα και την έλλειψη στοιχειώδους γνώσης με σεβασμό στις διαιτητικές απαιτήσεις.

### **ΔΑΝΙΑ:**

#### **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΡΕΠΤΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΘΡΕΠΤΙΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ**

(Niels Johansen, Jens Kondrup, Lise Munk Plum, Line Bak, Pernille Norregaard, Else Bunch, Hanne Baerthsen, Jens Rikardt, Andersen, Irene Hojlund Larsen, Anete Martinsen)

Η έρευνα ξεκίνησε από την 1 Αυγούστου 2001 και ολοκληρώθηκε την 1 Μαρτίου 2002, στο Righospitalet, Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Κοπεγχάγης, Blegdamsvej, στο Τμήμα

χειρουργικής, Hobro-Terndrup Hospital, Δανία και στο Τμήμα , county Hospital, Nyk bing falster, Δανία. Ο στόχος αυτής της έρευνας ήταν να αξιολογηθεί η επίδραση της θρεπτικής επέμβασης σ' ένα τυχαίο δείγμα νοσηλευόμενων ασθενών με θρεπτικό κίνδυνο. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν μία τυχαία ελεγχόμενη δοκιμή της θρεπτικής επέμβασης σε 61 ασθενείς. Η επέμβαση είχε πραγματοποιηθεί από μία ειδικευμένη θρεπτική ομάδα (νοσηλεύτη και διαιτολόγου), που παρακολουθούσε τους ασθενείς, δημιούργησε ένα θρεπτικό σχέδιο, κατά το οποίο, έλεγχε την σίγουρη παράδοση ορισμένων τροφίμων , και έδινε συμβουλές για εντερική ή παρεντερική διατροφή, όπου χρειαζόταν. Αποτέλεσμα ήταν ότι μεταξύ των 61 ασθενών, οι 23 βρισκονταν σε θρεπτικό κίνδυνο. Το συμπέρασμα ήταν ότι η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών με θρεπτικό κίνδυνο, μπορεί να περιοριστεί με την αύξηση της θερμιδικής και της πρωτεϊνικής πρόσληψης.

### **ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΑΥΣΤΡΙΑ, ΕΛΒΕΤΙΑ:**

#### **ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΓΕΡΜΑΝΙΑ ΤΗΝ ΑΥΣΤΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΒΕΤΙΑ**

( E. Shanga, T Hasenberga, B. Schlegelb, A.B Sterchic, K. Schindlerd, Drumid, B Koletzkoe, P. Meierf , 2005)

Η εστίαση της μελέτης ήταν η έρευνα για την λειτουργία, τη δομή και την οργάνωση Ομάδας Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης σε νοσοκομεία της Γερμανίας, της Αυστρίας και της Ελβετίας μέσω ερωτηματολογίων.

Αποτελέσματα: Από τα 3071 νοσοκομεία, 98 είναι αυτά που έχουν Ομάδα Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης. Συνολικά το 12% των παθολόγων, το 37% των νοσοκόμων και το 46% των διαιτολόγων είναι αποκλειστικά αρμόδιοι για τις Ομάδες Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης. Μετά την καθιέρωση των Ομάδων Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης είχαμε μείωση των περιπλοκών κατά 88% και του κόστους κατά 98%.

## 5.2 Έρευνες που αφορούν την διαιτητικές υπηρεσίες στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

### ΕΛΛΑΔΑ:

#### Η ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΑΚΤΙΚΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΣΥΝΘΗΚΩΝ

Το 1988 πραγματοποιήθηκε μια έρευνα από τους Εμμανουηλίδη Α., Κογεβίνα Ε., Μανούσο Ο.Ν., Μουραφέτη Α., Τριαινταφυλλίδη Ι.Κ. Τα νοσοκομεία που απάντησαν στην έρευνα ήταν 64, και αντιπροσώπευαν παραπάνω από το μισό των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών της Ελλάδας. Τα κυριότερα ευρήματα ήταν:

- Α) Σε σύνολο 18.655 νοσοκομειακών κλινών αντιστοιχούσαν 73 διαιτολόγοι.
- Β) Οργανωμένα διαιτολογικά τμήματα διέθεταν μόνο 7 νοσοκομεία.
- Γ) 31 νοσοκομεία από τα 64 δεν διέθεταν κανέναν διαιτολόγο.
- Δ) Σε 51 νοσοκομεία που διέθεταν έναν ή κανέναν διαιτολόγο, διαιτητικές οδηγίες παρέχονταν από τους ιατρούς των παθολογικών και χειρουργικών κλινικών.
- Ε) Τα διαιτολόγια που χορηγούνταν στους ασθενείς, στην πλειοψηφία τους ήταν σαφή, επαρκή, και σύμφωνα με τα διεθνή παραδεκτά πρότυπα. Υπήρξε όμως ένας όχι αμελητέος αριθμός διαιτολογίων με ελλειπίες ή και εσφαλμένες πληροφορίες.

Αρκετές προτάσεις που διατυπώθηκαν από τα 64 νοσοκομεία για την βελτίωση της κατάστασης, αφορούσαν το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, τους διαιτολόγους και τα διαιτολογικά τμήματα, τις διοικητικές υπηρεσίες των νοσοκομείων, και το προσωπικό των μαγειρείων. Η σημαντικότερη πρόταση αφορούσε την βελτίωση των διαιτητικών υπηρεσιών στα νοσοκομεία, και ιδιαίτερα των επαρχιακών.

**ΓΑΛΛΙΑ:****ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΙ ΘΡΕΠΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ: ΜΙΑ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Η υποθρεψία που σχετίζεται με την ασθένεια είναι σημαντική στα Ευρωπαϊκά νοσοκομεία, αλλά σπάνια έχει αντιμετωπισθεί. Το 1999 το Ευρωπαϊκό συμβούλιο αποφάσισε να συγκεντρώσει πληροφορίες σχετικά με τα θρεπτικά προγράμματα στα νοσοκομεία και για αυτό το σκοπό ιδρύθηκε μια ομάδα από 12 ειδικούς -αντιπροσώπους κάθε χώρας μέλος. Ο στόχος ήταν να εξετασθεί η διαδεδομένη Ευρωπαϊκή πρακτική σχετικά με τη νοσοκομειακή διατροφική παροχή, να επισημανθούν οι ανεπάρκειες και να ορισθούν κατευθυντήριες οδηγίες για τη βελτίωση της θρεπτικής φροντίδας και υποστήριξης των νοσηλευόμενων ασθενών. Πέντε κύρια σημεία φαίνεται να ήταν κοινά σε γενικότερο πλαίσιο: 1) έλλειψη σαφούς καθηκοντολογίου 2) έλλειψη επαρκούς εκπαίδευσης 3) απουσία επιρροής από τους ασθενείς 4) αδυναμία συνεργασίας μεταξύ διαφόρων ομάδων του προσωπικού 5) μη εμπλοκή της νοσοκομειακής Διοίκησης. Για να ξεπεραστεί το πρόβλημα απαιτείται οργανωμένη ομαδική προσπάθεια από τους κρατικούς φορείς, το ιατρικό προσωπικό που εμπλέκεται σε θέματα Διατροφής στο νοσοκομείο, και το Διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου

**ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ:****ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΕΔΟΜΕΝΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΡΕΠΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ**

Σκοπός: Η μελέτη έχει στόχο να παρέχει μια πανεθνική θεώρηση για την τρέχουσα θρεπτική θεραπεία.

Μέθοδοι: Ερωτηματολόγια, σχεδιασμένα από την Πορτογαλική ομοσπονδία εντερικής – παρεντερικής διατροφής, στάλθηκαν ταχυδρομικώς σε όλα τα νοσοκομεία και τα ιδρύματα πρωτοβάθμιας φροντίδας της χώρας

Αποτελέσματα: Η ανταπόκριση των νοσοκομείων ήταν 44/100(44%), των ιδρυμάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας 274/359(60%),  $P=0,002$ . Ομάδα διατροφικής υποστήριξης παρουσίαζε το 34% των νοσοκομείων, 40% των οποίων ήταν πανεπιστημιακά. Η Ομάδα διατροφικής υποστήριξης: σε 9% (9/15) των νοσοκομείων κάλυπτε όλο το νοσοκομειακό πληθυσμό, σε 16% είχε συμβουλευτικό ρόλο, σε 30% σχετιζόνταν με την προμήθεια των θρεπτικών υλών και σε 18% προήγαγε την εκπαίδευση. Οι γιατροί μόνοι τους καθόριζαν τη στοματική, εντερική, παρεντερική διατροφή σε 50%, 64%, και 74% των νοσοκομείων, αντίστοιχα και παρακολουθούσαν εντατικά τη παρεντερική διατροφή σε 69% των νοσοκομείων. Οι διαιτολόγοι συμμετείχαν στην παρακολούθηση της στοματικής εντερικής θρέψης 46% και 41% των νοσοκομείων, αντίστοιχα. Οι νοσηλεύτριες ποτέ δε συμμετείχαν σε Ομάδες διατροφικής υποστήριξης και σπάνια συμμετείχαν στη θρεπτική Διοίκηση. Τα περισσότερα ιδρύματα πρωτοβάθμιας φροντίδας και οι νοσοκομειακές μονάδες παρείχαν θρεπτική θεραπεία και εκεί οι νοσηλεύτριες εμπλέκονταν περισσότερο από όλους τους άλλους επαγγελματίες υγείας  $P=0,001$ , με το να συνιστούν δίαιτες, υπό την επιμέλεια των γιατρών.

### **ΓΕΡΜΑΝΙΑ:**

#### **ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ**

Σκοπός: Οι ομάδες Διατροφικής υποστήριξης μπορούν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα της κλινικής θρέψης. Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να ερευνήσει την υπεροχή και τη διάρθρωση των ομάδων Διατροφικής υποστήριξης στη Γερμανία

Μέθοδοι: Ερευνήθηκαν νοσοκομεία με περισσότερες από 250 κλίνες στη Γερμανία για την ύπαρξη ομάδων Διατροφικής υποστήριξης. Πρότυπες ομάδες Διατροφικής υποστήριξης εξετάστηκαν σχετικά με τα δομικά τους χαρακτηριστικά, τη διαχείριση της κλινικής θρέψης και σε διαπροσωπικό επίπεδο με τη χρήση πρότυπων ερωτηματολογίων.

Αποτελέσματα: Στη Γερμανία υπήρχαν 47 ομάδες Διατροφικής υποστήριξης σε ποσοστό 5,6%. Οι κύριες αρμοδιότητες τους ήταν η δημιουργία διαιτητικών αγωγών (100%), εκπαίδευση (98%) και παρακολούθηση θρεπτικής θεραπείας (96%). 22 από τους γιατρούς της ομάδος (50%) είχαν εξειδίκευση όπως και 20,9% από τις νοσηλεύτριες της ομάδος και 24% από τους Διαιτολόγους. Μόνο 12,7% από τους γιατρούς της ομάδος και 17% από τους Διαιτολόγους είχαν οικονομική υποστήριξη. Παρατηρήθηκε βελτίωση της κλινικής διατροφής με την αυξημένη χρήση εντερικής διατροφής και ειδικού διαιτολογίου σε ποσοστό 72% και 23% αντίστοιχα. Μερικές από τις ομάδες Διατροφικής υποστήριξης συνέβαλλαν στη μείωση των επιπλοκών (38,3%) και μείωση του κόστους (34%) από τότε που ιδρύθηκαν.

Συμπεράσματα: Υπάρχει μικρή διάδοση των διεπιστημονικών ομάδων Διατροφικής υποστήριξης στη Γερμανία. Απαιτούνται επαρκέστερα πρότυπα πρακτικής, κλινικής διατροφής και καλύτερη τεκμηρίωση τους. Για αυτό, μεγάλες προσπάθειες πρέπει να γίνουν προς την κατεύθυνση της εκπαίδευσης και της χρηματοδότησης των ομάδων Διατροφικής υποστήριξης.



*Α) ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ*

*“ Η Ευφροσύνη γίνεται φανερό όχι τόσο με την ανακάλυψη νέων απαντήσεων, όσο με την ανακάλυψη νέων ερωτήσεων ”*  
*Gilbert Ryle (Βρετανός φιλόσοφος, 1900-1976)*

## **A)ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

### **1) Έρευνα**

Την περίοδο 1999-2002 το Συμβούλιο της Ευρώπης συντόνισε μέσω έρευνας μία πλήρη καταγραφή των υπηρεσιών Διατροφής και Διαιτητικής που παρείχαν νοσοκομεία σε 12 Ευρωπαϊκές χώρες, στην οποία η Ελλάδα δεν συμμετείχε. Θέλοντας να συμβάλλουμε στην κάλυψη του κενού πληροφόρησης σχετικά με το θέμα αυτό στη χώρα μας, ξεκινήσαμε μία ανάλογη καταγραφή των διαιτητικών υπηρεσιών στα ελληνικά νοσοκομεία. Η έρευνά μας ακολουθώντας το Ευρωπαϊκό μοντέλο έγινε μέσω ερωτηματολογίου, το οποίο στάλθηκε στην πλειοψηφία των Ελληνικών νοσοκομείων. Η καταγραφή πραγματοποιήθηκε με την στήριξη του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης, Παράρτημα Σητείας, τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, το οποίο ανέλαβε και την αποστολή και την συγκέντρωση αυτών των ερωτηματολογίων.

Η σύλληψη της ιδέας πραγματοποιήθηκε τον Απρίλιο του 2005 και τον Φεβρουάριο του 2006 στάλθηκαν τα ερωτηματολόγια στα ελληνικά νοσοκομεία. Εμείς σας παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων που έχουν συγκεντρωθεί μέχρι τον Μάιο του 2006, ενώ η έρευνα βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη. Η ολοκληρωμένη έρευνα θα δημοσιοποιηθεί στον ημερήσιο τύπο και σε επιστημονικά περιοδικά, με κύριο στόχο να ληφθούν υπόψη από τους αρμόδιους φορείς , που ασκούν πολιτική στο θέμα(Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Δ.Η.Π.Ε κ.α)

### **2) Το δείγμα**

Στο δείγμα περιλαμβάνονται :

1. Νοσοκομεία του ΕΣΥ : Περιφερειακά- Νομαρχιακά και Τριτοβάθμια, Στρατιωτικά, Πανεπιστημιακές κλινικές και μη
2. Κλινικές του ΙΚΑ

### 3. Κέντρα υγείας υπαίθριου και αστικού τύπου

Συνολικά στάλθηκαν 125 ερωτηματολόγια. Μέχρι στιγμής έχουμε λάβει απαντήσεις από 70 νοσοκομεία( τα νοσοκομεία που απάντησαν παρουσιάζονται στο Παράρτημα 6, στα οποία αντιστοιχούν 21.600 διαθέσιμες νοσοκομειακές κλίνες. Έρευνα του 1995 για τα ελληνικά νοσοκομεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), έδειξε ότι σε 136 δημόσια νοσοκομεία αντιστοιχούν περίπου 36.000 κλίνες (πηγή:site του υπουργείου Υγείας). Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι το δείγμα μας εκπροσωπεί πάνω από το μισό των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών στην χώρα, με συνέπεια η παρούσα καταγραφή να είναι αντιπροσωπευτική των διαιτητικών υπηρεσιών που παρέχονται από τα νοσοκομεία της χώρας.

### 3) Μέθοδος

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε με βάση το πορτογαλικό, το γερμανικό και το γαλλικό μοντέλο (τα ερωτηματολόγια των χωρών αυτών παρουσιάζονται στο Παράρτημα 5) και αποτελείται από 15 ερωτήσεις, οι οποίες είναι προσαρμοσμένες στα ελληνικά δεδομένα. Στάλθηκε μέσω ταχυδρομείου, σε φακέλους, στα τμήματα διατροφής των νοσοκομείων, μαζί με μία ενημερωτική επιστολή, η οποία εξηγούσε τους στόχους της έρευνας. Η συμπλήρωσή του έγινε από τους υπεύθυνους ιατρούς και διαιτολόγους με επίβλεψη-ευθύνη του διοικητικού διευθυντή κάθε νοσοκομείου.

### 4) Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια του προγράμματος SPSS 11.01 (στατιστικό πακέτο για κοινωνικές επιστήμες). Οι περισσότερες συσχετίσεις των απαντήσεων έγιναν με βάση τον δείκτη Pearson.

## 5) Μετρήσεις

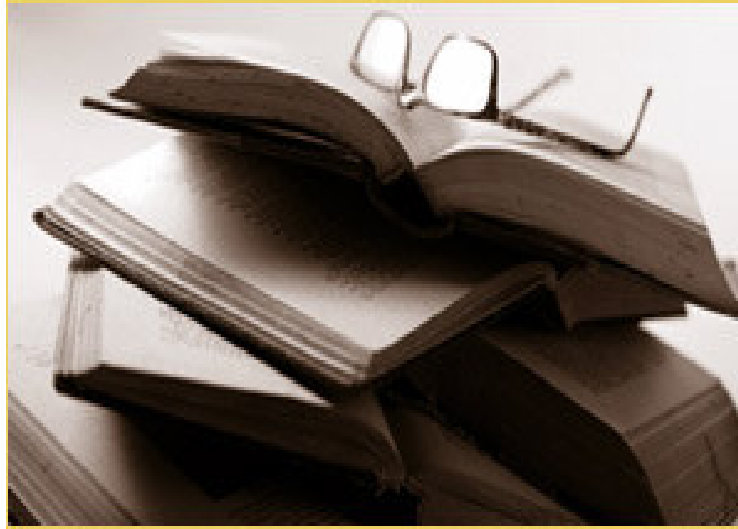
Οι συχνότητες τιμών των αποτελεσμάτων κάθε ερώτησης του ερωτηματολογίου, παρουσιάζονται με την μορφή πινάκων και των αντίστοιχων γραφημάτων τους, μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS. Οι αναλύσεις και τα συμπεράσματα των αποτελεσμάτων, αναγράφονται κάτω από κάθε γράφημα. Επίσης με παρόμοιο τρόπο αναλύονται και οι συσχετίσεις που προκύπτουν με βάση τον δείκτη Pearson και οι συσχετίσεις κάποιων απαντήσεων που θεωρήσαμε σημαντικές να αναφερθούν.

## ΕΡΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

## Β) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ





## 1. ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Πινάκας 1: Αριθμός κλινών των νοσοκομείων.

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| valid | 25    | 1         | 1,4     | 1,4           | 1,4                |
|       | 50    | 1         | 1,4     | 1,4           | 2,9                |
|       | 68    | 1         | 1,4     | 1,4           | 4,3                |
|       | 75    | 1         | 1,4     | 1,4           | 5,7                |
|       | 80    | 2         | 2,9     | 2,9           | 8,6                |
|       | 83    | 1         | 1,4     | 1,4           | 10,0               |
|       | 86    | 1         | 1,4     | 1,4           | 11,4               |
|       | 94    | 1         | 1,4     | 1,4           | 12,9               |
|       | 100   | 3         | 4,3     | 4,3           | 17,1               |
|       | 106   | 1         | 1,4     | 1,4           | 18,6               |
|       | 114   | 1         | 1,4     | 1,4           | 20,0               |
|       | 120   | 5         | 7,1     | 7,1           | 27,1               |
|       | 122   | 1         | 1,4     | 1,4           | 28,6               |
|       | 123   | 1         | 1,4     | 1,4           | 30,0               |
|       | 127   | 1         | 1,4     | 1,4           | 31,4               |
|       | 134   | 1         | 1,4     | 1,4           | 32,9               |
|       | 143   | 1         | 1,4     | 1,4           | 34,3               |
|       | 144   | 1         | 1,4     | 1,4           | 35,7               |
|       | 167   | 1         | 1,4     | 1,4           | 37,1               |
|       | 170   | 2         | 2,9     | 2,9           | 40,0               |
|       | 177   | 1         | 1,4     | 1,4           | 41,4               |
|       | 191   | 1         | 1,4     | 1,4           | 42,9               |
|       | 201   | 1         | 1,4     | 1,4           | 44,3               |
|       | 216   | 1         | 1,4     | 1,4           | 45,7               |
|       | 238   | 1         | 1,4     | 1,4           | 47,1               |
|       | 246   | 1         | 1,4     | 1,4           | 48,6               |
|       | 248   | 1         | 1,4     | 1,4           | 50,0               |
|       | 250   | 1         | 1,4     | 1,4           | 51,4               |
|       | 270   | 1         | 1,4     | 1,4           | 52,9               |
|       | 288   | 1         | 1,4     | 1,4           | 54,3               |
|       | 300   | 1         | 1,4     | 1,4           | 55,7               |
|       | 307   | 1         | 1,4     | 1,4           | 57,1               |
|       | 310   | 1         | 1,4     | 1,4           | 58,6               |
|       | 330   | 1         | 1,4     | 1,4           | 60,0               |
|       | 335   | 1         | 1,4     | 1,4           | 61,4               |
|       | 350   | 1         | 1,4     | 1,4           | 62,9               |
|       | 357   | 1         | 1,4     | 1,4           | 64,3               |
|       | 360   | 1         | 1,4     | 1,4           | 65,7               |
|       | 369   | 1         | 1,4     | 1,4           | 67,1               |
|       | 380   | 1         | 1,4     | 1,4           | 68,6               |
|       | 393   | 1         | 1,4     | 1,4           | 70,0               |
|       | 400   | 2         | 2,9     | 2,9           | 72,9               |
|       | 405   | 1         | 1,4     | 1,4           | 74,3               |
|       | 408   | 1         | 1,4     | 1,4           | 75,7               |
|       | 415   | 1         | 1,4     | 1,4           | 77,1               |
|       | 450   | 1         | 1,4     | 1,4           | 78,6               |
|       | 460   | 2         | 2,9     | 2,9           | 81,4               |
|       | 462   | 1         | 1,4     | 1,4           | 82,9               |
|       | 500   | 2         | 2,9     | 2,9           | 85,7               |
|       | 510   | 1         | 1,4     | 1,4           | 87,1               |
|       | 541   | 1         | 1,4     | 1,4           | 88,6               |
|       | 617   | 1         | 1,4     | 1,4           | 90,0               |
|       | 631   | 1         | 1,4     | 1,4           | 91,4               |
|       | 671   | 1         | 1,4     | 1,4           | 92,9               |
|       | 697   | 1         | 1,4     | 1,4           | 94,3               |
|       | 700   | 2         | 2,9     | 2,9           | 97,1               |
|       | 1000  | 1         | 1,4     | 1,4           | 98,6               |
|       | 1500  | 1         | 1,4     | 1,4           | 100,0              |
|       | Total | 70        | 100,0   | 100,0         |                    |

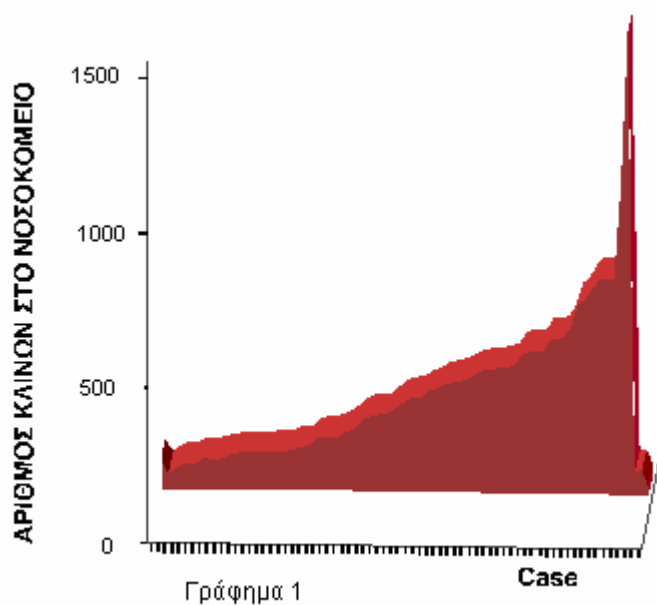
ΣΤΗΛΗ 1: Αριθμός κλινών ανά νοσοκομείο

ΣΤΗΛΗ 2: Συχνότητα των νοσοκομείων που έχουν τις αντίστοιχες κλίνες από την στήλη 1

