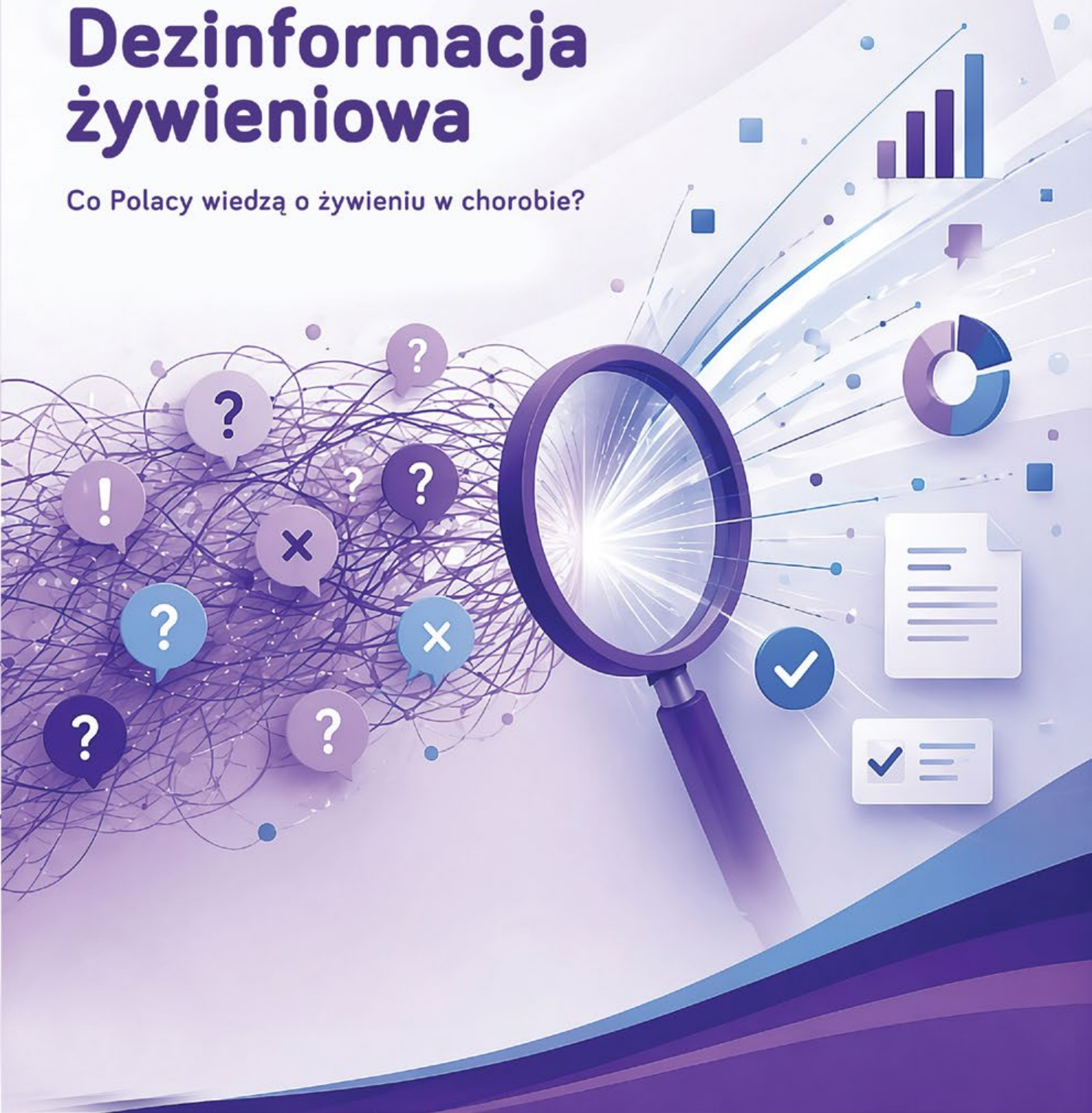


RAPORT 2026

Dezinformacja żywnościowa

Co Polacy wiedzą o żywności w chorobie?



Spis treści

Wstęp	3
Dr hab. n.med. Aleksandra Kapała, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej Curie w Warszawie Anna Cywińska, Prezes Fundacji Nutricia	
Kluczowe wnioski z badania	5
Rozdział 1: Co Polacy wiedzą o żywieniu?	6
1.1. Jak Polacy oceniają swoją wiedzę o żywieniu	7
1.2. Skąd Polacy czerpią informacje o żywieniu?	8
1.3. Rzetelność informacji i poziom zaufania	10
Rozdział 2. Dezinformacja żywieniowa w kontekście choroby	11
2.1. Dezinformacja w żywieniu w chorobie – „nierzetelne źródła”	13
2.2. Jakie mogą być konsekwencje dezinformacji?	14
Rozdział 3. Fakty i mity o żywieniu w chorobie	16
3.1. Najbardziej rozpowszechnione mity	17
3.2. Mity dotyczące chorób onkologicznych	19
3.4. Fakty najmniej rozpoznawane przez respondentów	24
Rozdział 4. Żywnienie medyczne – między rozpoznawalnością a rzeczywistym zrozumieniem	27
4.1. Znajomość pojęcia „żywnienie medyczne”	28
4.2. Co naprawdę wiemy o żywieniu medycznym?	29
4.3. Kiedy stosować żywienie medyczne?	30
4.4. Luka w rozumieniu żywienia medycznego	32
Rozdział 5. Rekomendacje	33
5.1. Rekomendacje systemowe i edukacyjne	34
Metodologia badania	37



Dr hab. n med. Aleksandra Kapała,

Narodowy Instytut Onkologii im M. Skłodowskiej -Curie w Warszawie

Kierownik Działu Żywienia Klinicznego

Kierownik Kliniki Diagnostyki Onkologicznej i Medycyny Paliatywnej

W dobie powszechnego dostępu do informacji żywienie stało się jednym z najczęściej komentowanych obszarów zdrowia publicznego. Nigdy wcześniej pacjenci nie mieli tak szerokiego dostępu do porad dotyczących diety, suplementacji czy „naturalnych metod wspierania organizmu”. Jednocześnie nigdy wcześniej granica pomiędzy wiedzą opartą na dowodach naukowych a opinią, uproszczeniem czy wręcz dezinformacją nie była tak trudna do uchwycenia. Problem ten szczególnie wyraźnie widoczny jest w obszarze żywienia w chorobie – zwłaszcza w onkologii, gdzie pacjent funkcjonuje pod ogromną presją emocjonalną, często poszukując prostych odpowiedzi na bardzo złożone problemy kliniczne.

Z perspektywy codziennej praktyki klinicznej obserwujemy, że chaos informacyjny dotyczący żywienia realnie wpływa na decyzje zdrowotne pacjentów. Nadal powszechne są przekonania o konieczności stosowania restrykcyjnych diet, eliminacji całych grup produktów czy ponadnormatywnej suplementacji w trakcie leczenia onkologicznego. W efekcie pacjenci nierzadko podejmują działania, które nie tylko nie przynoszą korzyści, ale wprost szkodzą. Dezinformacja może pogłębiać niedożywienie, nasilać utratę masy mięśniowej (sarkopenię) oraz pogarszać tolerancję leczenia przeciwnowotworowego. Szczególnie niepokojące jest to, że dezinformacja zazwyczaj dociera do pacjentów szybciej niż rzetelna edukacja medyczna.

Współczesna onkologia przekonuje, że żywienie nie jest wyłącznie elementem komfortu chorego, lecz integralną częścią terapii. Stan odżywienia wpływa na możliwość prowadzenia leczenia systemowego, ryzyko powikłań, długość hospitalizacji, jakość życia, a w wielu sytuacjach również na rokowanie. Mimo to świadomość społeczna dotycząca żywienia medycznego pozostaje niewystarczająca. W praktyce oznacza to, że interwencja żywieniowa jest wdrażana zbyt późno – dopiero w momencie jawnego wyniszczenia organizmu, zamiast stanowić element wczesnej, proaktywnej opieki nad pacjentem, co postulują najważniejsze naukowe towarzystwa żywieniowe jak POLSPEN, ESPEN i onkologiczne jak ESMO.

Zalecenia naukowe często rozmiągają się z rzeczywistością, a niniejszy raport może być przestanką do zmian i proaktywnego działania.

Anna Cywińska,
Prezes Fundacji Nutricia



W świecie, w którym o zdrowym odżywianiu mówi niemal każdy, dostęp do rzetelnej wiedzy wcale nie jest prosty. Granica między wiedzą opartą na Evidence Based Medicine a uproszczeniami i mitami coraz częściej się zaciera.

Najbardziej dotkliwie odczuwają to pacjenci i ich bliscy, szczególnie w sytuacji choroby. W natłoku często sprzecznych komunikatów dotyczących diety, suplementacji czy wspierania organizmu w trakcie leczenia, podjęcie właściwych decyzji staje się realnym wyzwaniem.

Nasze badanie pokazuje, że choć Polacy mają świadomość znaczenia zdrowego odżywiania, wciąż brakuje im wiedzy na temat roli żywienia w chorobie.

