



Preferencje żywieniowe pacjentów z jadłowstrętem psychicznym i chorych z nowotworem złośliwym a zalecenia względem leczenia dietetycznego osób niedożywionych

Dietary preferences of patients with anorexia nervosa and cancer patients versus dietary recommendation for malnutrition treatment

Agata Dutkiewicz^{1,A–D}, Teresa Grzelak^{2,B–C,E–F}

¹ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Polska

² Katedra i Zakład Fizjologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Dutkiewicz A, Grzelak T. Preferencje żywieniowe pacjentów z jadłowstrętem psychicznym i chorych z nowotworem złośliwym a zalecenia względem leczenia dietetycznego u osób niedożywionych. *Med Og Nauk Zdr.* 2021; 27(2): 175–181. doi: 10.26444/monz/136120

■ Streszczenie

Cel pracy. Niedożywienie jest ważnym problemem klinicznym, dotyczącym w szczególności pacjentów zmagających się z chorobami wyniszczającymi, uwarunkowanymi somatycznie (choroby nowotworowe) lub psychicznie (jadłowstręt psychiczny). Celem pracy było scharakteryzowanie preferencji w zakresie rodzaju interwencji żywieniowych, mających poprawić stan odżywienia w grupie pacjentów niedożywionych z jadłowstrętem psychicznym (*anorexia nervosa*, AN) lub chorobą onkologiczną (nowotworem złośliwym, ON) oraz określenie stopnia zgodności tych preferencji z aktualnymi schematami postępowania.

Materiał i metody. W badaniu udział wzięło 119 pacjentów klinicznych niedożywionych, w tym 43,69% (n=52) z AN i 56,31% (n=67) z ON. Użyto w nim autorskiego kwestionariusza do pomiaru postaw żywieniowych.

Wyniki. Spośród listy cech diety, którą osoby badane chciałyby zastosować do leczenia niedożywienia, jedynie 32,69% (n=17) z AN i 38,51% (n=26) pacjentów z ON wskazało cechy w pełni zgodne z aktualnymi zaleceniami. Chorzy z AN ponad sześć razy częściej w porównaniu z grupą z ON wybierali diety o cechach niezgodnych z rekomendacjami ($p < 0,0001$), w tym dietę niskokaloryczną, niskotłuszczową i wegetariańską.

Wnioski. Badanie ujawniło nieprawidłowe oczekiwania wobec oddziaływań dietoterapeutycznych pacjentów niedożywionych. Konieczne jest korygowanie błędnych przekonań wobec odżywiania w tej grupie pacjentów oraz poszerzenie ich wiedzy żywieniowej, a jednocześnie zwiększenie dostępności usług dietetycznych.

■ Słowa kluczowe

jadłowstręt psychiczny, niedożywienie, nowotwory złośliwe, dietoterapia

■ Abstract

Objectives. Malnutrition is an important clinical problem, particularly among patients struggling with emaciating diseases, determined somatically (such as cancer disease) or mentally (such as eating disorder anorexia nervosa). The aim of the study is the analysis of anorexic (AN) and oncological patients' (with the malignant tumour) (ON) preferences in terms of patterns of a diet aimed at malnutrition treatment and assessment of the degree of compliance with current dietary recommendations for malnutrition treatment.

Materials and method. The survey included 119 malnourished patients; 43.69% (n=52) of patients suffered from AN and 56.31% (n=67) were patients from group O. An original questionnaire for the measurement of eating habits was used for the study.

Results. Among the listed dietary patterns, only 38.51% (n=26) of ON patients and 32.69% (n=17) of AN patients indicated the diet features that are consistent with the recommendations. Compared to ON patients, patients with AN over six times more frequently chose the incorrect features of the diet ($p < 0.0001$), including low-calorie, low-fat and vegetarian diet.

Conclusions. The study revealed incorrect expectations about dietary treatment. The results indicate the necessity for correction misconceptions towards nutrition in malnourished patients and to increase their nutritional knowledge, thereby increasing the availability of dietetic services for this group of patients.

■ Key words

anorexia nervosa, cancer, malnutrition, dietary treatment

Adres do korespondencji: Agata Dutkiewicz, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Szpitalna 27/33, 60–572, Poznań, Polska
E-mail: adutkiewicz@ump.edu.pl

Nadesłano: 02.11.2020; zaakceptowano do publikacji: 26.04.2021; publikacja online: 18.05.2021

WPROWADZENIE

Niedożywienie jest współcześnie istotnym problemem klinicznym, także w krajach wysoko rozwiniętych [1]. Dotyczy ono wielu pacjentów hospitalizowanych – dane statystyczne koncentrujące się na niedożywieniu szpitalnym wskazują, iż może ono występować nawet u co drugiej osoby hospitalizowanej [2]. Pacjenci z chorobami onkologicznymi (ON) są grupą najbardziej narażoną na rozwój niedożywienia – objawy pogorszonego stanu odżywienia obserwowane są nawet u 80% pacjentów [2]. Warto zauważyć, iż statystyki epidemiologiczne niedożywienia dotyczą zazwyczaj jedynie chorób somatycznych, omijając grupę pacjentów, u których niedożywienie rozwinęło się na skutek zaburzenia psychicznego. W przypadku jadłowstrętu psychicznego (*anorexia nervosa*, AN) większość chorych spełnia kryterium niedożywienia ilościowego ze względu na nienormalnie niską masę ciała, wynikającą z głodzenia prostego. Nieprawidłowy stan odżywienia jest niekorzystny rokowniczo dla chorego. Spośród jego wtórnych następstw należy wymienić: zwiększenie liczby zakażeń, utrudnione gojenie się ran, przedłużający się czas rekonwalescencji oraz zwiększone prawdopodobieństwo zgonu pacjenta [3, 4]. Istotna jest więc prewencja pierwotna i wtórna niedożywienia, która bazuje głównie na interwencjach żywieniowych. Celem terapii żywieniowej są przede wszystkim poprawa stanu odżywienia oraz wdrożenie elementów leczenia przyczynowego [2, 5–7].

