



UNIWERSYTET VIZJA

Zestaw przypadków klinicznych

na egzamin dyplomowy na studiach drugiego stopnia

Kierunek studiów: **Dietetyka, studia II stopnia**

DIETETYKA KLINICZNA

Przypadek kliniczny nr 1

Opis pacjenta

Mężczyzna, 68 lat, emerytowany inżynier budownictwa.

Pacjent zgłosił się do poradni dietetycznej wraz z żoną (opiekunką) na podstawie skierowania od neurologa w celu optymalizacji sposobu żywienia w przebiegu choroby Parkinsona. Choroba została zdiagnozowana 6 lat temu. W ostatnich 12 miesiącach obserwuje się stopniowe pogorszenie sprawności ruchowej oraz funkcji poznawczych.

Pacjent zgłasza nasilone drżenie spoczynkowe rąk, sztywność mięśniową, epizody bradykinezji oraz okresowe zaburzenia równowagi. Dodatkowo występują zaparcia, wzdęcia, uczucie pełności po posiłkach oraz obniżony apetyt. Żona pacjenta zauważa, że mąż coraz częściej zapomina o posiłkach, ma trudności z samodzielnym przygotowywaniem jedzenia i spożywa mniejsze porcje niż wcześniej.

W ciągu ostatniego roku masa ciała pacjenta zmniejszyła się o około 7 kg (niezamierzona utrata masy ciała). Pacjent skarży się na przewlekłe zmęczenie, spadek siły mięśniowej oraz okresowe zawroty głowy.

Wywiad chorobowy

Choroba Parkinsona / Nadciśnienie tętnicze / Przewlekłe zaparcia

Styl życia

Pacjent prowadzi mało aktywny tryb życia. Większość dnia spędza w domu, rzadko wychodzi na spacer. Nie podejmuje zaplanowanej aktywności fizycznej.

Sen przerywany, często z nocnymi wybudzeniami.

Sposób żywienia

Dieta nieregularna, 2–3 posiłki dziennie. Największy posiłek spożywany jest w godzinach porannych i zawiera znaczną ilość produktów białkowych (jajka, wędliny, nabiał). Kolacje są lekkie lub pomijane. Spożycie warzyw i owoców jest niskie, podobnie jak ilość płynów (ok. 1–1,2 l/dobę). Dieta ubogoresztkowa, z ograniczoną ilością błonnika. Pacjent ma trudności z gryzieniem twardszych produktów.

Nie pali papierosów, alkoholu nie spożywa.

Wyniki badań i normy referencyjne

Parametr	Wynik pacjenta	Norma
Masa ciała	64 kg	—
Wzrost	172 cm	—
Albuminy	3,3 g/dl	3,5–5,0 g/dl
Białko całkowite	6,1 g/dl	6,4–8,3 g/dl
Ferrytyna	32 ng/ml	30–400 ng/ml (mężczyźni)
Witamina B12	268 pg/ml	200–900 pg/ml
Witamina D (25-OH)	19 ng/ml	30–50 ng/ml
Glukoza na czczo	92 mg/dl	70–99 mg/dl
CRP	3,6 mg/l	< 5 mg/l
OB	18 mm/h	< 20 mm/h

Przypadek kliniczny nr 2

Opis pacjentki

Kobieta, 74 lata, była księgowa, obecnie pod opieką córki.

Pacjentka została skierowana do poradni dietetycznej przez lekarza geriatrę w związku z postępującymi zaburzeniami funkcji poznawczych oraz pogorszeniem stanu odżywienia. Choroba Alzheimerera została rozpoznana 4 lata temu. W ostatnich miesiącach obserwuje się wyraźne przyspieszenie progresji choroby.

Pacjentka ma trudności z pamięcią krótkotrwałą, często zapomina o spożywaniu posiłków, nie rozpoznaje uczucia głodu i sytości. Zdarza się, że odmawia jedzenia lub spożywa jedynie wybrane produkty (głównie słodkie). Występują epizody dezorientacji, drażliwości oraz obniżonego nastroju, szczególnie w godzinach wieczornych.

Córka pacjentki zgłasza, że matka coraz częściej ma trudności z żuciem i połykaniem, krztusi się podczas spożywania płynów oraz unika twardszych potraw. W ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjentka schudła 6 kg, mimo braku intencjonalnego ograniczania jedzenia.

Wywiad chorobowy

Choroba Alzheimerera (stadium umiarkowane) / Nadciśnienie tętnicze / Osteopenia

Styl życia

Pacjentka większość dnia spędza w domu. Wymaga nadzoru podczas wykonywania czynności dnia codziennego. Aktywność fizyczna ograniczona do krótkich spacerów z opiekunem. Sen nieregularny, z częstymi nocnymi wybudzeniami.

Sposób żywienia

Dieta nieregularna, 2–3 niewielkie posiłki dziennie. Pacjentka często odmawia posiłków głównych, chętniej sięga po produkty słodkie (ciastka, budynie, słodkie napoje). Spożycie białka jest niskie. Warzywa i owoce pojawiają się sporadycznie, głównie w formie rozdrobnionej. Podaż płynów wynosi ok. 1 l/dobę.

Posiłki nie są dostosowane do narastających zaburzeń połykania (brak modyfikacji konsystencji).

Wyniki badań i normy referencyjne

Parametr	Wynik pacjentki	Norma
Masa ciała	50 kg	—
Wzrost	162 cm	—
Utrata masy ciała	6 kg / 6 mies.	< 5% / 6 mies.
Albuminy	3,1 g/dl	3,5–5,0 g/dl
Białko całkowite	5,9 g/dl	6,4–8,3 g/dl
Ferrytyna	18 ng/ml	15–150 ng/ml
Witamina B12	214 pg/ml	200–900 pg/ml
Kwas foliowy	3,2 ng/ml	> 4,0 ng/ml
Witamina D (25-OH)	17 ng/ml	30–50 ng/ml
CRP	4,5 mg/l	< 5 mg/l
OB	22 mm/h	< 20 mm/h (kobiety)

Przypadek kliniczny nr 3

Opis pacjentki

Kobieta, 71 lat, emerytowana nauczycielka, pozostająca pod stałą opieką męża.

