

Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej

Choroba otyłościowa

Jak ją rozumieć i leczyć?

Ministerstwo Zdrowia

NPZ NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2026, finansowane przez Ministra Zdrowia

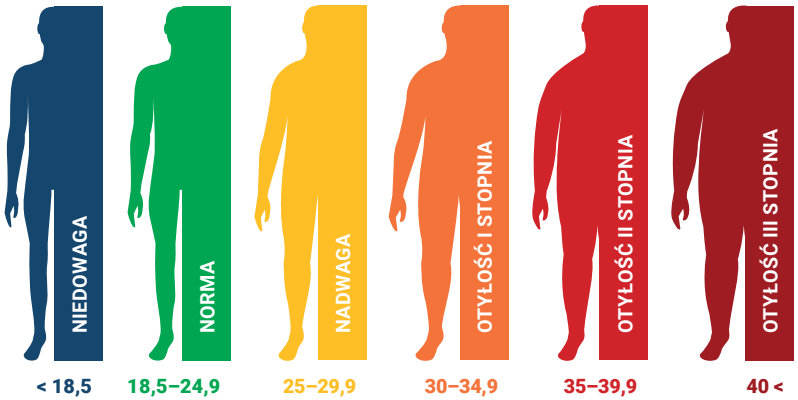


Otyłość – choroba cywilizacyjna XXI wieku

Choroba otyłościowa to choroba przewlekła charakteryzująca się nadmiernym nagromadzeniem tkanki tłuszczowej w ciele. Taki stan prowadzi do zaburzenia funkcjonowania organizmu oraz problemów psychologicznych i społecznych. Konsekwencją tego jest zwiększenie ryzyka zachorowalności, pogorszenie jakości i skrócenie oczekiwanej długości życia.

Najprostszym narzędziem do rozpoznania otyłości jest wyliczenie wskaźnika masy ciała BMI (*ang. Body Mass Index*) na podstawie aktualnej masy i wysokości ciała.

$$BMI = \frac{\text{masa ciała [kg]}}{\text{wzrost [m]}^2}$$



Jednak sam wskaźnik BMI nie daje pełnego obrazu stanu zdrowia. Coraz większe znaczenie przypisuje się także rozmieszczeniu tkanki tłuszczowej – szczególnie jej nagromadzeniu w okolicy brzucha, które wiąże się z wyższym ryzykiem rozwoju chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2 i innych powikłań. Z tego względu najlepiej oceniać zarówno BMI, jak i wskaźniki otyłości brzusznej, takie jak: obwód talii, wskaźnik WHR (oszacowany na podstawie obwodu talii i obwodu bioder) lub wskaźnik WHtR (otrzymany na podstawie obwodu talii i wzrostu).

$$\text{WHR} = \frac{\text{obwód talii [cm]}}{\text{obwód bioder [cm]}}$$

Interpretacja wyniku dla populacji ogólnej:

Kobiety WHR ≥ 0,8 – otyłość brzuszna (androidalna)
Mężczyźni WHR ≥ 1 – otyłość brzuszna (androidalna)

$$\text{WHtR} = \frac{\text{obwód talii [cm]}}{\text{wzrost [cm]}}$$

Interpretacja wyniku dla populacji ogólnej:

W sytuacji, gdy wskaźnik jest na poziomie 0,49 lub wyższym, występuje zwiększone ryzyko zachorowań na choroby układu krążenia, cukrzycę itp. Wskaźnik WHtR wydaje się dokładniejszy niż BMI

Nadmierna masa ciała stanowi w Polsce jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowotnych związanych ze stylem życia. Co więcej, otyłość to jeden z kluczowych problemów zdrowia publicznego na całym świecie, którego ryzyko wzrasta wśród wszystkich narodowości, płci i grup wiekowych.

NADMIAR KILOGRAMÓW W LICZBACH

W Polsce nadmierna masa ciała (BMI ≥ 25) dotyczy 64% mężczyzn i 48% kobiet powyżej 20. roku życia, natomiast otyłość (BMI ≥ 30) występuje odpowiednio u 15% i 13% z nich. Wśród dzieci w wieku 6–9 lat nadwaga i otyłość dotyczą już co trzeciego dziecka, częściej chłopców (36%) niż dziewcząt (30%). Podobną tendencję obserwuje się wśród nastolatków, przy czym częstość występowania nadmiernej masy ciała maleje wraz z wiekiem – z 41% do 28% u chłopców oraz z 19% do 13% u dziewcząt między 11. a 15. rokiem życia.

