

Leczenie żywieniowe w warunkach domowych — czy tylko choroba podstawowa odpowiada za wyniszczenie chorych?

Nutritional treatment at home — is it only the underlying disease that is responsible for the emaciation of patients?

Dominika Zawadzka¹, Zbigniew Kamocki², Magdalena Boćkowska¹, Przemysław Kostro²

¹Poradnia Leczenia Żywieniowego, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

²II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Adres do korespondencji:

mgr Dominika Zawadzka
Poradnia Leczenia Żywieniowego
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
ul. Waszyngtona 15A,
15-274 Białystok
e-mail:
dominika.zawadzka99@gmail.com
tel. 666 974 707

Postępy Żywnienia Klinicznego
2024, tom 19, 117–122

DOI: 10.5603/pzk.101659

ISSN 1896–3706

e-ISSN 2956–9249

Copyright © 2024 Via Medica

STRESZCZENIE

Wstęp i cel badania: Celem przeprowadzonego badania była próba ustalenia niezależnych od choroby podstawowej przyczyn wyniszczenia chorych leczonych żywieniowo w warunkach domowych.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono wśród 50 chorych. Autorzy zastosowali ankietę autorską, obejmującą między innymi kwestie przyczyn ewentualnego opóźnienia w zgłoszeniu się do poradni żywieniowej. Efekty zastosowanego leczenia żywieniowego również oceniano za pomocą ankiety autorskiej, co jest pewnym ograniczeniem badania.

Wyniki: Ponad połowa chorych (52%) została skierowana do Poradni Leczenia Żywieniowego w ciągu pierwszych trzech miesięcy od rozpoznania choroby podstawowej. Dwadzieścia osiem procent chorych rozpoczęło leczenie żywieniowe po ponad 12 miesiącach od postawienia diagnozy choroby podstawowej, a możliwą przyczyną późnego skierowania jest brak odpowiednich informacji od personelu medycznego. Większość pacjentów zauważyła korzyści z zastosowanego leczenia żywieniowego, w tym znaczną poprawę samopoczucia, jakości życia i zdrowia.

Wnioski:

1. Poziom wiedzy o istnieniu i możliwościach leczenia żywieniowego wśród chorych jest niewystarczający.
2. Zaskakujący jest brak wiedzy wśród personelu medycznego w zakresie żywienia pozajelitowego i dojelitowego chorych, na co wskazuje późne kierowanie chorych na leczenie żywieniowe.
3. Chorzy po wdrożeniu interwencji żywieniowej odczuwają wyraźne korzyści zdrowotne w postaci poprawy ogólnego stanu zdrowia, wzrostu masy ciała i jakości życia w wyniku zastosowanego leczenia żywieniowego.

Słowa kluczowe: niedożywienie, leczenie żywieniowe, ocena stanu odżywienia

ABSTRACT

Introduction: The aim of the study was to attempt to determine the causes of cachexia independent of the underlying disease in patients undergoing nutritional treatment at home.

Material and methods: The study was conducted among 50 patients (29 women and 21 men) receiving parenteral and enteral nutrition at the Nutritional Treatment Clinic of the University Clinical Hospital in Białystok. An original survey questionnaire was used, which included questions about the reason and date of reporting to the clinic and the effects of the nutritional treatment.

Results: More than half of the patients (52%) were referred to the Nutritional Treatment Clinic within the first 3 months of the diagnosis of the underlying disease. In 28% of patients, nutritional treatment was implemented only after 12 months. 18% of patients believed that they were referred to the Nutritional Treatment Clinic too late, and the reasons were fear, lack of appropriate information from medical staff and lack of knowledge about nutritional treatment options. Most patients see benefits from the nutritional treatment and report a significant improvement in well-being, quality of life and health.

Conclusions:

1. The level of knowledge about the existence and possibilities of nutritional treatment among patients is insufficient.
2. The lack of knowledge among medical staff regarding parenteral and enteral nutrition of patients is surprising, as evidenced by the late referral of patients for nutritional treatment.
3. After implementing the nutritional intervention, patients experience clear health benefits in the form of improvement in their general health, weight gain and quality of life as a result of the nutritional treatment.

