

Znaczenie oceny i koordynowanej, interdyscyplinarnej opieki nad pacjentem w podeszłym wieku ujawniającym zaburzenia apetytu – propozycja modelu opieki

The importance of assessment and coordinated, interdisciplinary care for older patients with appetite disorders: a proposal for a care model

Anna Rudzińska, Karolina Piotrowicz

Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Streszczenie

Wstęp. Zaburzenia apetytu stanowią powszechny problem wśród pacjentów w podeszłym wieku. Ze względu na ich wieloczynnikową patogenezę niezbędne jest prowadzenie leczenia w ramach zespołu interdyscyplinarnego złożonego z przedstawicieli różnych dziedzin ochrony zdrowia. **Cel pracy.** Celem pracy było dokonanie przeglądu narracyjnego piśmiennictwa w obszarze diagnozy i terapii zaburzeń apetytu w ramach zespołu interdyscyplinarnego. **Materiał i metody** Dokonano przeglądu artykułów opublikowanych w polskich i zagranicznych czasopismach naukowych indeksowanych w bazach PubMed, Scopus, Google Scholar oraz MEDLINE-Ovid. **Wyniki.** Brak jest interwencji o jednoznacznie potwierdzonej skuteczności w przypadku występowania zaburzeń apetytu. Do powszechnie stosowanych metod angażujących specjalistów różnych dziedzin należą: edukacja żywieniowa, zwiększenie aktywności fizycznej, dostosowania posiłków, pomoc w zakresie spożywania i przygotowania posiłków, modyfikacje środowiska, doustna suplementacja pokarmowa, oraz farmakoterapia. **Wnioski.** Dla leczenia zaburzeń apetytu kluczowe są wielospecjalistyczna ocena i leczenie wszelkich objawów i chorób zwiększających ryzyko zmniejszenia masy ciała. Priorytetem w stosowaniu interwencji powinno być zapobieganie rozwojowi niedożywienia oraz jego konsekwencji, a także poprawa stanu odżywienia. (Gerontol Pol 2026; 34; 33-42) doi: 10.53139/GP.20263406

Słowa kluczowe: zaburzenia apetytu, anoreksja wieku podeszłego, geriatria, interdyscyplinarny zespół, model opieki

Abstract

Introduction. Appetite loss is a common problem in older patients. They require treatment from an interdisciplinary team comprising representatives from various healthcare fields due to the multifactorial aetiology of this condition. **Aim.** This study aimed to present a narrative review of the literature addressing the diagnosis and treatment of appetite decrease from an interdisciplinary perspective. **Material and Methods.** The review covered scientific articles published in Polish and foreign journals that were indexed in the PubMed, Scopus, Google Scholar and MEDLINE-Ovid databases. **Results.** There are currently no interventions with clearly established effectiveness for the treatment of appetite loss. Methods commonly used by specialists from various fields include nutritional education, increased physical activity, meal adjustments, assistance with eating and meal preparation, environmental adaptations, oral nutritional supplements and pharmacological treatment. **Conclusions.** A multidisciplinary approach is essential in the management of appetite decrease, particularly in patients with symptoms and conditions increasing the risk of weight loss. The prevention of malnutrition and its complications, as well as the improvement of nutritional status are the primary goals of intervention. (Gerontol Pol 2026; 34; 33-42) doi: 10.53139/GP.20263406

Keywords: appetite loss, anorexia of aging, geriatrics, interdisciplinary team, care model

Wstęp

Mechanizmy regulacji przyjmowania pokarmu

Apetyt to zbiorcze określenie na ogół doświadczeń, które motywują organizm do poszukiwania i pobierania pożywienia, a także hamowania tego procesu [1]. Kluczowym ośrodkiem odpowiedzialnym za regulację poboru pokarmu jest jądro łukowate podwzgórza, charakteryzujące się zmienioną przepuszczalnością bariery krew-mózg dla takich substancji jak glukoza, leptyna i insulina. Dzięki temu, neurony tej części mózgu otrzymują precyzyjne informacje dotyczące przebiegu procesów metabolicznych i zaopatrzenia organizmu w składniki odżywcze i mogą pośredniczyć w regulacji homeostazy energetycznej organizmu [2]. Regulacja pobierania pokarmu odbywa się w mechanizmach kontroli krótko- i długoterminowej. Kontrola krótkoterminowa oparta jest na pojawieniu się we krwi substancji odżywczych – glukozy i wolnych kwasów tłuszczowych, odbiorze bodźców zapachowych i smakowych, a także rozciąganiu ścian żołądka i dwunastnicy. Mechanizmy długoterminowej kontroli przyjmowania pokarmu obejmują wydzielanie hormonów leptyny i insuliny. Obok długoterminowej regulacji przyjmowania pokarmu, odpowiadają one również za kształtowanie masy ciała organizmu [2].

Zaburzenia apetytu o charakterze jego ograniczenia obserwuje się w przebiegu wielu chorób przewlekłych i ostrych, przede wszystkim związanych z występowaniem stanu zapalnego [3]. Wśród osób w wieku podeszłym zaburzenia apetytu występują u ponad 20% osób zamieszkujących własne środowisko domowe i u blisko 40% pacjentów hospitalizowanych [4]. Przyjmuje się, że w starszym wieku utrata apetytu może być przypisana wielu równocześnie występującym fizjologicznym i patologicznym czynnikom związanym m.in. ze zmianami w wydzielaniu hormonów regulujących procesy głodu-sytości i zmianą kompozycji składu ciała, wielochorobowością i polipragmazją, stylem życia i poziomem aktywności fizycznej, czynnikiem psychospołecznym i ekonomicznym. Szacuje się, że osoby starsze przyjmują do 20% mniej kilokalorii (energii), a także prezentują niższy poziom głodu (o średnio 25-39%) i wyższy poziom sytości (o średnio 37%) w porównaniu do młodszych osób dorosłych [5]. Niezaopatrzenie organizmu w odpowiedni poziom energii, a także poszczególnych makroskładników na skutek występowania zaburzeń apetytu związane jest ze zwiększonym ryzykiem zmniejszenia masy ciała i rozwoju niedożywienia białkowo-kalorycznego. Do jego powikłań należą zaostrzenie istniejących chorób przewlekłych, gorsze gojenie ran, obniżenie odporności, zmniejszenie masy mięśniowej,

a w konsekwencji wystąpienie zespołu słabości i sarkopenii, a także wzrost ryzyka upadków [6].