Źrodło: Wojtyniak B., Smaga A. (red.): Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, 2025; WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). A brief review of results from round 6 of COSI (2022-2024); Rakić J.G., Hamrik Z., Dzielska A. i wsp.: A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024

Skąd bierze się otyłość?

Choroba otyłościowa uwarunkowana jest m.in. czynnikami metabolicznymi, neuroendokrynnymi, psychologicznymi czy środowiskowymi.

Dużo uwagi poświęca się psychologicznym uwarunkowaniom otyłości. Wielu pacjentów z nadmierną masą ciała zmaga się z zaburzeniami samokontroli, utrwalonymi nieprawidłowymi przekonaniami na temat jedzenia, trudnościami w odczytywaniu sygnałów płynących z organizmu, a także z ograniczoną zdolnością radzenia sobie ze stresem oraz emocjami.

WYBRANE PRZYCZYNY ROZWOJU NADWAGI I OTYŁOŚCI:

- **dodatni bilans energetyczny** – liczba dostarczanych kilokalorii przewyższa zapotrzebowanie organizmu, co jest związane z nadmiernym spożyciem żywności ogółem, żywności wysokoprzetworzonej i kalorycznych napojów
- **niska aktywność fizyczna** – brak aktywnego trybu życia, praca siedząca, nadmierne korzystanie ze środków transportu
- **przewlekły/długotrwały stres oraz niewystarczająca ilość i jakość snu**
- **zaburzenia hormonalne, współwystępujące choroby i niektóre leki**
- **niski status ekonomiczny** – wybór żywności kierowany wyłącznie ceną predysponuje do zakupu żywności o niskiej wartości odżywczej, głównie o wysokim stopniu przetworzenia



- **nałogi** – zmiana zachowań związanych z uzależnieniem może prowadzić do niekorzystnych nawyków żywieniowych, np. zastępowania palenia tytoniu podjadaniem
- **czynniki genetyczne** niezależne od stylu życia (warto podkreślić, że otyłość o podłożu genetycznym występuje rzadko)

Dlaczego otyłość jest groźna?



Choroba otyłościowa to najczęściej występująca choroba metaboliczna. Jest potencjalną przyczyną ponad 200 powikłań (np. insulinooporności) i zwiększa ryzyko wystąpienia m.in.: nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2, chorób układu sercowo-naczyniowego (zawału serca, udaru mózgu), hiperlipidemii, stłuszczenia wątroby oraz niektórych nowotworów.

Otyłość brzuszna częściej występuje u mężczyzn. Do wybranych powikłań otyłości brzusznej należą:



Opracowano na podstawie Kuryłowicz A. (red.): Hormony a otyłość, PZWL, Warszawa, 2024.

Jak leczyć chorobę otyłościową?

KROK 1

Pierwszym kluczowym krokiem w leczeniu otyłości oraz redukcji tkanki tłuszczowej brzusznej jest zmiana stylu życia, obejmująca wprowadzenie odpowiedniej diety i zwiększenie poziomu aktywności fizycznej.

KROK 2

Jeśli początkowe działania nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, kolejnym krokiem jest wprowadzenie farmakoterapii oraz psychoterapii.

KROK 3

Ostatecznym etapem leczenia otyłości powinna być interwencja chirurgiczna (bariatryczna), która prowadzi nie tylko do szybkiej utraty masy ciała, ale także pożądanych korzyści metabolicznych.

Ważne: Prezentowane kroki nie zawsze muszą następować kolejno po sobie. Schemat i moment wprowadzenia poszczególnych metod zależą od stopnia zaawansowania otyłości (BMI) oraz obecności chorób współistniejących. W niektórych przypadkach (np. przy wysokim BMI lub ciężkich powikłaniach) lekarz może zdecydować o jednoczesnym wdrożeniu farmakoterapii lub natychmiastowej kwalifikacji do chirurgii bariatrycznej.

Na każdym etapie leczenia otyłości niezbędna jest edukacja żywieniowa i długoterminowa zmiana stylu życia, w tym utrzymanie regularnej aktywności ruchowej. Takie podejście zwiększa nie tylko skuteczność leczenia, ale i sprzyja redukcji tkanki tłuszczowej przy zachowaniu masy mięśniowej, poprawia jakość życia pacjenta oraz wspiera długoterminową poprawę stanu zdrowia i zapobiega nawrotom choroby.

