

Renata Żaczek¹, Beata Dobrowolska²

Profilaktyka nadwagi i otyłość w populacji wieku rozwojowego

¹Z Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Krośnie, Zakład Pielęgniarstwa

²Z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa

Problem nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży w ciągu ostatniego dziesięciolecia wyraźnie zaostrzył się. Dramatyczny wzrost występowania nadmiaru masy ciała stwierdza się przede wszystkim wśród ludności krajów wysoko rozwiniętej Europy i Ameryki Północnej i jest on ściśle powiązany ze wzrostem zawartości tłuszczu w pożywieniu oraz równoczesnym zmniejszeniu aktywności fizycznej. Dane statystyczne z ostatnich lat przedstawiają rangę problemu, w Polsce dzieci z nadwagą stanowią 2,5 – 12% populacji rozwojowej, w Europie 6 – 15%, zaś w USA około 25%.

Nadwagę i otyłość w dzieciństwie i okresie dorastania ze względu na powszechne występowanie oraz liczne następstwa (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze) zaliczono do chorób cywilizacyjnych obecnego stulecia. Wobec powyższego zagrożenia bardzo ważną rolę spełnia profilaktyka, która powinna być wdrożona od wczesnego dzieciństwa. Prewencja nadwagi i otyłości jest szansą na osiągnięcie realnych korzyści zdrowotnych i ekonomicznych rozwijających się krajów.

Słowa kluczowe: profilaktyka, nadwaga, otyłość, dzieci, młodzież.

Prophylaxis of overweight and obesity in population of developmental age

The problem of overweight and obesity among children and young people has become more prominent during last ten years. Dramatic growth of body mass excess is found mainly between inhabitants of highly developed countries of Europe and North America and is strictly connected with the increase of fat content in food parallel with decrease of physical activity. Statistics from the last years show the gravity of the problem, in Poland children suffering overweight constitute 2,5 – 12% of developmental population, in Europe 6 -15% whereas in USA about 25%.

Taking into consideration common occurrence and numerous consequences (diabetes, hypertension) overweight and obesity during childhood and adolescence have been recognised as diseases associated with the progress of civilization of this century. Regarding above-mentioned risk prophylaxis, which should be implied from early childhood, is of high importance. Prophylaxis of overweight and obesity is a chance for developing countries for achieving real health and economic benefits.

Key words: prophylaxis, overweight, obesity, children, young people

Problem nadwagi i otyłości u dorosłych został rozpoznany już dawno temu i szybko stał się istotnym problemem medycznym, socjalnym i ekonomicznym [1, 2]. Jednak w ostatnich latach

liczba osób z nadwagą i osób otyłych wzrosła znacznie na całym świecie, a XXI wiek określa się czasem ogólnoświatowej epidemii otyłości i nadwagi. Światowa Organizacja Zdrowia (World He-

alth Organization) uznała otyłość za jeden z najważniejszych zagrożeń zdrowia publicznego z powodu znaczącej korelacji pomiędzy otyłością a chorobami przewlekłymi, do których należą m.in. choroba wieńcowa, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca [3, 5].

Coraz częściej w piśmiennictwie ukazują się także doniesienia o stale zwiększającej się liczbie otyłych dzieci, ten trend obserwuje się zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. W ciągu ostatnich lat zaobserwowano 2–3-krotny wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży w większości krajów świata [2, 4]. Otyłość wieku dziecięcego jest bardzo istotnym problemem medycznym, bowiem wpływa ona niekorzystnie na wszystkie elementy zdrowia fizycznego i psychospołecznego dziecka. Staje się także niekwestionowanym czynnikiem ryzyka patologicznej otyłości w wieku dorosłym, wyższej chorobowości i umieralności z powodu chorób układu krążenia i innych zaburzeń zdrowia [6,7].