Pacjentka została skierowana do poradni żywieniowej w celu kontynuacji i modyfikacji żywienia dojelitowego prowadzonego w warunkach domowych. Rok wcześniej przebyła rozległy udar niedokrwienny mózgu z zajęciem półkuli lewej, powikłany ciężką dysfagią oraz afazją mieszaną.

Z powodu utrzymujących się zaburzeń połykania oraz wysokiego ryzyka aspiracji pokarmowej pacjentce założono przezskórną endoskopową gastrostomię (PEG) 9 miesięcy temu. Od tego czasu pacjentka jest żywiona wyłącznie dojelitowo.

Opiekun zgłasza problemy z tolerancją dotychczas stosowanego preparatu – częste wzdęcia, biegunki oraz okresowe cofanie treści pokarmowej. W ostatnich 2 miesiącach doszło do spadku masy ciała o 3 kg.

Wywiad chorobowy

Stan po udarze niedokrwiennym mózgu / Dysfagia neurogenna / Nadciśnienie tętnicze / Zaparcia naprzemienne z biegunkami

Styl życia

Pacjentka jest osobą leżącą, wymagającą pełnej pomocy w czynnościach dnia codziennego. Rehabilitowana ruchowo w warunkach domowych. Kontakt słowny ograniczony.

Ocena stanu odżywienia

Parametr	Wynik pacjentki	Norma
Masa ciała	52 kg	—
Wzrost	160 cm	—
Utrata masy ciała	3 kg / 2 mies.	< 5% / 6 mies.
Albuminy	3,2 g/dl	3,5–5,0 g/dl
Białko całkowite	6,0 g/dl	6,4–8,3 g/dl
CRP	6,8 mg/l	< 5 mg/l
Sód	134 mmol/l	135–145 mmol/l
Potas	3,7 mmol/l	3,5–5,1 mmol/l

Przypadek kliniczny nr 4

Opis pacjentki

Kobieta, 58 lat, pracująca zawodowo do momentu rozpoznania choroby.

Pacjentka została skierowana do poradni dietetycznej przez onkologa klinicznego w trakcie leczenia systemowego z powodu raka piersi typu HER2-dodatniego (stadium IIIB). Aktualnie pacjentka jest w trakcie 4. cyklu chemioterapii (schemat skojarzony), po wcześniejszym leczeniu operacyjnym (mastektomia).

Od rozpoczęcia chemioterapii pacjentka zgłasza nasilone działania niepożądane ze strony przewodu pokarmowego, w tym nudności, okresowe wymioty, brak łaknienia, zaburzenia smaku (metaliczny posmak), suchość w jamie ustnej oraz szybkie uczucie sytości. Dodatkowo występuje znaczne zmęczenie i osłabienie.

W ciągu ostatnich 3 miesięcy pacjentka utraciła 9 kg masy ciała, mimo podejmowanych prób zwiększenia podaży energii. Pacjentka zauważa spadek siły mięśniowej i trudności w wykonywaniu codziennych czynności.

Wywiad chorobowy

Rak piersi HER2+ (stadium IIIB) / Stan po mastektomii / Chemioterapia (schemat wielolekowy) / Niedokrwistość w trakcie leczenia

Styl życia

Pacjentka obecnie przebywa głównie w domu. Aktywność fizyczna znacznie ograniczona. Sen płytki, przerywany. Obniżony nastrój, lęk związany z chorobą.

Sposób żywienia

Dieta nieregularna, 2–3 niewielkie posiłki dziennie. Pacjentka unika potraw gorących i intensywnie pachnących. Preferuje produkty płynne lub półpłynne (koktajle, zupy krem). Spożycie białka i energii niewystarczające. Podaż płynów ok. 1–1,2 l/dobę.

Wyniki badań i normy referencyjne

Parametr	Wynik pacjentki	Norma
Masa ciała	54 kg	—
Wzrost	168 cm	—
Albuminy	3,0 g/dl	3,5–5,0 g/dl
Białko całkowite	5,9 g/dl	6,4–8,3 g/dl
Hemoglobina	10,6 g/dl	12–16 g/dl
CRP	9,8 mg/l	< 5 mg/l
Glukoza na czczo	86 mg/dl	70–99 mg/dl
Ferrytyna	42 ng/ml	15–150 ng/ml

Przypadek kliniczny nr 5

Opis pacjenta

Mężczyzna, 55 lat, pracujący jako kierowca zawodowy.

Pacjent zgłosił się do poradni dietetycznej na podstawie skierowania od lekarza rodzinnego po zakończonym leczeniu eradykacyjnym zakażenia *Helicobacter pylori*. W trakcie diagnostyki stwierdzono również nieprawidłową glikemię na czczo oraz cechy insulinooporności.

Pacjent od kilku lat zgłasza dolegliwości ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego: uczucie pieczenia w nadbrzuszu, zgagę, wzdęcia, odbijanie oraz okresowe nudności. Objawy nasilały się po spożyciu potraw tłustych, smażonych oraz kawy. Po zakończonej eradykacji objawy częściowo ustąpiły, jednak nadal utrzymuje się dyskomfort trawienny.

Pacjent zgłasza przewlekłe zmęczenie, senność poposiłkową oraz trudności z redukcją masy ciała mimo podejmowanych prób zmiany diety.

Wywiad chorobowy

Zakażenie *Helicobacter pylori* (leczenie eradykacyjne zakończone 4 tygodnie temu) /
Insulinooporność / Nadwaga brzuszna / Nadciśnienie tętnicze (w wywiadzie)

Styl życia

Pacjent prowadzi siedzący tryb życia. Pracuje w systemie zmianowym, nieregularne pory posiłków. Aktywność fizyczna sporadyczna. Sen nieregularny.

Sposób żywienia

Dieta wysokokaloryczna, bogata w tłuszcze nasycone i węglowodany proste. Spożycie warzyw i owoców niskie. Posiłki spożywane nieregularnie, często późnym wieczorem. Wysokie spożycie kawy (4–5 filiżanek dziennie) oraz napojów słodzonych.