Ze względu na omówioną wyżej wieloczynnikową patogenezę zaburzeń apetytu oraz liczne i zróżnicowane konsekwencje wynikające z ich występowania niezbędne wydaje się odpowiednio wczesne leczenie tego problemu klinicznego w ramach zespołu interdyscyplinarnego złożonego z przedstawicieli różnych dziedzin ochrony zdrowia.

Cel pracy

Celem artykułu było dokonanie przeglądu narracyjnego aktualnego piśmiennictwa poświęconego tematyce diagnozy zaburzeń apetytu oraz omówienie możliwości ich terapii w kontekście zespołu interdyscyplinarnego.

Materiał i metody

Jako metodę zastosowano narracyjny przegląd literatury, który obejmował artykuły opublikowane w polskich i zagranicznych czasopismach naukowych indeksowane w bazach PubMed, Scopus, Google Scholar oraz MEDLINE-Ovid.

Słowa kluczowe w języku angielskim według których prowadzone było wyszukiwanie: *appetite in older adults, appetite loss, appetite loss diagnosis, appetite loss treatment, appetite loss management, anorexia of aging, anorexia of ageing, interdisciplinary team, inter-professional collaboration*.

Słowa kluczowe w języku polskim według których prowadzone było wyszukiwanie: apetyt osób starszych, utrata apetytu, zaburzenia apetytu, leczenie zaburzeń apetytu, anoreksja wieku podeszłego, interdyscyplinarny zespół, współpraca interdyscyplinarna.

Propozycje w zakresie koordynowanej interdyscyplinarnej opieki i interwencji żywieniowych przygotowano na podstawie przedstawionego przeglądu literatury oraz własnej pracy badawczej autorów artykułu.

Wyniki

Ocena występowania zaburzeń apetytu w praktyce klinicznej

W praktyce klinicznej rzadko dokonuje się oceny apetytu. W przeprowadzonym w 2021 roku przez nasz zespół badaniu wykazano, że jedynie 13% rekordów dokumentacji medycznej hospitalizowanych pacjentów starszych zawierało jakąkolwiek wzmiankę na temat łak-

nienia, w tym zarówno jego zmian jak również utrzymywania się na stałym poziomie [7].

Dostępne metody kwestionariuszowej oceny apetytu w przypadku pacjentów w wieku podeszłym obejmują: the Appetite, Hunger and Sensory Perception Questionnaire (AHSPQ), a także jego dwie skrócone wersje – skala Council on Nutrition Appetite Questionnaire (CNAQ) oraz Simplified Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ). Obok wymienionych kwestionariuszy jako narzędzie w procesie diagnozy zaburzeń apetytu zastosować można The Functional Assessment of Anorexia and Cachexia Therapy (FAACT) [8].

W praktyce, ze względu na brak polskich walidacji i niskie rozpowszechnienie wymienionych narzędzi, do oceny apetytu stosowane są również kwestionariusze oceny stanu odżywienia, w których przynajmniej jedno z pytań dotyczy zmian łaknienia: Mini Nutritional Assessment (MNA) (pytanie A dotyczące ograniczenia spożycia posiłków w związku z obniżeniem apetytu), Nutritional Risk Score 2002 (NRS-2002) (pytanie dotyczące spożycia pokarmów w tygodniu poprzedzającym badanie) oraz Subiektywna Globalna Ocena Stanu Odżywienia (SGA) (pytanie 3. dotyczące zmian w przy-

mowaniu posiłków). Pytanie dotyczące apetytu obecne jest także w wybranych kwestionariuszach dotyczących stanu psychicznego, takich jak Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (pytanie 2: „Nie miałem ochoty jeść; mój apetyt był słaby”) oraz Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 (PHQ-9) (pytanie 5.: „Brak apetytu lub przejadanie się”). Jednocześnie należy pamiętać, że posługiwanie się kwestionariuszami do oceny stanu odżywienia jako elementu diagnozy zaburzeń apetytu rodzi ryzyko pominięcia w procesie diagnostycznym i terapeutycznym pacjentów ujawniających zaburzenia łaknienia bez utraty masy ciała [1].

W 2025 roku nasz zespół opublikował skalę Appetite Loss in Older adults with and without Cognitive impairment (ALOC) służącą do przesiewowej oceny apetytu w populacji hospitalizowanych osób starszych, w tym osób starszych z otępieniem [9]. Skala dostępna jest w językach polskim i angielskim, aktualnie prowadzone są działania mające na celu walidację narzędzia. Pytania i sposób oceny udzielonych odpowiedzi zaprezentowano w tabeli I.

Porównanie opisanych narzędzi zaprezentowano w tabeli II.

