



Ocena poziomu wiedzy osób z chorobą otyłościową na temat diety śródziemnomorskiej i jej wpływu na zdrowie

Assessment of the level of knowledge of people with obesity about the Mediterranean diet and its impact on health

Dominika Chara^{1,A-D}, Marta Pelczyńska^{2,C-F}

¹ Studenckie Koło Naukowe Dietetyki Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Polska

² Katedra i Zakład Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych oraz Dietetyki Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Chara D, Pelczyńska M. Ocena poziomu wiedzy osób z chorobą otyłościową na temat diety śródziemnomorskiej i jej wpływu na zdrowie. Med Og Nauk Zdr. doi:10.26444/monz/213932

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Choroba otyłościowa stanowi jedno z kluczowych wyzwań zdrowia publicznego. Wśród rekomendowanych strategii żywieniowych wyróżnia się dietę śródziemnomorską (ang. *Mediterranean diet*, MD), której potwierdzone korzyści zdrowotne czynią ją ważnym elementem terapii otyłości. Celem niniejszego badania była ocena wiedzy osób z chorobą otyłościową na temat MD i jej wpływu na zdrowie oraz identyfikacja czynników sprzyjających i utrudniających jej stosowanie.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 89 osób z wskaźnikiem masy ciała BMI ≥ 30 , wykorzystując w tym celu autorski kwestionariusz, udostępniony w mediach społecznościowych w grupach zrzeszających osoby z otyłością oraz pacjentów przygotowujących się do operacji bariatrycznych. Formularz obejmował dane socjodemograficzne i zdrowotne, doświadczenia z MD, wiedzę o jej zasadach oraz jej korzyściach oraz praktyczne aspekty stosowania. Analizę statystyczną przeprowadzono w programie Statistica.

Wyniki. Analiza danych wykazała, że choć 96% respondentów słyszało o MD, jedynie 2% faktycznie ją stosowało. Poziom wiedzy na temat zasad MD w badanej grupie był umiarkowany i zróżnicowany. Kobiety oraz osoby z wykształceniem wyższym charakteryzowały się istotnie statystycznie wyższym poziomem wiedzy. Głównymi czynnikami motywującymi do wdrożenia MD były determinanty zdrowotne, jak chęć redukcji masy ciała czy poprawa ogólnego stanu zdrowia, natomiast barierami utrudniającymi przestrzeganie jej zasad czynniki organizacyjne i ekonomiczne, a także potrzeba uzyskania wsparcia dietetyka.

Wnioski. Uzyskane wyniki podkreślają pilną potrzebę szerzenia działań edukacyjnych oraz zwiększenia dostępności specjalistycznego wsparcia, aby umożliwić wdrożenie MD jako skutecznej metody profilaktyki i leczenia choroby otyłościowej.

Słowa kluczowe

edukacja zdrowotna, otyłość, wiedza żywieniowa, dieta śródziemnomorska

■ Abstract

Introduction and Objective. Obesity is one of the key challenges for public health. Among the recommended dietary strategies, the Mediterranean diet (MD) is prominent, with its proven health benefits making it an important component of obesity treatment. This study aimed to assess the knowledge of people with obesity about MD and its impact on health, and to identify factors that promote and hinder its implementation. **Material and Methods.** The study was conducted among 89 individuals with a body mass index (BMI) ≥ 30 kg/m², using a proprietary questionnaire made available on social media in groups of individuals with obesity and patients preparing for bariatric surgery. The questionnaire included sociodemographic and health data, experiences with MD, knowledge of its principles, perceived benefits, and practical aspects of its use. Statistical analysis was conducted using the software Statistica.

Results. Data analysis revealed that although 96% of respondents had heard of MD, only 2% had used it. The level of knowledge about the principles of MD in the study group was moderate and varied. Women and those with higher education had a statistically significantly higher level of knowledge. The main motivating factors for implementing MD were health determinants, such as the desire to lose weight and improve overall health, while barriers to adherence to its principles included organizational and economic factors, as well as the need for dietitian support.

Conclusions. The obtained results highlight the urgent need to implement educational activities and increase the availability of specialized support to enable the implementation of MD as an effective method of obesity prevention and treatment.