Dlatego od 30 lat Fundacja Nutricia konsekwentnie działa na rzecz budowania rzetelnej wiedzy o roli żywienia na różnych etapach życia. Naszym celem jest, aby żywienie medyczne przestało być tematem zarezerwowanym wyłącznie dla ekspertów, a stało się realnym wsparciem dla pacjentów i ich bliskich.

Raport, który oddajemy w Państwa ręce, pokazuje, co dziś Polacy wiedzą o żywieniu w chorobie oraz z jakimi wyzwaniami mierzą się pacjenci i opiekunowie. Wierzymy, że będzie impulsem do dalszej edukacji i wzmocnienia świadomości roli żywienia medycznego jako ważnego elementu terapii.

W roku 30-lecia Fundacji Nutricia jeszcze mocniej podkreślamy znaczenie rzetelnej wiedzy i odpowiedzialnej edukacji zdrowotnej.

Zapraszamy do lektury raportu.

Wyraźna luka wiedzy: żywienie na co dzień vs. żywienie w chorobie

Polacy zdecydowanie lepiej oceniają swoją wiedzę na temat codziennego odżywiania niż żywienia w trakcie choroby.

Co trzecia osoba przyznaje, że jej wiedza dotycząca żywienia w chorobie jest niska lub bardzo niska. Ten kluczowy wniosek pokazuje realną przestrzeń do edukacji i pozycjonowania tematu żywienia medycznego jako elementu leczenia.

Dominacja źródeł nieformalnych

Najczęściej wykorzystywane źródła wiedzy o odżywianiu w ujęciu ogólnym to rodzina i znajomi (35% wskazań) oraz media społecznościowe (34%). Źródła eksperckie – lekarz czy dietetyk – są wskazywane rzadko. Odpowiednio 3 i 6% badanych. Co istotne, osoby mające doświadczenie choroby częściej sięgają po źródła specjalistyczne. **Co piąta osoba deklaruje korzystanie ze sztucznej inteligencji jako źródła informacji o żywieniu.**

Paradoks zaufania i jakości informacji

Co trzecia osoba zetknęła się z informacjami o żywieniu w chorobie, które budziły wątpliwości – i co ważne, dotyczy to przede wszystkim tych źródeł, z których korzystają najczęściej (rodzina, znajomi, internet). **Jednocześnie lekarz jako jedyne źródło nie był wskazywany jako dostarczający wątpliwych treści.**

Niska znajomość pojęcia „żywienie medyczne”

Choć 75% badanych zetknęło się z tym terminem, tylko 16% deklaruje, że wie, co on oznacza. W praktyce pojęcie to jest rozumiane bardzo szeroko respondenci przypisują mu różne kategorie produktów i rozwiązań, co wskazuje na brak jednoznacznego rozumienia jego znaczenia.

Trudności w odróżnianiu faktów od mitów

Respondenci relatywnie dobrze rozpoznają fakty żywieniowe, natomiast mają istotny problem z identyfikacją mitów. Dotyczy to szczególnie obszaru żywienia w chorobie i leczenia onkologicznego. **Silnie utrwalone są przekonania o konieczności suplementacji w trakcie leczenia onkologicznego (ponad połowa respondentów uważa, że suplementacja jest konieczna), wysoka jest wiara w „domowe” lub uproszczone rozwiązania żywieniowe – 61% osób uważa, że rosół dobrze odżywia w trakcie choroby.**

Wysoka podatność na dezinformację, a to może jest realne ryzyko zdrowotne

Skala trudności w odróżnianiu rzetelnej wiedzy od mitów oznacza, że decyzje żywieniowe pacjentów mogą być niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, a w skrajnych przypadkach – potencjalnie szkodliwe. Powszechność informacji nie zawsze oznacza łatwego dostępu do wiedzy rzetelnej i uporządkowanej. **Wyniki badania Fundacji Nutricia pokazują, że temat żywienia jest dobrze obecny w świadomości społecznej, jednak poziom wiedzy Polaków pozostaje zróżnicowany – szczególnie w trakcie choroby.**

ROZDZIAŁ



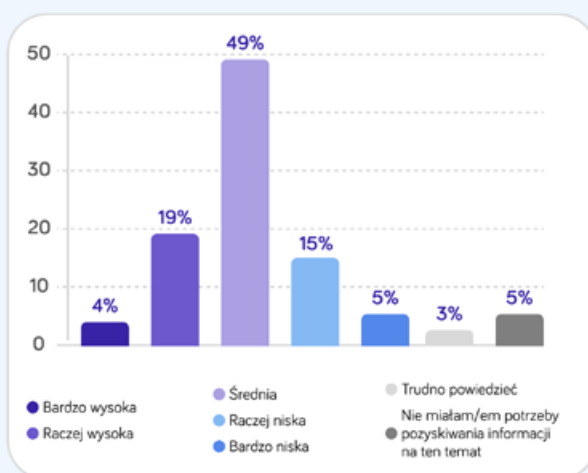
Co Polacy wiedzą o żywieniu?

1.1 Jak Polacy oceniają swoją wiedzę o żywieniu?

Wyniki badania pokazują, że większość Polaków ocenia swoją wiedzę dotyczącą zasad prawidłowego odżywiania jako przeciętną. **Co czwarta osoba deklaruje, że jej wiedza jest bardzo lub raczej wysoka, natomiast co piąta ocenia ją jako bardzo lub raczej niską.**

Wykres 1: Wiedza - zasady prawidłowego odżywiania

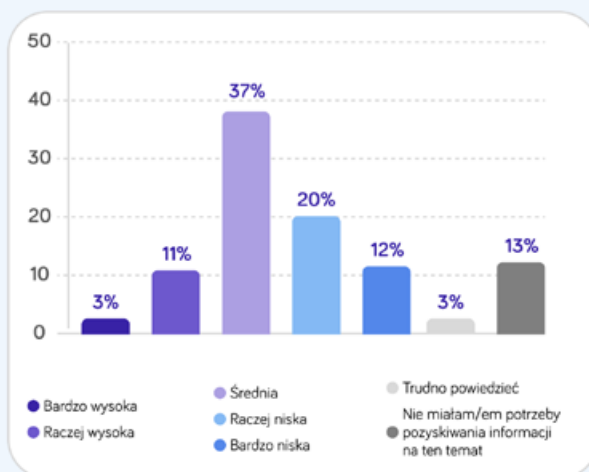
Jak ocenia Pani/Pan swoją wiedzę na temat zasad prawidłowego odżywiania?



Znacznie słabiej badani oceniają swoją orientację w zakresie żywienia podczas choroby. **Co trzecia osoba deklaruje niski poziom wiedzy w tym obszarze, a część respondentów przyznaje, że nigdy wcześniej nie miała potrzeby poszukiwania takich informacji.**

Wykres 2: Wiedza - odżywianie w trakcie choroby

Jak ocenia Pani/Pan swoją wiedzę na temat odżywiania w trakcie choroby (np. w trakcie leczenia onkologicznego, po operacji, po hospitalizacji)?



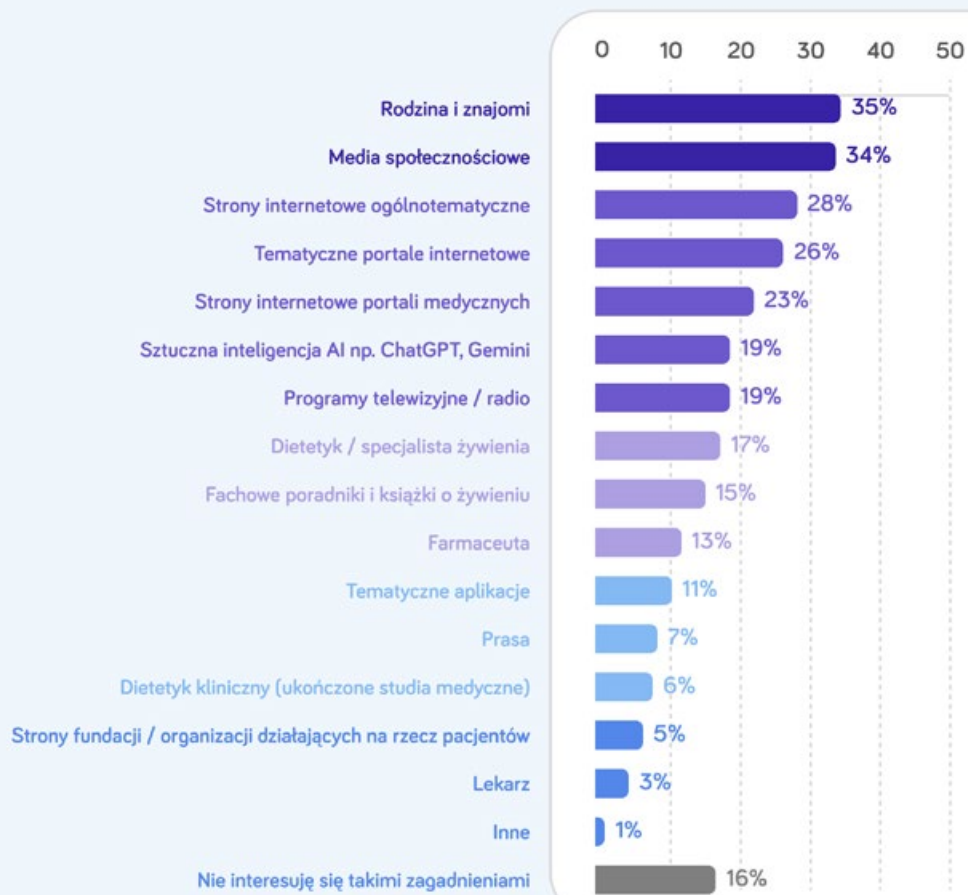
Może to wynikać z faktu, że tematy związane ze zdrowym stylem życia są dziś stale obecne w przestrzeni publicznej – w mediach społecznościowych, reklamach, programach telewizyjnych czy internetowych poradnikach. Znacznie rzadziej mówi się natomiast o roli żywienia w procesie leczenia, rekonwalescencji czy chorobach przewlekłych. Póki to wyzwanie nie jest częścią naszej rzeczywistości, niekoniecznie chcemy edukować się w tym temacie.

