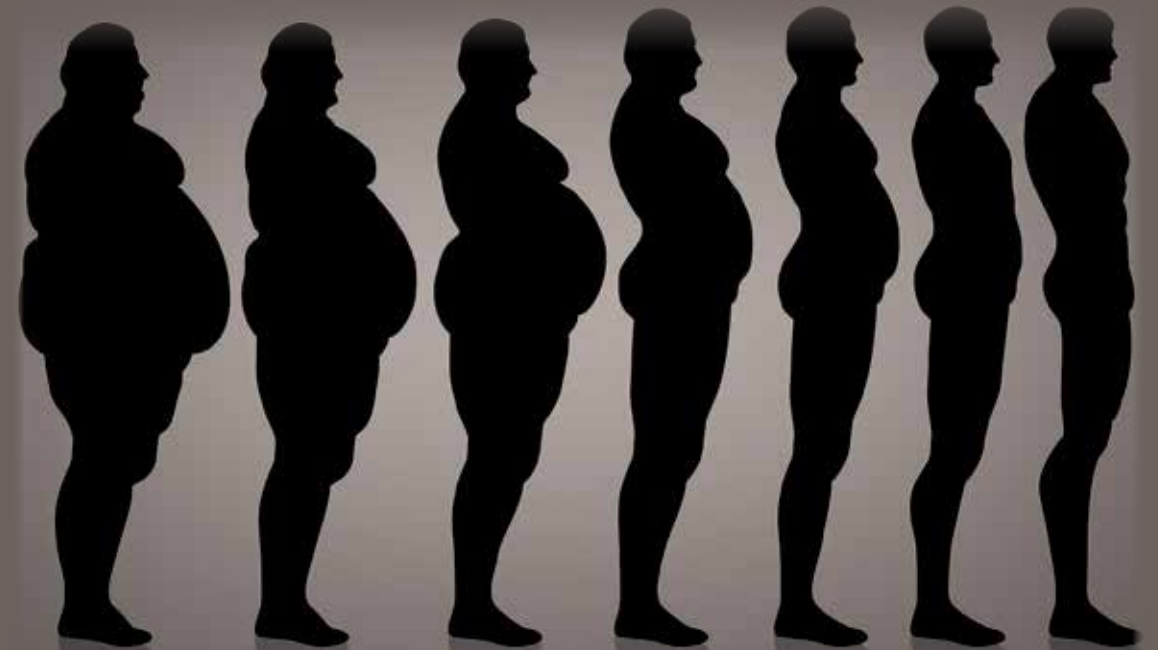


ZESZYTY NAUKOWE nr 50



**OTYŁOŚĆ JAKO ROSNĄCY PROBLEM
SPOŁECZEŃSTWA**

ISBN 978-83-87492-90-8

**Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu
w Łomży**

2013



Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży

Seria:

Zeszyty Naukowe

nr 50

Tytuł:

**Otyłość jako rosnący problem
społeczeństwa**

Łomża 2013

**WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU W ŁOMŻY
ACADEMY OF AGROBUSINESS IN ŁOMŻA**

Tytuł: *Otyłość jako rosnący problem społeczeństwa*

Title: *Obesity is a growing problem of society*

KOMITET REDAKCYJNY

Dr inż. Andrzej Borusiewicz
Dr n. hum. Jolanta Łodzińska
Mgr inż. Marek Pawłowski
Dr inż. Piotr Ponichtera
Mgr Paulina Zabielska

RADA NAUKOWA

Prof. zw. dr hab. Zofia Benedycka (Łomża)
Prof. zw. dr hab. Povilas Duchovskis (Wilno – Litwa)
Prof. nadzw. dr hab. Roman Engler (Łomża)
Prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Gomuła (Łomża)
Prof. zw. dr hab. n. med. Ida Kinalska (Białystok)
Prof. zw. dr hab. Leonid Kompanets (Łódź)
Prof. zw. dr hab. Czesław Miedziałowski (Białystok)
Prof. dr John Mulhern (Cork – Irlandia)
Prof. nadzw. dr hab. n. med. Jacek Ogródnik (Warszawa)
Dr n. med. Waldemar Pędziński (Łomża)
Gen. prof. zw. dr hab. n. med. Jan Krzysztof Podgórski (Warszawa)
Prof. zw. dr hab. Franciszek Przała (Olsztyn)
Prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski (Łomża)
Prof. dr Knut Schuttemeyer (Glauchau - Niemcy)
Plk d. n. med. Sławomir Skrzyński (Warszawa)
Plk dr n. med. Stanisław Sosnowski (Bydgoszcz)
Dr n. med. Jarosław Szymczuk (Białystok)
Prof. nadzw. dr hab. Sławomir Teclaw (Bydgoszcz)
Prof. zw. dr hab. n. med. Eugeniusz Tiszczenko (Grodno – Białoruś)
Dr n. hum. Jolanta Łodzińska (Łomża)
Dr n. med. Maria Wilińska (Warszawa)

RECENZENCI

Prof. zw. dr hab. n. med. Eugeniusz Tiszczenko
Dr n. med. Waldemar Pędziński
Dr n. hum. Jolanta Łodzińska

Skład wykonano z gotowych materiałów dostarczonych przez Autorów.
Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za dostarczony materiał graficzny.

**ISSN 2300-3170
ISBN 978-83-87492-90-8**

**Copyright © by Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Łomża 2013**

Wszelkie prawa zastrzeżone. Publikowanie lub kopiowanie w części lub w całości
wyłącznie za zgodą Wydawcy.

Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży
18-402 Łomża, ul. Studencka 19
Tel. +48 (86) 216 94 97, fax +48 (86) 215 11 89
E-mail: rektorat@wsa.edu.pl

SPIS TREŚCI

1. Barbara Banaś, Jan Urban	
Częstość występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży w powiązaniu z nawykami żywieniowymi i aktywnością fizyczną	5
2. Dorota Błyszczek, Zbigniew Puchalski, Joanna Szware - Woźniak	
Otyłość – opieka pielęgnacyjna po operacjach bariatrycznych	19
3. Dorota Dzwonkowska, Ida Kinalska	
Rola błonnika w diecie a nadciśnienie tętnicze	31
4. Danuta Gulanowska, Alicja Palczewska	
Rola edukacji zdrowotnej w profilaktyce otyłości wśród młodzieży	43
5. Bożena Kozikowska, Jan Urban, Dorota Kukowska	
Wpływ odchudzania na przebieg cyklu płciowego u dziewcząt	53
6. Renata Lach, Szymczuk Jarosław, Kukowska Dorota	
Profilaktyka otyłości wśród dzieci i młodzieży	67
7. Mariola Prostek, Kinalska Ida	
Otyłość czynnikiem etiologicznym dolegliwości bólowych kręgosłupa	79
8. Ewa Rupacz, Mirosława Urban	
Nawyki żywieniowe młodzieży licealnej w wybranych szkołach w Ostrołęce.....	91
9. Brygida Wnuk, Andrzej Gomuła, Joanna Szware - Woźniak	
Otyłość – problem społeczny.....	103
10. Małgorzata Biała, Jolanta Łodzińska	
Typowe problemy zdrowotne młodzieży szkolnej w praktyce pielęgniarstwa.....	113
11. Ewa Kamińska, Jolanta Łodzińska	
Problemy żywieniowe dorosłych w aspekcie występowania otyłości na podstawie badań przeprowadzonych wśród mieszkańców gminy Rzewnie	123
Regulamin nadsyłania i publikowania prac w Zeszytach Naukowych WSA	136
Wymagania wydawnicze - Zeszyty Naukowe WSA	138
Procedura recenzowania prac naukowych nadsyłanych do publikacji w Zeszytach Naukowych Wyższej Szkoły Agrobiznesu	139
Załącznik nr 1 - oświadczenie autora	140
Załącznik nr 2 - deklaracja konfliktu interesów	141

CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA NADWAGI I OTYŁOŚCI U DZIECI I MŁODZIEŻY W POWIĄZANIU Z NAWYKAMI ŻYWIENIOWYMI I AKTYWNOŚCIĄ FIZYCZNĄ

Barbara Banaś, Jan Urban

Streszczenie

Problem nadwagi i otyłości jest coraz częściej spotykany zarówno w krajach zamożnych, jak i rozwijających się. Szczególnie wzrost częstości występowania tego zjawiska u dzieci i młodzieży jest powodem dramatycznych konsekwencji dla rozwoju psychofizycznego młodego pokolenia oraz powodem wielu chorób w wieku dorosłym. Głównymi czynnikami sprzyjającymi rozwojowi tej choroby są przede wszystkim złe nawyki żywieniowe oraz brak aktywności fizycznej. Pociąga to za sobą poważne następstwa zdrowotne i kluczowy problem w zakresie zdrowia publicznego w wielu krajach, w tym również Polski.¹

Celem pracy było zbadanie częstości występowania otyłości i nadwagi w powiązaniu z aktywnością fizyczną i nawykami żywieniowymi wśród dzieci i młodzieży w wieku 12- 15 lat z Zespołu Szkół w Pułtusk.

Słowa kluczowe: otyłość, nadwaga, aktywność fizyczna, nawyki żywieniowe

Title

The prevalence of overweight and obesity in children and adolescents
in connection with the eating habits and physical activity

Abstract

The problem of overweight and obesity is becoming more common both in rich countries and developing countries. Especially increase in the incidence of this phenomenon in children and adolescents is the reason dramatic consequences for physical and mental growth of the young generation and the cause of many diseases in adulthood.

The main factors contributing to the development of this disease are mainly bad eating habits and lack of physical activity. This entails serious health consequences and a key issue in public health in many countries, including Polish.

The aim of this study was to investigate the prevalence of obesity and overweight in conjunction with physical activity and eating habits among children and adolescents aged 12 to 15 years of the School of Humanities.

Keywords: obesity, overweight, physical activity, eating habits

¹ M. Marcysiak, *Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna uczniów klas sportowych i ogólnych w Ustrzykach Dolnych*, Problemy pielęgniarstwa 2009, 17, 3, s 217.

Klasyfikacja otyłości

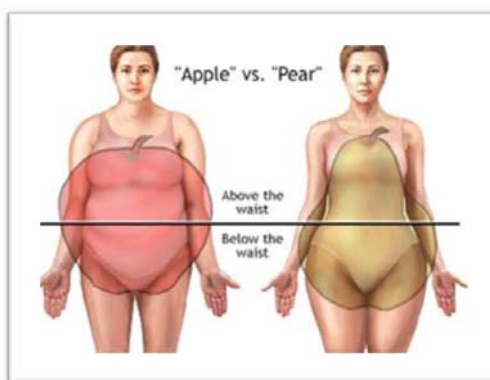
Otyłość charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem morfologicznym, dlatego w literaturze podejmowane są próby usystematyzowania. Obecnie aktualnych jest kilka różnych podziałów otyłości. Spośród wybranych można wymienić dwa podziały Ciborowskiej, która uważa, że u osób o prawidłowej masie ciała tkanka tłuszczowa nie przekracza 20% wagi u kobiet i 10% u mężczyzn. U osób otyłych nierzadko stanowi 50% masy ciała. Wyróżnia między innymi otyłość pierwotną- prostą oraz wtórną.²

D. Włodarek wyróżnia **otyłość hiperplastyczną** polegającą na zwiększaniu ilości tłuszczu w komórkach tłuszczowych, wykształconych na skutek systematycznego przekarmiania w dzieciństwie.

Drugi rodzaj otyłości według Włodarka to **otyłość hipertroficzną**, powstającą na skutek powiększania istniejących komórek tłuszczowych, gdzie komórka tłuszczowa zwiększa się do 1,2 mikrograma. Otyłość ta jest schorzeniem nabytym w późniejszym okresie życia, które można usunąć poprzez odpowiednią dietę połączoną z wysiłkiem fizycznym.³

Typ ginoidalny (typ gruszki) występujący najczęściej u kobiet, w którym nadmiar tkanki tłuszczowej zlokalizowany jest na brzuchu, pośladkach, biodrach, udach, na wznoszących się i często na sutkach.

Typ androidalny (typ jabłka), w którym nadmiar tkanki zlokalizowany jest w okolicy jamy brzusznej oraz na klatce piersiowej, ramionach, karku i podbródku. Charakteryzuje się zwiększonym stosunkiem obwodu talii do obwodu bioder, predysponuje do rozwoju cukrzycy t.2. Jest to typ najczęściej występujący u mężczyzn.⁴



Rys. 1. Typy otyłości, jabłko, gruszka
<http://www.zdrowie.med.pl/>

Spośród przyczyn powstania otyłości wymienione są zarówno predyspozycje genetyczne jak i środowiskowe (zwyczaje i postawy żywieniowe). Sprzyjającym czynnikiem jest niewłaściwa dieta, obfitująca w tłuszcze zwierzęce i węglowodany. Nie bez znaczenia

² H. Ciborowska, *Dietetyka, Żywnienie zdrowego i chorego człowieka*, Warszawa 2004, s.396.

³ D. Włodarek, *Edukacja prozdrowotna*, Warszawa 2003, s. 141.

⁴ D. Włodarek, *Edukacja prozdrowotna*, Warszawa 2003, s. 141.

jest siedzący tryb życia i brak aktywności fizycznej. Kolejnym czynnikiem predysponującym do otyłości są złe nawyki żywieniowe, takie jak podjadanie między posiłkami wysokoenergetycznych produktów, przejadanie się wieczorem, picie słodkich napojów, dodawanie do potraw tłustych sosów. Ważne jest też, w jaki sposób się odżywiamy, niewskazane jest jedzenie w pośpiechu. Aby eliminować czynniki sprzyjające otyłości i nadwadze dziecka należy zadbać o prawidłowy sposób odżywiania się matki w czasie ciąży, a także o sposób karmienia dziecka w pierwszym roku życia.⁵

Regulacja uczucia głodu i sytości oparta jest na sieci wzajemnych powiązań: układu hormonalnego (insulina, hormony płciowe, glikokortykosterydy, glukagon i in.), substancji regulacyjnych (leptyny, neuropeptyd Y, endorfiny, galanina), enzymów oraz neuroprzekaźników (serotonina, dopamina, noradrenalina). Jakikolwiek zaburzenia powstałe na każdym z tych etapów mogą prowadzić do zaburzeń odżywiania.

Do czynników zwiększających ryzyko otyłości zaliczyć należy również przebyte choroby i stosowane leki, głównie psychotropowe, kortykosteroidy, czy antyhistaminowe, jak również wiek pojawienia się nadwagi oraz towarzyszące temu okoliczności (problemy rodzinne, szkolne).⁶

Determinanty środowiskowe

Otyłość jest w dużej mierze skutkiem działania czynników środowiskowych. Zjawisko występowania otyłości w krajach zachodnich w ostatnich latach nasiliło się zbyt gwałtownie, by mogło być spowodowane wyłącznie czynnikami biologicznymi.⁷

Helena Ciborowska do podstawowych przyczyn otyłości prostej zalicza następujące czynniki środowiskowe:

- nadmierne spożywanie wysokoenergetycznej żywności (tłuszczu, cukru), związane ze zwyczajami żywieniowymi,
- pojadanie między posiłkami,
- siedzący tryb życia,
- rodzaj zawodu,
- czynniki emocjonalne.

Ponadto, istotną rolę w gromadzeniu tkanki tłuszczowej odgrywają także czynniki związane z cyklem życiowym, jak ciąża, proces starzenia się organizmu.⁸

ZDROWOTNE KONSEKWENCJE NADWAGI I OTYŁOŚCI

W większości przypadków otyłość wieku rozwojowego staje się, po latach, otyłością ludzi dorosłych, a wraz z przedłużaniem czasu jej trwania, powstają poważne powikłania skracające czas życia pacjentów.⁹

Ponadto, uważa się, że u 2/3 nastolatków z nadwagą lub otyłością stwierdza się

⁵ D. Włodarek, *Edukacja prozdrowotna*, Warszawa 2003, s. 143-145.

⁶ A. Oblacińska, H. Weker, *Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży*, Kraków 2008, s.

⁷ Shaw K., O'Rourke P., Del Mar C. i wsp.: Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, 2, CD003818. DOI: 10.1002/14651858.pub2

⁸ H. Ciborowska, *Dietetyka, Żywnienie zdrowego i chorego człowieka*, Warszawa 2004, s.397.

⁹ P. Fichna, B. Skowrońska, *Otyłość oraz zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży* Family Medicine & Primary Care Review 2008, 10, 2: 269–278

przynajmniej jeden składnik zespołu metabolicznego, a u prawie 1/3 z nich można rozpoznać pełny zespół. Wśród dzieci z zespołem metabolicznym aż ok. 80% ma nadmierną masę ciała. Wczesne występowanie komponentów zespołu X, takich jak: hiperinsulinemia (z insulinopornością) i hiperglikemia prowadzą w konsekwencji do rozwoju zaburzeń gospodarki węglowodanowej i cukrzycy typu drugiego. Jest to zjawisko coraz częściej zauważalne wśród dzieci.¹⁰

U dziewcząt otyłość może spowodować zaburzenia miesiączkowania, a u chłopców zaburzenia dojrzewania płciowego i ginekomastię. Predysponuje także do rozwoju stłuszczenia wątroby ze stanem zapalnym, będącego przyczyną nieodwracalnej niewydolności tego narządu w przyszłości. Powikłaniem otyłości jest również niedomykalność zastawki płucnej, która może nawet spowodować śmierć otyłego dziecka nieprawidłowo oddychającego podczas snu.¹¹

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Aktywność ruchowa jest czynnikiem modelującym w sposób najbardziej korzystny stan morfologiczny i funkcjonalny organizmu, a także kształtującym cechy psychiczne”.¹²



Rys. 2 Aktywność fizyczna:<http://kobietamag.pl>

Sprawność fizyczna to pojęcie odnoszące się do ogółu możliwości i umiejętności człowieka w wykonywaniu wszelkich czynności ruchowych. Sprawnym fizycznie jest ten, kto potrafi efektywnie wykonywać różnorodne zadania motoryczne w sposób poprawny, gwarantujący osiągnięcie zamierzonego celu, bez nadmiernego wysiłku i w miarę szybko. W wychowaniu fizycznym, przez sprawność ruchową rozumie się stan aktualnych umiejętności ruchowych lub sumę nawyków ruchowych. Podstawową cechą tak rozumianej

¹⁰ Obuchowicz A. *Epidemiologia nadwagi i otyłości –narastającego problemu zdrowotnego w populacji dzieci i młodzieży*. Endokrynologia, Otyłość Zaburzenia Przemiany Materii 2005, 1, 3: 9-12.

¹¹ tamże

¹² T. Kasperczyk, *Poziom sprawności i aktywności fizycznej a zdrowie*. Nowa Medycyna 2000, 108, 12, s. 88-90.

sprawności jest jej wszechstronność.¹³

Otyłość sprzyja ograniczaniu aktywności ruchowej. Otyły unika ruchu, który sprawia mu trudność i męczy go. Traci przez to możliwości spontanicznego rozwoju sprawności fizycznej, która rozwija się także poprzez codzienną aktywność ruchową. Otyli unikają sportu, gdyż obciążenia związane z treningiem sportowym są dla nich zbyt ciężkie, a z drugiej strony trener dążąc do wychowania zawodnika uzyskującego wysokie wyniki sportowe, najczęściej rezygnuje z „inwestowania” w osobę otyłą. Otyły często staje się obiektem kpin rówieśników. Ma to szczególnie miejsce w czasie ćwiczeń. Starając się unikać sytuacji stresujących, stroni od aktywności fizycznej, przez co nie tylko zmniejsza swoją sprawność i wydolność fizyczną, ale powoduje narastanie otyłości. Otyli charakteryzują się obniżonym poziomem sprawności fizycznej. Jest to nie tylko obiegowa opinia. Potwierdzają ją badania dzieci i młodzieży z nadwagą. Mała aktywność ruchowa dodatkowo utrwała lub powiększa te niedobory sprawności.¹⁴

ZACHOWANIA ŻYWIENIOWE

Odpowiednio zbilansowana dieta w przypadku dzieci ma kluczowe znaczenie dla rozwoju psychoruchowego. To właśnie w tym okresie ma ona największy wpływ na sprawne krótko- i długofalowe funkcjonowanie człowieka w przyszłości. W wypadku fazy rozwoju biologicznego organizmu niedostateczna podaż pokarmów niesie ze sobą negatywne konsekwencje, niemniej jednak pozytywne bilansowanie zapotrzebowania na energię także stanowi czynnik ryzyka.¹⁵

Realizacja prawidłowych norm żywienia zalecanych dla dzieci w okresie szkolnym i młodzieży zapewnia prawidłowy rozwój fizyczny i psychiczny, dobre wyniki w nauce. Należy brać pod uwagę odpowiedni wiek i aktywność fizyczną aby zapewnić odpowiednie dostarczenie energii.

Wskazane jest, aby młodzież spożywała od 4 do 5 posiłków dziennie. Ważne są II śniadania w szkole, które powinny składać się z pieczywa, dodatku białkowego, warzyw (np. pomidora, papryki) i owoców sezonowych. Nie zaleca się na II śniadania słodkiego pieczywa, ciastek i innych słodczy. W szkole powinna być możliwość otrzymania napojów mlecznych lub owocowych.¹⁶

Warto podkreślić, że pojadanie między posiłkami może spełniać również pozytywną rolę, jeśli weźmie się pod uwagę, że produkty powinny:

- mieć małą zawartość kalorii, tłuszczu i mieć niski indeks glikemiczny (o relatywnie dużej zawartości węglowodanów złożonych),
- mieć umiarkowaną zdolność hamowania apetytu na kolejny posiłek,
- być spożywane tylko wówczas, gdy wyraźnie występuje uczucie głodu,
- być atrakcyjne dla uczniów pod względem smakowym i estetycznym.¹⁷

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY

¹³ A. Oblacińska, I. Tabak, *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi?* Warszawa 2006, s. 23.

