

ZABURZENIA ODŻYWIANIA U OSÓB STARSZYCH

ANETA DŁUGOSZ¹, BARTOSZ WANOT¹, AGNIESZKA BISKUPEK-WANOT¹

¹Katedra Nauk o Zdrowiu i Fizjoterapii
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy
im. Jana Długosza w Częstochowie

Streszczenie

Zgodnie z opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia WHO, międzynarodową statystyczną klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych (ICD-10) zaburzenia odżywiania zostały sklasyfikowane jako zaburzenia psychiczne, umieszczone w grupie zaburzeń behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi oraz czynnikami psychicznymi.

Powszechnie wiadomo, jak istotne znaczenie dla ludzi ma odżywianie. Prawidłowe odżywianie stanowi jedną z podstaw w promocji zdrowia szczególnie u osób dojrzałych, gdzie dbałość o komplementarne dostarczenie organizmowi niezbędnych składników odżywczych jest kluczowa. Proces starzenia się ludzi wpływa na motorykę oraz jakość ich życia, odpowiednie odżywianie staje się istotnym jego elementem. Etapy starzenia się organizmu oraz występowanie chorób towarzyszących, pozwalają określić co jest właściwe, a co szkodliwe dla organizmu człowieka. W starszym wieku groźnym dla człowieka staje się zarówno niedobór, jak i nadmiar makro i mikro składników. W wieku takim zmienia się potrzeba suplementacji mikroelementów oraz witamin, a także zapotrzebowanie na energię.

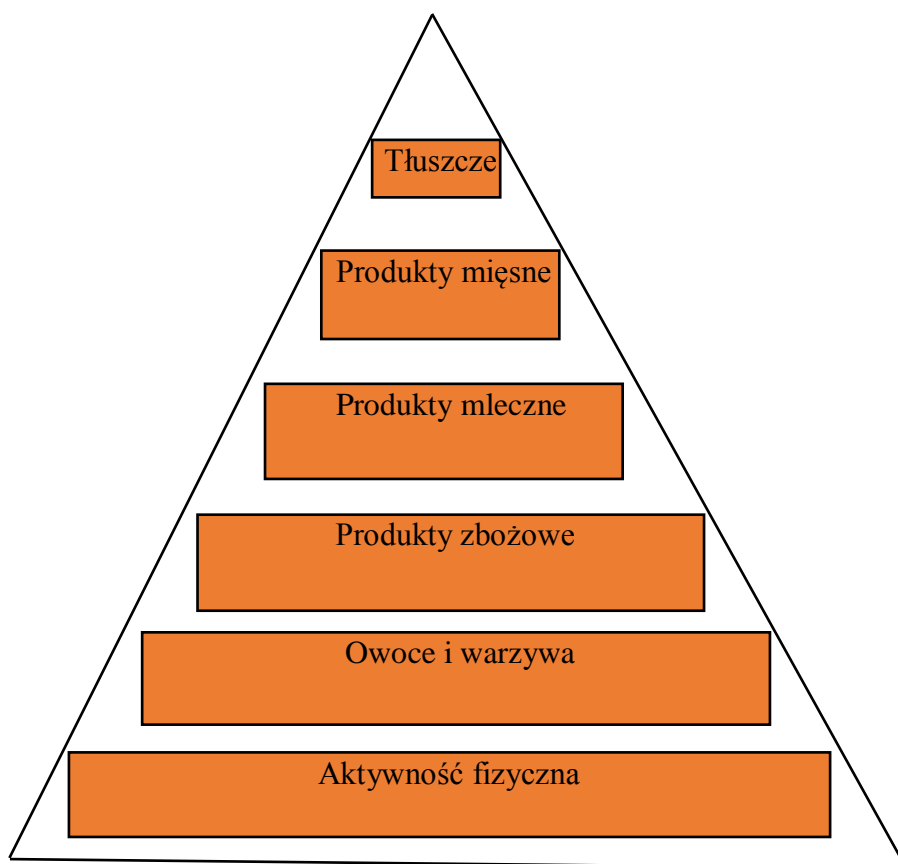
Profilaktyka zaburzeń odżywiania jest niewątpliwie obszarem, w którym powinno się podejmować niezwłoczne działania, o bardzo zróżnicowanym charakterze. Działania te powinny być dostosowane do potrzeb odbiorców, angażując wiele podmiotów oraz wykorzystując wszystkie środki i techniki mające na celu służyć poprawie kondycji zdrowotnej całego społeczeństwa.

Wstęp

Na przestrzeni ostatnich kilku lat nastąpił znaczący wzrost ilości diagnoz lekarskich związanych z zaburzeniami żywienia [1]. Żywnienie, które wpływa na utrzymanie zdrowia,

zaczęło odgrywać bardzo dużą rolę w życiu człowieka [2]. Normy żywieniowe, stały się kluczowym elementem zdrowego stylu życia. Brak opracowań indywidualnych norm żywieniowych (podzielonych pod względem wieku, płci, stanu fizjologicznego oraz aktywności fizycznej) zaczęło skutkować powstawaniem szeregu zaburzeń żywienia. Przez wiele lat trwała dyskusja nad tym, czy zaburzenia odżywiania powinny być traktowane, jako schorzenia endokrynologiczne, czy jako choroba internistyczna bądź neurologiczna, albo zaburzenie psychiczne. Ostatecznie stwierdzono, iż u podłoża zaburzeń odżywiania przede wszystkim leżą zmiany w percepcji samego siebie, dążeniu do nierealistycznych celów dotyczących własnego wyglądu, a także narzucaniu sobie rygorystycznej diety oraz zmian w funkcjonowaniu ośrodków kontrolujących łaknienie. Wszystko to wraz z innymi obserwacjami i badaniami potwierdziło przypuszczenia lekarzy, że zaburzenia odżywiania przynależą do zaburzeń psychicznych, których nieleczone powikłania mogą wywierać istotny wpływ na funkcjonowanie całego organizmu człowieka [3].

Zgodnie z opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia WHO, międzynarodową statystyczną klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych (ICD-10) zaburzenia odżywiania zostały sklasyfikowane jako zaburzenia psychiczne, umieszczone w grupie zaburzeń behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi oraz czynnikami psychicznymi. W związku z powyższym zaburzenia odżywiania rozumiane jako zaburzeniami psychiczne o poważnych konsekwencjach dla zdrowia fizycznego oraz psychicznego człowieka wymagają szerokiego podejścia, przeciwdziałającego ich poważnym skutkom zdrowotnym. Bardzo ważny stał się nacisk na profilaktykę zapobiegającą powstawaniu tego typu problemów. Stworzona została tak zwana piramida żywieniowa, stanowiąca opracowanie standardów spożywanych produktów [4, 5].