Key words

health education, obesity, nutritional knowledge, Mediterranean diet

✉ Adres do korespondencji: Marta Pelczyńska, Katedra i Zakład Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych oraz Dietetyki Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355, Poznań, Polska
E-mail: mpelczynska@ump.edu.pl

Nadesłano: 25.08.2025; zaakceptowano do publikacji: 4.11.2025; publikacja online: 14.11.2025

WPROWADZENIE

Choroba otyłościowa jest definiowana przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) jako przewlekła, nieustępująca samoistnie choroba, która wykazuje wysoką tendencję do nawrotów. Jej główną przyczyną jest długotrwała, dodatni bilans energetyczny, czyli stan, gdy ilość energii dostarczanej z pożywieniem przekracza zapotrzebowanie energetyczne organizmu. W warunkach klinicznych do rozpoznania otyłości najczęściej wykorzystuje się wskaźnik masy ciała – BMI (ang. *body mass index*); z chorobą tą mamy do czynienia, gdy jego wartość wynosi $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, przy czym wyróżnia się jej trzy stopnie: otyłość I stopnia (BMI 30,0–34,9 kg/m^2), otyłość II stopnia (BMI 35,0–39,9 kg/m^2) oraz otyłość III stopnia (BMI $\geq 40,0 \text{ kg/m}^2$). Uzupełnieniem oceny stanu odżywienia jest wskaźnik stosunku talii do bioder – WHR (ang. *waist-hip ratio*), który uwzględnia rozmieszczenie tkanki tłuszczowej oraz umożliwia ocenę typu otyłości i związane z nią ryzyko zdrowotne. Nie ulega wątpliwości, że schorzenie to należy do najpoważniejszych problemów zdrowotnych XXI wieku [1, 2].

Kluczową rolę w rozwoju otyłości pierwotnej zazwyczaj odgrywa styl życia, w tym tzw. dieta zachodnia, bogata w nasycone kwasy tłuszczowe, cukry proste czy sód, a uboga w błonnik pokarmowy. Nierzadko czynnikiem nasilającym wzrost masy ciała jest brak aktywności fizycznej. Niemniej choroba ta może mieć także podłoże genetyczne czy towarzyszyć innym schorzeniom, np. o podłożu endokrynologicznym (otyłość wtórna) [3]. Otyłość znacząco wpływa na pogorszenie ogólnego stanu zdrowia, przyczyniając się do wielu poważnych problemów zdrowotnych, takich jak choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca typu 2, przewlekła niewydolność nerek, dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego czy zaburzenia oddychania. Ponadto stan ten może być związany z występowaniem problemów natury psychicznej, w tym depresji i stanów lękowych [4].

Według danych w Polsce na otyłość cierpi 21% osób dorosłych, a 38% ma nadwagę, przy czym prognozuje się, że do 2035 roku odsetek osób z otyłością wzrośnie do 33% [5]. Zjawisko to wpisuje się w globalny trend wzrostu częstości występowania nadmiernej masy ciała. Zgodnie z raportem *World Obesity Atlas 2025* w 2030 roku liczba osób dorosłych z wysoką wartością wskaźnika BMI może sięgnąć blisko 3 mld [6].

Wśród modeli żywieniowych wykazujących największą skuteczność w prewencji i leczeniu chorób niezakaźnych szczególnie miejsce zajmuje dieta śródziemnomorska. Na podstawie badań potwierdzających jej prozdrowotne działanie, m.in. PREDIMED czy CORDIOPREV, dieta ta jest powszechnie rekomendowana jako skuteczna strategia profilaktyczna i terapeutyczna otyłości oraz towarzyszących jej chorób przewlekłych [7, 8].

Podstawą diety śródziemnomorskiej są produkty pochodzenia roślinnego. Ten model żywieniowy opiera się na spożywaniu świeżych, sezonowych warzyw i owoców, pełnoziarnistych produktów zbożowych oraz roślin strączkowych. Głównym źródłem tłuszczu jest oliwa z oliwek *extra virgin*, bogata w jednonienasycone kwasy tłuszczowe. Ważnym elementem są również orzechy i nasiona. Dieta zakłada umiarkowane spożycie ryb i owoców morza (2–3 razy w tygodniu) oraz fermentowanych produktów mlecznych, przy jednoczesnym ograniczeniu czerwonego i przetworzonego mięsa oraz słodczy. Istotny jest ponadto społeczny aspekt diety, obejmujący wspólne celebrowanie posiłków [9].

Stopień przestrzegania zaleceń diety śródziemnomorskiej ocenia się za pomocą indeksów, takich jak *Mediterranean diet score* (MDS) czy *Mediterranean diet serving score* (MDSS), które umożliwiają ilościową ocenę adherencji dzięki zmierzeniu spożycia kluczowych grup produktów, czego dokonuje się przy wykorzystaniu punktacji. W MDS każda zgodność z zaleceniem odpowiada 1 pkt (zakres 0–9), natomiast w MDSS uwzględnia się liczbę porcji dziennych i tygodniowych, przy czym wynik $\geq 13,5$ pkt oznacza wysoką adherencję. W warunkach polskich model ten można skutecznie adaptować, zastępując oliwę z oliwek olejem rzepakowym, ryby morskie gatunkami słodkowodnymi (np. pstrągiem), a orzechy i nasiona (np. orzechy piniowe czy migdały) produktami pochodzenia krajowego (orzechy włoskie, siemię lniane), co pozwala zachować kluczowe walory prozdrowotne diety [10].