¹⁴ A. Oblacińska, I. Tabak, *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi?* Warszawa 2006, s. 23.

¹⁵ Bryl W., Pupek-Musialik D. *Otyłość i zespół metaboliczny. Od teorii do praktyki.* Gdańsk 2007, s. 79-88

¹⁶ H. Ciborowska, *Dietetyka. Żywnie zdrowego i chorego człowieka.* Warszawa 2004, s.204.

¹⁷ M. Jarosz, *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia.* IŻŻ Warszawa 2008, s. 249-250.

Badania zostały przeprowadzone we wrześniu 2012 roku, wśród 78 uczniów Zespołu Szkół nr 2 w Pułtusk, po wcześniejszym uzyskaniu zgody zarówno od badanych jak i dyrekcji.

Badaniem objęto uczniów ze szkoły podstawowej (56%) i gimnazjum (44%) wchodzących w skład Zespołu Szkół. Wzięło w nim udział 37 dziewcząt (47%) i 41 chłopców (53%).

Wiek uczniów, którzy wzięli udział w badaniu to przedział od 12 do 16 lat. Najwięcej uczniów (55%) było w wieku 12 lat, to uczniowie z klas VI-tych. W klasie szóstej uczy się jedno dziecko w wieku 13 lat. Wśród uczniów gimnazjalnych, 32 osoby są w wieku 15 lat, natomiast dwoje ma lat 16.

Większość respondentów (72%) to uczniowie zamieszkujący tereny miejskie. Problem otyłości i nadwagi w rodzinach badanych uczniów występuje w 29%.

WYNIKI BADAŃ

W badanej grupie dzieci wyodrębniono cztery grupy osób z:

- Niedowagą,
- Prawidłową masą ciała,
- Nadwagą,
- Otyłością.

Tab. 1. Stopień odżywienia w badanej populacji. Źródło Wyniki badań własnych.

Niedowaga	Prawidłowa masa ciała	Nadwaga	Otyłość
30- 38,46%	33- 42,31%	15- 19,23%	0- 0

W celu ustalenia związku, czy istnieje korelacja pomiędzy nadwagą u dzieci i młodzieży a miejscem zamieszkania stwierdzono, iż spośród piętnastu dzieci, u których stwierdzono nadwagę 11(73,3%) z nich pochodzi z miasta, natomiast 4 osoby (26,7%) to respondenci zamieszkujący tereny wiejskie.

Analizie poddano również wpływ występowania problemu otyłości i nadwagi w rodzinie badanych dzieci. Z czego, według badań można wnioskować, iż otyłość i nadwaga w rodzinie wywiera znamienny wpływ na rozwój młodej populacji. Badania pokazują, że z 9 (60%) spośród 15 przypadków nadwagi u dzieci ten problem występuje rodzinnie.

SPOSÓB ŻYWIENIA BADANEJ GRUPY NA PODSTAWIE OCENY WYBRANYCH METOD

Uzyskanie informacji o tym, jakie zwyczaje żywieniowe ma badana populacja, co spożywa i w jakich ilościach, jest trudne.

Jak wynika z tabeli 2 spośród 78 badanych uczniów Zespołu Szkół w Pułtusk nie odnotowano osób spożywających tylko jeden posiłek dziennie, a tylko dwóch chłopców, jeden z kl. VI i jeden z kl. III spożywają dwa posiłki dziennie. 15,38% chłopców z klasy VI podaje zjadanie trzech posiłków dziennie, tyle samo dziewcząt z kl. III zjada tych posiłków pięć. Powyżej pięciu posiłków dziennie zjadają uczniowie kl. III, równo- 2 chłopców i 2 dziewczynki (po 2,56%).

	1 posiłek	2 posiłki	3 posiłki	4 posiłki	5 posiłków	Powyżej 5
Kl. III Chł.		1	2	7	3	2
Kl. III Dz.			2	3	12	2
Kl. VI Chł.		1	12	9	3	1
Kl. VI Dz.			10	7	1	

Tab.2. Ilość zjadanych posiłków z podziałem na płeć i klasę.

Źródło: Wyniki badań własnych

Podstawą racjonalnego żywienia dziecka i nastolatka to regularne spożywanie śniadań, które umożliwiają realizację zapotrzebowania na energię i niezbędne składniki odżywcze. Kluczową rolę w tym procesie odgrywają oczywiście rodzice, mądrze realizujący podstawową potrzebę człowieka jaką jest m.in. dostarczenie pożywienia.¹⁸ Śniadanie jest źródłem białka, wapnia, żelaza, witamin C, A i innych niezbędnych minerałów, powinno również dostarczać 25-30% dziennego zapotrzebowania na energię.

Sposób żywienia dzieci i młodzieży ulega pogorszeniu wraz z wiekiem i rozpoczęciem nauki w szkole. Może to być wynikiem nieracjonalnego rozkładu zajęć w szkole, czy też stopniowego usamodzielniania się dzieci w sferze wyboru produktów spożywczych.

Przeprowadzona analiza pozwala stwierdzić, że:

- regularne spożywanie śniadań odnotowano u 46,15% (n=36) z niewielką przewagą uczniów kl. VI (52,78%- 19 osób),
- 42,31% (n=33) dzieci przed wyjściem do szkoły posiłki zjada czasami, z czego dwa razy więcej dzieci z kl. VI- 22 osoby (66,67%),
- bez śniadania wychodzi dziewięcioro dzieci (11,54%), z przewagą gimnazjalistów- 66,67%.

	Zawsze	Czasami	Nigdy
Klasa III Chł	7	4	4
Klasa III Dz	10	7	2
Klasa VI Chł	13	13	0
Klasa VI Dz	6	9	3

Tab.3. Spożycie śniadań z uwzględnieniem klasy i płci

Źródło: Wyniki badań własnych

Głównym posiłkiem spożywanym przez dzieci jest tzw. ciepły posiłek czyli obiad. W 85,90% (n=67) przypadkach spożywany jest codziennie, troje uczniów ciepły posiłek zjada rzadko (3,85%), natomiast 10,26% badanych dzieci zjada czasami. Odsetek uczniów deklarujących spożywanie ciepłego posiłku zawsze, był zdecydowanie wyższy w kl. VI (56,72%) niż w kl. III (43,28%). Nie stwierdzono istotnego wpływu płci na częstotliwość spożywania ciepłego posiłku. Cieszy fakt, że nie odnotowano nawet jednej osoby, która nie je takiego posiłku nigdy.

Do podjadania między posiłkami z różną częstością przyznało się 94,87% badanych uczniów. Respondenci w 20,50% podjadają między posiłkami zawsze, z czego niewielka

¹⁸ J. Łodzińska, Rodzina fundamentem rozwoju i wychowania człowieka, Studia nad Rodziną Nr 30-31, 2012, Łomianki 2012, s. 122.

przewaga u badanych płci żeńskiej. Znamiennej różnicę stwierdzono natomiast w stosunku co do wieku, gdzie codzienne pojadanie pomiędzy posiłkami zadeklarowało 11 osób z kl. III gimnazjum (68,75%). Z kolei niewielki odsetek (5,23%) badanych (n=4), nie podjada nigdy.

	Zawsze	Czasami	Rzadko	Nigdy
Klasa III Chł	7	6	1	0
Klasa III Dz	4	12	3	1
Klasa VI Chł	2	17	7	0
Klasa VI Dz	3	7	5	3

Tab. 4. Podjadanie między posiłkami z podziałem na klasy i płeć

Źródło: Wyniki badań własnych.

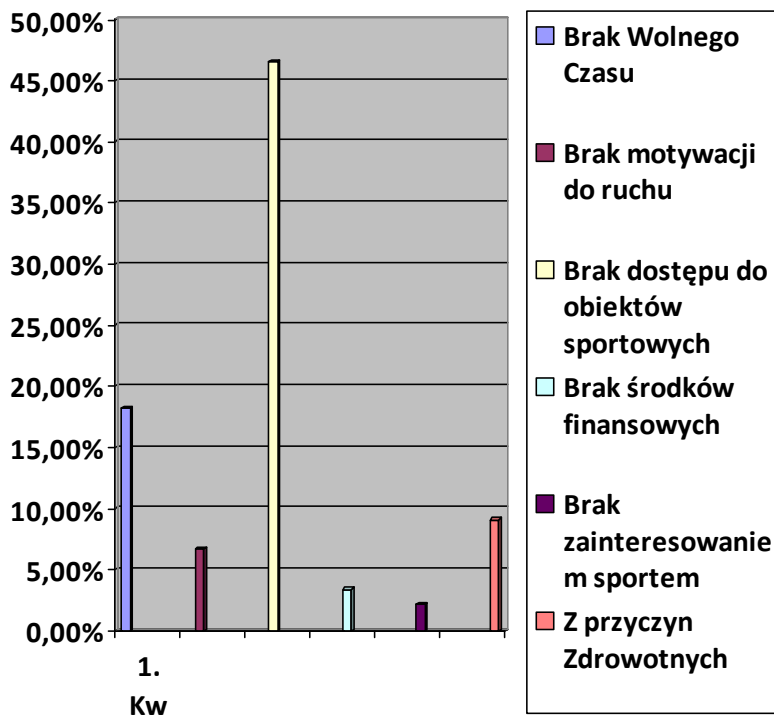
CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ I JEJ ZWIĄZEK Z WYSTĘPOWANIEM NADWAGI I OTYŁOŚCI

W większości przypadków dzieci cechowała średnia aktywność fizyczna, według odpowiedzi ankietowych połowa badanych (47,44%) sport uprawia średnio raz na tydzień. Dzieci bardzo aktywnych było 33,33% (n=24), natomiast mało aktywnych 19,23% (n=15).

Można wnioskować, iż brak aktywności fizycznej koreluje z występowaniem nadwagi, mianowicie u sześciu z 15 osób, u których występuje nadwaga odnotowano brak lub małą aktywność fizyczną co daje 40%.

Sportem, który w większości uprawiają uczniowie to gry zespołowe. 44,87% (n=35) dzieci w ten sposób aktywnie spędza czas. Na drugim miejscu jest pływanie- 28,21%, taniec- 15,38% oraz sztuki walki- 7,69%. Tylko trzy osoby spośród 78 badanych nie uprawia żadnego sportu co daje 3,85%.

Najczęstszą przyczyną uniemożliwiającą uprawianie sportu badanych uczniów to brak wolnego czasu. Aż 46 osób podała taką przyczynę, co stanowi 58,97% całej badanej grupy. Częstym problemem uniemożliwiającym aktywność fizyczną jest brak dostępu do obiektów sportowych, co czwarta osoba nie ma możliwości skorzystania z takich miejsc. Szczegółowe wyniki przedstawiono poniżej.



Rys. 1. Powody uniemożliwiające uprawianie sportu
Źródło: Wyniki badań własnych

Stwierdzono wzrost odsetka osób biernie spędzającego czas wolny wraz z wiekiem. Młodzież z klasy gimnazjalnej w większości (67,65%; n=23) czas wolny spędza biernie, natomiast u dzieci z klasy VI podstawowej kształtuje się na równym poziomie i wynosi po 50%.

DYSKUSJA

Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie opublikował dane dotyczące częstości występowania nadwagi i otyłości u dzieci w europejskich krajach wysokorozwiniętych po 2000 roku, z których wynika, że problem dotyczy ponad 20% dzieci europejskich, natomiast w USA odsetek sięga aż 35%. Analizie poddano badania z ostatnich trzydziestu lat, gdzie niepokoi dynamika narastania otyłości u dzieci w Polsce. Wśród dziewcząt obserwuje się dziesięciokrotny wzrost (z 0,35% do 3,4%), z kolei u chłopców trzykrotny (z 1% do 2,8%). W tym samym czasie w USA nastąpił trzykrotny wzrost częstości otyłości (z 4% do 15%).

W Polsce w 2009 roku częstość występowania nadwagi i otyłości u dziewcząt w wieku od 1 do 18 r.ż. wynosiła około 14,5%, a u chłopców 19,9%. Leczenie otyłości i jej powikłań, przedwczesne wykluczenie ze świadczenia pracy w związku z niepełnosprawnością, a także wczesna umieralność są powodem istotnego obciążenia

budżetów państw całego świata.¹⁹

W badaniach uwzględnionych w niniejszej pracy i przeprowadzonych w grupie 12 i 15 letnich dzieci z Zespołu Szkół w Pułtuskach kryterium nadwagi stanowił wskaźnik BMI oraz siatki centylowe odpowiadające grupie wiekowej i płci ankietowanych. Zgodnie z tymi kryteriami stwierdzono nadwagę u 19,23% dzieci. Nadmiar masy ciała dominuje wśród uczniów klasy III Gimnazjum (odpowiednio 7,697%- dziewczęta i 5,13%- chłopcy), jest to dwukrotnie więcej niż u uczniów klasy VI Podstawowej, gdzie nadwagę odnotowano tylko u dwóch dziewcząt (2,56%) i u trzech chłopców (3,85%).

Młodzież ze wsi, podobnie jak młodzież z miasta, spędza przed telewizorem wiele godzin oraz nieracjonalnie się odżywia, a w porównaniu z rówieśnikami z miasta charakteryzuje się mniejszą aktywnością fizyczną ze względu na brak dostępu do obiektów sportowych.

W badaniach przeprowadzonych w Instytucie Matki i Dziecka w 2005 roku stwierdzono, że odsetek uczniów w wieku 13–15 lat z nadmiarem masy ciała (nadwagą i otyłością) był większy w mieście niż na wsi (odpowiednio 14,4% i 12,6%), natomiast odsetek osób otyłych w mieście i na wsi był identyczny i wynosił 4,5%. Na wsi stwierdzono przy tym więcej otyłych chłopców niż w mieście, a w mieście więcej otyłych dziewcząt niż na wsi.²⁰

Dzieci z Zespołu Szkół w Pułtuskach, u których stwierdzono nadwagę w 73,30% pochodzą z miasta, natomiast cztery osoby (26, 70%) to respondenci zamieszkujący tereny wiejskie. Dlatego można jednoznacznie stwierdzić, iż problem ten dotyczy w większości miasta.

Na tle różnych badań, z których jednoznacznie wynikają nieprawidłowości zachowań żywieniowych wśród dzieci i młodzieży, uczniowie z Zespołu Szkół w Pułtuskach wypadają niezadawalająco. Do podjadania między posiłkami przynajmniej aż 94,87% badanych z czego w większości są to gimnazjaliści. Zadawalające wydaje się jedynie spożycie owoców i warzyw, zadeklarowanych przez 66,67% respondentów. Połowa uczniów spożywa mleko i produkty mleczne, zaś niepokojąco niski odsetek (14,10%) deklaruje spożycie ciemnego pieczywa i kasz. Zasady zdrowego odżywiania badani uczniowie stosują czasami w 52,56%. Po produkty typu fast food sięgają zazwyczaj sporadycznie w 44,87%.

Do zachowań antyzdrowotnych, oprócz nieprawidłowego odżywiania można zaliczyć niską aktywność fizyczną. Fakt ten niepokoi szczególnie w aspekcie zdrowia najmłodszego pokolenia. Analiza wyników HBSC dotyczących wypoczynku i aktywności fizycznej wykazała, że młodzi ludzie niechętnie uprawiają sport. Zaledwie 38,5% chłopców i 22,6% dziewcząt oświadczyło, że uprawia sport minimum godzinę dziennie przez co najmniej 5 dni w tygodniu. Z badań ankietowych wynika, że młodzież znacznie chętniej spędza czas (2–3 dniennie) na oglądaniu telewizji (45,3% chłopców i 49% dziewcząt).²¹

Najczęstszą przyczyną uniemożliwiającą uprawianie sportu jaką podawali uczniowie to brak wolnego czasu. Aż 46 osób podała taką przyczynę, co stanowi 58,97% całej badanej grupy. Stwierdzono wzrost odsetka osób biernie spędzającego czas wolny wraz z wiekiem. Młodzież z klasy gimnazjalnej w większości (67,65%) czas wolny spędza przed komputerem, telewizorem.

¹⁹ M. Leźnicka, D. Kurylak, *Program Edukacyjno – Lecznicy na Rzecz Zmniejszenia Częstości Występowania Nadwagi i Otyłości u Dzieci i Młodzieży w Województwie Kujawsko – Pomorskim*. Departament Zdrowia. Toruń, 2012 r. s.4

²⁰ A. Oblacińska, I. Tabak, *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi?* Warszawa 2006, s. 15

²¹ Micun I. *Zachowania zdrowotne uczniów Gimnazjum w Sokółce*. W: Krajewska-Kułał E., Szczepeński M., Łukaszuk C., Lewko J. (red.). *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne: od poczęcia do starości*

Aż 80,77% uczniów podanych badaniu zdaje sobie sprawę, iż brak ruchu lub mała aktywność fizyczna wpływa na występowanie nadwagi i otyłości. Według badanych główną rolę odgrywa odżywianie, 83,33% z nich uważa, że nieprawidłowe odżywianie ma największy wpływ na występowanie nadwagi i otyłości. Czynniki, które mają bezpośredni wpływ na występowanie schorzenia to odpowiednio: genetyczne- 29,49%, problemy zdrowotne- 28,21%, stres- 25,64%.

Ze względu na wpływ jaki wywiera wysiłek fizyczny na metabolizm tkanki tłuszczowej, powinien on stanowić jeden z zasadniczych elementów leczenia otyłości stosowanych obok leczenia dietetycznego.²²

WNIOSKI

1. Problem występowania otyłości wśród dzieci i młodzieży dotyczy również badanej populacji tzn. ucz. klas VI PSP i III PG w Pułtusk. Odnotowano 19,23% osób z nadwagą.
2. Odsetek uczniów z otyłością w porównaniu do innych badań epidemiologicznych jest porównywalny.
3. Żywnienie ma wpływ na występowanie otyłości w badanej grupie, istnieje korelacja pomiędzy nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi a występowaniem nadwagi i otyłości.
4. Występowanie otyłości ma związek z aktywnością fizyczną uczniów.
5. Pomimo świadomości żywieniowej posiadanej przez dzieci istnieje nadal potrzeba ciągłej edukacji na temat zasad zdrowego żywienia (lekcje tematyczne, prezentacje, udział w konkursach i projektach o charakterze prozdrowotnym)
6. Wychowanie zdrowotne powinno mieć na celu nie tylko przekazywanie wiedzy na temat zasad zdrowego żywienia , ale również rozwijanie umiejętności wykorzystania tej wiedzy w praktyce.
7. Uporządkowaniu musi ulec czas i proporcje spożywanych posiłków. W trakcie dnia spożywane powinny być trzy większe posiłki i dwa mniejsze. Szczególna uwagę należy zwrócić na rozpoczynanie przez dziecko dnia od śniadania.
8. Ważne jest promowanie zdrowego żywienia poprzez stworzenie możliwości z korzystania ze stołówki szkolnej, stosującej odpowiednią dietę oraz dostęp do zdrowych, niskocukrowych produktów dostępnych dla uczniów w sklepikach, czy automatach na terenie placówki oświatowej.
9. Wskazana jest odpowiednia organizacja zajęć dydaktyczno-wychowawczych podczas pobytu dziecka w szkole, zapewniająca uczniom odpowiednią ilość ruchu poprzez obowiązkowe oraz dodatkowe zajęcia sportowe.
10. Należy monitorować masy ciała dzieci poprzez okresowe pomiary i porównanie z odpowiednimi normami, mające na celu wczesne rozpoznanie nadwagi lub otyłości i podjęcie odpowiednich działań.
11. Istotne jest dbanie o prawidłowy rozwój emocjonalny i psychiczny uczniów, prowadzenie zajęć na temat radzenia sobie ze stresem, który często jest przyczyną tzw. „ucieczki w jedzenie”, której konsekwencją jest nadmierna masa ciała.
12. Kreowanie właściwych nawyków spędzania wolnego czasu poza szkołą poprzez promowanie ruchu zwłaszcza na świeżym powietrzu oraz ograniczenie przebywania

²² Wojtyła A, Biliński P, Bojar I, Wojtyła K. *Aktywność fizyczna młodzieży gimnazjalnej w Polsce*. Probl Hig Epidemiol 2011, 92(2): 339

przed telewizorem lub komputerem, edukacja prozdrowotna rodziców (warsztaty dla rodziców, udział w projektach, spotkaniach i pogadankach).