1.2. Skąd Polacy czerpią informacje o żywieniu?

Wiedza dotycząca odżywiania czerpana jest dziś przede wszystkim ze źródeł łatwo dostępnych, szybkich i obecnych w codziennym życiu. **Badanie pokazuje, że najczęściej wskazywanymi źródłami informacji są rodzina i znajomi (35%) oraz media społecznościowe (34%).** To właśnie tam Polacy najczęściej szukają odpowiedzi na pytania związane z odżywianiem w ujęciu ogólnym.

Wykres 3: Źródła informacji o odżywianiu

Z jakich źródeł czerpie Pani/Pan informacje dotyczące odżywiania?



Dopiero w dalszej kolejności pojawiają się źródła specjalistyczne, takie jak portale medyczne, dietetycy czy lekarze. **Co szczególnie istotne, lekarz jest najrzadziej wskazywanym źródłem wiedzy o żywieniu – korzysta z niego jedynie 3% respondentów.**

Wyniki te pokazują, że temat żywienia funkcjonuje dziś głównie w obiegu nieformalnym – jako element codziennych rozmów, internetowych rekomendacji czy treści publikowanych w mediach społecznościowych. Z jednej strony zwiększa to dostępność wiedzy i zainteresowanie zdrowiem, z drugiej jednak utrudnia oddzielenie informacji rzetelnych od uproszczeń, opinii czy treści opartych wyłącznie na indywidualnych doświadczeniach.

Dodatkowym wyzwaniem pozostaje fakt, że odbiorcom coraz trudniej ocenić kompetencje osób udzielających porad żywieniowych. W przestrzeni internetowej obok wykwalifikowanych specjalistów funkcjonują również osoby bez przygotowania medycznego lub klinicznego, prezentujące swoje rekomendacje na równych zasadach jak eksperci. Ma to szczególne znaczenie w kontekście trwających prac nad regulacją zawodu dietetyka w Polsce, których celem jest m.in. uporządkowanie standardów wykonywania zawodu oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów korzystających z porad żywieniowych.

Widoczny jest również wpływ nowych technologii. Blisko co piąta osoba deklaruje korzystanie ze sztucznej inteligencji jako źródła informacji o żywieniu.

Co istotne, osoby mające doświadczenie choroby przewlekłej własnej lub wśród bliskich, częściej sięgają po źródła specjalistyczne. W sytuacji zdrowotnego kryzysu rośnie potrzeba szukania bardziej profesjonalnych informacji, choć nawet wtedy źródła eksperckie nie stają się dominującym kierunkiem poszukiwań.

1.3 Rzetelność informacji i poziom zaufania

Choć dostęp do informacji o żywieniu jest dziś bardzo szeroki, wielu Polaków ma trudność z oceną ich wiarygodności. Jednocześnie widoczny jest wyraźny paradoks. Najczęściej wykorzystywane źródła informacji – rodzina, znajomi czy media społecznościowe – są jednocześnie tymi miejscami, w których respondenci najczęściej spotykają treści budzące wątpliwości. Mimo to pozostają one podstawowym źródłem wiedzy o żywieniu.

Warto również zwrócić uwagę, że osoby bardziej zaangażowane w temat zdrowia – np. mające doświadczenie choroby przewlekłej lub stosowania żywienia medycznego – częściej dostrzegają problem nierzetelnych informacji. Można przypuszczać, że większy kontakt z tematyką medyczną zwiększa świadomość tego, jak wiele sprzecznych komunikatów funkcjonuje wokół żywienia i leczenia.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że lekarz był jedynym źródłem, które nie zostało wskazane jako dostarczające informacji budzących wątpliwości. Wynik ten może świadczyć o wysokim poziomie społecznego zaufania wobec autorytetu medycznego.

ROZDZIAŁ

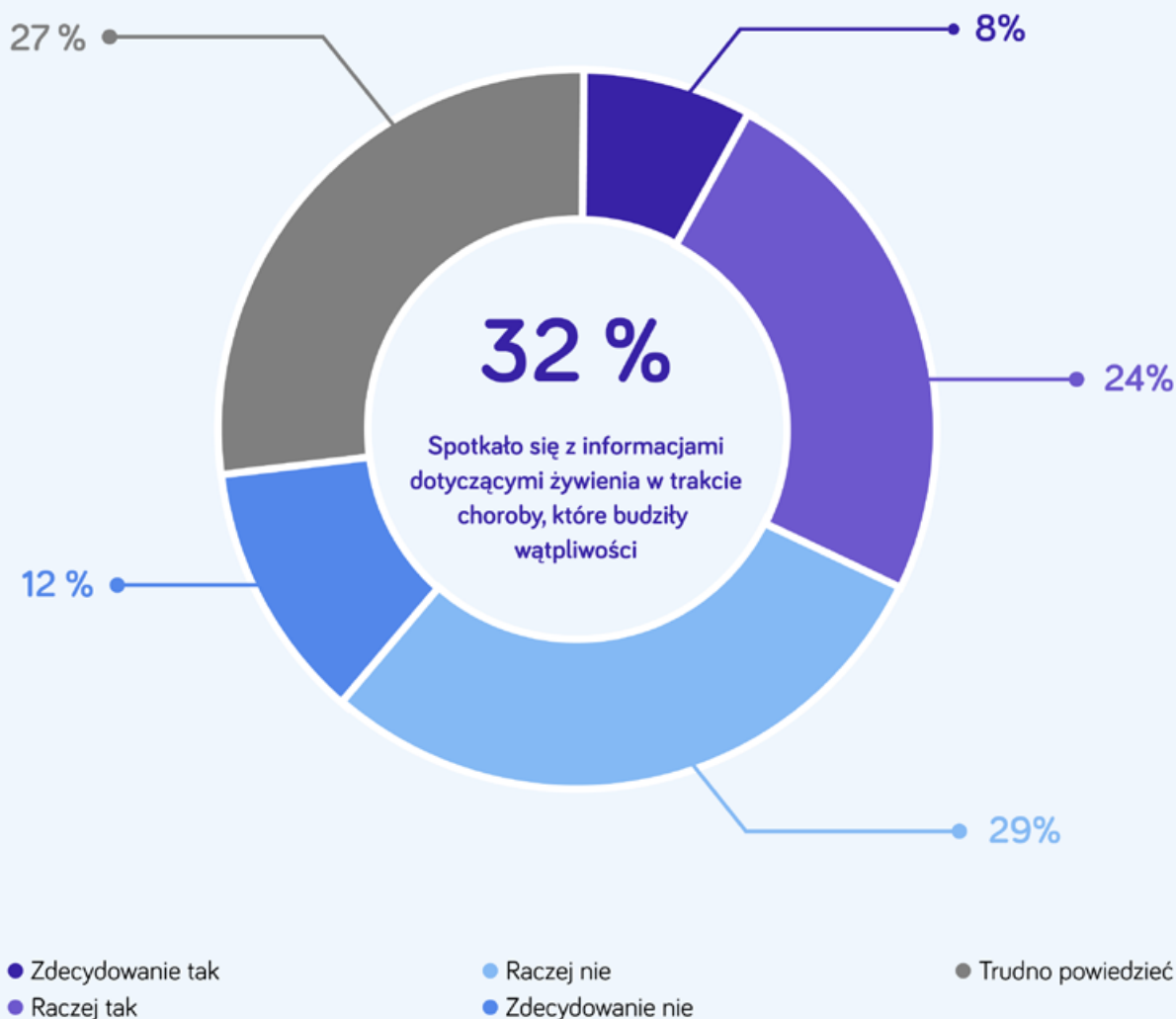
2

Dezinformacja żywieniowa
w kontekście choroby

Temat żywienia w chorobie stał się dziś przestrzenią szczególnie podatną na dezinformację. **Z badania wynika, że 32% respondentów spotkało się z informacjami dotyczącymi żywienia podczas choroby, które budziły wątpliwości co do swojej rzetelności.** Oznacza to, że niemal co trzecia osoba miała kontakt z przekazami postrzeganymi jako niespójne, niejasne lub sprzeczne z innymi źródłami wiedzy.