Poprawnie przeprowadzona interwencja żywieniowa jest wieloetapowa i powinna być dostosowana do aktualnego stanu klinicznego pacjenta [5–7]. W przebiegu niedożywienia może pojawić się konieczność zastosowania alternatywnej drogi podaży pokarmu (enteralnej lub parenteralnej). Jej wybór powinien opierać się na analizie rodzaju i nasilenia niedożywienia oraz innych problemów medycznych uniemożliwiających całkowite odżywianie się drogą doustną oraz zaplanowaniu metod leczenia oraz określeniu okresu żywienia [7]. Priorytetem zawsze jest żywienie drogą przewodu pokarmowego ze względu na utrzymanie fizjologicznej drogi pasażu treści pokarmowych, zmniejszenie ryzyka translokacji bakteryjnej oraz względy ekonomiczne [7]. W przypadku braku przeciwwskazań do doustnego przyjmowania pokarmów warto zastosować dietę lekkostrawną, bazującą na zasadach zdrowego odżywiania się, odpowiednio zbilansowaną i uzupełniającą powstałe niedobory pokarmowe. Modyfikacja interwencji żywieniowej może obejmować zwiększenie udziału posiłków w postaci płynnej, półpłynnej czy papkowej w przypadku występowania trudności z gryzieniem i połykaniem [8]. Dla osób borykających się z nudnościami i wymiotami (dane statystyczne wskazują, iż dolegliwości te dotyczą nawet 80% chorych poddanych leczeniu cytotoksycznym) [7, 9] korzystne zmniejszenie objawów może przynieść zastosowanie naparów z imbiru (*zingiber officinale*), obok stosowania leków przeciwwymiotnych. Przegląd badań nad wpływem imbiru na redukcję nudności i wymiotów podczas chemioterapii wskazuje na niejednoznaczną efektywność [10], jednakże wyniki najnowszych badań w tym zakresie podkreślają wpływ na poprawę wskaźników związanych ze zmęčeniem czy jakością życia pacjentów [11]. Konieczne jest szczegółowe rozplanowanie pór przyjmowania posiłków i leków, ponieważ wydłużenie okresu pomiędzy przyjęciem substancji leczniczej a spożyciem posiłku może pozytywnie wpłynąć na zniwelowanie uczucia nudności i występowania wymiotów [12, 13]. Może

również wystąpić potrzeba wprowadzenia zmian w organizacji procesu przygotowywania posiłków. Zauważono bowiem u pacjentów poddawanych leczeniu cytotoksycznemu tendencję do reagowania mdłościami na bodźce zapachowe. W związku z tym osoby wrażliwe powinny być odseparowane od silnych zapachów podczas przyrządzania posiłków [8]. Zmianie powinny ulec przyzwyczajenia okołoposiłkowe pacjentów niedożywionych – odradza się picie dużej ilości płynów do i po posiłku [9]. Dla osób cierpiących na utrzymujące się wymioty czy biegunki należy ustalić odpowiednią podaż płynów oraz sodu i potasu [8, 9]. U pacjentów niedożywionych często występuje utrata apetytu i obniżone łaknienie, uwarunkowane czynnikami zarówno psychologicznymi, jak i biologicznymi. Ważne jest więc, aby potrawy były podawane w sposób estetyczny i zachęcający do spożycia. Zaleca się pacjentom niedożywionym przyjmowanie regularnie, o stałych porach dnia, 5–7 zbilansowanych posiłków [8, 14].

CELE PRACY

1. Analiza preferencji w zakresie sposobu odżywiania i preferowanych cech diety u niedożywionych pacjentów z jadłowstrętem psychicznym i nowotworem złośliwym.
2. Porównanie preferencji pacjentów z opisywanymi w literaturze zaleceniami z zakresu dietoterapii niedożywienia.
3. Analiza różnic międzygrupowych, wynikających z uwarunkowania (somatycznego bądź psychicznego) niedożywienia.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 119 osób: 67 chorych onkologicznie (ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym, głównie osoby z rakiem piersi) oraz 52 pacjentów z jadłowstrętem psychicznym typowym. Rekrutację prowadzono wśród pacjentów onkologicznych i psychiatrycznych oddziałów szpitalnych oraz pacjentów poradni onkologicznych i poradni zdrowia psychicznego. Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z ogólnymi zasadami badań naukowych, w tym z zasadami deklaracji helsińskiej w aspekcie badań ankietowych. Za kryterium doboru do badania przyjęto wartość wskaźnika masy ciała BMI na poziomie poniżej 18,5 kg/m² (co jest jednoznaczne z kryterium wystąpienia przynajmniej niedożywienia ilościowego, uwarunkowanego niedoborem masy ciała). Biorąc pod uwagę stan kliniczny pacjentów objętych badaniem, z dużym prawdopodobieństwem można również przyjąć, iż przynajmniej część z nich była także niedożywiona jakościowo. Charakterystykę grupy badanej przedstawiono w tab. 1.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz, zawierający pytania odnoszące się do preferowanego sposobu żywienia i cech diety. W celu ułatwienia późniejszej interpretacji wyników podzielono je na następujące kategorie: rezultaty zgodne z aktualnymi zaleceniami leczenia żywieniowego niedożywienia, względnie zgodne z takimi zaleceniami (czyli takie, które są poprawne, biorąc pod uwagę indywidualny stan, zaostrenie objawów i preferencje żywieniowo-etyczne osoby chorej) oraz niezgodne z zaleceniami (utrudniające poprawę stanu odżywienia pacjentów). Za cechy zgodne z zaleceniami żywieniowymi uznano:

- 1) zbilansowanie diety;
- 2) urozmaicenie diety, co pozytywnie wpływa na pobudzenie apetytu;
- 3) dużą zawartość białka w diecie (często określana jako przekraczająca potrzeby ustroju w celu zwiększenia udziału procesów anabolicznych nad katabolicznymi) – ze względu na fakt, iż u pacjentów z niedożywieniem często pojawia się zanik rezerw białkowych organizmu, co skutkuje obniżeniem masy i siły mięśniowej, spadkiem odporności oraz poważnymi zaburzeniami metabolicznymi;
- 4) zwiększoną podaż substancji o potencjale przeciwutleniającym, które są szczególnie polecane w diecie pacjentów z ON, jednak obniżenie poziomu stresu oksydacyjnego jest wskazane u wszystkich osób, u których występuje stan niedożywienia;
- 5) dużą wartość energetyczną diety, determinującą podaż odpowiedniej ilości składników pokarmowych, większe prawdopodobieństwo pokrycia zapotrzebowania na składniki odżywcze, a także przyrost masy ciała [8, 15, 16].