Key words: malnutrition, nutritional treatment, assessment of nutritional status

WSTĘP

Niedożywienie to zjawisko powszechnie występujące w zakładach opieki zdrowotnej, w szczególności w szpitalach oraz placówkach opieki długoterminowej. Najczęściej niedożywienie obserwuje się u pacjentów przebywających na oddziałach geriatry, onkologii, pulmonologii, endokrynologii i gastroenterologii. Z licznych badań wynika, że występuje u 40–90% osób chorujących na nowotwory i u 30–55% chorych z chorobami nienowotworowymi. Od 20 do 50% pacjentów ma rozpoznane niedożywienie przed przyjęciem do szpitala. Stan niedożywienia pogłębia się u 20–30% chorych podczas pobytu w szpitalu [1, 2]. Chorzy ci wymagają leczenia żywieniowego. U części z nich leczenie żywieniowe musi być kontynuowane w warunkach domowych. W ostatnim czasie obserwuje się tendencję wzrostową liczby chorych, u których stosuje się tę metodę leczenia. Według danych epidemiologicznych, większa część chorych kwalifikuje się do pozajelitowego żywienia domowego z powodu zespołu krótkiego jelita, choroby Leśniowskiego-Crohna, powikłań chirurgicznych czy promiennego zapalenia jelit [3]. Od roku 2018 leczeniem żywieniowym objęto chorych z chorobą nowotworową, co spowodowało dalszy wzrost żywionych w warunkach domowych. Stanowią oni 60% populacji leczonych i ich liczba stale wzrasta [3]. Badanie włoskie wykazało 17,1 chorych żywionych pozajelitowo w warunkach domowych na milion osób [4]. Natomiast w badaniu przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii chorzy żywieni pozajelitowo w warunkach domowych stanowili 22,3 na milion osób [5]. Z danych z 2008 roku wynika, że w Polsce jest około 6000 osób żywionych dojelitowo w warunkach domowych [3].

Leczenie żywieniowe stanowi integralną część terapii, która ma na celu poprawę lub utrzymanie stanu odżywienia u chorych wyniszczonych z przyczyn nienowotworowych. Idea żywienia paliatywnego to zapobieganie niedożywieniu oraz poprawa jakości życia [6]. Zgodnie z aktualnym piśmiennictwem, u 80% chorych nie jest prowadzone

zalecane leczenie. Chorzy kwalifikowani do żywienia w warunkach domowych charakteryzują się ciężkim niedożywieniem białkowo-energetycznym [2].

Celem przeprowadzonego badania była próba ustalenia innych, niezależnych od choroby podstawowej, przyczyn wyniszczenia chorych.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

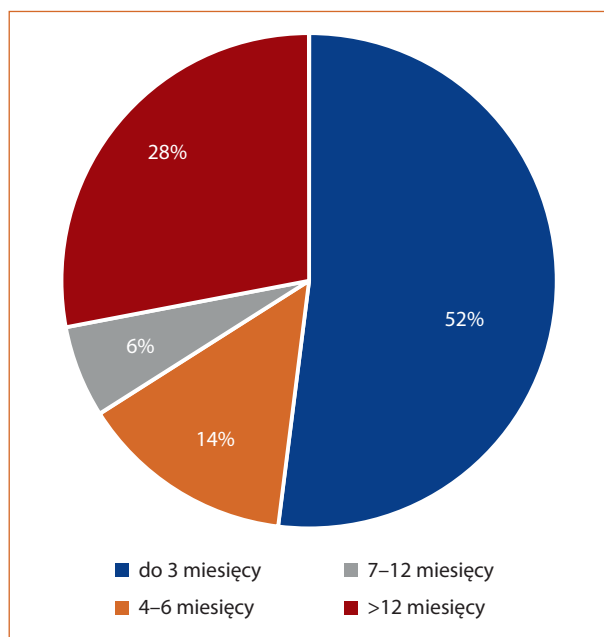
Badanie przeprowadzono wśród 50 chorych (29 kobiet i 21 mężczyzn) żywionych pozajelitowo i dojelitowo w Poradni Leczenia Żywieniowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Metodą badawczą był autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 10 pytań: dziewięciu pytań jednokrotnego wyboru oraz jednego pytania otwartego. Kwestionariusz ankiety obejmował pytania dotyczące powodu i terminu zgłoszenia się do Poradni oraz efektów zastosowanego leczenia żywieniowego.