Wykres 4: **Odżywianie w trakcie choroby - informacje budzące wątpliwości co do ich rzetelności.**

Czy spotkał(a) się Pani/Pan z informacjami dotyczącymi odżywiania w trakcie choroby (np. w trakcie leczenia onkologicznego, po operacji, po hospitalizacji), które budziły wątpliwości co do ich rzetelności?

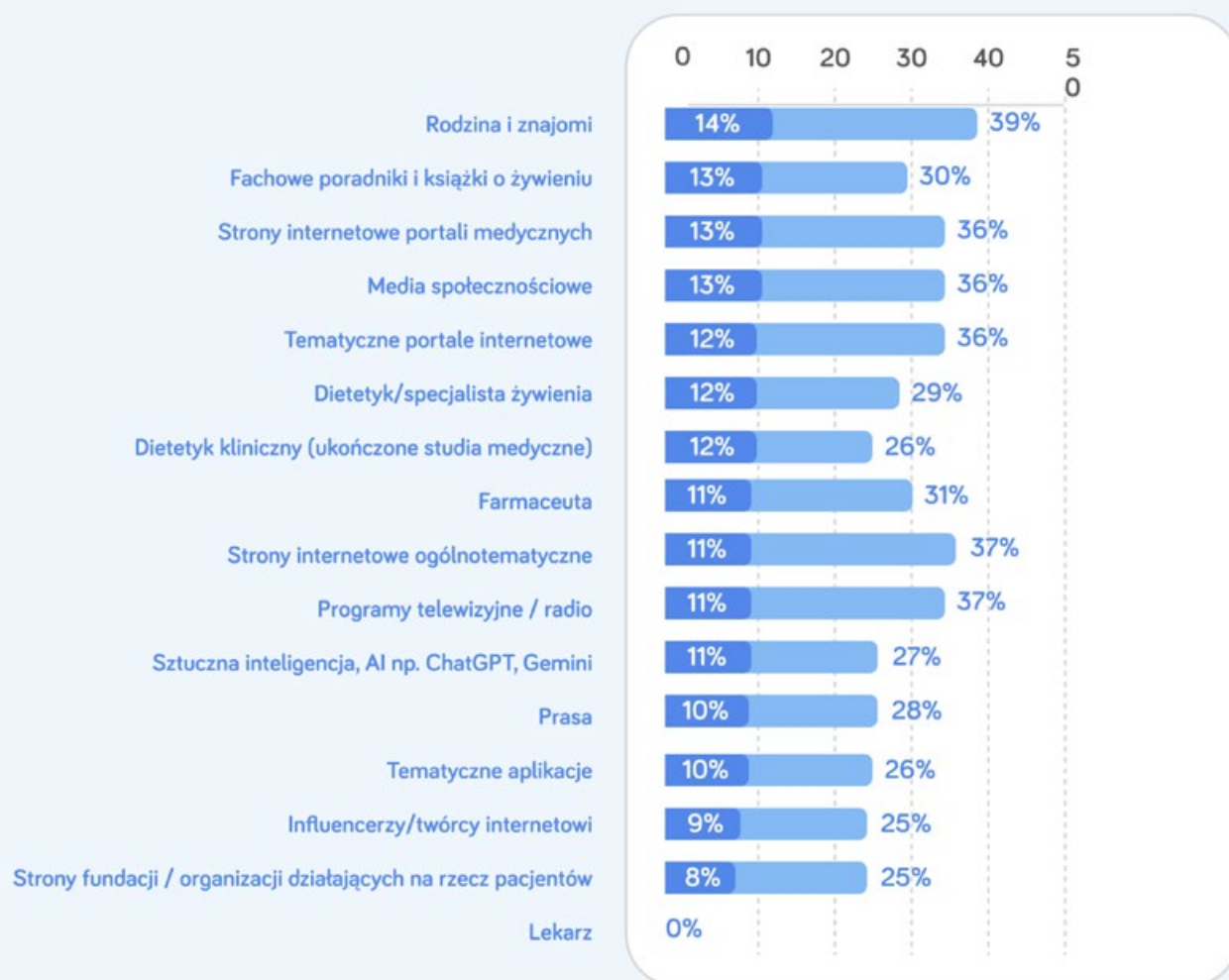


2.1 Dezinformacja w żywieniu w chorobie - „nierzetelne źródła”

Treści postrzegane jako nierzetelne nie ograniczają się wyłącznie do mediów społecznościowych. Respondenci wskazywali, że spotykali je zarówno w źródłach nieformalnych, jak i bardziej specjalistycznych. Pokazuje to, że problem dezinformacji żywieniowej ma charakter systemowy i wynika również z nadmiaru niespójnych komunikatów funkcjonujących w przestrzeni publicznej.

Wykres 5: Źródła informacji budzących wątpliwości co do ich rzetelności

Ciemnoniebieski kolor oznacza odpowiedź “zdecydowanie tak”. Wynik podany przy końcu jasnoniebieskiego słupka to suma odpowiedzi “zdecydowanie tak” i “raczej tak”.



Komentarz ekspercki



Dr n. med. i n. o zdr. Agnieszka Surwitto-Snarska
dietetyk

Część respondentów wskazywała, że nierzetelne treści dostarczali również dietetycy, pokazuje to konieczność edukowania również specjalistów. Jednym z powodów tej sytuacji jest brak regulacji zawodu dietetyka, część osób posługujących się tytułem dietetyka ma ukończone tylko często wątpliwe kursy i przekazują wiedzę niezgodną z EMB.

2.2 Jakie mogą być konsekwencje dezinformacji?

Dezinformacja żywieniowa wpływa na konkretne decyzje zdrowotne podejmowane przez pacjentów i ich bliskich. Badanie pokazuje, że wielu respondentów ma trudność z odróżnieniem faktów od mitów dotyczących żywienia w chorobie. To oznacza, że błędne przekonania mogą wpływać na codzienne wybory żywieniowe, stosowanie suplementów czy ocenę skuteczności terapii. W praktyce pacjent często funkcjonuje pomiędzy zaleceniami specjalistów a internetowymi poradami, które obiecują szybkie i proste rozwiązania. Może też, mimo zaleceń specjalistów, opóźnić wdrażanie właściwego wsparcia żywieniowego.

Dezinformacja może również prowadzić do podejmowania niepotrzebnych i potencjalnie szkodliwych działań, takich jak eliminowanie ważnych grup produktów z diety czy stosowanie restrykcyjnych diet.

Konsekwencją chaosu informacyjnego jest także wzrost lęku i poczucia zagubienia. Pacjenci otrzymują wiele sprzecznych komunikatów – od zaleceń medycznych po internetowe „historie sukcesu” i porady znajomych. To może prowadzić do przekonania, że „każdy mówi co innego”.

Komentarz ekspercki



Dr n. med. i n. o zdr. Katarzyna Różycka
dietetyk

Największym zagrożeniem związanym z dezinformacją żywieniową jest to, że pacjent może podejmować decyzje niezgodne z własnym interesem zdrowotnym. W praktyce bardzo często spotykamy osoby, które wprowadzają ograniczenia dietetyczne, eliminują ważne składniki odżywcze albo zastępują leczenie żywieniowe „naturalnymi metodami leczenia”. Tymczasem organizm w trakcie choroby ma zupełnie inne potrzeby niż organizm zdrowy i wymaga odpowiednio dobranego wsparcia. Ważne jest budowanie prostych, spójnych i wiarygodnych komunikatów dotyczących żywienia medycznego.

Komentarz ekspercki



Iga Rawicka
Prezes Fundacji EuropaColon Polska,
współzałożycielka Koalicji na rzecz Leczenia Żywieniowego

Pacjent trafia dziś do systemu, w którym informacje zdrowotne są rozproszone, często niespójne i przekazywane przez bardzo różne środowiska – od ekspertów medycznych po influencerów i twórców internetowych. W efekcie wiele osób doświadcza chaosu informacyjnego już na etapie diagnozy. Problemem nie jest wyłącznie brak wiedzy, ale również nadmiar komunikatów, które wzajemnie się wykluczają. Bez jasnego i spójnego systemu edukacji zdrowotnej bardzo trudno jest samodzielnie ocenić, które informacje są rzeczywiście wiarygodne. Dlatego warto wiedzieć, które źródła wiedzy są zgodne z aktualną wiedzą medyczną opartą na podstawach Evidence Based Medicine i po nie sięgać. Warto korzystać np. z wiarygodnych materiałów opracowanych przez Towarzystwa Naukowe czy organizacje pacjenckie przygotowane we współpracy z ekspertami medycznymi. Jak pokazał raport lekarz jako źródło wiedzy o żywieniu wskazywany był tylko przez 3%, co może pokazywać, jak niska jest świadomość faktu, iż są lekarze specjalizujący się w tym obszarze. Dietetyk kliniczny wskazany był zaś przez 6% respondentów, co z kolei może świadczyć o niezwykle niskim poziomie zaufania, a co w konsekwencji potwierdza wciąż pilną konieczność uregulowania tego zawodu.

ROZDZIAŁ



Fakty i mity o żywieniu w chorobie

Weryfikacja obiegowych opinii to jeden z istotniejszych elementów budowania rzetelnej wiedzy o zdrowiu. Badanie pokazuje, że choć Polacy w większości potrafią trafnie zidentyfikować ogólne fakty dotyczące odżywiania, to weryfikacja utrwalonych mitów stanowi dla nich wyraźne wyzwanie. W efekcie pojawia się rozbieżność między powszechnym dostępem do wiedzy medycznej a silną podatnością na uproszczenia i teorie nieposiadające naukowego uzasadnienia.