Ryc. 1. Aktualna piramida żywieniowa [6].

Piramida żywieniowa jest zbiorem zasad prawidłowego żywienia, co pewien czas wymagająca modyfikacji, ze względu na dynamicznie zmieniający się styl życia populacji. Aktualnie piramida żywieniowa jest odpowiedzią na zalecenia WHO zawierająca wytyczne „mniej cukru, soli i tłuszczu, więcej błonnika” [5]. Zgodnie z przedstawioną piramidą żywieniową do produktów, które należy ująć w diecie należą:

- produkty z grupy tłuszczów – głównie tłuszcze roślinne np.: oliwa z oliwek, czy olej rzepakowy, które stanowić powinny najmniejszy stosunek procentowy diety;
- produkty mięsne – głównie ryby, jaja, produkty roślin strączkowych, chude mięso, które powinny stanowić większy stosunek procentowy niż produkty tłuszczowe;
- produkty mleczne – głównie mleko, jogurt, ser żółty, kefir,
- produkty zbożowe – przede wszystkim zalecane jest spożywanie pełnoziarnistych produktów,
- owoce i warzywa – co najmniej połowę tego co jesz.

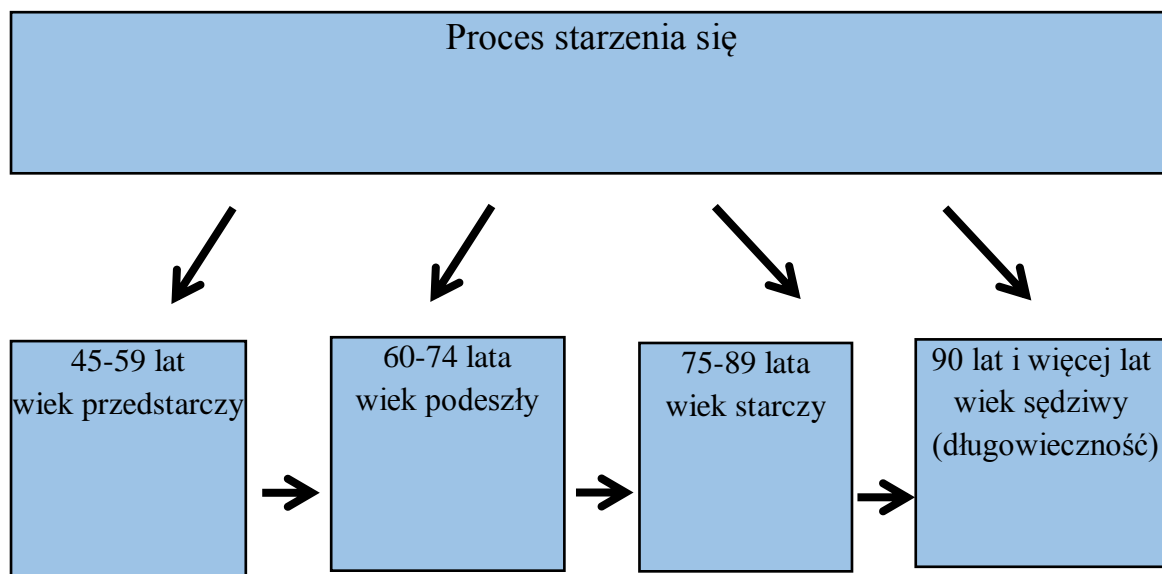
Oprócz produktów ważne jest stosowanie podstawowych zasad, jak:

- spożywanie 5 posiłków dziennie w regularnych odstępach czasu.
- nie dosalanie potraw – zastąpienie soli ziołami, które mają cenne walory smakowe i zdrowotne,
- pamiętanie o odpowiednim nawodnieniu – 2,5 litra dziennie,
- oraz aktywności fizycznej, która stanowi podstawę piramidy żywieniowej, przy czym zalecana aktywność fizyczna powinna wynosić minimum 30 minut dziennie [7].

Zdrowy człowiek powinien spożywać regularnie posiłki w równych odstępach czasu, śniadanie należy zjeść w ciągu 1-2 godzin po przebudzeniu, a kolację około 3 godziny przed snem. Prawidłowa dieta odgrywa ważną rolę w życiu człowieka oraz jakości życia, dlatego powinna być bogata w warzywa i owoce co zmniejszy ryzyko wystąpienia chorób. Jednocześnie spożywanie dużej ilości błonnika jest istotne w zapobieganiu zaburzeń na tle wadliwego żywienia. Bardzo ważnym elementem uzupełniającym piramidę żywieniową jest odpowiednie nawadnianie organizmu. Na podstawie literatury naukowej, wiadomo że w przypadku wody pitnej standardem dostarczanej ilości płynów jest ilość od 2-2,5 litra dziennie [8].

Zaburzenia odżywiania u osób starszych

Powszechnie wiadomo, jak istotne znaczenie dla ludzi ma odżywianie. Prawidłowe odżywianie stanowi jedną z podstaw w promocji zdrowia szczególnie u osób dojrzałych, gdzie dbałość o komplementarne dostarczenie organizmowi niezbędnych składników odżywczych jest kluczowa. Proces starzenia się ludzi wpływa na motorykę oraz jakość ich życia, odpowiednie odżywianie staje się istotnym jego elementem. Etapy starzenia się organizmu oraz występowanie chorób towarzyszących, pozwalają określić co jest właściwe, a co szkodliwe dla organizmu człowieka. W starszym wieku groźnym dla człowieka staje się zarówno niedobór, jak i nadmiar makro i mikro składników. W wieku takim zmienia się potrzeba suplementacji mikroelementów oraz witamin, a także zapotrzebowanie na energię [2]. Skutki procesu starzenia stanowią niezbędny element sfery polityki społecznej [10]. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rozróżniamy kilka etapów starzenia się człowieka. Rycina 2 przedstawia klasyfikację niniejszych etapów.



Ryc. 2. Schemat klasyfikacji etapów starzenia się [10].

Zgodnie z ryciną 2 wymienione etapy starzenia się, wskazane powyżej charakteryzują się następującymi cechami:

- wiek przedstarczy, w ramach którego można wskazać osoby w grupie wiekowej 45-59 lat, charakteryzuje się umiętym cieszeniem się z życia;
- wiek podeszły – inaczej wiek starzenia się lub wczesna starość uwzględnia osoby, które ukończyły 60 lat, ale nie ukończyły 75 roku życia. Do tego przedziału wiekowego można zakwalifikować młodych-starych (young-old), czyli osoby które pomimo wieku nadal czują się młode;
- wiek starczy – inaczej późna starość. W tym przedziale wiekowym znajdują się osoby z kategorii stary-stary (old-old). Są to osoby, które nie są już młode i tak też się czują;
- wiek sędziwy – inaczej IV wiek, długowieczność. Takiego wieku dożywają wyłącznie nieliczni – długowieczni (longlife) [10].