ΣΤΗΛΗ 3: Ποσοστό της συχνότητας επί του δείγματος που απάντησε

ΣΤΗΛΗ 4: Ποσοστό της συχνότητας επί του συνολικού δείγματος

ΣΤΗΛΗ 5: Αθροιστικό ποσοστό



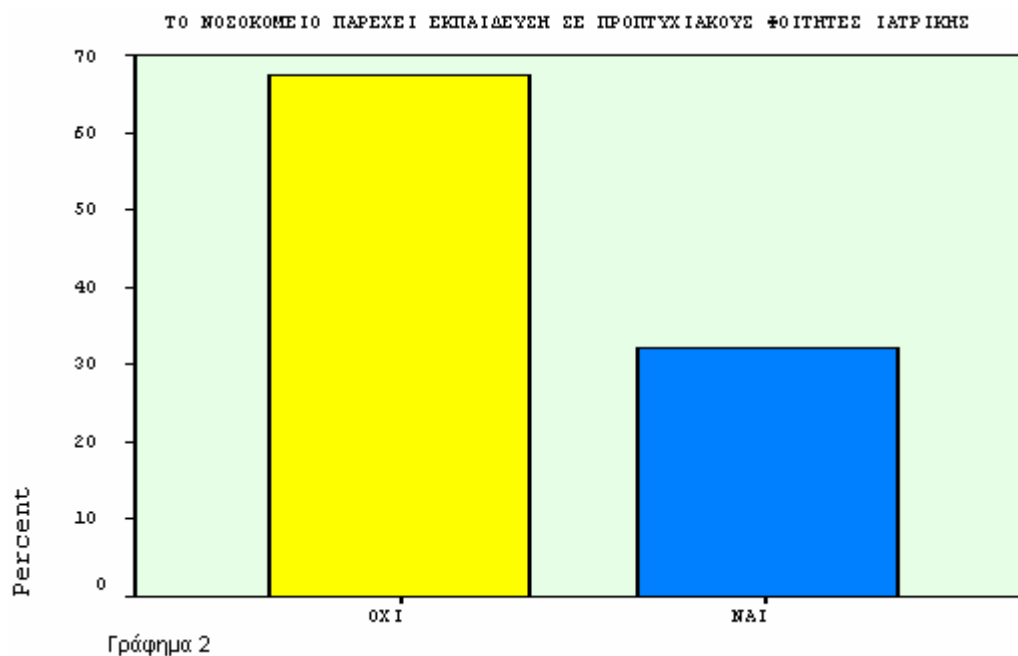
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 1, παρατηρείται ό,τι η δυναμικότητα των νοσοκομείων που απάντησαν κυμαίνεται από 25 έως 1500 κλίνες. Το μεγαλύτερο ποσοστό (7,1%) των νοσοκομείων έχει 120 κλίνες. Επιπλέον το 44,3% των νοσοκομείων που μας απάντησαν έχουν 300 και πλέον κλίνες.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Στην έρευνά μας καταγράψαμε τις διαιτητικές υπηρεσίες, που προσφέρονται από 70 νοσοκομεία, τα οποία διαθέτουν περίπου 21.600 κλίνες. Έρευνα του 1995 για τα ελληνικά νοσοκομεία, του Ο.Ο.Σ.Α. έδειξε ότι σε 136 νοσοκομεία αντιστοιχούν περίπου 36.000 κλίνες. Κατά συνέπεια μέσω αυτής της έρευνας, προκύπτει ότι τα νοσοκομεία της χώρας που πήραν μέρος στην έρευνά μας διαθέτουν ένα αρκετά μεγάλο μέρος (60%) των συνολικών κλινών των νοσοκομείων της χώρας. Επομένως η παρούσα καταγραφή, της παροχής διαιτητικών υπηρεσιών, αντιπροσωπεύει την διαιτητική κατάσταση των ελληνικών νοσοκομείων.

## 2. ΠΑΡΟΧΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΕ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πίνακας 2: Το νοσοκομείο παρέχει εκπαίδευση σε προπτυχιακούς φοιτητές ιατρικής.

|         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | OXI    | 46        | 65,7    | 67,6          | 67,6               |
|         | NAI    | 22        | 31,4    | 32,4          | 100,0              |
|         | Total  | 68        | 97,1    | 100,0         |                    |
| Missing | System | 2         | 2,9     |               |                    |
| Total   |        | 70        | 100,0   |               |                    |



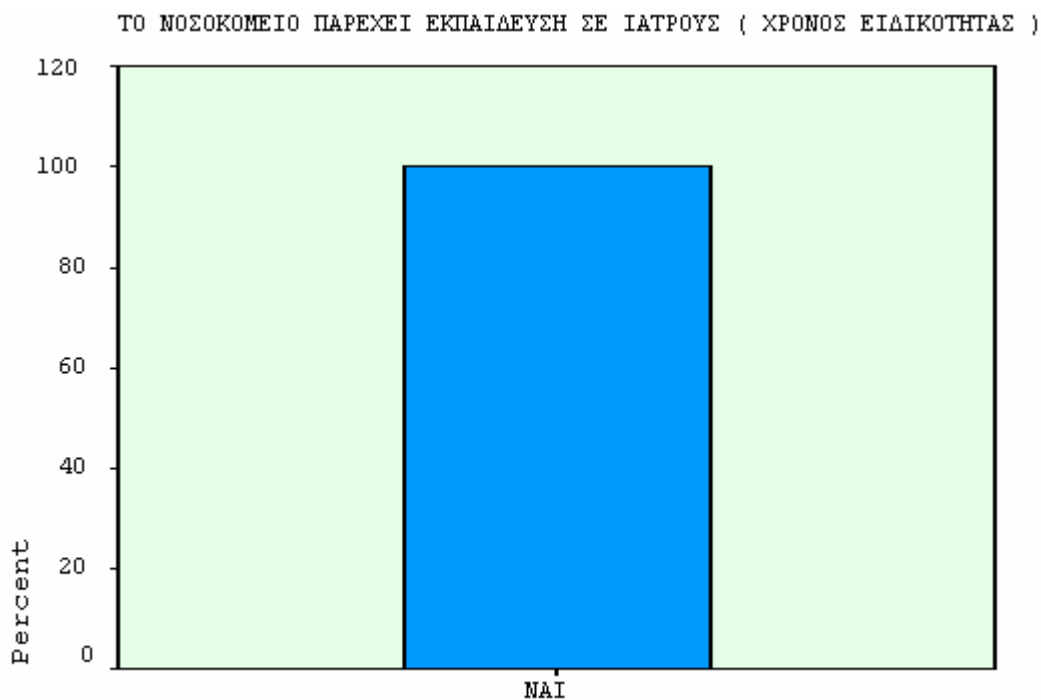
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 2 παρατηρείται ότι απάντησε το 97,1% των νοσοκομείων, εκ των οποίων το 31,4% παρέχει εκπαίδευση σε προπτυχιακούς φοιτητές ιατρικής, ενώ το 65,7% δεν παρέχει.

**ΣΧΟΛΙΟ:** Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσοκομείων που απάντησαν δεν παρέχουν εκπαίδευση σε προπτυχιακούς φοιτητές ιατρικής.

### 3. ΠΑΡΟΧΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΕ ΙΑΤΡΟΥΣ (ΧΡΟΝΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ) ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ

Πίνακας 3: Το νοσοκομείο παρέχει εκπαίδευση σε ιατρούς(χρόνος ειδικότητας) σε ιατρικές ειδικότητες.

|         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | ΝΑΙ    | 69        | 98,6    | 100,0         | 100,0              |
| Missing | System | 1         | 1,4     |               |                    |
| Total   |        | 70        | 100,0   |               |                    |



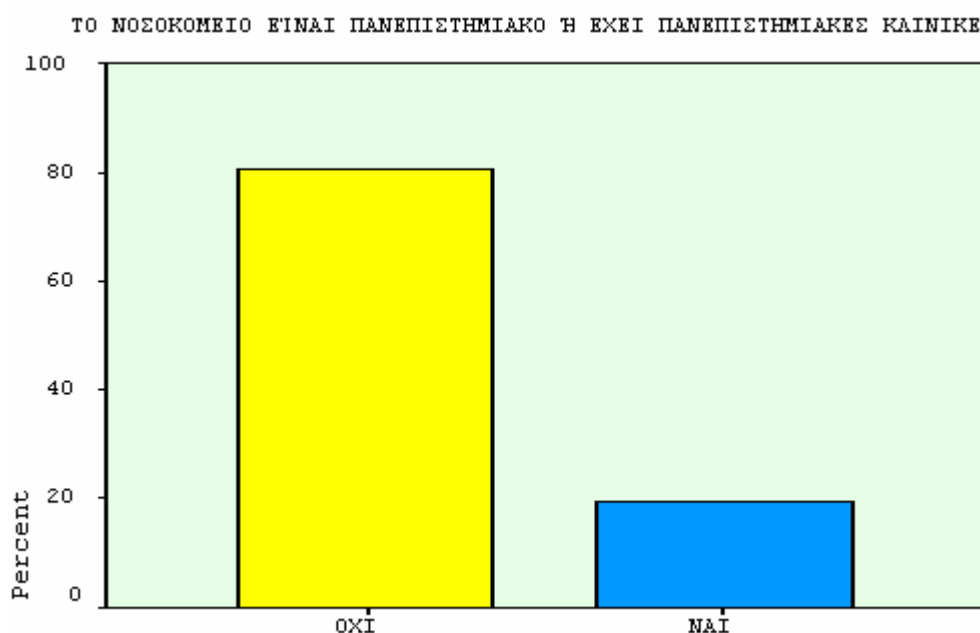
Γράφημα 3

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 3 παρατηρείται ότι όλα τα νοσοκομεία που απάντησαν σε αυτήν την ερώτηση παρέχουν εκπαίδευση ιατρικών ειδικοτήτων. Υπήρξε και ένα νοσοκομείο, το οποίο δεν απάντησε στην ερώτηση.

#### 4. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Ή ΕΧΕΙ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ

Πίνακας 4: Το νοσοκομείο είναι πανεπιστημιακό ή έχει πανεπιστημιακές κλινικές

|         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | ΟΧΙ    | 54        | 77,1    | 80,6          | 80,6               |
|         | ΝΑΙ    | 13        | 18,6    | 19,4          | 100,0              |
|         | Total  | 67        | 95,7    | 100,0         |                    |
| Missing | System | 3         | 4,3     |               |                    |
| Total   |        | 70        | 100,0   |               |                    |



Γράφημα 4

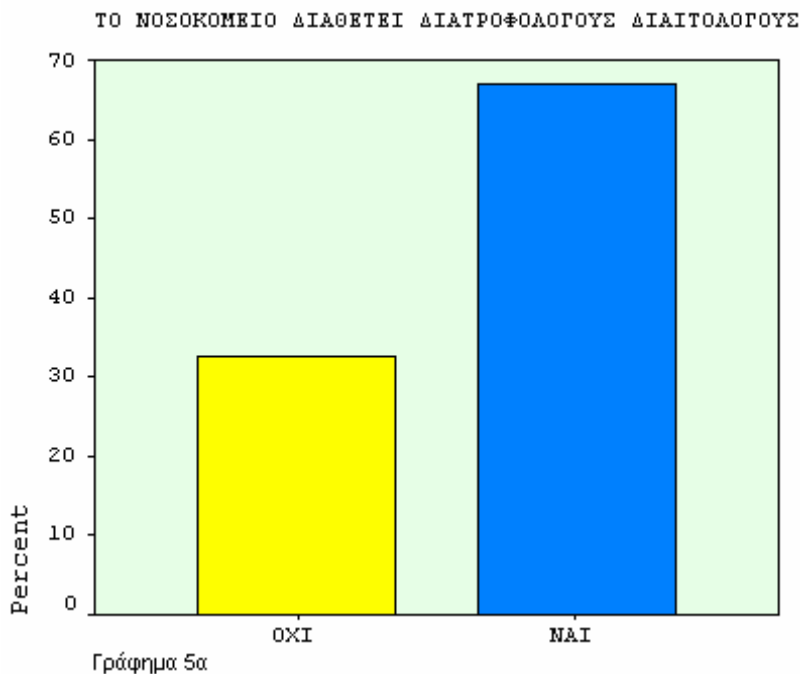
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 4 παρατηρείται ότι το 77,1% των νοσοκομείων που απάντησαν δεν είναι πανεπιστημιακά ή δεν έχουν πανεπιστημιακές κλινικές, ενώ το 18,6% είναι πανεπιστημιακά ή έχουν πανεπιστημιακές κλινικές. Το 4,3% δεν απάντησε.

**ΣΧΟΛΙΟ:** Τα νοσοκομεία της Ελλάδας που είναι πανεπιστημιακά ή διαθέτουν πανεπιστημιακές κλινικές, όπως ήταν αναμενόμενο, είναι ελάχιστα σε αριθμό.

## 5α. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΥΣ - ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥΣ

Πίνακας 5α: Το νοσοκομείο διαθέτει διατροφολόγους-διαιτολόγους

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ΟΧΙ   | 23        | 32,9    | 32,9          | 32,9               |
|       | ΝΑΙ   | 47        | 67,1    | 67,1          | 100,0              |
|       | Total | 70        | 100,0   | 100,0         |                    |



**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 5α παρατηρείται ότι το 67,1% των νοσοκομείων που απάντησαν διαθέτουν διατροφολόγους-διαιτολόγους, ενώ το υπόλοιπο 32,9% δεν διαθέτει.

**ΣΧΟΛΙΟ:** Άξιο σχολιασμού είναι το 1/3 του δείγματος δεν διαθέτει διατροφολόγο-διαιτολόγο.

## 5β. ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΩΝ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Πίνακας 5β: Το νοσοκομείο πόσους διατροφολόγους-διαιτολόγους διαθέτει

|         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | 0      | 23        | 32,9    | 33,3          | 33,3               |
|         | 1      | 26        | 37,1    | 37,7          | 71,0               |
|         | 2      | 12        | 17,1    | 17,4          | 88,4               |
|         | 3      | 4         | 5,7     | 5,8           | 94,2               |
|         | 4      | 1         | 1,4     | 1,4           | 95,7               |
|         | 5      | 1         | 1,4     | 1,4           | 97,1               |
|         | 6      | 1         | 1,4     | 1,4           | 98,6               |
|         | 7      | 1         | 1,4     | 1,4           | 100,0              |
|         | Total  | 69        | 98,6    | 100,0         |                    |
| Missing | System | 1         | 1,4     |               |                    |
| Total   |        | 70        | 100,0   |               |                    |

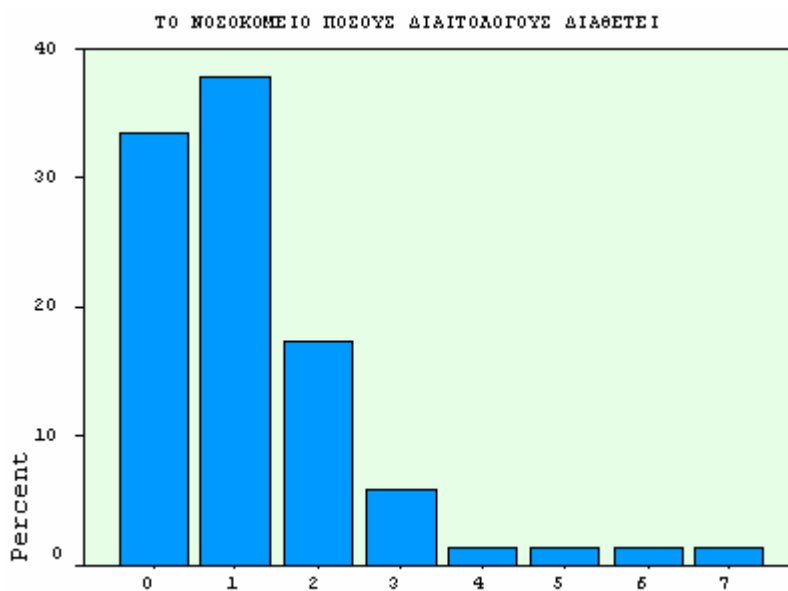
ΣΤΗΛΗ 1: Αριθμός διατροφολόγων-διαιτολόγων

ΣΤΗΛΗ 2: Συχνότητα των νοσοκομείων που έχουν τους αντίστοιχους διαιτολόγους από την στήλη 1

ΣΤΗΛΗ 3: Ποσοστό της συχνότητας επί του δείγματος που απάντησε

ΣΤΗΛΗ 4: Ποσοστό της συχνότητας επί του συνολικού δείγματος

ΣΤΗΛΗ 5: Αθροιστικό ποσοστό



Γράφημα 5β

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 5β παρατηρείται ότι το 37,1% των νοσοκομείων, διαθέτει 1 διαιτολόγο, το 32,9% κανένα, το 17,1% διαθέτει 2, το 5,7 διαθέτει 3, ενώ το υπόλοιπο 5,6% διαθέτει 3 έως 7 διαιτολόγους. Ένα νοσοκομείο ενώ απάντησε ότι διαθέτει διαιτολόγο δεν ανέφερε πόσους.

**ΣΧΟΛΙΟ:** Από τα 70 νοσοκομεία που απάντησαν τα 26 διαθέτουν 1 διαιτολόγο, τα 12 δυο, ενώ μόνο 4 νοσοκομεία διαθέτουν 4 έως 7 διαιτολόγους.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Από την ερευνά μας προκύπτει ότι στα 70 νοσοκομεία που μας απάντησαν απασχολούνται 85 διαιτολόγοι. Από μια ερεύνα που πραγματοποιήθηκε το 1988 από τους (Α. Εμμανουηλίδης, Ε. Κογεβίνας, Ο.Ν. Μανούσος, Α Μουραφέτη, Ι.Κ Τριανταφυλλίδης) και αφορούσε την διαιτητική κατάσταση και τακτική στα Ελληνικά Νοσοκομεία προέκυψε από τις απαντήσεις ότι σε 64 νοσοκομεία απασχολούνται 73 διαιτολόγοι. Με βάση τα παραπάνω συνειδητοποιούμε ότι σχεδόν μετά από 20 χρόνια η στελέχωση των ελληνικών νοσοκομείων σε διαιτολόγους δεν έχει ουσιαστικά αλλάξει.



6. ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΩΝ – ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ ΠΟΥ ΘΕΩΡΟΥΝΤΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΙ ΓΙΑ ΕΠΑΡΚΗ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ ΣΤΟ ΕΚΑΣΤΟΤΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Πίνακας 6: Πόσους διατροφολόγους-διαιτολόγους θεωρείτε απαραίτητους για επαρκή παροχή υπηρεσιών διαιτητικής στο νοσοκομείο

|         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | 1      | 19        | 27,1    | 28,4          | 28,4               |
|         | 2      | 17        | 24,3    | 25,4          | 53,7               |
|         | 3      | 11        | 15,7    | 16,4          | 70,1               |
|         | 4      | 6         | 8,6     | 9,0           | 79,1               |
|         | 5      | 6         | 8,6     | 9,0           | 88,1               |
|         | 6      | 1         | 1,4     | 1,5           | 89,6               |
|         | 7      | 2         | 2,9     | 3,0           | 92,5               |
|         | 8      | 3         | 4,3     | 4,5           | 97,0               |
|         | 10     | 2         | 2,9     | 3,0           | 100,0              |
|         | Total  |           | 67      | 95,7          | 100,0              |
| Missing | System | 3         | 4,3     |               |                    |
|         | Total  | 70        | 100,0   |               |                    |

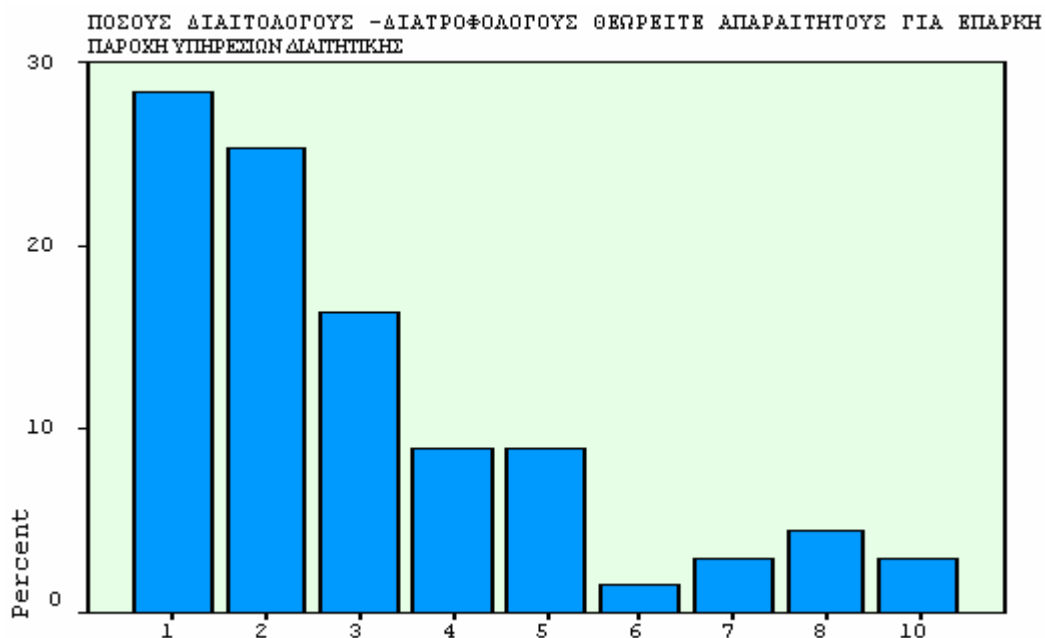
ΣΤΗΛΗ 1: Αριθμός διατροφολόγων-διαιτολόγων που θεωρούνται απαραίτητοι

ΣΤΗΛΗ 2: Συχνότητα των νοσοκομείων που θεωρούν απαραίτητους τους διαιτολόγους από την στήλη 1

ΣΤΗΛΗ 3: Ποσοστό της συχνότητας επί του δείγματος που απάντησε

ΣΤΗΛΗ 4: Ποσοστό της συχνότητας επί του συνολικού δείγματος

ΣΤΗΛΗ 5: Αθροιστικό ποσοστό



Γράφημα 6

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 6 παρατηρείται ότι το 27,1% του δείγματός θεωρεί 1 διαιτολόγο απαραίτητο για να είναι επαρκής η παροχή υπηρεσιών διαιτητικής στο νοσοκομείο. Το 24,3% αυτού θεωρεί 2 διαιτολόγους απαραίτητους, το 15,7% θεωρεί ότι χρειάζονται 3 διαιτολόγοι ενώ το 25,8% θεωρεί ότι είναι απαραίτητοι 4 έως 8 διαιτολόγοι. Ένα μικρό ποσοστό (2,9%) θεωρεί ότι είναι απαραίτητοι 10 διαιτολόγοι. Από το δείγμα το 4,39% δεν απάντησε.

**ΣΧΟΛΙΟ:** Ένα μεγάλο ποσοστό (67,1%) αυτών που απάντησαν από το δείγμα, θεωρεί απαραίτητους 1 έως 3 διαιτολόγους για να είναι επαρκής η παροχή διαιτητικών υπηρεσιών στο νοσοκομείο, ενώ το 32,5 θεωρεί 4 έως 10 διαιτολόγους ως απαραίτητους.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Το σημαντικότερο συμπέρασμα που εξάγεται από τα αποτελέσματα του δείγματος είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων θεωρούν ότι ένας μόλις διαιτολόγος είναι επαρκής για να καλύψει τις διαιτητικές υπηρεσίες.

## 7. ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΥΣ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥΣ

Πίνακας 7: Σε περίπτωση που το νοσοκομείο δεν διαθέτει διατροφολόγο-διαιτολόγο, με ποιο τρόπο καλύπτεται η διατροφική υποστήριξη των ασθενών

|         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | 2      | 7         | 10,0    | 30,4          | 30,4               |
|         | 3      | 13        | 18,6    | 56,5          | 87,0               |
|         | 12     | 1         | 1,4     | 4,3           | 91,3               |
|         | 23     | 2         | 2,9     | 8,7           | 100,0              |
|         | Total  | 23        | 32,9    | 100,0         |                    |
| Missing | System | 47        | 67,1    |               |                    |
| Total   |        | 70        | 100,0   |               |                    |

ΣΤΗΛΗ 1: Τρόπος κάλυψης της διατροφικής υποστήριξης

ΣΤΗΛΗ 2: Συχνότητα των νοσοκομείων που χρησιμοποιούν τον αντίστοιχο τρόπο κάλυψης από την στήλη 1

ΣΤΗΛΗ 3: Ποσοστό της συχνότητας επί του δείγματος που απάντησε

ΣΤΗΛΗ 4: Ποσοστό της συχνότητας επί του συνολικού δείγματος

ΣΤΗΛΗ 5: Αθροιστικό ποσοστό

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:** Το γράφημα περιλαμβάνει το % ποσοστό μόνο των νοσοκομείων που απάντησαν.

### ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΟΥ ΠΙΝΑΚΑ & ΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ 7

1: ΑΝΑΘΕΣΗ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ (ΙΔΙΩΤΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΙ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ Ή ΕΤΑΙΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ)

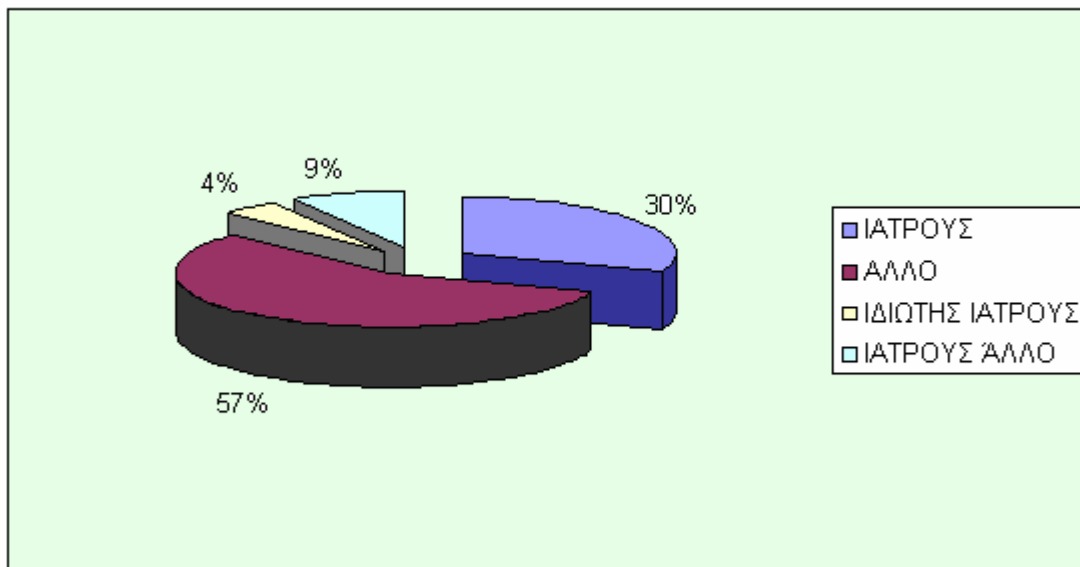
2: ΑΝΑΘΕΣΗ ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΙ, ΑΛΛΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ κ.τ.λ)

3: ΑΛΛΟ

12: ΑΝΑΘΕΣΗ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ & ΑΝΑΘΕΣΗ ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

23: ΑΝΑΘΕΣΗ ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ & ΑΛΛΟ

Σε περίπτωση που το νοσοκομείο δεν διαθέτει διατροφολόγο-διαιτολόγο, με ποιο τρόπο καλύπτεται η διατροφική υποστήριξη των ασθενών



Γράφημα 7

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 7, το 18,6% απάντησε ότι καλύπτει την διαιτητική υποστήριξη των ασθενών με άλλο τρόπο (π.χ τεχνολόγος τροφίμων, προϊστάμενος κλινικών, κτλ.) σε περίπτωση που το νοσοκομείο δεν διαθέτει διαιτολόγο διατροφολόγο. Το 10% δήλωσε ότι καλύπτεται με ανάθεση σε άλλους επιστήμονες υγείας που εργάζονται στο νοσοκομείο (π.χ ενδοκρινολόγους, άλλους ιατρούς κ.α). Το 2,9% καλύπτεται με συνδυασμό των δύο παραπάνω επιλογών και το υπόλοιπο 1,4% καλύπτεται με ανάθεση σε εξωτερικούς συνεργάτες και με άλλους επιστήμονες υγείας που εργάζονται στο νοσοκομείο.

**ΣΧΟΛΙΟ:** Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, περίπου 57% καλύπτει την διατροφική υποστήριξη των ασθενών με ανάθεση σε άλλους συνεργάτες, όπως προϊστάμενοι των κλινικών, τεχνολόγους τροφίμων. Η ερώτηση αυτή συμπληρώθηκε από τα νοσοκομεία που δεν διαθέτουν διαιτολόγους.

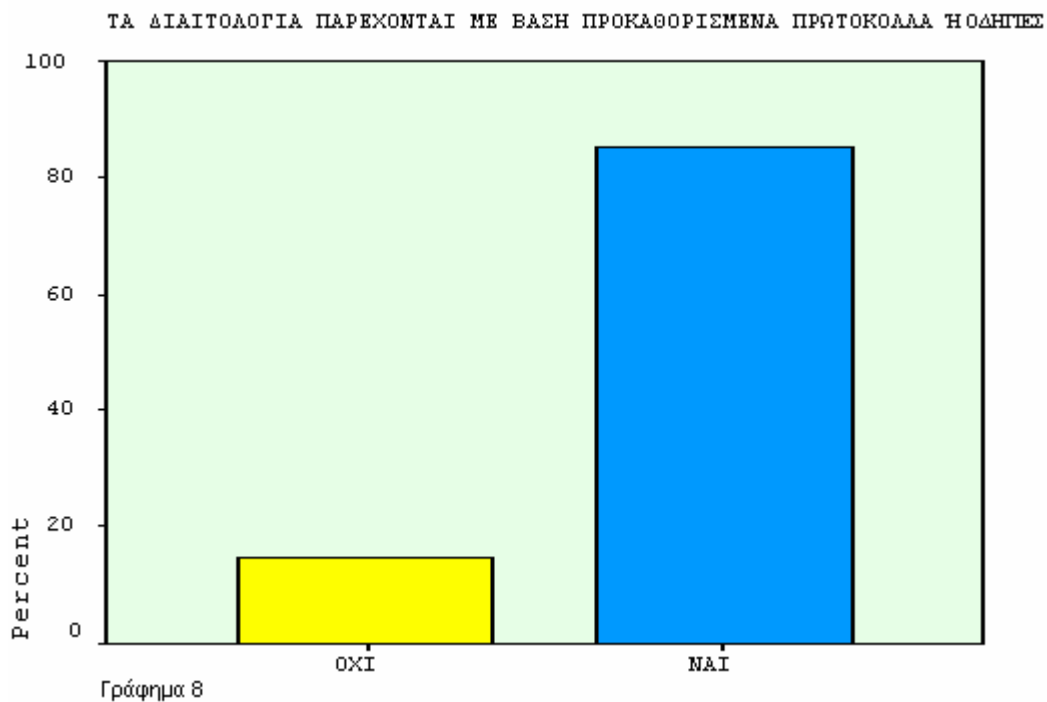
**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Είναι άξιο σχολιασμού, ότι σε περιπτώσεις που το νοσοκομείο δεν διαθέτει διαιτολόγο-διατροφολόγο, η διαιτητική υποστήριξη αναθέτεται σε τεχνολόγους τροφίμων, προϊστάμενους κλινικών, διευθυντές νοσηλευτικής υπηρεσίας, σε διοικητικούς υπαλλήλους

κτλ., δηλαδή σε άτομα που δεν είναι εξειδικευμένα στην παροχή διατροφικής υποστήριξης των ασθενών.

## 8. ΠΑΡΟΧΗ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΠΡΟΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ Ή ΟΔΗΓΙΕΣ

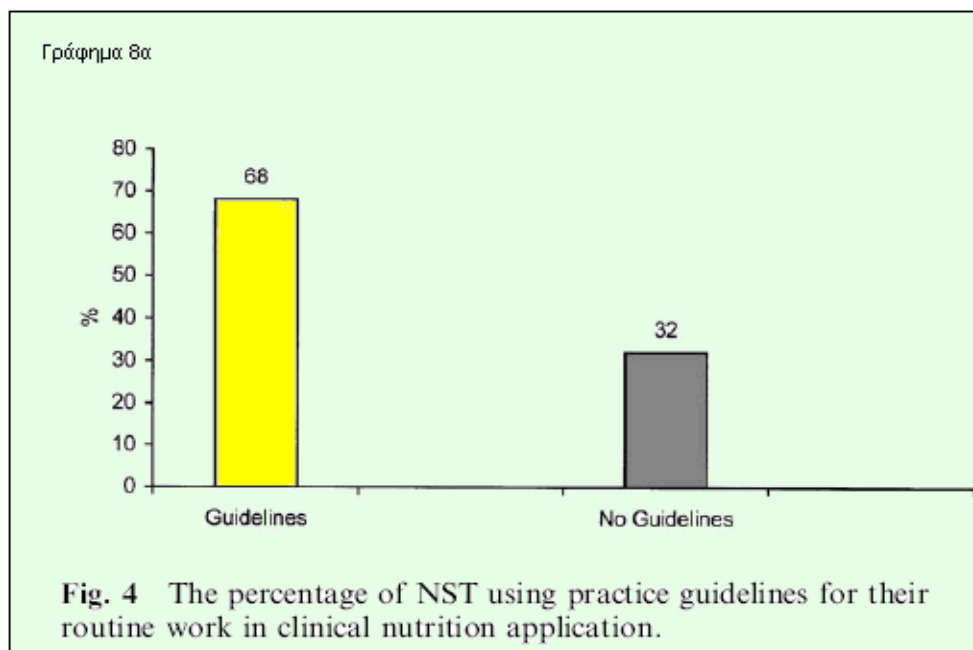
Πίνακας 8: Τα διαιτολόγια παρέχονται με βάση προκαθορισμένα πρωτόκολλα ή οδηγίες

|         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | OXI    | 10        | 14,3    | 14,7          | 14,7               |
|         | ΝΑΙ    | 58        | 82,9    | 85,3          | 100,0              |
|         | Total  | 68        | 97,1    | 100,0         |                    |
| Missing | System | 2         | 2,9     |               |                    |
| Total   |        | 70        | 100,0   |               |                    |



**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 8 παρατηρείται ότι το 82,9% έχει απαντήσει ότι παρέχει διαιτολόγια με βάση προκαθορισμένα πρωτόκολλα ή οδηγίες ενώ το 14,3 δεν χρησιμοποιεί. Το υπόλοιπο 2,9% δεν απάντησε στην ερώτηση.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Με βάση τον οργανισμό QAA οι διαιτολόγοι στην Βρετανία είναι υποχρεωμένοι να σχεδιάζουν διαιτολόγια με προκαθορισμένες οδηγίες ή πρωτόκολλα, τα οποία συνεχώς εξελίσσονται ανάλογα με τις διατροφικές ανάγκες της σύγχρονης εποχής. Μια εργασία (Survey on Structure and Performance of Nutrition – Support Teams in Germany, 2002) (Γράφημα 8α) που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία, έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος των νοσοκομείων, χρησιμοποιεί προκαθορισμένες οδηγίες ή πρωτόκολλα. Βέβαια αυτά τα πρωτόκολλα έχουν καταρτηθεί από την Ομάδα Διατροφικής Υποστήριξης, που υπάρχει στο κάθε νοσοκομείο και δεν ακολουθούν τα πρότυπα των εθνικών και διεθνών οργανισμών διαιτητικής, όπως τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Εντερικής και Παρεντερικής Διατροφής (ESPEN). Στην Ελλάδα από το δείγμα μας, είναι εμφανές ότι τα διαιτολόγια σχεδιάζονται με προκαθορισμένα πρωτόκολλα ή οδηγίες, αλλά δεν γνωρίζουμε εάν αυτά βελτιώνονται σε σχέση με τις σύγχρονες διατροφικές ανάγκες.

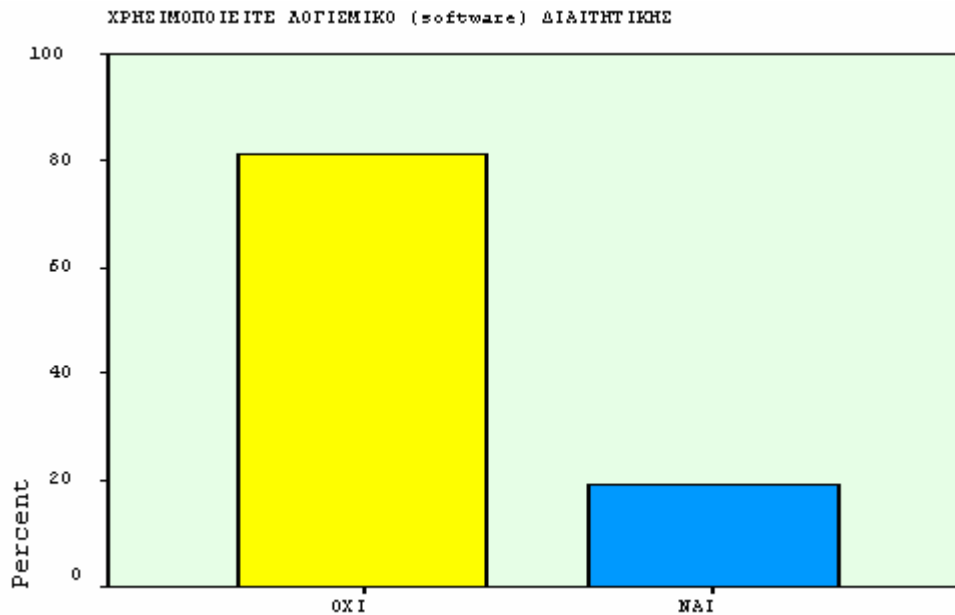


**Εικόνα 4.** Ποσοστό των Ομάδων Διατροφικής Υποστήριξης που χρησιμοποιούν πρωτόκολλα στην εργασία τους για την εφαρμογή της κλινικής διατροφής.  
(Survey on Structure and Performance of Nutrition – Support Teams in Germany, 2002)

## 9. ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΛΟΓΙΣΜΙΚΟΥ (SOFTWARE) ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ

Πίνακας 9: Χρησιμοποιείτε λογισμικό (software) διαιτητικής

|         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | OXI    | 56        | 80,0    | 81,2          | 81,2               |
|         | NAI    | 13        | 18,6    | 18,8          | 100,0              |
|         | Total  | 69        | 98,6    | 100,0         |                    |
| Missing | System | 1         | 1,4     |               |                    |
| Total   |        | 70        | 100,0   |               |                    |



Γράφημα 9

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 9 παρατηρούμε ότι το 80% του δείγματος δεν χρησιμοποιεί λογισμικό (software) διαιτητικής, ενώ το 18,6% χρησιμοποιεί. Από το δείγμα, ένα νοσοκομείο δεν απάντησε.

**ΣΧΟΛΙΟ:** Από τις απαντήσεις του δείγματος συμπεραίνουμε ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό χρησιμοποιεί λογισμικό διαιτητικής.

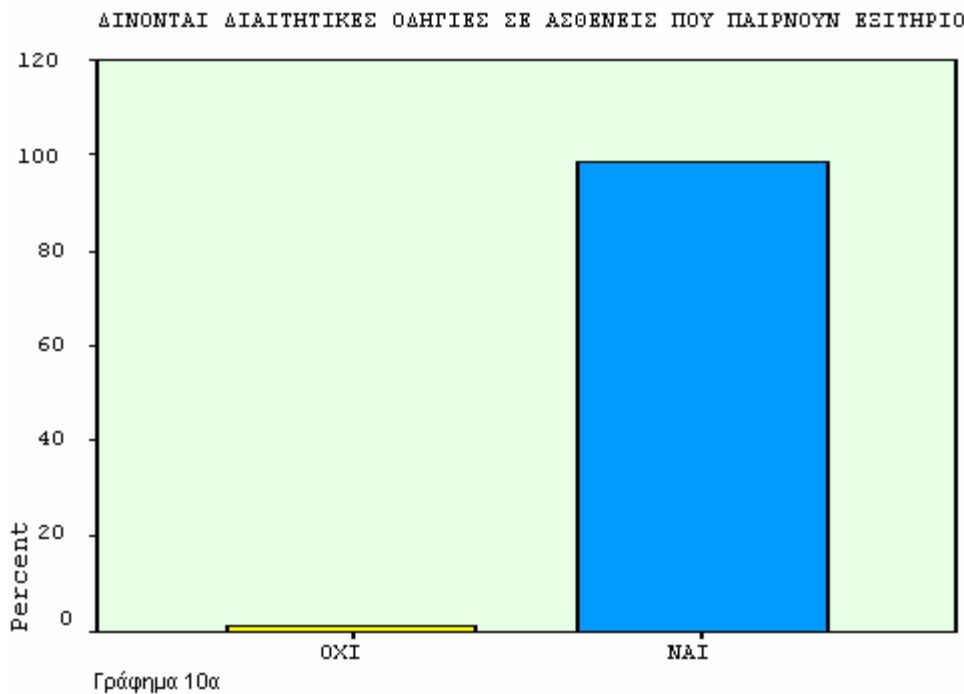
**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Με βάση τον οργανισμό QAA, οι διαιτολόγοι της Βρετανίας είναι υποχρεωμένοι να γνωρίζουν την χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή και την επεξεργασία διαιτολογίων, μέσω λογισμικού (software) διαιτητικής. Οι διαιτολόγοι με την βοήθεια του λογισμικού έχουν την δυνατότητα να επεξεργάζονται, να αναλύουν και να σχεδιάζουν ένα διαιτολόγιο με βάση τις ενεργειακές απαιτήσεις κάθε ασθενούς, επιτυγχάνοντας με αυτόν τον τρόπο την ακριβή ανάλυση των μακροθρεπτικών και μικροθρεπτικών συστατικών, προσαρμοσμένο στις ανάγκες των ασθενών. Το λογισμικό διαιτητικής είναι χρήσιμο στα νοσοκομεία, επειδή μέσω αυτού σχεδιάζονται ατομικά σιτηρέσια για τους ασθενείς. Στην Ελλάδα από το δείγμα μας αποδεικνύεται ότι ελάχιστα νοσοκομεία χειρίζονται λογισμικό διαιτητικής. Απ' αυτό συμπεραίνουμε ότι υπάρχει πιθανή έλλειψη εκπαίδευσης και γνώσης χειρισμού ηλεκτρονικού υπολογιστή ή/και του λογισμικού διαιτητικής. Από τα 70 νοσοκομεία που μας απάντησαν, 13 ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν λογισμικό διαιτητικής. Υφίσταται το ενδεχόμενο λανθασμένης απάντησης, διότι υπάρχει πιθανότητα συσχέτισης του λογισμικού διαιτητικής (στην Ελλάδα υπάρχουν μόνο δύο εμπειριστατωμένα λογισμικά), με κάποια από τα απλά προσφερόμενα προγράμματα του office (π.χ. σύνταξη από excel)



## 10α. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΟΥΝ ΕΞΙΤΗΡΙΟ

Πίνακας 10α: Δίνονται διαιτητικές οδηγίες σε ασθενείς που παίρνουν εξιτήριο

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ΟΧΙ   | 1         | 1,4     | 1,4           | 1,4                |
|       | ΝΑΙ   | 69        | 98,6    | 98,6          | 100,0              |
|       | Total | 70        | 100,0   | 100,0         |                    |



**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 10α παρατηρείται ότι το 98,6% των διαιτολόγων παρέχει διαιτητικές οδηγίες σε ασθενείς που παίρνουν εξιτήριο, ενώ το 1,4% δε παρέχει

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος συστήνει διαιτητικά μέτρα σε ασθενείς που παίρνουν εξιτήριο. Δεν γνωρίζουμε όμως, εάν οι οδηγίες που δίνονται στους ασθενείς κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, συντάσσονται μέσω ατομικής συνέντευξης ή απλά είναι κωδικοποιημένες οδηγίες.

## 10β. ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ

Πίνακας 10β: Υπεύθυνοι για τη χορήγηση διαιτητικών οδηγιών σε ασθενείς που παίρνουν εξιτήριο

|         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | 1      | 22        | 31,4    | 32,4          | 32,4               |
|         | 2      | 17        | 24,3    | 25,0          | 57,4               |
|         | 12     | 20        | 28,6    | 29,4          | 86,8               |
|         | 14     | 6         | 8,6     | 8,8           | 95,6               |
|         | 124    | 3         | 4,3     | 4,4           | 100,0              |
|         | Total  | 68        | 97,1    | 100,0         |                    |
| Missing | System | 2         | 2,9     |               |                    |
| Total   |        | 70        | 100,0   |               |                    |

ΣΤΗΛΗ 1: Υπεύθυνοι για τη χορήγηση διαιτητικών οδηγιών

ΣΤΗΛΗ 2: Συχνότητα των νοσοκομείων που έχουν τους αντίστοιχους υπεύθυνους από την στήλη 1

ΣΤΗΛΗ 3: Ποσοστό της συχνότητας επί του δείγματος που απάντησε

ΣΤΗΛΗ 4: Ποσοστό της συχνότητας επί του συνολικού δείγματος

ΣΤΗΛΗ 5: Αθροιστικό ποσοστό

**ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΟΥ ΠΙΝΑΚΑ & ΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ 10β**

1: Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

2: Ο ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ

3: Ο ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

4: Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

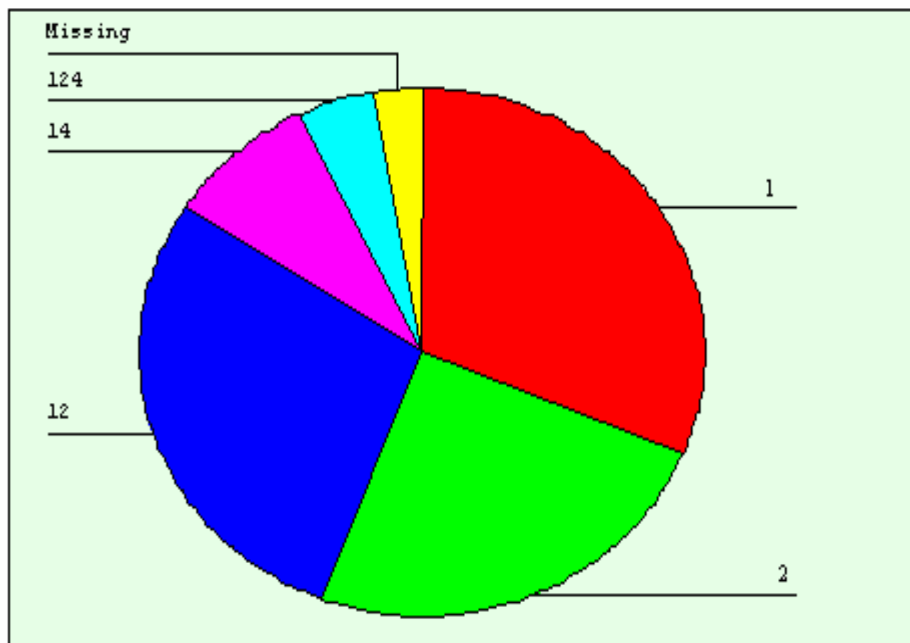
5: ΚΑΝΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥΣ

12: Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ & Ο ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ

14: Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ & Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

124: Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ & Ο ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ  
& Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΟΥΝ ΕΞΙΤΗΡΙΟ



Γράφημα 10β

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 10β αναφέρονται ποιοι είναι οι αρμόδιοι για την παροχή διαιτητικών οδηγιών σε ασθενείς που παίρνουν εξιτήριο. Οι απαντήσεις έδειξαν ότι στο 31,9% των νοσοκομείων που απάντησαν, αρμόδιος είναι ο υπεύθυνος ιατρός, στο 28,6% είναι ο υπεύθυνος ιατρός σε συνεργασία με το διατροφολόγο-διαιτολόγο, στο 24,3% αρμόδιος είναι ο διατροφολόγος-διαιτολόγος, στο 8,6% είναι ο υπεύθυνος ιατρός σε συνεργασία με τον νοσηλεύτη, στο 4,3% είναι συναρμόδιοι ο υπεύθυνος ιατρός, ο διατροφολόγος-διαιτολόγος και ο νοσηλεύτης. Το υπόλοιπο 2,9% του δείγματος δεν απάντησε στην ερώτηση. Θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι στην ερώτηση αυτή υπήρχαν δύο ακόμη επιλογές (3: Ο φαρμακοποιός , 5: Κανείς από τους προηγούμενους) οι οποίες δεν απαντήθηκαν καθόλου. Τέλος θα πρέπει να επισημάνουμε ότι είναι φυσιολογικό, να είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό αρμόδιος ο υπεύθυνος ιατρός, αφού 26 από τα 70 νοσοκομεία του δείγματος δεν διαθέτουν διαιτολόγο-διατροφολόγο.