Wyniki badań i normy referencyjne

Parametr	Wynik pacjenta	Norma
Masa ciała	98 kg	—
Wzrost	175 cm	—
Obwód talii	112 cm	< 94 cm (mężczyźni)
Glukoza na czczo	112 mg/dl	70–99 mg/dl
Insulina na czczo	18 µIU/ml	2–25 µIU/ml
HOMA-IR	4,9	< 2,5
Cholesterol całkowity	214 mg/dl	< 190 mg/dl
LDL-C	138 mg/dl	< 100 mg/dl
HDL-C	38 mg/dl	> 40 mg/dl
Trójglicerydy	186 mg/dl	< 150 mg/dl
CRP	5,6 mg/l	< 5 mg/l
ALT	48 U/l	< 41 U/l

ZAKRES MERYTORYCZNY EGZAMINU PRAKTYCZNEGO

Poniższy zestaw zadań odnosi się do indywidualnie przydzielonego przypadku klinicznego pacjenta.

Celem egzaminu jest ocena:

- myślenia klinicznego,
- umiejętności interpretacji dokumentacji medycznej,
- planowania dietoterapii w kontekście jednostki chorobowej,
- integracji dietoterapii z farmakoterapią,
- oceny ryzyka powikłań,
- kompetencji komunikacyjnych w pracy z pacjentem klinicznym,
- świadomości odpowiedzialności zawodowej w zespole terapeutycznym.

I. Analiza przypadku klinicznego i wywiad pogłębiony

1. Jakie kluczowe informacje kliniczne wynikają z dokumentacji medycznej pacjenta (rozpoznanie, stadium choroby, choroby współistniejące, farmakoterapia, hospitalizacje)?
2. Jakie dodatkowe elementy wywiadu kliniczno-żywnieniowego są niezbędne w tym przypadku (objawy ze strony przewodu pokarmowego, tolerancja pokarmowa, zmiany apetytu, objawy niedożywienia, obrzęki, biegunki, zaparcia, utrata masy ciała, hipoglikemie itp.)?
3. Czy w tym przypadku istnieje ryzyko:
 - niedożywienia?
 - sarkopenii?
 - zespołu kruchości?
 - zespołu ponownego odżywienia?
4. Jak farmakoterapia pacjenta może wpływać na stan odżywienia, metabolizm oraz zapotrzebowanie na składniki odżywcze?
5. Jakie objawy kliniczne wymagają pilnej konsultacji lekarskiej lub modyfikacji postępowania dietetycznego?

II. Ocena stanu odżywienia i diagnostyka kliniczna

6. Jakie metody oceny stanu odżywienia zastosujesz w tym przypadku?
7. Jak zinterpretujesz:
 - BMI w kontekście choroby przewlekłej,
 - zmiany masy ciała w czasie,
 - skład ciała (jeśli dostępny)?

8. Które wyniki badań laboratoryjnych są kluczowe w tym przypadku i jak je interpretujesz w kontekście dietoterapii?
9. Czy obecny stan kliniczny pacjenta wymaga:
 - żywienia doustnego modyfikowanego,
 - doustnych suplementów pokarmowych,
 - żywienia dojelitowego,
 - konsultacji w kierunku żywienia pozajelitowego?

III. Rozpoznanie problemów żywieniowych

10. Jakie są główne problemy żywieniowe i metaboliczne w tym przypadku?
11. Jakie są czynniki ryzyka progresji choroby wynikające ze sposobu żywienia?
12. Jakie potencjalne powikłania kliniczne mogą wystąpić bez interwencji dietetycznej?

IV. Planowanie dietoterapii klinicznej

13. Określ:
 - zapotrzebowanie energetyczne (uzasadnij metodę),
 - zapotrzebowanie na białko (g/kg m.c. – w kontekście jednostki chorobowej),
 - podaż tłuszczu i węglowodanów,
 - ewentualne ograniczenia
14. Jakiego rodzaju diety wymaga pacjent?
15. Jakie konkretne modyfikacje jadłospisu wprowadzisz (podaj przykłady posiłków)?
16. Jakie strategie zastosujesz w przypadku:
 - braku apetytu,
 - wczesnej sytości,
 - nudności,
 - biegunek,
 - zaparcie,
 - zaburzeń smaku?
17. Czy istnieją przeciwwskazania do określonych produktów lub suplementów?
18. Czy suplementacja jest zasadna? Jeśli tak – jakie składniki, w jakiej dawce?
19. Na jakie potencjalne interakcje lek-suplement zwrócisz uwagę?

V. Monitorowanie terapii

20. Jakie parametry będą monitorowane w trakcie terapii (masa ciała, skład ciała, markery laboratoryjne, objawy kliniczne)?
21. Jak często powinna odbywać się kontrola dietetyczna?

22. Jakie kryteria będą świadczyły o skuteczności interwencji?

23. Kiedy należy zmodyfikować plan żywieniowy?

VI. Praca w zespole terapeutycznym i aspekty prawne

24. Jakie elementy terapii wymagają współpracy z:

- lekarzem,
- pielęgniarką,
- fizjoterapeutą,
- psychologiem?

25. Jakie są granice kompetencji dietetyka klinicznego?

26. W jakich sytuacjach dietetyk powinien odmówić prowadzenia terapii lub skierować pacjenta do innego specjalisty?

VII. Komunikacja kliniczna

27. Jak przekażesz pacjentowi informacje o:

- ryzyku powikłań,
- konieczności modyfikacji diety,
- znaczeniu przestrzegania zaleceń?

28. Jak dostosujesz komunikację do pacjenta:

- w stanie ciężkim,
- starszego,
- z obniżoną sprawnością poznawczą,
- z niską świadomością zdrowotną?

PSYCHODIETETYKA

Przypadek kliniczny nr 1

Opis pacjentki

Kobieta, 21 lat, studentka, mieszkająca w akademiku.

Pacjentka zgłosiła się na konsultację dietetyczną z powodu znacznego spadku masy ciała oraz trudności w regularnym spożywaniu posiłków. Od około 1,5 roku stopniowo ogranicza ilość i różnorodność spożywanych produktów. Początkowo zmiany w sposobie żywienia miały na celu „zdrowsze odżywianie”, jednak z czasem stały się coraz bardziej restrykcyjne.