Korzyści zdrowotne diety śródziemnomorskiej wynikają z kompozycji zawartych w niej składników odżywczych. Dieta ta jest bogata w błonnik pokarmowy, który zapewnia uczucie sytości, co ułatwia kontrolę masy ciała, reguluje pracę jelit i stabilizuje stężenie glukozy we krwi. Wysoka zawartość nienasyconych kwasów tłuszczowych, w tym omega-3, przyczynia się do poprawy profilu lipidowego, obniżając poziom lipoprotein o niskiej gęstości (*low-density lipoprotein*, LDL) i podnosząc stężenie lipoprotein o wysokiej gęstości (*high density lipoprotein*, HDL) [9].

Istotną rolę w prozdrowotnym działaniu MD odgrywa również liczne związki bioaktywne, takie jak polifenole (m.in. kwercetyna, resweratrol, antocyjany) obecne w owocach, warzywach czy oliwie z oliwek. Wykazują one silne działanie przeciwutleniające i przeciwzapalne, co neutralizuje stres oksydacyjny i redukuje przewlekły stan zapalny o niskim stopniu nasilenia – czynniki leżące u podstaw wielu chorób, w tym sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2 i zespołu metabolicznego. Dzięki tym właściwościom MD skutecznie obniża ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych oraz wspiera ogólną kondycję metaboliczną organizmu [9, 11].

CEL BADANIA

Celem przeprowadzonego badania była ocena poziomu wiedzy osób z chorobą otyłościową na temat diety śródziemnomorskiej oraz określenie głównych czynników sprzyjających i utrudniających jej wdrożenie w codzienne życie.

MATERIAŁ I METODY

Badanie ankietowe, z wykorzystaniem arkusza Google Forms, przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza, który składał się z pięciu części i został udostępniony za pośrednictwem mediów społecznościowych, poprzez specjalny link, w grupach zrzeszających osoby zmagające się z otyłością, w tym pacjentów przygotowujących się do operacji bariatrycznych. Rekrutacja miała charakter celowy. Kryterium włączenia do badań stanowiło BMI ≥ 30 . Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Badanie przeprowadzono w okresie styczeń–maj 2025 roku.

W analizie uwzględniono 89 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy, które spełniały ustalone kryterium włączenia. Uczestnikami byli zarówno mężczyźni (N = 30), jak

i kobiety (N = 59) w różnym przedziale wiekowym, którzy zostali poinformowani o anonimowości oraz dobrowolnym udziale w badaniu.

Sumarycznie kwestionariusz obejmował 31 pytań o charakterze zamkniętym (poza metryczką), w tym:

- Dane socjodemograficzne i zdrowotne (wiek, płeć, masa ciała, wzrost, wykształcenie, BMI, choroby przewlekłe).
- Doświadczenia związane z dietą śródziemnomorską (znajomość diety, wcześniejsze jej stosowanie, pomoc specjalistów, subiektywne efekty).
- Wiedzę na temat zasad diety (charakterystyczne produkty, podstawowe zasady stosowania diety, aktywność fizyczna, suplementacja).
- Wiedzę na temat korzyści zdrowotnych (wpływ na choroby przewlekłe, gospodarkę lipidową i węglowodanową, zdrowie psychiczne).
- Aspekty praktyczne (łatwość stosowania, bariery, motywatory).

Ocena poziomu wiedzy została przeprowadzona na podstawie 16 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru, dotyczących zasad i korzyści zdrowotnych diety śródziemnomorskiej. Za każdą prawidłową odpowiedź przyznawano 1 pkt, co dawało maksymalnie 16 pkt do uzyskania. Wskaźnik poziomu wiedzy (M) obliczano, sumując uzyskane punkty, a następnie analizując ich rozkład w badanej grupie.

Dane poddano analizie statystycznej z użyciem pakietu Statistica (wersja 13.3), przy 95% poziomie ufności. Wykorzystano statystykę opisową, test t-Studenta oraz analizę wariancji (ANOVA). Za istotny statystycznie uznano poziom $p < 0,05$. Próba została dobrana w sposób celowo-losowy.

WYNIKI

W grupie badawczej dominowały kobiety (66,3%). Najliczniejszą kategorię wiekową stanowiły osoby w przedziale wiekowym 30–45 lat (42,7%), a ponad połowa uczestników posiadała wykształcenie wyższe (55,1%). Masa ciała większości badanych mieściła się w przedziale 100–125 kg, a wzrost w zakresie 161–174 cm. Kryterium BMI $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ spełniło 100% respondentów, natomiast diagnozę otyłości potwierdzoną przez lekarza zadeklarowała ponad połowa ankietowanych. Tabela 1 przedstawia dane socjodemograficzne uczestników badania, zebrane za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety.