**ΣΧΟΛΙΟ:** Στην πλειοψηφία των νοσοκομείων που μας απάντησαν αρμόδιοι για τη χορήγηση διαιτητικών οδηγιών σε ασθενείς που παίρνουν εξιτήριο είναι οι εκάστοτε υπεύθυνοι ιατροί, ενώ το αμέσως μικρότερο ποσοστό κατέχει η συνεργασία του υπεύθυνου γιατρού με τον διατροφολόγο-διαιτολόγο. Λιγότερο συχνά εμφανίζεται αρμόδιος μόνο διαιτολόγος.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Από την έρευνα του 1988 (Α. Εμμανουηλίδης, Ε. Κογεβίνας, Ο.Ν. Μανούσος, Α Μουραφέτη, Ι.Κ Τριανταφυλλίδης) προέκυψε ότι σε 51 νοσοκομεία που διαθέτουν ένα ή κανένα διαιτολόγο, οι διαιτητικές οδηγίες παρέχονται από τους ιατρούς των παθολογικών και χειρουργικών κλινικών. Τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας έδειξαν ότι σε 22 νοσοκομεία αρμόδιος για τη χορήγηση διαιτητικών υπηρεσιών είναι ο υπεύθυνος ιατρός, σε 17 νοσοκομεία είναι ο διατροφολόγος-διαιτολόγος, ενώ σε 20 νοσοκομεία παρατηρείται συνεργασία του υπεύθυνου ιατρού με τον διατροφολόγο-διαιτολόγο. Συγκρίνοντας τα δεδομένα των παραπάνω ερευνών, συμπεραίνουμε ότι υπάρχει αισθητή βελτίωση, όσον αφορά τις αρμοδιότητες των διαιτολόγων και της συνεργασίας τους με τους υπεύθυνους ιατρούς, στη χορήγηση διαιτητικών οδηγιών σε ασθενείς που παίρνουν εξιτήριο.

11α. ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΤΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Πίνακας 11α: Επιστημονικά υπεύθυνος ως προς το διαιτολόγιο των νοσηλευόμενων ασθενών

|         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | 1      | 17        | 24,3    | 25,0          | 25,0               |
|         | 2      | 33        | 47,1    | 48,5          | 73,5               |
|         | 4      | 2         | 2,9     | 2,9           | 76,5               |
|         | 5      | 2         | 2,9     | 2,9           | 79,4               |
|         | 6      | 1         | 1,4     | 1,5           | 80,9               |
|         | 12     | 9         | 12,9    | 13,2          | 94,1               |
|         | 14     | 4         | 5,7     | 5,9           | 100,0              |
|         | Total  | 68        | 97,1    | 100,0         |                    |
| Missing | System | 2         | 2,9     |               |                    |
| Total   |        | 70        | 100,0   |               |                    |

ΣΤΗΛΗ 1: Επιστημονικά υπεύθυνοι ως προς το διαιτολόγιο των νοσηλευόμενων ασθενών.

ΣΤΗΛΗ 2: Συχνότητα των νοσοκομείων που έχουν τους αντίστοιχους υπεύθυνους από την στήλη 1

ΣΤΗΛΗ 3: Ποσοστό της συχνότητας επί του δείγματος που απάντησε

ΣΤΗΛΗ 4: Ποσοστό της συχνότητας επί του συνολικού δείγματος

ΣΤΗΛΗ 5: Αθροιστικό ποσοστό

**ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ & ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ 11α, 11β, 11γ**

1: ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

2: ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ

3: ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

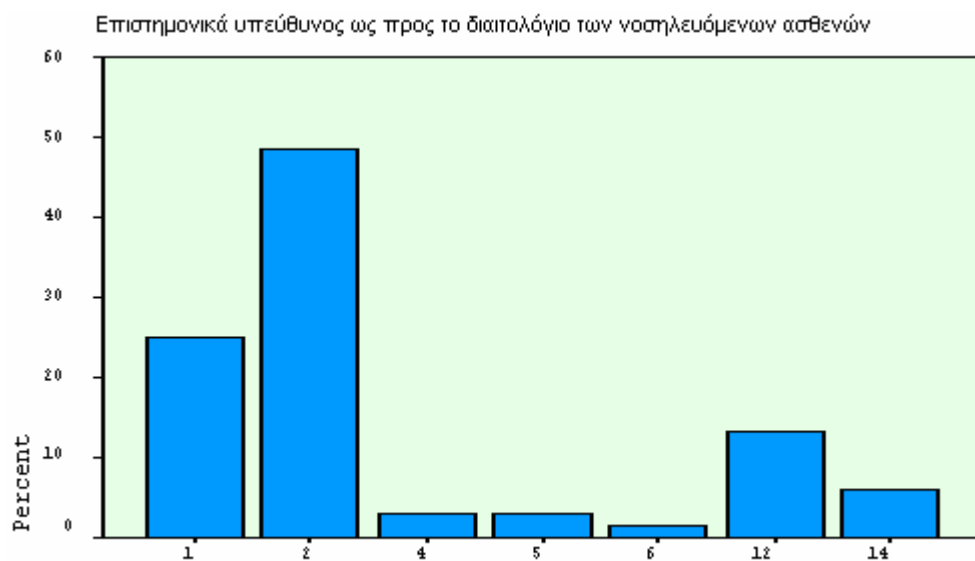
4: ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

5: ΟΜΑΔΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

6: ΑΛΛΟ

12: ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ

14: ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ



Γράφημα 11α

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 11α αναφέρονται ποιοι είναι οι επιστημονικά υπεύθυνοι για την χορήγηση των διαιτολογίων των νοσηλευόμενων ασθενών. Οι απαντήσεις έδειξαν ότι στο 47,1% είναι υπεύθυνος ο διατροφολόγος-διαιτολόγος, στο 24,3% είναι ο εξειδικευμένος ιατρός ενώ αμέσως επόμενη με ποσοστό 12,9% είναι η συνυπευθυνότητα του εξειδικευμένου γιατρού με τον διατροφολόγο-διαιτολόγο. Στο 5,7% του δείγματος υπεύθυνος είναι ο διαιτολόγος σε συνεργασία με το νοσηλεύτη, στο 2,9% υπεύθυνος είναι ο νοσηλευτής ενώ 2,9% είναι και το ποσοστό των νοσοκομείων όπου υπεύθυνη είναι η ομάδα διατροφικής-διαιτολογικής υποστήριξης. Το 1,4% απάντησαν ότι υπεύθυνο είναι κάποιο άλλο άτομο. Τέλος το 2,9% των νοσοκομείων δεν απάντησαν στην ερώτηση. Η επιλογή 3 (φαρμακοποιός) δεν χρησιμοποιήθηκε από κανέναν.

**ΣΧΟΛΙΟ:** Το 1/2 περίπου των απαντήσεων έδειξε ότι υπεύθυνος ως προς το διαιτολόγιο των νοσηλευόμενων ασθενών είναι ο διατροφολόγος-διαιτολόγος με τη προϋπόθεση ότι το νοσοκομείο διαθέτει Διαιτολόγο

## 11β. ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Πίνακας 11β: Επιστημονικά υπεύθυνος ως προς τη χορήγηση εντερικής διατροφής

|         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | 1      | 39        | 55,7    | 65,0          | 65,0               |
|         | 2      | 1         | 1,4     | 1,7           | 66,7               |
|         | 6      | 1         | 1,4     | 1,7           | 68,3               |
|         | 12     | 18        | 25,7    | 30,0          | 98,3               |
|         | 14     | 1         | 1,4     | 1,7           | 100,0              |
|         | Total  | 60        | 85,7    | 100,0         |                    |
| Missing | System | 10        | 14,3    |               |                    |
| Total   |        | 70        | 100,0   |               |                    |

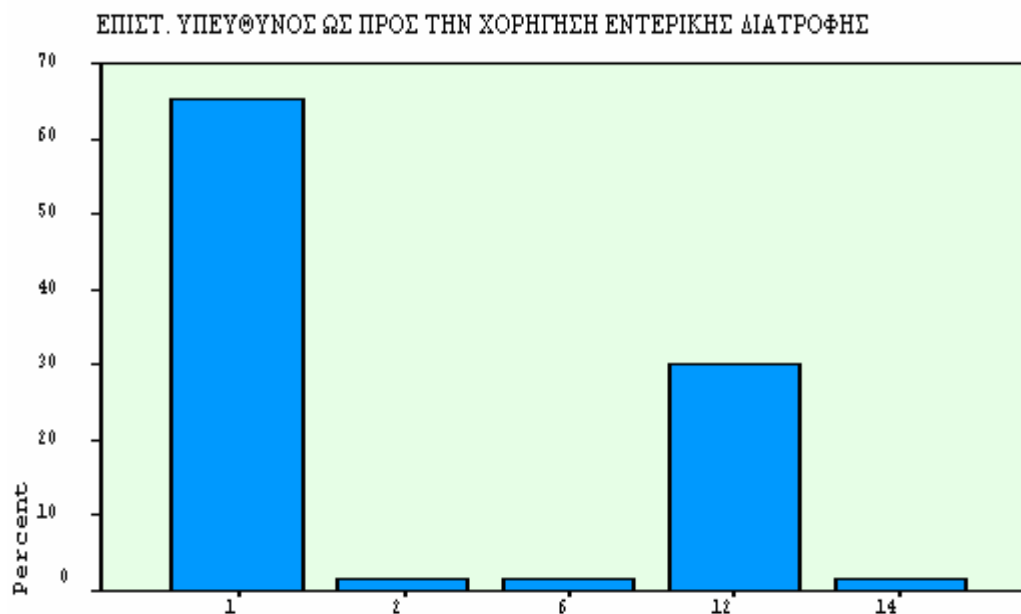
ΣΤΗΛΗ 1: Επιστημονικά υπεύθυνοι ως προς ως προς τη χορήγηση εντερικής διατροφής

ΣΤΗΛΗ 2: Συχνότητα των νοσοκομείων που έχουν τους αντίστοιχους υπεύθυνους από την στήλη 1

ΣΤΗΛΗ 3: Ποσοστό της συχνότητας επί του δείγματος που απάντησε

ΣΤΗΛΗ 4: Ποσοστό της συχνότητας επί του συνολικού δείγματος

ΣΤΗΛΗ 5: Αθροιστικό ποσοστό



Γράφημα 11β

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 11β αναφέρονται ποιοι είναι οι επιστημονικά υπεύθυνοι για τη χορήγηση εντερικής διατροφής. Οι απαντήσεις έδειξαν ότι στο 55,7% των νοσοκομείων είναι υπεύθυνος ο εξειδικευμένος ιατρός, στο 25,7% είναι ο εξειδικευμένος ιατρός σε συνεργασία με το διατροφολόγο-διαιτολόγο. Στο 1,4% υπεύθυνος είναι ο διατροφολόγος-διαιτολόγος ενώ ακόμη 1,4% απάντησαν ότι υπεύθυνος είναι ο διατροφολόγος-διαιτολόγος σε συνεργασία με τον νοσηλευτή. Υπήρξε και 1,4% που έδωσαν κάποια άλλη απάντηση. Τέλος το 14,3% του δείγματος δεν απάντησαν καθόλου στην ερώτηση.

**ΣΧΟΛΙΟ:** Το 1/2 των απαντήσεων έδειξαν ότι επιστημονικά υπεύθυνος ως προς την χορήγηση εντερικής διατροφής είναι ο εξειδικευμένος ιατρός ενώ στο 1/4 των απαντήσεων υπεύθυνος είναι ο εξειδικευμένος ιατρός σε συνεργασία με τον διατροφολόγο-διαιτολόγο. Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε και το γεγονός ότι δεν γνωρίζουμε αν τα 10 νοσοκομεία, που δεν απάντησαν καθόλου, χορηγούν ή όχι εντερική διατροφή.



## 11γ. ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Πίνακας 11γ: Επιστημονικά υπεύθυνος ως προς τη χορήγηση παρεντερικής διατροφής

|         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | 0      | 1         | 1,4     | 1,7           | 1,7                |
|         | 1      | 46        | 65,7    | 76,7          | 78,3               |
|         | 3      | 1         | 1,4     | 1,7           | 80,0               |
|         | 12     | 9         | 12,9    | 15,0          | 95,0               |
|         | 13     | 1         | 1,4     | 1,7           | 96,7               |
|         | 123    | 1         | 1,4     | 1,7           | 98,3               |
|         | 134    | 1         | 1,4     | 1,7           | 100,0              |
|         | Total  | 60        | 85,7    | 100,0         |                    |
| Missing | System | 10        | 14,3    |               |                    |
| Total   |        | 70        | 100,0   |               |                    |

ΣΤΗΛΗ 1: Επιστημονικά υπεύθυνοι ως προς ως προς τη χορήγηση παρεντερικής διατροφής  
 ΣΤΗΛΗ 2: Συχνότητα των νοσοκομείων που έχουν τους αντίστοιχους υπεύθυνους από την στήλη 1  
 ΣΤΗΛΗ 3: Ποσοστό της συχνότητας επί του δείγματος που απάντησε  
 ΣΤΗΛΗ 4: Ποσοστό της συχνότητας επί του συνολικού δείγματος  
 ΣΤΗΛΗ 5: Αθροιστικό ποσοστό

**ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:** Η ομάδα διατροφικής υποστήριξης δεν επιλέχθηκε ως υπεύθυνη για την χορήγηση τόσο της εντερικής όσο και της παρεντερικής διατροφής. Επίσης 10 νοσοκομεία δεν απάντησαν καθόλου τα υποερωτήματα αυτά.



Γράφημα 11γ

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 11γ αναφέρονται ποιοι είναι επιστημονικά υπεύθυνοι για τη χορήγηση παρεντερικής διατροφής. Οι απαντήσεις έδειξαν ότι στο 65,7% των νοσοκομείων υπεύθυνος είναι ο εξειδικευμένος ιατρός, στο 12,9% είναι ο εξειδικευμένος ιατρός σε συνεργασία με το διατροφολόγο-δαιτολόγο, στο 1,4% είναι υπεύθυνος ο φαρμακοποιός και ακόμη 1,4% των νοσοκομείων δηλώνει ως συναρμόδιους τον εξειδικευμένο ιατρό, τον φαρμακοποιό και το διατροφολόγο-δαιτολόγο. Ακόμη 1,4% των νοσοκομείων δηλώνει ως υπεύθυνο τον εξειδικευμένο ιατρό σε συνεργασία με το φαρμακοποιό και τον νοσηλεύτη, ενώ υπήρξε και 1,4% που απάντησαν ότι δεν είναι υπεύθυνος κανένας από τους παραπάνω, Το υπόλοιπο 14,3% των νοσοκομείων δεν απάντησε στην ερώτηση.

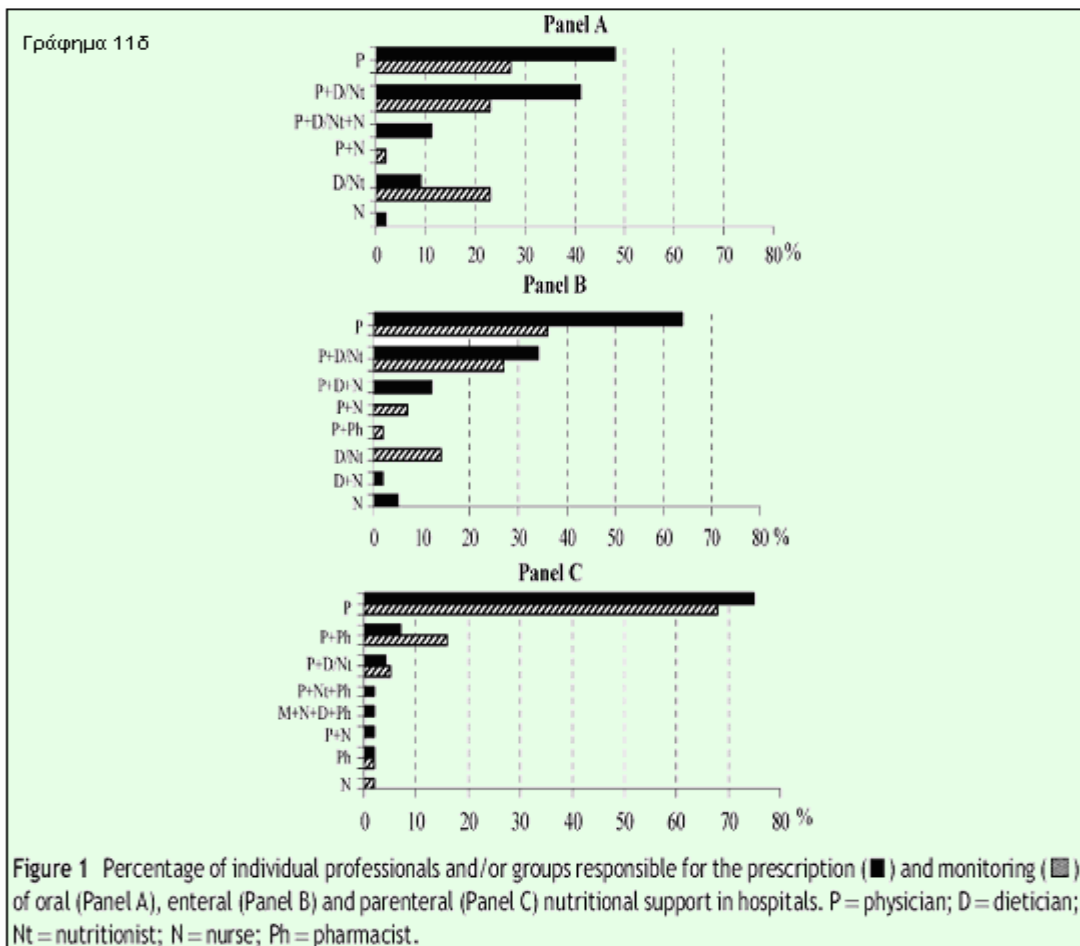
**ΣΧΟΛΙΟ:** Στο μεγαλύτερο ποσοστό των νοσοκομείων (στα 2/3 αυτών) επιστημονικά υπεύθυνος ως προς την χορήγηση παρεντερικής διατροφής είναι ο εξειδικευμένος ιατρός. Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε και το γεγονός ότι δεν γνωρίζουμε αν τα 10 νοσοκομεία, που δεν απάντησαν καθόλου, χορηγούν ή όχι παρεντερική διατροφή.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Μια παρόμοια έρευνα (Survey of Nutrition Therapy in Portugal, 2003), (Γράφημα 11δ), έδειξε ότι ο συνολικά επιστημονικά υπεύθυνος:

α) ως προς το διαιτολόγιο των νοσηλευόμενων ασθενών είναι σε μεγάλο ποσοστό ο ιατρός (παθολόγος), με ελάχιστη διαφορά ακολουθεί η συνεργασία του παθολόγου με τον διατροφολόγο-διαιτολόγο, ενώ σε ένα μικρό ποσοστό εμφανίζεται ο διαιτολόγος-διατροφολόγος ως υπεύθυνος. Αντίθετα στην δική μας έρευνα φάνηκε ότι υπεύθυνος στα περισσότερα νοσοκομεία (33) είναι ο διαιτολόγος και με μικρότερη συχνότητα (17) εμφανίζεται ο ιατρός (παθολόγος).

β) ως προς την χορήγηση της εντερικής διατροφής είναι σε μεγάλο ποσοστό ο ιατρός (παθολόγος), ενώ στο 1/3 του δείγματος, εμφανίζεται η συνεργασία του ιατρού (παθολόγου) με τον διαιτολόγο –διατροφολόγο. Τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας είναι παρόμοια.

γ) ως προς την χορήγηση παρεντερικής διατροφής στο μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος εμφανίστηκε ο ιατρός (παθολόγος). Επίσης σε ελάχιστο ποσοστό παρουσιάστηκε η συνεργασία ιατρού (παθολόγου) με τον φαρμακοποιό. Ενώ στη συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε ότι ο υπεύθυνος στα περισσότερα νοσοκομεία (46) είναι ο ιατρός, ενώ με αρκετά μικρότερο ποσοστό εμφανίζεται η συνεργασία ιατρού με τον διαιτολόγο. Μόνο ένα νοσοκομείο απάντησε ότι στην χορήγηση παρεντερικής διατροφής συνεργάζεται ο ιατρός με τον φαρμακοποιό.



**Εικόνα 1.** Ποσοστό των επαγγελματιών και/ ή υπεύθυνες ομάδες για την χορήγηση και τον έλεγχο της στοματικής(γράφημα 1), εντερικής (γράφημα 2) και παρεντερικής (γράφημα 3) διατροφικής υποστήριξης στα νοσοκομεία. P=παθολόγος, D=διαιτολόγος, Nt= διατροφολόγος, N=νοσηλεύτης, Ph=φαρμακοποιός.

(Survey of Nutrition Therapy in Portugal, 2003)

## 12. ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΟΙ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Πίνακας 12: Εμπλεκόμενοι στη διαδικασία επιλογής εντερικών και παρεντερικών διατροφικών σχημάτων

|         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | 1      | 34        | 48,6    | 54,0          | 54,0               |
|         | 12     | 14        | 20,0    | 22,2          | 76,2               |
|         | 13     | 5         | 7,1     | 7,9           | 84,1               |
|         | 14     | 2         | 2,9     | 3,2           | 87,3               |
|         | 123    | 5         | 7,1     | 7,9           | 95,2               |
|         | 134    | 1         | 1,4     | 1,6           | 96,8               |
|         | 135    | 1         | 1,4     | 1,6           | 98,4               |
|         | 1234   | 1         | 1,4     | 1,6           | 100,0              |
|         | Total  | 63        | 90,0    | 100,0         |                    |
| Missing | System | 7         | 10,0    |               |                    |
|         | Total  | 70        | 100,0   |               |                    |

ΣΤΗΛΗ 1: Εμπλεκόμενοι στη διαδικασία επιλογής εντερικών και παρεντερικών σχημάτων

ΣΤΗΛΗ 2: Συχνότητα των νοσοκομείων που έχουν τους αντίστοιχους εμπλεκόμενους στα εντερικά και παρεντερικά σχήματα από την στήλη 1

ΣΤΗΛΗ 3: Ποσοστό της συχνότητας επί του δείγματος που απάντησε

ΣΤΗΛΗ 4: Ποσοστό της συχνότητας επί του συνολικού δείγματος

ΣΤΗΛΗ 5: Αθροιστικό ποσοστό

### ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΟΥ ΠΙΝΑΚΑ & ΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ 12

1: ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

2: ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ

3: ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

4: ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

5: ΑΛΛΟΙ

12: ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ

13: ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ & ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

14: ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

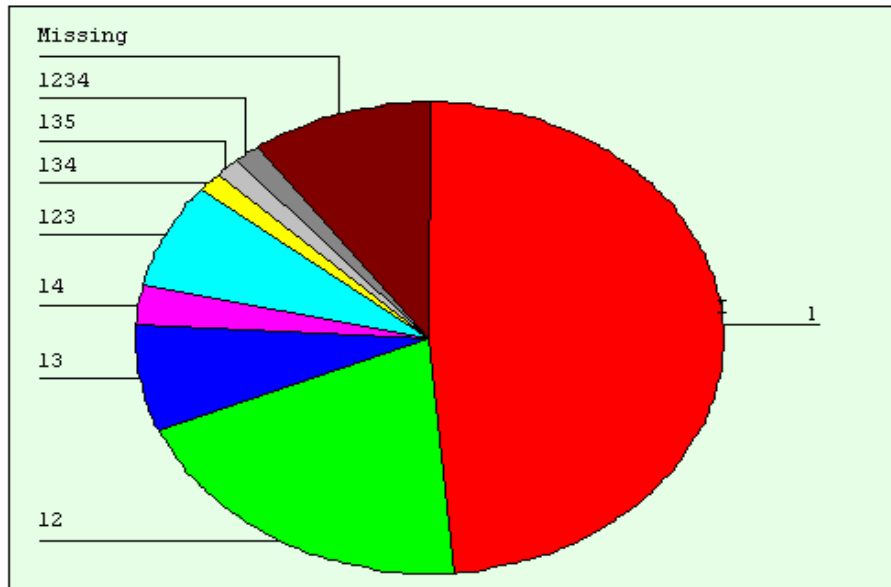
123: ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ & ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

134: ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ & ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

135: ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ & ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ & ΑΛΛΟΙ

1234: ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ & ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ  
& ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

ΕΜΠΛΕΚΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΧΗΜΑΤΩΝ



Γράφημα 12

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 12 παρατηρείται ότι στη διαδικασία επιλογής εντερικών και παρεντερικών διατροφικών σχημάτων εμπλέκονται κατά 48,6% ο υπεύθυνος ιατρός, κατά 20% ο υπεύθυνος ιατρός σε συνεργασία με τον διαιτολόγο-διατροφολόγο. Επιπλέον κατά 7,1% εμπλέκεται ο υπεύθυνος ιατρός σε συνεργασία με το φαρμακοποιό και κατά 7,1% ακόμα ο υπεύθυνος ιατρός σε συνεργασία με τον διατροφολόγο-διαιτολόγο και τον φαρμακοποιό. Ακόμα παρατηρείται ότι ο συνδυασμός και των τεσσάρων (υπεύθυνου ιατρού, διατροφολόγου-διαιτολόγου, φαρμακοποιού, νοσηλεύτη) εμφανίζεται σε ποσοστό 1,4% του δείγματος. Το 10% των νοσοκομείων δεν απάντησαν στην ερώτηση.