Współczesny styl życia generuje wystąpienie wielu nieprawidłowości w sferze żywieniowej, szczególnie w grupie osób starszych, czego dowodem jest pojawianie się w tej grupie osób licznych zaburzeń żywieniowych [2]. Na przestrzeni ostatnich lat, w wielu krajach zachodnich nastąpił znaczący wzrost zachorowań związanych bezpośrednio z zaburzeniami odżywiania. Często przyczyną powstawania tego typu zaburzeń są zmiany społeczno-kulturowe oraz psychologiczne. Do czynników wpływających na stan odżywiania osób starszych zaliczyć można przede wszystkim:

- czynniki społeczno-ekonomiczne;
- czynniki psychologiczne;
- patofizjologiczne zmiany zachodzące w organizmie;
- choroby przewlekłe wraz z farmakoterapią;
- niską aktywność fizyczną;
- hospitalizację chorego w ciągu roku;
- niewiedzę wraz z niewłaściwymi nawykami żywieniowymi [11].

Zaburzenia odżywiania, czyli nieprawidłowości w zachowaniu odnośnie traktowania pożywienia, stanowią dużą grupę chorób. Są również najczęstszym z powodów gorszej jakości życia, depresji, osłabienia, zmniejszenia aktywności życiowej i zaburzeń funkcji poznawczych [12]. W ramach tej grupy, zgodnie z klasyfikacją europejską ICD-10 zaliczyć można: anoreksję (jadłowstręt psychiczny); bulimię oraz atypowe zaburzenia jedzenia takie jak: ortoreksja, pregoreksja, diabulimia, bigoreksja.

Kryteria badawcze amerykańskiej klasyfikacji DSM-IV, ponad wyżej wymienioną grupę chorób związanych z odżywianiem, wyszczególniają dodatkowo: zespół napadowego objadania się oraz zespół nocnego objadania się [13].

Anoreksja, objawia się zmniejszonym łaknieniem, utratą apetytu, ogólnym pogorszeniem się kondycji psychofizycznej chorego. Chory odczuwa zaburzenia łaknienia, sądząc, że po spożyciu posiłku przytyje. W chorobie tej ztraca się realne postrzeganie własnego ciała, na tle innych osób przez co chory ma poczucie niedoskonałości własnej postaci [14].

Bulimia to zaburzenie charakteryzujące się napadami niekontrolowanego spożywania pokarmu, z cechami żarłoczości, skutkującej poczuciem winy, gniewu, depresji [13].

Ortoreksja, kolejna z chorób związanych z zaburzeniem odżywiania to tzw. zaburzenie w normalnym funkcjonowaniu pacjenta na punkcie zdrowego żywienia. Chorzy często spędzają wiele godzin na sprawdzaniu składu oraz pochodzenia konkretnych produktów, upewniając się, czy są odpowiednie. Pacjenci kolejno eliminują ze swojego menu produkty spożywcze, które ich zdaniem mogą mieć niekorzystny wpływ na ich zdrowie. U osób cierpiących na ortoreksję mogą występować takie uczucia jak: poczucie winy, czy wstręt do samego siebie, gdy nie trzymają się swoich wytycznych zasad żywieniowych. Takie zachowanie może prowadzić do izolacji chorych od otoczenia poprzez świadome unikanie przez nich kontaktów towarzyskich [15].

Pregoreksja, jest chorobą bardzo podobną do anoreksji z tą różnicą, że dotyczy kobiet ciężarnych. Chorzy z takim wzorcem zachowań obawiają się związanego z ciążą przybierania na wadze, odczuwają lęk przed zmianą swego kształtu i rozmiaru, a także chcą jak najszybciej powrócić do formy po urodzeniu dziecka. Nadmierna koncentracja na własnym wyglądzie powoduje trudności z akceptacją własnego zmieniającego się ciała [16].

Diabulimia, czyli odchudzanie poprzez manipulowanie insuliną, to z kolei choroba, której nazwa pochodzi z połączenia angielskiego diabetes (cukrzyca) oraz polskiego słowa bulimia (żarłoczność psychiczna). Zaburzenie to polega na pomijaniu lub zmniejszaniu przyjmowanych dawek insuliny, bez konsultacji z lekarzem, w celu schudnięcia lub uzyskania określonej masy ciała przez osoby ze zdiagnozowaną cukrzycą insulinozależną typu I [17]. Osoby z objawami diabulimii często przeżywają wstyd i zażenowanie związane z własną chorobą, mają negatywny obraz własnego ciała i niskie poczucie własnej wartości. Z tym zaburzeniem odżywiania często współwystępują objawy depresyjne oraz lęki [18].

Bigoreksja jest specyficzną odmianą dysmorfofobii, czyli zaburzenia polegającego na przeżywaniu lęku wywołanego przekonaniem o nieestetyczności własnego ciała. Osoby z tym syndromem ciągle ważą się i mierzą obwody mięśni, porównują swój wygląd z innymi kulturystami. Angażują się w intensywny, nadmierny trening siłowy, niejednokrotnie doznając urazów z przetrenowania. Często rezygnują z życia towarzyskiego i rodzinnego, a także z aktywności zawodowych, w celu utrzymania harmonogramu treningów. Dążąc do osiągnięcia nierealnego ideału własnego ciała, często stosują środki wspomagające rozrost mięśni, zaburzając wygląd własnej sylwetki [19].

Syndrom nocnego jedzenia (NES), to zaburzenie objawiające się wzmożonym apetytem w porze nocnej. Jedną z głównych cech NES jest spożycie przynajmniej 50% dziennego zapotrzebowania energetycznego po wieczornym posiłku, po godzinie 19.00. Pacjenci przejawiają nastroje depresyjne wraz z upływem dnia. Pacjenci skarżą się na zmęczenie, napięcie psychiczne, niepokój, rozstrojenie nerwowe i poczucie winy. NES współwystępuje z objawami lękowymi, innymi zaburzeniami jedzenia oraz prowadzi do obniżenia psychicznej jakości życia [20].

Wyszczególnione powyżej zaburzenia odżywiania dla osób chorych stanowią istotny problem, powodujący wiele negatywnych konsekwencji zarówno zdrowotnych, psychologicznych, jak i społecznych. Przy tak złożonej etiologii zaburzeń odżywiania wymagane jest zatem interdyscyplinarne podejście do problemu, uwzględniające m. in. modyfikację stylu życia, w szczególności zachowań żywieniowych, wsparcia

psychologicznego, a w skrajnych przypadkach nawet wdrożenie postępowania farmakologicznego.