Literatura

1. Baghi D., Preuss H. G.: Obesity. Epidemiology, Pathophysiology, and Prevention, Boca Raton 2007.
2. Bonneau D., Moncla P., Amati P., i wsp.: Les syndromes genetiques avec obesite. Mt. Endocrinol. 2000; 2: 56–63.
3. Bryl W., Pupek-Musialik D. Otyłość i zespół metaboliczny. Od teorii do praktyki. Gdańsk 2007, s. 79-88.
4. Bryl W., Hoffman K.: Otyłość w młodym wieku – epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. Przew Lek 2006, 9: 91-95.
5. Buczek S. Leczyć czy zapobiegać otyłości u dzieci?. Medycyna Rodzinna 1/2003, 35-37.
6. Chłodzińska-Kiejna S.: Nadużycia seksualne wobec dzieci a zaburzenia odżywiania. Nowiny Psychol 1995;2:105-25.
7. Ciborska H.: Dietetyka, Żywnienie zdrowego i chorego człowieka, Warszawa 2004, s. 396.
8. Cole TJ. The LMS method for constructing normalized growth standards. Eur J Clin Nutr 1990; 44: 45-60.
9. Czech A.: Otyłość- ujęcie oparte na dowodach, Terapia,5 (2005), s. 166.
10. Drzewoski J. Otyłość – choroba przewlekła. Diabetyk 2004, 1(99), 7-9.
11. Felińczak A, Hama F.: Występowanie zjawiska nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży we Wrocławiu, Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 1, s. 14.
12. Fichna P., Skowrońska B.: Otyłość oraz zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży Family Medicine & Primary Care Review 2008, 10, 2: 269–278.
13. Gawęcki J., Hasik J.: Żywieniu człowieka zdrowego i chorego t. 2, Warszawa 2007, s.71-77.
14. Ignasiak Z., Sławińska T., Januszewski A.: Otluszczenie ciała a sprawność motoryczna młodzieży w okresie pokwitania. Nowa Med., 2000; 7 (12): 65-67.
15. Jarosz-Chobot P., Otto-Buczowska E., Polańska J.: Otyłość jako czynnik ryzyka dla wystąpienia zaburzeń metabolicznych. Prz Lek 2001;58(10): 908-13.
15. Jarosz M.: Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazów-ki dotyczące zdrowego stylu życia. IŻŻ Warszawa 2008, s. 249-250.
16. Jarosz M., Kłosiewicz-Latoszek L. Otyłość – zapobieganie i leczenie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2009 Warszawa, s.10-25, s. 32-58.
17. Kasperczyk T.: Poziom sprawności i aktywności fizycznej a zdrowie. Nowa Medycyna 2000, 108, 12, s. 88-90.
18. Kershaw EE, Flier JS. Adipose tissue as an endocrine organ. J Clin Endocrinol Metab 2004; 89: 2548–2556.
19. Kołodziejska D, Telewizja wpływa na rozwój dziecka. Edukacja i dialog 2002, 3: (136).
20. Komosińska K., Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne związane z żywnieniem u młodzieży szkolnej w Polsce w latach 1990-1998. Żywnienie Człowieka i Metabolizm, 2001; 28(1): 17-30.

21. Krzyżanowska – Świniarska B.: Otyłość prosta. (w:) Choroby Wewnętrzne. (red.) Szczeklik A. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2005, t. 1, s. 1222 – 1225.
22. Leźnicka M., Kurylak D.: Program Edukacyjno– Lecznicy na Rzecz Zmniejszenia Częstości Występowania Nadwagi i Otyłości u Dzieci i Młodzieży w Województwie Kujawsko – Pomorskim. Departament Zdrowia. Toruń, 2012, s.4.
23. Lisik W.: Stan kliniczny chorych zakwalifikowanych do chirurgicznego leczenia otyłości. Diabetol Pol 2003, 10, 2.
24. Łodzińska J., Rodzina fundamentem rozwoju i wychowania człowieka, Studia nad Rodziną, Nr 30-31, 2012, Łomianki 2012, s. 109-131.
25. Makara- Studzińska M., Buczyjan A, Moryłowska J.: Jedzenie – przyjaciel i wróg. Zdr Publ 2007;117(3), s. 396.
26. Marcysiak M.: Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna uczniów klas sportowych i ogólnych w Ustrzykach Dolnych, Problemy pielęgniarstwa 2009, 17, 3, s 217.
27. Marcysiak M., Zagroba M.: Aktywność fizyczna a zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży powiatu ciechanowskiego, Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (2): 176–183.
28. Mazur A.: Epidemiologia nadwagi i otyłości u dzieci na świecie, w Europie i w Polsce, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie. Rzeszów 2011, 2, s. 160.
29. Mazur A., Szymanik I., Matusik P. i wsp.: Rola reklam i mediów w powstawaniu otyłości u dzieci i młodzieży. Endokrynologia. Otyłość. Zaburzenia przemiany materii. 2006; 2(1):18-21.
30. Micun I. Zachowania zdrowotne uczniów Gimnazjum w Sokółce. W: Krajewska-Kułał E., Szczepański M. (red.). Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne: od poczęcia do starości. Białystok 2007; 1: 164–168.
31. Sikorska-Wiśniewska G.: Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży, Kraków 2007, 6 (55), s. 71.
32. Oblacińska A., Jadcowska M.: Otyłość u polskich nastolatków, epidemiologia, styl życia, samopoczucie. IŻŻ Warszawa 2007, s. 42.
33. Oblacińska A., Weker H.: Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży, Kraków 2008, s. 65.
34. Oblacińska A., Tabak I.: Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? Warszawa 2006, s. 23.
35. Obuchowicz A. Epidemiologia nadwagi i otyłości –narastającego problemu zdrowotnego w populacji dzieci i młodzieży. Endokrynologia, Otyłość Zaburzenia Przemiany Materii 2005, 1, 3: 9-12.
36. Ogińska-Bulik N.: Psychologia nadmiernego jedzenia. Łódź, 2004, s. 11-24.
37. Ogińska-Bulik N.: Pułapki jedzenia. Style i charaktery, 2007, 2, 14-16.
38. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999. s. 41.
39. Pietrzykowska E., Wierusz-Wysocka B. Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się Pol. Merk. Lek., 2008, XXIV, s. 473.
40. Sikorska-Wiśniewska G.: Nauka. Technologia. Jakość, 2007, 6 (55), s. 72.
41. Suchocka Z.: Otyłość- przyczyny i leczenie, Biul. Wyd. Farm. AMW, 2003, 1, s. 1- 17.
42. Stunkard A.J., Wadden T.A.: Psychological aspects of severe obesity. Am. J. Clin. Nutr., 1992, 55, s.532.
43. Szatkowska A, Bodalski J. Otyłość u dzieci i młodzieży. Przewodnik Lekarza Przew

Lek 2003, 6, 9: 54-58.

44. Shaw K., O'Rourke P., Del Mar C. i wsp.: Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, 2.
45. Szymocha M., Bryła M., Maniecka-Bryła I., Epidemia otyłości w XXI wieku, Zdrowie Publiczne 2008, 119 (2), s. 207-212.
46. Tatoń J., Czech A., Bernas M.: Epidemiologia otyłości. Otyłość zespół metaboliczny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 42-60.
47. Tatoń J., Czech A., Bernas M.: Genetyczne podstawy etiologii otyłości. Otyłość zespół metaboliczny. Warszawa, 2007, s. 26-350.
48. 48. Palczewska I., Niedźwiedzka Z. Siatki centylowe do oceny rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży. Zakład Rozwoju Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka. Warszawa 1999.
49. 49. Przybylska D., Kurowska M., Przybylski P.: Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej, Hygeia Public Health 2012, 47(1), s. 32.
50. 50. Pupek-Musialik D.: Otyłości zespół metaboliczny. Od teorii do praktyki. ViaMedica, Gdańsk 2007: 79-87.
51. 51. Wajszczyk B., Charzewska J., Chabros E., Rogalska-Niedźwiedz M., Chwojnowska Z., Fabiszewska J. Jakościowa ocena sposobu żywienia młodzieży w wieku pokwitania. Probl. Hig. Epidemiol. 2008; 89 (1): 85–89.
52. Wądołowska L. Żywnienie człowieka a zdrowie publiczne, Warszawa 2009, s.219-235.
53. Włodarek D.: Edukacja prozdrowotna, Warszawa 2003, s. 141.
54. Wojtyła A., Bliński P., Bojar I., Wojtyła K.: Aktywność fizyczna młodzieży gimnazjalnej w Polsce. Probl. Hig. Epidem. 2011, 92(2), s. 336.
55. Zahorska-Markiewicz B. Otyłość, Poradnik dla lekarzy. Kraków: Arch-Plus; 2002.
56. Zubrzycka E.: Schudnąć bez diety. Mity na temat nadwagi, Gdańsk 2005, s.
57. Żuralska R., Gaworska-Krzemińska A., i wsp. Styl żywienia młodzieży szkolnej. W: Krajewska-Kułak E., Szczepański M. (red.). Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne: od poczęcia do starości. Białystok 2007; 1: 190–194.

Internet:

Cetnarski J.: Nadwaga, otyłość i BMI, <http://domenazdrowia.pl> z dnia 13. 04.2012 r
Oblacińska A., Tabak I.: Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością, <http://www.imid.med.pl>, z dnia 27.01.2012 r.
<http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=5EF11553&view=null>
[19.04.2013 r.]

Autorzy:

Barbara Banaś - lic. piel.

Jan Urban - prof. zw. dr hab. n. med., Pracownik naukowy WSA

OTYŁOŚĆ – OPIEKA PIELĘGNIACYJNA PO OPERACJACH BARIATRYCZNYCH

Dorota Błyszczek, Zbigniew Puchalski, Joanna Szwarc - Woźniak

Streszczenie

Otyłość osiągnęła skalę epidemii i jest odpowiedzialna za wiele chorób. Właściwe leczenie powinno obejmować zalecenia dietetyczne, zwiększenie aktywności fizycznej, modyfikacje zachowań oraz farmakoterapie. W leczeniu należy także uwzględnić choroby towarzyszące otyłości. Otyłość jest chorobą trwającą do końca życia, jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze czy alkoholizm. Ostatnie lata przynoszą dynamiczny rozwój chirurgii bariatrycznej i coraz częstsze stosowanie technik laparoskopowych we wszystkich typach operacji. Różny stopień otyłości, liczne choroby współistniejące o różnym stopniu ich zaawansowania z jednej strony sprzyjają konieczności indywidualnego podejścia podczas kwalifikacji i wyboru sposobu operacji, z drugiej wymagają uzgodnień. Konieczne są interdyscyplinarne uzgodnienia z uwzględnieniem woli chorego. Rozwój chirurgii bariatrycznej jako stosunkowo młodej i dynamicznie rozwijającej się chirurgii metabolicznej, ma ogromną przyszłość, gdyż liczba otyłych na świecie wzrasta w zastraszającym tempie, a leczenie zachowawcze jest długotrwałe, uciążliwe i daje niezadowalające wyniki.

Pielęgniarska opieka okołoperacyjna ma szczególnie wpływ na proces leczenia, od jej poziomu zależy samopoczucie psychiczne i stan fizyczny chorego. Pielęgniarka w okresie tym daje choremu to, czego on naprawdę potrzebuje – bezpieczeństwa, profesjonalnego i skutecznego działania, informacji, szacunku i uznania dla siebie i swoich bliskich.

Słowa kluczowe: otyłość, operacje bariatryczne, opieka pielęgniarska, otyłość brzuszna

Title

Obesity - home care after bariatric surgery

Abstract

Obesity has reached epidemic proportions and is responsible for many diseases. Appropriate treatment should include dietary advice, increased physical activity, behavior modification and pharmacotherapies. The treatment should also consider comorbidities of obesity. Obesity is a disease until the end of life, such as diabetes, hypertension or alcoholism. Recent years have brought rapid development of bariatric surgery and the increasing use of laparoscopic techniques in all types of operations. Varying degrees of obesity, numerous comorbidities with varying degrees of sophistication on the one hand contribute to the need for individual approach during qualifying and the choice of operations, on the other hand require arrangements. Interdisciplinary arrangements are necessary taking into account the will of the patient. The development of bariatric surgery as a relatively young and rapidly developing metabolic surgery has a great future, as the number of obese in the world is

increasing at an alarming rate, and conservative treatment is lengthy, burdensome and gives disappointing results.

Perioperative nursing care has a particular impact on the healing process, since it depends on the level of mental health and physical condition of the patient. The nurse in this period gives the patient what he really needs - safety, professional and effective action, information, respect and appreciation for yourself and your loved ones.

Keywords: obesity, bariatric, nursing, obesity

Epidemiologia na świecie i w Polsce

Problem otyłości najwcześniej zauważony został w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, gdzie podczas ubiegłych 20 lat nastąpiło dramatyczne zwiększanie osób z otyłością.²³ W Europie otyłość rozpoznano u 15-20% a w liczbach całkowitych nadwagę i otyłość stwierdzono u 60 milionów mieszkańców Europy.

W Azji, po raz pierwszy w historii, liczba osób z nadwagą i otyłością zrównała się z osobami o prawidłowej masie ciała i wynosi ona około 2,1 miliarda.

W Polsce według badań NATPOL przeprowadzonych w 2003 roku prawie u 6,8 miliona ludzi występuje otyłość. Problem nadwagi i otyłości dotyczy 49% kobiet i 54% mężczyzn.²⁴

Podstawowe czynniki warunkujące otyłość

Główną przyczyną otyłości jest dodatni bilans energetyczny. Czynniki etiologiczne wywołujące otyłość można podzielić na czynniki:

- Genetyczne
- Żywieniowe
- Środowiskowe
- Neuroendokryne
- Idiomatyczne

Do powstanie otyłości przyczynia się bierny styl życia, który wiąże się przede wszystkim z niewystarczającą aktywnością fizyczną i nadmiarem przyjmowania tłuszczu. Osoby prowadzące siedzący tryb życia są znacznie bardziej narażone na problem z figurą niż ludzie aktywni, u kobiet ryzyko zwiększa się aż ośmiokrotnie, natomiast u mężczyzn czterokrotnie.²⁵

Podział otyłości i wskaźnik BMI

Podstawowym wskaźnikiem do określenia nadwagi jest BMI (z ang. *Body Mass Index*). Wskaźnik ten wykazuje relacje między masą ciała, a wzrostem danej osoby. Oblicza się go dzieląc masę ciała poddaną kilogramach przez wielkość wzrostu podniesionego do kwadratu. **BMI= aktualna masa ciała (kg) / wzrost (m)²**²⁶

²³ Paśnik K: *Miejsce chirurgii w leczeniu otyłości*.Lek.Wojs.2006;82(4):247-250

²⁴ www.natpol.pl

²⁵ Sporad K.; Krajeńska – Walasek M.; *Krótką charakterystyka genetycznych uwarunkowań otyłości- jak wpaść na trop właściwego rozpoznania*. *Pediatra Polska* 2007;8(82) 593-606

²⁶ Dadan J;Iwacewicz P.;Hady Pady.; *Nowe trendy w chirurgii bariatrycznej. Wideochirurgia i inne techniki mało inwazyjne*. 2008; 66-70

Przyjmuję się, że osoby powyżej 25 kg/m², a do 29,9 kg/m² mają nadwagę. Natomiast jeżeli wskaźnik wynosi równo i powyżej 30kg/m² mówi się już o otyłości.

Otyłość powyżej 40kg/m, czyli olbrzymią nazywa się również otyłością patologiczną i wskazują się ją do leczenia chirurgicznego. Również otyłość olbrzymia kwalifikuje się do leczenia chirurgicznego jeżeli współlistnieją z nią dwie choroby powiązane z otyłością m. in.: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, duszność, bezdech senny.

Dwa podstawowe typy otyłości, które wynikają z pomiaru obwodu tali do obwodu okolicy krętarzowej. Pierwszy typ to otyłość androidalna (zwana też otyłością typu „jabłko”, centralnie brzuszna, czy trzewną).

Drugi typ nazywany jest otyłością ginoidalną (inaczej typu gruszki, czy pośladkowo-udowa) i występuje zwłaszcza u kobiet.²⁷

Powikłania leczenia chirurgicznego

Poniżej zaprezentowana jest lista najczęstszych powikłań dla różnych zabiegów bariatrycznych. Nie są to wszystkie możliwe powikłania i w przyszłości pacjent może mieć powikłania, których aktualnie nie jesteśmy świadomi. Do najczęściej spotykanych powikłań zalicza się

- nieszczelność i wyciek z linii zszywek,
- uszkodzenie fragmentu jelita cienkiego lub śledziony wymagające ich usunięcia,
- martwica pozostawionej części żołądka,
- niedrożność przewodu pokarmowego,
- niedobory pokarmowe,
- krwawiące wrzody żołądka.
- martwica ściany żołądka pod opaską i jego perforacja.
- przemieszczenie opaski powodujące niedrożność przewodu pokarmowego
- śródoperacyjne uszkodzenie ściany żołądka lub przełyku, które może nie być rozpoznane w czasie zabiegu,
- uszkodzenie opaski, która nie spełnia swojej roli, co powoduje jej wymianę poprzez operację,
- zakażenie portu, które wymaga jego usunięcia i wszczepienia nowego po 3 miesiącach,
- nieskuteczność zabiegu i konieczność kolejnej operacji.
- zespół po posiłkowy²⁸

Objawy niepożądane

Jakość życia po operacjach bariatrycznych poprawia się z każdym straconym kilogramem, to również zabiegi tego rodzaju wiążą się z objawami niepożądanymi, które mogą wystąpić u poszczególnych pacjentów. Do najczęściej spotykanych objawów niepożądanych należą:

- Operacje bariatryczne
- Biegunki

²⁷ Suchocka Z.; *Otyłość – przyczyny i leczenie*. Biul.Wydz.Farm AMW, 2003,1

²⁸ Anthone Gary J.; *Operacja przylączenia dwunastniczego leczeniu otyłości olbrzymiej*. *Chirurgia po Dyplomie*,2007;1(2)25-34

- Zaparcia
- Dysfagia
- Odwodnienie
- Wymioty

Wskazania i przeciwwskazania do operacji bariatrycznej

Dobór chorych do zabiegu powinien być skrupulatnie ustalany. Podstawowymi wskazaniami do operacji są:

1. BMI > 35 kg/m² i dwie choroby współistniejące (np. cukrzyca typu 2 i nadciśnienie tętnicze)
2. BMI > 40 kg/m²
3. Brak skutecznego leczenia zachowawczego
4. Problemy socjalne, psychologiczne i rodzinne związane i wynikające z otyłości
5. Wiek chorych: 18-65 lat²⁹

Przeciwwskazania do leczenia operacyjnego:

1. BMI < 40 kg/m²
2. Choroba nowotworowa
3. Niewydolność krążeniowo-oddechowa
4. Niewyrównane nadciśnienie tętnicze
5. Niewyrównana cukrzyca
6. Infekcje układu moczowego
7. Infekcje oddechowe

Wskazania do leczenia

W przypadku nadwagi do 27 BMI zaleca się przede wszystkim zmianę trybu życia, dietę, zwiększenia aktywności fizycznej, a także wsparcie psychologiczne. Do leczenia chirurgicznego kwalifikują się pacjenci z BMI 35-40, istnieją również takie przesłanki jak: nieskuteczność wcześniejszego leczenia zachowawczego, wykluczenie chorób układu wydzielania wewnętrznego, czy zaburzeń psychicznych.

Kompleksowe leczenie zachowawcze zawiera: leczenie dietetyczne, aktywność fizyczna, wsparcie psychologiczne i leczenie farmakologiczne. Leczenie dietetyczne opiera się na odpowiednio dobranym pożywieniu. Aktywność fizyczna jest niezbędnym aspektem w leczeniu zjawiska otyłość. Wsparcie psychologiczne jest potrzebne w leczeniu otyłości, ponieważ często wiąże się z pewnymi zaburzeniami psychicznymi.³⁰ Do tych zaburzeń zalicza się: zaburzenia pourazowe, depresja, zaburzenia różnego typu związane ze spożywaniem pokarmu.

Leczenie farmakologiczne jak sama nazwa wskazuje wiąże się z przyjmowaniem leków.

Leczenie zabiegowe polega na stosowaniu metod inwazyjnych, do których zalicza się:

²⁹ Trybull A.; Frask Michalin, *Sleeve gastrectomy. Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne* 2008;3(4):205-209

³⁰ Dowd J.; *Nutrition Management after gastric bypass surgery. Diabetes Spektrum* 2005V18, nr2

- balon żołądkowy,
- stymulatory wszczepiane w ścianę żołądka, które stymulują uczucie sytości
- sztuczne bezoary, poliestrowe taśmy „butterfly” (motylki)
- endobarier: wkładka uzyskana z 60cm bypass dwunastniczo-jelitowy.
- TOGA- gastroplastyka przezustna³¹

Chirurgiczne leczenie otyłości

Pomysł chirurgii bariatrycznej zrodził się z obserwacji pacjentów po operacjach, w trakcie których mieli oni usuwaną znaczną część żołądka lub jelita cienkiego. Większość z nich traciła na wadze.

Zabiegi restrykcyjne:

1. założenie regulowanej przewiązki na żołądek (SAGB)
2. założenie nieregulowanej przewiązki (NGB -nonadjustable gastric banding)
3. zmniejszenie żołądka poprzez wykonanie „rękawa” z żołądka od strony krzywizny mniejszej z wycięciem pozostałej jego części (sleeve gastrectomy)
4. pionowe przeszycie żołądka sposobem Masona (VBG-Vertical Banded Gastroplasty)

Operacje restrykcyjno-wyłączające:

1. Ominięcie żołądkowo-jelitowe (G-B gastric by-pass).

Operacje wyłączające:³²

1. Wyłączenie żółciowo-trzustkowe (BPD Biliopancreatic diversion. Op. Scopinaro)
2. Wyłączenie dwunastnicy (DS. duodenal switch lub określane jako BPD/DS)

Operacje bariatryczne można wykonywać klasycznie-metodą otwartą lub ostatnio głównie laparoskopową. W większości ośrodków na świecie wykorzystuje się tę drugą technikę.

Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego i opieka pooperacyjna

Postępowanie okołoperacyjne z chorym poddanym operacji bariatrycznej uległo radykalnej przemianie wraz z wprowadzeniem technik laparoskopowych. Skróceniu uległy poszczególne fazy leczenia, a co za tym idzie niektóre poprzednio obowiązkowe czynności – np. cewnikowanie pęcherza moczowego nie są już niezbędnie wymagane. W większości szpitali chory przyjmowany jest w przededniu operacji co umożliwia to wykonanie badań laboratoryjnych niezbędnych do przedoperacyjnej oceny chorego przez anestezjologa.

Chory powinien mieć wykonane gastrofiberoskopię, USG jamy brzusznej, spirometrię oraz niezbędne konsultacje. Istotna dla dalszego postępowania jest konsultacja anestezjologiczna, podczas której dokonuje się oceny stanu ogólnego ze szczególnym uwzględnieniem funkcji układu sercowo-naczyniowego i oddechowego. Uzpełnieniem zebranych informacji są wyniki badań dodatkowych: RTG klatki piersiowej, EKG, echo serca oraz podstawowych badań morfotycznych i biochemicznych m.in. stężenia jonów sodu ,potasu, poziomu glukozy, enzymów wątrobowych AspAT, AlAT), mocznika, kreatyniny, lipidogramu, morfologii krwi i badania ogólnego moczu.