Leki na otyłość ani operacja bariatryczna nie przyniosą trwałych efektów bez zmiany nawyków. Utrzymanie prawidłowej masy ciała wymaga nauki zdrowego odżywiania, radzenia sobie ze stresem oraz regularnego dbania o swoje zdrowie.



1 KROK 1: ZDROWE ŻYWIENIE I AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Zastanów się, ile razy w swoim życiu stosowałeś już „dietę na chwilę"? Najskuteczniejszym sposobem żywienia wspierającym redukcję masy ciała jest dieta, która będzie „uszyta na Twoją miarę" – dopasowana do indywidualnych potrzeb i możliwości. **Twoje wybory żywieniowe na co dzień mają większe znaczenie niż chwilowe stosowanie restrykcyjnych diet.** Daj sobie czas na zmiany – wprowadzaj je krok po kroku.

1. **Zaplanuj, co będziesz jeść w ciągu dnia. Przygotowanie planu posiłków ułatwia regularne jedzenie i pomaga unikać przypadkowych, mniej zdrowych wyborów. Staraj się spożywać zbilansowane posiłki co 3-4 godziny, aby lepiej kontrolować głód i ograniczyć podjadanie.**

2. **Komponuj posiłki zgodnie ze schematem Talerza Zdrowego Żywienia – ½ talerza powinny zajmować warzywa i/lub owoce, ¼ produkty będące źródłem białka oraz ¼ produkty zbożowe i/lub ziemniaki.**

3. **Uzupełnieniem posiłku powinien być niewielki dodatek tłuszczów roślinnych.**

4. **Każdego dnia spożywaj co najmniej 400 g różnokolorowych warzyw i owoców. Jeżeli jadasz 4 posiłki dziennie, to np. do trzech z nich dodaj warzywa, a do jednego owoc, aby zachować zalecane proporcje. Warzywa i owoce są źródłem błonnika pokarmowego, który zapewnia uczucie sytości na dłużej.**

5. **Jedz więcej produktów zbożowych pełnoziarnistych. Wpływają korzystnie na uczucie sytości oraz stabilizację glikemii. Wybieraj takie produkty jak: mąki z pełnego przemiału, pieczywo pełnoziarniste (np. razowe, graham), płatki zbożowe naturalne (np. owsiane, jęczmienne), otręby (np. żytnie, owsiane), kasze (np. gryczana, jęczmienna pęczak), ryż (np. brązowy, dziki), makaron pełnoziarnisty (np. pszenny, żytni), komosa ryżowa.**

6. **Sięgaj po ryby, zwłaszcza tłuste (bogate w cenne kwasy tłuszczowe), co najmniej 2 razy w tygodniu. Są źródłem pełnowartościowego białka, którego odpowiednia podaż na diecie redukcyjnej zapobiega utracie masy mięśniowej.**

7 Wybieraj niskotłuszczowe produkty mleczne, bez dodatku cukru (np. kefir, jogurt naturalny). Są źródłem łatwoprzyswajalnego białka, wapnia, witamin z grupy B oraz cennych bakterii kwasu mlekowego, które korzystnie wpływają na pracę jelit.

8 Jedz więcej nasion roślin strączkowych (np. fasoli, ciecierzycy). Dzięki wysokiej zawartości błonnika i białka zwiększają uczucie sytości po posiłku, co ułatwia redukcję masy ciała.

9 Wybieraj tłuszcze roślinne: oleje (np. oliwę z oliwek, olej rzepakowy), orzechy, pestki, nasiona, awokado. Dostarczają niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych działających przeciwzapalnie i ochronnie na układ krążenia oraz układ nerwowy. Z uwagi na wysoką wartość kaloryczną, należy kontrolować ilość tłuszczu w diecie.

10 Czytaj etykiety – zwróć uwagę na zawartość cukru, soli, tłuszczu.

11 Pamiętaj o odpowiednim nawodnieniu. Wypijaj co najmniej 2 l płynów dziennie. Wybieraj niesłodzone napoje, takie jak woda, słabe napary herbaciane lub ziołowe.