Za dietę względną zgodną z zaleceniami ekspertów specjalizujących się w leczeniu żywieniowym niedożywienia pacjentów chorujących na AN i ON uznano:

- 1) dietę z tzw. wspomaganiami żywieniowymi, czyli zastosowaniem przemysłowych doustnych suplementów pokarmowych – DSP (jest to opcjonalne rozwiązanie w przypadku pacjentów, u których występują problemy z pokryciem zapotrzebowania organizmu na składniki odżywcze przy żywieniu wyłącznie tradycyjną dietą doustną);
- 2) dietę o obniżonej zawartości tłuszczu (zalecana dla pacjentów mocno wyniszczonych i/lub takich, którzy źle tolerują normalną podaż lipidów w diecie i wymagają diety lekkostrawnej z mniejszą zawartością tego makroskładnika);
- 3) dietę, w przypadku której spożywa się pokarm o zmienionej konsystencji, czyli taki, który podawany jest w formie płynnej, półpłynnej czy papkowatej; dieta ta zalecana jest pacjentom z trudnościami z gryzieniem i/lub połykaniem pokarmu (do tej grupy należą często osoby z nowotworami w obrębie jamy ustnej, gardła i przełyku) [8];
- 4) dietę wysokobłonnikową, przeznaczoną przede wszystkim dla pacjentów, u których utrzymują się problemy z zaparciami; oraz
- 5) dietę wegetariańską, z możliwością dostosowania jej do potrzeb chorych z niedożywieniem, którzy ze względów ideologicznych nie chcą rezygnować z modelu żywienia zawierającego produkty mięsne [17].

Pacjentom niedożywionym w przebiegu leczenia żywieniowego nie poleca się diety: 1) niskokalorycznej, która byłaby wskazana jedynie dla pacjentów skrajnie wychudzonych, zagrożonych zespołem ponownego odżywiania, na pierwszych etapach terapii żywieniowej (wśród osób badanych nie było takich przypadków) i 2) niskobiałkowej, która uniemożliwiałaby odbudowę organizmu [6–8].

Wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej przy pomocy programu IBM SPSS Statistics Data Editor 23. Do opracowania otrzymanych rezultatów zastosowano test Kołmogorowa-Smirnowa do oceny normalności rozkładu, miary współzależności cech (testy: χ^2 , jednorodności wariancji Levena, t-Studenta, U Manna-Whitneya). Za poziom istotności uzyskanych wyników przyjęto $p < 0,05$, natomiast w zakresie 0,05–0,09 uznawano za świadczące o tendencji statystycznej.

WYNIKI

W próbie badanej przeważały kobiety, które stanowiły 111 osób (93,28%). Jest to związane z dominacją zachorowalności osób płci żeńskiej na AN, stąd zdecydowano się również na nadreprezentację kobiet w grupie z ON. Zróżnicowanie socjodemograficzne grup badanych także było charakterystyczne dla analizowanych jednostek klinicznych. W zakresie średniej wartości BMI nie stwierdzono istotnych różnic między badanymi podgrupami (tab. 1).

Uzyskane wyniki wskazują, że pacjenci niedożywieni zdecydowanie preferują leczenie dietą doustną (98% osób badanych, w tym 100% z AN), 40% z nich podkreśliło także potrzebę równoległego poszerzania wiedzy żywieniowej (tab. 2). Osoby z AN istotnie częściej ($n=31$; 59,62%; $p < 0,001$), niż pacjenci z ON wskazywali, że chcą połączyć dietę z edukacją żywieniową. Żaden z pacjentów z AN nie chciałby mieć wdrożonego żywienia drogą alternatywną – podawanego dojelitowo lub parenteralnie, natomiast wśród grupy z ON pojawiły się odpowiedzi świadczące o chęci połączenia diety doustnej z żywieniem klinicznym ($n=3$; 4,48%).

Preferencje konkretnych cech diety, które odpowiadałyby pacjentom niedożywionym przedstawiono w tabeli 3. Uśrednione wyniki wskazywanych przez osoby badane preferowanych cech diety, mającej na celu leczenie niedożywienia ukazują wysokie zróżnicowanie międzygrupowe w zakresie preferencji cech niezgodnych z obowiązującymi schematami postępowania dietetycznego (rycina 1). Pacjenci z AN ($n = 20$;

Tabela 1. Charakterystyka badanej populacji

Parametry	Pacjenci z AN	Pacjenci z ON
Liczebność (n)	52 (43,69%)	67 (56,31%)
Płeć	Kobiety	63 (94,03%)
	Mężczyźni	4 (5,97%)
Wiek [lata]	12–33 (M = 20,46 ± SD = 4,80)	19–66 (M = 40,5 ± SD = 12,81)
Masa ciała [kg]	32–65 (M = 44,58 ± SD = 7,30)	32–56 (M = 45,85 ± SD = 5,12)
Wysokość ciała [cm]	149–193 (M = 165,96 ± SD = 8,91)	151–178 (M = 164,06 ± SD = 5,50)
BMI [kg/m ²]	Ogółem	11,42–18,47 (M = 16,12 ± SD = 2,65)
	Niedożywienie I° (%)	43,3
	Niedożywienie II° (%)	19,2
	Niedożywienie III° (%)	38,5
		12,27–18,49 (M = 17,03 ± SD = 1,52)

n – liczba pacjentów; BMI – body mass index; M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe;
AN – pacjenci z jadłowstrętem psychicznym (anorexia nervosa) (n = 52); ON – pacjenci z chorobą onkologiczną (n = 67)
Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Istotność różnic międzygrupowych w aspekcie preferowanego rodzaju sposobu żywienia