3.1 Najbardziej rozpowszechnione mity

Poniższe zestawienie prezentuje najbardziej rozpowszechnione mity żywieniowe – twierdzenia, z którymi sumarycznie zgadza się największy odsetek badanych.

⊗ MIT 1

Rosół dobrze odżywia w trakcie choroby

Dane: W ten mit wierzy łącznie aż 61% badanych (20% zdecydowanie się zgadza, 41% raczej się zgadza).



- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Nie zgadzam się



Dlaczego to mit: zapotrzebowanie organizmu na białko i energię rośnie podczas choroby. Choć zupa działa rozgrzewająco i pomaga w nawodnieniu, składa się głównie z wody i tłuszczu. Nie dostarcza odpowiedniej ilości pełnowartościowego białka, które jest absolutnie niezbędne do odbudowy sił chorego, regeneracji tkanek i prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego. Tradycyjny rosół warto traktować jako element diety, zwłaszcza, jeśli pacjent ma na niego ochotę, natomiast niech nie będzie to podstawa odżywiania podczas choroby.

⊗ MIT 2

W trakcie leczenia nowotworu trzeba przyjmować suplementy (wysokie dawki witamin, minerałów i pierwiastków śladowych)

Dane: Zgadza się z tym łącznie 52% respondentów (15% zdecydowanie, 37% raczej się zgadza).

52%



- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Nie zgadzam się

Dlaczego to mit: przyjmowanie wysokich dawek witamin na własną rękę nie stanowi metody leczenia nowotworu ani poprawy stanu odżywienia. Fundamentem wsparcia organizmu powinna być dobrze zbilansowana dieta, bogata w pełnowartościowe białko, witaminy, składniki mineralne i zdrowe tłuszcze. Już od momentu diagnozy choroby nowotworowej, po konsultacji ze specjalistą, warto wprowadzić żywność specjalnego przeznaczenia medycznego.

⊗ MIT 3

„Ostabienie po pobycie w szpitalu jest normą, nie da się przyspieszyć rekonwalescencji”

Dane: Ten mit powiela łącznie 46% badanych (12% zdecydowanie, 34% raczej się zgadza).

46%



- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Nie zgadzam się

Dlaczego to mit: spadek sił i wyraźne ostabienie bardzo często wynikają z niedożywienia rozwijającego się w trakcie choroby lub hospitalizacji. Nie jest to stan, który należy po prostu zaakceptować. Wdrożenie odpowiednio dobranego wsparcia żywieniowego, które dostarczy organizmowi niezbędnej energii i składników odżywczych – w połączeniu z odpowiednią aktywnością, może bardzo skutecznie wesprzeć odbudowę masy mięśniowej i realnie przyspieszyć powrót do pełnej sprawności.

3.2 Mity dotyczące chorób onkologicznych

Badanie pokazuje, że to właśnie w obszarze onkologii rzetelna wiedza żywieniowa najczęściej przegrywa z obiegowymi opiniami. Deklaracje ankietowanych wyraźnie wskazują na dwa główne kierunki tych przekonań: wiarę w cudowną moc ponadnormatywnej suplementacji oraz skłonność do wprowadzania drastycznych restrykcji żywieniowych (tzw. „głodzenie” nowotworu). Co szczególnie istotne w wynikach, przy wielu stwierdzeniach dominuje postawa neutralna (odpowiedzi „ani się zgadza, ani się nie zgadza”).

Poniższe zestawienie szczegółowo analizuje błędne przekonania w tym obszarze.

⊗ MIT 1

„W trakcie leczenia nowotworu trzeba przyjmować suplementy - wysokie dawki witamin, minerałów i pierwiastków śladowych”

Dane: Z tym mitem 15% badanych zdecydowanie się zgadza, 37% raczej się zgadza, 38% ani się zgadza, ani się nie zgadza, 7% raczej się nie zgadza, a 4% zdecydowanie się nie zgadza.



- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- Raczej się nie zgadzam
- Zdecydowanie się nie zgadzam się

Dlaczego to mit: przyjmowanie wysokich dawek witamin na własną rękę nie stanowi metody leczenia nowotworu ani poprawy stanu odżywienia. Fundamentem wsparcia organizmu powinna być dobrze zbilansowana dieta, bogata w pełnowartościowe białko, witaminy, składniki mineralne i zdrowe tłuszcze. Już od momentu diagnozy choroby nowotworowej, po konsultacji ze specjalistą, warto wprowadzić żywność specjalnego przeznaczenia medycznego.



MIT 2

„Eliminacja cukru z diety stanowi skuteczną metodę leczenia choroby nowotworowej, ponieważ cukier »karmi raka«”

Dane: 16% ankietowanych zdecydowanie się z tym zgadza, 25% raczej się zgadza, 40% nie ma jednoznacznego zdania (ani tak, ani nie), 11% raczej się nie zgadza, a 9% zdecydowanie odrzuca ten mit.



- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- Raczej się nie zgadzam
- Zdecydowanie się nie zgadzam się

Dlaczego to mit: prawdą jest, że komórki nowotworowe intensywnie zużywają glukozę, jednak całkowita eliminacja węglowodanów nie powstrzyma rozwoju choroby. Glukoza to podstawowe paliwo niezbędne do pracy wszystkich komórek w ciele, w tym mózgu i zdrowych tkanek. Radykalne wykluczanie całych grup produktów, bez wyraźnych wskazań medycznych, może przynieść więcej szkody niż pożytku, prowadząc do szybkiego osłabienia i niedożywienia pacjenta.

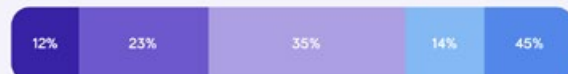
41%

Zgadza się z tym mitem

MIT 3

„Podczas leczenia raka warto stosować restrykcyjne diety, żeby »zagłodzić« nowotwór i zatrzymać rozwój choroby”

Dane: 12% zdecydowanie potwierdza to stwierdzenie, 23% raczej się zgadza, 35% zaznaczyło odpowiedź neutralną, 14% raczej się nie zgadza, a 15% zdecydowanie się nie zgadza.



- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- Raczej się nie zgadzam
- Zdecydowanie się nie zgadzam się

Dlaczego to mit: nowotworu nie da się zagłodzić. Wprowadzanie restrykcyjnych diet (w tym diet alternatywnych) nie dostarcza odpowiedniej ilości energii ani niezbędnych składników, co prowadzi bezpośrednio do niedożywienia organizmu. W skrajnych przypadkach niedożywienie zmusza lekarzy do przerywania ratującego życie leczenia onkologicznego.

35%

Zgadza się z tym mitem

⊗ MIT 4

„Wysokie dawki witaminy C przyspieszają leczenie chorób nowotworowych”

Dane: Z tym mitem 12% respondentów zdecydowanie się zgadza, 23% raczej się zgadza, 46% wybiera opcję „ani tak, ani nie”, 12% raczej się nie zgadza, a 8% zdecydowanie się z tym nie zgadza.



- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- Raczej się nie zgadzam
- Zdecydowanie się nie zgadzam się

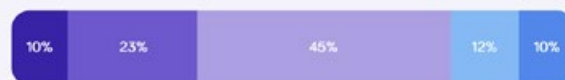
Dlaczego to mit: nie ma dowodów naukowych na to, by wysokie dawki pojedynczych witamin przyspieszały leczenie nowotworu. Opieranie nadziei na tego typu rozwiązaniach może odciągać uwagę od faktycznych potrzeb organizmu, takich jak odpowiednia podaż energii i białka z pożywienia.



⊗ MIT 5

„Regularne spożywanie zakwasu buraczanego stanowi skuteczną metodę leczenia choroby nowotworowej”

Dane: W ten mit zdecydowanie wierzy 10% badanych, 23% raczej w niego wierzy, 45% nie ma zdania, 12% raczej się z nim nie zgadza, a 10% zdecydowanie uważa go za fałsz.



- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- Raczej się nie zgadzam
- Zdecydowanie się nie zgadzam się

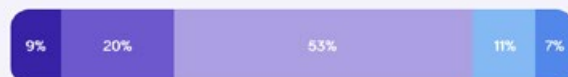
Dlaczego to mit: żaden pojedynczy produkt spożywczy – niezależnie od tego, jak jest wartościowy odżywczo – nie stanowi skutecznej metody leczenia onkologicznego. Zakwas buraczany może być elementem zdrowej diety, jednak przypisywanie mu właściwości leczących raka to niebezpieczne uproszczenie.



⊗ MIT 6

„Olej lniany i pasta twarogowo-olejowa spożywana codziennie wspiera leczenie raka”

Dane: 9% ankietowanych zdecydowanie się z tym zgadza, 20% raczej się zgadza, aż 53% nie potrafi jednoznacznie ocenić tego stwierdzenia, 11% raczej się nie zgadza, a 7% zdecydowanie odrzuca ten mit.



- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- Raczej się nie zgadzam
- Zdecydowanie się nie zgadzam się

Dlaczego to mit: twierdzenie to nawiązuje do tzw. diet alternatywnych (jak dieta dr Budwig), które zyskują popularność w internecie. Eksperti wskazują, że wiara w tego typu schematy nie znajduje oparcia w nauce i niesie ze sobą ryzyko powikłań związanych z brakiem zbilansowania diety.

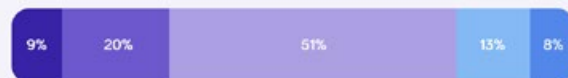
29%

Zgadza się z tym mitem

⊗ MIT 7

„W trakcie leczenia nowotworu należy unikać spożywania czerwonego mięsa”

Dane: Z tym stwierdzeniem zdecydowanie zgadza się 9% osób, 19% raczej się zgadza, 51% zachowuje neutralność, 13% raczej się nie zgadza, a 8% zdecydowanie się nie zgadza.



- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- Raczej się nie zgadzam
- Zdecydowanie się nie zgadzam się

Dlaczego to mit: chociaż wytyczne profilaktyki przeciwnowotworowej często sugerują ograniczenie czerwonego mięsa, to sytuacja zmienia się w momencie trwającego leczenia, kiedy zapotrzebowanie organizmu jest zupełnie inne. Radykalne wykluczanie grup produktów bez konsultacji z lekarzem lub dietetykiem nie ma uzasadnienia i może utrudniać pokrycie zwiększonego zapotrzebowania na niezbędne składniki.

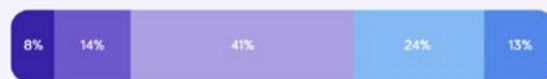
28%

Zgadza się z tym mitem

MIT 8

„Spożycie białka w trakcie leczenia onkologicznego sprzyja rozwojowi nowotworu”

Dane: 8% badanych zdecydowanie w to wierzy, 14% raczej w to wierzy, 41% zaznaczyło odpowiedź "ani tak, ani nie", 24% raczej odrzuca ten mit, a 13% zdecydowanie się z nim nie zgadza.



- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- Raczej się nie zgadzam
- Zdecydowanie się nie zgadzam się

Dlaczego to mit: to wyjątkowo niebezpieczne przekonanie. Jak zaznaczają eksperci, białko jest absolutnie niezbędne do odbudowy sił, regeneracji tkanek, gojenia ran oraz funkcjonowania układu odpornościowego. Pacjent onkologiczny często potrzebuje go nawet dwukrotnie więcej niż osoba zdrowa. Niedobór białka to realne ryzyko gorszej tolerancji leczenia i powikłań.



MIT 9

„W trakcie leczenia nowotworu powinno się zrezygnować ze spożywania mięsa”

Dane: 6% osób zdecydowanie zgadza się z tym mitem, 15% raczej się z nim zgadza, 44% nie ma zdania, 21% raczej uważa go za fałsz, a 13% zdecydowanie odrzuca to stwierdzenie.



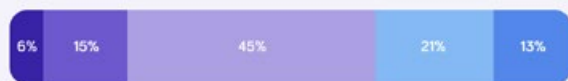
- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- Raczej się nie zgadzam
- Zdecydowanie się nie zgadzam się

Dlaczego to mit: mięso stanowi bardzo ważne źródło pełnowartościowego białka, którego chory potrzebuje w zwiększonych ilościach. Decyzje o eliminacji jakichkolwiek produktów z jadłospisu powinny wynikać wyłącznie ze wskazań medycznych lub indywidualnej nietolerancji pokarmowej, a nie z obiegowych opinii.



„W trakcie leczenia nowotworu najlepiej stosować dietę wegańską”

Dane: 6% respondentów zdecydowanie się z tym zgadza, 15% raczej to popiera, 45% wybiera opcję neutralną, 21% raczej się nie zgadza, a 13% zdecydowanie uznaje to za mit.



- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- Raczej się nie zgadzam
- Zdecydowanie się nie zgadzam się



Dlaczego to mit: wymagający proces leczenia onkologicznego nie jest właściwym momentem na eksperymentowanie i wprowadzanie zupełnie nowych, restrykcyjnych schematów żywieniowych. Dieta w tym czasie powinna być urozmaicona i optymalnie zbilansowana. Przejście na dietę wegańską na własną rękę może znacznie utrudnić dostarczenie osłabionemu organizmowi odpowiedniej podaży energii i makroskładników.

3.4 Fakty najmniej rozpoznawane przez respondentów

Przyjrzenie się faktom, które rzadziej uznajemy za prawdziwe, pozwala lepiej zrozumieć, gdzie kończy się nasza intuicja, a zaczyna brak rzetelnych informacji. O ile mity często biorą się z przyzwyczajień, o tyle niska rozpoznawalność faktów pokazuje, których informacji o zdrowiu po prostu nam brakuje.

Wyniki badania Instytutu Badawczego Zymetria pokazują, że nawet przy sprawdzonych informacjach medycznych spora część z nas zachowuje dystans lub nie ma sprecyzowanego zdania. Można postawić hipotezę, że niektóre pojęcia są po prostu sprzeczne z naszym potocznym rozumieniem – tak jest w przypadku niedożywienia u osób z nadwagą. Z kolei inne tematy, jak rola białka w chorobie, bywają traktowane jako wiedza czysto specjalistyczna, a nie praktyczna wskazówka, z której może skorzystać pacjent i jego opiekun.

FAKT 1

„Osoby z otyłością mogą być niedożywione”

Dane: to najstąbiej rozpoznawany fakt; zgadza się z nim łącznie 50% badanych (17% zdecydowanie, 33% raczej), przy czym 13% aktywnie mu zaprzecza.



- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- Zdecydowanie się nie zgadzam się

Dlaczego to fakt: niedożywienie to nie tylko niska waga, ale przede wszystkim brak konkretnych składników, takich jak białko czy witaminy. Osoba z otyłością może dostarczać organizmowi nadmiar kalorii, cierpiąc jednocześnie na brak budulca do regeneracji, co utrudnia walkę z chorobą.



FAKT 2

„Zapotrzebowanie na białko rośnie podczas choroby”

Dane: fakt ten uznaje łącznie 60% respondentów (17% zdecydowanie, 43% raczej), natomiast aż 35% nie ma w tej kwestii zdania.



- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- Nie zgadzam się

Dlaczego to fakt: w trakcie choroby organizm potrzebuje znacznie więcej budulca, by naprawiać uszkodzone tkanki i wzmacniać odporność. Chory onkologicznie może potrzebować nawet dwa razy więcej białka niż osoba zdrowa. Brak tej świadomości często prowadzi do utraty sił i mięśni, co jest dużą przeszkodą w powrocie do zdrowia.



FAKT 3

„Żywienie medyczne to nieodłączny element leczenia”

Dane: zgadza się z nim łącznie 60% osób (18% zdecydowanie, 42% raczej), a co trzeci badany (31%) zachowuje neutralność.



- Zdecydowanie się zgadzam
- Raczej się zgadzam
- Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- Nie zgadzam się

Dlaczego to fakt: Żywienie medyczne nie jest tylko dodatkiem do diety, ale wsparciem zaleconym przez lekarza lub dietetyka u pacjentów niedożywionych i z ryzykiem niedożywienia. Dostarczając odpowiednie dawki energii i białka, odżywia organizm, co pomaga pacjentowi lepiej znosić terapię (np. onkologiczną) i szybciej stanąć na nogi po operacjach.



Komentarz ekspercki



Dr n. med. i n. o zdr. Katarzyna Różycka dietetyk

Cieszy fakt, że ponad połowa respondentów trafnie identyfikuje twierdzenia zgodne z aktualną wiedzą medyczną, jednak znaczny odsetek badanych wciąż nie ma sprecyzowanej opinii lub kwestionuje fakty poparte dowodami naukowymi. Przykładowo, 35% ankietowanych zadeklarowało brak stanowiska wobec udokumentowanego klinicznie zjawiska zwiększonego zapotrzebowania organizmu na białko w przebiegu choroby. Wyniki te wskazują, iż wciąż często postrzegamy dietę jedynie przez pryzmat profilaktyki, a nie jako integralną interwencję terapeutyczną.

ROZDZIAŁ



Żywnienie medyczne -
między rozpoznawalnością
a rzeczywistym zrozumieniem

Żywnienie medyczne to jeden z tych obszarów medycyny, który – choć kluczowy dla powodzenia wielu terapii – wciąż funkcjonuje w sferze społecznych niedopowiedzeń. O ile dbałość o „zdrową dietę” stała się elementem nowoczesnego stylu życia, o tyle przejście na poziom wsparcia żywieniowego w chorobie wymaga wiedzy znacznie bardziej precyzyjnej. Rozdział ten analizuje, jak Polacy definiują żywnienie medyczne, na ile czują się z nim oswojeni i czy w ich świadomości stanowi ono integralną część leczenia, czy jedynie opcjonalny dodatek do opieki szpitalnej.

4.1. Znajomość pojęcia „żywnienie medyczne”

Analiza wyników badania rysuje obraz paradoksu: wysokiej rozpoznawalności samego pojęcia przy jednoczesnym, bardzo niskim poziomie zrozumienia jego realnego znaczenia. Choć termin brzmi znajomo i budzi zaufanie, ale jego znaczenie pozostaje dla większości respondentów nieodkryte.