WYNIKI

Badanie obejmowało 50 chorych żywionych pozajelitowo i dojelitowo w warunkach domowych, w tym 29 (58%) kobiet i 21 (42%) mężczyzn w wieku od 20 do 70 lat (mediana 55). Wśród ankietowanych 37 osób (74%) miało zdiagnozowaną chorobę nowotworową, natomiast pozostałe 13 osób (26%) — zespół krótkiego jelita. Wszyscy chorzy byli niedożywieni białkowo-energetycznie. W badaniu wzięło udział 18 (36%) chorych żywionych pozajelitowo oraz 32 (64%) pacjentów żywionych dojelitowo. Do badania zakwalifikowano chorych, którzy otrzymywali przez co najmniej 3 miesiące żywienie pozajelitowe/dojelitowe oraz wyrazili zgodę na przeprowadzenie badania.

Ponad połowa chorych (52%) odpowiedziała, że została skierowana do Poradni Leczenia Żywieniowego w ciągu pierwszych 3 miesięcy od rozpoznania choroby podstawowej; 14% badanych zostało objętych leczeniem żywieniowym w ciągu 4–6 miesięcy, 6% osób — w ciągu



Rycina 1. Przedział czasowy uzyskania skierowania do Poradni Leczenia Żywieniowego

7–12 miesięcy, a 28% chorych rozpoczęło leczenie żywieniowe po ponad 12 miesiącach od postawienia diagnozy choroby podstawowej.

Rycina 1 przedstawia przedział czasowy od momentu rozpoczęcia leczenia choroby podstawowej do momentu uzyskania skierowania do Poradni Leczenia Żywieniowego.

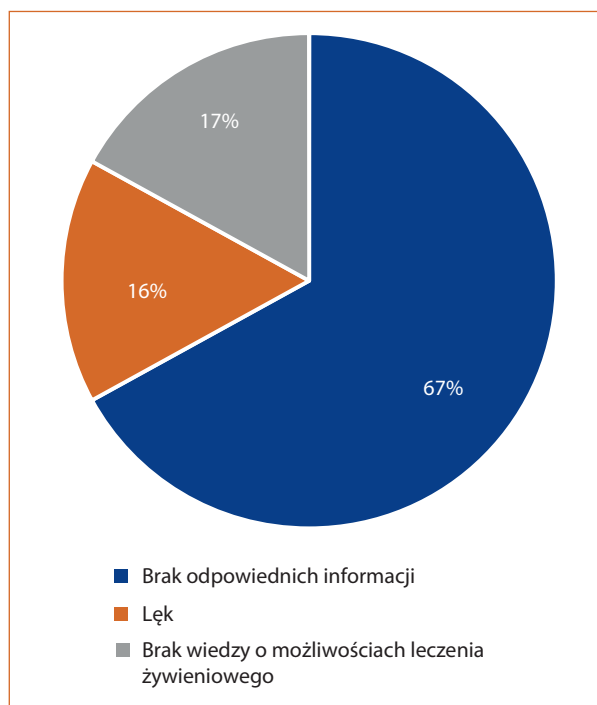
Tylko 18% pacjentów uznało, że zostali skierowani do Poradni Leczenia Żywieniowego za późno. Natomiast 82% chorych odpowiedziało, że leczenie żywieniowe zostało włączone w odpowiednim czasie.

Ankietowani za przyczynę późnego skierowania do Poradni Leczenia Żywieniowego przede wszystkim wskazali brak odpowiednich informacji od personelu medycznego (67%), ale także lęk (16%) oraz brak wiedzy o możliwościach leczenia żywieniowego (17%). **Rycina 2** przedstawia przyczyny późnego skierowania na leczenie żywieniowe.

Przykładowe wypowiedzi chorych o powodach późnego zgłoszenia się do żywienia w warunkach domowych:

- „Lekarze nie uświadomili mnie o możliwościach leczenia pozajelitowego.”
- „Lekarze nie pokierowali nas do odpowiedniego miejsca, pomimo naszych zapytań o możliwość poprawy stanu odżywienia.”
- „Nie chciałem żywienia, bo dowiedziałem się, że takie żywienie stosuje się tuż przed śmiercią.”
- „Lekarz onkolog powiedział mi, aby żywienie pozajelitowe odroczyć w czasie, ponieważ rozpoczęcie żywienia będzie moim końcem.”