Historia problemu

Pacjentka opisuje narastający lęk przed przyrostem masy ciała oraz silną potrzebę kontroli spożywanego jedzenia. Unika produktów uznawanych przez siebie za „niezdrowe” lub „tuczące”. Spożywanie posiłków w obecności innych osób wywołuje u niej silny dyskomfort i napięcie emocjonalne.

Zachowania żywieniowe

- 1–2 niewielkie posiłki dziennie
- eliminacja tłuszczów i produktów węglowodanowych
- dokładne liczenie kalorii
- unikanie jedzenia poza domem

Objawy psychiczne i emocjonalne

- nasilony lęk związany z jedzeniem
- niskie poczucie własnej wartości
- perfekcjonizm
- trudności w koncentracji
- drażliwość

Objawy somatyczne

- przewlekłe zmęczenie
- uczucie zimna
- zawroty głowy
- wypadanie włosów
- brak miesiączki od 6 miesięcy

Styl życia i relacje

Pacjentka intensywnie skupia się na nauce. Ograniczyła kontakty towarzyskie. Aktywność fizyczna o charakterze kompensacyjnym (codzienne długie spacerowanie). Negatywny obraz własnego ciała.

Dane kliniczne

- masa ciała: 45 kg
- wzrost: 168 cm
- obwód talii: 60 cm
- obwód bioder: 88 cm

Wyniki analizy składu ciała

- Tkanka tłuszczowa: 12%
- FM: 5,4 kg
- FFM: 39,6 kg
- TBW: 60%

Przypadek kliniczny nr 2

Opis pacjentki

Kobieta, 34 lata, pracująca w korporacji, mieszkająca sama.

Pacjentka zgłosiła się na konsultację dietetyczną z powodu trudności w kontrolowaniu ilości spożywanego jedzenia oraz narastającego niezadowolenia z masy ciała. Od kilku lat podejmuje próby redukcji masy ciała, jednak każda z nich kończy się szybkim nawrotem masy ciała i nasileniem problemów z jedzeniem.

Historia problemu

Pacjentka opisuje nawracające epizody spożywania dużych ilości jedzenia w krótkim czasie, którym towarzyszy poczucie utraty kontroli. Epizody te pojawiają się najczęściej w godzinach wieczornych lub nocnych, szczególnie po stresujących dniach w pracy. Po epizodach pacjentka odczuwa wstyd, poczucie winy oraz złość wobec siebie.

Zachowania żywieniowe

- nieregularne posiłki w ciągu dnia (często pomijane śniadania)
- restrykcyjne podejście do jedzenia w godzinach porannych
- epizody objadania się bez zachowań kompensacyjnych
- jedzenie w samotności
- trudność w rozpoznawaniu sygnałów głodu i sytości

Objawy psychiczne i emocjonalne

- obniżone poczucie własnej wartości
- jedzenie jako strategia regulacji emocji
- trudności w radzeniu sobie ze stresem
- wahania nastroju
- poczucie braku kontroli

Objawy somatyczne

- przyrost masy ciała w ostatnich latach
- uczucie ciężkości po posiłkach
- wzdęcia
- zmęczenie
- bóle głowy

Styl życia i relacje

Pacjentka pracuje w trybie siedzącym, w środowisku o wysokim poziomie stresu. Aktywność fizyczna nieregularna. Kontakty społeczne ograniczone. Pacjentka często ocenia siebie przez pryzmat wyglądu i masy ciała.

Dane kliniczne

- masa ciała: 92 kg
- wzrost: 168 cm
- obwód talii: 106 cm
- obwód bioder: 118 cm

Wyniki analizy składu ciała

- Tkanka tłuszczowa: 42%
- FM: 38,6 kg
- FFM: 53,4 kg
- TBW: 43%

Przypadek kliniczny nr 3

Opis pacjentki

Kobieta, 28 lat, pracująca w branży marketingowej, zgłaszająca się na konsultację dietetyczną z powodu trudności w utrzymaniu regularnego sposobu odżywiania oraz nawracających epizodów jedzenia emocjonalnego.

Pomiary antropometryczne

- Wzrost: 170 cm
- Masa ciała: 74 kg
- Obwód talii: 86 cm
- Obwód bioder: 104 cm (WHR 0,83)

Wyniki oceny składu ciała

- Tkanka tłuszczowa: 33%
- FM: 24,4 kg
- FFM: 49,6 kg
- TBW: 47%

Powód zgłoszenia się

Pacjentka zgłasza frustrację związaną z „brakiem konsekwencji” w realizowaniu zaleceń żywieniowych. Opisuje liczne próby zmiany diety, które kończyły się rezygnacją po kilku dniach. Towarzyszy temu poczucie porażki i obniżona wiara w możliwość trwałej zmiany.

Sytuacje problemowe

Najczęściej trudności pojawiają się po stresujących dniach w pracy, konfliktach interpersonalnych lub w sytuacjach zmęczenia. Pacjentka wskazuje wieczorne godziny jako moment największego nasilenia problemu.

Myśli automatyczne

- „Skoro zjadłam coś nieplanowanego, to cały dzień jest stracony”
- „Nie mam silnej woli”
- „Inni radzą sobie lepiej ode mnie”
- „Zawsze kończy się tak samo”

Emocje

- wstyd
- poczucie winy
- napięcie
- bezradność
- smutek

Zachowania żywieniowe

- restrykcyjne podejście do jedzenia w ciągu dnia
- pomijanie posiłków

- epizody objadania się wieczorem
- jedzenie w samotności
- unikanie ważenia się i monitorowania postępów

Konsekwencje

- chwilowa ulga po jedzeniu
- nasilone poczucie winy
- spadek motywacji do dalszych prób zmiany
- utrwalanie negatywnego obrazu siebie

Aktualne funkcjonowanie

Pacjentka funkcjonuje zawodowo poprawnie, jednak opisuje wysoki poziom stresu i trudności w regulacji emocji. Sen nieregularny. Niska satysfakcja z relacji z własnym ciałem i jedzeniem.