Tabela I. Skala Appetite Loss in Older adults with and without Cognitive impairment (ALOC) w polskiej wersji językowej wraz z instrukcją przyznawania punktów

Table I. Polish version of Appetite Loss in Older adults with and without Cognitive Impairment (ALOC) Scale and scoring information

Numer pytania	Pytanie
1	Czy cierpi Pan/Pani z powodu zaburzeń smaku? (rozumianych jako osłabienie odczuwania smaków lub nadmierne uwrażliwienie na określone smaki)
2	Czy ma Pan/Pani wrażenie, że w ostatnim czasie musi się Pan/Pani „zmuszać” do jedzenia?
3	Czy w ostatnim czasie nie dojada Pan/Pani posiłków do końca?
4	Czy odczuwa Pan/Pani uczucie sytości lub nadmiernej pełności przed końcem spożycia typowej porcji posiłku?
5	Czy w ostatnim czasie zmniejszyła się liczba spożywanych przez Pana/Panią w ciągu dnia posiłków?
6	Czy uważa Pan/Pani, że w ostatnim czasie pogorszył się Pana/Pani apetyt?
7	Czy w ostatnich 3 miesiącach zmniejszyła się Pana/Pani masa ciała?

Za każdą udzieloną odpowiedź „TAK” przyznawany jest jeden punkt.
 ≤1 pkt – niskie ryzyko występowania zaburzeń apetytu
 =2 pkt – obniżenie apetytu
 ≥3 pkt – ciężkie obniżenie apetytu

Tabela II. Porównanie dostępnych narzędzi kwestionariuszowych do oceny występowania zaburzeń apetytu

Table II. A comparison of the available tools for appetite loss assessment

Narzędzie	Autorzy	Liczba pytań	Czy jest dostępne w języku polskim?
The Appetite, Hunger and Sensory Perception Questionnaire (AHSPQ)	de Jong N, Mulder I, de Graaf C, van Staveren WA	29	Nie
Council on Nutrition Appetite Questionnaire (CNAQ)	Wilson MM, Thomas DR, Rubenstein LZ	8	Nie
Simplified Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)		4	Nie
The Functional Assessment of Anorexia and Cachexia Therapy (FAACT)	Cella DF, Tulskey DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, Silberman M, Yellen SB, Winicour P, Brannon J	39	Tak
Appetite Loss in Older adults with and without Cognitive impairment (ALOC)	Rudzińska A, Pac A, Gryglewska B, Perera I, Gąsowski J, Piotrowicz K	7	Tak

W 2023 roku the International Conference on Frailty and Sarcopenia Research (ICFSR) zaprezentowało dokument wskazujący obecne możliwości i dalsze perspektywy w diagnozie i terapii zaburzeń apetytu, wśród narzędzi służących do oceny wymieniając także metodę the Novel Assessment of Nutrition and Ageing (NANA). Jest to narzędzie oparte na samodzielnym rejestrowaniu przez pacjenta spożycia pokarmów w programie komputerowym. Oprogramowanie nie jest dostępne w języku polskim [8].

Nieodzowny element diagnozy zaburzeń apetytu w praktyce klinicznej stanowi wywiad przeprowadzany przez specjalistów, z którymi styczność ma pacjent w procesie terapeutycznym [10]. W ramach wywiadu żywieniowego, przeprowadzanego przez dietetyka lub innego specjalistę ochrony zdrowia, szczególny nacisk kładzie się na zmiany w spożyciu pokarmów w czasie poprzedzającym badanie oraz na możliwe przyczyny zgłaszanych przez pacjenta zmian.

Dodatkowe wskaźniki występowania zaburzeń apetytu w praktyce klinicznej

Do dodatkowych wskaźników występowania zaburzeń apetytu zaliczyć można monitorowanie wielkości spożycia posiłków. Można dokonywać go na kilka sposobów, w tym poprzez zapis spożytych w danym dniu produktów i potraw w czasie rzeczywistym, kwestionariusze częstości spożycia (ang. *Food Frequency Questionnaires*, FFQ) oraz wywiad 24-godzinny, w ramach którego osoba badana (pacjent) zapisuje lub odpamiętuje wszystkie spożyte w ostatniej dobie produkty lub posiłki [11]. W warunkach szpitala, gdzie większość pacjentów korzysta z posiłków proponowanych w ramach żywienia zbiorowego najbardziej użyteczną z wymienionych metod pozostaje zapis w czasie rzeczywistym i późniejsza analiza spożytych w danym dniu produktów i potraw.

W badaniu Simmons i Reuben przeprowadzonym w 2015 roku porównywano dokładność pomiarów wielkości spożycia odnotowanymi przez personel pielęgniarski, bezpośrednią obserwacją spożycia posiłku przez badaczy oraz metodą analizy fotografii tac przed i po posiłku. Zaobserwowano, że pomiary wielkości spożycia dokonywane przez personel domu opieki charakteryzowały się przeszło 20% przeszacowaniem wielkości porcji [12].

Pojawia się coraz więcej doniesień naukowych dotyczących możliwości wykorzystania sztucznej inteligencji (ang. *Artificial Intelligence*, AI) w procesie monitorowania wielkości spożycia, jednak rozwiązania te nie

są aktualnie rozpowszechnione w praktyce klinicznej [13]. Do wyzwań systemów analizy danych należy rozpoznawanie i szacowanie spożycia produktów wchodzących w skład dań złożonych z mieszanych składników, a także składników ułożonych warstwowo, które dość powszechnie pojawiają się w codziennej diecie.

Postuluje się możliwość zastosowania analizy biomarkerów takich jak grelina, leptyna, cholecystokina oraz peptyd YY w praktyce klinicznej do oceny apetytu, jednak na ten moment znajdują one zastosowanie głównie w badaniach naukowych. Aktualne informacje na temat zmian poziomu wymienionych hormonów w procesie starzenia się organizmu są niejednoznaczne i wskazują ważny, choć wymagający dalszych badań kierunek [14].