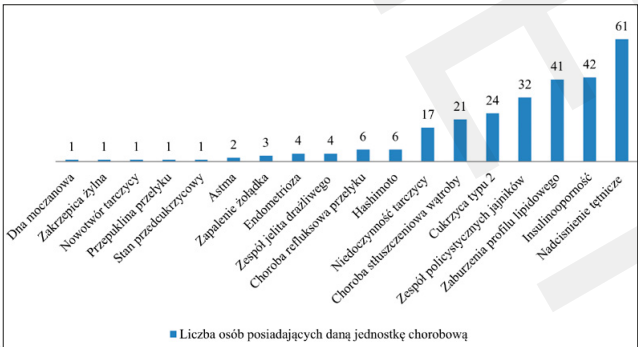
W badanej grupie osób z chorobą otyłościową (N = 89) zaobserwowano wysoką częstotliwość występowania schorzeń współistniejących. Dominującymi jednostkami chorobowymi były nadciśnienie tętnicze (68,5%), insulinooporność (47,2%) oraz zaburzenia profilu lipidowego (46,1%) (por. ryc. 1).

W badaniu własnym wykazano, że choć 96% respondentów deklarowało znajomość MD, jedynie 2% stosowało ją regularnie, a ponad połowa (tj. 53%) – okazjonalnie. Analiza danych wykazała, że większość ankietowanych (N = 34) prezentuje słabą wiedzę na temat zasad diety śródziemnomorskiej. Znaczący odsetek respondentów ocenił swoją wiedzę jako „dobrą” (N = 25) lub „średnią” (N = 20). Jedynie 4 ankietowanych zadeklarowało bardzo dobrą znajomość zasad tej diety, podczas gdy 6 respondentów przyznało, że nie zna ich wcale (por. ryc. 2).

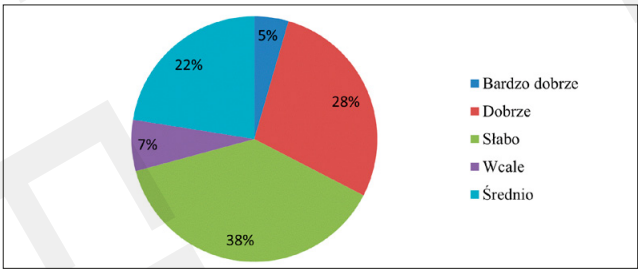
Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Badany parametr n=89	Liczba badanych osób		
			%
Płeć	Kobieta	59	66,3
	Mężczyzna	30	33,7
Wiek	19–29 lat	33	37,1
	30–45 lat	38	42,7
	46–69 lat	18	20,2
	62–99 kg	23	25,8
Masa ciała	100–125 kg	42	47,2
	126–156 kg	24	27
Wzrost	115–160 cm	6	6,7
	161–174 cm	55	61,8
	175–187 cm	28	31,5
Stopień otyłości	I stopień	25	28,1
	II stopień	27	30,3
	III stopień	37	41,6
Wykształcenie	Podstawowe	2	2,2
	Zawodowe	12	13,5
	Średnie	26	29,2
	Wyższe	49	55,1
Diagnoza choroby otyłościowej przez lekarza	Tak	49	55,1
	Nie	40	44,9

Źródło: badanie własne

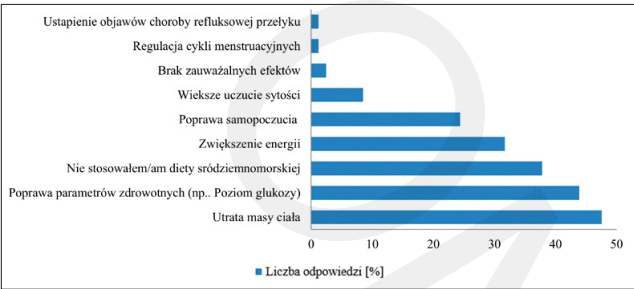


Rycina 1. Występowanie chorób współistniejących w całej badanej grupie. Źródło: badanie własne



Rycina 2. Samoocena poziomu wiedzy w zakresie diety śródziemnomorskiej wśród badanej populacji. Źródło: badanie własne

Do najczęściej zgłaszanych korzyści wynikających ze stosowania MD należały redukcja masy ciała (47,6%) oraz poprawa wskaźników metabolicznych (43,9%), a część respondentów wskazała także na poprawę samopoczucia (24,4%), podniesienie energii (31,7%) czy zwiększenie uczucia sytości po posiłku (8,5%) (por. ryc. 3).