Preferowany rodzaj sposobu żywienia	Pacjenci niedożywieni ogółem (n = 119)	Pacjenci z AN (n = 52)	Pacjenci z ON (n = 67)	p
Dieta doustna	100%	100%	97,01%	0,209
Żywnienie drogą alternatywną (żywnienie enteralne, parenteralne)	0%	0%	0%	–
Połączenie żywnienia drogą alternatywną z dietą doustną	2,52%	0%	4,48%	0,122
Dieta doustna połączona z edukacją żywieniową	40,34%	59,62%	25,37%	< 0,001*

n – liczba pacjentów; AN – pacjenci z jadłowstrętem psychicznym (*anorexia nervosa*) (n = 52); ON – pacjenci z chorobą onkologiczną (n = 67)

* różnica istotna statystycznie p < 0,05

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Procentowy rozkład preferowanych cech diety zastosowanej do leczenia niedożywienia

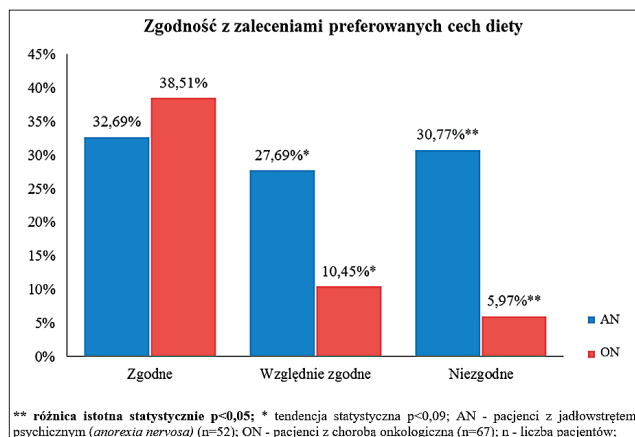
Cechy diety	Pacjenci niedożywieni ogółem (n = 119)	Pacjenci z AN (n = 52)	Pacjenci z ON (n = 67)	p	
Cechy diety zgodne z zaleceniami	Zbilansowana	41,18%	51,92%	32,84%	0,036*
	Urozmaicona	61,35%	55,77%	65,67%	0,271
	Wysokobiałkowa	25,21%	23,08%	26,87%	0,637
	Bogata w antyoksydanty	26,05%	26,92%	25,37%	0,640
	Wysokokaloryczna	26,05%	5,77%	41,79%	< 0,001*
Cechy diety względnie zgodne z zaleceniami	Z zastosowaniem DSP	19,33%	23,08%	16,42%	0,362
	Niskotłuszczowa	16,81%	34,62%	2,98%	< 0,001*
	O zmiennej konsystencji	11,77%	5,77%	16,42%	0,074
	Wysokobłonnikowa	21,01%	36,54%	8,96%	< 0,001*
Cechy diety niezgodne z zaleceniami	Wegetariańska	21,01%	38,46%	7,46%	< 0,001*
	Niskokaloryczna	20,17%	55,77%	5,97%	< 0,001*
	Niskobiałkowa	5,88%	5,77%	5,97%	0,963

n – liczba pacjentów, DSP – doustne suplementy pokarmowe;

AN – pacjenci z jadłowstrętem psychicznym (*anorexia nervosa*) (n = 52); ON – pacjenci z chorobą onkologiczną (n = 67)

* różnica istotna statystycznie p < 0,05

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 1. Procentowy rozkład wskazywanych cech diety, uwzględniając podział według kryterium zgodności z zaleceniami ekspertów ds. leczenia niedożywienia wśród pacjentów z jadłowstrętem psychicznym i z chorobą onkologiczną.

37,77%) istotnie częściej ($p < 0,001$) wybierali niewłaściwe cechy diety, w porównaniu z grupą O (n = 4; 5,97%); oraz względnie zalecane – stwierdzono tendencję statystyczną u AN (n = 15; 27,69%) do częstszego wskazywania tych cech niż w przypadku pacjentów z ON (n = 7; 10,45%).

Diętu urozmaiconą jako odpowiednią w leczeniu swojej jednostki chorobowej wskazało najwięcej, bo aż 61,35% (n = 73) pacjentów niedożywionych. W tym względzie nie odnotowano istotnego zróżnicowania między badanymi grupami. Drugą co do częstości najbardziej pożądaną właściwością

było zbilansowanie jadłospisu – wskazało ją 41,18% (n = 49) osób badanych, co zaskakujące, istotnie częściej ($p = 0,036$) pacjenci z AN (n = 27; 51,92%) niż z ON (n = 22; 32,84%). Natomiast odnosząc się do przydatności diety wysokokalorycznej w leczeniu żywieniowym, pacjenci z ON istotnie częściej (n = 28; 41,79%; $p < 0,001$), uznali, iż większa podaż energii jest niezbędna do dietoterapii, w porównaniu z pacjentami z AN, wśród których zaledwie 5,77% (n = 3) preferowało tę cechę. Niepokoi stosunkowo niska popularność odpowiedzi dotyczących zwiększonej zawartości związków bioaktywnych o potencjale antyoksydacyjnym w diecie oraz wzrostu podaży białka.