³¹ Stanowisk E.; Wyleżał M.; *Rozwój chirurgicznego leczenia otyłości na świecie i w Polsce. Postępy nauk medycznych* 2009

³² K: *Miejsce chirurgii w leczeniu otyłości.* Lek.Wojs.2006;82(4):247-250

Podjęcie decyzji o rodzaju i sposobie operacji przeprowadza się po obserwacji chorego co do sposobu jego odżywiania i trybu życia, jego nawyków żywieniowych oraz oczekiwaniach związanych z przebiegiem operacji bariatrycznej.³³

Rola pielęgniarki w przygotowaniu do operacji jest bardzo duża, gdyż przygotowuje ona pacjenta do badań, wspiera emocjonalnie i informuje o poczynanych działaniach i ich celowości.

Leczenie patologicznej otyłości jest trudne, gdyż wymaga wspólnego działania lekarzy wielu specjalności :pielęgniarek, psychologów, fizjoterapeutów i ścisłej współpracy pacjenta z zespołem. Chorego należy zapoznać z metodą operacyjnego leczenia otyłości. Podjęcie decyzji o rodzaju i sposobie operacji przeprowadza się, po obserwacji chorego co do sposobu jego odżywiania i trybu życia, jego nawyków żywieniowych oraz oczekiwaniach związanych z przebiegiem operacji bariatrycznej.³⁴

Pielęgniarka poprzez rozmowę z pacjentem może przyczynić się do zmniejszenia lęku, towarzyszącemu mu w okresie okołoperacyjnym.³⁵ W przeddzień operacji pielęgniarka powinna odbyć z pacjentem rozmowę wspierającą i wyjaśnić mu zasady oraz celowość poszczególnych zabiegów i czynności.

Przygotowanie fizyczne chorego do operacji

Wszyscy chorzy operowani z powodu otyłości mają wskazania do zapobiegawczego stosowania heparyn drobnocząsteczkowych i antybiotyków.

Do zadań pielęgniarki opiekującej się chorym, który otrzymuje leki przeciwbólowe, należy także obserwacja chorego w kierunku wystąpienia ewentualnych powikłań związanych z podaniem analgetyków: wymioty, nudności, niedrożność porażenna jelit, świąd skóry.³⁶

Bezpośrednio przed zabiegiem pacjent powinien wyjąć protezy zębowe (jeśli ma), okulary oraz szkła kontaktowe, ewentualną biżuterię i spinki do włosów. Na blok operacyjny chory powinien udać się w koszuli operacyjnej jednorazowego użytku. W przypadku kobiet trzeba zwrócić uwagę, aby w dniu operacji nie robiły makijażu i nie miały pomalowanych paznokci lakierem (obserwacja płytek w kierunku zasinienia). Bezpośrednio przed zabiegiem operacyjnym pacjent powinien oddać mocz w celu opróżnienia pęcherza moczowego. Do laparoskopowego zabiegu bariatrycznego na stole operacyjnym zakładany jest zgłębnik do żołądka, w celu obarczającym i cewnik do pęcherza moczowego. Chory przewieziony na blok operacyjny powinien mieć ze sobą komplet wymaganych dokumentów medycznych: historia choroby z wynikami badań i konsultacji oraz kartę anestezjologiczną. Pacjent powinien także posiadać identyfikator ze swoim nazwiskiem.³⁷

Opieka pooperacyjna i badania kontrolne

³³ Sweetland H., Conway K.: *Chirurgia*. Wydawnictwo Lekarskie Urban&Partner Wrocław 2006

³⁴ Kowalska M., Majewski E.: *Lęk przedoperacyjny*. Wydawnictwo Śląskie Akademii Medycznej Katowice 2003

³⁵ Łodzińska. J., *Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka*, w: *Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro...*, Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013. s. 36.

³⁶ Biercewicz M.: *Znieczulenie oraz nadzór nad pacjentem w obrębie bloku operacyjnego*. Pielęgniarka i Położna 2003 4:17-18

³⁷ W.: *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Wydawnictwo Czelej Lublin 2006

Najważniejszy okres po operacji bariatrycznej to pierwsza doba.



Rys. 1. Opatrunki pooperacyjne po zabiegu LSG(zdjęcie własne)

Ryzyko nieszczelności zespolenia, które może zagrażać życiu chorego jest wówczas najwyższe przy czym należy zawsze mieć to na uwadze w przypadku chorych z niewyjaśnioną tachykardią (powyżej 120 uderzeń serca/min) lub wysoko gorączkujących. Niekiedy nawet prawidłowy wynik próby szczelności zespolenia wykonywanej z użyciem wodnych środków kontrastowych nie wyklucza nieuszczelności zespolenia.

Leczenie bólu pooperacyjnego w znacznej mierze zależy od tego, czy operacja była wykonana przy użyciu laparotomii, czy z dostępu laparoskopowego. U chorych po zabiegach laparoskopowych, niezależnie od rodzaju zabiegu, niezbędna dawka leków przeciwbólowych jest znacznie mniejsza, z reguły wystarcza podawanie jednego leku. Niezmiernie istotne jest wczesne uruchamianie chorych, najlepiej już kilka godzin po operacji.³⁸

Żywienie chorych po operacji powinno być doustne, w niepowikłanym przebiegu po operacji bariatrycznej brak jest wskazań do całkowitego żywienia pozajelitowego.

Chorzy po chirurgicznym leczeniu otyłości wymagają systematycznych kontroli w okresie pooperacyjnym. Badanie kontrolne obejmuje stopień utraty masy ciała, objawy niekorzystne, stan odżywienia, obecność niedoborów, choroby współistniejące.

Osobom po operacji bariatrycznej zaleca się, aby w diecie niskoenergetycznej uwzględnić mikroelementy i makroelementy oraz witaminy tak, aby nie dopuścić do niedoborów.³⁹

Zalecenia po zabiegu

Pierwszego dnia po operacji (po badaniach kontrolnych) pacjent doustnie przyjmuje tylko wodę. Zmiana stylu życia stała kontrola to najważniejszy element postępowania po każdym zabiegu.

- 1 i 2 tydzień po zabiegu operacyjnym- dieta płynna i półpłynna

³⁸ Cameron J. L.: *Przedoperacyjna ocena chorego w podeszłym wieku. Medycyna Praktyczna* 2007; 2: 96-104

³⁹ Cameron J. L.: *Przedoperacyjna ocena chorego w podeszłym wieku. Medycyna Praktyczna* 2007; 2: 96-104

- 3 - 5 tydzień po zabiegu- dieta miksowana
- 6 - 8 tydzień po zabiegu- miksowana z elementami miękkich posiłków stałych
- po 8 tygodnia od zabiegu- pokarmy stałe

Operacja bariatryczna prowadzi nie tylko do ograniczenia ilości spożywanego posiłku. Jest to przede wszystkim okazja do zmiany nawyków żywieniowych. Okres bezpośrednio po zabiegu ma na celu wprowadzenie i utrwalenie nowego sposobu odżywiania.⁴⁰

Liczne badania pacjentów po operacjach bariatrycznych udowodniły, że regularne uczestnictwo w grupach wsparcia pozwala osiągnąć lepsze rezultaty.

Nadmiar skóry po utracie masy ciała

Pacjenci, u których leczenie operacyjne okazało się skuteczne w większości będą wymagać dalszego leczenia operacyjnego w ośrodkach chirurgii plastycznej. Masa ciała stabilizuje się mniej więcej dwa lata po operacji. Chirurgzy zajmują się plastyką powłok brzucha, nadmiarów skóry okolicy ramion i ud, a u kobiet nadmiarem skóry sutków.⁴¹



Rys. 2. Nadmiar skóry po operacji

Źródło: www.urmc.rochester.edu/hh/semces-centers/bariatrics/

⁴⁰ www.urmc.rochester.edu/hh/semces-centers/bariatrics/

⁴¹ Stanowski E., Paśnik K.: *Chirurgiczne leczenie otyłości - aktualny stan wiedzy. Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne* 2008; 3(2): 71-86

Metoda badań i analiza materiału

Badanie przeprowadzone w ramach pracy polegało na analizie dokumentacji medycznej 20 pacjentów. Dobór badanych osób był przypadkowy, jednak każdy pacjent przeszedł operację z powodu otyłości olbrzymiej, za pomocą metody laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka. Wszystkie operacje odbyły się w Mazurskim Centrum Zdrowia „Pro-Medica” mieszczącego się w Elku w ośrodku chirurgii ogólnej, bariatrycznej, onkologicznej. Dokumenty udostępniona za zgodą zarówno Dyrektora Mazurskiego Centrum Zdrowia, jak i ordynatora oddziału.

Prezentacja wyników badań własnych

Z analizowanej dokumentacji wynika, że 75% badanych stanowiła płeć żeńska, przy czym grupa badanych osób znajdowała się w różnym przedziale wiekowym. Wśród badanych większość stanowiła osoby wyższym wykształceniem. W grupie badanych osób 90% osób zamieszkiwało miasto.

Wszyscy pacjenci w grupie badawczej w przeszłości byli już leczeni na otyłość lub próbowali leczenia zachowawczego. Dodatkowo chorzy wcześniej przed operacją mieli spotkanie i konsultacje z psychologiem.

Średnia masa ciała pacjentów przed zabiegiem stanowiła 123,95 kg, a średnia dla wskaźnika BMI to 45,2

W grupie badanych u wszystkich pacjentów występowały choroby współwystępujące: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, choroby układu kostno- stawowego, bezdech senny oraz choroby wieńcowe. Wszyscy badani mieli cukrzyce jako chorobę współistniejącą z otyłością.

Pacjenci w badanej grupie nie mieli powikłań związanych z gojeniem ran pooperacyjnych. Natomiast wystąpiły 2 przypadki krwawienia z klucia po trokarze oraz 1 przypadek dysfagii wynikające zbyt ciasnego mankietu żołądka. Objawy uboczne, które wystąpiły w badanej grupie pacjentów to wymioty (odnotowane zostały w 3 przypadkach) oraz bóle związane z nieprawidłowym sposobem odżywiania (również dotyczył 3 osób). Natomiast 70% badanych nie miało problemu z objawami ubocznymi

Średnia czas pobytu w szpitalu po zabiegu LSG wynosi ok 4-6 dni. Czynnikiem, który wpływa na motywację pacjentów do dalszego leczenia i działań zdrowotnych, to średni ubytek masy w ciągu 1 tygodnia i w tej grupie wynosi 9,4 kg.

Wnioski

- Wśród operacyjnych technik leczenia otyłości, LSG stanowi skuteczną metodę, która prowadzi do konsekwentnej utraty masy ciała. LSG przyczynia się do poprawienia jakości życia osób wcześniej otyłych.
- Rola pielęgniarki jest niezbędna w okresie przed i pooperacyjnym, gwarantuje bezpieczeństwo pacjenta. Prawidłowa opieka zmniejsza potencjalne powikłania.
- Edukacja pacjenta i przygotowanie psychologiczne pomaga pacjentowi w dalszym dbaniu o własne zdrowie.

Literatura

1. Pańnik K: *Miejsce chirurgii w leczeniu otyłości*. Lek. Wojs. 2006;82(4):247-250
2. Lawrence P.F; *Chirurgia ogólna*. Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner Wrocław 1998
3. Lisik W; Wierzbicki Z, Buksińska-Lisik M.; *Stan kliniczny chorych zakwalifikowanych do chirurgicznego leczenia otyłości*. Diabetol Pol 2003; 10: 232-235
4. www.natpol.pol
5. Bongiovanni G.L.; *Kompendium gastroenterologii klinicznej*. PZWL Warszawa 1998.
6. Sporad K.; Krajeńska – Walasek M.; *Krótką charakterystyka genetycznych uwarunkowań otyłości- jak wpaść na trop właściwego rozpoznania*. Pediatría Polska 2007;8(82) 593-606
7. Dadan J;Iwacewicz P.;Hady Pady.; *Nowe trendy w chirurgii bariatrycznej. Wideochirurgia i inne techniki mało inwazyjne*. 2008; 66-70
8. 8.Szczęsny W.;Szociński J.; *Chirurgiczne leczenie patologicznej otyłości*. Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej 2004, 1(9);127-131
9. Suchocka Z.; *Otyłość – przyczyny i leczenie*. Biul.Wydz.Farm AMW, 2003,1
10. Michalin A, Ramotowski; *Anatomia i Fizjologia Człowieka*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2003
11. *Nowiny Lekarskie* 2007 (76). 85-88
12. Korta T.; Łyszkowska M.; *Podstawy Żywienia Klinicznego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2007: 66-78
13. Łodzińska J., *Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka*, w: *Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro...*, Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013, s. 30-38
14. Borodulin – Nadzieja L.; *Fizjologia człowieka - podręcznik dla studentów licencjatów medycznych*. Wydawnictwo Medyczne Wrocław 2005:95.
15. Trybull A.; Frask Michalin, *Sleeve gastrectomy. Wideochirurgia i inne techniki mało inwazyjne* 2008;3(4):205-209
16. Dowd J.; *Nutrition Management after gastric bypass surgery. Diabetes Spektrum* 2005V18, nr2
17. Chrostowska, Szyndler, Narkiewicz: *Farmakologiczne leczenie otyłości. Kardiologia, na co dzień* 2007;3(2)89-93
18. Stanowisk E.; Wyleżał M.; *Rozwój chirurgicznego leczenia otyłości na świecie i w Polsce. Postępy nauk medycznych* 2009.
19. Stanowski Wyleżał.; Pańnik *Laparoskopia w chirurgii, bariatrycznej w Polsce – stan aktualny. Wideochirurgia i inne techniki mało inwazyjne* 2007;2(1):18-23
20. Eric JDe Maria, Mohammed K.; *Laparoskopowe opasanie żołądka regulowaną przewodzą: coraz większe doświadczenia kliniczne*. Chirurgia po Dyplomie 2007;1(2) 42-52
21. Paluszkiwicz R.; Kalinowski P., Remiszewski P, Białobrzewska –Paluszkiwicz J.; *Wczesne wyniki operacyjnego leczenia chorych z otyłością patologiczną metodą wytworzenia małego żołądka z zespoleniem z pętlą jelitową Roux-Y*. Wideochirurgia i inne techniki mało inwazyjne 2006;1(4):150-157
22. Anthone Gary J.; *Operacja przyłączenia dwunastniczego leczeniu otyłości ołbrzymiej. Chirurgia po Dyplomie*, 2007;1(2)25-34
23. Valchaki Ch. *Nutritional Management After Bariatric Surgery* 2008
24. Sweetland H., Conway K.: *Chirurgia*. Wydawnictwo Lekarskie Urban&Partner Wrocław 2006

25. Kowalska M., Majewski E.: *Lęk przedoperacyjny*. Wydawnictwo Śląskie Akademii Medycznej Katowice 2003
26. Biercewicz M.: *Znieczulenie oraz nadzór nad pacjentem w obrębie bloku operacyjnego*. *Pielęgniarka i Położna* 2003 4:17-18
27. Kapała W.: *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006
28. Gaszyński W., Gaszyński T.: *Postępowanie anestezyjologiczne u pacjentów z otyłością znacznego stopnia*. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2002, 34: 291 - 296
29. Cameron J. L.: *Przedoperacyjna ocena chorego w podeszłym wieku*. *Medycyna Praktyczna* 2007; 2: 96-104
30. Muraczyńska B., Wachowicz M.: *Standard wczesnej opieki operacyjnej*. Lublin 1996
31. www.urmc.rochester.edu/hh/semces-centers/bariatrics/
32. Whitney S. Orth & Atul K. Madan & Raymond J. Taddeucci & Mace Coday & David S. Tichansky. *Support Group Meeting Attendance is Associated with Better Weight Loss*. *Obes Surg* 2008 18: 391-394
33. Stanowski E., Paśnik K.: *Chirurgiczne leczenie otyłości - aktualny stan wiedzy*. *Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne* 2008; 3(2): 71-86

Autorzy:

Dorota Błyszczek - lic. piel,

Zbigniew Puchalski - prof. zw. dr hab. n. med., z.puchalski@op.pl, pracownik naukowy WSA

mgr Joanna Szwarz-Woźniak - Zakład Piel. Ogólnego, szwarz72@wp.pl

ROLA BŁONNIKA W DIECIE A NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

Dorota Dzwonkowska, Ida Kinalska

Streszczenie

Błonnik pokarmowy nazywany również włókniem, jest niestrawną częścią pokarmu roślinnego pochodzącą z okrywy nasiennej zbóż, skórek i miąższu owoców oraz twardych włóknistych części warzyw.

Błonnik nie ma wartości odżywczej i energetycznej, jest niezbędnym dla życia składnikiem pożywienia. Pokarmy wysokobłonnikowe dają poczucie sytości, ale dostarczają niewiele energii, dlatego przyczyniają się do spadku wagi ciała. Błonnik odgrywa kluczową rolę w utrzymaniu organizmu w dobrym stanie zdrowia.

Nadciśnienie tętnicze jest szeroko rozpowszechnioną przewlekłą chorobą. Nielezione nadciśnienie tętnicze może prowadzić do udaru mózgu, choroby niedokrwiennej serca, niewydolności nerek i przedwczesnej śmierci. U osób z nadciśnieniem tętniczym modyfikacja stylu życia jest wstępną metodą leczenia, rekomendowaną przed wprowadzeniem leku, albo stosowaną łącznie z farmakoterapią

Słowa kluczowe: błonnik, nadciśnienie, dieta, profilaktyka

Title

The role of fiber in your diet arterial hypertension

Abstract

Dietary fiber also called fibrin desired, it is indigestible part of plant food derived from the seed coat of cereal, fruit skins and pulp and hard fibrous parts of vegetables.

Dietary fiber has no nutritional value and energy is necessary for the life food ingredient. Foods wysokobłonnikowe give a sense of satiety, but they provide little energy and therefore contribute to a decrease in body weight. Dietary fiber plays a key role in keeping the body in good health.

Hypertension is a widespread chronic disease. If left untreated, hypertension can lead to stroke, coronary heart disease, kidney failure and premature death. In people with hypertension lifestyle modification is the first method of treatment recommended prior to the introduction of the drug, or used in conjunction with pharmacotherapy

Keywords: fiber, hypertension, diet, prevention

Pojęcie błonnika

Błonnik pokarmowy to grupa związków chemicznych, które nie należą do substancji biologicznie czynnych (czyli substancji aktywnych biologicznie posiadających właściwości farmakologiczne i lecznicze). Jest to substancja niejednorodna, stanowiąca grupę

niestrawnych, wysokocząsteczkowych substancji roślinnych.¹

„Błonnik pokarmowy stanowią części jadalne roślin lub węglowodany nieskrobiowe, które są odporne na trawienie i wchłanianie w jelicie cienkim; podlegają częściowej lub całkowitej fermentacji w jelicie grubym. Błonnik obejmuje: polisacharydy, oligosacharydy, ligninę oraz roślinne substancje towarzyszące.”²

American Association of Cereal Chemists w 2001 ogłosiło definicję błonnika, mającego wpływ na perystaltykę przewodu pokarmowego, stężenie cholesterolu i glukozy we krwi.³

Źródła błonnika pokarmowego

Błonnik pokarmowy występuje jedynie w produktach i wyrobach roślinnych. Głównymi źródłami błonnika są produkty zbożowe, owoce, warzywa oraz rośliny strączkowe i orzechy. Z produktów zbożowych bezwzględnie najbogatszym źródłem błonnika są otręby, niezależnie od ich pochodzenia. Bogatszym źródłem tego składnika będą ryż brązowy i płatki jęczmienne, niż ryż biały i kasza perłowa. Budzącym zainteresowanie nowym na naszym rynku źródłem błonnika może okazać się coraz częściej stosowany, szczególnie w wyborach piekarniczych, amarantus, zawierający około 5% tego składnika.

Bogatym źródłem błonnika pokarmowego są też warzywa. W porównaniu z wcześniej omawianą grupą, tzn. z produktami zbożowymi, warzywa zawierają w 100 gramach produktu mniej energii. W przeliczeniu na 100 kcal energii są zatem bogatszym źródłem błonnika niż produkty zbożowe, strączkowe lub owoce.

Działanie fizjologiczne błonnika pokarmowego

Błonnik pokarmowy jako niestrawna część pożywienia oddziałuje na cały przewód pokarmowy, od jamy ustnej poczynając, na jelicie grubym i odbytnicy kończąc. Żywność bogatobłonnikowa zalecana jest więc pacjentom z nadwagą i otyłością nie tylko z racji niskiej kaloryczności.⁴

Dieta bogata w błonnik pokarmowy ma równie istotne znaczenie w leczeniu i zapobieganiu uchyłkowatości jelita grubego.

Błonnik pokarmowy zapobiega także powstawaniu nowotworów jelita grubego, wpływa również na metabolizm węglowodanów, szczególnie u ludzi chorych na cukrzycę. Po zwiększeniu zawartości błonnika w diecie obserwuje się zmniejszenie po posiłkowej glikemii i poprawę profilu insuliny we krwi.⁵

Pojęcie nadciśnienia tętniczego

Współczesne definicje nadciśnienia tętniczego przedstawiane w międzynarodowych lub krajowych wytycznych ulegały wielokrotnym zmianom. Skłania to do stwierdzenia, że

¹ Rimm E.B., Ascherio A., Giovannucci E., Spiegelman D., Stampfer M.J., Wiolett W.C.: Vegetable, fruit and cereal fiber intake and risk of coronary heart disease among men. *Journal of American Medical Association* 1996; 275, 445 – 451.