Rycina 3. Efekty stosowania diety śródziemnomorskiej obserwowane przez respondentów. Źródło: badanie własne

W przeprowadzonym badaniu oceniono poziom wiedzy respondentów na temat diety śródziemnomorskiej w odniesieniu do wybranych zmiennych demograficznych oraz behawioralnych. Średnia wartość wskaźnika poziomu wiedzy (M), ocenionego na podstawie pytań kwestionariusza ankiety, wyniosła 11,00 pkt (SD = 2,86), co wskazuje na umiarkowane zróżnicowanie poziomu wiedzy w badanej populacji. Analiza danych wykazała istotne różnice między grupami: kobiety uzyskały wyższe wyniki (M = 11,86; SD = 2,45) w porównaniu z mężczyznami (M = 9,30; SD = 2,90), a ich odpowiedzi cechowała mniejsza rozbieżność, co wykazano w teście t-Studenta dla prób niezależnych ($p < 0,05$). Wśród osób z wykształceniem wyższym obserwowano najwyższy poziom wiedzy (M = 11,86), natomiast najniższy w grupie osób z wykształceniem zawodowym (M = 8,83). Ponadto osoby stosujące na co dzień dietę śródziemnomorską charakteryzowały się wyższym poziomem wiedzy (M = 12,14) aniżeli te niepraktykujące tego modelu żywienia (M = 9,60). Zaobserwowano dodatnią zależność między subiektywną oceną znajomości zasad diety a wynikiem testu, o czym świadczy punktacja – najniższa (min. 7,00 pkt) wśród osób deklarujących brak wiedzy oraz najwyższa (maks. 13,00 pkt) w grupie o deklarowanej „bardzo dobrej” znajomości tej diety (por. tab. 2).

Celem oceny wpływu wykształcenia na poziom wiedzy dotyczącej diety śródziemnomorskiej przeprowadzono

Tabela 2. Wskaźnik poziomu wiedzy respondentów w odniesieniu do wybranych zmiennych demograficznych oraz behawioralnych

Grupa	Podgrupa	M (średni wskaźnik poziomu wiedzy)	SD (odchylenie standardowe)
Płeć	Kobieta	11,86	2,45
	Mężczyzna	9,30	2,90
Wykształcenie	Podstawowe	9,50	4,95
	Zawodowe	8,83	3,22
	Średnie	10,50	2,72
	Wyższe	11,86	2,48
Stosowanie diety	Osoby stosujące	12,14	2,46
	Osoby niestosujące	9,60	2,73
	Bardzo dobry	13,00	2,45
	Dobry	11,92	2,41
Stopień znajomości zasad diety	Średni	12,40	2,06
	Słaby	9,97	3,74
	Wcale	7,00	2,37
	Wskaznik poziomu wiedzy	11,00	2,86

Źródło: badanie własne.

jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA. Wyniki wykazały istotne statystycznie różnice między grupami o różnym poziomie wykształcenia: $F = 4,73$, $p = 0,004$, $\eta^2 = 0,14$ (miara siły efektu). W teście post-hoc HSD Tukeya przeprowadzono szczegółową analizę, która wykazała, że respondenci z wykształceniem zawodowym uzyskiwali istotnie niższe wyniki w teście wiedzy (M = 8,83; SD = 3,22) w porównaniu do osób z wykształceniem wyższym (M = 11,86; SD = 2,48), $p = 0,004$ (por. tab. 2). Takich zależności nie zaobserwowano w odniesieniu do poziomu wiedzy wśród pozostałych porównywanych grup wyodrębnionych pod względem wykształcenia (por. tab. 3).

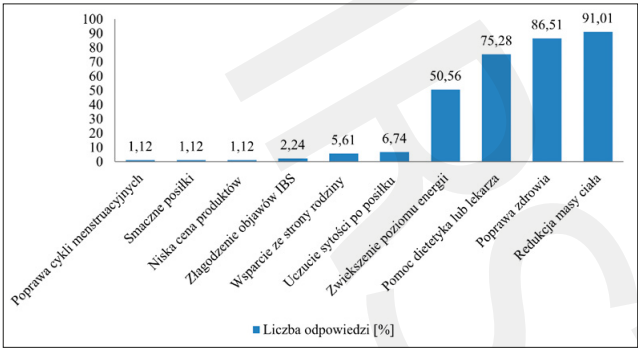
Tabela 3. Porównanie wykształcenia z poziomem wiedzy z użyciem testu post-hoc Tukeya

Zmienna	Grupa	Różnica M	SE	df	t	p Tukeya
Podstawowe	Zawodowe	0,67	2,06	85	0,32	0,99
	Średnie	-1,00	1,98	85	-0,51	0,96
	Wyższe	-2,36	1,95	85	-1,21	0,62
Zawodowe	Średnie	-1,67	0,94	85	-1,77	0,30
	Wyższe	-3,02	0,87	85	-3,48	0,004
Średnie	Wyższe	-1,36	0,66	85	-2,07	0,17