Określenie granicy między prawidłową a nieprawidłową masą ciała, między nadmiarem masy bez znaczenia patologicznego a otyłością jako chorobą jest trudne i wymaga dokładnej analizy i rzetelnych pomiarów. WHO zaleca, aby do określenia zaburzeń masy ciała stosować dwa rodzaje mierników: miernik otłuszczenia ciała (np. pomiar fałdu skórno-tłuszczowego w różnych częściach organizmu) lub mierniki masy ciała (np. BMI – Body Mass Indeks – Queteleta), które są określane na podstawie pomiarów antropometrycznych. Ustalenie punktów krytycznych dla nadwagi i otyłości w populacji wieku rozwojowego jest złożone, bowiem w przypadku dzieci i młodzieży wskaźnik BMI spada do 6 roku życia, a po 6 roku życia wzrasta. Ustalenie zatem granic wskaźnika BMI w populacji wieku rozwojowego jest trudne ze względu na zmiany budowy organizmu i proporcji tkanek mięśniowych i tłuszczowych. Zostały zaproponowane dwie procedury aproksymacyjne: określenie punktów krytycznych za pomocą siatki percentylowej lub za pomocą rozkładu normalnego. Według pierwszej metody przyjmuje się, że punktami krytycznymi u dzieci jest 97 percentyl (otyłość) i przedział między 90 a 97 percentylem (nadwaga). Druga metoda określana jako metoda LMS Cole'a polega na ustaleniu punktów krytycznych dla każdego rocznika młodzieży poniżej 18 roku życia za pomocą wartości odpowiadającej wielkości odchylenia standardowego dla wartości BMI równych 90 i 97 percentylowi [3, 6, 9].

Nadmiar masy ciała w granicach 10–25% określany jest jako nadwaga, zaś otyłością nazywa się nadmiar masy ciała przekraczający 25% w stosunku do wieku i płci określonej z odpowiednich siatek percentylowych. Otyłość nabywana jest najczęściej z powodu niewłaściwego odżywiania się i braku aktywności fizycznej. Jest to zaburzenie równowagi między spożyciem a wydatkowaniem energii i nosi nazwę otyłości prostej (pierwotnej) [8, 9].

Etiopatogeneza otyłości jest wieloczynnikowa, uwzględnia się predyspozycje genetyczne, czynniki behawioralne i środowiskowe. Uważa się, że u podłoża otyłości prostej leżą głównie czynniki środowiskowe: nadmierne spożywanie pokarmów, wzrost spożycia słodkich napojów, częste i obfite posiłki, łatwość zakupu żywności gotowej do spożycia typu *fast food* o dużej zawartości tłuszczu, ograniczenie spożywania warzyw i owoców oraz wzrost konsumpcji słodczy (batonów). Istotny jest też sposób spędzania wolnego czasu przez dzieci i młodzież, który w obecnej dobie polega na oglądaniu telewizji, wideo, przesiadywaniu przed komputerem. Znacznie natomiast zmniejszyła się ilość czasu spędzanego na czynnym wypoczynku na świeżym powietrzu [3, 4, 6, 9].

Stwierdzono, że u młodzieży w wieku 12–17 lat każda dodatkowa godzina dziennie spędzona przed telewizorem wiąże się ze wzrostem występowania otyłości o 2% [3].

Na szczególną uwagę zasługuje problem nadwagi i otyłości w wieku dojrzewania, doprowadzający do problemów psychologicznych, od niezadowolenia z własnego ciała, narastającego stresu do rozwijających się zaburzeń behawioralnych (anoreksja, bulimia, obżarstwo). Okres dojrzewania jest punktem zwrotnym w początku rozwoju otyłości i chorób z nią związanych w dalszym życiu [5, 6].

Dane epidemiologiczne dotyczące częstości występowania nadwagi i otyłości ciągle wskazują tendencję wzrostową. Publikowane w 2003 roku doniesienia wskazywały na występowanie nadwagi u 6–15 % dzieci w Europie, około 25% w Stanach Zjednoczonych, zaś w Polsce u 2,5–12% (Oblacińska A., Wrocławek M., Ustymowicz-Farbiszewska J, 2000) [2].

Z badań NHANES prowadzonych w USA w latach 1999–2000 zaobserwowano, że u 30% dzieci i młodzieży w wieku 6–19 lat występuje nadwaga lub otyłość. W Europie także obserwuje się stale zwiększanie odsetka dzieci z nadwagą. Zwłaszcza problem narasta w państwach Europy Południowej, gdzie nadwagę ma około 20–25%

dzieci, w krajach Europy Północnej ten odsetek jest mniejszy i wynosi 10–20%. W Polsce problem ten również zaznacza się w sposób istotny. Badania z 1995 roku prowadzone u dzieci 7–15-letnich stwierdzały otyłość u 1,8 – 3,5% chłopców i 1,5–4,1% dziewcząt, zaś nadwagę u 4,3–5,1% chłopców i 4,3–6,4% dziewcząt. Wykonane w ostatnich latach wielośrodkowe badania w grupie dzieci w wieku 7–9 lat wykazały już nadwagę u 15,4% dzieci, w tym otyłość u 3,6% [3].