12 Zadbaj o regularną aktywność fizyczną. Odpowiednio dopasuj do swoich możliwości rodzaj ćwiczeń, czas ich trwania oraz częstotliwość. Każdego dnia należy wykonywać co najmniej 30-minutowy, umiarkowany wysiłek fizyczny (np. spacer, bieganie, jazda na rowerze lub pływanie).

13 Podejmij spontaniczny wysiłek fizyczny. Proste, codziennie czynności, takie jak sprzątanie, prace w ogrodzie, również przynoszą korzyści dla zdrowia. Pamiętaj, że każda aktywność fizyczna jest lepsza niż jej brak.



2 KROK 2: LECZENIE OTYŁOŚCI Z UDZIAŁEM FARMAKOTERAPII

Jeżeli modyfikacja stylu życia, obejmująca zmianę sposobu żywienia oraz zwiększenie aktywności fizycznej, nie przynosi oczekiwanych efektów, kolejnym etapem postępowania jest wdrożenie farmakoterapii oraz psychoterapii.

Założenia diety i aktywności przy farmakoterapii otyłości:

- deficyt energetyczny na poziomie 500-600 kcal/dobę, co daje utratę masy ciała 0,5-1 kg/tydzień
- zwiększony udział białka w diecie na poziomie 1,5 g/kg należnej masy ciała*, szczególnie u osób starszych i aktywnych fizycznie
- dieta pełnowartościowa, oparta na modelu Talerza Zdrowego Żywienia (np. dieta śródziemnomorska, DASH, wegetariańska lub fleksitariańska)
- zapewnienie odpowiedniej podaży witamin, w szczególności: D_3, B_1, B_{12}, żelaza, cynku i kwasów omega-3
- regularna aktywność fizyczna, w tym 30-60 minut ćwiczeń wytrzymałościowych (aerobowych) przynajmniej 5 razy w tygodniu



Długotrwała zmiana stylu życia ma na celu poprawę stanu zdrowia, jakości życia i parametrów metabolicznych, a nie tylko redukcję masy ciała.

* Należna masa ciała to masa ciała uznawana za optymalną dla danej osoby na podstawie jej cech antropometrycznych.

PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ NAJCZĘSTSZYCH TRUDNOŚCI W TRAKCIE FARMAKOTERAPII OTYŁOŚCI

Trudności	Propozycja strategii dietetycznej
Niekontrolowana utrata masy mięśniowej (nawet do 20-30% całkowitej utraty masy ciała)	▸ podaż białka na poziomie 1,5 g na kg należnej masy ciała* ▸ ograniczenie objętości warzyw w jednym posiłku u pacjentów z szybkim uczuciem sytości ▸ stałe monitorowanie składu ciała w okresie leczenia ▸ połączenie farmakoterapii z dodatkowym treningiem siłowym co najmniej 2 razy w tygodniu (uwzględniając również minimum 150 min/tydzień ćwiczeń wytrzymałościowych)
Zbyt restrykcyjne ograniczenie spożywania posiłków prowadzące do niedoborów witamin i składników odżywczych	▸ edukacja z zakresu różnorodności i ilości posiłków (np. oparta o model Talerza Zdrowego Żywienia) ▸ monitorowanie jakości diety pod kątem niedoborów ▸ rozważenie wprowadzenia suplementacji
Nudności (mogą dotyczyć nawet 50% pacjentów, głównie na początku)	▸ planowanie 5-6 małych objętościowo posiłków ▸ powolne spożywanie posiłków, w spokojnej atmosferze ▸ wprowadzenie elementów diety lekkostrawnej ▸ unikanie picia płynów bezpośrednio przed, w trakcie i po posiłkach ▸ zastosowanie imbiru, herbaty miętowej, bezcukrowych cukierków lub bezcukrowej gumy do żucia
Biegunka (może dotyczyć nawet 25% pacjentów, głównie na początku)	▸ picie wody w ilości 2-2,5 l/dzień ▸ unikanie produktów i napojów słodzonych słodzikami (np. sorbitolem, ksylitolem) ▸ wprowadzenie diety lekkostrawnej lub jej elementów ▸ unikanie kawy oraz produktów o wysokiej zawartości laktozy ▸ można rozważyć probiotykoterapię (Lactobacillus rhamnosus GG lub Saccharomyces boulardii)
Dyskomfort w jamie brzusznej, niestrawność	▸ wprowadzenie diety lekkostrawnej ▸ powolne spożywanie posiłków w spokojnej atmosferze, dokładne przeżuwanie pokarmu ▸ picie płynów pomiędzy posiłkami