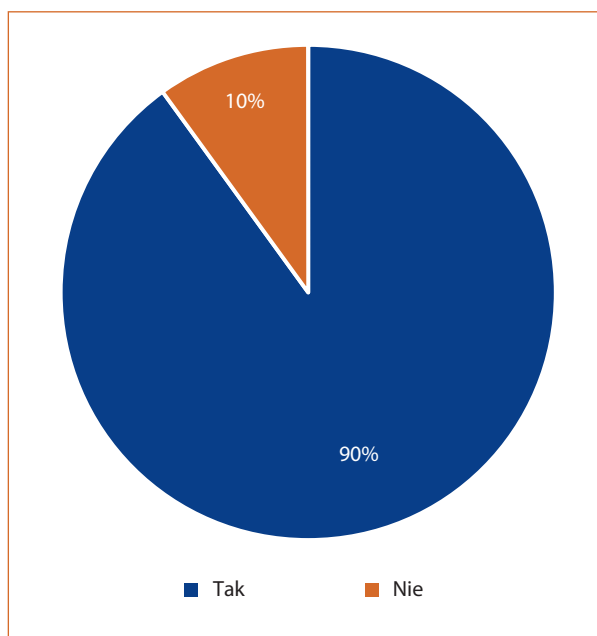
Zdecydowana większość chorych (82%) odpowiedziała, że wcześniej wdrożone leczenie żywieniowe zapobiegłoby negatywnym skutkom niedożywienia. Natomiast 18% ankietowanych zaznaczyło, że wcześniej włączone leczenie żywieniowe nie uchroniłoby przed niedożywieniem.



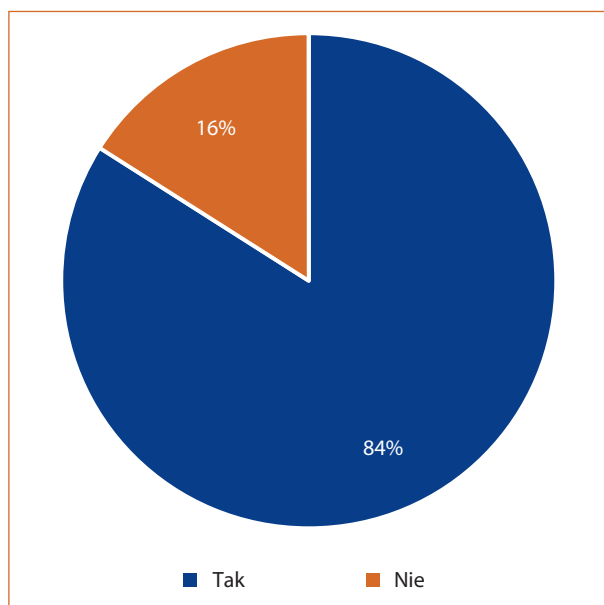
Rycina 2. Przyczyny późnego skierowania do Poradni Leczenia Żywieniowego

Wszyscy (100%) ankietowani chorzy zaznaczyli, że Poradnia Leczenia Żywieniowego podjęła szybką interwencję żywieniową.

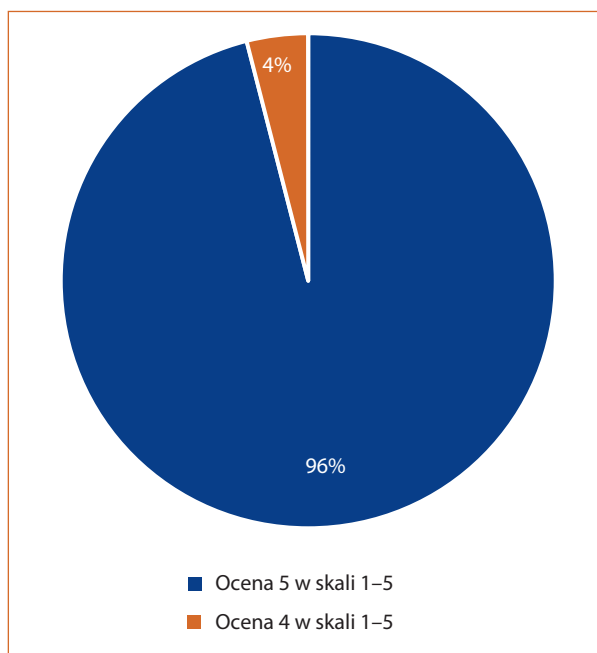
Zdecydowana większość pacjentów (90%) odpowiedziała, że odczuwa poprawę samopoczucia po zastosowaniu leczenia żywieniowego w warunkach domowych. Natomiast pozostałe 10% osób stwierdziło, że nie zauważyło poprawy kondycji fizycznej czy psychicznej. Zebrane wyniki przedstawiono na **rycinie 3**.