Zarówno diętu wysokobłonnikową, jak i wegetariańską, czyli diety o cechach względnie zgodnych z zaleceniami ekspertów specjalizujących się w leczeniu żywieniowym niedożywienia, zaznaczyło 21,01% pacjentów niedożywionych z obu grup. Pacjenci z AN zdecydowanie częściej ($p < 0,001$) uznają potrzebę zastosowania diety o zwiększonej zawartości błonnika pokarmowego (n = 19; 36,56%) niż osoby z grupy z ON (n = 6; 8,96%). Ponadto u pacjentów z AN stwierdzono istotną statystycznie wyższą preferencję modelu żywienia wykluczającego produkty mięsne (n = 20; 38,46%) w porównaniu z podgrupą pacjentów z ON (n = 5; 7,46%). Diętu niskotłuszczową preferowało 16,81% pacjentów z obniżonym stanem odżywienia, przy czym wśród nich grupa z ON stanowiła jedynie 2,98% (n = 2). Istotnie statystycznie częściej ($p < 0,001$) na jadłospis o obniżonej podaży tłuszczu wskazywały osoby z AN (n = 18; 34,52%). Potrzebę zmiany konsystencji posiłków zasygnalizowało 11,77% przebadanych

osób, wśród których przeważali chorzy z ON ($n=11$; 16,42%), zaś mniejszość stanowiły osoby z AN ($n=3$; 5,77%).

O ile pacjenci biorący udział w badaniu bardzo rzadko preferowali dietę niskobiałkową (5,97%), o tyle osoby z AN istotnie częściej ($p < 0,001$) wskazywały, że wolą być leczeni przy pomocy diety niskokalorycznej ($n=29$; 55,77%); niż chorzy na ON, spośród których 5,97% ($n=4$) zgłosiło potrzebę obniżenia wartości energetycznej jadłospisu. Niecałe 20% pacjentów niedożywionych wskazało, iż chciałoby uzupełnić dietę doustnymi suplementami pokarmowymi, będącymi dietetycznymi środkami przeznaczonymi do leczenia niedożywienia. Wbrew oczekiwaniom pacjenci z ON nieco rzadziej ujawniali taką potrzebę ($n=11$; 16,42%) niż chorzy z AN ($n=12$; 23,08%; przy czym różnica nie była istotna statystycznie; $p=0,362$).

DYSKUSJA

Otrzymane wyniki wskazują, iż pacjenci niedożywieni najczęściej preferują doustną drogę żywienia, co można uznać za pozytywny wskaźnik sugerujący zbieżność preferowanego sposobu odżywiania się z zaleceniami specjalistów z zakresu leczenia żywieniowego, podkreślających, że przy braku przeciwwskazań zawsze priorytetem jest żywienie drogą przewodu pokarmowego [5, 16, 18]. Duże zainteresowanie dodatkową edukacją żywieniową może świadczyć o potrzebie zwiększenia dostępności usług dietetycznych dla tej grupy osób badanych, co byłoby korzystne, zważywszy, iż preferowane cechy diety ukierunkowanej na leczenie niedożywienia nie zawsze są zgodne z zaleceniami ekspertów i konieczna byłaby korekta nieprawidłowych przekonań pacjentów wobec odżywiania się [19–22].

Porównania międzygrupowe wykazały, iż w szczególności pacjenci z AN odznaczają się nieprawidłowymi przekonaniami o diecie, istotnie częściej wskazując bardzo małą zawartość tłuszczu, niską wartość kaloryczną czy wykluczenie produktów mięsnych jako właściwości pożądane. Wyniki te pokrywają się z dotychczasowymi doniesieniami, opisującymi postawy żywieniowe tych pacjentów [23–26]. Przeprowadzone badania, w których dokonano analizy sposobu odżywiania pacjentów z AN, wskazują na tendencję do unikania produktów bogatobiałkowych, co sprawia, że dzienna podaż lipidów w tej grupie zaledwie w 54–70% pokrywa zalecane dla wieku i płci zapotrzebowanie [24–26].

W przebiegu leczenia niedożywienia na początkowych etapach interwencji żywieniowej zaleca się dietę lekkostrawną – niskotłuszczową (ok. 20% dziennej podaży energetycznej), jednak odpowiednio skomponowaną pod kątem jakości tłuszczów – opartą na łatwo przyswajalnych kwasach tłuszczowych o średniej długości łańcucha – MCT (ang. *medium chain triglycerides*) [6]. Rekomenduje się wprowadzenie do diety tłuszczów o wysokiej jakości, bogatych w wielonienasycone kwasy tłuszczowe o konfiguracji omega-3, gdyż mają one udowodnione działanie przeciwzapalne, a więc mogą korzystnie oddziaływać w procesie niwelowania powikłań pierwotnych niedożywienia, m.in. zespołu współwystępowania niedożywienia, stanu zapalnego i miażdżycy – MIA (ang. *malnutrition – inflammation – atherosclerosis*) [27, 28].

Zwiększenie wartości kalorycznej przyjmowanych pokarmów również jest niezbędne dla uzyskania poprawy stanu odżywienia. Ze względu na stan niedożywienia dieta powinna być wysokoenergetyczna (zazwyczaj od 30–40 kcal/

kg aktualnej masy ciała do nawet 70–100 kcal/kg aktualnej masy ciała) i bogatobiałkowa [6, 7]. Wyjątek stanowią pacjenci spełniający kryteria osób zagrożonych wystąpieniem zespołu ponownego odżywienia. W takich przypadkach terapię rozpoczyna się od diety niskokalorycznej, zakładającej nawet zaledwie 5–10 kcal/kg aktualnej masy ciała i sukcesywnie zwiększa się dobową podaż energii o 30–50% dziennie, monitorując reakcje organizmu pacjenta. U zdecydowanej większości pacjentów z AN obserwuje się wysoką aktywność fizyczną (jako zachowanie kompensacyjne, obniżające bilans energetyczny organizmu). Badanie J. Higgins i wsp. [29] dowiodło, iż główną przyczyną drastycznego pogorszenia stanu chorych na AN i konieczności podjęcia hospitalizacji jest znaczny wzrost poziomu aktywności fizycznej bez jednoczesnego podwyższenia wartości energetycznej diety.