² Bennett W. G., Cerda J. J.: Korzyści spożywania błonnika. *Medycyna po dyplomie* 1997 vol. 5/nr 6

³ The Definition of Dietary Fiber, Report of the Dietary Fiber Definition Committee to the Board of Directors of the AACC. *Cereal Foods World*, 2001, 46, 112 -126.

⁴ Hasik J., Bartnikowska E.: Włókno roślinne w żywieniu człowieka. PZWL, Warszawa, 1987, 17-25.

⁵ Pereira M.A., Ludwig D.S.: Dietary fiber and body weight regulation. Observations and mechanisms. *Pediatr. Clin. North Am.*, 2001, 48, 969–980.

nadciśnienie jest to wartość, powyżej której następuje wzrost ryzyka powikłań naczyniowo-sercowych dla danego pacjenta.⁶

Tab. 1. Definicja i klasyfikacja wartości ciśnienia krwi według wytycznych europejskich z 2003r.⁷

Kategoria	Ciśnienie skurczowe mmHg	Ciśnienie rozkurczowe mmHg
Optymalne	< 120	< 80
Prawidłowe	120-129	80-84
Wysokie prawidłowe	130-139	85-89
Nadciśnienie stopnia 1 – łagodne	140-159	90-99
Nadciśnienie stopnia 2 – umiarkowane	160-179	100-109
Nadciśnienie stopnia 3 – ciężkie	≥ 180	≥ 110
Izolowane nadciśnienie skurczowe	≥ 140	< 90

Epidemiologia nadciśnienia tętniczego

Według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) nadciśnienie tętnicze jest obok palenia tytoniu i hipercholesterolemii jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie. Ocenia się, że w roku 2000 nadciśnienie tętnicze występowało u 26,6% dorosłych mieszkańców ziemi, czyli u prawie miliarda ludzi. Do roku 2025 liczba ta wzrośnie prawdopodobnie o 60%, osiągając 1,56 mld chorych.⁸

Wpływ diety na leczenie nadciśnienia tętniczego

Dieta obniżająca ciśnienie

Zalecenia dietetyczne w zapobieganiu nadciśnieniu tętniczemu i jego leczeniu zostały opracowane na podstawie amerykańskiego badania DASH (*Dietary Approaches to Stop*

⁶ Kaplan N. M.: Nadciśnienie tętnicze. Urban&Partner. Wrocław 1999.

⁷ Kaplan N. M.: Nadciśnienie tętnicze. Urban&Partner. Wrocław 1999.

⁸ Lewandowski J.: Epidemiologia nadciśnienia tętniczego oraz badanie chorego na nadciśnienie tętnicze. Przewodnik Lekarza 2010, 4, 30-35.

Hypertension), wspieranego przez Narodowy Instytut Chorób Serca, Płuc i Układu Krwiotwórczego w Stanach Zjednoczonych (NHLBI, National Heart, Lung, and Blood Institute).⁹

Najważniejsze elementy diety DASH to:

- Spożywanie określonej liczby dziennych porcji z różnych grup produktów (indywidualna liczba porcji zależy od zapotrzebowania kalorycznego).
- Zmniejszone spożycie tłuszczu – zaleca się stosowanie produktów o małej zawartości tłuszczu, zwłaszcza zwierzęcego. Nie więcej niż 27% kalorii w diecie może pochodzić z tłuszczu i to głównie pochodzenia roślinnego. Szczególnie polecane jest spożywanie chudego lub beztłuszczowego nabiału, który stanowi główne źródło białka i wapnia.
- Spożywanie mięsa i jego przetworów powinno być ograniczone (2 porcje lub 1 porcja). Produkty te są źródłem białka i magnezu, ale preferuje się chude, białe mięso bez tłuszczu, niesmażone (najlepiej drobiowe i ryby).
- Istotne jest zwiększenie w diecie ilości warzyw i owoców (4–5 porcji dziennie), które są bogatym źródłem błonnika, potasu i magnezu. Ważnym składnikiem diety są również orzechy i migdały (bogate w niezbędne kwasy tłuszczowe, magnez, potas i błonnik).
- Spożywanie zbóż, nasion i ziaren oraz produktów zbożowych (szczególnie wykonanych na bazie mąki z pełnego przemiału), które powinny być głównym źródłem energii i ważnym – błonnika.
- Ograniczenie w diecie cukrów prostych, czyli słodzonych napojów i słodczy. Można je spożywać raczej sporadycznie; słodczy powinny mieć małą zawartość tłuszczu.
- Zmniejszenie spożycia sodu w diecie najlepiej do 1500 mg (2/3 łyżeczki soli kuchennej). Zalecane w diecie DASH owoce i warzywa mają małą zawartość sodu, co jest bardzo korzystne. Gotowe przetworzone produkty zawierają znaczne ilości sodu, dlatego należy wybierać żywność naturalną, nieprzetworzoną. Technologie produkcji żywności polegające na wędzeniu, puszkowaniu konserwowaniu wiążą się ze stosowaniem soli, a więc nie są zalecane. Sól warto zastępować innymi przyprawami, ziołami, octem winnym, cytryną itp.

Dieta DASH jest prostym sposobem kontroli naszego zdrowia. Wykazuje udowodnione działanie przeciw nadciśnieniowe, a w świetle innych badań ten skład diety przeciwdziała rozwojowi otyłości, cukrzycy i miażdżycy.¹⁰

Skutki niedoboru błonnika w diecie

W ostatnich latach duże zainteresowanie budzi też związek między spożyciem błonnika a utrzymaniem prawidłowej masy ciała. Znaczenie diety bogato błonnikowej w otyłości polega na tym, że błonnik jest produktem niskoenergetycznym, który pęcznieje i wypełnia żołądek.

Powszechnie wiadomo, że duża ilość tłuszczów i niedobór błonnika w diecie sprzyjają zaparciom. W konsekwencji dłuższe jest działanie niektórych bakterii na tłuszcze i żółć, co zwiększa możliwość powstawania w obrębie jelita grubego związków rakotwórczych.

Największe znaczenie przypisuje się niedoborowi błonnika właśnie w rozwoju chorób

⁹ Poradnik DASH. Zdrowe odżywianie w nadciśnieniu tętniczym.

http://www.akademdiabetologii.pl/artykuly/artykuly/poradnik_-_dieta_dash (11.02.2013r.)

¹⁰ Poradnik DASH. Zdrowe odżywianie w nadciśnieniu tętniczym.

http://www.akademdiabetologii.pl/artykuly/artykuly/poradnik_-_dieta_dash (11.02.2013r.)

jelita grubego i odubytnicy.¹¹

Dane statystyczne wskazują, że w Polsce spożycie owoców i warzyw w skali roku wynosi tylko około 150kg, a na przykład w Grecji około 400kg. Jednocześnie zachorowalność na nowotwory złośliwe w stosunku do liczby mieszkańców jest w naszym kraju około dwukrotnie wyższa niż w Grecji.¹²

Mieszana dieta o dużej zawartości produktów zbożowych, owoców i warzyw jest dostatecznie bogata w błonnik. Jednak w przypadku niewystarczającego spożywania tych pokarmów istnieje potrzeba wzbogacenia diety produktami o bardzo dużej zawartości włókna pokarmowego.

Profilaktyka nadciśnienia tętniczego

Integralny element terapii nadciśnienia tętniczego, bez względu na globalne ryzyko sercowo-naczyniowe, stanowi leczenie niefarmakologiczne, które powinno być wdrożone u wszystkich chorych. Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami w skład leczenia niefarmakologicznego wchodzi przede wszystkim:

- zaprzestanie palenia tytoniu;
- zmniejszenie masy ciała;
- ograniczenie spożycia alkoholu;
- ograniczenie spożycia soli;
- zwiększenie aktywności fizycznej;
- zwiększenie spożycia owoców i warzyw;
- zmniejszenie spożycia tłuszczów nasyconych i całkowitego spożycia tłuszczów.¹³

Zgodnie z raportem WHO dotyczącym najważniejszych zagrożeń dla zdrowia na świecie — *Preventing Risks, Promoting Healthy Life* — wśród 10 najważniejszych zagrożeń zdrowia mocno podkreśla się wagę nadciśnienia tętniczego i otyłości. Jednocześnie liczne dowody badań eksperymentalnych i klinicznych bezsprzecznie wskazują na silny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nadmierną masą ciała a ciśnieniem tętniczym. Bezpośredni związek między nadciśnieniem tętniczym a wskaźnikiem masy ciała (BMI, *body mass index*) obserwowano od wczesnego dzieciństwa do podeszłego wieku. Silniejsze zależności stwierdza się dla skurczowych wartości ciśnienia tętniczego.¹⁴

U osób otyłych normalizacja masy ciała korzystnie w pływa na zmniejszenie ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego.

Redukcję masy ciała z towarzyszącym obniżeniem ciśnienia tętniczego można uzyskać poprzez zwiększenie aktywności fizycznej oraz zmianę sposobu odżywiania, między innymi ograniczenie spożycia alkoholu, tłuszczów zwierzęcych, a zwiększenie spożycia owoców i warzyw.

Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego zaleca regularny, umiarkowany

¹¹ Ludwig D. S., Pereira M. A., Kroenke C. H., Hilner J. E., van Horn L., Slatter M. L., Jacobs D. R.: Spożycie błonnika pokarmowego, przyrost masy ciała i czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego u młodych dorosłych. *Jama* 2000, 2.

¹² Kokot F., Tatoń J.: Zaburzenia przemiany materii w: Kokot F. *Choroby wewnętrzne. PYWL*, Warszawa 1988, tom 2

¹³ Ministerstwo Zdrowia. „Kampania papierosy pozerają cię żywcem”. Sytuacja epidemiologiczna dotycząca palenia i biernego palenia w Polsce.

http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/kampania_tyton_0403201.p df (11.02.2013r.)

¹⁴ He J., Streiffier R., Muntner P., Krousel-Wood M., Whelton P.: Effect of dietary fiber intake on blood pressure: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J. Hypert.* 2004; 22 (1):73-80.

wysiłek fizyczny trwający 30–45 minut dziennie. Osobom z nadciśnieniem tętniczym zaleca się wykonywanie ćwiczeń aerobowych (bieganie, pływanie, jazda na rowerze), które mogą być uzupełnione ćwiczeniami oporowymi, na przykład przysiadami. Niewskazane są natomiast ćwiczenia na siłowni.¹⁵

Alkohol jest istotnym czynnikiem rozwoju nadciśnienia tętniczego. Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami, w przypadkach kiedy całkowite wyeliminowanie alkoholu nie jest konieczne, codzienne spożycie alkoholu przez mężczyzn nie powinno przekraczać 20–30 g/dobę, a dla kobiet 10–20 g. W 25 g wódki, 100 ml wina lub 250 ml piwa znajduje się 10 g alkoholu. Ograniczenie spożycia alkoholu nie tylko obniża ciśnienie tętnicze, ale również sprzyja redukcji masy ciała oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób serca, mózgu czy wątroby.¹⁶

Material i metodyka badań

Badania przeprowadzone zostały na grupie 100 losowo wybranych osób mieszkających na terenie Gminy Ostrołęka, w okresie od kwietnia do maja 2013 roku. W podanym okresie zebrano 100 prawidłowo wypełnione ankiety, na podstawie którym opracowano empiryczną część niniejszej pracy.

Omówienie wyników

W badanej grupie 100 osób znalazło się wyłącznie kobiety, pochodzące z miasta (47%) i okolicznych wsi (53%). Biorąc pod uwagę wiek respondentek, zauważa się wyraźnie trzy kategorie wiekowe: poniżej 30 roku życia, pomiędzy 30 a 40 r.ż. oraz powyżej 40 r.ż.

Ciśnienie krwi oraz dbałość o regularną kontrolę i pomiary wspomnianego ciśnienia mają dla wielu osób bardzo ważne znaczenie z punktu widzenia występujących schorzeń, które najczęściej są związane z niewłaściwym trybem życia, stresującą pracą¹⁷ lub wiekiem. Najczęstszą dolegliwością, która występuje zwłaszcza u osób z nadwagą i osób w starszym wieku to nadciśnienie tętnicze. Nadciśnienie to dolegliwość, która jest związana przede wszystkim

z niewłaściwym trybem życia, który skutkuje występowaniem nadwagi. Częstym powodem, który ma związek z problemami tej natury jest również palenie tytoniu.

Błonnik pokarmowy to nieskrobiowe związki węglowodanowe, odporne na działanie enzymów trawiennych przewodu pokarmowego człowieka. Jednak zdaniem większości respondentów błonnik to substancja o charakterze białkowym, tego zdania jest aż 53%

¹⁵ Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ* 1988; 297, 319–328.

¹⁶ Januszewicz A. Ł. Nadciśnienie tętnicze. Zarys patogenezy, diagnostyki i leczenia. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2009

¹⁷ Łodzińska J., Stres zawodowy nieodłącznym zjawiskiem w miejscu pracy, *Białostockie Studia Prawnicze*, zeszyt 13, Białystok 2013, s. 166-167. Por. Łodzińska J., *Stres zawodowy narastającym zjawiskiem społecznym*, *Seminare. Poszukiwania naukowe*, Tom 28, 2010, s. 137.

respondentów. Tylko 36% badanych podaje prawidłową odpowiedź.

Zdaniem większości badanych – 66% błonnik jest składnikiem błon komórkowych roślin, a 58% uważa, że jest go najwięcej w otrębach. Wyniki te potwierdzają, iż wiedza większości badanych na temat błonnika jest wystarczająca, co potwierdza postawioną hipotezę badawczą.

Znaczenie diety bogato błonnikowej w otyłości polega na tym, że błonnik jest produktem niskoenergetycznym, który pęcznieje i wypełnia żołądek. Zwiększa to sytość posiłków i zapobiega spożywaniu produktów bogato energetycznych. Dieta ubogobłonnikowa sprzyja ponadto, jak wspomniano, hypercholesterolemii i otyłości, które są jednymi z głównych czynników ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego.

Dieta bogata w błonnik może pomóc schudnąć, obniżyć poziom cholesterolu, nadciśnienie. Otyłość, wysoki poziom cholesterolu i nadciśnienie są głównymi wyznacznikami długoterminowego ryzyka choroby sercowo-naczyniowej.

W przypadku osób młodych i w średnim wieku jest to najlepszy czas żeby zwiększyć ilość błonnika w codziennej diecie. Badania sugerują, że rozpoczęcie diety wysokobłonnikowej, może pomóc w poprawie zniwelowania długotrwałego ryzyka chorób układu krążenia.

Ciśnienie tętnicze krwi jest zmienną wykazującą rytmikę dobową, zależną od czynników wewnętrznych i zewnętrznych, w tym od czynników neurohormonalnych, aktywności fizycznej oraz zmieniających się warunków zewnętrznych. Zaburzenia typowego rytmu ciśnienia tętniczego są niekorzystnym czynnikiem prognostycznym rozwoju nadciśnienia tętniczego i zmian narządowych. Wśród składników diety o działaniu hipertensyjnym dobrze poznany jest wpływ sodu a spośród składników o działaniu hipotensyjnym wymienia się wielonienasycone kwasy tłuszczowe z rodziny omega 3, wapń, magnez, potas oraz błonnik pokarmowy.

Przekonanie większości respondentów jest więc prawidłowe, 59% uważa, że dieta bogata w błonnik obniża ciśnienie krwi, co w dalszej kolejności potwierdza postawioną hipotezę o wystarczającej wiedzy badanych na temat błonnika.

Wnioski

- w diecie osób z nadciśnieniem tętniczym zbyt rzadko występuje błonnik pokarmowy;
- w badanej grupie wiedza na temat błonnika oraz jego wpływu na organizm jest bardzo niska;
- istnieje zauważalny związek między występowaniem nadciśnienia tętniczego a wiedzą na temat błonnika.

Literatura

1. Bennett W. G., Cerda J. J.: Korzyści spożywania błonnika. Medycyna po dyplomie 1997 vol. 5/nr 6
2. Rimm E.B., Ascherio A., Giovannucci E., Spiegelman D., Stampfer M.J., Wiolett W.C.: Vegetable, fruit and cereal fiber intake and risk of coronary heart disease among men. Journal of American Medical Association 1996: 275, 445 – 451.
3. Burkitt D. P.: Related disease – related cause? Lancet, 1969, 1229-1231.
4. Kłosiewicz -Latoszek L., Szostak W.B., Podolec P. i wsp.: Konsensus Rady Redakcyjnej Polskiego Forum Profilaktyki Chor Układu Krążenia dotyczący zasad

- prawidłowego żywienia. Forum Profilaktyki, 2008, 1, 1 - 2.
5. Hipsley E.H.: Dietary fiber and pregnancy toxemia. *BMJ*, 1953, 2, 420.
 6. DeVries J.W., Prosky L., Li B., Cho S.: A historical perspective on defining dietary fiber. *American Association of Cereal Chemists. Cereal Foods World*, 1999, 44, 367 - 369.
 7. Dietary Reference Intakes, Proposed Definition of Dietary Fiber, A Report of the Panel on the Definition of Dietary Fiber and the Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, Washington, D.C., 2001, 22 -25.
 8. Kleinman R.E. (red.): *Pediatric Nutrition Handbook*. American Academy of Pediatrics Committee, 2008.
 9. Łodzińska J., Stres zawodowy narastającym zjawiskiem społecznym, *Seminare. Poszukiwania naukowe*, Tom 28, 2010, Kraków-Piła-Warszawa-Wrocław 2010, s. 125-138.
 10. Łodzińska J., Stres zawodowy nieodłącznym zjawiskiem w miejscu pracy, *Białostockie Studia Prawnicze, Zeszyt 13*, 2013, Białystok 2013, s. 159-174.
 11. Food and Nutrition Board IOM: Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids, 2005, 339 -400.
 12. The Definition of Dietary Fiber, Report of the Dietary Fiber Definition Committee to the Board of Directors of the AACC. *Cereal Foods World*, 2001, 46, 112 -126.
 13. Aggett P.J., Agostoni C., Axelsson I. i wsp.: Nondigestible carbohydrates in the diets of infants and young children: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2003, 36, 329 -337.
 14. Gajewska R., Lebidzinska A., Malinowska E., Szefer P.: Ocena jakości zdrowotnej szkarłatu (aramantusa). *Rocznik PZH*, 2002, 53, 141-147.
 15. Prokopowicz D., Puzanowska B., Czauż-Andrzejczuk A.: Cenne właściwości szkarłatu. *Wiad. Zielarskie*, 2000, 11, 1-2.
 16. Marktt J.A., McBurney M.J., Slavin J.L.: Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. *J. Am. Diet. Assoc.*, 2002, 102, 993-1000.
 17. Hasik J., Bartnikowska E.: *Włókno ro ślinne w żywieniu człowieka*. PZWL, Warszawa, 1987, 17-25.
 18. Jabłoński E.: Błonnik pokarmowy – niezb edny składnik racjonalnie sporządzanej diety. *Przegląd Pediatryczny*, 2005, vol 35, 3, 162-167.
 19. Ryżko J., Olek A., Stolarczyk A.: Żywnienie w zaparciach stolca u dzieci. *Stand. Med.*, 2001, 12, 26, 16-25.
 20. Block G., Patterson B., Subar A.: Fruit vegetables and cancer prevention. A review of the epidemiological evidence. *Nutr. Cancer*, 1992, 18, 3-4.
 21. Pereira M.A., Ludwig D.S.: Dietary fiber and body weight regulation. Observations and mechanisms. *Pediatr. Clin. North Am.*, 2001, 48, 969-- 980.
 22. Gallaher D.D., Gallaher C.M., Marhrt G.J., Carr T.P., Hollingshead C.H., Hesslink R. Jr., Wise J.A.: Gukomannan and chitosan fiber supplement decreases plasma cholesterol and increases cholesterol excretion in overweight normocholesterolemic humans. *J. Am. Coll. Nutr.*, 2000, 21, 428-433.
 23. Ballesteros M.N., Cabvera R.M., Saucedo M.S., Vepiz-Plas Cencia GM., Ortega M.J., Valencia M.E.: Dietary fiber and lifestyle influence lipids in free living adult men. *J. Am. Coll. Nutr.*, 2001, 20, 649-655.
 24. Jenkins D.J.A., Kendall C.W.C., Vuksan V., Vidgen E., Parker T., Faulkner D.,

- Mehling C.C., Garsetti M., Testolin G., Cunnane S.C., Ryan M.N., Corey P.N.: Soluble fiber intake at a dose approved by the benefits: serum lipid risk factors for cardiovascular disease assessed in a randomized controlled crossover trial. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2000, 75, 834-839.
25. Nickolas T.A., Dwyer J., Feldman H.A., Luepker R.V., Kelder S.H., Nader P.R.: Serum cholesterol levels in children are associated with dietary fat and fatty acid intake. *J. Am. Diet. Assoc.*, 2002, 102, 511-517.
 26. Ziemiański S., Budzyńska-Topolewska J.: Wegetarianizm w świetle nauki o żywności i żywieniu. Instytut Danone . Fundacja Promocji Zdrowego Żywienia, Warszawa, 1997, 45-51.
 27. Bartnikowska E.: Włókno pokarmowe w żywieniu człowieka zdrowego i chorego. Pamiętnik z sympozjum „Włókno pokarmowe . skład chemiczny i biologiczne działanie.. Instytut Hodowli i Aklimatyzacji Roślin w Radzikowie. Instytut Fizjologii i Żywienia Zwierząt DAN w Jabłonie, Radzików 24-25 kwietnia 1997, 101-118.
 28. Ziemiański S., Watanowicz M.: Rola antyoksydantów w zapobieganiu i leczeniu chorób degeneracyjnych. [w:] Antyoksydanty w żywności aspekty technologiczne i zdrowotne. II Konferencja Naukowa „Żywność a Zdrowie.. Pol. Tow. Techn. Żywności Oddział Łódź, 25 czerwca 1999, 11-17.
 29. Jenkins D.J.A., Wolever T.M.S., Tolyor R.H., Barker H., Fielden H., Baldwin J. M., Bowling A.C., Newman H.C., Jenkins A.L., Goff D.V.: Glycemic index of foods: a physiological basis for carbohydrate exchange. *Am. J. Clin. Nutr.*, 1981, 34, 362-366.
 30. Jenkins D.J.A., Kendall C.W.C., Augustin M.: Glycemic index: overview of implications in health and disease. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2002, 76, 2665-2735.
 31. Miller J.B., Pang E., Broomhead L.: The glycaemic index of foods containing sugars: comparison of foods with naturally-occurring v. added sugars. *Br. J. Nutr.*, 1995, 73, 613-623.
 32. Chantelau E.: The glycaemic index of carbohydrate food: an uptake from a diabetologist's perspective. *Aktuel. Ernaehr. Med.*, 2000, 25, 176-185.
 33. Pickering G. Definitions, natural histories and consequences. In: Hypertension. Pathophysiology, diagnosis and management. Laragh JH, Brenner BM (eds). 2nd edition. Raven Press 1995.
 34. Kaplan N. M.: Nadciśnienie tętnicze. Urban&Partner. Wrocław 1999.
 35. Messerli FH. Clinicians's manual on combination therapy and hypertension. Science Press Ltd. 2003 London.
 36. World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension Guidelines Subcommittee. *J Hypertens* 1999, 17: 151-83.
 37. Leczenie nadciśnienia tętniczego – zalecenia Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2003 roku. *J Hypertens (wyd. polskie)* 2003, 3, 4.
 38. Lewandowski J.: Epidemiologia nadciśnienia tętniczego oraz badanie chorego na nadciśnienie tętnicze. *Przewodnik Lekarza* 2010, 4, 30-35.
 39. Gaciong Z., Simonides B., Góra J., Placha G.: Czy z namy patogenezę nadciśnienia tętniczego? *Przewodnik Lekarza* 2008, 6, 10-13.
 40. Saltzman E., Krupa Das S., Lichtenstein A.H., Dallal G.E., Corrales A., Schaefer E.J., Greenberg A. S., Roberts S. B.: An oat-containing hypocaloric diet reduces systolic blood pressure and improves lipid profile beyond effects of weight loss in men and women. *J. Nutr.* 2001; 131, 1465-1470.