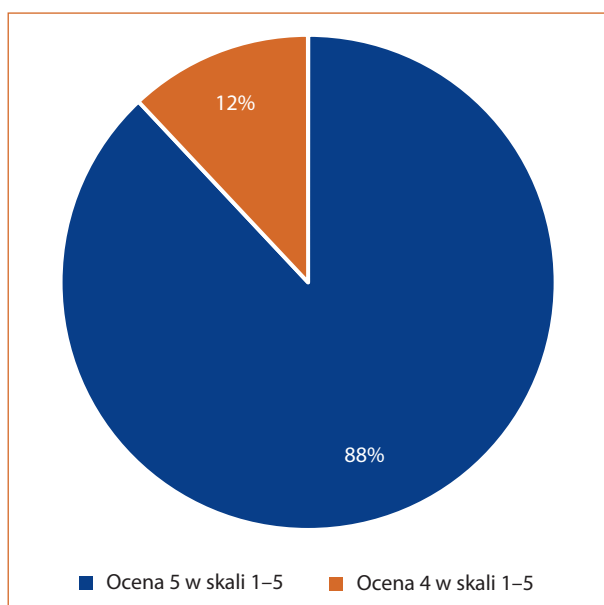
Rycina 3. Poprawa samopoczucia u pacjentów po włączeniu leczenia żywieniowego



Rycina 4. Wzrost masy ciała u pacjentów po zastosowaniu interwencji żywieniowej w Poradni Leczenia Żywieniowego



Rycina 6. Poziom satysfakcji pacjentów z udzielanych świadczeń zdrowotnych w Poradni Leczenia Żywieniowego



Rycina 5. Poziom poprawy jakości życia u pacjentów po zastosowaniu leczenia żywieniowego

U ponad połowy chorych (84%) nastąpił wzrost masy ciała od czasu rozpoczęcia leczenia żywieniowego, natomiast 16% osób nie zaobserwowało zmian masy ciała, co zostało zaprezentowane na **rycynie 4**.

Po włączeniu leczenia żywieniowego 88% badanych oceniło (w skali 1–5) poprawę jakości życia na maksymalnym poziomie. Natomiast 12% chorych oceniło korzyści z zastosowanego leczenia żywieniowego na poziomie 4. Opisane wyniki przedstawiono na **rycynie 5**.

Zdecydowana większość ankietowanych (96%) oceniła poziom zadowolenia (w skali 1–5) z udzielanych świadczeń zdrowotnych w Poradni Leczenia Żywieniowego

na maksymalnym poziomie, zaś pozostałe 4% osób swój poziom zadowolenia oceniło na 4. **Rycina 6** prezentuje poziom satysfakcji chorych wynikający z zastosowanego leczenia żywieniowego.

Wszyscy respondenci (100%) uznali, że w sposób zrozumiały udzielano im informacji o sposobie leczenia żywieniowego.

DYSKUSJA

Leczenie żywieniowe zarówno pozajelitowe jak i dojelitowe jest terapią dedykowaną chorym wymagającym długotrwałego lub stałego odżywienia sztucznego, którzy jednocześnie nie wymagają leczenia szpitalnego. U tych chorych zróżnicowany jest stopień niedożywienia. Głównymi czynnikami warunkującymi stan odżywienia jest choroba podstawowa, a także dotychczasowy ośrodek prowadzący leczenie choroby podstawowej.

W badaniu własnym tylko 18% chorych stwierdziło, że zostali skierowani za późno do Poradni Leczenia Żywieniowego — 82% chorych uznało, że w odpowiednim czasie zostało wdrożone leczenie żywieniowe. Z tego wynika, że jest to grupa chorych nieświadomych potrzeby leczenia żywieniowego. Nie są świadomi, że wcześniej wdrożona interwencja żywieniowa zmniejszyłaby negatywne skutki niedożywienia, a także zapobiegłaby powikłaniom. Zastosowanie — najszybciej jak to możliwe — leczenia żywieniowego wpływa korzystnie na efekty leczenia choroby podstawowej oraz poprawia jakość życia chorych. Ponadto u niektórych pacjentów pozwala wydłużyć czas przeżycia [7–9].