Ujawniona wysoka preferencja diety wegetariańskiej w grupie pacjentów z AN może być niepokojąca. Wyniki dotychczasowych badań wskazują, iż średnia masa ciała u wegetarian i wegan jest istotnie niższa niż u osób niewykluczających produkty pochodzenia zwierzęcego z diety [30], a także iż w grupie osób stosujących diety wegetariańskie często występują niedobory pokarmowe witamin B₁₂ i D, wapnia, cynku oraz żelaza [30, 31]. Autorzy badań zaznaczają jednak, iż deficyty składników pokarmowych wynikają zazwyczaj z nieodpowiedniego stosowania diety, a oświadczenia Amerykańskiego Towarzystwa Dietetyki wskazują, że prawidłowo zbilansowana dieta wegetariańska, jak i wegańska nie zagrażają zdrowiu [17]. W przypadku niedożywienia wykluczenie grupy produktów zwierzęcych utrudnia uzupełnianie składników pokarmowych występujących w niedoborowych ilościach, ponadto realizowanie zbilansowanej diety wegetariańskiej wymagałoby zwiększenia objętości spożywanych posiłków, co może stanowić trudność dla pacjentów z AN.

Pacjenci z AN odznaczali się także istotnie częściej preferencją zwiększenia ilości błonnika w diecie. Wyniki te są zbieżne z doniesieniami naukowymi o zachowaniach żywieniowych osób z tą chorobą – autorzy prac zaznaczają, iż błonnik jest jednym z niewielu składników pokarmowych, który chorzy spożywają w zalecanych ilościach [26].

Pacjenci z ON częściej niż podgrupa osób z AN preferowali dietę zgodną z aktualnymi wytycznymi, w szczególności w zakresie wysokiej podaży energii oraz prawidłowego udziału tłuszczów, natomiast niepokojąco rzadko preferowali zwiększenie udziału błonnika, składników o potencjale antyoksydacyjnym oraz białka w diecie. W przebiegu leczenia choroby nowotworowej przed wprowadzeniem diety bogatoenergetycznej zaleca się uregulowanie pasażu jelitowego. Przy utrzymujących się biegunkach, które często są skutkiem ubocznym leczenia chemioterapeutycznego, należy zmniejszyć udział błonnika w diecie i zwiększyć podaż produktów zapierających, aby zapobiec pogłębianiu się niedoborów pokarmowych i utracie masy ciała [32]. Nadmiar błonnika pokarmowego niekorzystnie wpływa na przyswajanie m.in. wapnia, żelaza i fitoestrogenów [33].

Badania M.N. Patelli i wsp., mające na celu scharakteryzowanie wiedzy żywieniowej pacjentów z nowotworem piersi, wykazały nieznaną funkcję antyoksydacyjnych składników obecnych w pożywieniu oraz nieumiejętność wskazania ich źródeł pokarmowych [20]. O ile składniki przeciwutleniające korzystnie wpływają na zmniejszenie stresu oksydacyjnego, tym samym odgrywając znaczącą rolę w prewencji nowotworów [34], o tyle w przypadku leczenia chemio- lub

radioterapeutycznego należy zachować ostrożność w podaży tych związków w diecie [35]. Liczne badania kliniczne wykazały, iż jednocześnie zastosowanie antyoksydantów (ze źródeł żywieniowych lub w postaci suplementów diety) z leczeniem chemio- lub radioterapeutycznym zmniejsza nasilenie skutków ubocznych terapii [36], jednakże zauważono także, że ochronne działanie przeciwutleniające może być skierowane również na komórki nowotworowe, a tym samym obniżyć ogólną skuteczność leczenia [34, 35, 37].

Zwiększenie podaży białka (w szczególności połączone z aktywnością fizyczną) jest czynnikiem opóźniającym rozwój sarkopenii czy kacheksji (uznawanej za bezpośrednią przyczynę nawet 20% zgonów pacjentów z chorobą nowotworową) [15, 38]. Podaż białka dla osób wyniszczonych powinna przekraczać zapotrzebowanie fizjologiczne i może sięgać nawet 2–3 g/kg aktualnej masy ciała. Jest to związane z dążeniem do nasilenia procesów anabolicznych [6–8, 14]. Istotna jest również wartość biologiczna białka – przynajmniej 50% z wprowadzanych w pożywieniu protein powinna być pochodzenia zwierzęcego, gdyż zawierają one wszystkie aminokwasy egzogenne [6]. Białko można również uzupełniać, podając preparaty proteinowe do posiłków, np. w postaci doustnych suplementów pokarmowych – DSP (ang. *oral nutrition support* – ONS). W badaniu ujawniono względnie niski odsetek pacjentów z ON, chcących wdrożyć dietę z ich dodatkiem, co może świadczyć o nieświadomości znacznej grupy osób w zakresie właściwości tego typu produktów [39, 40]. Stanowisko ESPEN (Europejskiego Towarzystwa Żywności Klinicznej i Metabolizmu) w sprawie stosowania doustnych suplementów pokarmowych u chorych na nowotwory złośliwe ma stopień zaleceń typu A [41].

Najczęściej wskazywanymi przez osoby badane cechami diety były: urozmaicenie i zbilansowanie, rekomendowane przy dietoterapii niedożywienia. Duże zróżnicowanie produktów spożywczych pojawiających się w jadłospisach osób niedożywionych byłoby korzystne nie tylko dlatego, że urozmaicenie diety zwiększa prawdopodobieństwo pokrycia zapotrzebowania na składniki odżywcze, ale także z uwagi na fakt, iż monotony sposób żywienia koreluje z pogorszeniem apetytu i mniejszą podażą pokarmu, co utrudnia normalizację masy ciała [24, 25].