Przypadek kliniczny nr 4

Opis pacjentki

Kobieta, 41 lat, menedżerka średniego szczebla, mieszkająca z rodziną.

Pomiary antropometryczne

- Wzrost: 164 cm
- Masa ciała: 86 kg
- Obwód talii: 102 cm
- Obwód bioder: 114 cm

Wyniki oceny składu ciała

- Tkanka tłuszczowa: 44%
- FM: 37,8 kg
- FFM: 48,2 kg
- TBW: 41%

Pacjentka zgłosiła się na konsultację dietetyczną z powodu wieloletnich trudności w utrzymaniu efektów redukcji masy ciała. Opisuje liczne próby odchudzania, które początkowo przynosiły szybkie rezultaty, jednak kończyły się nawrotem masy ciała i nasileniem frustracji.

Powód zgłoszenia się

Pacjentka zgłasza poczucie „ciągłej walki z jedzeniem”. Podkreśla, że zna zasady zdrowego odżywiania, jednak ma trudność w ich stosowaniu w sposób elastyczny. Każde odstępstwo od planu żywieniowego traktuje jako porażkę.

Sytuacje problemowe

Trudności nasilają się w sytuacjach wymagających elastyczności (spotkania rodzinne, wyjazdy służbowe, jedzenie poza domem). Pacjentka wskazuje również momenty zmęczenia i przeciążenia obowiązkami jako szczególnie problematyczne.

Myśli automatyczne

- „Muszę trzymać dietę w 100%, inaczej to nie ma sensu”
- „Jeśli zjem coś spoza planu, to stracę kontrolę”
- „Albo robię wszystko idealnie, albo wcale”
- „Brak perfekcji oznacza porażkę”

Emocje

- lęk
- napięcie
- złość na siebie
- poczucie winy
- wstyd

Zachowania żywieniowe

- bardzo restrykcyjne podejście do diety
- eliminacja „zakazanych” produktów
- sztywne trzymanie się planu
- okresowe „puszczanie kontroli” po złamaniu zasad
- naprzemienne fazy kontroli i nadmiernego jedzenia

Konsekwencje

- krótkotrwałe poczucie kontroli
- długofalowe wyczerpanie psychiczne
- utrwalanie cyklu restrykcja → utrata kontroli → poczucie winy
- spadek wiary w możliwość trwałej zmiany

Aktualne funkcjonowanie

Pacjentka funkcjonuje zawodowo bardzo dobrze, jednak opisuje wysoki poziom stresu oraz silną potrzebę kontroli w różnych obszarach życia. Relacja z jedzeniem jest źródłem napięcia i obniżonego poczucia własnej skuteczności.

Przypadek kliniczny nr 5

Opis pacjenta

Mężczyzna, 26 lat, student/stażysta w IT, mieszka z partnerką. Zgłasza się z powodu: „braku kontroli nad jedzeniem wieczorem” i przyrostu masy ciała. Pacjent deklaruje, że „chce schudnąć 10 kg i przestać jeść wieczorem”.

Historia problemu

W ciągu dnia je mało (często tylko kawa + szybki lunch), po powrocie do domu ma silny głód i „zjada wszystko co jest”. Największe epizody występują 21:00–01:00, szczególnie po stresie i napięciu.

Po epizodzie pojawia się wstyd i obietnica „jutro zacznę od nowa”, co kończy się restrykcją w dzień i powtórką cyklu.

Sygnaty psychologiczne

- jedzenie jako regulacja stresu i „wyłączenie głowy”
- automatyczne myśli: „zastużyłem”, „to jedyna przyjemność”,
- trudność w rozpoznaniu sytości, szybkie jedzenie, jedzenie przy ekranie
- niska tolerancja dyskomfortu emocjonalnego
- obniżona samoocena zależna od wyglądu

Styl życia

- łączenie pracy ze studiami prowadzące do dużego obciążenia
- siedzący tryb życia, niska aktywność fizyczna (krótkotrwałe zrywy prowadzące do dolegliwości mięśniowych i rezygnacji).
- sen: 5–6 h, późne zasypianie, scrollowanie w łóżku

Dane antropometryczne

- Wzrost: 180 cm
- Masa ciała: 94 kg (wzrost z 86 kg w 12 mies.)
- Obwód talii: 101 cm
- Obwód bioder: 108 cm

Wyniki oceny składu ciała

- Tkanka tłuszczowa: 29%
- FM: 27,3 kg
- FFM: 66,7 kg
- TBW: 50%

Objawy somatyczne

- refluks/zgaga po nocnym jedzeniu
- senność w ciągu dnia, spadek koncentracji
- wzdęcia, uczucie „pełności” rano

ZAKRES MERYTORYCZNY EGZAMINU PRAKTYCZNEGO

Poniższy zestaw zadań dotyczy indywidualnie przydzielonego przypadku pacjenta. Celem jest ocena umiejętności:

- diagnozy problemu żywieniowego w kontekście psychologicznym,
- identyfikacji mechanizmów podtrzymujących (myśli–emocje–zachowania),
- planowania interwencji dietetycznej + behawioralnej,
- komunikacji
- oceny ryzyk klinicznych i granic kompetencji (kiedy kierować do psychologa/psychiatry).

I. Wywiad i pierwsza wizyta

1. Jakie dodatkowe informacje zbierzesz, aby rozpoznać:
 - wzorzec jedzenia emocjonalnego / napadowego / restrykcyjnego,
 - „wyzwalacze” (stres, zmęczenie, samotność, konflikty),
2. Jakie pytania zadasz, aby ocenić:
 - stopień utraty kontroli,
 - poczucie winy i wstyd,
 - zachowania kompensacyjne (ruch, wymioty, leki, głodówki)?
3. Jak rozróżnisz: głód fizjologiczny vs emocjonalny?
4. Jak oceniasz gotowość pacjenta do zmiany (skala 1–10) i co zrobisz, jeśli jest niska?

II. Analiza sposobu żywienia i funkcji jedzenia

5. Jak scharakteryzujesz dietę pacjenta nie tylko „co je”, ale po co je (funkcja regulacji emocji, nagroda, redukcja napięcia)?
6. Jakie mechanizmy podtrzymują istnienie problemu?