Trudności	Propozycja strategii dietetycznej
Zaparcia (głównie na początku)	▸ picie wody w ilości 2-2,5 l/dzień ▸ stopniowe zwiększanie udziału błonnika w diecie do 35 g dziennie (szczególnie nierozpuszczalnego) ▸ zwiększenie udziału w diecie: fermentowanych produktów mlecznych (np. jogurt, kefir lub maślanka), kiszonek, nasion babki płesznik ▸ regularne spożywanie posiłków ▸ zwiększenie aktywności fizycznej, szczególnie ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha
Brak zastosowania się do założeń diety	▸ pogłębiona edukacja żywieniowa, również z zakresu psychologii jedzenia ▸ wsparcie psychologiczne i/lub grupowe

* Należna masa ciała to masa ciała uznawana za optymalną dla danej osoby na podstawie jej cech antropometrycznych.

Opracowano na podstawie: MIŻ – wyzwania i strategie w trakcie leczenia farmakologicznego otyłości. (Moszak M., Zasady prowadzenia medycznej interwencji żywieniowej u pacjentów leczonych farmakologicznie z powodu otyłości [w:] Farmakoterapia otyłości. Kompendium, red. Bogdański P., Ostrowska L., PZWL, Warszawa, 2025.)



MYŚLENIE ŻYCZENIOWE	SPRECYZOWANY CEL DO WYKONANIA
„od jutra będę jeść więcej warzyw”	„do każdej kanapki będę zjadać całe ulubione warzywo”
„będę chodzić na zajęcia fitness, żeby schudnąć”	„w najbliższy wtorek pójdę na zajęcia fitness na 18.00”
„będę przygotowywać sobie zdrowe posiłki do pracy”	„od tego tygodnia zacznę zabierać do pracy lunch zgodny z Talerzem Zdrowego Żywienia”





Spożycie żywności może być spowodowane uczuciem głodu fizjologicznego, głodu emocjonalnego, a także ochotą (zachcianką) na wybrany produkt. Jak właściwie odróżniać te 3 stany od siebie?

GŁÓD FIZJOLOGICZNY	APETYT / OCHOTA	GŁÓD EMOCJONALNY
Wynika głównie z potrzeby organizmu na jedzenie.	Wynika głównie z chęci zjedzenia czegoś przyjemnego.	Jest związany głównie z emocjami i potrzebą ich regulacji.
Zwykle narasta stopniowo wraz z czasem od ostatniego posiłku.	Może pojawić się nawet bez fizycznego głodu.	Może pojawić się pod wpływem np. stresu, smutku, napięcia, nudy czy samotności.
Często towarzyszą mu sygnały z ciała, np. uczucie ssania w żołądku.	Często uruchamia go widok, zapach, myśl o jedzeniu albo sytuacja.	Jedzenie może być sposobem na ukojenie, pocieszenie, rozładowanie napięcia lub odwrócenie uwagi.
Zwykle jesteśmy bardziej elastyczni co do tego, co zjemy.	Częściej dotyczy konkretnego jedzenia, np. „mam ochotę na czekoladę”.	Często wiąże się z ochotą na konkretne, przyjemne jedzenie, dlatego może przypominać apetyt.
Zmniejsza się po najedzeniu.	Może występować pomimo sytości, np. „jestem najedzona, ale mam ochotę na deser”.	Może występować niezależnie od fizycznej sytości i głodu.

Głód fizjologiczny mówi: „potrzebuję jedzenia”, apetyt: „mam ochotę coś zjeść”, a głód emocjonalny: „jedzenie może mi pomóc poradzić sobie z tym, co teraz czuję”.

Ważne: te stany nie są od siebie całkowicie odrębne. Mogą się nakładać i występować jednocześnie.

Skuteczne postępowanie terapeutyczne wymaga objęcia pacjenta opieką zespołu interdyscyplinarnego, w którego skład powinni wchodzić m.in. lekarz, dietetyk, psycholog, fizjoterapeuta oraz inni specjaliści, w zależności od indywidualnych potrzeb chorego.