Rola poszczególnych specjalistów w ocenie występowania zaburzeń apetytu w praktyce klinicznej

Interdyscyplinarny zespół rozumieć można jako co najmniej dwójkę pracowników ochrony zdrowia różnych dziedzin. W skład takiego zespołu wchodzić mogą między innymi lekarz geriatra, pielęgniarka, farmaceuta, dietetyk, logopeda, fizjoterapeuta, psycholog, terapeuta zajęciowy, pracownik socjalny [15]. Do korzyści wynikających ze wspólnej pracy obok skrócenia długości pobytu w oddziale szpitalnym i zmniejszenia ryzyka ponownego przyjęcia do szpitala, dodać należy ograniczenie kosztów wynikające ze zwiększonej efektywności opieki, a także korzyści w postaci lepszego rozpoznania potrzeb pacjenta w wyniku przeprowadzenia kompleksowej, wieloaspektowej oceny [16]. Ma to kluczowe znaczenie w przypadku pacjentów ujawniających zaburzenia apetytu, których wystąpienie może być związane z wieloma występującymi w jednym czasie patologiami. Rolę poszczególnych specjalistów w procesie diagnozy i opisu zaburzeń łaknienia wraz z proponowanymi narzędziami oceny przedstawiono w tabeli III.

W wymienionych w tabeli III elementach oceny powinni brać udział, po odpowiednim przeszkoleniu i zgodnie z kompetencjami również przedstawiciele innych zawodów medycznych. Przykładowo w przypadku, kiedy jako czynnik wywołujący lub zaostrzający zaburzenia apetytu wyróżniono samotność, dietetyk może uczestniczyć w procesie opieki poprzez omówienie zmian, jakie zaszły w życiu pacjenta w aspektach związanych z zaopatrywaniem się w żywność i przygotowywaniem posiłków oraz przygotowanie planu żywieniowego uwzględniającego nowe dla pacjenta warunki życiowe.

Tabela III. Rola specjalistów ochrony zdrowia w procesie diagnozy i opisu zaburzeń łaknienia w ramach zespołu interdyscyplinarnego
 Table III. The role of healthcare professionals in diagnosing and assessing appetite disorders within an interdisciplinary team

Specjalista ochrony zdrowia	Czynnik ryzyka zaburzeń apetytu	Związek z pogorszeniem apetytu [1, 3, 14, 17-21]	Przykładowe narzędzia oceny
Lekarz	Stan zdrowia	Wystąpienie infekcji, stanu zapalnego, a także wybranych chorób przewlekłych może wiązać się ze zwiększeniem zapotrzebowania na energię i jednoczesnej trudności w zaspokojeniu tego zapotrzebowania.	<ul style="list-style-type: none"> Wywiad kliniczny Badanie fizykalne Analiza wyników badań i dokumentacji medycznej Inne badania diagnostyczne
Lekarz Farmaceuta	Stosowanie określonych farmaceutyków, wielolekowość i polipragmazja	Wybrane leki lub interakcje pomiędzy lekami mogą powodować osłabienie smaku, wężu lub wczesne pojawianie się uczucia sytości.	<ul style="list-style-type: none"> Przeгляд leków Wywiad
Lekarz Logopeda Dietetyk Fizjoterapeuta	Dysfagia	Wystąpienie zaburzeń połykania często związane jest z koniecznością modyfikacji diety i ograniczeniem różnorodności produktów żywieniowych, przez co sposób odżywiania może być odbierany jako mniej atrakcyjny.	<ul style="list-style-type: none"> Kwestionariusz EAT-10 Gugging Swallowing Screen (GUSS) Instrumentalne badania połykania
Lekarz Pielęgniarka Fizjoterapeuta Terapeuta zajęciowy	Sprawność funkcjonalna	Utrata samodzielności w zakresie podstawowych i złożonych czynności życia codziennego związana jest z ryzykiem obniżenia apetytu na skutek ograniczenia aktywności fizycznej, a także trudnościami w zakresie przygotowania atrakcyjnych posiłków i samodzielnym ich spożywaniem.	<ul style="list-style-type: none"> Skala oceny podstawowych czynności życia codziennego (Activities of Daily Living, ADL) Skala oceny złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) Skala Barthel
Lekarz geriatra Lekarz dentysta Asystentka stomatologiczna Pielęgniarka Dietetyk Logopeda	Zły stan higieny jamy ustnej, niedopasowane protezy zębowe	Zmniejszenie apetytu i wielkości spożywanych porcji na skutek wystąpienia zaburzeń smaku oraz ograniczenia różnorodności tekstur i konsystencji w codziennej diecie.	<ul style="list-style-type: none"> Badanie fizykalne
Lekarz geriatra Psycholog	Otępienie	We wczesnych fazach rozwoju otępienia dochodzić może do pogorszenia smaku i węchu. Dodatkowo, ze względu na występujące w przebiegu choroby trudności w organizacji zachowań, uwadze i koncentracji dochodzi do ograniczenia możliwości planowania i przygotowywania posiłków.	<ul style="list-style-type: none"> Mini Mental State Examination Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-III) Test rysowania zegara
Lekarz geriatra Psycholog	Depresja, obniżenie nastroju	Rozwój depresji związany jest z obniżeniem możliwości wykonawczych, co przekłada się na trudności w zakresie przygotowywania i spożycia posiłków.	<ul style="list-style-type: none"> Geriatryczna Skala Oceny depresji (GDS) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)
Lekarz geriatra Fizjoterapeuta	Zespół słabości i sarkopenia	Występowanie zespołu słabości i sarkopenii związane jest z wyższym poziomem zmęczenia, utrudniającym podejmowanie codziennych czynności związanych z przygotowaniem i spożyciem posiłków. Jednocześnie konsekwencje zaburzeń apetytu nasilać mogą trudności właściwe dla obu zespołów, takie jak osłabienie siły mięśniowej.	<ul style="list-style-type: none"> Skala FRAIL Clinical Frailty Scale Kwestionariusz SARC-F
Dietetyk Pielęgniarka	Zaburzenia odczuwania smaku i węchu	Zaburzenia odczuwania węchu i smaku prowadzą do obniżenia apetytu w drodze utraty hedonistycznej funkcji spożywania posiłków.	<ul style="list-style-type: none"> Wywiad żywieniowy
Psycholog Pracownik socjalny	Żaloba, samotność	Wdowieństwo i osamotnienie są często związane z obniżeniem chęci do przygotowania posiłków dla jednej osoby i w konsekwencji, obniżeniem różnorodności diety.	<ul style="list-style-type: none"> Wywiad psychologiczny
Pracownik socjalny	Problemy finansowe	Ubóstwo związane jest ze zmniejszeniem różnorodności diety i trudnością w zaspokojeniu zapotrzebowania na energię i poszczególne makroskładniki.	<ul style="list-style-type: none"> Wywiad Wizyta w domu pacjenta