**ΣΧΟΛΙΟ:** Σχεδόν στα μισά νοσοκομεία του δείγματος, στη διαδικασία επιλογής εντερικών και παρεντερικών σχημάτων εμπλέκεται ο υπεύθυνος ιατρός. Σε μικρότερο ποσοστό εμπλέκεται ο υπεύθυνος ιατρός σε συνεργασία με το διατροφολόγο-διαιτολόγο. Αξιοσημείωτο είναι ότι η συνεργασία όλων των παραπάνω ειδικοτήτων (υπεύθυνου ιατρού, διατροφολόγου-διαιτολόγου, φαρμακοποιού, νοσηλεύτη) εμφανίζεται σε ελάχιστο ποσοστό του δείγματος (μόλις ένα νοσοκομείο από τα 70).

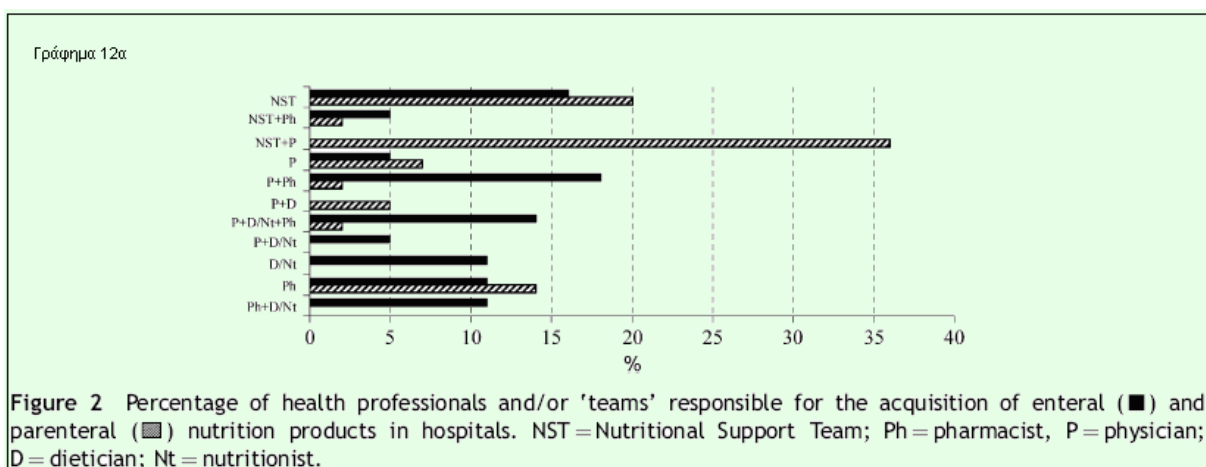
**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Μία παρόμοια έρευνα (Survey of Nutrition in Therapy in Portugal, 2003), (Γράφημα 12α) έδειξε ότι:

α) στην διαδικασία επιλογής εντερικών διατροφικών σχημάτων, εμπλέκονται σε μεγάλο ποσοστό οι ιατροί (παθολόγοι) σε συνεργασία με τους φαρμακοποιούς, σε μικρότερη συχνότητα εμφανίζεται η Ομάδα Διατροφικής Υποστήριξης, και σε πολύ μικρό ποσοστό εμπλέκονται μόνο οι διαιτολόγοι.

β) στην διαδικασία επιλογής παρεντερικών σχημάτων εμπλέκονται σε πολύ μεγάλο ποσοστό η Ομάδα Διατροφικής υποστήριξης σε συνεργασία με τον ιατρό (παθολόγο), το ποσοστό που ακολουθεί είναι η Ομάδα Διατροφικής Υποστήριξης. Σε αρκετά μικρό ποσοστό είναι οι ιατροί (παθολόγοι).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας , φάνηκε ότι η επιλογή των εντερικών και παρεντερικών σχημάτων καλύπτεται σε μεγάλο ποσοστό από τον υπεύθυνο ιατρό και σε μικρότερο ποσοστό εμπλέκεται ο υπεύθυνος ιατρός σε συνεργασία με τον διαιτολόγο-διατροφολόγο.

Από τις απαντήσεις του δείγμάτος μας, δεν εμφανίστηκε συμμετοχή της Ομάδας Διατροφικής Υποστήριξης στην επιλογή εντερικών και παρεντερικών διατροφικών σχημάτων.



**Εικόνα 2:** Ποσοστό επαγγελματιών υγείας και/ ή υπεύθυνων ομάδων για την χορήγηση εντερικών και παρεντερικών διατροφικών προϊόντων στα νοσοκομεία. NST= Ομάδα Διατροφικής Υποστήριξης, Ph= Φαρμακοποιός, P= παθολόγος, D= Διαιτολόγος, Nt= Διατροφολόγος.

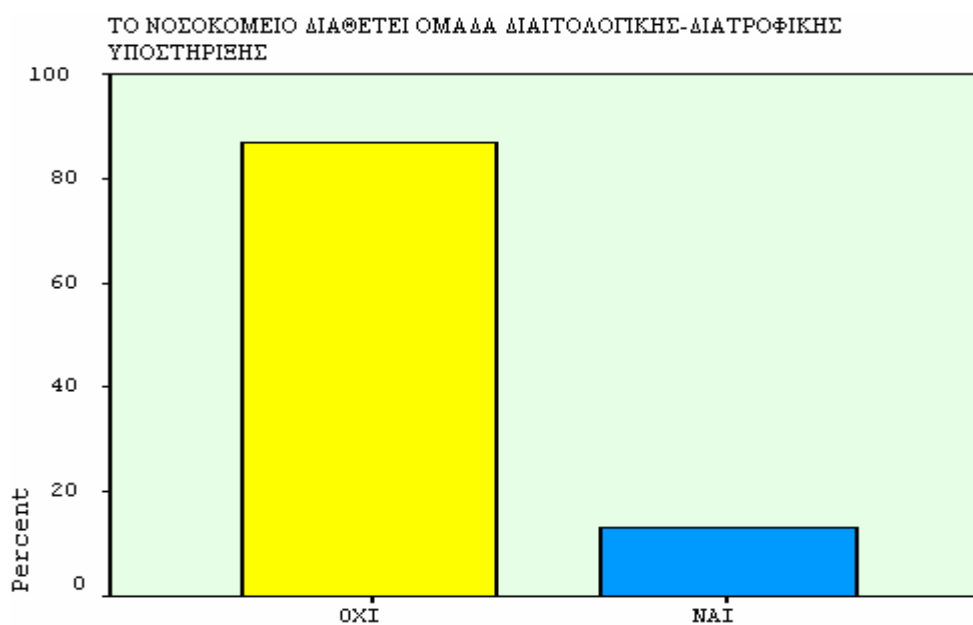
(Survey of Nutrition in Therapy in Portugal, 2003)

### 13. ΥΠΑΡΞΗ ΟΜΑΔΑΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Ενημερωτικά: Ομάδα Διαιτολογικής-Διατροφικής Υποστήριξης είναι το όργανο συνεργασίας διαφόρων ειδικοτήτων, το οποίο συνολικά ασκεί την θρεπτική αξιολόγηση ασθενών, την κατάρτιση σχημάτων διατροφικής θεραπείας, την διαιτητική συμβουλευτική, την παρακολούθηση της διαιτητικής θεραπείας και των αποτελεσμάτων της, την επίβλεψη της προετοιμασίας των γευμάτων και των και των μερίδων.

Πίνακας 13: Το νοσοκομείο διαθέτει ομάδα διαιτολογικής-διατροφικής υποστήριξης

|           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid OXI | 61        | 87,1    | 87,1          | 87,1               |
| NAI       | 9         | 12,9    | 12,9          | 100,0              |
| Total     | 70        | 100,0   | 100,0         |                    |



Γράφημα 13



**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 13 παρατηρείται ότι το 87,1% των νοσοκομείων που απάντησαν δεν διαθέτει ομάδα διαιτολογικής-διατροφικής υποστήριξης, ενώ το 12,9% διαθέτει.

**ΣΧΟΛΙΟ:** Το ποσοστό των νοσοκομείων του δείγματος που διαθέτει ομάδα διαιτολογικής-διατροφικής υποστήριξης είναι υπερβολικά μικρό. Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε την σημαντικότητα της ύπαρξης της Ομάδας Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης, η οποία, λόγω του ότι αποτελεί διεπιστημονική συνεργασία πολλών ειδικοτήτων, είναι σε θέση να αναλαμβάνει και να διεκπεραιώνει πολυσύνθετα περιστατικά. Εξάλλου, έπειτα από έρευνα που έγινε σε Γερμανία, Αυστρία και Ελβετία, φάνηκε ότι όταν άρχισαν να δρουν οι Ομάδες Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης υπήρξε μείωση των περιπλοκών κατά 88%, καθώς και μείωση του κόστους κατά 98%. (An European of structure and organization of nutrition support teams in Germany, Austria, and Switzerland, 2005).

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** (α) Μία παρόμοια έρευνα (Survey of Nutrition in Therapy in Portugal, 2003), που πραγματοποιήθηκε στην Πορτογαλία, έδειξε ότι Ομάδα διατροφικής υποστήριξης παρουσίαζε το 34% των νοσοκομείων, 40% εκ των οποίων ήταν πανεπιστημιακά.

(β) Έρευνα (Survey on Structure and Performance of Nutrition-support, 2002) που πραγματοποιήθηκε στην Γερμανία, έδειξε ότι υπήρχαν 47 ομάδες Διατροφικής υποστήριξης σε ποσοστό 5,6% από την πλειοψηφία των Γερμανικών νοσοκομείων (που είχαν από 250 κλίνες και άνω).

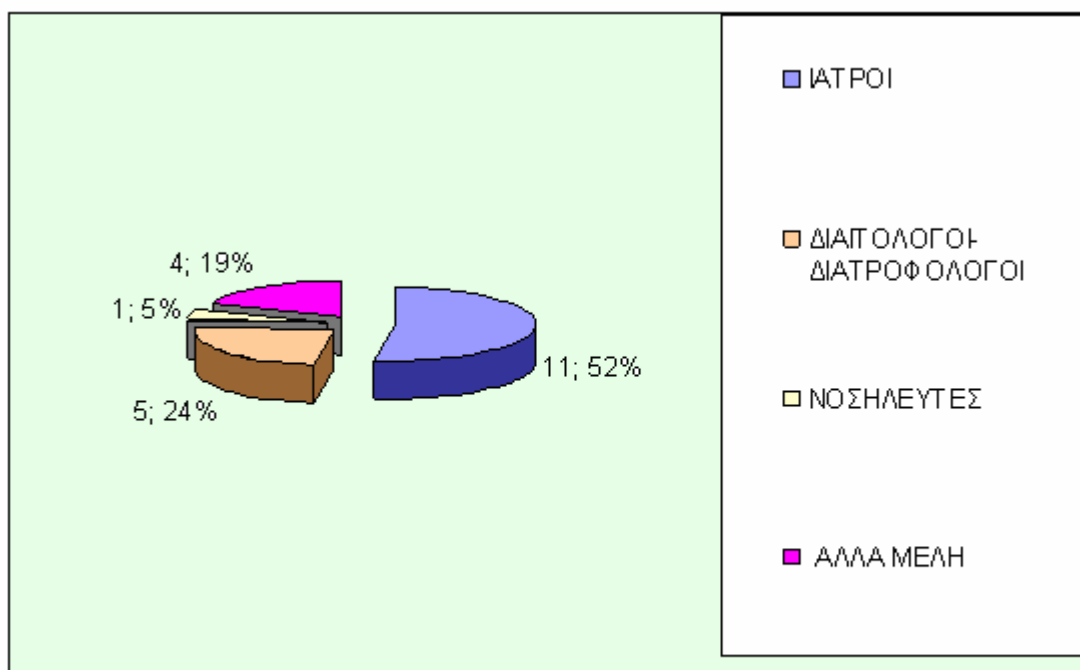
Από τη συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε ότι τα Ελληνικά νοσοκομεία διαθέτουν 9 Ομάδες Διαιτολογικής-Διατροφικής υποστήριξης.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών, είναι εμφανές ότι σε σχέση με το σύνολο των νοσοκομείων που διαθέτει κάθε χώρα, ο αριθμός των Ομάδων Διατροφικής Υποστήριξης είναι ελάχιστος.

## 14.ΠΟΙΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Πίνακας 14: Συμμετέχουν στην ομάδα διαιτολογικής-διατροφικής υποστήριξης

| ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ |                           |            |           |              |
|--|---------------------------|------------|-----------|--------------|
| ΙΑΤΡΟΙ   | ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ-ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΙ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ | ΆΛΛΑ ΜΕΛΗ | ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΙ |
| 11   | 5                         | 1          | 4         | 0            |



Γράφημα 14

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 14 παρατηρείται ότι στις ελάχιστες Ομάδες Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης που υπάρχουν στην Ελλάδα, σε μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται συμμετοχή των ιατρών (52%), σε μικρότερο ποσοστό η συμμετοχή των διαιτολόγων-διατροφολόγων (24%), σε 19% εμφανίζεται η συμμετοχή άλλων μελών (τεχνολόγοι τροφίμων, μάγειρες κ.λ.π.) ενώ σε πολύ μικρό ποσοστό (5%) εμφανίζεται η συμμετοχή των νοσηλευτών. Σε καμία απάντηση δεν εμφανίζεται συμμετοχή των φαρμακοποιών.

**ΣΧΟΛΙΟ:** Αξιοπερίεργο είναι το γεγονός ότι ένα νοσοκομείο απάντησε ότι στην Ομάδα Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης συμμετέχει και ο μάγειρας τους.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** α. Έρευνα (Survey of Nutrition Therapy in Portugal, 2003) που πραγματοποιήθηκε στην Πορτογαλία, έδειξε ότι οι κυριότεροι επαγγελματίες, που εμπλέκονταν στην Ομάδα Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης σε 15 νοσοκομεία, ήταν οι διαιτολόγοι-διατροφολόγοι και οι φαρμακοποιοί. Απουσία συμμετοχής εμφάνισε η ειδικότητα του νοσηλευτή. Αναλυτικότερα: (α) Τέσσερις Ομάδες Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης αποτελούνταν από ιατρούς, φαρμακοποιούς και διατροφολόγους-διαιτολόγους, (β) Εφτά Ομάδες Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης αποτελούνταν από ιατρούς και διατροφολόγους-διαιτολόγους, (γ) Μια Ομάδα Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης αποτελούνταν από ιατρούς και φαρμακοποιούς και (δ) Τρεις Ομάδες Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης αποτελούνταν από διατροφολόγους- διαιτολόγους.

β. Έρευνα (Survey on Structure and Performance of Nutrition-support, 2002) που πραγματοποιήθηκε στην Γερμανία, έδειξε ότι υπήρχαν 47 Ομάδες Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης σε ποσοστό 5,6% από την πλειοψηφία των Γερμανικών νοσοκομείων (που είχαν από 250 κλίνες και άνω). Οι κυριότεροι επαγγελματίες που εμπλέκονταν ήταν οι ιατροί

(57%) και ακολουθούσαν οι νοσηλευτές και οι διαιτολόγοι-διατροφολόγοι. Απουσία συμμετοχής εμφάνισε η ειδικότητα του φαρμακοποιού.

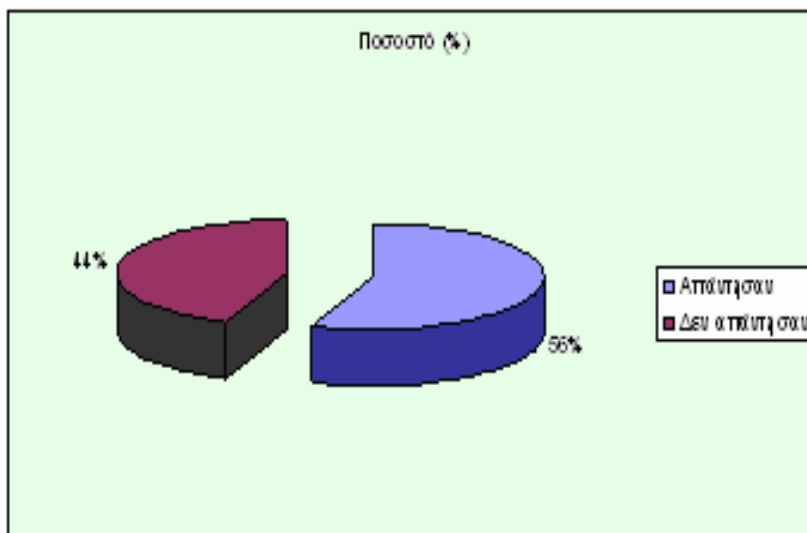
γ. Έρευνα ( Nutrition Support Teams-Alive ,well ,and still growing, 1991) που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική, έδειξε ότι οι κυριότεροι επαγγελματίες που εμπλέκονταν στην Ομάδα Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης, σε μεγάλο ποσοστό ήταν οι διαιτολόγοι-διατροφολόγοι και οι νοσηλευτές, και ακολουθούν οι φαρμακοποιοί και οι παθολόγοι.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι οι κυριότεροι επαγγελματίες που εμπλέκονται στην Ομάδα Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης σε 9 νοσοκομεία ( του δείγματος),είναι οι ιατροί , οι διαιτολόγοι-διατροφολόγοι και άλλα μέλη. Απουσία συμμετοχής εμφανίζει η ειδικότητα του φαρμακοποιού. Αναλυτικότερα: (α) Τρεις Ομάδες Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης αποτελούνταν από ιατρούς, διατροφολόγους-διαιτολόγους, (β) Τρεις Ομάδες Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης αποτελούνταν από ιατρούς και άλλα μέλη, (γ) Μια Ομάδα Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης αποτελείται από ιατρούς, διατροφολόγους- διαιτολόγους και άλλα μέλη, (δ) Μια Ομάδα Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης αποτελείται από ιατρούς και νοσηλευτές, (ε) Μια Ομάδα Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης δεν ανέφερε από ποιους αποτελείται.

15. ΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΥΤΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ-ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Πίνακας 15α: Πόσα νοσοκομεία απάντησαν

| Τα σημαντικότερα προβλήματα αυτή τη στιγμή σε σχέση με την παροχή-υποστήριξη υπηρεσιών Διαιτητικής στα Νοσοκομεία |            |             |
|---|------------|-------------|
|   | Απαντήσεις | Ποσοστό (%) |
| Απάντησαν   | 39         | 55,71428571 |
| Δεν απάντησαν   | 31         | 44,28571429 |
| ΣΥΝΟΛΟ  | 70         | 100         |



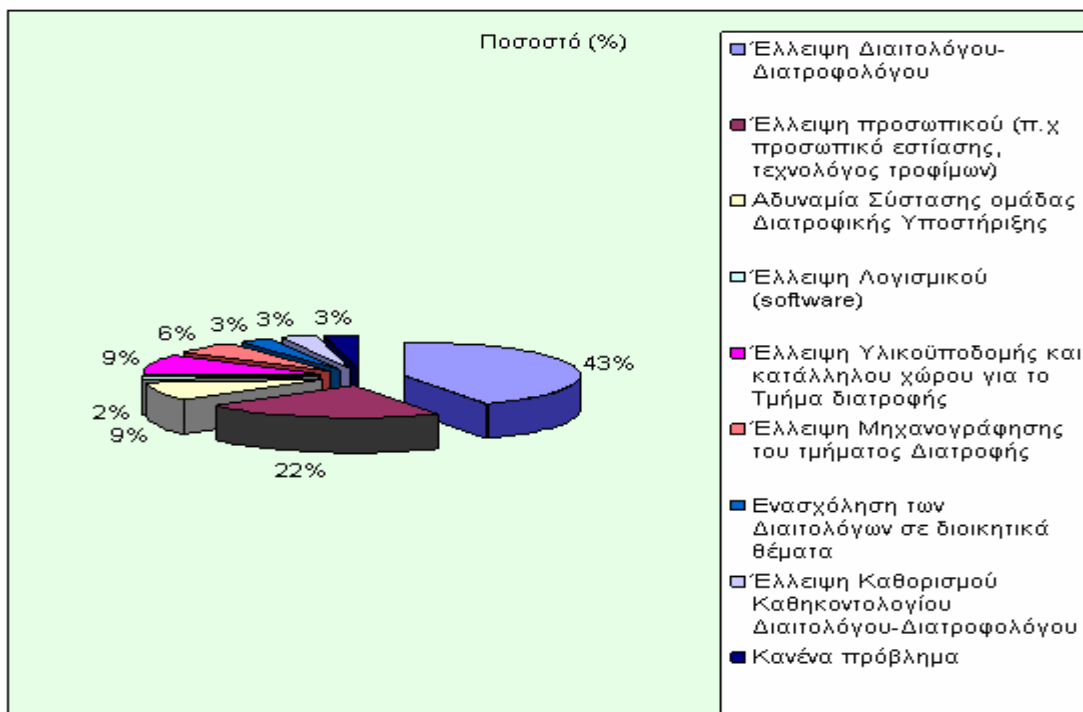
Γραφημα 15α

**ΣΧΟΛΙΟ:** Από τον πίνακα 15α είναι εμφανές ότι πολύ μεγάλο μέρος του δείγματος (44%) δεν απάντησε στην συγκεκριμένη ερώτηση.

**Πίνακας 15β: Τα σημαντικότερα προβλήματα αυτή τη στιγμή σε σχέση με την παροχή-υποστήριξη υπηρεσιών διαιτητικής στα νοσοκομεία**

| Τα σημαντικότερα προβλήματα αυτή τη στιγμή σε σχέση με την παροχή-υποστήριξη υπηρεσιών Διαιτητικής στα Νοσοκομεία | Απαντήσεις | Ποσοστό (%) |
|---|------------|-------------|
| Έλλειψη Διαιτολόγου-Διατροφολόγου   | 27         | 43          |
| Έλλειψη προσωπικού π.χ προσωπικό εστίασης τεχνολόγος τροφίμων   | 14         | 22          |
| Αδυναμία Σύστασης ομάδας Διατροφικής Υποστήριξης  | 6          | 9           |
| Έλλειψη Λογισμικού (software)   | 1          | 2           |
| Έλλειψη Υλικούποδομής και κατάλληλου χώρου για το Τμήμα Διατροφής   | 6          | 9           |
| Έλλειψη Μηχανογράφησης του τμήματος Διατροφής   | 4          | 6           |
| Ενασχόληση των Διαιτολόγων σε διοικητικά θέματα   | 2          | 3           |
| Έλλειψη Καθορισμού Καθηκοντολογίου Διαιτολόγου-Διατροφολόγου  | 2          | 3           |
| Κανένα πρόβλημα   | 2          | 3           |
| Απάντησαν   | 39         |             |
| Δεν απάντησαν   | 31         |             |

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ για Πίνακα 15β:** Στην ερώτηση αυτή δεν υπήρχαν συγκεκριμένες επιλογές και το κάθε νοσοκομείο μπορούσε ελεύθερα να απαντήσει. Εκτός αυτού από τα 31 νοσοκομεία που απάντησαν, ορισμένα νοσοκομεία έδωσαν περισσότερες από μία απαντήσεις. Γι' αυτό και στον πίνακα, στη στήλη <<Απαντήσεις>>, εμφανίζονται περισσότερες από 31 επιλογές.