3 KROK 3: LECZENIE BARIATRYCZNE

Operacja bariatryczna wiąże się z koniecznością wypracowania nowych nawyków żywieniowych. Dieta po zabiegu różni się od zasad zdrowego żywienia i wynika z adaptacji organizmu do zmian w budowie i funkcjonowaniu przewodu pokarmowego.



ZALECENIA ŻYWIENIOWE DO POBRANIA ZE STRONY »
ncez.pzh.gov.pl

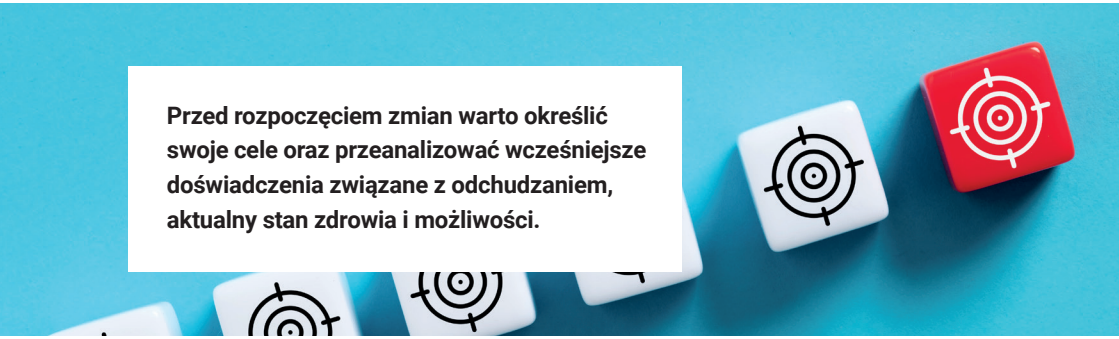
Małe kroki do trwałej zmiany

DLACZEGO TAK TRUDNO ZMIENIĆ NAWYKI?

Zmiana nawyków jest trudna, ponieważ nasze zachowania są w dużej mierze wynikiem nieświadomej oceny korzyści i kosztów. Nawet jeśli dany nawyk szkodzi nam w dłuższej perspektywie, często przynosi natychmiastową nagrodę – przyjemność, ulgę czy wygodę. Przyjemność płynąca ze zjedzenia kawałka ciasta jest odczuwana tu i teraz, podczas gdy ryzyko otyłości, cukrzycy czy zawału serca wydaje się odległe i abstrakcyjne. W efekcie krótkoterminowe korzyści często przeważają nad długoterminowymi kosztami, utrudniając zmianę utrwalonych nawyków. Zmiana staje się możliwa dopiero wtedy, gdy korzyści z nowego zachowania zaczynają być postrzegane jako bardziej wartościowe niż nagrody płynące ze starego nawyku. Z tego powodu tak ważna jest zmiana podejścia do redukcji i zdrowego odżywiania.

PRZYGOTOWANIE DO ZMIANY

Wiele osób rozpoczynających odchudzanie koncentruje się przede wszystkim na zmianie sposobu odżywiania i zwiększeniu aktywności fizycznej. Choć są to ważne elementy procesu, na efekty wpływa również wiele innych czynników, takich jak codzienne nawyki, poziom stresu, jakość snu, czy emocje.



Przed rozpoczęciem zmian warto określić swoje cele oraz przeanalizować wcześniejsze doświadczenia związane z odchudzaniem, aktualny stan zdrowia i możliwości.

Istotną rolę w procesie zmiany odgrywa także wsparcie społeczne. Trwała zmiana stylu życia powinna opierać się na działaniach zgodnych z naszymi osobistymi wartościami. Warto również przyjrzeć się swoim przekonaniom dotyczącym jedzenia, diet oraz własnego ciała. Zrozumienie mechanizmów wpływających na wybory żywieniowe pomaga budować bardziej świadomą i życzliwą relację z jedzeniem, co sprzyja długoterminowemu utrzymaniu efektów.

W przypadku trudności z wprowadzaniem zmian warto rozważyć konsultację z dietetykiem lub psychologiem. Szczególnie pomocne może być wsparcie specjalisty posiadającego dodatkowe kompetencje z zakresu psychodietetyki, który pomoże lepiej zrozumieć zależności między emocjami, nawykami i sposobem odżywiania.