Dyskusja

Strategie terapeutyczne ukierunkowane na zaburzenia apetytu

Na ten moment brak jest strategii terapeutycznych o dobrze udokumentowanym działaniu wobec zaburzeń apetytu w podeszłym wieku. Do powszechnie stosowanych rodzajów oddziaływań należą: edukacja i poradnictwo żywieniowe, zwiększenie aktywności fizycznej, dostosowania posiłków, zapewnienie pomocy w zakresie spożywania i przygotowania posiłków, modyfikacje środowiska spożywania posiłków, doustna suplementacja pokarmowa, oraz stosowanie farmakoterapii [22].

Edukacja i poradnictwo żywieniowe

W świetle nielicznych dostępnych badań, edukacja i poradnictwo żywieniowe pozostają bez wpływu na stan apetytu u osób w podeszłym wieku [22]. Jednocześnie, ze względu na ich nieinwazyjny charakter i znaczenie dla rozumienia wagi problemu, należy uznać je za podstawę wszelkich kolejnych oddziaływań proponowanych pacjentowi. Dodatkowo, edukacja żywieniowa pozostaje skuteczną metodą wspierania apetytu i zapobiegania niedożywieniu w przypadku wielu jednostek chorobowych i sytuacji klinicznych, w tym przede wszystkim u pacjentów onkologicznych [23]. W ramach edukacji żywieniowej skierowanej do pacjenta w podeszłym wieku poruszać można tematy związane z zapotrzebowaniem na energię, powszechnymi błędnymi przekonaniami dotyczącymi żywienia w zdrowiu i chorobie, modyfikacją posiłków zgodnie z indywidualnymi potrzebami (dodatek tłuszczu w celu zwiększenia kaloryczności, smak, konsystencja, udział produktów rekreacyjnych w diecie). Za planowanie i koordynowanie interwencji z zakresu edukacji żywieniowej w ramach zespołu interdyscyplinarnego odpowiedzialny jest dietetyk wspierany przez pozostałych członków zespołu.

Zwiększenie aktywności fizycznej

W świetle przeglądu badań dokonanego przez Tursson i wsp. zauważyć można związek pomiędzy poziomem aktywności fizycznej a apetytem wśród osób w podeszłym wieku [24]. Jednocześnie, ze względu na głównie przekrojowy charakter badań, w których zaobserwowany został taki związek należy uznać, że brak jest wystarczających dowodów, aby rutynowo zalecać zwiększenie aktywności fizycznej jako izolowaną, jednoznacznie skuteczną strategię terapeutyczną w anoreksji wieku podeszłego. Autorzy przeglądu zwracają uwagę na mnogość terminów, poprzez które definiować można apetyt – w niektórych badaniach nie wykazano

związku pomiędzy ćwiczeniami fizycznymi, a subiektywnie raportowanym apetytem, zaobserwowano jednak zwiększenie podaży kalorycznej, co w zależności od przyjętej definicji apetytu może być przesłanką jego poprawy [24]. Autorzy sugerują, że do poprawy apetytu może dochodzić w mechanizmie regulacji krótkoterminowej poprzez zapewnienie ćwiczeń o większej intensywności, co powodować ma stymulację mechanizmów równowagi energetycznej i w konsekwencji głodu, a także regulacji długoterminowej, gdzie poprzez zapewnienie ćwiczeń z zakresu treningu oporowego dochodzi do wzrostu zawartości tkanki mięśniowej, zwiększenia zapotrzebowania na energię i w rezultacie głodu [24]. Za dopasowanie rodzaju i formy treningu w ramach zespołu interdyscyplinarnego odpowiada fizjoterapeuta, bezpieczeństwo realizacji działań powinno wspierane być przez pozostałych członków zespołu terapeutycznego (ocena medyczna – lekarz, ocena w środowisku domowym pacjenta – pracownik socjalny).

Dostosowania posiłków

Modyfikacja posiłków stanowi szeroką kategorię interwencji, które prowadzić mają do zwiększenia podaży żywności poprzez dopasowanie ich do potrzeb pacjenta. Ze względu na różnorodność możliwych interwencji, łączna ocena ich skuteczności nie jest możliwa. Do dostosowań posiłków zaliczyć można modyfikację konsystencji diety, zmianę wyglądu posiłku, wzmacnianie smaku poprzez wykorzystanie przypraw lub innych substancji, dodawanie produktów lubianych przez pacjenta lub wykluczanie produktów słabo tolerowanych, wzbogacanie posiłku o dodatkowe składniki, takie jak białko, tłuszcz lub węglowodany [25]. Zasady modyfikacji posiłków powinny zostać ustalone przez dietetyka we współpracy z pacjentem lub jego opiekunem. W przypadku, gdy przyczyną osłabionego apetytu i zmniejszonego spożycia żywności jest dysfagia, w procesie dostosowania posiłku powinien wziąć udział również logopeda, który oceni bezpieczeństwo stosowanej konsystencji diety.