Europejski Kongres Otyłości, który odbył się w czerwcu w Atenach w 2005 roku informował, że ludzi otyłych jest na świecie 300 mln i ten proces ma tendencję wzrostową [3]. Stwierdzany wyraźny związek pomiędzy otyłością u dzieci a jej późniejszym występowaniem u dorosłych budzi przerażenie. Szeroko zakrojony problem nadmiaru masy ciała wymaga zatem rozważnego działania w zakresie profilaktyki.

Profilaktyka jest tańsza i łatwiejsza niż leczenie dlatego w pierwszej kolejności działania należy ukierunkować na tę sferę. Powinna ona obejmować:

- promowanie zdrowego stylu życia,
- promowanie aktywności fizycznej,
- prowadzenie edukacji z zakresu żywienia w szkołach,
- prowadzenie kampanii informacyjnej na etykietach o wartości energetycznej produktów spożywczych,
- stosowanie odpowiednich reklam produktów spożywczych, zwłaszcza dla dzieci,
- promowanie spędzania mniejszej liczby godzin przed telewizorem/komputerem [2, 3].

Stawiając czoła problemowi nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży należy w pierwszej mierze rozpocząć od edukacji, bowiem jest ona podstawowym fundamentem promowania zdrowego stylu życia. Obecne wysiłki wielu krajów w celu zredukowania liczby ludzi z nadwagą skoncentrowały się na edukacji społeczeństwa, w tym dzieci i młodzieży. Uczestnicy kursów żywieniowych uczą się m. in. prawidłowo odczytywać skład spożywanych produktów, korzystać z informacji na etykietach oraz redukować ilość przyjmowanych tłuszczów. Dąży się także do ograniczania sklepów z tanim i tłustym pożywieniem, oraz podejmuje się „walkę” z panującą modą w społeczeństwie na korzystanie z restauracji typu *fast – food*, które są również obecne w większości szkół w Stanach Zjednoczonych [13].

Wśród argumentów przemawiających za prowadzeniem edukacji żywieniowej przez pielęgniarkę w szkole wymienia się m.in.:

- prawidłowe żywienie jest podstawowym czynnikiem fizycznego rozwoju,
- zachowania żywieniowe ukształtowane w dzieciństwie mają decydujący wpływ na sposób żywienia w dalszym życiu,
- nieprawidłowości żywieniowe mogą być przyczyną różnych zaburzeń w późniejszym życiu,
- odpowiednie żywienie powinno kompensować niski poziom aktywności fizycznej,
- regularne spożywanie posiłków (głównie śniadania) sprzyja lepszemu samopoczuciu,
- dzieci są bardziej podatne na wpływ reklam produktów żywieniowych, np. słodczy, chipsów itd.,
- nastolatki ulegają modzie na szczupłą sylwetkę – stąd zagrożenie anoreksją, bulimią, a u chłopców na męską „fizyczność” – stąd zagrożenie spożywania odżywek, a nawet steroidów anabolicznych [10].

Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży powinna skupiać się na przekazaniu wiedzy z zakresu zasad prawidłowego żywienia, do których zalicza się:

- spożywanie co najmniej trzech posiłków w umiarkowanej wielkości,
- w każdym posiłku należy spożywać produkty zbożowe, takie jak: pieczywo ciemne, płatki, kasze, makarony, ziemniaki,
- spożywać warzywa i owoce do każdego posiłku, a także między nimi,
- spożywać co najmniej dwie pełne szklanki mleka (najlepiej chudego), tyle samo kefiru i jogurtu oraz 1–2 plasterków sera,
- spożyć jedną z porcji do wyboru: ryby, drobiu, fasoli lub mięsa,
- spożywać 1 łyżkę stołową oleju lub oliwy oraz nie więcej niż jedną łyżeczkę margaryny miękkiej,
- wypijać wodę mineralną i naturalne soki warzywne i owocowe – nie mniej niż 1 litr,
- starać się unikać nadmiaru soli, cukru, białego pieczywa i alkoholu [14].