Γράφημα 15β

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στον πίνακα 15β, παρατηρείται ότι το 43% των νοσοκομείων θεωρεί ως σημαντικότερο πρόβλημα την έλλειψη διατροφολόγου-διαιτολόγου, το 22% την έλλειψη προσωπικού (π.χ προσωπικό εστίασης, τεχνολόγος τροφίμων), το 9% την αδυναμία Σύστασης ομάδας Διατροφικής Υποστήριξης, το 9% την έλλειψη Υλικοϋποδομής και κατάλληλου χώρου για το Τμήμα Διατροφής, το 6% την έλλειψη Μηχανογράφησης του τμήματος Διατροφής, το 3% την ενασχόληση των Διαιτολόγων σε διοικητικά θέματα, το 3% την έλλειψη καθορισμού καθηκοντολογίου διατροφολόγου-διαιτολόγου, το 3% δεν θεωρεί πως υπάρχει κανένα πρόβλημα και το υπόλοιπο 2% την έλλειψη Λογισμικού (software).

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία που απάντησαν, σε σχέση με τις διαιτητικές υπηρεσίες, είναι η έλλειψη διαιτολόγων-διατροφολόγων και η έλλειψη προσωπικού (π.χ προσωπικό εστίασης, τεχνολόγος τροφίμων). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι υπήρξαν 2 νοσοκομεία που ανέφεραν ότι δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα, σε σχέση με τις διαιτητικές υπηρεσίες. Τέλος μια σημαντική παρατήρηση, είναι ότι την ερώτηση αυτή δεν απάντησαν 31 από 70 νοσοκομεία.

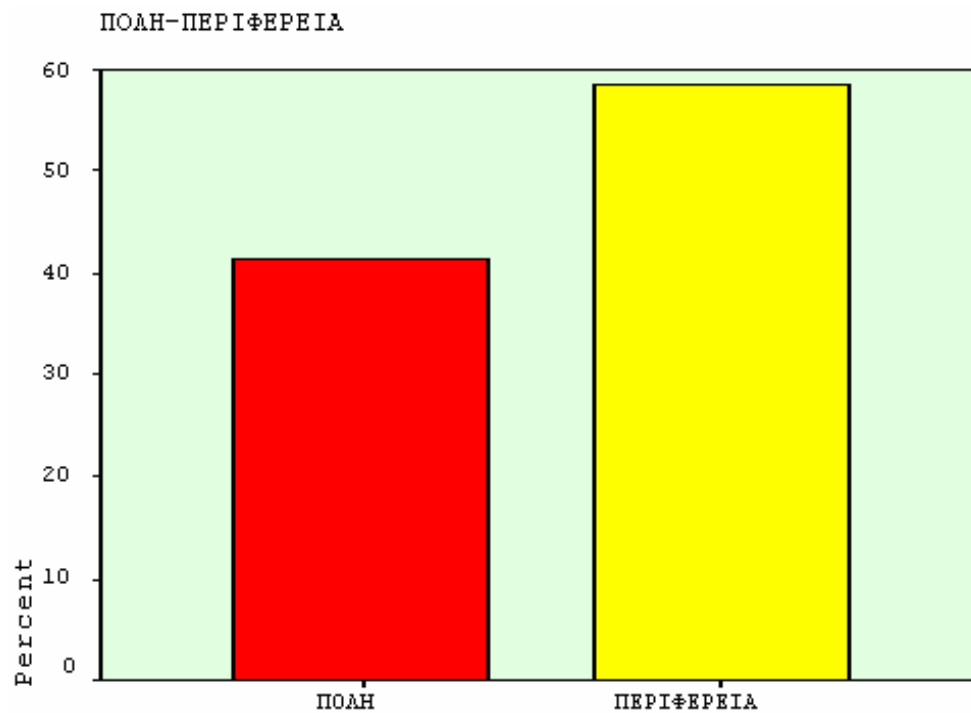
**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:** Το γράφημα 15β και ο πίνακας 15β, περιλαμβάνουν το % ποσοστό μόνο των νοσοκομείων που απάντησαν.

## ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

### 1.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΣΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Πίνακας 1: Πόλη - Περιφέρεια

|       |            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ΠΟΛΗ       | 29        | 41,4    | 41,4          | 41,4               |
|       | ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ | 41        | 58,6    | 58,6          | 100,0              |
|       | Total      | 70        | 100,0   | 100,0         |                    |



Γράφημα 1



Πίνακας 1β: Αριθμός κλινών στο νοσοκομείο \* Πόλη-Περιφέρεια

Crosstabulation

| Count      |      | ΠΟΛΗ-ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ |            | Total |
|------------|------|-----------------|------------|-------|
|            |      | ΠΟΛΗ            | ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ |       |
| ΑΡΙΘΜΟΣ    | 25   |                 | 1          | 1     |
| ΚΛΙΝΩΝ ΣΤΟ | 50   |                 | 1          | 1     |
| ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ | 68   |                 | 1          | 1     |
|            | 75   |                 | 1          | 1     |
|            | 80   |                 | 2          | 2     |
|            | 83   | 1               |            | 1     |
|            | 86   |                 | 1          | 1     |
|            | 94   |                 | 1          | 1     |
|            | 100  |                 | 3          | 3     |
|            | 106  | 1               |            | 1     |
|            | 114  |                 | 1          | 1     |
|            | 120  |                 | 5          | 5     |
|            | 122  | 1               |            | 1     |
|            | 123  |                 | 1          | 1     |
|            | 127  | 1               |            | 1     |
|            | 134  |                 | 1          | 1     |
|            | 143  | 1               |            | 1     |
|            | 144  |                 | 1          | 1     |
|            | 167  |                 | 1          | 1     |
|            | 170  | 1               | 1          | 2     |
|            | 177  | 1               |            | 1     |
|            | 191  |                 | 1          | 1     |
|            | 201  | 1               |            | 1     |
|            | 216  |                 | 1          | 1     |
|            | 238  |                 | 1          | 1     |
|            | 246  |                 | 1          | 1     |
|            | 248  |                 | 1          | 1     |
|            | 250  |                 | 1          | 1     |
|            | 270  |                 | 1          | 1     |
|            | 288  |                 | 1          | 1     |
|            | 300  | 1               |            | 1     |
|            | 307  | 1               |            | 1     |
|            | 310  |                 | 1          | 1     |
|            | 330  |                 | 1          | 1     |
|            | 335  |                 | 1          | 1     |
|            | 350  | 1               |            | 1     |
|            | 357  |                 | 1          | 1     |
|            | 360  |                 | 1          | 1     |
|            | 369  |                 | 1          | 1     |
|            | 380  | 1               |            | 1     |
|            | 393  | 1               |            | 1     |
|            | 400  | 2               |            | 2     |
|            | 405  | 1               |            | 1     |
|            | 408  | 1               |            | 1     |
|            | 415  |                 | 1          | 1     |
|            | 450  | 1               |            | 1     |
|            | 460  |                 | 2          | 2     |
|            | 462  | 1               |            | 1     |
|            | 500  | 2               |            | 2     |
|            | 510  | 1               |            | 1     |
|            | 541  | 1               |            | 1     |
|            | 617  | 1               |            | 1     |
|            | 631  | 1               |            | 1     |
|            | 671  |                 | 1          | 1     |
|            | 697  | 1               |            | 1     |
|            | 700  | 2               |            | 2     |
|            | 1000 | 1               |            | 1     |
|            | 1500 |                 | 1          | 1     |
| Total      |      | 29              | 41         | 70    |

**ΣΧΟΛΙΟ:** Στον πίνακα 1 αναφέρεται ότι το 58,6% των νοσοκομείων που απάντησαν ανήκουν στην περιφέρεια και το 41,4% ανήκουν στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα-Θεσσαλονίκη).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η πλειοψηφία των νοσοκομείων που συμμετείχαν στην έρευνα είναι περιφερειακά.

## 2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΣΩΝ ΟΡΩΝ ΑΡΙΘΜΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ ΣΕ ΠΟΛΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

Πίνακας 2α

### ANOVA

ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΟΣΟΥΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥΣ ΔΙΑΘΕΤΕΙ

|                | Sum of Squares | df | Mean Square | F      | Sig. |
|----------------|----------------|----|-------------|--------|------|
| Between Groups | 28,861         | 1  | 28,861      | 18,438 | ,000 |
| Within Groups  | 104,878        | 67 | 1,565       |        |      |
| Total          | 133,739        | 68 |             |        |      |

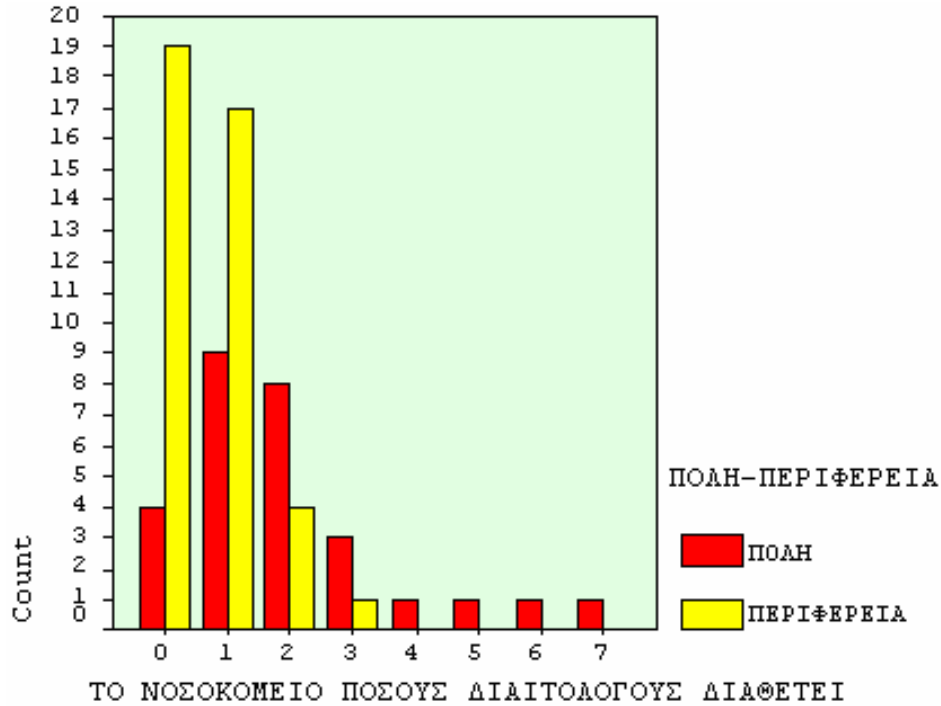
Πίνακας 2β

### Descriptives

ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΟΣΟΥΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥΣ ΔΙΑΘΕΤΕΙ

|          | N  | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean |             | Minimum | Maximum |
|----------|----|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
|          |    |      |                |            | Lower Bound                      | Upper Bound |         |         |
| ΠΟΛΗ     | 28 | 2,00 | 1,743          | ,329       | 1,32                             | 2,68        | 0       | 7       |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕ | 41 | ,68  | ,756           | ,118       | ,44                              | ,92         | 0       | 3       |
| Total    | 69 | 1,22 | 1,402          | ,169       | ,88                              | 1,55        | 0       | 7       |

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η σύγκριση του αριθμού διαιτολόγων που διαθέτει, ανάλογα με το που βρίσκεται το νοσοκομείο σε πόλη ή περιφέρεια, έχει λόγο  $F=18,4$  (λόγος μέσω τετραγώνων μεταξύ ομάδων) και πιθανότητα λόγου  $0,001 < 0,01$  επομένως είναι στατιστικά σημαντική, με  $df=67$  (βαθμοί ελευθερίας). Υπάρχει σημαντική διαφορά των μέσων όρων της πολης=2 διαιτολόγους με  $df=1,7$  και περιφέρειας=0,68 με  $df=0,7$ . Εξαλλου το διάστημα εμπιστοσύνης δεν περιέχει το 0. Επομένως ο μέσος όρος των διαιτολόγων στην πόλη είναι 2 και στην περιφέρεια είναι 0.



Γράφημα 2

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Στο γράφημα 2 παρατηρούμε ότι τα νοσοκομεία που βρίσκονται σε μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα-Θεσσαλονίκη), παρουσιάζουν μεγαλύτερη διαθεσιμότητα διαιτολόγων, σε σύγκριση με τα νοσοκομεία της περιφέρειας. Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσοκομείων της περιφέρειας, απασχολούν έναν ή κανέναν διαιτολόγο.

3.Συσχετισμός αριθμός κλινών στο νοσοκομείο με τον αριθμό διαιτολόγων που διαθέτουν

Πίνακας 3α

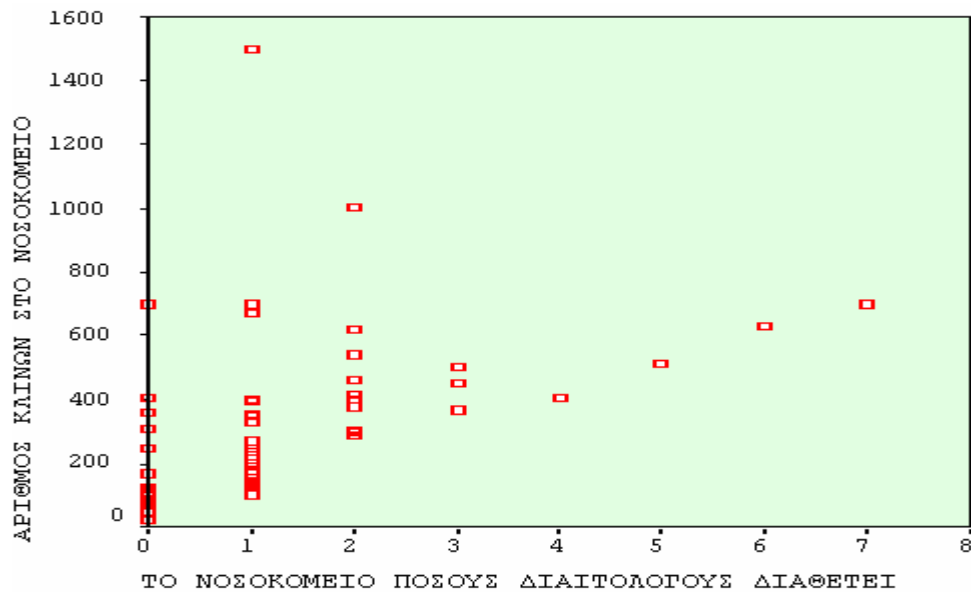
|  |   | <b>Correlations</b>                     |  |
|--|---|---|--|
|  |   | ΑΡΙΘΜΟΣ<br>ΚΛΙΝΩΝ ΣΤΟ<br>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙ<br>Ο | ΤΟ<br>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙ<br>Ο ΠΟΣΟΥΣ<br>ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟ<br>ΥΣ ΔΙΑΘΕΤΕΙ |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΣΤΟ<br>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ                 | Pearson Correlation<br>Sig. (2-tailed)<br>N | 1<br>.<br>70                            | ,482**<br>,000<br>69                                     |
| ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ<br>ΠΟΣΟΥΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ:<br>ΔΙΑΘΕΤΕΙ | Pearson Correlation<br>Sig. (2-tailed)<br>N | ,482**<br>,000<br>69                    | 1<br>.<br>69   |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο αριθμός διαιτολόγων που διαθέτει ένα νοσοκομείο παρουσιάζει ισχυρή θετική συσχέτιση με τον αριθμό κλινών με δείκτη Pearson 0,482 και με  $p=0,001$  μικρότερο του 0,01. Άρα φαίνεται ότι υπάρχει ομοιόμορφη κατανομή των διαιτολόγων ανά κλίνες, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι σε όλα τα νοσοκομεία είναι επαρκείς οι υπηρεσίες της διαιτητικής.

Πίνακας 3β: Αριθμός κλινών στο νοσοκομείο \* Το νοσοκομείο πρόσυς διαπολόγους διαθέτει

| Count      |      | Crosstabulation                            |    |    |   |   |   |   |   | Total |
|------------|------|--|----|----|---|---|---|---|---|-------|
|            |      | ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΟΣΟΥΣ ΔΙΑΪΤΟΛΟΓΟΥΣ ΔΙΑΘΕΤΕΙ |    |    |   |   |   |   |   |       |
|            |      | 0  | 1  | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |       |
| ΑΡΙΘΜΟΣ    | 25   | 1  |    |    |   |   |   |   |   | 1     |
| ΚΛΙΝΩΝ ΣΤΟ | 50   | 1  |    |    |   |   |   |   |   | 1     |
| ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ | 68   | 1  |    |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 75   | 1  |    |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 80   | 2  |    |    |   |   |   |   |   | 2     |
|            | 86   | 1  |    |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 94   | 1  |    |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 100  |  | 3  |    |   |   |   |   |   | 3     |
|            | 106  | 1  |    |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 114  | 1  |    |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 120  | 5  |    |    |   |   |   |   |   | 5     |
|            | 122  | 1  |    |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 123  | 1  |    |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 127  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 134  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 143  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 144  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 167  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 170  | 1  | 1  |    |   |   |   |   |   | 2     |
|            | 177  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 191  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 201  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 216  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 238  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 246  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 248  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 250  | 1  |    |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 270  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 288  |  |    | 1  |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 300  |  |    | 1  |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 307  |  |    | 1  |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 310  | 1  |    |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 330  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 335  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 350  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 357  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 360  | 1  |    |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 369  |  |    |    | 1 |   |   |   |   | 1     |
|            | 380  |  |    | 1  |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 393  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 400  |  | 1  | 1  |   |   |   |   |   | 2     |
|            | 405  | 1  |    |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 408  |  |    |    |   | 1 |   |   |   | 1     |
|            | 415  |  |    | 1  |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 450  |  |    |    | 1 |   |   |   |   | 1     |
|            | 460  |  |    | 2  |   |   |   |   |   | 2     |
|            | 462  |  |    | 1  |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 500  |  |    |    | 2 |   |   |   |   | 2     |
|            | 510  |  |    |    |   |   | 1 |   |   | 1     |
|            | 541  |  |    | 1  |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 617  |  |    | 1  |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 631  |  |    |    |   |   |   | 1 |   | 1     |
|            | 671  |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 697  | 1  |    |    |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 700  |  | 1  |    |   |   |   |   | 1 | 2     |
|            | 1000 |  |    | 1  |   |   |   |   |   | 1     |
|            | 1500 |  | 1  |    |   |   |   |   |   | 1     |
| Total      |      | 23   | 26 | 12 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 69    |



Γραφήμα 3

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Παρόλα αυτά στον πίνακα 3β παρατηρείται ότι α) σε νοσοκομείο με δυναμικότητα 1500 κλινών, υπάρχει μόνο ένας διαθέσιμος διαιτολόγος β) Σε νοσοκομείο με δυναμικότητα 1000 κλινών οι διαθέσιμοι διαιτολόγοι είναι μόλις δυο, ενώ γ) νοσοκομεία με αριθμό κλινών 697, 405 και 360 κλίνες δεν διαθέτουν διαιτολόγο. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι σε νοσοκομεία με μεγάλη δυναμικότητα κλινών παρουσιάζεται ισχυρή έλλειψη διαιτολόγων και άρα παροχής διαιτητικών υπηρεσιών. Είναι παράδοξο νοσοκομεία 1500 και 1000 κλινών, να διαθέτουν μόνο έναν ή δύο διαιτολόγους. Είναι εύκολο να κατανοήσουμε ότι στα συγκεκριμένα νοσοκομεία η παροχή των διαιτητικών υπηρεσιών είναι σχεδόν ανύπαρκτη, αν αναλογιστεί κάποιος ότι μόνο ένας ή δύο διαιτολόγοι δεν είναι ικανοί να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε τόσο μεγάλο αριθμό ασθενών και να σχεδιάζουν ατομικό σιτηρέσιο σε κάθε ασθενή ξεχωριστά. Συμπεραίνουμε ότι τα ελληνικά νοσοκομεία δεν διαθέτουν το ανάλογο προσωπικό για την επαρκή διατροφική περίθαλψη των ασθενών, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται επαγωγικά και η ποιότητα της παρεχόμενης Διαιτητικής φροντίδας.

4. Συσχετισμός αν το νοσοκομείο είναι πανεπιστημιακό ή έχει πανεπιστημιακές κλινικές με τον αριθμό των διαιτολόγων που διαθέτουν.

Πίνακας 4α

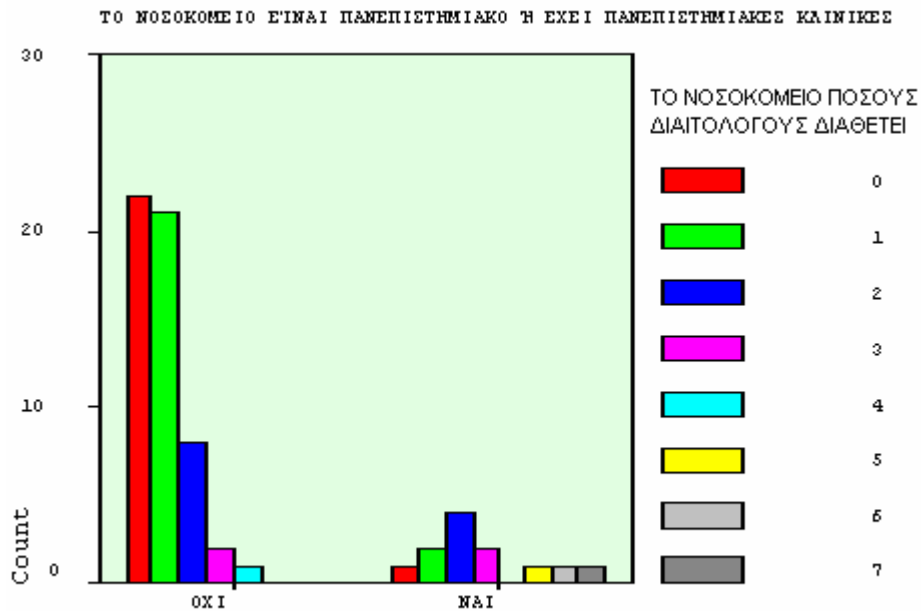
| <b>Correlations</b>   |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
|   |                                      | ΤΟ<br>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙ<br>Ο ΠΟΣΟΥΣ<br>ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟ<br>ΥΣ ΔΙΑΘΕΤΕΙ | ΤΟ<br>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙ<br>Ο ΕΙΝΑΙ<br>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜ<br>ΙΑΚΟ Ή ΕΧΕΙ<br>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜ<br>ΙΑΚΕΣ<br>ΚΛΙΝΙΚΕΣ |
| ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ<br>ΠΟΣΟΥΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥΣ<br>ΔΙΑΘΕΤΕΙ                            | Pearson Correlation                  | 1  | ,532**   |
|   | Sig. (2-tailed)                      | .  | ,000   |
|   | Sum of Squares and<br>Cross-products | 133,739  | 19,273   |
|   | Covariance                           | 1,967  | ,297   |
|   | N                                    | 69   | 66   |
| ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΝΑΙ<br>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Ή<br>ΕΧΕΙ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΕΣ<br>ΚΛΙΝΙΚΕΣ | Pearson Correlation                  | ,532**   | 1  |
|   | Sig. (2-tailed)                      | ,000   | .  |
|   | Sum of Squares and<br>Cross-products | 19,273   | 10,478   |
|   | Covariance                           | ,297   | ,159   |
|   | N                                    | 66   | 67   |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας 4β

| ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΟΣΟΥΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥΣ ΔΙΑΘΕΤΕΙ |         |        |           |         |               |                       |
|--|---------|--------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΝΑΙ<br>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Ή    |         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative<br>Percent |
| .  | Valid   | 1      | 3         | 100,0   | 100,0         | 100,0                 |
| ΟΧΙ  | Valid   | 0      | 22        | 40,7    | 40,7          | 40,7                  |
|  |         | 1      | 21        | 38,9    | 38,9          | 79,6                  |
|  |         | 2      | 8         | 14,8    | 14,8          | 94,4                  |
|  |         | 3      | 2         | 3,7     | 3,7           | 98,1                  |
|  |         | 4      | 1         | 1,9     | 1,9           | 100,0                 |
|  |         | Total  |           | 54      | 100,0         | 100,0                 |
| ΝΑΙ  | Valid   | 0      | 1         | 7,7     | 8,3           | 8,3                   |
|  |         | 1      | 2         | 15,4    | 16,7          | 25,0                  |
|  |         | 2      | 4         | 30,8    | 33,3          | 58,3                  |
|  |         | 3      | 2         | 15,4    | 16,7          | 75,0                  |
|  |         | 5      | 1         | 7,7     | 8,3           | 83,3                  |
|  |         | 6      | 1         | 7,7     | 8,3           | 91,7                  |
|  |         | 7      | 1         | 7,7     | 8,3           | 100,0                 |
|  |         | Total  |           | 12      | 92,3          | 100,0                 |
|  | Missing | System | 1         | 7,7     |               |                       |
|  | Total   |        | 13        | 100,0   |               |                       |





Γράφημα 4

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο αριθμός των διαιτολόγων που διαθέτει ένα νοσοκομείο παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με τον αν είναι πανεπιστημιακό, με δείκτη Pearson 0,532 και με  $p=0,001 < 0,01$ .