Zapewnienie pomocy w zakresie spożywania posiłków

Ze względu na częste współwystępowanie zaburzeń sprawności funkcjonalnej i osłabienia apetytu, celem zapewnienia odpowiedniej wielkości spożycia, niezbędne może okazać się wprowadzanie różnych form pomocy podczas spożywania posiłków. Należą do nich między innymi zmiana formy podania posiłków w taki sposób, by można było spożywać je palcami, zastosowanie dostosowanych sztućców i zastawy dla osób z ogranicze-

niami w zakresie małej motoryki, wsparcie w zakresie przyjęcia odpowiedniej postawy ciała przed przystąpieniem do spożywania posiłku, podstawowe i zaawansowane (karmienie) wsparcie w zakresie spożywania posiłków [25-27]. Brak jest badań na temat wpływu opisanych czynności na apetyt, stanowią one jednak ważny czynnik dla komfortu i bezpieczeństwa spożywania posiłku i mogą przez to stymulować spożywanie posiłków o adekwatnej do potrzeb wielkości [28]. Pomoc w obszarze spożywania posiłków angażować może wielu pracowników ochrony zdrowia – fizjoterapeutów, których rolą jest przeszkolenie opiekunów pacjenta w zakresie zapewnienia bezpiecznej pozycji do spożywania posiłków, dietetyków w aspektach związanych z formą podania posiłków, czy też personel pielęgniarski w zakresie związanym z karmieniem i wsparciem motoryki małej.

Modyfikacje środowiska spożywania posiłków

Do modyfikacji środowiska spożywania posiłków zaliczyć można wspieranie interakcji społecznych przykładowo poprzez zapewnienie miejsc wspólnego spożywania posiłków jak stołówki, a także ograniczenie do minimum przeprowadzania interwencji medycznych w godzinach podawania posiłków. Na podstawie dostępnych badań wydaje się, że wszelkie działania oparte na facylitacji kontaktów społecznych znajdują uzasadnienie w kontekście zwiększenia podaży żywności wśród pacjentów [28]. W warunkach szpitala wprowadzanie tego rodzaju zmian najczęściej wymaga współpracy pomiędzy kadrą zarządzającą a personelem oddziału.

Stosowanie doustnej suplementacji pokarmowej (ONS)

W świetle badań stosowanie ONS może wywierać różnicowany wpływ na apetyt. W pojedynczych badaniach odnotowano pozytywny wpływ wysokotłuszczowych ONS na mierzone parametry „chęć jedzenia” i „głód” [22]. Niemniej jednak, preparaty ONS są często postrzegane przez pacjentów jako niesmaczne i słabo tolerowane [29]. Pomimo braku jednoznacznych wskazań do stosowania doustnej suplementacji pokarmowej jako stymulującej apetyt, uznać należy, że pomagają one zwiększyć spożycie pokarmów i mogą przyczyniać się do poprawy stanu odżywienia.

Farmakoterapia zaburzeń apetytu

Badania nad stosowaniem octanu megestrolu (ang. megestrol acetate, MA) wśród starszych pacjentów ujawniających zaburzenia apetytu dostarczają niejed-

noznacznych wyników na temat jego skuteczności, jednocześnie budząc obawy o bezpieczeństwo stosowania tego rodzaju farmakoterapii. Stosowanie octanu megestrolu wśród pacjentów w podeszłym wieku powiązane zostało z hamowaniem czynności nadnerczy, ryzykiem choroby zakrzepowo-zatorowej, zaburzeniami gospodarki glukozą, dolegliwościami z przewodu pokarmowego, czy też bezsennością. Decyzję o wprowadzeniu leków mających stymulować apetyt powinien podejmować lekarz geriatra w porozumieniu z pozostałymi członkami zespołu celem oceny bezpieczeństwa i wskazań, skuteczności interwencji i monitorowania ewentualnych niekorzystnych zdarzeń zdrowotnych [22].

Brak jest danych wskazujących na pozytywny wpływ powszechnie stosowanych preparatów ziołowych i suplementów diety dedykowanych pacjentom z osłabionym apetytem.

Jednocześnie, do bezpiecznych i zalecanych interwencji w obszarze stosowania farmakoterapii i zaburzeń apetytu należy dokonanie przeglądu leków i decyzji o utrzymaniu lub odstawieniu leczenia potencjalnie prowokującego pogorszenie wielkości spożycia żywności [27]. Przeglądu leków dokonuje lekarz geriatra, jeśli to możliwe, wspierany przez farmaceutę lub farmakologa klinicznego.