Źródło: badanie własne

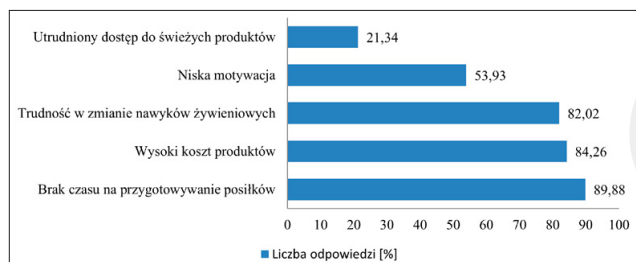
Kolejno analizowano, czy deklarowane przez respondentów stosowanie diety śródziemnomorskiej wiąże się z poziomem wiedzy na jej temat. Analiza wykazała istnienie wysoce istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupami (test t-Studenta dla prób niezależnych, $p < 0,001$). Osoby badane, które zadeklarowały stosowanie diety śródziemnomorskiej, charakteryzowały się znamienne wyższym poziomem wiedzy (M = 12,14; SD = 2,46) w porównaniu do respondentów, którzy nie stosowali jej w praktyce (M = 9,60; SD = 2,73).

Głównymi czynnikami motywującymi do wdrożenia diety w codzienne życie w całej badanej populacji była chęć redukcji masy ciała oraz poprawy stanu zdrowia. Trzy czwarte badanych wskazało również na potrzebę wsparcia dietetyka lub lekarza, natomiast dla połowy ankietowanych istotne było zwiększenie poziomu energii (por. ryc. 4).



Rycina 4. Determinanty decyzji o wprowadzeniu diety śródziemnomorskiej do codziennego życia według badanej grupy. Źródło: badanie własne

Wśród najczęściej zgłaszanych barier w odniesieniu do przestrzegania zasad diety śródziemnomorskiej dominowały kwestie praktyczne: brak czasu na przygotowywanie posiłków i wysoki koszt produktów. Dużym wyzwaniem były także trudność w zmianie utrwalonych nawyków żywieniowych oraz niska motywacja (por. ryc. 5).



Rycina 5. Bariery w przestrzeganiu diety śródziemnomorskiej przez respondentów. Źródło: badanie własne

DYSKUSJA

Dieta śródziemnomorska jest jednym z najlepiej przebadanych modeli żywieniowych; udokumentowano jej korzystny wpływ na zdrowie metaboliczne i profilaktykę chorób przewlekłych, w tym otyłości [9]. W badaniu własnym wykazano, że choć większość respondentów deklarowała znajomość MD, jedynie niewielki odsetek stosował ją regularnie, a ponad połowa czyniła to okazjonalnie. Potwierdza to rozbieżności między wiedzą a praktyką – mimo dużej świadomości i wiedzy na temat MD rzadko staje się ona elementem codziennej praktyki żywieniowej [12].

W badanej populacji najczęściej wspólniejącą jednostką chorobową było nadciśnienie tętnicze, co potwierdza znany związek między otyłością a chorobami sercowo-naczyniowymi [13]. Wśród osób stosujących MD zaobserwowano poprawę parametrów metabolicznych i utratę masy ciała. Znane są korzyści stosowania diety śródziemnomorskiej w kontekście utraty masy ciała wynikające z znacznego spożywania związków przeciwutleniających, błonnika pokarmowego i jednonienasyconych kwasów tłuszczowych [14]. Ankietowani zgłaszali ponadto wzrost poziomu energii życiowej i poprawę samopoczucia, co potwierdza ustaloną przez Godos i wsp. pozytywną korelację między przestrzeganiem zasad MD a lepszym zdrowiem (samopoczuciem) zarówno psychicznym, jak i fizycznym [15].

Do najczęściej zgłaszanych przeszkód w codziennym stosowaniu MD w badaniu własnym należały: brak czasu, wysoki koszt produktów oraz trudność w zmianie nawyków żywieniowych. Jest to spójne z wcześniejszymi ustaleniami, że skuteczne wdrożenie MD wymaga nie tylko zasobów finansowych i organizacyjnych, ale także odpowiedniego poziomu motywacji [16, 17].

Redukcja masy ciała oraz poprawa stanu zdrowia były najczęściej wskazywanymi powodami, dla których respondenci byli skłonni wdrożyć MD. Osiągane korzyści zdrowotne stanowią zatem istotny czynnik motywacyjny do zmiany stylu życia, w tym stosowanej diety [6, 16]. Ponadto aż trzy czwarte badanych uznało profesjonalne wsparcie dietetyczne za kluczowy element motywujący do zmiany nawyków żywieniowych (potwierdzone zostało znaczenie dostępu do specjalistycznej opieki dla poprawy skuteczności interwencji żywieniowych) [18].