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Στον πίνακα 4β παρατηρείται ότι τα νοσοκομεία που δεν είναι πανεπιστημιακά ή δεν έχουν πανεπιστημιακές κλινικές, σε μεγάλο ποσοστό εμφανίζονται να έχουν έναν ή κανέναν διαιτολόγο, και σε μικρότερο ποσοστό να διαθέτουν δύο έως τέσσερις διαιτολόγους. Σε αντίθεση νοσοκομεία τα οποία είναι πανεπιστημιακά διαθέτουν από μηδέν έως και επτά διαιτολόγους. Από αυτό συμπεραίνουμε ότι τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία έχουν περισσότερες πιθανότητες οι διαιτητικές τους υπηρεσίες να είναι επαρκείς, εφόσον εμφανίζεται μεγαλύτερη διαθεσιμότητα διαιτολόγων σε αυτά (μέχρι και επτά διαιτολόγους).

5. Συσχετισμός αριθμός κλινών στο νοσοκομείο με τον αριθμό διαιτολόγων που θεωρούν απαραίτητους για επαρκή παροχή υπηρεσιών διαιτητικής στο νοσοκομείο.

Πίνακας 5α

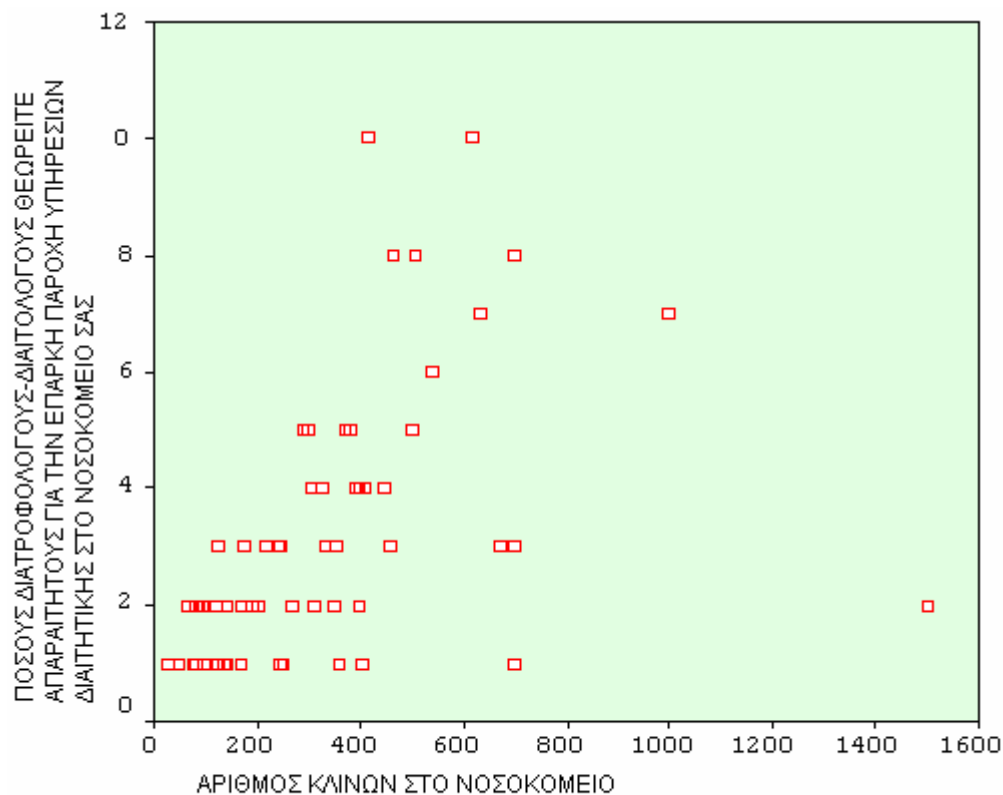
| <b>Correlations</b>  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  |   | ΑΡΙΘΜΟΣ<br>ΚΛΙΝΩΝ ΣΤΟ<br>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙ<br>Ο | ΠΟΣΟΥΣ<br>ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟ<br>ΥΣ<br>-ΔΙΑΤΡΟΦΟΛ<br>ΟΓΟΥΣ<br>ΘΕΩΡΕΙΤΕ<br>ΑΠΑΡΑΙΤΗ<br>ΟΥΣ ΓΙΑ<br>ΕΠΑΡΚΗ<br>ΠΑΡΟΧΗ<br>ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ<br>ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ<br>ΣΤΟ<br>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙ<br>Ο ΣΑΣ |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΣΤΟ<br>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ   | Pearson Correlation<br>Sig. (2-tailed)<br>N | 1<br>,<br>70                            | ,498**<br>,000<br>67  |
| ΠΟΣΟΥΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥΣ<br>-ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΥΣ<br>ΘΕΩΡΕΙΤΕ<br>ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΥΣ ΓΙΑ<br>ΕΠΑΡΚΗ ΠΑΡΟΧΗ<br>ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ<br>ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ | Pearson Correlation<br>Sig. (2-tailed)<br>N | ,498**<br>,000<br>67                    | 1<br>,<br>67  |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο αριθμός κλινών που διαθέτει ένα νοσοκομείο παρουσιάζει ισχυρή θετική συσχέτιση με τον αριθμό των απαραίτητων διαιτολόγων για την επαρκή παροχή υπηρεσιών διαιτητικής με δείκτη Pearson 0,498 και με  $p=0,001$  μικρότερο του 0,01. Όμως παρατηρούνται και παράδοξα φαινόμενα, όπως σε νοσοκομείο 1500 κλινών θεωρείται απαραίτητος αριθμός διαιτολόγων 2, σε 700 κλίνες ένας, και σε 400 κλίνες 10.

Πίνακας 5B: Αριθμός κλινών στο νοσοκομείο \* Πόσους διαιτολόγους-διατροφολόγους θεωρείτε απαραίτητους για επαρκή παροχή υπηρεσιών διαιτητικής στο νοσοκομείο σας

| Count      |      | Crosstabulation  |    |    |   |   |   |   |   |    | Total |
|------------|------|--|----|----|---|---|---|---|---|----|-------|
|            |      | ΟΥΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥΣ -ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΥΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΥΣ ΓΙΑ ΕΠΑΡΚΗ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ |    |    |   |   |   |   |   |    |       |
|            |      | 1  | 2  | 3  | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 10 |       |
| ΑΡΙΘΜΟΣ    | 25   | 1  |    |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
| ΚΛΙΝΩΝ ΣΤΟ | 50   | 1  |    |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
| ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ | 68   |  | 1  |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 75   | 1  |    |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 80   | 2  |    |    |   |   |   |   |   |    | 2     |
|            | 83   |  | 1  |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 86   |  | 1  |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 94   |  | 1  |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 100  |  | 2  |    |   |   |   |   |   |    | 2     |
|            | 106  | 1  |    |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 120  | 4  | 1  |    |   |   |   |   |   |    | 5     |
|            | 123  | 1  |    |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 127  |  |    | 1  |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 134  | 1  |    |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 143  |  | 1  |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 144  | 1  |    |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 167  |  | 1  |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 170  | 1  | 1  |    |   |   |   |   |   |    | 2     |
|            | 177  |  |    | 1  |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 191  |  | 1  |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 201  |  | 1  |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 216  |  |    | 1  |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 238  |  |    | 1  |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 246  |  |    | 1  |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 248  | 1  |    |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 250  | 1  |    |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 270  |  | 1  |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 288  |  |    |    |   | 1 |   |   |   |    | 1     |
|            | 300  |  |    |    |   | 1 |   |   |   |    | 1     |
|            | 307  |  |    |    | 1 |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 310  |  | 1  |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 330  |  |    |    | 1 |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 335  |  |    | 1  |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 350  |  | 1  |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 357  |  |    | 1  |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 360  | 1  |    |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 369  |  |    |    |   | 1 |   |   |   |    | 1     |
|            | 380  |  |    |    |   | 1 |   |   |   |    | 1     |
|            | 393  |  |    |    | 1 |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 400  |  | 1  |    | 1 |   |   |   |   |    | 2     |
|            | 405  | 1  |    |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 408  |  |    |    | 1 |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 415  |  |    |    |   |   |   |   |   | 1  | 1     |
|            | 450  |  |    |    | 1 |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 460  |  |    | 2  |   |   |   |   |   |    | 2     |
|            | 462  |  |    |    |   |   |   | 1 |   |    | 1     |
|            | 500  |  |    |    |   | 2 |   |   |   |    | 2     |
|            | 510  |  |    |    |   |   |   | 1 |   |    | 1     |
|            | 541  |  |    |    |   |   | 1 |   |   |    | 1     |
|            | 617  |  |    |    |   |   |   |   |   | 1  | 1     |
|            | 631  |  |    |    |   |   |   | 1 |   |    | 1     |
|            | 671  |  |    | 1  |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 697  | 1  |    |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
|            | 700  |  |    | 1  |   |   |   | 1 |   |    | 2     |
|            | 1000 |  |    |    |   |   |   | 1 |   |    | 1     |
|            | 1500 |  | 1  |    |   |   |   |   |   |    | 1     |
| Total      |      | 19   | 17 | 11 | 6 | 6 | 1 | 2 | 3 | 2  | 67    |



Γράφημα 5

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Στον πίνακα 5.β παρουσιάζεται ότι νοσοκομείο 1.500 κλινών, θεωρεί δύο διαιτολόγους απαραίτητους, για να είναι επαρκής η παροχή των διαιτητικών υπηρεσιών. Αντίθετα νοσοκομείο με 400 περίπου κλίνες, θεωρεί απαραίτητους δέκα. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι σε ορισμένες διοικήσεις νοσοκομείων δεν υπάρχει αντίληψη για τον τρόπο οργάνωσης και τη σημαντικότητα των διαιτητικών υπηρεσιών. Αυτό φαίνεται και από το γεγονός ότι δεν μπορούν να καθορίσουν πόσοι διαιτολόγοι είναι απαραίτητοι, ανάλογα με τον αριθμό κλινών που διαθέτει κάθε νοσοκομείο, έτσι ώστε να καλύπτονται επαρκώς οι διαιτητικές υπηρεσίες.

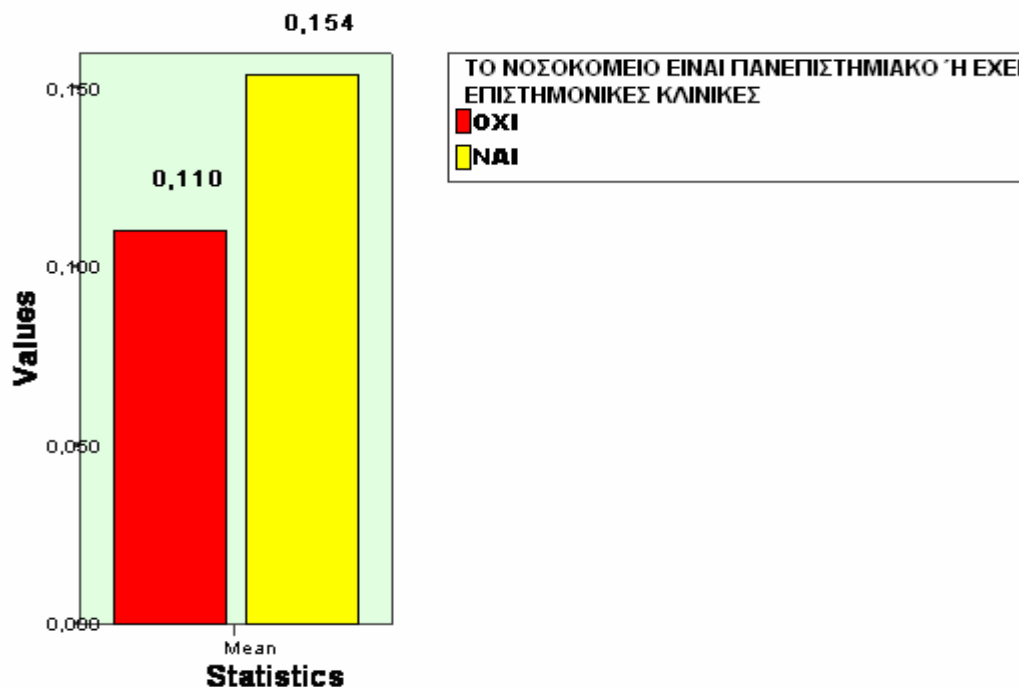
6. Συσχετισμός πανεπιστημιακού νοσοκομείου με την ύπαρξη Ομάδας Διατροφικής-Διαιτολογικής Υποστήριξης

Πίνακας 6

|   | Case Processing Summary |         |          |         |       |         |
|---|-------------------------|---------|----------|---------|-------|---------|
|   | Cases                   |         |          |         |       |         |
|   | Included                |         | Excluded |         | Total |         |
|   | N                       | Percent | N        | Percent | N     | Percent |
| ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΟΜΑΔΑ ΔΙΑΙΤ ΔΙΑΤΡΟΦ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ * ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Ή ΕΧΕΙ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ | 67                      | 95,7%   | 3        | 4,3%    | 70    | 100,0%  |

## Report

Variables: ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΟΜΑΔΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ



Γράφημα 6

**ΣΧΟΛΙΟ:** Από το γράφημα 6 διαπιστώνουμε ότι τα νοσοκομεία που είναι πανεπιστημιακά διαθέτουν Ομάδα Διατροφικής Υποστήριξης με ελάχιστη διαφορά από τα νοσοκομεία που δεν είναι πανεπιστημιακά.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Από μια έρευνα (Survey of Nutrition in Therapy in Portugal, 2003), που πραγματοποιήθηκε στην Πορτογαλία, έδειξε ότι Ομάδα διατροφικής υποστήριξης παρουσίαζε το 34% των νοσοκομείων ,40% εκ των οποίων ήταν πανεπιστημιακά.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, έδειξαν ότι από τα 13 νοσοκομεία που είναι πανεπιστημιακά ή έχουν πανεπιστημιακές κλινικές, μόνο 5 διαθέτουν Ομάδα Διατροφικής Υποστήριξης.

## 7. Συσχετισμός πανεπιστημιακού νοσοκομείου με την ύπαρξη λογισμικού.

Πίνακας 7α

**Report**

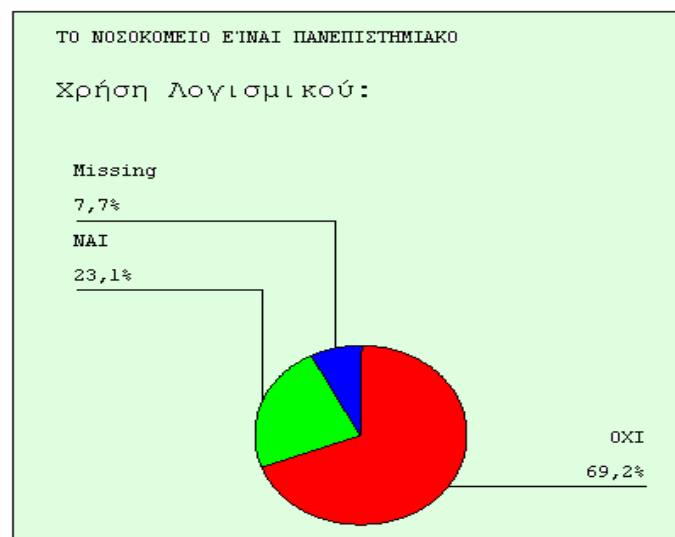
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΛΟΓΙΣΜΙΚΟ (software) ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ

| ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΊΝΑΙ | Mean |
|---------------------|------|
| ΟΧΙ                 | ,17  |
| ΝΑΙ                 | ,23  |

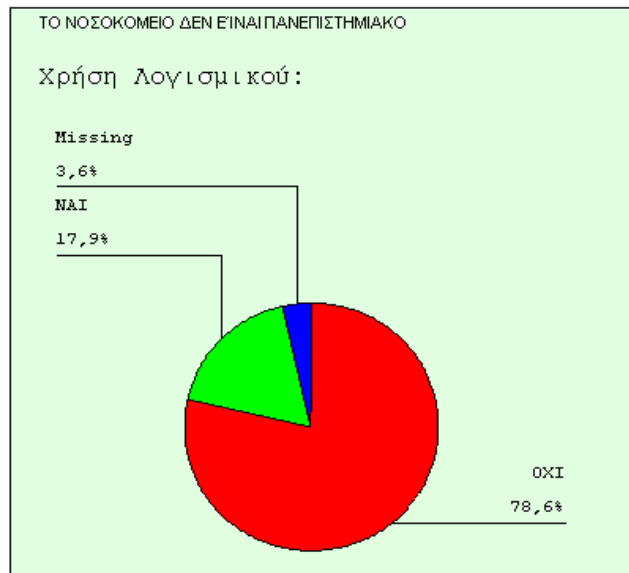
Πίνακας 7β

**Case Processing Summary**

|  | Cases    |         |          |         |       |         |
|--|----------|---------|----------|---------|-------|---------|
|  | Included |         | Excluded |         | Total |         |
|  | N        | Percent | N        | Percent | N     | Percent |
| ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΛΟΓΙΣΜΙΚΟ (software) ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ * ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΊΝΑΙ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Ή ΕΧΕΙ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ | 66       | 94,3%   | 4        | 5,7%    | 70    | 100,0%  |



Γράφημα 7



Γράφημα 7

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Από τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία το 23% χρησιμοποιούν λογισμικό ενώ από τα μη πανεπιστημιακά το 17%

**ΣΧΟΛΙΟ:** Τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία χρησιμοποιούν λογισμικό, με ελάχιστη διαφορά από τα νοσοκομεία που δεν είναι πανεπιστημιακά.



8. Συσχετισμός αν το νοσοκομείο παρέχει εκπαίδευση σε προπτυχιακούς φοιτητές ιατρικής με τον αριθμό των διαιτολόγων που διαθέτει.

Πίνακας 8α

|  |   | ΤΟ<br>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙ<br>Ο ΠΑΡΕΧΕΙ<br>ΕΚΠΑΙΔΕΥΣ<br>Η ΣΕ<br>ΠΡΟΠΤΥΧΙΑ<br>ΚΟΥΣ<br>ΦΟΙΤΗΤΕΣ<br>ΙΑΤΡΙΚΗΣ | ΤΟ<br>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙ<br>Ο ΠΟΣΟΥΣ<br>ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟ<br>ΥΣ ΔΙΑΘΕΤΕΙ |
|--|---|--|--|
| ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ<br>ΠΑΡΕΧΕΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ<br>ΣΕ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΟΥΣ<br>ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ | Pearson Correlation<br>Sig. (2-tailed)<br>N | 1<br>.<br>68   | ,295*<br>,015<br>68                                      |
| ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ<br>ΠΟΣΟΥΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥΣ<br>ΔΙΑΘΕΤΕΙ                             | Pearson Correlation<br>Sig. (2-tailed)<br>N | ,295*<br>,015<br>68  | 1<br>.<br>69   |

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Πίνακας 8β

## Descriptives

ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΟΣΟΥΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥΣ ΔΙΑΘΕΤΕΙ

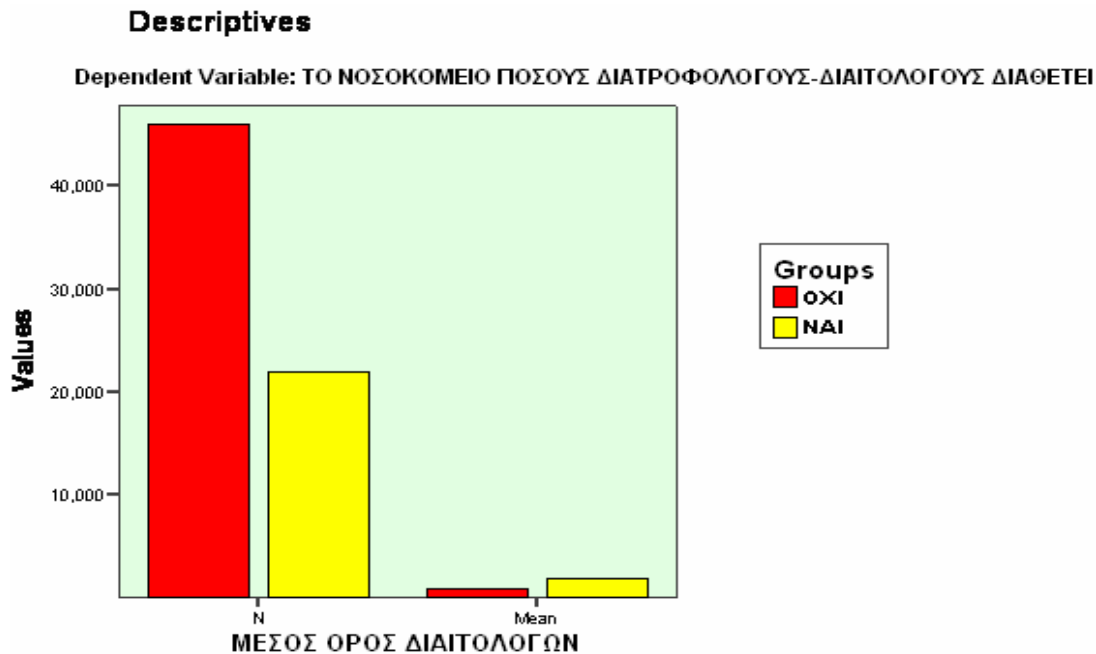
|  | N  | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean |             | Minimum | Maximum |
|--|----|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
|  |    |      |                |            | Lower Bound                      | Upper Bound |         |         |
|  | 46 | ,93  | ,952           | ,140       | ,65                              | 1,22        | 0       | 4       |
|  | 22 | 1,82 | 1,967          | ,419       | ,95                              | 2,69        | 0       | 7       |
|  | 68 | 1,22 | 1,413          | ,171       | ,88                              | 1,56        | 0       | 7       |

Πίνακας 8γ

## ANOVA

ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΟΣΟΥΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥΣ ΔΙΑΘΕΤΕΙ

|                | Sum of Squares | df | Mean Square | F     | Sig. |
|----------------|----------------|----|-------------|-------|------|
| Between Groups | 11,614         | 1  | 11,614      | 6,279 | ,015 |
| Within Groups  | 122,077        | 66 | 1,850       |       |      |
| Total          | 133,691        | 67 |             |       |      |



Γράφημα 8

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο αριθμός των διαιτολόγων που διαθέτει ένα νοσοκομείο, παρουσιάζει απλή συσχέτιση, με δείκτη Pearson 0,295 και με  $p=0,015 < 0,05$ . Η σύγκριση του αριθμού των διαιτολόγων που διαθέτει το νοσοκομείο, ανάλογα με το αν το νοσοκομείο παρέχει εκπαίδευση σε προπτυχιακούς φοιτητές ιατρικής, έχει λόγο  $F=6,2$  (λόγος μέσω τετραγώνων μεταξύ ομάδων) και πιθανότητα λόγου  $0,001 < 0,01$  επομένως παρουσιάζει απλή συσχέτιση, με  $df=66$  (βαθμοί ελευθερίας). Υπάρχει σημαντική διαφορά των μέσων όρων νοσοκομείων που παρέχουν εκπαίδευση σε προπτυχιακούς φοιτητές (1,82) διαιτολόγους και νοσοκομεία που δεν παρέχουν (0,93) με  $df=66$  ανάμεσα στα group. Επομένως ο μέσος όρος των διαιτολόγων στα νοσοκομεία που παρέχουν εκπαίδευση σε προπτυχιακούς φοιτητές ιατρικής είναι δυο (2) και στα νοσοκομεία που δεν παρέχουν είναι ένας(1).