Zdecydowana większość chorych (67%) jako przyczynę późnego skierowania do Poradni Leczenia Żywieniowego

wskazała przede wszystkim brak odpowiednich informacji od personelu medycznego. Strach pacjentów przed leczeniem żywieniowym, ale także brak wiedzy o jego możliwościach, również przyczyniły się do późnego wdrożenia interwencji żywieniowej. Brak świadomości i wystarczającej wiedzy wśród personelu medycznego na temat oddziaływania złego stanu odżywienia na efekty leczenia chorych prowadzi do rozwoju niedożywienia. Niewypełnione karty informacji pacjentów dotyczące ich masy ciała oraz ich ewentualnych zmian, a także brak przeprowadzanej wstępnej oceny stanu odżywienia również przyczyniają się do braku rozpoznania niedożywienia. Te działania ułatwiłyby podjęcie decyzji o konieczności wprowadzenia leczenia żywieniowego [10–12].

Wyniki pracy własnej wskazują, że po włączeniu leczenia żywieniowego 88% chorych oceniło poprawę jakości życia na maksymalnym poziomie, natomiast 12% pacjentów zadeklarowało korzyści z zastosowanego leczenia żywieniowego na poziomie 4. W badaniu przeprowadzonym w Warszawie, chorzy z nadmierną masą otrzymujący żywienie pozajelitowe ciała ocenili jakość życia jako lepszą, w przeciwieństwie do osób z niedowagą czy z prawidłową masą ciała [7, 8, 11]. Wyniki innych prac badawczych wykazały, że jakość życia chorych z zaawansowanym rakiem jest na stabilnym poziomie do 2–3 miesięcy przed śmiercią [11, 13].

W badaniu własnym zdecydowana większość pacjentów (90%) odczuła poprawę samopoczucia po zastosowaniu leczenia żywieniowego w warunkach domowych. Ponadto u ponad połowy chorych (84%) nastąpił wzrost masy ciała od czasu rozpoczęcia interwencji żywieniowej, zaś u 16% osób nie zaobserwowano zmian masy ciała. W metaanalizie z 2012 r., która obejmowała 13 badań z 1414 pacjentami żywionymi pozajelitowo, nie zaobserwowano znamienego przyrostu masy ciała [13, 14]. Zauważono jednak, że leczenie żywieniowe pozytywnie wpływa na wybrane aspekty jakości życia, nie wpływając na śmiertelność [11, 13].

Jednym z głównych celów leczenia żywieniowego w końcowej fazie choroby nowotworowej jest przeciwdziałanie powstawaniu i pogłębianiu się niedożywienia, a także poprawa jakości życia. W badaniu Domagały i wsp. pacjentka z nieoperacyjnym rakiem wpustu żołądka, z objawami niedrożności przewodu pokarmowego, czekała trzy miesiące na wdrożenie leczenia żywieniowego. Po wprowadzeniu leczenia pozajelitowego stan pacjentki poprawił się i uległ stabilizacji. W wyniku zastosowania interwencji żywieniowej u chorej nastąpiła poprawa nastroju, sprawności ruchowej oraz zmniejszenie problemów ze snem [12, 13].

W badaniu Gliškiej i wsp. po zastosowaniu leczenia żywieniowego u pacjenta z gruczolakorakiem odbytnicy

nie zanotowano wzrostu masy ciała. Natomiast poprawiła się mobilność ruchowa oraz zmniejszyły się dolegliwości bólowe, co miało pozytywny wpływ na samopoczucie i jakość życia chorego [15].

Niedożywienie i wyniszczenie chorych to istotne problemy, których nie można bagatelizować. Wczesne rozpoznanie niedożywienia powinno być zasadniczym zadaniem personelu medycznego, dlatego należy poszerzać świadomość i wiedzę z zakresu leczenia żywieniowego w warunkach domowych.

WNIOSKI

Poziom wiedzy o istnieniu i możliwościach leczenia żywieniowego wśród chorych jest bardzo niski. Zdecydowana większość pacjentów nie ma świadomości, że została za późno skierowana i objęta leczeniem żywieniowym. Duża część chorych nie zdaje sobie sprawy, że wcześniejsze zastosowanie interwencji żywieniowej zapobiegłoby negatywnym skutkom niedożywienia, a także wpłynęłoby korzystnie na wynik leczenia choroby podstawowej i poprawę jakości życia.