41. Laragh J. H., Brenner B. M. ed. Hypertension: patophysiology, diagnosis and management. 2nd. ed. New York, NY. Raven Press Publishers 1995.
42. Szczepańska-Sadowska E. i wsp. (red.): Nadciśnienie neurogenne. PWN, Warszawa 1998.
43. Hall D.W.: Nadciśnienie tętnicze. Medycyna Praktyczna, Kraków 2000.
44. Hansson L. i wsp.: Nadciśnienie tętnicze. PZWL 1994.
45. Hansson L., Hedner T.: Hypertension manual 1999. Blond Pressure 1999.
46. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Nadciśnienie Tętnicze 2000, 4, supl. B. 1-34.
47. Poradnik DASH. Zdrowe odżywianie w nadciśnieniu tętniczym. http://www.akademiadiabetologii.pl/artykuly/artykuly/poradnik_-_dieta_dash (11.02.2013r.)
48. Ludwig D. S., Pereira M. A., Kroenke C. H., Hilner J. E., van Horn I., Slatter M. L., Jacobs D. R.: Spożycie błonnika pokarmowego, przyrost masy ciała i czynniki ryzyka chorób układu sercowo- naczyniowego u młodych dorosłych. Jama 2000, 2.
49. Kokot F., Tatoń J.: Zaburzenia przemiany materii w: Kokot F. Choroby wewnętrzne. PYWL, Warszawa 1988, tom 2.
50. Hasik J., Bartnikowska E.: Włókno ro ślinne w żywieniu człowieka. PZWL Warszawa 1987.
51. Ministerstwo Zdrowia. „Kampania papierosy po żerają cię żywcem”. Sytuacja epidemiologiczna dotycząca palenia i biernego palenia w Polsce. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/kampania_tyton_0403201.p df. (11.02.2013r.)
52. Rutz-Danielczyk A., Głuszek J.Ł Niefarmakologiczne leczenie nadciśnienia tętniczego. Współczesna terapia nadciśnienia tętniczego. Wydawnictwo
53. Medyczne Termedia, Poznań 2008; 40–50. WHO 2006. Fact sheet No Obesity and overweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. (11.02.2013r.)
54. Biela U., Pająk A., Kaczmarczyk-Chała K. i wsp. Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki programu WOBASZ. Kardiol. Pol. 2005; 63 (supl. 4), 632–635.
55. He J., Streiffer R., Muntner P., Krousel-Wood M., Whelton P.: Effect of dietary fiber intake on blood pressure: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J. Hypert. 2004; 22 (1):73-80.
56. Kozłowska-Wojciechowska M., Makarewicz-Wujec M.Ł Di eta — nieodzowny element terapii w zespole metabolicznym. Artur Mamcarz. Zespół metaboliczny. Wydawnictwo Medical Education, Warszawa 2008; 307–318.
57. Devereux R.B., Pickering T.G.: Relationship between the level, pattern and variability of ambulatory blood pressure and target organ damage in hypertension. J Hypertens. 1991; 9 (suppl.8): 34-38.
58. Raport GUS. Stan zdrowia ludności Polski w 2004r. Warszawa 2006.
59. Raport GUS. Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w roku 2004. Warszawa 2007.
60. Drygas W., Skiba A., Bielecki W. i wsp. Physical activity estimation among the inhabitants of six European countries: Project “Bridging east-west health gap”. Med. Sportiva 2001; 5 (supl. 2), 119–128.
61. Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium

- excretion. *BMJ* 1988; 297, 319–328.
62. Chen J., Gu D., Huang J. i wsp., for the GenSalt Collaborative Research Group. Metabolic syndrome and salt sensitivity of blood pressure in non-diabetic people in China: a dietary intervention. *Lancet* 2009, 373, 829–835.
 63. Januszewicz A. Ł. Nadciśnienie tętnicze. Zarys patogenezy, diagnostyki i leczenia. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2009.
 64. Nowak S.: *Metodologia badań społecznych*, Warszawa 1985, 13-30.
 65. Sztumski J.: *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 2005, 18-22.
 66. Pieter J: *Zarys metodologii pracy naukowej*, PWN, Warszawa 1975, 29-30.
 67. Łobocki M.: *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza Impuls,

Autorzy:

Dorota Dzwonkowska - lic. piel.

Ida Kinalska - prof. zw. dr hab. n. med., Pracownik Naukowy WSA, da.Kinalska@gmail.com

ROLA EDUKACJI ZDROWOTNEJ W PROFILAKTYCE OTYŁOŚCI WŚRÓD MŁODZIEŻY

Danuta Gulanowska, Alicja Palczewska

Streszczenie

Otyłość jest jednym z najbardziej powszechnych stanów chorobowych w krajach rozwiniętych oraz rozwijających się. W ostatnich kilkudziesięciu latach obserwuje się stały wzrost liczby otyłych osób. Problem ten dotyczy w znacznym stopniu dzieci i młodzieży.

Odpowiedzi jak ograniczyć skalę tego niekorzystnego zjawiska poszukuje się na wielu płaszczyznach życia.

Celem pracy jest ocena zachowań zdrowotnych młodzieży oraz określenie częstości występowania nieprawidłowości w sposobie odżywiania prowadzącym do otyłości.

Nieprawidłowe zachowania zdrowotne w środowisku, nieprawidłowe odżywianie czy brak aktywności fizycznej przyczyniają się do powstania wielu chorób, głównie otyłości i chorób krążenia. Otyłość u dzieci i młodzieży wynika z przemian cywilizacyjnych związanych ze zmianą stylu życia i niekontrolowanym dostępem młodzieży do niezdrowej żywności.

Edukacja zdrowotna jest bardzo ważnym środkiem umożliwiającym uruchomienie wszystkich dostępnych sił społecznych na rzecz szeroko pojętej zmiany służącej zdrowiu i poprawie warunków środowiskowych. Rozwijane są nowe strategie związane z różnymi poziomami działania (rządowym, legislacyjnym, profesjonalnym, społecznym).

Słowa kluczowe: otyłość, edukacja, profilaktyka

Title

The role of health education in the prevention of obesity among young people

Abstract

Obesity is one of the most common conditions in developed countries and developing countries. In the last few years we have seen a steady increase in the number of obese people. This problem concerns largely children and adolescents.

Replies to reduce the scale of this negative phenomenon sought in many areas of life.

The aim of the study was to assess health behaviors of adolescents and to determine the incidence of irregularities in the diet, leading to obesity.

Health related behaviors in the environment, improper diet and lack of physical activity contribute to the development of many diseases, mainly obesity and cardiovascular diseases. Obesity in children and adolescents due to the civilizational changes related to changing lifestyles and uncontrolled access by young people to unhealthy foods.

Health education is a very important means to launch all available social forces in favor of broader changes in health and improving environmental conditions. New strategies are being developed related to the different levels of intervention (government, legislative, professional, social).

Keywords: obesity, education, prevention

Zarys problemu otyłości na świecie i w Polsce

Z otyłością walczy w Polsce wiele organów władzy, z których część to: Minister Edukacji Narodowej, Minister Zdrowia, Minister Sportu i Turystyki. Wskazane ministerstwa zawarły porozumienie w celu usystematyzowania promocji zdrowia oraz profilaktyki problemów dzieci i młodzieży. Na mocy tego porozumienia w dniu 23 listopada 2009 roku powstał dokument „Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży z dnia 23 listopada 2009 roku”.¹

W związku z krokami podjętymi przez WHO powstał Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 w ramach celu operacyjnego 2 („Biała Księga” Europejska strategia dla problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem 30 maja 2007). Wg raportu GUS „Stan zdrowia ludności w 2009 r.” mierniki masy ciała BMI (wg aktualnych norm WHO) wskazują, że w porównaniu z 2004 r. waga ciała dorosłego Polaka ciągle wzrasta, w związku z czym problem nadwagi i otyłości zwiększa się. Zbyt dużą masę ciała ma już 52 % Polaków po 18 roku życia.²

Podsumowując raport, nadwaga i otyłość dotyczy około 22% chłopców i 18% dziewczynek w szkołach podstawowych, w gimnazjach odsetek ten jest nieco niższy, odpowiednio 15% i 12%. Wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych, nadmierną masę ciała posiada 17% chłopców i 10% dziewcząt. Największy odsetek dzieci z nadwagą i otyłością zamieszkuje w województwie mazowieckim (18,9%), lubuskim (17,9%), dolnośląskim (17,7%) oraz kujawsko-pomorskim (17,6%). Natomiast sytuacja najlepiej przedstawia się w województwie świętokrzyskim (12,6%), małopolskim (13,5%), lubelskim (14,1%) i podkarpackim (14,3%).

Profilaktyka otyłości u młodzieży w działaniach Ministra Zdrowia

Minister Zdrowia za główne kierunki swoich działań w sprawie profilaktyki otyłości u młodzieży przyjmuje: tworzenie prawa, realizację programów polityki zdrowotnej, współpracę międzyresortową rekomendacje ekspertów oraz patronat dla inicjatyw na rzecz promocji zdrowego stylu życia. Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 139, poz. 1139, z późn. zm.) u dzieci i młodzieży wykonywane są: testy przesiewowe i profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia).

Procedury te obejmują, między innymi:

Wśród zadań pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania:

- doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole,
- udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej.

W ramach współpracy międzyresortowej Minister Edukacji zawarł/stworzył:

¹ Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i ... (Ministerstwo Edukacji, 2009)

² (GUS, Problem nadwagi i otyłości w Polsce wśród osób dorosłych - dane epidemiologiczne, 2011)

- Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży – 2009 r.
- Program „Przeciwdziałanie poprzez sport agresji i patologii wśród dzieci i młodzieży – 2007 r.
- Program „Owoce i warzywa w szkole” – 2008 r.
- Projekt „Szkoły promujące zdrowie” – wznowienie współpracy od 2009 r.

W ramach pracy ministra powstały również takie dokumenty jak:

- Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015.
- Program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007 – 2011.

Czynniki wpływające na powstawanie otyłości u młodzieży

Na powstawanie otyłości wśród młodzieży mają wpływ różne czynniki między innymi genetyczne, środowiskowe, społeczne, psychologiczne. Według badań epidemiologicznych na różnych populacjach 30 – 80% zmienności masy ciała zależy od czynników genetycznych. Badania wykazały dwa genetyczne mechanizmy powodujące otyłość: pojedyncze, rzadkie mutacje w niektórych genach, które same mogą powodować otyłość jednogenową, i interakcje licznych wariantów genowych z uwarunkowaniami środowiskowymi otyłość wielogenowa, gdzie poszczególne geny z osobna mają niewielki wpływ na masę ciała, jednak w połączeniu z niekorzystnym oddziaływaniem środowiska powoduje otyłość prostą.³

Czynnikami powodującymi otyłość, we wczesnym etapie rozwoju, jest cukrzyca matek ciężarnych, palenie papierosów przez przyszłe mamy oraz duża masa urodzeniowa dziecka.⁴

Złe nawyki żywieniowe sprawiają, że dieta młodzieży zawiera często nadmierne ilości kalorii i jednocześnie jest bardzo uboga w składniki potrzebne do właściwego rozwoju dzieci i młodzieży tj.: witaminy, makro- i mikroelementy, wielonienasycone kwasy tłuszczowe, błonnik.

Powikłania otyłości u młodzieży

Otyłość jest zaburzeniem homeostazy przemiany energetycznej, spowodowanym dostarczeniem nadmiernej ilości energii zawartej w pokarmach w stosunku do zapotrzebowania organizmu, czego konsekwencją jest zwiększenie magazynowania

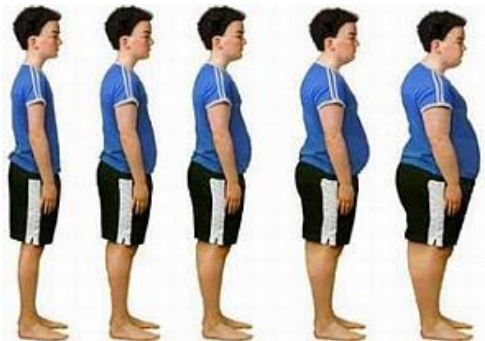
³ Hołysz, M. (2012). *Otyłość wśród dzieci i młodzieży wykorzystanie techniki PCR w diagnostyce otyłości znaczenie mutacji i polimorfizmów dla metabolizmu człowieka*. Ostróda: Projekt szkolenia dla MSP z zakresu metod biotechnologicznych w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

⁴ (Hołysz, Otyłość wśród dzieci i młodzieży wykorzystanie techniki PCR w diagnostyce otyłości znaczenie mutacji i polimorfizmów dla metabolizmu człowieka, 2012)

nadmiaru w postaci tkanki tłuszczowej.⁵

Wyróżnia się dwa typy otyłości w zależności od etiopatogenezy:

- *otyłość pierwotną* – pokarmową powstającą w wyniku współdziałania czynników genetycznych i środowiskowych,
- *otyłość wtórną* – która jest objawem chorób ośrodkowego układu nerwowego, wad chromosomalnych i działaniem leków. W zależności od rozmieszczenia tkanki tłuszczowej, rozróżnia się otyłość typu gruszka (udowo-pośladkowa), występuje częściej u kobiet, otyłość typu jabłko (tłuszcz, brzuszny, trzewny), występuje częściej u mężczyzn.



Rys. 1. Ewolucja wady postawy

Źródło: (http://eid.edu.pl/dla_nauczyciela/polscy_uczniowie_tyja_przez_szkole,17.html, Doganiamy Europę, 2013)

Najczęstszym powikłaniem otyłości jest zaburzenie metabolizmu glukozy, występować może w różnym nasileniu w zależności od stopnia otyłości, czasu trwania choroby, masy trzewnej tkanki tłuszczowej i rodzinnego obciążenia cukrzycą.⁶

Otyłe dzieci mają większe ryzyko wystąpienia astmy oskrzelowej. Powikłania ortopedyczne zwłaszcza u osób z dużą nadwagą często stwierdza się obustronną koślawość kolan, co jest skutkiem złego ustawienia kończyn dolnych związanego z ich szerokim rozstawieniem spowodowanym dużą masą urodzeniową.

Problemy skórne to najczęściej rozstępny i hirsutyzm. Rozstępny pojawiają się bardzo często szczególnie u osób chorujących od dawna i o bardzo dużej masie ciała. Tworzą się na pośladkach brzuchu, udach i piersiach. Hirsutyzm to występowanie nadmiernego owłosienia typu męskiego u kobiet. Przyczyną jest duże wydzielanie androgenów. Młodzież otyła boryka się z wieloma zaburzeniami emocjonalnymi. Często jest ona wyśmiewana przez swoich rówieśników, narażona na dyskryminację i krytykę.⁷

⁵ Kuska, M., & Płaszewska-Żywko. (2008-2009). *Diagnozy i interwencje pielęgniarские*. Warszawa: wydawnictwo lekarskie PZWL.

⁶ Hołysz, Otyłość wśród dzieci i młodzieży wykorzystanie techniki PCR w diagnostyce otyłości znaczenie mutacji i polimorfizmów dla metabolizmu człowieka, 2012)

⁷ Oblacińska, A., & Tabak, I. (2006). *Jak pomóc otyłemu nastolatкови*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, Zakład medycyny szkolnej.

Zapobieganie otyłości u młodzieży gimnazjalnej

Środowisko rodzinne, w którym młody człowiek nabywa swoje pierwsze doświadczenia różnych zachowań zdrowotnych powinno sprzyjać pozytywnym wzorcom zdrowego modelu odżywiania. W zapobieganiu otyłości u młodzieży znaczenie ma nie tylko zbilansowana dieta, lecz również aktywność fizyczna zaszczeplona przez rodziców od najmłodszych lat.⁸

Dbanie o regularność posiłków⁹, ich prawidłowy skład wyeliminowanie zwyczaju podjadania między posiłkami, dojadania resztek, dokładania do porcji czy jedzenie w czasie oglądania telewizji jest ważną regułą rodzinną sprzyjającą w utrzymaniu prawidłowej masy ciała dorastającej młodzieży.

Zapotrzebowanie na energię dla młodzieży w wieku 13-15 lat, a w szczególności dla dziewczynek przy małej aktywności, o wadze 53 kg, wynosi 2100 kcal/dobę i 2300 kcal/dobę przy aktywności umiarkowanej.

Natomiast dla chłopców w wieku 13-15 lat o wadze 56 kg, przy małej aktywności, wynosi 2450 kcal/dobę i przy aktywności umiarkowanej 2750 kcal/dobę. Dane te podano wg norm zapotrzebowania na energię dla młodzieży w wieku 10-19 lat w Polsce, opracowane przez Instytut Żywności i Żywienia.¹⁰

Zwiększenie aktywności fizycznej wszystkich członków rodziny, zmiana pewnych zachowań, dotyczących codziennej aktywności np.: pokonywanie odległości z domu do szkoły rowerem lub piechotą, chodzenie po schodach zamiast jazdy windą, może przyczynić się do zmniejszenia ryzyka wystąpienia nadwagi i otyłości. Ograniczenie korzystania przez wiele godzin z komputera lub telewizora i usunięcie z pokoju nastolatka tych urządzeń, może okazać się następnym krokiem w stronę utrzymania prawidłowej masy ciała.

W wieku dojrzewania obserwuje się niechęć do aktywności fizycznej szczególnie u dziewcząt, u których ryzyko otyłości jest większe. Potrzebne są propozycje atrakcyjnych form aktywności fizycznej dostosowanych do płci, zainteresowań i możliwości fizycznych uczniów.

Niedostateczny stan zdrowia młodzieży a w szczególności zagrożenie otyłością często wynika z niedoceniań dobroczynnego znaczenia ruchu. Należy zachęcać młodzież do zmiany zachowań, które pozwolą na prowadzenie zdrowego stylu życia. Istnieje wiele propozycji dotyczących zapobiegania otyłości, jednak do tej pory nie ustalono skutecznych działań profilaktycznych. Na podstawie obserwacji wielu specjalistów najbardziej efektywna wydaje się edukacja zdrowotna w zakresie prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej.

Edukacyjna rola pielęgniarki w zapobieganiu otyłości u młodzieży

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, pielęgniarka szkolna jest jedynym

⁸ (Praca grupowa pod redakcją Gołota J. oraz Rosaka M., *Postęp Medycyny Jako Czynniki wpływający na jakość życia*, 2011)

⁹ Łodzińska J., Rodzina fundamentem rozwoju i wychowania człowieka, *Studia nad Rodziną*, Nr 30-31, 2012, Łomianki 2012, s. 128-129.

¹⁰ Oblacińska, A., & Jodkowska, M. (2011). *Podstawy teoretyczne programu „Trzymaj Formę”*. Warszawa: Polska Federacja producentów Żywności.

pracownikiem ochrony zdrowia pracującym w środowisku nauczania i wychowania. Świadczenia pielęgniarki szkolnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w tym z zakresu profilaktycznej opieki nad uczniami, ujęte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej Dz. U. Nr 139, poz.1139 póź. zm.¹¹

Rola pielęgniarki nie ogranicza się do identyfikacji uczniów z nadwagą i otyłością. Polega również na udzielaniu pomocy uczniom, u których już stwierdzono nadwagę. Pielęgniarka udziela indywidualnych porad uczniom w zakresie edukacji żywieniowej (wspólne układanie zbilansowanej diety, wg norm dla płci i wieku, ukazywanie korzyści zdrowotnych z aktywności fizycznej). Do zadań pielęgniarki należy także wsparcie pracowników stołówki szkolnej, aby zachęcić do zmiany nawyków np. stosowanie naturalnych przypraw ziołowych, warzywnych zamiast chemicznych, zalecanie gotowanych potraw zamiast smażonych, podawanie większej ilości warzyw i owoców. Profilaktyka otyłości powinna obejmować działania wśród uczniów rodziców, wychowawców, pedagogów szkolnych nauczycieli wychowania fizycznego, agentów sklepików szkolnych.