Anoreksja u osób starszych

Choroby związane z zaburzeniami odżywiania u osób starszych są chorobami niosącymi ze sobą duże wyniszczenie zarówno dla organizmu chorego jak i jego najbliższego otoczenia. Problemy na przykład z wagą tylko z pozoru nie mają większego wpływu na życie, tak naprawdę często są one główną przyczyną negatywnego samo postrzegania. Kontrolowanie swojej figury, czy wyglądu z czasem wywołuje poczucie strachu przed zmianami, a takie zachowanie prowadzi do zaburzeń odżywiania. Skutki zaburzeń odżywiania, mogą być także następstwem chorób takich jak:

- choroba refluksowa przełyku;
- przewlekłe zapalenie żołądka;
- zakażenia *Helicobacter pylori*;
- dyspepsja (niestrawność);
- paradotyzja;
- nowotwory [21].

Anoreksja jako jedno z częstszych zaburzeń odżywiania, szczególnie u osób po siedemdziesiątym roku życia jest zgodnie z definicją zaburzeniem psychicznym, które polega na drastycznym ograniczaniu ilości przyjmowanych pokarmów w celu osiągnięcia szczupłej sylwetki (choroba polegająca na obsesyjnym odchudzaniu się), prowadzącym do znacznego ubytku masy ciała (niedowagi), stanu niedożywienia i postępującego wyniszczenia organizmu [22].

Anoreksja u osób starszych, szczególnie u kobiet zasadniczo przebiega w trzech fazach. U Grochmal-Bacha i Rorata fazy te nazwane są: fazą pierwszą, drugą i trzecią, a u Rydzyńskiego: fazą początkową, fazą rozwiniętą i fazą schyłkową [23]. Faza pierwsza, czyli początkowa, charakteryzuje się realną i świadomą walką z głodem, wywołaną przez nietolerancję własnego obrazu ciała i sylwetki. Osoba chora uważa się za zbyt grubą pomimo niedowagi. W fazie tej przede wszystkim występuje ograniczenie węglowodanów oraz tłuszczów z jednoczesnym zachowaniem apetytu i dobrego stanu ogólnego. W drugiej fazie anoreksji dochodzi z kolei do znacznego wychudzenia organizmu spowodowanego niedożywieniem. W tej fazie głód staje się mniej odczuwalny, a niska waga zaczyna być obiektem zadowolenia i władzy nad ciałem chorego. Schyłkowa, trzecia faza anoreksji to z kolei pełna utrata apetytu połączona z utratą uczucia głodu, dużego spadku wagi oraz braku

świadomości własnej choroby [24]. W fazie tej pojawia się depresja, zaniepokojenie, czy też obawa przed utratą własnej niezależności wypracowana przez długotrwałą głodówkę.

Rozróżniamy dwa typy anoreksji:

- jadłowstręt reaktywny;
- jadłowstręt właściwy.

Głównym powodem występowania jadłowstrętu reaktywnego jest bardzo silna presja społeczna, a przede wszystkim udział mediów, kolorowe czasopisma z modą, pisma dla kobiet, w których zamieszczana jest duża liczba kolorowych zdjęć szczupłych, często wręcz wychudzonych modelek, czy aktorek. Ograniczając spożywane pokarmy i walcząc z naturalnym apetytem, wpada się w pułapkę, w której w niedostrzegalnej chwili przekracza się cienką graniczną linię między dietą i utrzymaniem szczupłej sylwetki, a chorobliwym głodzeniem się prowadzącym organizm do wyniszczenia, a także do zmian w osobowości. Chorzy na ten typ jadłowstrętu łatwiej poddają się terapii, a ich rodziny chętniej współpracują z terapeutą [25].

Z kolei w przypadku jadłowstrętu właściwego za główną przyczynę jej powstawania uznaje się nieprawidłowości w rodzinie. Wadliwe relacje panujące wśród domowników wpływają bowiem niekorzystnie na rozwój jej członków, zaburzają równowagę rodziny jako całości. W rodzinie takiej występuje: nadmierna kontrola (nadopiekuńczość), która wiąże się z odrzuceniem i krępowaniem w samodzielnym postępowaniu. Wyróżnić można następujące typy takich rodzin: rodziny nadopiekuńcze z dość wysokim poziomem lęku, w których cała uwaga i działanie skupione są na zapewnieniu bezpieczeństwa wszystkim jej członkom; rodziny „zasznurowane” niemające prawidłowo zdefiniowanych i właściwie realizowanych ról, ich wypełnianie wiąże się z równoczesnym narzuceniem podporządkowania wobec członków rodziny, a także z tłumieniem i ujawnianiem własnych dążeń oraz rodziny sztywne bardzo twardo i zdecydowanie próbują zachować niezmienną autonomię, która jest mechanizmem obronnym, maskującym. Prawdopodobnie wiąże się to z problemami z dzieciństwa oraz ze złymi doświadczeniami wyniesionymi z domu [26]. Anoreksja jest obarczona ryzykiem śmierci. Długotrwałe niedobory oraz dysproporcje w dostarczaniu niezbędnych składników pokarmowych do organizmu mogą skutkować wyniszczeniem, czy też powikłaniami w funkcjonowaniu poszczególnych narządów oraz układów organizmu [27]. Osoby starsze szczególnie dotkliwie odczuwają następstwa wyżej wymienionych niedoborów, ponieważ mogą u nich występować takie objawy jak:

- osłabienie siły mięśniowej;
- bóle oraz skurcze mięśniowe;

- sucha i pozbawiona elastyczności skóra;
- łamliwość oraz kruchość paznokci i włosów;
- bóle brzucha;
- zaburzenia perystaltyki jelit;
- osteoporoza;
- niedokrwistość;
- zaburzenia pamięci i koncentracji;
- bezsennaść;
- wahania nastrojów;
- depresja;
- pojawianie się konfliktów w rodzinie;
- pojawianie się myśli samobójczych;
- wycofanie się z życia społecznego [16].

Bulimia u osób w wieku podeszłym

Bulimia, jest chorobą charakteryzującą się spożywaniem dużych ilości jedzenia w krótkim odstępie czasu oraz poczuciem zupełnego braku kontroli nad spożywanymi pokarmami, a następnie wywoływania czynności kompensacyjnych w postaci np. wymiotów. Oprócz wymiotów, zaburzenie to prowadzi do złego samopoczucia, wahań ciśnienia krwi oraz poziomu glukozy, co w konsekwencji może skutkować otyłością. Choroba, jaką jest bulimia ma silny związek z zaburzonym sposobem odżywiania, większym niezadowoleniem z własnego wyglądu, skłonnością do stosowania diet, koncentrowaniu całej uwagi na jedzeniu oraz chorobliwym pragnieniu uzyskania szczuplejszej figury [28].