Zaskakujący jest także brak wiedzy wśród personelu medycznego w zakresie żywienia pozajelitowego i dojelitowego chorych nie tylko z zespołem krótkiego jelita, lecz również z wyniszczeniem nowotworowym, na co wskazuje późne kierowanie pacjentów na leczenie żywieniowe.

Chorzy w Poradni Leczenia Żywieniowego odczuwają wyraźne korzyści zdrowotne w postaci poprawy ogólnego stanu zdrowia, wzrostu masy ciała i jakości życia w wyniku zastosowanego leczenia żywieniowego.

Informacje o artykule

Dostępność danych źródłowych: Jako autorzy oświadczamy, że nadesłana praca nie była wcześniej nigdzie publikowana ani nie została złożona w redakcji innego czasopisma. Ponadto oświadczamy, że automatycznie i nieodpłatnie przenosimy na Wydawcę wszelkie prawa autorskie do wydawania i rozpowszechniania nadesłanych materiałów we wszystkich znanych formach i na wszystkich znanych polach eksploatacji, pod warunkiem, że materiały te zostaną zaakceptowane do publikacji. Jednocześnie zgadzamy się, że praca nie zostanie opublikowana gdziekolwiek i w jakimkolwiek języku bez wcześniejszej pisemnej zgody nabywcy praw autorskich, jakim jest Wydawca.

Oświadczenie etyczne: Praca akceptuje standardy etyczne.

Wkład autorski: Dominika Zawadzka — odpowiedzialna za wykonanie autorskiej ankiety, zebrania wyników, interpretację danych, napisanie pracy; doc. Zbigniew Kamocki — odpowiedzialny za opracowanie koncepcji pracy, korektę pracy, Magdalena Boćkowska — pomoc w zbieraniu danych, Przemysław Kostro — pomoc w zbieraniu danych. Wszyscy autorzy przeczytali i zgodzili się na opublikowaną wersję manuskryptu.

Finansowanie: Źródło własne.

Podziękowania: Wszyscy autorzy pragną podziękować pacjentom, którzy wzięli udział w tym badaniu.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Materiały uzupełniające: Autorska ankieta.