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Τα νοσοκομεία που παρέχουν εκπαίδευση σε προπτυχιακούς φοιτητές ιατρικής παρουσιάζεται να διαθέτουν περισσότερους διαιτολόγους. Μέσα από την συναναστροφή των φοιτητών ιατρικής με τους διαιτολόγους μπαίνουν οι βάσεις για την καλύτερη συνεργασία μεταξύ τους.

## 9. Μέσος όρος διαιτολόγων ανά αριθμό κλινών στα Ελληνικά Νοσοκομεία

Πίνακας 9

**Descriptive Statistics**

|  | Mean   | Std. Deviation | N  |
|--|--------|----------------|----|
| ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ<br>ΠΟΣΟΥΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥΣ<br>ΔΙΑΘΕΤΕΙ | 1,22   | 1,402          | 69 |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΣΤΟ<br>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ                 | 308,63 | 247,490        | 70 |
| ΠΟΛΗ-ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ                                  | 1,59   | ,496           | 70 |

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Από τον πίνακα 9 παρατηρείται ότι, σε περίπου 308 κλίνες αντιστοιχεί ένας διαιτολόγος, ο οποίος, όπως είναι φυσιολογικό, αδυνατεί να σχεδιάσει ατομικό σιτηρέσιο προσαρμοσμένο στις εξατομικευμένες ανάγκες και απαιτήσεις του κάθε ασθενή.

## ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΤΙΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

Οι διαφορές που παρατηρήθηκαν στις τιμές των μεταβλητών σε σχέση με τις έρευνες που αναφέραμε στην συζήτηση, οφείλονται πιθανότατα στους εξής παράγοντες:

1. Το δείγμα ήταν μικρότερο σε σχέση με τις έρευνες, με τις οποίες γίνεται σύγκριση.
2. Διαφορετική χρονολογία πραγματοποίησης ερευνών.
3. Διαφορετική οργάνωση των νοσοκομειακών μονάδων ανά χώρα.
4. Σφάλματα κάθε καταγραφής

## Γ) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Μέσω της παρούσας καταγραφής των διαιτητικών υπηρεσιών στα ελληνικά νοσοκομεία, απορρέουν κάποια συμπεράσματα, τα οποία χρίζουν ιδιαίτερης αναφοράς:

- Παρατηρήθηκε μη επαρκής κάλυψη διαιτολόγων (κυρίως στην περιφέρεια) στα νοσοκομεία, αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι:
  - α) σε σύνολο 70 νοσοκομείων, 23 από αυτά δεν διαθέτουν διαιτολόγο.
  - β) σε 21.600 κλίνες αντιστοιχούν 84 διαιτολόγοι (κατά μέσον όρο ένας διαιτολόγος ανά 308 ασθενείς περίπου).
  - γ) από τις 204 θέσεις διαιτολόγων που τα νοσοκομεία θεωρούν απαραίτητες, για να έχουν επαρκή κάλυψη διαιτητικών υπηρεσιών είναι καλυμμένες μόνο οι 84.
- Παρατηρήθηκε απουσία διαιτολόγου στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η ύπαρξη του οποίου, είναι αναγκαία ώστε να αντιμετωπίζεται ο κάθε ασθενής, διατροφικά, σε συνδυασμό με την ψυχική του και σωματική του ( παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία κλπ.) ασθένεια.
- Παρατηρήθηκε αδυναμία σύστασης Ομάδας Διαιτολογικής-Διατροφικής Υποστήριξης.
- Παρατηρήθηκε απουσία συμμετοχής των διαιτολόγων στην διαδικασία επιλογής και χορήγησης εντερικών και παρεντερικών διατροφικών σχημάτων. Αυτό οφείλεται:
  - α) στην αδυναμία συνεργασίας μεταξύ των ειδικοτήτων, που σχετίζονται με το θέμα (ιατροί, διαιτολόγοι, φαρμακοποιοί, νοσηλευτές κτλ).
  - β) στην μη ύπαρξη εξειδικευμένης εκπαίδευσης των διαιτολόγων πάνω σε θέματα τεχνητής διατροφής (μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών).
- Απουσία χρήσης λογισμικού συνεπώς αδυναμία σχεδιασμού ατομικού σιτηρεσίου προσαρμοσμένο στις εξατομικευμένες ανάγκες και απαιτήσεις του κάθε ασθενή.

- Έλλειψη καθορισμού και διαχωρισμού αρμοδιοτήτων των διαιτολόγων σε κλινικά και διοικητικά θέματα. Στην χώρα μας παρατηρείται απουσία διοικητικού διαιτολόγου (εξειδικευμένος μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών.)
- Τα μεγαλύτερα παιδιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας σε δυναμικότητα κλινών, δήλωσαν επάρκεια διαιτολόγων και από τις απαντήσεις τους είναι εμφανές ότι έχουν πλήρη παροχή διαιτητικών υπηρεσιών.

**ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ:**

Στον χώρο του νοσοκομείου η κάλυψη των διατροφικών αναγκών των νοσηλευομένων ασθενών αποτελεί πολυσύνθετη και χρονοβόρα διαδικασία που κατά κανόνα, πρέπει να διεκπεραιωθεί μέσα σε στενά χρονικά περιθώρια. Η συνθετότητα έγκειται στο γεγονός ότι για να οριστεί, να παρασκευαστεί και να διατεθεί ένα διατροφικό σχήμα, απαιτείται η διαδοχική συνεργασία ασθενή-ιατρού-διαιτολόγου-Τμήματος διατροφής.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής προέκυψε ότι η κατάσταση των διαιτητικών υπηρεσιών στα Ελληνικά νοσοκομεία δεν είναι ικανοποιητική. Για την βελτίωση της κατάστασης αυτής πρωταρχική σημασία έχει η ομοιόμορφη κατανομή του αριθμού των διαιτολόγων ανά νοσοκομειακές κλίνες, έτσι ώστε να είναι επαρκείς οι διαιτητικές υπηρεσίες. Ένας άλλος λόγος για τον οποίο θα έπρεπε να βελτιωθεί η παροχή διαιτητικών υπηρεσιών είναι η μείωση του κόστους υπηρεσιών διατροφής. Αυτό επιτυγχάνεται είτε μέσω της γρήγορης ανάρρωσης των ασθενών (προσλαμβάνουν καλύτερη ποιότητα και κατάλληλη ποσότητα τροφής), είτε με την ελάττωση των χαμένων γευμάτων.

Επιπλέον είναι καλό να εφαρμοστούν πρότυπα ποιότητας (π.χ. GCP, HACCP, ISO 9001 κλπ) για την σίτιση των ασθενών και την εστίαση του προσωπικού που θα συμβάλλουν ουσιαστικά στην κατεύθυνση της επίτευξης της ολικής ποιότητας, ενώ παράλληλα θα αυξήσουν τη δυνατότητα του Τμήματος Διατροφής, έτσι ώστε να γίνει μέρος των εξελίξεων τόσο μέσα στο νοσοκομείο όσο και στον ευρύτερο χώρο της δημόσιας υγείας (Μπόσκου Γεώργιος, Αθήνα 2005).

Θα πρέπει επίσης να αναβαθμιστεί η εκπαίδευση σε μεταπτυχιακό επίπεδο, έτσι ώστε να δίνετε η δυνατότητα παροχής τίτλου (διοικητικού διαιτολόγου και διαιτολόγου εξειδικευμένου σε θέματα εντερικής και παρεντερικής διατροφής).

Οι κενές θέσεις των διαιτολόγων στα νοσοκομεία θα μπορούσαν να καλυφθούν από το δυναμικό των απόφοιτων όλων των σχολών Διαιτολογίας-Διατροφής και ιδιαίτερα των

απόφοιτων ΤΕΙ, οι οποίοι μέχρι τώρα δεν συμμετείχαν στην στελέχωση των τμημάτων διατροφής των νοσοκομείων. Η άποψη αυτή δεν είναι μόνο δική μας, αλλά και του Υπουργείου Παιδείας, όπου μέσω της εγκυκλίου Κ. Σούτσα (Παράρτημα 4) που στάλθηκε στο Υπουργείο Υγείας, όχι μόνο αναδεικνύεται και προβάλλει το γνωστικό πεδίο των αποφοίτων ΤΕΙ, αλλά και τους προτρέπει να τους επιλέγουν.

Ευελπιστούμε μέσω της έρευνας αυτής να αναδείξουμε την σπουδαιότητα του ρόλου του διαιτολόγου και να αποτρέψουμε την κοινή αντίληψη, ότι όσοι απευθύνονται σε αυτούς, το κάνουν για λόγους καθαρά αισθητικούς. Πρέπει πλέον να ληφθεί υπόψη ότι οι διαιτολόγοι είναι απαραίτητοι για την στελέχωση των νοσοκομειακών μονάδων ως αναγκαίοι συνεργάτες των ιατρών και πολύτιμοι καθοδηγητές των ασθενών.



## Κίνδυνοι που επηρεάζουν το μέλλον της διαιτολογίας

Από την έρευνά μας προέκυψε ότι για να είναι ευοίωνο το μέλλον της διαιτολογίας, πρέπει να επιλυθούν οι παρακάτω κίνδυνοι:

5. Η έλλειψη σωστής ενημέρωσης του κοινού για την σπουδαιότητα της διατροφής και την αναγκαιότητα του διαιτολόγου, ως αρωγού της καλής υγείας. Η κοινή αντίληψη για τους διαιτολόγους είναι ότι σε αυτούς απευθύνονται τα άτομα για λόγους καθαρά αισθητικούς και όχι για λόγους υγείας.
6. Τα ιστιπούτα αδυνατίσματος, λειτουργούν με συγκεκριμένα προγράμματα αδυνατίσματος που βασίζονται σε εξαντλητικές δίαιτες και μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας και όχι στην ισορροπημένη διατροφή και στην αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ραγδαία απώλεια βάρους, που μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας.
7. Τα λανθασμένα πρότυπα διατροφής που προβάλλονται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και η χρησιμοποίησή τους από ορισμένους διαιτολόγους, εκμεταλλεόμενοι την ανάγκη των ατόμων για γρήγορη απώλεια βάρους (π.χ. δίαιτα Atkins, δίαιτα της ζώνης, δίαιτα της ομάδας αίματος κ.α.).
8. Η εφαρμογή της διαιτολογίας από άτομα που δεν έχουν πιστοποιημένες γνώσεις.
9. Η άγνοια της αναγκαιότητας του διαιτολόγου στην στελέχωση του τμήματος διατροφής ενός νοσοκομείου από τους υψηλά ιστάμενους.
10. Μη ύπαρξη ενιαίου συλλόγου για την διεκδίκηση των δικαιωμάτων των διαιτολόγων και την ανάδειξη της σπουδαιότητας του ρόλου τους. Μέσω της ένωσης όλων των συλλόγων Διαιτολογίας στην Ελλάδα, θα αυξηθεί η δυναμικότητα τους και θα αναβαθμιστούν η θέση και το κύρος τους.

11. Η έλλειψη συγκεκριμένων καθηκοντολογιών στα νοσοκομεία, με συνέπεια την δυσλειτουργία των τμημάτων Διατροφής, εφόσον ένα άτομο είναι αναγκασμένο να αναλαμβάνει ταυτόχρονα τις ευθύνες διαφορετικών ειδικοτήτων (π.χ. ο προϊστάμενος του Τμήματος Διατροφής, εκτελεί χρέη Διοικητικού Διαιτολόγου, Διαιτολόγου Δημόσιας Υγείας και Κλινικού Διαιτολόγου).
12. Έλλειψη εξειδικευμένων διαιτολόγων στη διατροφή συγκεκριμένων παθήσεων (π.χ. διαιτολόγοι εξειδικευμένοι στον σακχαρώδη διαβήτη, στη νεφροπάθεια, στη χορήγηση εντερικών και παρεντερικών διατροφικών σχημάτων), καθώς και σε διοικητικά καθήκοντα (μη ύπαρξη στην χώρα μας, ειδικότητας διοικητικού διαιτολόγου, ευθύνη του οποίου είναι η οργάνωση και η διοίκηση ενός διαιτολογικού τμήματος.)



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### 1. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Andrew Dalby, «Σειρήνια δείπνα», εκδ. Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης, Ηράκλειο, 2000: 36-37, 321-324.
2. Anne Marie Buttin, «Η κλασική Ελλάδα», εκδ. Περίπλους, Αθήνα, 2004: 255-256.
3. Horbat Husto, «Πυθαγόρας», εκδ. Νέα Εποχή, 1986.
4. Lederer Jean, Εγχειρίδιο Διαιτητικής, Ιατρικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2002.
5. Mary Courtney Moore, Διαιτολογία, εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000.
6. Thomas Ellrott -Volker Pudel, Θεραπεία της παχυσαρκίας, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2002.
7. Γαληνού, «Περί τροφών δυνάμεων», εκδ. Κάκτος, 2001.
8. Γιατράς Ν., Ο ρόλος του Διαιτολόγου στην Αγορά εργασίας, από το cd του Πανελληνίου Συλλόγου Διατροφολόγων-Διαιτολόγων-Τεχνολόγων Τροφίμων.
9. Δαφερέρα Τ., Ελλήνων Διατροφή «Μέτρον Ἄριστον», 136, τόμος Α, Αθήνα 2001 : 21-27,65.
10. Εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας: Α2γ/οικ.2468/87.
11. Ελληνική Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, προεδρικό διάταγμα, αριθμός 78, τεύχος 1°, αριθμός φύλλου 36, Αθήνα, 7 Φεβρουαρίου 1989.
12. Ενημερωτικό Φυλλάδιο, Πανελληνίου Συλλόγου Διατροφολόγων-Διατοφολόγων.
13. Ενημερωτικό Φυλλάδιο, Συνδέσμου Διαιτολόγων Κύπρου.
14. Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Επιτροπή Υπουργών, Απόφαση ResAP (2003)3, σχετικά με παροχή τροφίμων και τη διατροφική φροντίδα στο νοσοκομείο (Απόφαση που έχει υιοθετηθεί από την Επιτροπή Υπουργών στις 12 Νοεμβρίου 2003 στο πλαίσιο της 860ης συνάντησης των Εκπροσώπων των Υπουργών).
15. Ιπποκράτη, «Διαιτητική - Θεραπευτική», εκδ. Κάκτος, 1992.

16. Ιστορία των Ελλήνων, προϊστορικοί χρόνοι, τόμος 1, εκδόσεις. Δομή, Αθήνα 2005 : 586-590.
17. Καστή Α., Πρόγραμμα κατάρτισης προσωπικού εστίασης νοσοκομείων στην Κλινική Διατροφή και Διαιτολογία. Ημερίδα Ποιότητα και Ασφάλεια Τροφίμων στα Νοσοκομεία, 7 Απριλίου 2006.
18. Κατσιλάμπρος Ν., Κλινική Διατροφή, εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2004.
19. Κατσιλάμπρος Ν.Λ-Τσίγκος Κ., Παχυσαρκία. Η πρόληψη και η Αντιμετώπιση μιας Παγκόσμιας Επιδημίας, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα 2003.
20. Κόντου Ν.- Μπόσκος Γ., Πρόγραμμα κατάρτισης προσωπικού εστίασης νοσοκομείων στην Κλινική Διατροφή και Διαιτολογία. Ημερίδα Ποιότητα και Ασφάλεια Τροφίμων στα Νοσοκομεία, 7 Απριλίου 2006.
21. Λαμάρα Κελέσεβα-Ουμουδουμίδου, Σημειώσεις μαθήματος (Δεοντολογία Επαγγέλματος Διαιτολόγου-Διατροφολόγου, Θεσσαλονίκη, 2002.
22. Μεγάλη Σοβιετική Εγκυκλοπαίδεια, τόμος 9, εκδ. Ακάδημος, Αθήνα, Ιούνιος 1979 : 54,55.
23. Μπαμπινιώτης Γ., Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, εκδ. Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα 1998.
24. Μπόσκου Γεώργιος, «Ποιότητα Πάροχής Υπηρεσιών σε Μονάδες Διατροφής», Αθήνα 2005.
25. Ν. 1397/83.
26. ΠΔ. 87/86.
27. Περιοδικό Health & wellness: διατροφή, τεύχος 6, Δεκέμβριος 2005-Φεβρουάριος 2006
28. Πιπεράκης Σ., Τροφή-Διατροφή-Ανατροφή, εκδ. ΤΥΠΩΘΗΤΩ, Αθήνα, 2002.
29. Τζο Ρόμπινσον - Σιμοπούλου Α., Η Δίαιτα Ωμέγα, εκδ. Λιβάνη, Αθήνα, 2003.
30. Υπουργική Απόφαση: Α2γ/οικ.2654 ΦΕΚ 477/89, (αφορά τα συμβουλευτικά γραφεία διατροφής στα νοσοκομεία).

31. Χασαπίδου Μ.-Φαχαντίδου Α, Διατροφή για Υγεία, Άσκηση και Αθλητισμό, εκδ. University studio press, Θεσσαλονίκη, 2002.

## 2. ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. A.-M. Beck, Food and Nutritional care in hospitals: an European view, *Nutrition clinique et metadolisme* ,2003,(17):207-212.
2. Anand K, Baridalyne N, Moorthy D, Kapoor SK, Sankar R, Pandav CS. Ethical issues in public health policy. *Natl Med J. India* 2002 Mar-Apr. 15 (2) :97-100.
3. C. Elizabeth Weekes, Marinos Elia, Peter. W. Emery, The development, validation and reliability of nutrition screening tool based on the recommendation of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition,(BAPEN), *Clinical Nutrition* ,2004, (23):1104-1112.
4. Code of Ethics for the Profession of Dietetics. *J. Am Diet Assoc.* 188, Dec.88 (12):1592-6.
5. Code of ethics for the profession of dietetics. The American Dietetic Association. *J Am Diet Assoc.* 1999, Jan. 99 (1): 109-13.
6. Dalton S. What are the sources and standards of ethical judgment in dietetics? *J Am Diet Assoc* 1991, May, 91 (5): 545-6.
7. E. Shahg, T. Hasenderg, B Schlegel. A.B.Sterchi, K. Schindler, W.Druml, B Koletzko, R. Meier., An European survey of structure and organization of nutrition support teams in Germany, Austria and Switzerland, *Clinical Nutrition*,2005 (24):1005-1013.
8. Edelstein SF. Development of moral judgment and its relationship to the education and training of dietitians. *J Am Diet Assoc.* 1992 Aug. 92 (8) : 938-41.
9. European Federation of The Association of Dietitians (EFAD). European Academic and Practitioner standards for Dietetics, June 2005.

10. Flarey DL. Law & ethnics for clinicians. JONAS Health Law Ethics Regul 2002, Jun. 4 (2): 30-1.
11. Gonzalez MJ, Matos Vera MI, Miranda-Massari JR. Ethical issues in nutritional sciences for the next century: nutrition research and counseling on nutraceutical supplementation and disease. P R Health Sci J 2000, Jun. 19 (2): 161-3.
12. Health Professions Council, Standards of proficiency Dietitians.
13. Henrik Hojgaard Rasmussen, Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals, Clinical Nutrition, 2004, (23):1009-1015.
14. J. J Payne-James, C. J. De Gara, G. K. Grimble, D. B. A. Silk, Artificial nutrition support in hospitals in the United Kingdom- 1994: Third National Survey, Clinical Nutrition, 1995, (14): 329-335.
15. Jens Kondrup, Proper hospital nutrition as a human right, Clinical Nutrition, 2004,(23):135-137.
16. Maillet JO, Potter RL, Heller L. Position of the American Dietetic Association: ethical and legal issues in nutrition, hydration, and feeding. J Am Diet Assoc. 2002, May. 102 (5): 716-26.
17. Metin Senkal, Arno Dormann, Peter Stehle, Edward Shang, Ulrich Suchner, Survey on structure and performance of nutrition-support teams in Germany, Clinical Nutrition, 2002, 21(4):329-335.
18. N. Johansen, Effect of Nutritional support on clinical outcome in patients at nutritional risk, Clinical Nutrition, 2004, (23):539-550.
19. Olivier Gillot. Προς ένα Ευρωπαϊκό Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Ιατρικά Θέματα, 1988.
20. P. Ravasco, P. Martins, Ana Ruivo, Maria Ermelinda Camilo, Survey on the current practice of nutritional therapy in Portugal, Clinical Nutrition ,2004, (23):113-119.
21. Parks SC, Moody DL. A marketing model: applications for dietetic professionals. J Am Diet Assoc. 1986 Jan. 86 (1): 37-40, 43.

22. Pase PW, Bolton MP, Reeves RS. Ethics of obesity treatment: implications for dietitians.
23. Patricia S.A., Global Dietetics (2006)
24. Regenstein M, Nutrition support teams-alive, well, and still growing, Nutr Clin Pract, 1991, (7): 296-301.
25. Shanclin C.W., Hernandez H.N., Gould R.M., Gorman M.A., Documentation of time expenditures of clinical dietitians: Results of a statewide time study in Texas, Journal of the American Dietetic Association, January 1988, 88(1): 38-43.
26. Shiller MR. Ethical issues in nutrition care. J Am Diet Assoc. 1988 Jan. 88 (1): 13-5.
27. The British Dietetic Association, Clinical Effectiveness Strategy 2003-2006.
28. The British Dietetic Association, Safe Caseload Management, Professional Committee Briefing Paper No. 11, March 2001.
29. The Career Planning staff of Career Services at University of Tennessee, Knoxville, Nutrition, What can I do this degree?(1998, Revised 1999)
30. The Quality Assurance Agency for Higher Education, Benchmark statement: Health care programmes, phase 1.
31. Varsha Tarvady, MSc, PhD, RD, Nutritional Care in Indian Hospitals: Present and Future Role of Dietitians, Nutrition, 2003, (16):395.
32. Wall MG, Wellman NS, Curry KR, Johnson PM. Feeding the terminally ill: dietitians' attitudes and beliefs. J Am Diet Assoc. 1991, May, 91 (5): 549-52.
33. Weigley ES. Professionalization and the dietitian. J Am Diet Assoc. 1979, Mar, 74 (3): 317-20.

### **3. ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. <http://w.w.w.highfiger.com/galenvtp/vtlnutrn.htm> (Διατροφή και ασθένειες).
2. <http://av.fshn.wsu.edu> (Η επιστήμη της διατροφής).
3. <http://w.w.w.leeds.ac.uk> (Η ανθρώπινη εξέλιξη).

4. <http://w.w.w.wc.su.ctstatpu.pdu./socialsci/antres.html> (Anthropology Internet Resource)
5. <http://w.w.w.sciencedirect.com>.
6. <http://w.w.w.elsevier.com/locate/clnu>.
7. <http://w.w.w.idealibrary.com>.
8. <http://w.w.w.eatright.com>.
9. <http://w.w.w.nutsoc.org.uk>.
10. <http://w.w.w.efad.org>.
11. <http://w.w.w.bda.uk.com>.
12. <http://w.w.w.cdrnet.org>
13. <http://w.w.w.hrc-uk.org>