Wykres 6: Znajomość pojęcia „Żywnienie medyczne”

Czy spotkał(a) się Pani/Pan wcześniej z pojęciem „żywnienie medyczne”?



Aż 75% badanych deklaruje, że spotkało się z określeniem „żywnienie medyczne”. To relatywnie wysoki wynik, sugerujący, że termin ten skutecznie przeniknął do głównego nurtu debaty o zdrowiu. Jednak głębsza analiza ujawnia istotną lukę kompetencyjną: zaledwie co szоста osoba (16%) twierdzi, że wie dokładnie, co ten termin oznacza. Ta ogromna dysproporcja między „osłuchaniem się” z nazwą a jej merytorycznym rozumieniem jest kluczowa dla zrozumienia barier, jakie napotykają pacjenci w procesie leczenia.

Dla niemal połowy badanych, którzy termin znają, ale nie potrafią go precyzyjnie zdefiniować (łącznie 59% – sumując tych, którzy „nie wiedzą dokładnie” oraz „zupełnie nie wiedzą, czego dotyczy”), żywienie medyczne pozostaje w sferze domysłów. To właśnie w tej grupie najłatwiej o uproszczenia, gdzie profesjonalna interwencja metaboliczna bywa mylona ze zwykłą dietą lekkostrawną. Z kolei co czwarty Polak (25%), który nigdy nie zetknął się z tym pojęciem, w sytuacji nagłej choroby bliskiej osoby pozostaje całkowicie poza zasięgiem tej formy wsparcia, nie wiedząc nawet, o jakie rozwiązanie powinien zapytać lekarza.

4.2. Co naprawdę wiemy o żywieniu medycznym?

Skoro wiemy już, że większość Polaków „słyszała” o żywieniu medycznym, kluczowe staje się pytanie: co pod tym terminem faktycznie rozumieją? Analiza danych pozwala doprecyzować, jak wspomniana wcześniej pozorna znajomość wypełnia się konkretnymi skojarzeniami.

Wykres 7: Żywienie medyczne - definicja

A czym według Pana/Pani jest żywienie medyczne? Proszę wskazać wszystkie pasujące odpowiedzi.



Najsilniejszym i najbardziej konkretnym punktem odniesienia są specjalistyczne preparaty odżywcze (44%), często utożsamiane z konkretnymi markami. Dla wielu respondentów to właśnie fizyczny produkt staje się definicją żywienia medycznego.

Interesujący jest fakt, że co trzeci badany (32%) wiąże żywienie medyczne ze specjalną dietą przygotowaną według wytycznych specjalisty.

Warto zwrócić uwagę na postrzeganie żywienia medycznego przez pryzmat zaawansowania choroby:

dla ponad 1/4 respondentów jest to rozwiązanie zarezerwowane dla stanów krytycznych lub opieki paliatywnej. Jednocześnie 26% badanych widzi w nim metodę wsparcia leczenia już od momentu diagnozy.

Żywnienie medyczne jest identyfikowane przez 26% badanych jako żywienie dojelitowe (przez sondę) czy pozajelitowe (dożylnie).

Na marginesie definicji pojawiają się skojarzenia z preparatami proteinowymi (20%) czy suplementami diety bez recepty (10%).

4.3. Kiedy stosować żywienie medyczne?

W świadomości społecznej żywienie medyczne jest silnie sprofilowane jako interwencja nierozzerwalnie związana z najbardziej obciążającymi momentami procesu leczenia.

Wykres 8: Żywnienie medyczne - sytuacje stosowania

W jakich sytuacjach, Pani/Pana zdaniem, stosuje się żywienie medyczne?



Najsilniejszym skojarzeniem sytuacyjnym jest okres po operacjach i hospitalizacji (52%) oraz leczenie onkologiczne (47%).

Analiza głębszych warstw świadomości respondentów ujawnia kilka istotnych mechanizmów:

Podejście reaktywne zamiast proaktywnego: jedynie 13% badanych wskazuje na zastosowanie żywienia medycznego u osób chcących zapobiec niedoborom lub poprawić stan zdrowia. Potwierdza to niską rozpoznawalność idei prehabilitacji – świadomego wzmocnienia organizmu przed planowaną operacją czy chemioterapią, co w medycynie opartej na faktach uznawane jest za standard poprawiający rokowania.

Żywienie medyczne jako „ostatnia deska ratunku”: fakt, że 37% badanych kojarzy żywienie medyczne z „bardzo ciężkimi stanami, gdy inne metody są niemożliwe”, wskazuje na postrzeganie go jako rozwiązania ostatecznego. Taki wizerunek może być barierą psychologiczną – pacjenci mogą obawiać się włączenia preparatów odżywczych, podświadomie kojarząc je z pogorszeniem się ich stanu klinicznego, a nie z formą wsparcia regeneracji.

Zrozumienie specyfiki zmian fizjologicznych: relatywnie wysoki odsetek wskazań dla osób starszych (29%) oraz osób z trudnościami w połykaniu (29%) pokazuje, że pewna część społeczeństwa dostrzega mechaniczne i fizjologiczne bariery w odżywianiu, które wymagają profesjonalnego wsparcia.

Komentarz eksperta



Dr n. med. i n. o zdr. Agnieszka Surwiłło-Snarska
dietetyk

Wyniki badania pokazują, że żywienie medyczne nadal bywa postrzegane jako „koło ratunkowe” stosowane dopiero w stanach krytycznych, a nie jako integralny element terapii wspierający organizm w walce z chorobą. Skrajnie niskie postrzeganie braku apetytu czy istniejącego niedożywienia jako wskazań do interwencji żywieniowej świadczy o tym, że działania podejmowane są często dopiero po wystąpieniu poważnych konsekwencji klinicznych zamiast im zapobiegać. Musimy głośno mówić o tym, że niedożywienie dotyczy aż 1/3 pacjentów już w momencie przyjmowania do szpitala. Czekanie z włączeniem wsparcia do momentu wystąpienia wyniszczenia to błąd.

4.4. Luka w rozumieniu żywienia medycznego

Zestawienie wysokiej rozpoznawalności terminu (75%) z bardzo niskim poziomem zrozumienia jego funkcji (16%) definiuje konkretną lukę edukacyjną.

Wyróżniamy następujące bariery poznawcze:

błędna interpretacja sygnałów: marginalne łączenie braku apetytu (13%) z potrzebą interwencji żywieniowej pokazuje, że spadek łaknienia wciąż uznaje się za „naturalny” element choroby, a nie krytyczny parametr kliniczny wymagający reakcji,

brak myślenia profilaktycznego: wsparcie żywieniowe często wdrażane jest zbyt późno.

Luka ta wynika w dużej mierze z braku systemowego dialogu z pacjentem. Wyzwaniem jest przejście od informowania o „istnieniu” żywienia medycznego do edukacji o jego wpływie na stan odżywienia i pośrednio na proces leczenia i rekonwalescencji. Dopiero zrozumienie, że interwencja żywieniowa to budowanie „zasobów” organizmu do walki z chorobą, pozwoli pacjentom i ich opiekunom na świadome korzystanie z tej formy wsparcia.

DEFINICJA ŻYWIENIA MEDYCZNEGO

Zgodnie z prawem żywienie medyczne należy do kategorii żywności specjalnego przeznaczenia medycznego (ang. Food for Special Medical Purposes – FSMP). Jest to kategoria żywności dedykowana szczególnej grupie konsumentów, jakimi są pacjenci wymagający specjalnego postępowania dietetycznego pod nadzorem lekarskim. Przy czym nie należy FSMP mylić z żywnością zaliczaną do kategorii „Suplementy diety”. Przynależność do kategorii żywności specjalnego przeznaczenia medycznego wymaga obiektywnych uzasadnień naukowych, że stosowanie określonego produktu u pacjentów z ograniczoną, upośledzoną lub zaburzoną zdolnością przyjmowania, trawienia, wchłaniania, metabolizowania lub wydalania zwykłej żywności lub niektórych składników odżywczych zawartych w tej żywności lub jej metabolitach, lub pacjentów z innymi uzasadnionymi medycznie wymaganiami żywieniowymi, przynosi im korzyść nieporównywalną ze stosowaniem zwyczajowej diety (włącznie z tradycyjnymi modyfikacjami jej składu lub konsystencji). Żywienie medyczne może być przeznaczone dla osób niedożywionych lub zagrożonych niedożywieniem.