Pielęgniarka pracująca w szkole, w swoich zadaniach profilaktycznych współpracuje z nauczycielami wychowania fizycznego. Polega to między innymi na przekazywaniu informacji o kwalifikacji lekarskiej do wychowania fizycznego i sportu szkolnego. Otyłość sprzyja ograniczeniu aktywności fizycznej, misją wychowania fizycznego jest wyposażenie uczniów w kompetencje, czyli zbiór wiedzy i umiejętności, dyspozycji postaw, które są niezbędne do systematycznego uprawiania aktywności fizycznej i sportu przez całe życie.¹²

Motywacją do pracy pielęgniarki powinno być wprowadzenie, na co dzień do stylu życia młodzieży zdrowego odżywiania i zalecanej aktywności fizycznej oraz podniesienie wiedzy ekologicznej uczniów na temat kupowanych produktów spożywczych w myśl powiedzenia prof. Jana Gawędzkiego „zdrowie człowieka tkwi od pokoleń w tym, co ma w głowie i co na stole”.

Material i metodyka

Badania zostały przeprowadzone w okresie od kwietnia do maja 2013 roku. Badania dotyczyły grupy I-szych klas gimnazjum w Wilkasach k/Giżycka w województwie warmińsko-mazurskim, powiat giżycki. Wśród badanych było 40 dziewczynek i 20 chłopców. Średni wskaźnik BMI młodzieży otyłej wyniósł 31,3, a wśród ankietowanych, u których nie stwierdzono otyłości, BMI wyniosło 21,8.

Wyniki przeprowadzonych badań własnych

41 osób (68%) z 60 uczestników ankiety nie spożywa ciemnego pieczywa systematycznie. Pozostałych 19 respondentów (32%) zadeklarowało, że elementem codziennej diety jest ciemne pieczywo.

Odpowiedzi ankietowanych wskazują, że 38 z nich (63%) spożywa codziennie posiłki,

¹¹ Ministerstwo Edukacji. (2009). *Porozumienie o współpracy*. Pobrano 2013 z lokalizacji http://www.kuratorium.bialystok.pl/kuratorium2/Promocja_zdrowia/porozumienie.pdf

¹² (Oblacińska i Tabak, Jak pomóc otyłemu nastolatкови, 2006)

w których składzie występują owoce i warzywa. Pozostałych 22 uczniów (37%) respondentów nie urozmaica swojej codziennej diety porcją owoców ani warzyw.

40 respondentów (67%) zadeklarowało, że codziennie zjada śniadanie przed wyjściem z domu. Jedynie 20 uczniów (33%) często opuszcza dom bez porannego posiłku.

35 wszystkich respondentów (58%) stara się systematycznie uprawiać sport po minimum 30 minut dziennie. Pozostałych 25 uczniów (42%) nie uprawia żadnego sportu i nie podejmuje się systematycznej aktywności fizycznej.

Z odpowiedzi wynika, że 47 badanych (83%) nie jada systematycznie ryb tj. rzadziej niż 2 razy w tygodniu. 13 respondentów (17%) przywiązuje wagę do obecności ryb w codziennym jadłospisie i deklaruje, że są one spożywane co najmniej 2 razy w tygodniu.

Wnioski

1. Edukacja zdrowotna jest potrzebnym i ważnym procesem w zapobieganiu otyłości wśród młodzieży. Interwencje podejmowane w związku z dążeniem do zmiany zachowań zdrowotnych młodzieży oparte są na współpracy i współuczestnictwie jednostek i grup, których dotyczą.
2. Wśród czynników warunkujących występowanie otyłości u uczniów klasy pierwszej gimnazjum można zaobserwować nieracjonalne żywienie, niekontrolowany dostęp do wysoko kalorycznych produktów, niedostateczną aktywność fizyczną, brak umiejętności radzenia sobie ze stresem.¹³
3. Sposób odżywiania się uczniów i niektóre zachowania zdrowotne mogą sprzyjać powstawaniu otyłości np. niespożywanie śniadań przed wyjściem z domu, niedobór ciemnego pieczywa, ryb, mleka w jadłospisie. Nadmiar słodczych i gazowanych napoi w codziennej diecie.
4. Wiedza uczniów na temat zdrowego odżywiania jest zróżnicowana, znaczna część młodzieży nie posiada wiadomości na temat znaczenia wartości odżywczych mleka, ryb czy pieczywa ciemnego.

Zakończenie

Edukacja zdrowotna jest jednym z najważniejszych czynników w profilaktyce tej choroby. Dlatego też, aby edukacja zdrowotna była skuteczna powinna być prowadzona od najmłodszych lat, zarówno w środowisku domowym jak i szkolnym. Powinny również być zapewnione warunki, by zachowania służące zdrowiu mogły być realizowane w myśl zasady: zdrowe dziecko – zdrowy dorosły, zdrowy dorosły – zdrowe społeczeństwo.

Literatura

1. Hołysz, M. (2012). *Otyłość wśród dzieci i młodzieży wykorzystanie techniki PCR w diagnostyce otyłości znaczenie mutacji i polimorfizmów dla metabolizmu człowieka*. Ostróda: Projekt szkolenia dla MSP z zakresu metod biotechnologicznych w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Hoser, P. (2009). *Fundacja Biosłone*. Pobrano 2013 z lokalizacji Regulacja nerwowa i humoralna: <http://www.bioslone.pl/en/node/79>

¹³ Łodzińska J., *Stres w miejscu pracy* Firma bez barier. Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Nr 06, 2008, s. 25.

3. Jodkowska, M., Wojnarowska, B., & Oblacińska, A. (2007). *Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*.
4. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
5. Józef Pieter. (brak daty). *Wikipedia - Wolna Encyklopedia*. Pobrano 2013 z lokalizacji Metoda ankietowa: http://pl.wikipedia.org/wiki/Metoda_ankietowa
6. Kuska, M., & Płaszewska-Żywko. (2008-2009). *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*. Warszawa: wydawnictwo lekarskie PZWL.
7. Łodzińska J., Rodzina fundamentem rozwoju i wychowania człowieka, *Studia nad Rodziną*, Nr 30-31, 2012, Łomianki 2012, s. 109-131.
8. Łodzińska J., Stres w miejscu pracy, Firma bez barier. Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Nr 06, 2008, s. 24-30.
9. Oblacińska, A., & Jodkowska, M. (2011). *Podstawy teoretyczne programu „Trzymaj Formę”*. Warszawa: Polska Federacja producentów Żywności.
10. Oblacińska, A., & Ostręga, W. (2013). *Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka Zakład Medycyny Szkolnej.
11. Oblacińska, A., & Tabak, I. (2006). *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, Zakład medycyny szkolnej.
12. Praca zbiorowa pod redakcją Krystyny Mikiel-Kostyry i Anna Oblacińska. (2010).
13. *Czynniki biologiczne, behawioralne i psychospołeczne kształtujące masę ciała (BMI) 13-latków*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
14. Praca grupowa pod redakcją Gołota J. oraz Rosaka M. (2011). *Postęp medycyny jako czynnik wpływający na jakość życia*. Ostrołęka: Ostrołęckie Towarzystwo Naukowe im. Adama Chętnika w Ostrołęce. 11. Śledzińska M., Liberek A., Kamińska B (2009). *Hormony tkanki tłuszczowej a otyłość u dzieci i młodzieży*. Gdańsk: Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci.
15. Wojnarowska, B. (2012). *Organizacja i realizacje edukacji zdrowotnej w szkole*.
16. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
17. Zatoński, W. (2009). *Europejski kodeks walki z rakiem*. Warszawa: Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie.

Strony internetowe:

18. *Health Behaviour in School-aged Children* (brak daty). Pobrano w 2013 z lokalizacji www.hbsc.org
19. Ministerstwo Edukacji. (2009). *Porozumienie o współpracy*. Pobrano 2013 z lokalizacji http://www.kuratorium.bialystok.pl/kuratorium2/Promocja_zdrowia/porozumienie.pdf
20. Ministerstwo Zdrowia (brak daty). Pobrano 2013 z lokalizacji www.mz.gov.pl
21. Narodowy Program Zdrowia. (brak daty). Pobrano w 2013 z lokalizacji <http://www.bpz.gov.pl/dokumenty>
22. *Problem nadwagi i otyłości w Polsce wśród osób dorosłych* (2011). GUS. Pobrano 2013-07-15 z lokalizacji <http://www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/Nadwaga%20i%20oty%C5%82o%C5%9B%C4%87%20doro%C5%9Bli%20dane.pdf>
23. *Problem nadwagi i otyłości w Polsce wśród dzieci i młodzieży* (2010). Instytut Matki i Dziecka. Pobrano 07 2013 z lokalizacji <http://www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/Nadwaga%20i%20oty%C5%82o%C5%9B%C4%87%20dzieci%20i%20m%C5%82odzie%C5%BC%20dane.pdf>
24. *Wychowanie zdrowotne* (2007). pikaboo. Pobrano w 2013 z lokalizacji <http://mdurlik.wordpress.com/2007/11/21/modele-edukacji-zdrowotnej/>

Autorzy:

Danuta Gulanowska - lic. piel.

Alicja Palczewska – dr n. med., Zakład Piel. Ogólnego WSA, a.palczewska@op.pl

WPLYW ODCHUDZANIA NA PRZEBIEG CYKLU PŁCIOWEGO U DZIEWCZĄT

Bożena Kozikowska, Jan Urban, Dorota Kukowska

Streszczenie

Odchudzanie jest problemem społecznym dotyczącym coraz większą liczbę młodych dziewcząt. Dojrzewający organizm potrzebuje wszystkich składników odżywczych dla prawidłowego rozwoju wszystkich układów i narządów. Brak lub niewielki niedobór pewnych pierwiastków (np. żelaza, magnezu) zaburza funkcję układu nerwowego i mięśniowego, a tym samym pracę mięśni i mózgu. Podobnie jest z innymi narządami i układami.

Odchudzanie zwłaszcza u nastolatek może negatywnie wpłynąć na zdrowie fizyczne i psychiczne, a zwłaszcza na płodność i cykle miesiączkowe. Przy zbyt niskiej masie ciała zostaje zaburzona gospodarka hormonalna między korą mózgową, podwzgórzem, przysadką, jajnikami i innymi narządami wydzielenia wewnętrznego. Zaburzona praca jajników i zanik miesiączki sprawia, że kobieta ma zaniżoną samoocenę, czuje się niepełnowartościowa i miewa zaburzenia osobowości. Poza tym pojawiają się cechy okresu pomenopauzalnego, osteoporoza, starcza skóra i wiele innych objawów.

Badania wykazały, że wpływ odchudzania na przebieg cyklu płciowego u dziewcząt jest znacząco duży i ważny, a wyciągnięte wnioski z przeprowadzonych badań dają temu realne potwierdzenie.

Słowa kluczowe: odchudzanie, menstruacja, płodność

Title

The impact of weight loss on the course of the menstrual cycle in girls

Abstract

Losing weight is a social problem that affects a growing number of young girls. Maturing body needs all the nutrients for the proper development of all systems and organs. There are no or slight deficiency of certain elements (eg. Iron, magnesium) impairs the function of the nervous system and muscular and thus the work of muscles and brain. Similarly to the other organs and systems.

Slimming especially in adolescent girls may negatively affect the physical and mental health, and especially on fertility and menstrual cycles. With too low body weight is disturbed hormone levels between the cerebral cortex, hypothalamus, pituitary gland, ovaries and other endocrine organs. Impaired operation of the ovaries and the disappearance of menstruation makes a woman has a low self-esteem, feeling and doing defective personality disorder. Besides, there are the characteristics of postmenopausal osteoporosis, senile skin and many other symptoms.

Studies have shown that the effect of weight loss on the course of the menstrual cycle in girls is significantly large and important, and the lessons learned from the study give this a real confirmation.

Keywords: slimming, menstruation, fertility

Streszczenie

Dojrzewanie to huśtawka nastrojów, różne zmiany w organizmie psychiczne i fizyczne, które od wieków dotyczą każdego człowieka, a w szczególności dziewcząt.

Cykliczne zmiany zachodzące w ich ciele dają o sobie znać w okresie dojrzewania.

Przeobrażenie się małej dziewczynki w dojrzałą kobietę odbywa się pod wpływem działania wielu hormonów, wydzielanych przez poszczególne narządy do krwi w odpowiedniej ilości.

Udowodniono również wpływ hormonów płciowych na masę ciała. Obrzmiałe nieco ciało daje dyskomfort młodej dziewczynie, zaczyna ona czuć się ociężała i postanawia się odchudzić.

Anatomia i funkcja gonady żeńskiej

Gonady żeńskie czyli jajniki, anatomicznie posiadają wszystkie zdrowe kobiety. Jajnik (żeńska gonada) pełni dwie funkcje:

- generatywną
- hormonalną

Gonada żeńska wytwarza komórki płciowe i poprzez wydzielanie wielu hormonów oddziałuje na cały ustrój kobiety, a w szczególności na endometrium.

Hormony płciowe jajnika to steroidy. Zaliczamy do nich: estrogeny, gestageny (progesteron) i androgeny (wytwarzane w niewielkich ilościach). Dzięki niewielkim zmianom budowy chemicznej można uzyskać całkowicie różne biologiczne ich działania. Steroidy, których budowa jest bardzo podobna, mogą mieć bardzo różne działania biologiczne.

Działania biologiczne steroidów polega przede wszystkim na tym, iż:

- estrogeny- przyczyniają się do rozwoju oraz wzrostu żeńskich narządów płciowych, kobiecych cech płciowych i powodują wzrost błony śluzowej macicy;
- gestageny- przygotowują błonę śluzową macicy do ciąży, utrzymują ją, a w cyklu miesięczkowym pełnią wydzielniczą przemianę błony śluzowej macicy, która wzrasta dzięki działaniu estrogenów;
- androgeny- są substratami do syntezy estrogenów, a fizjologicznie powodują powstanie męskich cech płciowych (najważniejszy z nich to androstendion).

REGULACJA NEUROHORMONALNA CYKLU PŁCIOWEGO I ROLA UKŁADU SPRZĘŻENIA ZWROTNEGO PODWZGÓRZE – PRZYSADKA - JAJNIK

Jajniki są narządami sterującymi czynność płciową kobiety. W skład czynnościowego układu wchodzi trzy narządy:

- **podwzgórze** (położone u podstawy mózgu - w pobliżu przysadki),
- **płat przedni przysadki** (część gruczołowa przysadki),
- **jajniki**.

Regulacja neurohormonalna cyklu płciowego zależy przede wszystkim od

wydzielanych hormonów przez przysadkę, podwzgórze i jajniki. Do hormonów regulujących cykl miesięczkowy należą:¹

- 1) w podwzgórzach hormon uwalniający gonadotropiny, gonadoliberyna (GnRh) lub (LH-RH) tj. uwalniający lutropinę,
- 2) przez przedni płat przysadki gonadotropiny (hormony gonadotropowe),
- 3) hormony jajnika – wszystkie wytwarzane przez jajnik.

Hormony jajnika określane są też jako steroidy płciowe – estrogeny i gestageny, (progesteron i hydroksyprogesteron), oraz androgeny (w niewielkich ilościach).²

Współzależność między jajnikiem, podwzgórzem a przysadką określa się jako odległe sprzężenia zwrotne. Natomiast krótkie sprzężenie zwrotne to regulujący wpływ hormonu na własną biosyntezę.

Zasadniczym elementem dojrzewania płciowego jest powstanie układu współzależności i współdziałania między podwzgórzem, przysadką i gonadami, czyli układem sprzężenia zwrotnego. Jego mechanizm polega na tym, że dostatecznie wysokie stężenie hormonów we krwi, produkowanych przez jajniki, wpływają hamująco na zachowanie się podwzgórza i przysadki.³ Zbyt niskie natomiast stają się sygnałem do ich aktywności, nasilenia się działalności gonad, a tym samym do produkcji estrogenów.

FIZJOLOGIA RYTMU MIESIĄCZKOWEGO

Cykl jajnikowy jest sterowany hormonami gonadotropowymi przedniego płata przysadki przez sam jajnik. Natomiast cykl miesięczkowy – steroidami płciowymi jajnika.⁴

Fazy cyklu

Cykliczne zmiany w jajniku w okresie dojrzałości płciowej dotyczą cyklu jajnikowego, w którym można wyróżnić następujące fazy:

- I faza dojrzewania pęcherzyka jajnikowego – **faza folikularna**
- II faza ciała żółtego – **faza lutealna**.⁵

Jajeczkowanie następuje w okresie dojrzałości płciowej kobiety. Czas od jednego jajeczkowania do drugiego to cykl jajnikowy. Cykle te powtarzają się, aż do okresu przekwitania kobiety.

Fazy okresu dojrzewania

Dojrzewanie u dziewcząt zaczyna się już w wieku ośmiu lat i trwa około 6 lat. W okresie tym możemy wyróżnić pewne etapy:

- **pokwitanie** – czas od momentu zwiększenia się stężenia steroidów w surowicy krwi (8 – 10 rok życia) do wystąpienia pierwszego krwawienia miesięczkowego;
- **menarche** – pojawienie się pierwszego krwawienia menstruacyjnego (13–15 rok życia);
- **dorastanie** – czas do zakończenia wzrastania i zamknięcia się tarcz wzrostowych.⁶

¹ Por. M. Pawlikowski, *Leczenie hormonami i pochodnymi hormonów*, PZWL, Warszawa 1996, s. 303.

² Por. L. David, Olive, MD, *Ginekologia po dyplomie-Zastosowanie agonistów gonadoliberyny w leczeniu endometriozy*, Listopad 2008, Tom 10, Nr 6/58, s. 59.

³ Z. W. Traczyk, *Fizjologia człowieka w zarysie*, ...s. 473.

⁴ W. Pschyrembell, G. Strauss, E. Petrii, *Ginekologia praktyczna*, ...s. 482.

⁵ Por. M. Akerlund, J. Sipowicz, *Ginekologia wieku rozwojowego-Dziewczyzna dojrzewa*, Reklamowo - Wydawnicza Agencja dziennikarzy, Białystok 1991, s. 12

Biorąc pod uwagę poszczególne etapy wyróżniamy następujące fazy dojrzewania dziewcząt:

- 1) fazę przedpokwitaniową – od zapoczątkowania funkcji wydzielniczej gruczołów płciowych (8 – 10 r. ż.) do pojawienia się pewnych objawów somatycznych (owłosienie łonowe, wżgórki piersi).
- 2) fazę pokwitaniową – od pojawienia się zmian somatycznych aż do osiągnięcia dojrzałości (charakteryzującej się cyklicznymi krwawieniami miesięczkowymi).
- 3) fazę dorastania – okres zamknięcia i zakończenia procesu wzrastania.⁷

ODCHUDZANIE I PATOLOGIA UKŁADU PŁCIOWEGO KOBIECI

Jeszcze nie tak dawno za wzorzec kobiecego piękna były kobiety o zaokrąglonych kształtach, a dziś stały się chude o chłopcących figurach. Każda dziewczyna chce się podobać i dąży do ogólnie przyjętego wzorca.⁸

Zaczyna się odchudzać, intensywnie ćwiczyć, liczyć kalorie, aż wpada w pułapkę wielu zagrożeń jakimi są bulimia i anoreksja.

Zaburzenia odżywiania się najczęściej występują wśród młodych dziewcząt w rozwiniętych krajach zachodnich. W krajach przechodzących proces westernizacji, takich jak Polska, od kilkunastu lat obserwuje się znaczny wzrost liczby osób leczących się na anoreksję oraz bulimię psychiczną.

Wśród nastolatków występowanie jadłowstrętu psychicznego ocenia się na 0,5-1%. Rozpowszechnienie bulimii psychicznej szacowane jest na około 1-4%. Bulimia psychiczna rozpoczyna się w starszym nieco wieku, niż jadłowstręt psychiczny.

Najwięcej zachorowań jest w wieku do 25 lat.⁹

Kobiety cierpiące na zaburzenia odżywiania są bardziej narażone na bezpłodność. Badania potwierdzają, iż niechęć do ciąży przypada na anorektyczki i to one częściej zachodzą w niechcianą ciążę. Udowodniono również, że na początku należy leczyć psychiczne zaburzenia odżywiania a następnie niepłodność.

JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY-ANOREKSJA

Anoreksja to zaburzenie odżywiania się, polegające na celowej utracie wagi wywołanej i podtrzymywanej przez osobę chorą. Obraz własnego ciała jest zaburzony i występują objawy dysmorfobii.¹⁰

Anoreksja dotyczy przeważnie dziewcząt i kobiet w wieku 10-13 lat oraz 16-21 lat. Najczęstszą formą anoreksji jest anoreksja mentalna w wieku dorastania. Jadłowstręt psychiczny rozpoczyna się zwykle przed 25 rokiem życia. W tego typu zaburzenia częściej popadają dziewczęta aniżeli chłopcy. Dochodzi do tego wtórny brak miesiączki lub miesiączka w ogóle się nie pojawia. Anoreksja powoduje także obsesyjny lęk przed przybraniem na wadze, który sprawia że ciągle myślą o jedzeniu i przekonane są, że „szczupła” sylwetka jest drogą do sukcesu¹¹

⁶ Łepecka-Klusek C. (pod.red.), *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie ginekologii*, Wydawnictwo Czelaj, Lublin 2003, s.23-109.