Osoby chore zazwyczaj zdają sobie sprawę z tego, że utraciły kontrolę nad ilością przyjmowanych pokarmów w momencie, pogłębienia się objawów choroby przejadają się, po czym zaczynają stosować różne sposoby kontrolowania wagi ciała, co w konsekwencji może być bardzo niebezpieczne dla zdrowia [29].

Przyczyn występowania bulimii jest bardzo wiele, aby zatem postawić właściwą diagnozę konieczny jest kontakt z lekarzem psychiatrą co pozwoli na skuteczne ukierunkowanie terapii. Przyjmuje się, iż do występowania bulimii przyczyniają się takie aspekty życia jak:

- brak akceptacji siebie;
- występowanie w rodzinie konfliktów;

- samotność;
- przyczyny zdrowotne takie jak na przykład uszkodzenie ośrodka sytości mózgu;
- ciągle myślenie o jedzeniu;
- utrata pewności siebie;

Na bulimię znacznie częściej chorują osoby, w rodzinie których występowała otyłość bądź zaburzenia depresyjne. Zgodnie z informacjami podawanymi przez różne źródła, między innymi Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, bulimia występuje od czterech do sześciu razy częściej niż anoreksja [29].

Osoby w podeszłym wieku częściej narażone są na tego typu zaburzenia odżywiania, mając przy tym znacznie większe problemy z uzyskaniem pomocy. U ludzi starszych przewlekłe trwająca bulimia prowadzi do negatywnych dla zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego następstw. Występować mogą takie objawy jak:

- osłabienie organizmu;
- biegunki oraz zaparcia;
- niedokrwistość;
- chwiejność nastroju;
- zapalenie przełyku;
- bóle głowy;
- zaburzenie funkcji nerek;
- awitaminoza;
- zapalenie żołądka;
- zaburzenia natury psychicznej;
- zaburzenia ze strony układu krążenia;
- refluks [16].

Częstym objawem jest depresja prowadząca do prób samobójczych [13]. Niepokojące jest to, iż bulimiczek z roku na rok przybywa. W związku z powyższym, konieczna jest edukacja i szerzenie właściwych stereotypów zachowań oraz profilaktyka osób starszych. Warto zatem dbać o to, aby rozpowszechnić właściwy model przeciwdziałania skutkom bulimii [30].

Niedożywienie, a otyłość

Najczęściej spotykanymi problemami odżywiania wśród osób starszych są także otyłość oraz niedożywienie. Na stan odżywienia osób starszych wpływ mają:

- czynniki społeczno-ekonomiczne;
- czynniki psychologiczne;
- patofizjologiczne zmiany w organizmie;
- choroby przewlekłe;
- hospitalizacje;
- farmakoterapia;
- niska aktywność fizyczna;
- niewiedza żywieniowa;
- niewłaściwe nawyki żywieniowe [31].

W określaniu ewentualnego problemu z wagą pomocny może być wskaźnik BMI, czyli najłatwiejszy i najszybszy sposób na samodzielne wyliczenie prawidłowej masy ciała. Wskaźnik BMI jest narzędziem, pozwalającym na orientację, czy dieta oraz styl życia są właściwe. Ponadto BMI służy monitorowaniu stanu zdrowia organizmu. Wzór matematyczny określający wspomniany wskaźnik pozwala ocenić zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie, w oparciu o proporcję masy ciała (kg) do kwadratu wzrostu (w metrach) [32].

Tabela 1. Klasyfikacja rodzajów otyłości według WHO (w oparciu o BMI) [33]

BMI [KG/M2]	KLASYFIKACJA
<18,5	NIEDOWAGA
18,5-24,9	NORMA
25,0-29,9	NADWAGA
30,0-34,9	OTYŁOŚĆ I-GO STOPNIA
35,0-39,9	OTYŁOŚĆ II-GO STOPNIA
>40,0	OTYŁOŚĆ III-GO STOPNIA

Niedożywianie jako kolejny diagnozowany problemem związanym z zaburzeniem odżywiania wywołane, może być różnymi przyczynami takimi jak: ubóstwo, zaniedbanie opiekuńcze, choroby przewlekłe somatyczne, celowe działanie, wywołane potrzebą redukcji masy ciała [23].

Stan niedożywienia przyczynia się do zaburzeń funkcji organizmu oraz ogólnego pogorszenia się jakości życia, szczególnie u osób starszych. Ten nieprawidłowy stan odżywiania, bardzo często występuje w przypadku:

- schorzeń przewodu pokarmowego;
- nowotworów;
- schorzeń endokrynologicznych;
- schorzeń układu oddechowego;
- zaburzeń psychicznych i neurologicznych;
- chorób układu sercowo naczyniowego.

Liczne badania wskazują, iż zaburzenie odżywiania jakim jest niedożywienie wiąże się głównie z miejscem zamieszkania osób starszych. W celu diagnozy niedożywienia wykorzystuje się takie narzędzia diagnostyczne jak:

- badania biochemiczne;
- badanie składu ciała;
- badanie antropometryczne (pomiar wzrostu oraz obwodów ciała);
- zaburzeń psychicznych i neurologicznych;
- chorób układu sercowo naczyniowego [11].

Najbardziej pomocne w identyfikacji schorzenia jakim jest niedożywienie u osób w wieku podeszłym, są badania antropometryczne, takie jak:

- indeks masy ciała (BMI);
- odwód łydki (CC–calf circumference);
- obwód ramienia (MAC– mid-arm-circumference);
- masa ciała.

Ryzyko wystąpienia niedożywienia występuje, gdy: $BMI < 23 \text{ kg/m}^2$, $MAC \leq 22 \text{ cm}$, $CC > 31 \text{ cm}$. Brak danych epidemiologicznych dotyczących wspomnianego zaburzenia odżywiania osób starszych, wynika z braku standardu oceny odżywiania tej grupy osób. Właściwa diagnoza niedożywienia osób starszych określana jest na podstawie ogólnego stanu pacjenta oraz analizy czynników sprzyjających wystąpieniu niedożywienia organizmu jakimi są: hiperkatabolizm, radioterapia, zaburzenia wchłaniania, przyjmowanie farmaceutyków obniżających apetyt, uzależnienie od alkoholu, ubytek wagi ciała powyżej 5% w ostatnim miesiącu i 10% w ostatnich sześciu miesiącach [34].

Natomiast otyłość, w przeciwieństwie do niedożywienia jest zaburzeniem odżywiania opierającym się na zwiększonej masie ciała, poprzez magazynowanie tkanki tłuszczowej. W przypadku otyłości wskaźnik $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$.

Z punktu widzenia rozmieszczenia tkanki tłuszczowej można wyróżnić dwa typy otyłości: typu gynoidalnego oraz typu androidalnego. Otyłość typu gynoidalnego charakteryzuje się zwiększoną ilością tkanki tłuszczowej przede wszystkim w obrębie

pośladków oraz ud. Z kolei otyłość typu androidalnego przejawia się zwiększeniem ilości tkanki tłuszczowej w okolicach centralnych ciała oraz w okolicach brzusznych.