Wnioski

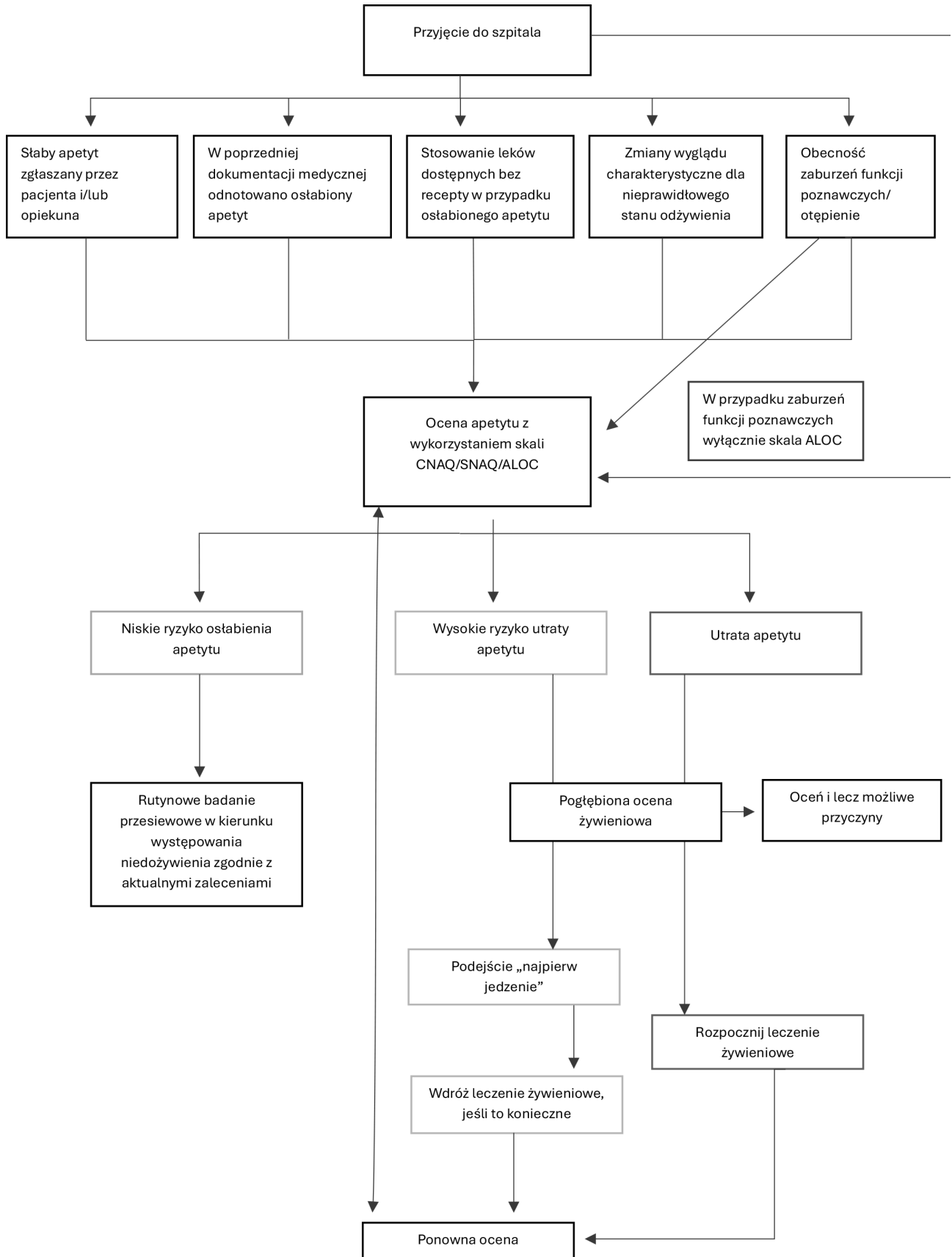
Zaburzenia apetytu to powszechny w podeszłym wieku problem o wieloczynnikowej etiologii. Co za tym idzie, wymaga stosowania wielopłaszczyznowych, dopasowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta oddziaływań. W literaturze zidentyfikować można niewiele badań dotyczących możliwości podejmowania interwencji ukierunkowanych bezpośrednio na problem zaburzeń apetytu, a prowadzone badania często łączą pojęcia anoreksji wieku podeszłego i niedożywienia, dostarczając niejednoznacznych wyników.

W opiece nad pacjentem w podeszłym wieku ujawniającym występowanie zaburzeń apetytu, podobnie jak w przypadku innych wielkich zespołów geriatrycznych kluczowa jest interdyscyplinarna współpraca pomiędzy różnymi specjalistami.

Wobec nielicznych udowodnionych interwencji bezpośrednio wpływających na apetyt i uczucie głodu, priorytetem w stosowaniu interwencji powinno być zapobieganie rozwojowi niedożywienia oraz jego konsekwencji, a także poprawa stanu odżywienia u pacjentów z już rozpoznany niedożywieniem. Ze względu na mnogość możliwych przyczyn pogorszenia apetytu w podeszłym wieku, kluczowe są również wielospecjalistyczna ocena

i leczenie wszelkich objawów i chorób zwiększających ryzyko zmniejszenia masy ciała.

Propozycję algorytmu postępowania w przypadku podejrzenia zaburzeń apetytu przedstawiono na rycinie 1.



Rycina 1. Propozycja algorytmu postępowania w przypadku podejrzenia zaburzeń apetytu
 Figure 1. Proposed algorithm for managing suspected appetite disorders