Dotychczasowe badania empiryczne nad preferowanym sposobem odżywiania się osób z AN wykazywały niedostateczne zbilansowanie diety – zarówno w zakresie pokrycia zapotrzebowania energetycznego (np. badania J. Myszkowskiej-Ryciak i D. Karwowskiej pokazały, iż średnia wartość kaloryczna diety preferowanej przez dziewczęta z AN przekrywała 46,1% zapotrzebowania na energię dla tej grupy populacyjnej), jak i makro- i mikroskładników odżywczych [24–26]. Ujawniona w niniejszym badaniu większa świadomość konieczności zbilansowania diety wśród pacjentów z AN może być związana ze względnie wysokim poziomem wiedzy żywieniowej, wynikającym ze specyficznych zainteresowań osób cierpiących na AN [22, 42], co jednak nie ma odzwierciedlenia w faktycznych zachowaniach żywieniowych pacjentów (a te były mierzone w przytoczonych badaniach). Badania nad poziomem wiedzy żywieniowej kobiet z nowotworem piersi wykazują niski poziom wiedzy dotyczącej odżywiania i małą świadomość żywieniową osób badanych [20, 21], dlatego prawdopodobnie wśród tych pacjentów rzadziej dostrzegano potrzebę zbilansowania swojej diety.

Potencjalna edukacja żywieniowa dla pacjentów z niepoprawnym stanem odżywienia powinna więc korygować

błędne przekonania o żywności w leczeniu niedożywienia, uzasadniać istotę wdrażania diety opartej na aktualnie obowiązujących zaleceniach postępowania żywieniowego oraz informować o możliwościach korzystania z doustnej suplementacji pokarmowej przeznaczonej dla osób z niedożywieniem jako tzw. wspomagania dietetycznego, fortyfikacji diety.

WNIOSKI

1. Preferencje pacjentów niedożywionych dotyczące diety, mającej na celu poprawę stanu odżywienia, nie zawsze są zgodne z aktualnymi zaleceniami, co może stanowić poważne zagrożenie dla ich zdrowia, zwłaszcza w przypadku gdy osoba chora samodzielnie podejmuje decyzje o odżywianiu się.
2. Podgrupy pacjentów niedożywionych mogą diametralnie różnić się co do swoich preferencji dotyczących leczenia żywieniowego – przede wszystkim cech modelu odżywiania wdrożonego w ramach terapii, stąd potrzeba, by we współpracy z pacjentem niedożywionym zwracać uwagę na specyficzne dla jednostki chorobowej postawy żywieniowe osoby chorej.
3. Ważne jest korygowanie błędnej wizji interwencji żywieniowej, podkreślając korzyści płynące z zastosowania się do zaleceń ekspertów z dziedziny leczenia żywieniowego osób z obniżonym stanem odżywienia.

PIŚMIENNICTWO

1. Namyslak M, Kanikowska A, Grzymislawski M. Analiza czynników ryzyka niedożywienia szpitalnego. *Żyw Człow Metab.* 2014; 41(1): 5–15.
2. Gromny I, Poniewierka E. Niedożywienie. In: Poniewierka E, editor. *Dietetyka oparta na dowodach.* Wrocław: Wydawnictwo MedPharm Polska; 2016. p. 35–56.
3. Biernat J, Wyka J. Stan odżywienia w aspekcie stanu zdrowia. *Now Lek.* 2011; 80(3): 209–212.
4. Reinhardt K, Fanzo J. Addressing chronic malnutrition through multi-sectoral, sustainable approaches: a review of the causes and consequences. *Front Nutr.* 2014; 13(1): 1–11. <https://doi.org/10.3389/fnut.2014.00013>
5. Tokajuk A, Car H, Wojtukiewicz MZ. Problem niedożywienia u chorych na nowotwory. *Med Paliat Prakt.* 2015; 9(1): 23–29.
6. Dutkiewicz A, Grzelak T. Dietoterapia doustna u pacjentów z anoreksją. *Psychiatr Psych Klin.* 2016; 16(2): 104–109. <https://doi.org/10.15557/PIPK.2016.0015>
7. Klęk S, Misiak M, Kapała A, et al. Żywność w chorobie nowotworowej – zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w 2013 roku. *Onkol Prakt Klin.* 2013; 9(1): 1–9.
8. Rogulska A. *Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
9. Kawecki A, Krzakowski M. Nudności i wymioty związane z chemioterapią i radioterapią. *Varia Medica* 2018; 2(2): 159–167.
10. Marx W, Teleni L, McCarthy AL, et al. Ginger (*Zingiber officinale*) and chemotherapy-induced nausea and vomiting: a systematic literature review. *Nutrition Reviews* 71(4): 245–254. <https://doi.org/10.1111/nure.12016>
11. Marx W, McCarthy AL, Ried K, et al. The Effect of a Standardized Ginger Extract on Chemotherapy-Induced Nausea-Related Quality of Life in Patients Undergoing Moderately or Highly Emetogenic Chemotherapy: A Double Blind, Randomized, Placebo Controlled Trial. *Nutrients* 2017; 9, 867. <https://doi.org/10.3390/nu9080867>
12. Nasiłkowska-Adamska B. Profilaktyka i leczenie zaburzeń przewodności pokarmowej towarzyszących chemioterapii i radioterapii. *Gastroenterol Klin.* 2012; 4(1): 17–31.
13. Kalinka-Warzocho E, Warzocho K. Zasady profilaktyki nudności i wymiotów indukowanych chemioterapią i radioterapią u chorych leczonych z powodu nowotworów układów krwiotwórczego i chłonnego. *Hematol.* 2014; 5(4): 332–339.