PIŚMIENNICTWO

1. Szczygiel B, Kłęk S, Kapała A, et al. Brak edukacji żywieniowej główną przyczyną niedożywienia szpitalnego i wzrostu kosztów leczenia. Co powinien wiedzieć każdy lekarz. *Postępy Żywienia Klinicznego*. 2024; 19: 32–38.
2. Jarosz M, Dzieniszewski J, Rychlik E. Hospital malnutrition – important health and economic problem. *Postępy Nauk Medycznych*. 2012; XXV(12).
3. Folwarski M, Kłęk S, Matras P, et al. Organizational issues of home parenteral nutrition during COVID-19 pandemic: Results from multicenter, nationwide study. *Nutrition*. 2021; 86, doi: [10.1016/j.nut.2021.111202](https://doi.org/10.1016/j.nut.2021.111202), indexed in Pubmed: [33735654](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33735654/).
4. Pironi L, Candusso M, Biondo A, et al. Italian Society for Parenteral and Enteral Nutrition Executive Committee. Prevalence of home artificial nutrition in Italy in 2005: a survey by the Italian Society for Parenteral and Enteral Nutrition (SINPE). *Clin Nutr*. 2007; 26(1): 123–132, doi: [10.1016/j.clnu.2006.07.004](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2006.07.004), indexed in Pubmed: [16938366](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16938366/).
5. BANS Report 2016. Artificial nutrition support in the UK 2005 e 2015. Adult home parenteral nutrition & home intravenous fluids A report by the British artificial nutrition survey (BANS), a committee of BAPEN (the British association for parenteral and enteral nutrition). <https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/reports/bans-report-2016.pdf>.
6. Spodaryk M. Praktyczne aspekty leczenia żywieniowego. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
7. Bellanti F, Lo Buglio A, Quiete S, et al. Malnutrition in Hospitalized Old Patients: Screening and Diagnosis, Clinical Outcomes, and Management. *Nutrients*. 2022; 14(4), doi: [10.3390/nu14040910](https://doi.org/10.3390/nu14040910), indexed in Pubmed: [35215559](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35215559/).
8. Turczynowski W, Szczepanik MA, Kłęk S. Leczenie żywieniowe a układ odpornościowy. *Przegląd Lekarski*. 2000; 57(1): 36–40.
9. Ostrowska JA. Niedozżywnienie szpitalne. Metody oceny stanu odżywienia. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2017; 11(2): 54–61.
10. Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, et al. ESPEN. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: non-surgical oncology. *Clin Nutr*. 2009; 28(4): 445–454, doi: [10.1016/j.clnu.2009.04.011](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2009.04.011), indexed in Pubmed: [19477052](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19477052/).
11. Muraczyńska B, Majewska G, Baczeńska B, et al. Ocena jakości życia pacjentów żywionych pozajelitowo w domu. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016; 6(12): 322–337.
12. Kłęk S. Leczenie żywieniowe w onkologii. *Onkol. Prak. Klin*. 2011; 7(5): 269–273.
13. Członkowska A, Sarzyńska-Długosz I, Błażejewska-Hyżorek B. Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe w udarze mózgu — stanowisko Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. *Polski Przegląd Neurologiczny*. 2013; 9(4): 141–145.
14. Domagała K, Błacharska-Krzanowska K, Strzypek K. Parenteral nutrition in a patient with advanced cancer. *Palliative Medicine*. 2019; 11(4): 184–187, doi: [10.5114/pm.2019.93187](https://doi.org/10.5114/pm.2019.93187).
15. Glińska P, Tałasiewicz K, Kapała A. Interwencja żywieniowa u pacjenta z zaawansowanym nowotworem przewodu pokarmowego- stadium przypadku klinicznego. *Postępy Żywienia Klinicznego*. 2024; 19: 46–49, doi: [10.5603/pzk.99286](https://doi.org/10.5603/pzk.99286).

ANKIETA PORADNI LECZENIA ŻYWIENIOWEGO

1. Proszę określić jaki czas upłynął od momentu leczenia choroby podstawowej do momentu uzyskania skierowania do Poradni Leczenia Żywieniowego.

.....

2. Czy uważa Pan/Pani, że został skierowany/-a w odpowiednim czasie do Poradni Leczenia Żywieniowego?

a) Tak

b) Nie

Przy zaznaczonej odpowiedzi „Nie” proszę odpowiedzieć na pytanie 3

3. Co wpłynęło na późne skierowanie do Poradni Leczenia Żywieniowego?

a) Własna decyzja

b) Brak odpowiednich informacji od personelu medycznego

c) Błędne informacje od lekarza

d) Inny powód, np.:

4. Czy uważa Pan/Pani, że wcześniej wdrożone leczenie żywieniowe zapobiegłoby negatywnym skutkom niedożywienia?

a) Tak

b) Nie

c) Nie wiem

5. Proszę określić szybkość podjęcia interwencji żywieniowej w Poradni Leczenia Żywieniowego:

a) W szybkim czasie

b) Przedłużony czas

6. Czy odczuwa Pan/Pani poprawę samopoczucia po wdrożeniu leczenia żywieniowego?

a) Tak

b) Nie

c) Nie wiem

7. Czy od czasu rozpoczęcia leczenia żywieniowego nastąpił wzrost masy ciała?

a) Tak

b) Nie

8. Proszę ocenić poziom poprawy jakości życia i zdrowia po wdrożeniu leczenia żywieniowego:

Proszę wybrać jedną z ocen w skali 1–5 poprzez wpisanie X w odpowiednią kratkę:

1 — niezadowolony	2 — raczej niezadowolony	3 — raczej zadowolony	4 — zadowolony	5 — bardzo zadowolony

9. Proszę ocenić poziom zadowolenia z udzielanych świadczeń zdrowotnych w Poradni Leczenia Żywieniowego:

Proszę wybrać jedną z ocen w skali 1–5 poprzez wpisanie X w odpowiednią kratkę:

1 — niezadowolony	2 — raczej niezadowolony	3 — raczej zadowolony	4 — zadowolony	5 — bardzo zadowolony

10. Czy w sposób zrozumiały udzielano Pani/Panu informacji o sposobie leczenia żywieniowego?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

a) Tak

b) Nie

c) Trudno określić