Badanie własne potwierdziło silny związek między poziomem wiedzy na temat MD a jej stosowaniem. Ustalono bowiem, że świadomość dietetyczna istotnie wpływa na wybory żywieniowe i długoterminowe zmiany stylu życia [19, 20]. Dodatkowo analiza badań własnych wykazała istotne różnice w poziomie wiedzy w zależności od płci i poziomu wykształcenia. Kobiety oraz osoby z wykształceniem wyższym

osiągały wyraźnie lepsze wyniki. Część analiz wskazuje na istnienie korelacji pomiędzy poziomem wykształcenia i płcią a zaangażowaniem w podejmowanie zdrowszych wyborów żywieniowych [21–23]. W innych badaniach wykazano, że to mężczyźni chętniej podejmują aktywność fizyczną i stosują ograniczenia dietetyczne, natomiast kobiety częściej zgłaszają trudności emocjonalne w kontrolowaniu spożycia pokarmów, co może utrudniać przestrzeganie diety [24]. Co ciekawe, Bonaccio i wsp. wykazali, że mimo iż wyższy poziom wiedzy żywieniowej związany był z lepszą adherencją do MD oraz niższą częstością występowania nadmiernej masy ciała, nie zależał od poziomu wykształcenia i statusu społeczno-ekonomicznego. Wydaje się zatem, że sama świadomość żywieniowa stanowi istotny czynnik warunkujący wdrażanie MD do codziennej praktyki [25].

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują na umiarkowany poziom wiedzy respondentów na temat diety śródziemnomorskiej, przy jednoczesnej potrzebie dalszego jej pogłębiania. Należy nadmienić, iż niniejsze badanie zostało przeprowadzone w ograniczonej grupie osób rasy kaukaskiej, stąd istnieje potrzeba kontynuowania go w szerszej populacji. Ponadto zasadne wydaje się uwzględnienie w przyszłym badaniu czynników potencjalnie rzutujących na wiedzę żywieniową i przestrzeganie zasad MD (takich jak wartość wskaźnika BMI czy obecność chorób współtowarzyszących). Niemniej jednak kluczowym aspektem pozostaje potrzeba wdrażania programów profilaktyczno-terapeutycznych oraz zindywidualizowanego poradnictwa dietetycznego dla osób z chorobą otyłościową, z uwzględnieniem promowania diety śródziemnomorskiej jako prozdrowotnego modelu odżywiania o udowodnionych korzyściach zdrowotnych.

WNIOSKI

1. Poziom wiedzy na temat diety śródziemnomorskiej był umiarkowany i zróżnicowany – wyższy u kobiet i osób z wyższym wykształceniem, co podkreśla potrzebę celowanej edukacji zdrowotnej.
2. Główną motywacją do wdrożenia diety śródziemnomorskiej była chęć redukcji masy ciała i poprawy stanu zdrowia, natomiast najczęściej zgłaszanymi barierami – brak czasu na przygotowanie posiłków i wysokie koszty produktów spożywczych.
3. Kluczowym czynnikiem wspierającym trwałą zmianę nawyków żywieniowych wydaje się profesjonalna opieka specjalistyczna. Jej brak osłabia efektywność stosowania dietoterapii, nawet przy silnej motywacji pacjenta.
4. Istnieje konieczność szerzenia wiedzy na temat diety śródziemnomorskiej i jej wpływu na zdrowie oraz czynników ułatwiających jej stosowanie jako skutecznej metody dietoterapii choroby otyłościowej i towarzyszących jej zaburzeń metabolicznych.

Konflikt interesów: brak.

Finansowanie: brak.