7. Jakie sygnały mogą sugerować zaburzenia odżywiania wymagające pogłębionej diagnostyki?

III. Antropometria i skład ciała

8. Jak omówisz z pacjentem masę ciała/skład ciała tak, aby nie wzmocnić:
- lęku,
 - perfekcjonizmu,
 - wstydu?
9. Jakie wskaźniki antropometryczne są istotne klinicznie i jak je przedstawiś neutralnie?
10. Czy w tym przypadku monitoring masy ciała jest wskazany? Jeśli tak – w jakiej formie? Jeśli nie – jakie alternatywy?

IV. Diagnostyka i ryzyko kliniczne

11. Jakie badania zasugerujesz w zależności od przypadku?
12. Jakie są potencjalne konsekwencje zdrowotne utrzymywania obecnego wzorca jedzenia (metaboliczne i psychiczne)?

V. Plan interwencji (dietetyczny + behawioralny)

13. Sformułuj 3 cele obejmujące:
- zachowania żywieniowe,
 - emocje/wyzwalacze,
 - styl życia (sen, rytm dnia).
14. Jak zaplanujesz strukturę posiłków, aby zmniejszyć ryzyko epizodów utraty kontroli?
15. Jakie narzędzia wykorzystasz w pracy z pacjentem?
16. Jakie interwencje psychoedukacyjne zastosujesz?
17. Jak zaplanujesz „elastyczność” w diecie (żeby nie utrwalać sztywności i cyklu restrykcji)?
18. Czy suplementacja ma sens? Uzasadnij.

VI. Komunikacja, motywowanie, etyka i współpraca

19. Jakie techniki komunikacyjne zastosujesz?
20. Jak zareagujesz na wstyd, poczucie winy i „samokrytykę” pacjenta?
21. Jakie są granice kompetencji dietetyka w psychodietetyce?
22. Kiedy kierujesz do psychologa/psychoterapeuty, a kiedy do psychiatry?
23. Jak omówisz temat masy ciała bez stygmatyzacji i bez obietnic „szybkiej redukcji”?

DIETETYKA SPORTOWA

Przypadek kliniczny nr 1

Opis zawodniczki

Kobieta, 23 lata, studentka dietetyki, trenująca biegi długodystansowe (poziom półzawodowy).

Wzrost: 168 cm

Masa ciała: 52 kg (utrata masy ciała 3 kg w ciągu 5 miesięcy).

Wyniki analizy składu ciała

- Tkanka tłuszczowa: 15% (↓ dolna granica dla kobiet aktywnych)
- Masa tłuszczowa: 7,8 kg
- Beztłuszczowa masa ciała (FFM): 44,2 kg
- Masa mięśniowa: ↓ w porównaniu do pomiaru sprzed 8 miesięcy (-1,5 kg)
- TBW: 57%

Zawodniczka zgłosiła się na konsultację dietetyczno-psychologiczną z powodu spadku wyników sportowych oraz narastającego zmęczenia psychicznego i fizycznego. Trenuje bieganie od 8 lat, w ostatnich 3 latach intensywnie przygotowuje się do startów w półmaratonach. Trening realizowany jest zgodnie z planem trenera, 6–7 jednostek tygodniowo.

Od około 6 miesięcy zawodniczka zauważa spadek motywacji do treningu, lęk przed opuszczeniem jednostki treningowej oraz silne poczucie winy w przypadku skrócenia lub pominięcia treningu. Pomimo narastających objawów zmęczenia zwiększa objętość treningową, obawiając się „utruty formy”.

Funkcjonowanie psychiczne i emocjonalne

Zawodniczka opisuje silną potrzebę kontroli, perfekcjonizm oraz wysoką presję związaną z wynikami sportowymi. Wynik sportowy jest dla niej głównym źródłem poczucia własnej wartości. Występują objawy obniżonego nastroju, drażliwość oraz trudności z koncentracją, szczególnie w okresach intensywnych przygotowań startowych.

Zawodniczka ma trudność z regeneracją psychiczną, nie potrafi efektywnie odpoczywać. Dni bez treningu wywołują niepokój i napięcie emocjonalne.

Styl życia i trening

- Trening: 6–7 jednostek tygodniowo (biegi długie, interwały, siła biegowa)
- Brak dni całkowitego odpoczynku
- Sen: 5–6 godzin na dobę, częste wybudzenia
- Regeneracja: ograniczona, brak technik relaksacyjnych

Sposób żywienia

Dieta niskoenergetyczna w stosunku do wydatku energetycznego. Zawodniczka ogranicza spożycie tłuszczów i węglowodanów prostych, obawiając się przyrostu masy ciała.

Spożycie białka umiarkowane, niska dostępność energii. Częste „kontrolowanie” jedzenia w kontekście treningu.

Objawy somatyczne

- przewlekłe zmęczenie
- spadek wydolności
- nawracające infekcje
- zaburzenia miesiączkowania (brak miesiączki od 4 miesięcy)
- bóle mięśniowe i stawowe

Przypadek kliniczny nr 2

Opis zawodnika

Mężczyzna, 27 lat, student AWF, trenujący piłkę nożną na poziomie półzawodowym.

Wzrost: 182 cm

Masa ciała: 89 kg (przed kontuzją 83 kg)

BMI: 26,9 kg/m²

Wyniki analizy składu ciała

- Tkanka tłuszczowa: 24% (↑)
- Masa tłuszczowa: 21,3 kg
- Beztłuszczowa masa ciała FFM: 67,7 kg
- Spadek masy mięśniowej kończyny operowanej (-1,8 kg lokalnie)

Zawodnik zgłosił się na konsultację dietetyczno-psychologiczną w związku z wyraźnym spadkiem motywacji do treningu oraz pogorszeniem samopoczucia psychicznego po przebytej kontuzji. Od 10 lat trenuje piłkę nożną, przez ostatnie 4 lata regularnie uczestniczył w rozgrywkach ligowych.