METODA MAŁYCH KROKÓW

Na początku każda zmiana kosztuje sporo energii, ponieważ wymaga planowania, skupienia uwagi i kontroli własnych zachowań. Człowiek musi celowo robić coś inaczej niż dotychczas. Z czasem wyuczone zachowanie przestaje wymagać ciągłej kontroli i pochłania znacznie mniej zasobów. Staje się po prostu „naturalne". Dodatkowo odczuwanie korzyści, takich jak lepsze samopoczucie, więcej energii czy poprawa wyników zdrowotnych, wzmacnia nawyk i sprawia, że staje się on naturalną częścią codzienności.

Wprowadzenie regularnych, pełnowartościowych posiłków opartych na zasadach Talerza Zdrowego Żywienia może być początkowo trudne, jednak dzięki systematycznemu powtarzaniu i konsekwencji staje się coraz łatwiejsze. Mózg utrwala nowe schematy działania, a odczuwane korzyści, takie jak lepsze samopoczucie, większa energia czy poprawa glikemii, wzmacniają ten nawyk. Z czasem pominięcie zbilansowanego posiłku może wydawać się czymś nienaturalnym.

Najlepsze efekty przynoszą małe, stopniowe zmiany. Wprowadzanie 1 lub 2 nowych nawyków naraz oraz odpowiednie planowanie ułatwiają ich utrwalenie i pomagają ograniczyć impulsywne, niekorzystne wybory.

ZMIANA JAKO PROCES

Plan, który ma szanse na powodzenie powinien być konkretny, mierzalny, akceptowalny, realny oraz terminowy. Ogólne stwierdzenie, takie jak np. „od dziś będę zdrowo jeść", jest zbyt nieprecyzyjne, aby skutecznie wspierać zmianę zachowania. Z tego powodu, ważne jest przechodzenie od ogółu do szczegółu, czyli „rozbijanie" szerokich założeń na mniejsze, bardziej konkretne i łatwiejsze do realizacji cele. Takie podejście pozwala lepiej zaplanować działania i zwiększa szansę na ich utrzymanie w dłuższej perspektywie.

Pomocne w procesie zmiany są tzw. intencje implementacyjne, czyli planowanie w formie „jeśli – to" (np. określenie sytuacji i konkretnej reakcji), które ułatwia wdrażanie zamierzonych działań w codziennym życiu.

JEŚLI TO:



ZAMIENISZ NA TO:





A Ty, jaką drobną zmianę możesz wprowadzić już dziś?

W następnym tygodniu:

..... (podać dzień lub dni)

o godzinie (porze) .....

..... (co będę robić)

..... (podać miejsce)

..... (przez ile czasu)

NIE MUSISZ BYĆ IDEALNY/A

Warto zmienić perspektywę – zamiast skupiać się wyłącznie na szybkim efekcie, lepiej skoncentrować się na codziennych działaniach. Zmiana relacji z jedzeniem nie wynika z idealnej motywacji ani jednego przełomowego momentu. To proces oparty na małych, powtarzalnych decyzjach podejmowanych w realnych warunkach życia – również wtedy, gdy nie wszystko idzie zgodnie z planem. Powtarzalność danego działania jest znacznie ważniejsza niż motywacja.

PAMIĘTAJ:

- **Jeden gorszy dzień nie oznacza porażki.**
- **Nie trzeba ćwiczyć codziennie, by dbać o zdrowie.**
- **Małe zmiany mają znaczenie.**
- **Masa ciała nie definiuje wartości człowieka.**



Mity dotyczące otyłości

Mity dotyczące otyłości są powszechnie powielane w społeczeństwie i często upraszczają złożony charakter tego problemu. Poniżej prezentujemy najczęściej powielane mity w chorobie otyłościowej.

DIETY CUD SĄ NAJLEPSZYM ROZWIĄZANIEM



Jednym z najczęstszych mitów dietetycznych jest przekonanie, że szybkie i restrykcyjne diety (tzw. „diety cud", „1000 kalorii", dieta keto czy mono-diety typu posty owocowo-warzywne) są najskuteczniejszą metodą redukcji masy ciała. W rzeczywistości takie podejście zazwyczaj prowadzi jedynie do krótkotrwałej utraty masy ciała, głównie wody i masy mięśniowej, a nie tkanki tłuszczowej. Po zakończeniu takiej „diety" organizm często wraca do wcześniejszej masy ciała, a nawet ją przekracza, co nazywamy efektem jo-jo. Wynika to z tego, że drastyczne ograniczenia kalorii spowalniają metabolizm i utrudniają utrzymanie efektów w dłuższej perspektywie. Skuteczne podejście opiera się na trwałej zmianie nawyków żywieniowych, a nie na krótkoterminowych restrykcjach.