PIŚMIENICTWO

1. Kluge HHP, Weltgesundheitsorganisation, editors. WHO European regional obesity report 2022. Copenhagen: World Health Organization; 2022.
2. Zhang X, Ha S, Lau HCH, et al. Excess body weight: Novel insights into its roles in obesity comorbidities. *Semin Cancer Biol.* 2023;92:16–27. doi:10.1016/j.semcancer.2023.03.008
3. Masood B, Moorthy M. Causes of obesity: a review. *Clin Med.* 2023;23(4):284–91. doi:10.7861/clinmed.2023-0168
4. GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med.* 2017;377(1):13–27. doi:10.1056/NEJMoa1614362
5. Bąk-Sosnowska M, Białkowska M, Bogdański P, et al. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2024 – stanowisko Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości. *Med Prakt.* 2024;(1–116).
6. Lobstein T, Powis J, Thompson R, et al. World Obesity Atlas 2025. World Obesity Federation; 2025.
7. Martínez-González MA, Salas-Salvadó J, Estruch R, et al. Benefits of the Mediterranean Diet: Insights From the PREDIMED Study. *Prog Cardiovasc Dis.* 2015;58(1):50–60. doi:10.1016/j.pcad.2015.04.003
8. Delgado-Lista J, Alcalá-Díaz JF, Torres-Peña JD, et al. Long-term secondary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet and a low-fat diet (CORDIOPREV): a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 2022;399(10338):1876–85. doi:10.1016/S0140-6736(22)00122-2
9. Dominguez LJ, Veronese N, Di Bella G, et al. Mediterranean diet in the management and prevention of obesity. *Exp Gerontol.* 2023;174:112121. doi:10.1016/j.exger.2023.112121
10. Monteagudo C, Mariscal-Arcas M, Rivas A, et al. Proposal of a Mediterranean Diet Serving Score. *PLoS One.* 2015;10(6):e0128594. doi:10.1371/journal.pone.0128594
11. Franco GA, Interdonato L, Cordaro M, et al. Bioactive Compounds of the Mediterranean Diet as Nutritional Support to Fight Neurodegenerative Disease. *Int J Mol Sci.* 2023;24(8):7318. doi:10.3390/ijms24087318
12. Mancini JG, Filion KB, Atallah R, et al. Systematic Review of the Mediterranean Diet for Long-Term Weight Loss. *Am J Med.* 2016;129(4):407–415.e4. doi:10.1016/j.amjmed.2015.11.028
13. Perone F, Spadafora L, Pratesi A, et al. Obesity and cardiovascular disease: Risk assessment, physical activity, and management of complications. *Int J Cardiol Cardiovasc Risk Prev.* 2024;23:200331. doi:10.1016/j.ijcrp.2024.200331
14. Gantenbein KV, Kanaka-Gantenbein C. Mediterranean Diet as an Antioxidant: The Impact on Metabolic Health and Overall Wellbeing. *Nutrients.* 2021;13(6):1951. doi:10.3390/nu13061951
15. Godos J, Guglielmetti M, Ferraris C, et al. Mediterranean Diet and Quality of Life in Adults: A Systematic Review. *Nutrients.* 2025;17(3):577. doi:10.3390/nu17030577
16. Biggi C, Biasini B, Ogrinc N, et al. Drivers and Barriers Influencing Adherence to the Mediterranean Diet: A Comparative Study across Five Countries. *Nutrients.* 2024;16(15):2405. doi:10.3390/nu16152405
17. Levinge E, Stapleton P, Sabot D. Delineating the psychological and behavioural factors of successful weight loss maintenance. *Heliyon.* 2020;6(1):e03100. doi:10.1016/j.heliyon.2019.e03100
18. Recio-Rodríguez JJ, García-Ortiz L, García-Yu IA, et al. Effectiveness of a multiple health-behaviour-change intervention in increasing adherence to the Mediterranean Diet in adults (EIRA study): a randomized controlled hybrid trial. *BMC Public Health.* 2022;22(1):2127. doi:10.1186/s12889-022-14590-y
19. Aridi YS, Walker JL, Roura E, et al. Nutritional Knowledge of the Mediterranean Diet Is Associated with Positive Attitudes and Adherence in a Non-Mediterranean Multi-Ethnic Society. *Dietetics.* 2022;1(2):124–36. doi:10.3390/dietetics1020013
20. Spronk I, Kullen C, Burdon C, et al. Relationship between nutrition knowledge and dietary intake. *Br J Nutr.* 2014;111(10):1713–26. doi:10.1017/S0007114514000087
21. Kresić G, Kendel Jovanović G, Pavčić Zazel S, et al. The Effect of Nutrition Knowledge on Dietary Intake among Croatian University Students. *Coll Antropol.* 2009;33(4):1047–56.
22. León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, et al. Adherence to the Mediterranean Diet Pattern Has Declined in Spanish Adults. *J Nutr.* 2012;142(10):1843–50. doi:10.3945/jn.112.164616
23. O'Leary M, Mooney E, McCloat A. The Relationship Between Nutrition Knowledge and Dietary Intake of University Students: A Scoping Review. *Dietetics.* 2025;4(2):16. doi:10.3390/dietetics4020016
24. Kiefer I, Rathmann T, Kunze M. Eating and dieting differences in men and women. *J Mens Health Gend Mary Ann Liebert Inc.* 2005;2(2):194–201. doi:10.1016/J.JMHG.2005.04.010
25. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Costanzo S, et al. Nutrition knowledge is associated with higher adherence to Mediterranean diet and lower prevalence of obesity. Results from the Moli-sani study. *Appetite.* 2013;68:139–146. doi:10.1016/j.appet.2013.04.026