6 miesięcy temu doznał poważnej kontuzji kolana zerwanie więzadła krzyżowego przedniego, która wymagała leczenia operacyjnego i długotrwałej rehabilitacji. Po zakończeniu podstawowego etapu rehabilitacji zawodnik otrzymał zgodę na stopniowy powrót do aktywności fizycznej, jednak nie wrócił do pełnej regularności treningowej.

Funkcjonowanie psychiczne i emocjonalne

Zawodnik zgłasza obniżony nastrój, drażliwość oraz brak satysfakcji z treningu. Występuje lęk przed ponownym urazem, brak zaufania do własnego ciała oraz spadek poczucia kompetencji sportowej. Zawodnik unika treningów zespołowych, preferując ćwiczenia indywidualne o mniejszym obciążeniu.

Zauważa, że sport, który wcześniej był głównym źródłem satysfakcji i tożsamości, przestał pełnić tę rolę. Pojawia się poczucie straty oraz niepewność co do dalszej kariery sportowej.

Styl życia i zachowania:

- ograniczenie aktywności fizycznej po kontuzji
- nieregularny rytm dnia
- epizody sięgania po alkohol w celach „rozładowania napięcia”
- skrócony sen (ok. 5 godzin na dobę)

Sposób żywienia

Po kontuzji zawodnik przestał zwracać uwagę na jakość diety. Posiłki są nieregularne, oparte głównie na produktach wysokoprzetworzonych. Zauważalny jest wzrost masy ciała o 6 kg w ciągu 4 miesięcy. Zawodnik stosuje „jedzenie emocjonalne”, szczególnie w sytuacjach stresowych.

Objawy somatyczne

- spadek kondycji fizycznej
- zwiększona masa tłuszczowa
- bóle stawowe
- przewlekłe zmęczenie
- napięcie mięśniowe

Przypadek kliniczny nr 3

Opis zawodnika

Mężczyzna, 31 lat, pracujący w systemie zmianowym, amatorsko trenujący triathlon (poziom średniozaawansowany).

Wzrost: 178 cm

Masa ciała: 74 kg

Wyniki analizy składu ciała

- Tkanka tłuszczowa: 13%
- Beztłuszczowa masa ciała FFM: 64,4 kg
- TBW: 55%

Dodatkowo

- Wahania masy ciała $\pm 1,5$ kg tygodniowo

Pacjent zgłosił się na konsultację dietetyczną z powodu pogarszających się wyników sportowych, przewlekłego zmęczenia oraz trudności z regeneracją po wysiłku. Trenuje triathlon od 3 lat, realizując plan obejmujący 8–10 jednostek treningowych tygodniowo (pływanie, rower, bieganie).

W ostatnich 4 miesiącach pacjent zauważa spadek mocy na rowerze, wolniejszą regenerację powysiłkową oraz częste epizody skurczów mięśniowych, szczególnie podczas treningów w wysokiej temperaturze. Zgłasza również problemy żołądkowo-jelitowe podczas dłuższych jednostek biegowych (uczucie pełności, nudności).

Charakter wysiłku fizycznego

- objętość: 10–12 h / tydzień
- intensywność: mieszana (strefy tlenowe i beztlenowe)
- wysiłek długotrwały, o zmiennej intensywności

Styl życia

- praca zmianowa (nocne dyżury),
- sen: 5–6 h / dobę,
- wysoki poziom stresu zawodowego,
- brak planowych dni pełnej regeneracji.

Sposób żywienia i nawadniania

Dieta nieregularna, często niedostosowana do planu treningowego. Pacjent spożywa 2-3 posiłki dziennie. Podaż węglowodanów i sodu niewystarczająca w stosunku do objętości wysiłku. W trakcie treningów korzysta głównie z wody (ok. 1 litr), rzadko stosuje napoje izotoniczne. Regeneracja powysiłkowa ogranicza się do jednego posiłku dziennie, często opóźnionego.

Objawy kliniczno-wysiłkowe

- spadek wydolności,
- przewlekłe zmęczenie,
- skurcze mięśniowe,
- zaburzenia żołądkowo-jelitowe podczas wysiłku,
- wolna regeneracja powysiłkowa

Przypadek kliniczny nr 4

Opis pacjentki

Kobieta, 29 lat, pracująca biurowo, rekreacyjnie trenująca trening siłowy (4–5 razy w tygodniu).

Wzrost: 165 cm

Masa ciała: 60 kg

Wyniki analizy składu ciała

- Tkanka tłuszczowa: 21%
- Beztłuszczowa masa ciała FFM: 47,4 kg
- Masa mięśniowa: stagnacja od 6 miesięcy
- TBW: 52%

Pacjentka zgłosiła się na konsultację dietetyczną z powodu braku oczekiwanych efektów treningowych mimo regularnych ćwiczeń oraz narastających dolegliwości somatycznych. Trenuje siłowo od około 2 lat, a od 6 miesięcy realizuje bardziej intensywny plan ukierunkowany na poprawę sylwetki i wzrost siły mięśniowej.

Pomimo systematycznych treningów pacjentka zauważa brak progresji siłowej, częste uczucie osłabienia podczas ćwiczeń, zawroty głowy po treningu oraz problemy z koncentracją w ciągu dnia. Zgłasza również nasilone skurcze mięśniowe oraz bóle głowy, szczególnie w dniach treningowych.

Charakter wysiłku fizycznego

- trening siłowy: 60–75 min
- częstotliwość: 4–5 jednostek / tydzień
- intensywność: umiarkowana do wysokiej
- krótkie przerwy między seriami

Styl życia

- praca siedząca (8–9 h dziennie),

- wysoki poziom stresu zawodowego,
- sen: 6 godzin / dobę,
- niska spontaniczna aktywność poza treningiem.

Sposób żywienia i nawadniania

Pacjentka stosuje dietę o obniżonej kaloryczności w celu redukcji tkanki tłuszczowej. Posiłki spożywane są nieregularnie (2–3 dziennie). Podaż węglowodanów niska, szczególnie w godzinach okołotreningowych. Pacjentka często trenuje na czczo lub po bardzo lekkim posiłku.

Nawodnienie około 1,3–1,5 l płynów dziennie, brak uzupełniania elektrolitów. Stosuje kofeinę w postaci kawy lub przedtreningówek.