Otyłość wiąże się z wystąpieniem licznych konsekwencji zdrowotnych społecznych oraz psychologicznych i przyczynia się do wystąpienia takich chorób jak:

- cukrzyca;
- nadciśnienie tętnicze;
- niedokrwienie i niewydolność serca;
- żylaki kończyn dolnych;
- udar mózgu;
- zmiany skórne;
- zatorowość płucna;
- zwyrodnienie stawów;
- powikłania urologiczno-nefrologiczne;
- nowotwory

Nadmierne spożywanie pokarmów w okresie starzenia najczęściej skutkuje otyłością typu androidalnego, kosztem zmniejszenia masy mięśniowej oraz zmianami hormonalnymi wywołanymi obniżeniem wytwarzania hormonu wzrostu. W przypadku osób starszych, istotne znaczenie ma również obniżenie metabolizmu, a także przyjmowanie farmaceutyków [16].

Kryteria diagnostyczne wystąpienia zaburzeń odżywiania u osób starszych

Diagnostyka osób dojrzałych przede wszystkim oparta jest na opinii lekarza: specjalisty psychiatrii oraz specjalisty psychodietetyki. Przyjmuje się ogólnie, iż wizyty w gabinecie psychiatrii są mało popularne, a nawet wstydlive. Nieco lepiej wyglądają wizyty w gabinetach specjalistów psychodietetyki ze względu na zwiększoną popularność tego rodzaju pomocy specjalistycznej. W związku z powyższym psychodietetyka jest pierwszym ogniwem wychwycenia symptomów zaburzeń odżywiania. Specjalista tej dziedziny powinien cechować się zatem takimi symptomami jak:

- czułość na wychwycenie objawów zaburzeń odżywiania u diagnozowanych pacjentów;
- prawidłowy sposób pokierowania pacjentem w podejrzeniu zaburzeń.

Do postawienia właściwej diagnozy konieczne jest jednoczesne wystąpienie wszystkich kryteriów określających pojawienie się zaburzeń odżywiania [35].

W przypadku anoreksji kryteria te to:

- zmniejszenie ilościowe masy ciała;
- występowanie jakiegokolwiek z poniższych zachowań, powodujących zmniejszenie masy ciała:
 - prowokowanie wymiotów;
 - przeczyszczanie organizmu;
 - unikanie kalorycznego pożywienia;
 - nadmierna aktywność fizyczna;
 - stosowanie farmaceutyków zmniejszających łaknienie
- zaburzony obraz własnego ciała oraz pojawienie się lęku przed przytyciem;
- zaburzenie hormonalne [36].

Natomiast w przypadku bulimii kryteria diagnostyczne przejawiające się to:

- stałe przyjmowanie jedzenia w olbrzymich ilościach, w krótkich odstępach czasu;
- stosowanie zachowań zmierzających do przeciwdziałania skutkom objadania się takich jak:
 - prowokowanie wymiotów;
 - nadużywanie środków przeczyszczających;
 - okresowe głodówki;
 - w przypadku cukrzycy, odmowa przyjmowania insuliny;
- nadmierna obawa przed otyłością;

Oprócz powyższych kryteriów konieczne jest ogólna diagnoza sylwetki psychologicznej oraz obrazu ciała. W przypadku sylwetki psychologicznej dominują zachowania związane z nieświadomą motywacją, niedojrzałymi mechanizmami obronnymi takie jak:

- deficyt świadomości;
- trudności w budowaniu więzi;
- lęk;
- poczucie bezwartościowości;
- perfekcjonizm;
- niepewność oraz nieufność wobec innych osób.

Natomiast w przypadku diagnozy obrazu ciała pod uwagę brane jest badanie

zniekształceń ciała obejmujące:

- świadomość własnego ciała;
- zniekształcenie percepcji ciała;
- myśli o własnym ciele;
- ocena zadowolenia z własnego ciała
- emocje oraz uczucia wobec własnego ciała;
- restrykcyjność lub kompulsywność wobec własnego ciała.

Z kolei w przypadku otyłości, główne kryterium wystąpienia choroby według różnych badaczy to używanie takich wskaźników pomiarowych jak indeks masy ciała (BMI, body mass index) oraz wskaźnik talia-biodro, czyli wskaźnik stosunku obwodu talii ciała do obwodu bioder (WHR– waist to hip ratio). Według ostatnich zaleceń możliwe jest wykonanie wyłącznie pomiaru obwodu talii [37].

W przypadku niedożywienia głównym kryterium diagnostycznym jest: dokładnie zebrany wywiad żywieniowy oraz badanie fizykalne. W przypadku podejrzenia niedożywienia należy dokonać oceny stopnia zaburzenia uwzględniając:

- ocenę ilości tłuszczu ustrojowego (grubości fałdu skórniego);
- ocenę masy mięśniowej;
- ocenę ilości białek trzewnych;
- ocenę stanu immunologicznego pacjenta (testy skórne, stężenie immunoglobulin) [34].

Właściwe zdiagnozowanie przez specjalistę dziedziny psychologii wyżej wymienionych zaburzeń odżywiania, pozwoli na skuteczną analizę chorobową pacjenta.

Leczenie oraz zapobieganie skutkom chorób żywieniowych

Leczenie żywieniowe powinno być zindywidualizowane, uwzględniając aspekty fizyczne, socjalne, kulturalne i emocjonalne człowieka. Leczenie zaburzeń odżywiania wśród osób starszych powinno oparte być na indywidualnej terapii, której główne cele to:

- kontrolowania odżywiania i wagi;
- odnalezienie najlepszego sposobu radzenia sobie z problemami;
- opieranie relacji rodzinnych na dobrych stosunkach;
- edukacja na temat stresu oraz jego skutków;
- edukacja o możliwych przyczynach anoreksji i jej objawach;
- edukacja o możliwych zwiastunach nawrotu choroby oraz o sposobach radzenia sobie z nimi [38].

Psychoterapeutyczne leczenie zaburzeń odżywiania odbywa się natomiast w następujących etapach:

1. uświadomienie pacjentce problemu;
2. identyfikacja przyczyn;
3. przepracowanie przyczyn;
4. zmiana nawyków żywieniowych

Wyleczenie staje się skuteczne dopiero z chwilą, uświadomienia problemu i podjęciu nadrzędnej decyzji o powrocie do zdrowia. Wraz z psychoterapeutą zidentyfikowane zostają główne przyczyny problemu oraz znalezione zostaje skuteczne rozwiązanie. Równocześnie utrwalane są poprawne nawyki żywieniowe, mające zapobiec nawrotom choroby na poziomie fizjologicznym.