14. Ciborowska H. Żywnienie w wychudzeniu. In: Ciborowska H, Rudnicka A, editors, *Dietetyka Żywnienie zdrowego i chorego człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012. p. 445–449.
15. Jarosz M, Sajor I. Prewencja niedożywienia u chorych na nowotwory poprzez właściwe żywienie i aktywność fizyczną. *Żyw Człow Metab*. 2013; 40(4): 261–268.
16. Gentile MG, Lessa C, Cattaneo M. Metabolic and nutritional needs to normalize Body Mass Index by doubling the admission body weight in severe anorexia nervosa. *Clin Med Ins: Case Reports*. 2013; 6: 51–56. <https://doi.org/10.4137/CCRep.S11471>
17. Craig WJ, Mangels AR. Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets. *J Am Diet Assoc* 2009; 109(7): 266–1282. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.027>
18. Szczygiel B, Ukleja A. Wytyczne ESPEN i Rady Europy dotyczące leczenia żywieniowego i żywienia w szpitalach. *Żyw Człow Metab*. 2013; 40(4): 290–297.
19. Surwiłło A, Wawrzyniak A. Ocena świadomości żywieniowej osób z chorobą nowotworową. *PHiE* 2014; 95(1): 75–80.
20. Patella MN, Ghiotto C, Pertile R, et al. Nutritional knowledge in breast cancer patients. *Eur J Pharmacol*. 2011; 668: e17. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2011.09.232>
21. Schiavon CC, Vieira FG, Ceccatto V, et al. Nutrition education intervention for women with breast cancer: effect on nutritional factors and oxidative stress. *J Nutr Edu Behav*. 2015; 47(1): 2–9. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2014.09.005>
22. Czarniewicz-Kamińska A, Gronkowska-Singer A. Ocena poziomu wiedzy żywieniowej u osób z zaburzeniami odżywiania. *Roczniki PZH*. 2007; 58(1): 191–196.
23. Barnard ND, Levin S. Vegetarian diets and disordered eating. *J Am Diet Assoc*. 2009; 9: 1523. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.07.036>
24. Schebendach J, Mayer LE, Devlin MJ, et al. Food choice and diet variety in weight-restored patients with anorexia nervosa. *J Am Diet Assoc*. 2011; 111: 732–736. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.02.002>
25. Schebendach J, Mayer LE, Devlin MJ, et al. Dietary energy density and diet variety as risk factors for relapse in anorexia nervosa: A replication. *Int J Eat Disord*. 2012; 45(1): 79–84. <https://doi.org/10.1002/eat.20922>
26. Myszkowska-Ryciak J, Karwowska D. Analiza wybranych cech sposobu żywienia i stanu odżywienia w grupie dziewcząt z anoreksją psychiczną. *Bromatol Chem Toksyk*. 2008 41(3): 745–749.
27. Harris M. Is there a role for long chain omega-3 (N-3) fatty acids in reversal of malnutrition inflammation syndrome among hemodialysis patients. *Vitam Miner*. 2015; 4(3): 1000e143. <http://dx.doi.org/10.4172/2376-1318.1000e143>
28. Laviano A, Rianda S, Molino A, et al. Omega-3 fatty acids in cancer. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2013; 16(2): 156–161. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e32835d2d99>
29. Higgins J, Hagman J, Pan Z, et al. Increased physical activity not decreased energy intake is associated with inpatient medical treatment for anorexia nervosa in adolescent females. *PloS One*. 2013; 8(4): e61559 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061559>
30. Pilis W, Stec K, Zych M, et al. Health benefits and risk associated with adopting a vegetarian diet. *Roczniki PZH*. 2014; 65(1): 9–14.
31. Nazarewicz R. The effect of vegetarian diet on selected biochemical and blood morphology parameters. *Roczniki PZH*. 2007; 58(1): 23–27.
32. Klęk S, Jankowski M, Kruszewski WJ, et al. Clinical nutrition in oncology: Polish recommendations. *Oncol Clin Pract*. 2015; 11(4): 172–188.
33. Torre M, Rodriguez AR, Saura-Calixto F. Effects of dietary fiber and phytic acid on mineral availability. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 1991; 30(1): 1–22. <https://doi.org/10.1080/10408399109527539>
34. Gupta RK, Patel AK, Shah N, et al. Oxidative stress and antioxidants in disease and cancer: A Review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014; 15(11): 4405–4409. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.11.4405>
35. Lawenda BD, Kelly KM, Ladas EJ, et al. Should supplemental antioxidant administration be avoided during chemotherapy and radiation therapy? *J Natl Cancer Inst*. 2008; 100(11): 773–783. <https://doi.org/10.1093/jnci/djn148>
36. Fuchs-Tarlovsky V. Role of antioxidants in cancer therapy. *Nutrition* 2013; 29(1): 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2012.02.014>
37. D'Andrea GM. Use of antioxidants during chemotherapy and radiotherapy should be avoided. *CA Cancer J Clin*. 2005; 55(5): 319–321. <https://doi.org/10.3322/canjclin.55.5.319>
38. Grabiec K, Burchert M, Milewska M, et al. Ogólnoustrojowe i miejscowe mechanizmy prowadzące do kacheksji w chorobach nowotworowych. *Postepy Hig Med Dosw*. 2013; 67: 1397–1409. <https://doi.org/10.5604/17322693.1085135>
39. Kapała A. *Praktyczny przewodnik po ONS oral nutritional suport*. Kraków: Wydawnictwo Scientifica; 2015.
40. Zmarzły A. Doustna suplementacja pokarmowa. In: Poniewierka E, editor. *Dietetyka oparta na dowodach*, Wrocław: Wydawnictwo MedPharm Polska; 2016. p. 57–66.
41. Correia MIT, Hegazi RA, Higashiguchi T, et al. Evidence-based recommendations for addressing malnutrition in health care: an updated strategy from the feedM.E. Global Study Group. *JAMDA* 2014; 15(8): 544–550. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.05.011>
42. Grzelak T, Dutkiewicz A, Paszynska E, et al. Neurobiochemical and psychological factors influencing the eating behaviors and attitudes in anorexia nervosa. *J Physiol Biochem*. 2017; 73(2): 297–305. <https://doi.org/10.1007/s13105-016-0540-2>