Piśmiennictwo/References

1. Cox NJ, Morrison L, Ibrahim K, et al. New horizons in appetite and the anorexia of ageing. *Age Ageing*. 2020;49(4):526-34. doi:10.1093/ageing/afaa014.
2. Sun X, Liu B, Yuan Y, et al. Neural and hormonal mechanisms of appetite regulation during eating. *Front Nutr*. 2025;12:1484827. doi:10.3389/fnut.2025.1484827.
3. Pourhassan M, Sieske L, Janssen G, et al. The impact of acute changes of inflammation on appetite and food intake among older hospitalised patients. *Br J Nutr*. 2020;124(10):1069-75. doi:10.1017/S0007114520002160.
4. Fernandez SSM, Cipolli GC, Merchant RA, et al. Global prevalence of anorexia of aging: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. 2026;208:108603. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2025.108603>.
5. Giezenaar C, Chapman I, Luscombe-Marsh N, et al. Ageing is associated with decreases in appetite and energy intake – A meta-analysis in healthy adults. *Nutrients*. 2016;8(1):1-22.
6. Saunders J, Smith T. Malnutrition: causes and consequences. *Clin Med (Lond)*. 2010;10(6):624-627. doi:10.7861/clinmedicine.10-6-624
7. Rudzińska A, Wojnarski M, Gryglewska B, et al. Do we care about appetite?-an investigation into the recording of reduced appetite in older hospitalised adults. *European geriatric medicine*. 2024;15(3):765-9. <https://doi.org/10.1007/s41999-024-00978-z>.
8. de Souto Barreto P, Cesari M, Morley JE, et al. Assessment and Management of Appetite Loss in Older Adults: An ICFSR Task Force Report. *The Journal of frailty & aging*. 2023;12(1):1-6. <https://doi.org/10.14283/jfa.2022.64>.
9. Rudzińska A, Pac A, Gryglewska B, et al. A novel appetite loss in older adults with and without cognitive impairment (ALOC) screening scale. *Appetite*. 2025;204:107758. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107758>.
10. Ostrowska J, Jeznach-Steinhagen A. Niedożywienie szpitalne. Metody oceny stanu odżywienia. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2017;11(2):54-61. doi:10.5603/fmr.51831.
11. Bailey RL. Overview of dietary assessment methods for measuring intakes of foods, beverages, and dietary supplements in research studies. *Curr Opin Biotechnol*. 2021;70:91-6. doi:10.1016/j.copbio.2021.02.007.
12. Simmons SF, Reuben D. Nutritional intake monitoring for nursing home residents: a comparison of staff documentation, direct observation, and photography methods. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000;48(2):209-13. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03914.x>.
13. Moguel E, Berrocal J, García-Alonso J. Systematic Literature Review of Food-Intake Monitoring in an Aging Population. *Sensors*. 2019;19(15):3265. <https://doi.org/10.3390/s19153265>.
14. Wernio E, Dardzińska JA, Małgorzewicz S. Anoreksja wieku podeszłego – epidemiologia, przyczyny, konsekwencje zdrowotne [Anorexia of aging: epidemiology, causes and health consequences]. *Geriatrics*. 2016;10:32-8.
15. Jankowska AK, Stefanko-Palka E, Matjanowska J, Mikulska M. Interdyscyplinarna współpraca w opiece geriatrycznej – wpływ na jakość, bezpieczeństwo i efektywność opieki nad osobami starszymi [Interdisciplinary collaboration in geriatric care – impact on quality, safety and efficiency of care for older adults]. *Gerontologia Polska*. 2025;33:181-7.
16. Petri L. Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nurs Forum*. 2010;45(2):73-82.
17. Schiffman SS, Graham BG. Taste and smell perception affect appetite and immunity in the elderly. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2000; 54:54-63.
18. Cui G, Zhang S, Zhang X, Li S. Development and validation of a nomogram for predicting anorexia of aging in older people. *Appetite*. 2024;201:107606. doi:10.1016/j.appet.2024.107606.
19. Landi F, Calvani R, Tosato M, et al. Anorexia of Aging: Risk Factors, Consequences, and Potential Treatments. *Nutrients*. 2016;8(2):69. Published 2016 Jan 27. doi:10.3390/nu8020069.
20. Volkert D, Beck AM, Faxén-Irving G, et al. ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia – Update 2024. *Clin Nutr*. 2024;43(6):1599-626. doi:10.1016/j.clnu.2024.04.039
21. Arahamian I, Romanini CV, Lima NA, et al. The concept of anorexia of aging in late life depression: A cross-sectional analysis of a cohort study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021;95:104410. doi:10.1016/j.archger.2021.104410.

22. Cox NJ, Ibrahim K, Sayer AA, et al. Assessment and Treatment of the Anorexia of Aging: A Systematic Review. *Nutrients*. 2019;11(1):144. <https://doi.org/10.3390/nu11010144>.
23. Keshtkar N, Shidfar F, Miri SR, et al. The effect of individual nutrition counseling on the life quality and weight in patients with gastric cancer following total gastrectomy. *Sci Rep* 2025;15:32849. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-18177-6>.
24. Turesson A, De Souto Barreto P, Nydahl M, Koochek A. The relationship between physical activity and appetite among older adults – A scoping review. *The journal of nutrition, health & aging*. 2025;29(5):100538. <https://doi.org/10.1016/j.jnha.2025.100538>.
25. Batchelor-Murphy MK, Steinberg FM; Young HM. Dietary and Feeding Modifications for Older Adults. *AJN, American Journal of Nursing*. 2019;119(12):49-57. 10.1097/01.NAJ.0000615796.40279.9c.
26. Heelan M, Prieto J, Barnes CJ, Green SM. Feasibility of a Finger Food Menu for Older Adults Post Stroke in Hospital. *Journal of human nutrition and dietetics: the official journal of the British Dietetic Association*. 2025;38(3):e70061. <https://doi.org/10.1111/jhn.70061>.
27. Chen S, Kent B, Cui Y. Interventions to prevent aspiration in older adults with dysphagia living in nursing homes: a scoping review. *BMC geriatrics*. 2021;21(1):429. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02366-9>.
28. Edwards D, Carrier J, Hopkinson J. Assistance at mealtimes in hospital settings and rehabilitation units for patients (>65years) from the perspective of patients, families and healthcare professionals: A mixed methods systematic review. *International journal of nursing studies*. 2017; 69:100-18. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.013>.
29. Banovic M, Arvola A, Pennanen K, et al. Foods with increased protein content: A qualitative study on European consumer preferences and perceptions. *Appetite*. 2018;125:233-43. doi:10.1016/j.appet.2018.01.034.