Leczenie w przypadku anoreksji odbywa się według określonego schematu:

- stopniowe uzyskanie przyrostu masy ciała;
- leczenie somatycznych powikłań;
- utrwalenie oraz uzyskanie motywacji do leczenia;
- edukacja odnośnie odżywiania;
- korekta zachowań związanych z odżywianiem;
- korekta psychosomatycznych objawów;
- terapia nieprawidłowych relacji rodzinnych
- kontrola oraz zapobieganie nawrotom [13].

W przypadku leczenia bulimii opiera się ono głównie na psychoterapii oraz farmakoterapii. Zastosowanie leków antydepresyjnych pozwala na skuteczne odwrócenie uwagi od jedzenia poprzez ogólną poprawę nastroju oraz zmniejszenie stopnia napięcia emocjonalnego.

W przypadku leczenia żywieniowego niedożywienia bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie zaburzenia i wdrożenie odpowiedniej diety. Natomiast w przypadku otyłości leczenie skupia się przede wszystkim na zmianie nawyków żywieniowych. Jednakże, gdy takie rozwiązanie nie przynosi zadowalających efektów konieczne jest leczenie chirurgiczne [39].

Wczesne rozpoznanie i wdrożenie leczenia w przypadku chorób związanych z zaburzeniami odżywiania jest najważniejszym czynnikiem determinującym rokowanie. Bardzo często chory wymaga hospitalizacji, gdzie skuteczne leczenie trwa od 2 do 4 tygodni

oraz dalszej terapii psychoterapeutycznej i farmakologicznej kontynuowanej w domu [39]. Leczenie skutków zaburzeń odżywiania szczególnie wśród osób w starszym wieku, jest niezwykle wyczerpujące, gdyż zazwyczaj organizm w takiej grupie chorobowej, jest wyczerpany ze względu na wiek. Dbanie o zdrowie wymaga zatem ogromnej determinacji ze strony chorego bowiem, bez maksymalnego zaangażowania, skuteczne leczenie nie jest możliwe, a nieleczony, wyniszczony zaburzeniami organizm może nie wytrzymać ciężaru choroby. Alternatywnym dla szpitalnego podejścia w leczeniu zaburzeń odżywiania jest leczenie w wyspecjalizowanych do tego placówkach, opierających się na współpracy kadry medycznej i niemedycznej. Wszechstronne podejście do problemu pozwala bowiem na skuteczniejszą analizę przypadku, a tym samym szybsze wyleczenie. Jest to opcja pozwalająca na bardziej komfortowe przeżywanie długiego oraz ciężkiego okresu leczenia [40].

Podsumowanie

Zaburzenia odżywiania pojawiają się głównie wówczas, gdy odżywianie i masa ciała stają się centralnymi obiektami zainteresowania chorego i temu tylko podporządkowana jest cała jego aktywność. Celem leczenia zaburzeń odżywiania jest przywrócenie oraz wyrobienie w sobie prawidłowych nawyków żywieniowych, przede wszystkim poprzez zmianę funkcjonowania psychicznego. W ramach terapii zaburzeń odżywiania kluczowa jest nauka rozpoznawania przez pacjenta własnych emocji i potrzeb oraz adekwatne ich zaspokajanie. Leczenie zaburzeń odżywiania opiera się na konstruktywnym i skutecznym komunikowaniu się z innymi ludźmi, wyłączającym konieczność wykorzystywania objawów choroby do uzyskania wsparcia, współpracy, samodzielności, kontroli czy swobody w podejmowaniu decyzji [41].

W terapii zaburzeń odżywiania wskazana jest kompleksowość, umożliwiająca korzystanie z porad lekarza, psychoterapeuty oraz dietetyka. Terapia pacjentów z zaburzeniami odżywiania jest kilkietapowa i dotyczy takich aspektów życia jak:

- konfrontacja z problemem, czyli obrazem i konsekwencjami zaburzenia odżywiania;
- podjęcie świadomej decyzji o zmianie dotychczasowych zachowań żywieniowych;
- uczenie się prawidłowych nawyków żywieniowych i utrzymywania względnie stałej masy ciała;
- uświadamianie sobie psychologicznego podłoża zaburzenia;

- nabywanie wiedzy i umiejętności pozwalających na lepsze funkcjonowanie psychiczne i społeczne [42].

W ramach profilaktyki zaburzeń odżywiania przyjmuje się następujące zalecenia służące zdrowiu oparte na właściwym odżywianiu poprzez:

- unikanie tłuszczu zwierzęcego i cholesterolu w diecie, powodującego tworzenie wolnych rodników, uszkadzające komórki DNA;
- jedzenie pożywienia bogatego w błonnik;
- jedzenie pożywienia zawierającego antyoksydanty;
- pozbycie się stresu poprzez nauczenie radzenia sobie z nim poprzez na przykład medytację;
- wprowadzenie aktywności fizycznej do swojego życia, wpływające na poprawę pracy układu immunologicznego;
- pozbycie się nadmiernych kilogramów;
- rzucenie palenia;
- unikanie alkoholu [43].

Profilaktyka zaburzeń odżywiania jest niewątpliwie obszarem, w którym powinno się podejmować niezwłoczne działania, o bardzo zróżnicowanym charakterze. Działania te powinny być dostosowane do potrzeb odbiorców, angażując wiele podmiotów oraz wykorzystując wszystkie środki i techniki mające na celu służyć poprawie kondycji zdrowotnej całego społeczeństwa.

Bibliografia

1. Michalska A., Szejko N., Jakubczyk A., Wojnar M., 2016. Nie specyficzne zaburzenia odżywiania się –subiektywny przegląd, nr 50(3), 497-507.
2. Grata-Borkowska U., Bujnowska-Fedak M., Drobni, J., Węgierek P., Furtak-Pobrotyn J., 2018, Terapia, Medycyna rodzinna, Żywnienie i dieta u osób w podeszłym wieku, nr 7 (366), s.32-33
3. Koszowska A., Ebisz M., 2015. Forum Zaburzeń Metabolicznych, Rozwój nauk o żywności i żywieniu – od norm żywienia do genomiki żywienia, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Tom 6, nr 3(6), s.85-93.
4. Jardeł J.P., 2008. Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych, rewizja dziesiąta. Tom II, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, World Health