SAMO PRZYJMOWANIE LEKÓW WYSTARCZY, ABY TRWALE SCHUDNĄĆ



W ostatnich latach pojawiło się przekonanie, że leki na odchudzanie, czyli preparaty z grupy GLP-1 są szybkim i trwałym rozwiązaniem problemu otyłości. Choć farmakoterapia może być pomocna w leczeniu, nie działa ona samodzielnie i nie zastępuje zmiany stylu życia. Leki mogą wspierać redukcję masy ciała, np. poprzez zmniejszenie apetytu lub wpływ na metabolizm, ale bez zmiany diety i aktywności fizycznej efekty są zwykle nietrwałe. Po odstawieniu leku, bez utrwalonych zdrowych nawyków, masa ciała często wraca do wcześniejszego poziomu. Z tego powodu farmakoterapia powinna być traktowana jako element szerszego procesu leczenia, a nie jedyne rozwiązanie.

WYSTARCZY SILNA WOLA, ŻEBY SCHUDNĄĆ

NIE

Przekonanie, że otyłość wynika z braku silnej woli, upraszcza bardzo złożony proces regulacji apetytu i sposobu odżywiania. W rzeczywistości zachowania żywieniowe nie wynikają wyłącznie z decyzji „silnej woli", ale są efektem działania nawyków, emocji, stresu, snu oraz mechanizmów biologicznych regulujących apetyt. Dodatkowo ogromną rolę odgrywają automatyzmy. Większość decyzji żywieniowych może nie być podejmowana przez nas świadomie, tylko wynika z utrwalonych schematów (np. jedzenie wieczorem przed ekranem). W takich sytuacjach sama „silna wola" ma niewielką skuteczność, jeśli nie zmienia się środowiska, myślenia i nawyków.



PIŚMIENNICTWO

Brytek-Matera A.: Psychodietetyka, PZWL, Warszawa, 2020

Kuryłowicz A. (red.): Hormony a otyłość, PZWL, Warszawa, 2024

Moszak M.: Zasady prowadzenia medycznej interwencji żywieniowej u pacjentów leczonych farmakologicznie z powodu otyłości [w:] Farmakoterapia otyłości. Kompendium, red. Bogdański P., Ostrowska L., PZWL, Warszawa, 2025

Obara-Gołębiowska M.: Nadwaga otyłość i psychologia. Difin SA, Warszawa, 2020

Ostrowska L., Bogdański P., Mamcarz A.: Otyłość i jej powikłania. Praktyczne zalecenia diagnostyczne i terapeutyczne, PZWL, Warszawa, 2021

Pawluk I., Gosa P., Jodkiewicz M. i wsp.: Nadwaga i otyłość. Małymi krokami do zdrowia, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB, Warszawa, 2022, https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2022/12/Nadwaga-i-otylosc.-Malymi-Krokami-do-Zdrowia..pdf [dostęp: 3.06.2026]

Wojtyniak B., Smaga A. (red.): Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, 2025

WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). A brief review of results from round 6 of COSI (2022-2024). [dostęp: 02.06.2026]. Dostępny w: https://www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-(cosi)



Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej

Odkryj MOC zdrowych nawyków

Z NARODOWYM CENTRUM EDUKACJI ŻYWIENIOWEJ

NCEZ.PZH.GOV.PL »



Centrum Dietetyczne Online

Wejdź na stronę

CDO.PZH.GOV.PL »

i zapisz się na bezpłatne konsultacje online z:

- DIETETYKIEM
- PSYCHODIETETYKIEM
- SPECJALISTĄ DS. AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

BĄDŹMY W KONTAKCIE!

kontakt-ncez@pzh.gov.pl

Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych dozwolone za podaniem źródła.

Autorzy: Paulina Gąsiewska, Anna Krzemińska, Paula Nagel

Wydawca: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
tel. +48 22 54 21 262, +48 22 54 21 200, e-mail: wydawnictwo@pzh.gov.pl

Warszawa 2026

Ministerstwo Zdrowia

NPZ NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2026, finansowane przez Ministra Zdrowia