Objawy kliniczno-wysiłkowe

- brak progresji treningowej,
- zawroty głowy i osłabienie po treningu,
- skurcze mięśniowe,
- bóle głowy,
- przewlekłe zmęczenie,
- obniżona koncentracja.

Przypadek kliniczny nr 5

Opis zawodniczki

Kobieta, 26 lat, studentka, trenująca fitness sylwetkowe (kategoria bikini fitness), przygotowująca się do pierwszych zawodów regionalnych.

Wzrost: 170 cm

Masa ciała: 57 kg

Wyniki analizy składu ciała

- Tkanka tłuszczowa: 14%
- Beztłuszczowa masa ciała FFM: 49 kg
- TBW: 49%

Zawodniczka zgłosiła się na konsultację dietetyczną w trakcie okresu przygotowawczego, 6 tygodni przed startem w zawodach. Trenuje siłowo 5–6 razy w tygodniu oraz wykonuje dodatkowe sesje cardio. Jej celem jest redukcja tkanki tłuszczowej oraz poprawa definicji sylwetki.

W ostatnich tygodniach zawodniczka zaczęła samodzielnie stosować różne formy wspomagania, polecane przez inne osoby trenujące oraz znalezione w mediach społecznościowych. Preparaty zostały zakupione przez internet, głównie z zagranicznych sklepów.

Charakter aktywności fizycznej

- trening siłowy: 5–6 jednostek / tydzień
- cardio: 4–5 sesji / tydzień
- wysoka objętość i wysoka częstotliwość wysiłku

Stosowane formy wspomagania

- „naturalne spalacze tłuszczu” (ekstrakty roślinne)
- preparaty „hormonal balance”
- diuretyki ziołowe
- kofeina (kapsułki + kawa)

Zgłaszane objawy

- zaburzenia snu
- rozdrażnienie
- kołatanie serca
- zawroty głowy
- nasilone zmęczenie
- epizody skurczów mięśniowych

Kontekst zdrowotny i etyczny

Zawodniczka obawia się przyrostu masy ciała i utraty formy startowej, dlatego planuje dalsze stosowanie preparatów do dnia zawodów. Nie jest świadoma ryzyka dopingu nieświadomego ani potencjalnych konsekwencji zdrowotnych i regulaminowych wynikających ze stosowania niezweryfikowanych suplementów oraz preparatów o działaniu diuretycznym.

ZAKRES MERYTORYCZNY EGZAMINU PRAKTYCZNEGO

Poniższy zestaw pytań odnosi się do przydzielonego przypadku.

Celem egzaminu jest ocena:

- umiejętności oszacowania potrzeb energetycznych w zależności od ilości jednostek treningowych oraz zapotrzebowania na makroskładniki
- interpretacji składu ciała w kontekście dyscypliny,

- planowania strategii żywienia okołotreningowego,
- rozpoznania objawów deficytu energetycznego oraz niskiej dostępności energii,
- oceny zasadności suplementacji i rozumienia ryzyka dopingu nieświadomego,
- komunikacji z zawodnikiem i trenerem

I. Analiza danych z wywiadu

1. Jakie informacje dotyczące:
 - objętości i intensywności treningu,
 - mikro- mezo- i makrocyklu treningowego,
 - historii urazów, są kluczowe w tym przypadku?
 - Czy występują objawy niskiej dostępności energii?
2. Jakie czynniki psychologiczne mogą wpływać na sposób żywienia sportowca? Dodatkowo, jakie postępowanie wdrożyć przy zaburzeniach odżywiania występujących u sportowców?
3. Jak podróż na zawody sportowe wpływa na zmiany w sposobie żywienia? Jak przebiega proces aklimatyzacji do zmiennych warunków środowiskowych?

II. Interpretacja składu ciała

4. Oceń skład ciała w kontekście danej dyscypliny sportu.
5. Czy poziom tkanki tłuszczowej jest adekwatny i nie zagraża zdrowiu?
6. Czy obserwujemy:
 - utratę masy mięśniowej,
 - nieprawidłową redukcję masy ciała?

III. Diagnostyka i monitorowanie

7. Jakie badania laboratoryjne należy wykonać?
8. Jakie wskaźniki przetrenowania i niedoboru energii warto monitorować?
9. Jak często kontrolować skład ciała w tej sytuacji?
10. Jak określisz stopień nawodnienia przed treningiem? Jak ocenisz potrzeby w zakresie płynów po treningu?

IV. Planowanie interwencji żywieniowej

11. Omów metody oszacowania potrzeb energetycznych oraz zapotrzebowania na białko, tłuszcze i węglowodany w konkretnej dyscyplinie sportowej.
12. Jakie czynniki powinno się brać pod uwagę w opracowywaniu strategii żywienia?
13. Czy masa ciała sportowca jest prawidłowa? Czy wymagany jest proces redukcji masy ciała w tym przypadku?

14. Jak prawidłowo zaplanować żywienie w okresie regeneracji potreningowej?
15. Jakie strategie nawodnienia należy zastosować? Ile płynów należy spożyć przed wysiłkiem, ile w trakcie, a ile po wysiłku fizycznym?

V. Suplementacja i bezpieczeństwo

16. Oceń zasadność stosowanych suplementów – odnieś stosowane suplementy do zaleceń Australijskiego Instytutu Sportu
17. Czy stosowane suplementy są o udowodnionym naukowo działaniu? Czy są zakwalifikowane do grupy suplementów za które grozi wykluczenie z rozgrywek?
18. Jakie suplementy mają udokumentowaną skuteczność w tym rodzaju wysiłku fizycznego? Jakie suplementy można by zalecić temu sportowcowi do zwiększenia wydolności fizycznej i wspomagania w osiągnięciu sukcesów sportowych?
19. Jakie mogą być skutki nadużywania określonych suplementów?

VI. Współpraca i komunikacja

20. Jak rozmawiać ze sportowcem:
 - z perfekcjonizmem,
 - po kontuzji,
 - z lękiem przed przyrostem masy ciała?
21. Jak współpracować z trenerem i fizjoterapeutą?