ROZDZIAŁ



Rekomendacje

5.1. Rekomendacje systemowe i edukacyjne

Wyniki badania pokazują, że jednym z głównych wyzwań w obszarze żywienia w chorobie jest brak spójnej, dostępnej i zrozumiałej komunikacji w odniesieniu do zaleceń żywieniowych. Pacjenci funkcjonują w przestrzeni informacyjnej, w której rzetelna wiedza często przegrywa z uproszczonymi i niezweryfikowanymi przekazami. **Odpowiedzią na to wyzwanie powinna być konsekwentna edukacja i komunikacja oparta na danych naukowych, prowadzona przez wiarygodnych ekspertów oraz uzupełniona jasnym wskazaniem sprawdzonych źródeł informacji.**

Kluczową rolę w ograniczaniu dezinformacji odgrywają lekarze, dietetycy i farmaceuci, których ekspercka wiedza i zaangażowanie edukacyjne stanowią podstawę rzetelnej komunikacji z pacjentami. Na tym fundamencie opierają się również kampanie społeczne, takie jak „**Żywnie medyczne – Twoje posiłki w walce z chorobą**”, które we współpracy z ekspertami i w oparciu o aktualną wiedzę naukową budują świadomość roli żywienia jako integralnego elementu terapii. Działania te odpowiadają bezpośrednio na zidentyfikowaną w badaniu lukę informacyjną i potrzebę uporządkowania przekazu kierowanego do pacjentów.

Ważnym kierunkiem działań jest również wzmocnienie kompetencji pracowników ochrony zdrowia. Rozwój kompetencji przyszłych kadr medycznych stanowi kluczowy element długofalowego przeciwdziałania dezinformacji – to właśnie pracownicy ochrony zdrowia są dla pacjentów pierwszym i najbardziej wiarygodnym źródłem wiedzy o żywieniu. **Warto też pamiętać o kluczowych rozwiązaniach systemowych, jak choćby ustawowym uregulowaniu zawodu dietetyka.**

Znaczenia nabiera współpraca między organizacjami pacjenckimi. **Przykładem takiej inicjatywy jest powołana w lutym 2026 roku Koalicja na rzecz Leczenia Żywieniowego.** Jednym z jej kluczowych wniosków jest wciąż niedostatecznie wykorzystywana rutynowa ocena stanu odżywienia pacjenta. **Koalicja wskazuje na wprowadzenie obowiązkowej oceny stanu odżywienia pacjentów onkologicznych już na etapie diagnozy, w tym w opiece ambulatoryjnej oraz jej regularną aktualizację w trakcie leczenia.** Wczesna, przesiewowa ocena stanu odżywienia – prowadzona już na etapie diagnozy i regularnie powtarzana w trakcie leczenia powinna stanowić standard postępowania i punkt wyjścia do dalszych działań edukacyjnych oraz terapeutycznych. **Kluczowe jest również włączenie oceny stanu odżywienia do elektronicznej Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego.** Wprowadzenie tego rozwiązania miałyby istotne znaczenie nie tylko dla poprawy wyników leczenia, ale również dla ograniczenia chaosu informacyjnego – poprzez oparcie decyzji terapeutycznych na obiektywnej, systemowo zbieranej ocenie stanu pacjenta. **Brak systemowego umocowania powoduje, że ryzyko niedożywienia bywa rozpoznawane zbyt późno lub pomijane w praktyce klinicznej.** O podjęcie działań systemowych, które zapewnią każdemu pacjentowi onkologicznemu obowiązkową ocenę stanu odżywienia już od etapu diagnozy oraz jej powtarzanie na każdym etapie leczenia, niezależnie od miejsca prowadzenia terapii, postuluje też od lat środowisko eksperckie.

Wyniki raportu wskazują, że skuteczne przeciwdziałanie dezinformacji żywieniowej nie może ograniczać się wyłącznie do działań komunikacyjnych, lecz wymaga również wzmocnienia działań edukacyjnych. Obejmują one zarówno podnoszenie kompetencji kadr medycznych, jak i wzmacnianie roli ekspertów w komunikacji z pacjentem. **Spójne, oparte na wiedzy naukowej działania edukacyjne mogą przyczynić się do uporządkowania przekazu żywieniowego oraz ograniczenia wpływu niezweryfikowanych informacji na decyzje zdrowotne pacjentów.**



Dr hab. n med. Aleksandra Kapata – Narodowy Instytut Onkologii im M. Skłodowskiej -Curie w Warszawie, Kierownik Działu Żywienia Klinicznego, Kierownik Kliniki Diagnostyki Onkologicznej i Medycyny Paliatywnej

Raport Fundacji Nutricia pokazał rozbieżność między zaleceniami a rzeczywistością. W naszym kraju co trzecia osoba ocenia swoją wiedzę o żywieniu w chorobie jako niską, a 16% deklaruje, że naprawdę rozumie pojęcie „żywienie medyczne”, mimo że 75% słyszało ten termin. Społeczeństwo postrzega żywienie medyczne głównie jako „ostatnią deskę ratunku”, a nie element terapii od początku leczenia. Źródłem wiedzy dla pacjenta są źródła nieformalne (rodzina, znajomi i social media); a na profesjonalistów wskazuje zaledwie kilka procent respondentów. Niezwykle silna i stale rosnąca jest komponenta AI jako źródła informacji, które powinien przedstawić specjalista. Wreszcie bardzo dobrze ugruntowane w naszym społeczeństwie są mity dotyczące choroby: znaczna grupa respondentów uważa, że w trakcie leczenia raka trzeba przyjmować wysokie dawki suplementów, że eliminacja cukru „zagłodzi raka” i że restrykcyjne diety pomagają zatrzymać nowotwór, a większość rozpoznaje rosół jako potrawę o wysokiej wartości odżywczej.

Dziś jednym z najważniejszych wyzwań staje się nie tylko leczenie choroby podstawowej, ale również stworzenie pacjentowi bezpiecznej przestrzeni informacyjnej, opartej na zasadach Evidence Based Medicine. Oznacza to konieczność budowania systemowych rozwiązań obejmujących edukację pacjentów, wzmacnianie kompetencji personelu medycznego, rozwój opieki dietetycznej oraz rutynową ocenę stanu odżywienia już od momentu diagnozy. Tylko takie podejście pozwoli traktować żywienie nie jako „dodatek” do terapii, ale jako jeden z fundamentów nowoczesnej, kompleksowej opieki medycznej.



Anna Cywińska – Prezes Fundacji Nutricia

Wyniki naszego raportu są jasnym sygnałem, że w dobie szumu informacyjnego rola organizacji takich jak Fundacja Nutricia musi ewoluować z czysto edukacyjnej w stronę aktywnego rzecznika rzetelnej wiedzy medycznej. Skala dezinformacji, z jaką mierzą się pacjenci, pokazuje, że nie wystarczy już tylko dostarczać informacji – musimy systemowo walczyć o to, by żywienie medyczne stało się integralnym, a nie jedynie opcjonalnym elementem terapii. Od 30 lat budujemy mosty między światem nauki a codzienną praktyką pacjenta, wiedząc, że bez zrozumienia roli wsparcia metabolicznego, nawet najnowocześniejsze leczenie traci na skuteczności. Potrzebujemy systemowych rozwiązań edukacyjnych, które sprawią, że wiedza o żywieniu w chorobie przestanie być kwestią intuicji czy przypadku, a stanie się standardem dostępnym dla każdego pacjenta od pierwszego dnia diagnozy.



Iga Rawicka – Fundacja EuropaColon Polska, współzałożycielka Koalicji na rzecz Leczenia Żywnościowego

Jako organizacje pacjenckie codziennie widzimy, jak negatywną siłę ma dezinformacja – lęk towarzyszący diagnozie sprawia, że pacjenci stają się bezbronni wobec prostych, lecz fałszywych obietnic „cudownych terapii i diet”. Obecny chaos informacyjny wymaga od nas radykalnego wzmocnienia roli autentycznych ekspertów w przestrzeni publicznej. Nie możemy pozwalać, by niezweryfikowane opinie internetowe miały taką samą wagę, jak zalecenia lekarza czy dietetyka klinicznego. 12 maja 2026 roku Rada Ministrów przyjęła projekt nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, dzięki temu będzie można m. in. skuteczniej walczyć z działalnością osób podszywających się pod specjalistów medycznych wykorzystujących niewiedzę pacjentów. Dlatego potrzebujemy systemowej edukacji, która nauczy pacjentów krytycznej oceny źródeł i wyposaży ich w wiedzę opartą na faktach naukowych, a nie na emocjach. Tylko rzetelna współpraca środowiska medycznego, organizacji pozarządowych, a także instytucji administracji publicznej pozwoli stworzyć bezpieczny parasol informacyjny, pod którym pacjent będzie mógł skupić się na tym, co najważniejsze – na skutecznym leczeniu i powrocie do zdrowia.

Metodologia badania

Badanie zostało zrealizowane w kwietniu 2026 roku metodą ilościową, z wykorzystaniem techniki CAWI (Computer-Assisted Web Interviewing), czyli ankiety internetowej wypełnianej samodzielnie przez respondentów.

W badaniu zastosowano wystandaryzowany kwestionariusz, który umożliwił zebranie porównywalnych danych dotyczących poziomu wiedzy Polaków na temat żywienia medycznego, źródeł informacji oraz rozpoznawania faktów i mitów związanych z odżywianiem.

Próba badawcza liczyła $N = 1000$ respondentów i miała charakter ogólnopolski. Została dobrana w sposób reprezentatywny dla populacji mieszkańców Polski w wieku 18–65 lat, z uwzględnieniem kluczowych zmiennych demograficznych, takich jak: płeć, wiek, poziom wykształcenia oraz wielkość miejsca zamieszkania.

Patronat honorowy



Patronat merytoryczny



Patronat medialny