5. Światowa Organizacja Zdrowia, 2009. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
6. Jarosz M. 2018. Piramida zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej, Warszawa, Instytut Żywności i Żywienia, s.120-350
7. Całyńiuk B., Grochowska-Niedworok E., Białek A., Czech N., Kukielczak, A., 2011. Piramida żywienia – wczoraj i dziś, Katowice, Śląski Uniwersytet Medyczny, nr 92(1), s. 20-24
8. Kozłowska-Wojciechowska M., 2014. Żyjmy w zdrowiu czyli nowa piramida żywieniowa Prószyński i S-ka, Instytut Żywności i Żywienia , Warszawa, nr 92(1), s.9-28
9. Galus K.,2017, Geriatria. Wybrane zagadnienia, Wrocław, Akademia Medycyny Wrocławskiej, s.29
10. Błaszczak, R., Dominiak, I., Wojtczak, A., 2016, Pielęgniarstwo geriatryczne, Edumetriq, Akademia Ochrony Zdrowia, Sopot, 13-19
11. Orzga E., Małgorzewicz S., 2013, Geriatria. Ocena stanu odżywienia osób starszych, Akademia Medycyny, Wrocław, s. 98-103
12. Leppert, W., Krajnik, M., Jassem. E, Oliver. D., 2018. Family Medicine&Primary Care Review, VM Media, Gdańsk, nr 4 (12), s.228-237
13. Rajewska-Rager, A., Rajewski A., 2009. Family Medicine&Primary Care Review, nr 11 (4), s.931-933
14. Jarosz, J., Chmielarczyk, W., 2009, Problemy z odżywianiem w chorobie nowotworowej, s.18
15. Dittfeld A., Koszowska A., Fizia K., Ziora K. i wsp., 2013, *Ortoreksja – nowe zaburzenie odżywiania*, 67(6), 393–399
16. Rzońca E., Bień A., Iwanowicz-Palus G., 2016, Zburzenia odżywiania – problem wciąż aktualny, nr 6(12), s.267-27
17. Özdemir , A., 2015, *Less Known Eating Disorders*, International Journal of Caring Science, nr 8(3), s.853–860
18. Shaban, C., 2013, *Diabulimia: Mental health condition or media hyperbole?*, Practical Diabetes” nr 30(3), s.104–105
19. Papież J., 2014, Bigoreksja jako zagrożenie męskiej tożsamości, nr 11, s.145–155
20. Bąk-Sosnowska M., 2010, *Zaburzenia odżywiania towarzyszące otyłości*, „Forum Zab. Metab.”, nr 1(2), s. 92–99

21. Podgórska, M., 2016, Żywnienie, a środowisko, Problem zaburzeń odżywiania, Gdańsk, Wydawnictwo Wyższa Szkoła Zarządzania w Gdańsku, s.60-69
22. Szurowska, B., 2011, Anoreksja w rodzinie, Wydawnictwo Difin S.A., Warszawa, s.59-76
23. Bator, E., Bronkowska M., Ślepiecki D., Biernat J., 2011, Anoreksja– przyczyny, przebieg, leczenie, Nowiny Lekarskie, Poznań, nr 80 (3), 184–191
24. Suszyńska, K., Sobolewska, E., Kulik, T., Pacian, A., 2014, Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu. Problemy medyczne, pedagogiczne i społeczne funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania, Katedra Zdrowia Publicznego, Lublin, nr3 (20), s. 235-240
25. Popielarska, M., Suffczyńska-Kotowska, M., Zaburzenia w odżywianiu się. Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa). W: Popielarska A. Popielarska M (red.), 2000, Psychiatria wieku rozwojowego, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL
26. Grochmal-Bach B, Rorat M., 2008, Zaburzenia odżywiania się. Problemy medyczne, pedagogiczne i społeczne. Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem, Rzeszów
27. Szurowska B., Anoreksja i bulimia. Śmiertelne sposoby na życie, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2011, s.98-107
28. Rabe-Jabłońska J., Zaburzenia jedzenia (odżywiania się), Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, PZWL, Warszawa 2011, s.123-145
29. Moczowska, D., Ziółkowska, B., 2011, Bulimia od A do Z, kompendium wiedzy dla rodziców, nauczycieli i wychowawców; Warszawa, Wydawnictwo Difin, s. 6-10.
30. McGregor, R., 2018, Ortoreksja. Zdrowe odżywianie- rozsądek czy już obsesja, Warszawa, Wydawnictwo Laurum, s.11-25
31. Wyka J., 2009, Stan odżywienia ludzi po 60 roku życia w aspekcie uwarunkowań żywieniowych, zdrowotnych, środowiskowych i socjodemograficznych, Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu, s.8-22
32. Rębacz E., 2008, Grontologia Polska. Wskaźniki BMI i WHR u mieszkańców Szczecina w wieku powyżej 50 lat, Katedra Antropologii Uniwersytetu Szczecińskiego, nr 1(16), 47-50
33. Grata-Borkowska, U., Bujnowska-Fedak, M., Drobnik, J., Węgierek, P., Furtak-Pobrotyn, J., 2018., Medycyna rodzinna, Żywnienie i dieta u osób w podeszłym wieku, nr 7 (366), 32-33
34. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D., 2012, Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s.303-306

35. Izydorczyk B., 2017, Psychoterapia zaburzeń obrazu ciała w anoreksji i bulimii psychicznej- podejście integracyjne, Kraków, Instytut Psychologii Stosowanej, nr 1(180), s. 5-22
36. Rongińska T., 2017, Psychologiczne zeszyty naukowe, Człowiek w całokształcie życia-rodzina-edukacja-praca, Zielona Góra, Uniwersytet Zielonogórski, nr 2, s.13-54
37. Bucyk B.,Tupikowska M., Bednarek-Tupikowska G., 2009, Endokrynologia. Otyłość i zaburzenia przemiany materii, Kryteria rozpoznawania zespołu metabolicznej otyłości z prawidłową masą ciała (MONW), Wrocław, Akademia Medyczna we Wrocławiu, nr 4(5), s.226-232
38. Eder P.,Stawczyk A., Lehmann A., Jankowiak M., Cichy W., 2007, Czy i jak można zapobiegać zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży – słów kilka o akcji informacyjnej dotyczącej anoreksji i bulimii organizowanej przez poznański oddział IFMSA-POLAN, Nowiny lekarskie, nr76 (3), s.242-245
39. Respondek W.,2011. Postępy Nauk Medycznych, Warszawa, Instytut Żywności i Żywienia, nr 9 (24), s.782-788
40. Kłósiewicz-Latoszek L., Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy, 2010, Warszawa, Instytut Żywności i Żywienia, nr 91(3), s. 339-343
41. Jarosz M., Kłósiewicz-Latoszek L., 2015, Otyłość. Zapobieganie i leczenie, Warszawa, Wydawnictwo lekarskie PZWL, s.29-140
42. Mikołajczyk E., Samochowiec J., 2014, Psychiatria. Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania, Szczecin, Akademia Medyczna w Szczecinie, nr 2(1), s. 91-95
43. Wolski T., Karwat I., 2014, Postępy fitoterapii, Profilaktyka i terapia skutków wadliwego żywienia, Warszawa, Akademia Medyczna w Lublinie, nr 4, s. 179-182