Nie bez znaczenia w tych działaniach okazuje się rola pielęgniarki jako edukatora w zakresie promocji zdrowia, bowiem pielęgniarka pracująca w podstawowej opiece zdrowotnej może wpływać na kształtowanie prozdrowotnego stylu życia, który w istotny sposób chroni przed rozwojem nadwagi, a następnie otyłości poprzez eliminowanie czynników środowiskowych. Edukacja żywieniowa stanowi podstawowy element edukacji zdrowotnej, którą powinna realizować pielęgniarka. Podjęte w tym zakresie czynności będą miały

istotny wpływ na ukształtowanie właściwych preferencji żywieniowych wśród populacji wieku rozwojowego. Niewłaściwie wykształcone od dzieciństwa wadliwe nawyki żywieniowe są wręcz niemożliwe w wieku późniejszym do wyeliminowania, zaś na pewno gwarantują powstanie otyłości pochodzenia alimentacyjnego w wieku dojrzałym.

Warto podkreślić, iż rangę problemu zagrożenia nadwagą i otyłością dostrzegło Ministerstwo Zdrowia, które przyjęło do realizacji Narodowy Program Zapobiegania Otyłości. Zawarte są w nim skoordynowane działania mające na celu poprawę profilaktyki i leczenia otyłości osób dorosłych, kobiet ciężarnych, a także dzieci i młodzieży [11]. Przede wszystkim jednak problem ten znalazł odzwierciedlenie w celach operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia. Mówi o tym cel nr 4: poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości [12]. Dzięki temu istnieje gwarancja podejmowania działań wielosektorowych, których skuteczność w zapobieganiu otyłości jest znacznie większa.

PIŚMIENNICTWO

1. Sanjay Kinra, Robert P Nelder ang Gill J Lewendon.: *Deprivation and childhood obesity: a cross sectional study of 20 973 children in Plymouth*, United Kingdom. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54; 456–460; downloaded from jech.bmj.com on 3 July 2007.
2. Szadkowska A., Bodalski J., *Epideie XXI wieku – otyłość i cukrzyca: prewencja i leczenie w wieku rozwojowym*, *Polska Medycyna Rodzinna* 2003; 5; 3; 317–325.
3. Marcie B. Schneider, MD, Susan R., Brill, MD., *Otyłość u dzieci i młodzieży*, *Pediatrics po Dyplomie* vol.10 nr 3; 06, 2006; 38–47
4. Sybilski A. J., Tolak K., Wolniewicz A., Suchcicka M., *Nadwaga, otyłość a aktywność fizyczna powyżej przeciętnej uczniów klas gimnazjalnych*, *Pediatrics Polska*, tom 82, nr 11. 11, 2007, 864–867.
5. Inge Lissau, PhD; Mary D. Overpeck, DrPH; W. June Ruan, MA; Pernille Due, MD; Bjorn E. Holstein, MSS., *Body Mass Index an Overweight in Adolescents in 13 European Countries, Israel, and the United States*, *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004; 158: 27–33; downloaded from at Akademia Medyczna in Lublin, on July 19, 2007.
6. Supranowicz P., *Względna trafność samooceny sylwetki i wskaźnika BMI (Body Mass Index)*. *Roczn. PZH*, 2003; 54; nr 3; 301–309.
7. Hyżyk A, Romankow J, Moliński K., *Ocena stanu wysycenia witaminą C organizmu dzieci otyłych*, *Ped Pol* 2003;1: 15–19.
8. Lange A, Starostecka E, Graliński S., *Otyłość dziecięca*, *Klin Ped* 2001;9 (2):295–297.
9. Socha P, Socha J., *Otyłość prosta i możliwość jej zapobiegania*, *Ped Pol* 2003;1: 7–13.
10. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, PWN Warszawa 2008.
11. Czekalski S., Krzyżanowska-Swiniarska B., Lewiński A., Milewicz A. I wsp., *Narodowy Program Zapobiegania i Leczenia Otyłości*. *Endokrynologia Polska*, 2000, 51, 591–616.
12. Narodowy Program Zdrowia na lata 2006–2015 – www.mz.gov.pl, 07.01.2006.
13. Mastelarz, Jasik M., *Utrata masy ciała zapobiega rozwojowi cukrzycy*, *Diabetyk* 7/2005 (117), 6.
14. Gaja M., *Zrzucamy niechciane kilogramy. Po pierwsze człowiek*; nr 44/12/12; 8–9 .

Renata Żaczek
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
Zakład Pielęgniarstwa
Ul. Kazimierza Wielkiego 6
38–400 Krosno

Praca wpłynęła do Redakcji: 4 sierpnia 2008
Zaakceptowano do druku: 22 sierpnia 2008