⁷ tamże s.25

⁸ www.medserwis.pl./Ogólnopolski portal medyczny

⁹ Por.J.Heitzman(pod.red.), *Psychiatria*, PZWL, Warszawa 2007, s.203.

¹⁰ Por.P.Skałba, *Endokrynologia ginekologiczna*,...s.241

¹¹ Por.J.Haitzman(pod.red.), *Psychiatria*, ...s.202

Zdarza się, że w celu schudnięcia stosowane są środki przeczyszczające i moczoopędne.

Wieloletnie niedożywienie oprócz zaburzeń metabolicznych i hormonalnych prowadzi do zaniku organów wewnętrznych. Obraz klinicznych objawów można podzielić na trzy fazy:

- 1 faza** - zatrzymanie miesiączkowania i spadek masy ciała; występują objawy psychiczne tj. pobudzenie, niechęć do jedzenia, bezsenność, lękliwość, wzmożona aktywność ruchowa;
- 2 faza** - postępujące wychudzenie, zaparcia, skąpomocz, obniżenie siły mięśniowej, oziębienie ciała, jadłowstręt, chwiejność uczuciowa, izolacja przed otoczeniem;
- 3 faza** - wyniszczenie organizmu, obniżenie ciśnienia krwi, wymioty, bradykardia, obrzęki obwodowe, apatia, depresja, katatonja, osteoporoza.¹²

Leczenie powinno podejmować się jak najwcześniej. Im szybciej tym większa szansa powodzenia i lepsze rokowania na przyszłość. Warunkiem jest odzyskanie właściwej masy ciała. U 30 % anorektycznych dziewcząt objawy utrzymujące się około roku dają jednak trwale zaburzenia rozrodczości. Ale u niektórych po uzyskaniu właściwej masy ciała czynność jajników może powrócić. Leczenie wymaga współpracy wielu specjalistów przede wszystkim: psychologa, psychiatry, endokrynologa i dietetyka. Brak leczenia prowadzi do śmierci.¹³

BULIMIA NERWOWA

Bulimia nerwowa ostatnio uważana jest za odrębną jednostkę chorobową. Ma ona jednak związek z jadłowstrętem psychicznym. Charakteryzuje się okresami gwałtownego, nie kontrolowanego objadania się, a następnie prowokowaniem wymiotów lub zażywaniem leków przeczyszczających i diuretyków.¹⁴

Określenie wpływu zaburzeń hormonalnych na powstawanie bulimii jest niezwykle trudne dlatego, że choroba sama w sobie znacząco wpływa na gospodarkę hormonalną całego organizmu.

Oprócz tego konsekwencją bulimii są:

- zaburzenia cyklu miesiączkowego, aż do całkowitego zaniku miesiączki;
- niedobór żelaza i witaminy B 12 -powodują anemię;
- niedobór cynku powoduje m.in. niedokrwistość, obniżenie odporności, trudności w gojeniu się ran, zaburzenia węchu i smaku, wypadanie włosów;
- ogólne odwodnienie organizmu powoduje wysuszenie błon śluzowych, skóry;
- bóle stawów bez wystąpienia podłoża zapalnego;
- niski poziom serotoniny i tryptofanu wpływa na obniżony nastrój, brak potrzeby współżycia seksualnego, zaburzenia snu, impulsywne zachowania oraz apetyt;
- niedożywienie i odwodnienie w bulimii mogą równie z obniżyć ciśnienie krwi i dawać zawroty głowy, omdlenia, migreny, zaburzenia widzenia.¹⁵

Leczenie bulimii podobne jest do jadłowstrętu psychicznego. Wymaga współpracy:

¹² Por. P. Skałba, *Endokrynologia ginekologiczna*,...s.242.

¹³ tamże s.243

¹⁴ http://bulimia.man.pl/przyczyny/medserwis.pl/Ogólnopolski_serwis_medyczny.

¹⁵ tamże

psychologa, psychiatry, endokrynologa, dietetyka oraz rodziny.¹⁶ Zrozumienie potrzeby leczenia musi przede wszystkim wynikać z chęci leczenia się osoby dotkniętej tą chorobą. Oznaczenie poziomu hormonów u dziewcząt, które ukończyły 18 lat, a nie miesiączkują jest koniecznością.¹⁷

ZABURZENIA MIESIĄCZKOWANIA ZWIĄZANE Z ĆWICZENIAMI FIZYCZNYMI

Zaburzenia miesiączkowania powstające na skutek intensywnych ćwiczeń fizycznych polegają na przedłużeniu fazy pomiesiączkowej. Intensywne treningi fizyczne w biegach, gimnastyce, czy balecie powodują spadek masy ciała, wahają się hormony estrogenowe i zaburza się miesiączkowanie, a to w przyszłości rzutuje na rozrodczość w wieku dojrzałym

W leczeniu zaburzeń miesiączkowania związanych z ćwiczeniami fizycznymi najważniejsze jest ich zaprzestanie lub mocne ograniczenie. Młode kobiety i dziewczęta, które nie miesiączkują powinny być poddane zastępczej terapii hormonalnej, aby zapobiec groźnym powikłaniom, jeśli nie chcą wstrzymać treningów.¹⁸

ORGANIZACJA I PRZEBIEG BADAŃ

Badania przeprowadzone zostały czerwcem 2012 roku na terenie trzech szkół województwa podlaskiego.

Wśród badanych uczestniczyło 100 dziewcząt w wieku od 14 do 18 lat. Uczennice pochodziły z różnych środowisk. Szkoły które wzięły udział w badaniach to: Publiczne Gimnazjum nr 6 i Liceum Ogólnokształcące im. Tadeusza Kościuszki przy ulicy F. Bernatowicza w Łomży, Katolickie Gimnazjum i Liceum Ogólnokształcące przy ulicy Sadowej w Łomży oraz Gimnazjum im. Jana Pawła II w Małym Płocku przy ulicy J. Kochanowskiego. Celem pracy było ukazanie wpływu odchudzania na przebieg cyklu płciowego u dziewcząt.

CHARAKTERYSTYKA BADANYCH GRUP I TERENU BADAŃ

Badaniami objęto młodzież od 14 do 18 lat płci żeńskiej. Najlicniejsza grupa wiekowa to szesnastolatki stanowiące 29% i siedemnastolatki 26%. Następnie 21% stanowią osiemnastolatki, 19% piętnastolatki i tylko 5% czternastolatki. Łącznie cała grupa badana stanowi 100%. Około 33% badanych określa swoją sytuację materialną jako średnią, a możliwości w takich rodzinach też są ograniczone. Prawidłowe odżywianie zapobiega nadwadze i chroni przed skutkami odchudzania, a to sprawia, że przebieg cyklu płciowego nie musi być zaburzony. Poniższa tabela ukazuje dane dotyczące wieku badanych dziewcząt i środowiska w jakim wrażliwość.

¹⁶ Łodzińska J., Rodzina fundamentem rozwoju i wychowania człowieka, Studia nad Rodziną, Nr 30-31, 2012, Łomianki 2012, s. 125-127.

¹⁷ Por. P. Skałba (pod. red.), *Endokrynologia...*, s. 244.

¹⁸ tamże s. 245

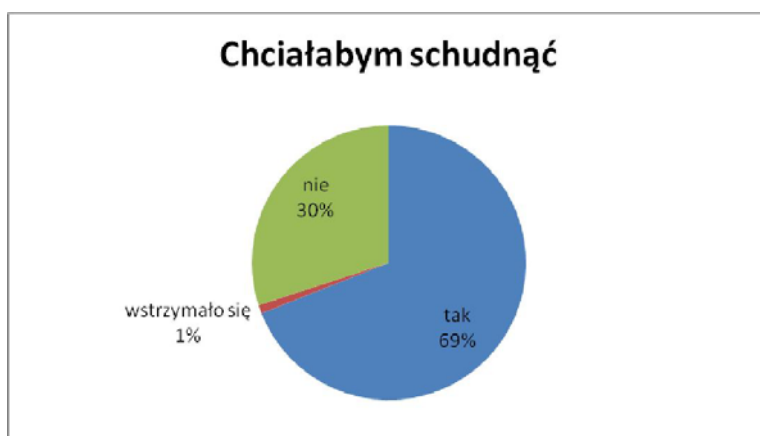
Tab. 1. Charakterystyka grupy z uwzględnieniem wieku i miejsca zamieszkania.

Wiek- Środowisko	14-15 lat	%	16 lat	%	17-18 lat	%	Razem	%
Wieś	20	44,4	15	33,4	10	22,2	45	100
Miasto	4	7,3	14	25,5	37	67,2	55	100
Razem	24	24	29	29	47	47	100	100

Źródło: Opracowania własne

STOSUNEK ANKIETOWANYCH DO WŁASNEJ SYLWETKI

Wśród wszystkich badanych dziewcząt, aż 69% chciałoby schudnąć, 30% dobrze czuje się ze swoją wagą, a 1% wstrzymuje się od udzielenia na to pytanie odpowiedzi obrazuje to wykres.



Rys. 1. Chęć zrzucenia wagi przez respondentki.

Źródło: Badania własne

Dane wskazują, że aż 84% badanych dziewcząt ma wymarzoną wagę i 86% chciałoby mieć inny wzrost niż obecny. Około 13% respondek nie udzieliło informacji odnośnie wagi wymarzonej i 3% wstrzymuje się od odpowiedzi na ten temat. Podobnie przedstawia się sytuacja w sprawie wymarzonego wzrostu w 86% chęci jego posiadania, w 3% wstrzymujących się od odpowiedzi i 11% nie podających go.

Tab. 2. Wymarzona waga badanych na wsi i w mieście.

Chęć wagi	Tak L	Tak%	Nie L	Nie%	Razem L	Razem%
Wieś	37	82,2	8	17,8	45	100
Miasto	47	85,4	8	14,6	55	100
Razem	84	84	13	13	100	100

Wymarzoną wagę posiada aż 85,4% respondentek w mieście i 82,2% na wsi. Nie ma masy ciała wymarzonej 17,8% dziewcząt badanych na wsi i 14,6% w mieście

Z badań wynika jednak, że tylko 30% jest zadowolonych ze swojej wagi i nie chce jej zmieniać. Pozostała 70% grupa pragnie zrzucić od 1 do 40 kilogramów. Najczęściej podawana liczba kilogramów do zrzucenia to: 5 i 10. Pięć osób wskazało na więcej niż 20 kilogramów, a trzydzieści pięć mniej niż 5 kilogramów do zgubienia. Na wsi chcieliby 28,9% nie zmieniać swojej masy ciała, a 69,9% zdecydowanie zmniejszyć. Jedna osoba nie wypowiada się w tej kwestii. W mieście aż 69,1% dziewcząt chce zmniejszyć swoją wagę, a 30,9% pozostać przy obecnej.

Sytuacja co do liczby osób zamierzających zmniejszyć swoją wagę została przedstawiona w tabeli poniżej i uwzględnia ona również z miejsce zamieszkania respondentek z podziałem na wieś i miasto.

Tab. 3. Respondentki chcące zmniejszyć swoją wagę w zależności od miejsca zamieszkania.

Środowisko/waga do zmniejszenia	Chce schudnąć	Nie chce schudnąć	Nie ma zdania	Razem L-%
Miasto L-%	38-69,1%	17-30,9%	0-0%	55-100%
Wieś L-%	31-68,9%	13-28,9%	1-2,2%	45-100%
Razem L-%	69-69%	30-30%	1-1%	100-100%

ZAKRES WIEDZY BADANYCH OSÓB NA TEMAT ZDROWEGO ODŻYWIANIA SIĘ

Ważną rolę w życiu każdego żywego organizmu pełni układ pokarmowy.

Pożywienie zapewnia rozwój i wzrost komórek, a tym samym wpływa na pracę innych układów i narządów. Dla zbadania wiedzy respondentów na temat zdrowego odżywiania wzięto pod uwagę ilość spożywanych dziennie posiłków. Dwa i mniej posiłki dziennie spożywa 7% wszystkich badanych, od trzech do pięciu posiłków dziennie zjada 80% ankietowanych, a 10% informuje, że sześć i więcej posiłków. Nie wypowiada się w tej kwestii 3% badanych.

Tab.4. Przygotowanie posiłków przez dziewczęta na wsi i w mieście.

Źródło: Opracowania własne.

Środowisko- posiłki	Wieś L	%	Miasto L	%	Razem L	%
Często	18	40	17	30,9	35	35
Nigdy	1	2,2	14	25,5	15	15
Czasami	24	53,3	23	41,8	47	47
Brak	2	4,5	1	1,8	3	3
Razem L-%	45	100	55	100	100	100

Dane wskazują, że na wsi dziewczęta częściej pomagają rodzicom w przygotowywaniu posiłków, bo aż 93,3% wszystkich badanych, w tym *często* 40% i *czasami* 53,3%. Natomiast w mieście czasami pomaga 41,8% i często 30,9%, co daje

łącznie 72,7% wszystkich badanych. Nigdy w przygotowywaniu posiłków nie uczestniczy 15% respondentek, z czego 2,2% pochodzi ze wsi i 25,5% z miasta. Nie wypowiedziało się na ten temat 3% wszystkich badanych. Najbardziej lubiane przez dziewczęta badane posiłki to jedzone z całą rodziną (38%), takie które są smaczne nawet jeśli są tuczące (36%), oraz te na które ma się ochotę (38%). Samotnie w swoim pokoju lub oglądając telewizję je 29% badanych, wszystko i nie mając nadwagi 25%, zdrowe posiłki nawet, gdy nie są smaczne je 11%, na kalorie w pożywieniu uważa (7%) lub zastępując słodycze bakaliami, owocami (6%). Ankieterzy udzielali wielokrotnych odpowiedzi stąd 90% wszystkich badanych zaznaczyło ponad jedną proponowaną do wyboru informację

Przebadana grupa podaje, że problem nadwagi istnieje w 40% u domowników na wsi i 34,6% w mieście. Łącznie problem z wagą ma 37% rodzin osób ankietowanych. Nie ma z tym problemu 63% rodzin badanych, z czego 60% to rodziny wiejskie i 65,4% miejskie. Problem nadwagi dotyczy przede wszystkim płci żeńskiej, gdyż ankietowani podawali przykłady: mama, siostra, babcia, ciocia. Rzadziej wspomniano o płci męskiej: tata, brat, dziadek.

Tab.5. Problem nadwagi w rodzinach badanych.

Źródło: Opracowania własne

Nadwaga- środowisko	Tak L	%	Nie L	%	Razem L	%
Miasto L	19	34,6	36	65,4	55	100
Wieś L	18	40	27	60	45	100
Razem L	37	37	63	63	100	100

OPINIA ANKIETOWANYCH NA TEMAT ODCHUDZANIA I MIESIĄCZKOWANIA

Odchudzanie dotyczy coraz to młodszych osób. Pojawia się u wielu osób, ale przede wszystkim u dziewczyn dojrzewających, które zaczynają przybierać kształty kobiece.

Okazuje się, że 31% wszystkich ankietowanych odchudzało się i stosowało różne diety. Najczęściej wymieniano: *własne przez siebie wymyślone*, głodówki, liczenie kalorii (1000), kapuścianą, dukana, kopenhaską, białkową, niskokaloryczne posiłki, ograniczanie słodyczy. Każda z diet nie jest odpowiednia dla młodej dojrzewającej kobiety bez wcześniejszej konsultacji z dietetykiem. Prowadzi do zaburzeń w całym organizmie i wpływa na pracę wszystkich układów i narządów.

Dane wskazują, że 38,2% odchudzających się dziewcząt pochodzi z miasta, a 22,2%

ze wsi. Nie odchudza się 73,3% badanych na wsi i 61,8% w mieście. Nie wypowiada się na ten temat 4,5% ankietowanych ze wsi, natomiast w mieście wszyscy określili się w tej kwestii.

Tab. 6. Wiedza ankietowanych na temat Bulimii i Anoreksji.

Źródło: Opracowania własne

	Tak L	%	Nie L	%	Razem L	%
Wieś	42	93,3	3	6,7	45	100
Miasto	49	89,1	6	10,9	55	100
Razem	91	91	9	9	100	100

Z powyższego wynika, że 91% wszystkich ankietowanych ma wiedzę na temat bulimii i anoreksji, z czego 93,3% dotyczy środowiska wiejskiego i 89,1% miejskiego. Nie ma wiedzy na temat bulimii i anoreksji 6,7% badanych ze wsi i 10,9% badanych w mieście, co daje 9% wszystkich nie orientujących się na czym ta choroba polega.

Dla potrzeb badań niezbędna była wiedza ankietowanych na temat miesiączek i ich przebiegu.

Tab. 7. Miesiączki respondentek na wsi i w mieście.

Źródło: Opracowania własne

Środowisko- miesiączki	Wieś L	%	Miasto L	%	Razem L	%
Tak	28	62,2	32	58,2	60	60
Nie	15	33,3	21	38,2	36	36
Brak odp.	2	4,5	2	3,6	4	4
Razem	45	100	55	100	100	100

Okazuje się, że 60% wszystkich badanych ma zazwyczaj regularne miesiączki, zaś 36% nie, a 4% nie udziela na to pytanie odpowiedzi. Regularnie miesiączkuje 62,2% wiejskich dziewcząt i 58,2% miejskich. Czas trwania określają w granicach od czterech do ośmiu dni. Natomiast nieregularne miesiączki ma 38,2% w mieście i 33,3% na wsi ankietowanych dziewcząt. Czas trwania nieregularnych miesiączek podają w granicach od dwóch do dziesięciu dni.

Dla potrzeb badań tejże pracy zapytano respondentki czy podczas odchudzania zatrzymała im się miesiączka lub może rozregulowała. Pytanie dotyczyło przede wszystkim tych, którzy wcześniej przyznali się do stosowania diet odchudzających. Dane obrazuje poniższe zestawienie.

Tab. 8. Odchudzanie i brak miesiączki.**Źródło:** Opracowania własne

Środowisko- miesiączki	Wieś L	%	Miasto L	%	Razem L	%
Tak	0	0	2	3,6	2	2
Nie	23	51	26	47,3	49	49
Rozregulowała się	3	6,7	9	16,4	12	12
Brak odp.	19	42,3	18	32,7	37	37
Razem	45	100	55	100	100	100

Z badań wynika, iż 32,7% dziewcząt w mieście i 42,3% na wsi problem ten ich nie dotyczy co wynika z nie udzielenia na to pytanie odpowiedzi. Natomiast 2% wszystkich dziewcząt odchudzających się nie miesiączkuje z powodu odchudzania z czego 3,6% to dziewczęta pochodzące ze środowiska miejskiego. Rozregulowaną miesiączkę po dietach odchudzających ma 12% wszystkich ankietowanych z czego 16,4% to badani z miasta i 6,7% ze wsi. Nie zatrzymała się natomiast miesiączka u 49% wszystkich badanych na co składa się 51% dziewcząt wiejskich i 47,3% dziewcząt miejskich stosujących odchudzanie.

DYSKUSJA I WNIOSKI

Wpływ odchudzania na przebieg cyklu płciowego u dziewcząt jest bardzo ciekawym zagadnieniem. Sposób odżywiania społeczeństwa w ostatnich latach uległ gwałtownym zmianom.

Dojrzewające dziewczęta potrafią wyliczyć swój wskaźnik BMI i znają należną wagę przy posiadanym własnym wzroście.

Zła sytuacja materialna ogranicza rozwój młodej osoby i pozwala na minimalne możliwości wykorzystywania zasobów rodzinnych dla potrzeb osobistych. Postęp cywilizacji i mody ma znaczący wpływ na myślenie ludzi, a zwłaszcza dorastającej młodzieży. Mimo właściwego BMI dla dziewcząt 14-18-letnich, aż 70% badanych podaje chęć schudnięcia od 5 do 20 kilogramów wagi. Stwarza to zagrożenie powstania bulimii i anoreksji. Jak podaje literatura najbardziej narażone na tą chorobę są 10-13-latki i 16-30-latki. Anoreksja jest najczęstszą, mentalną chorobą w wieku dorastania cechującą się szybkim wyniszczeniem organizmu i w 10% przypadków prowadzącą do nieodwracalnych zmian i śmierci. Bulimia dotyczy natomiast nadmiaru spożywania pokarmów, a następnie prowokowania wymiotów lub zastosowania środków przeczyszczających. Zachorowalność na nią przypada na wiek dojrzałości płciowej i dotyczy najczęściej 16-30-latek.

Właściwa postawa wobec własnej fizycznej i psychicznej dojrzałości płciowej, pozwala zapobiec licznym zagrożeniom czyhającym na młody organizm. W dzisiejszej pogoni za modą i wpływem masmediów, na emocjonalną postawę i rozwój właściwych wartości człowieczeństwa, człowiek gubi poczucie tożsamości i chce być kimś innym. Wyniki badań ankietowanych dziewcząt w mieście wykazały iż 69,1% chce wyglądać lepiej i schudnąć, a 30,9% pozostać w wersji obecnej. Na wsi natomiast 68,9% chce poprawić swój wizerunek, a 28,9% pozostać. Wpływ odchudzania na przebieg cyklu płciowego jest ważnym zagadnieniem zwłaszcza u dojrzewających dziewcząt. Rozwijający się organizm ma zapotrzebowanie na wszystkie składniki odżywcze.

W Polsce 18% wszystkich współczesnych nastolatek ma subkliniczne problemy z jedzeniem i przeżywaniem swojego ciała. A zaburzenia odżywiania posiada, aż 25% wszystkich dziewcząt według najnowszych medycznych danych. Prowadzić to może do anoreksji i bulimii, czyli do psychicznych zaburzeń odżywiania.

Dla dorastającej dziewczyny wiedza na temat prawidłowego odżywiania i miesiączkowania powinna być jednakowa, a środowisko w jakim się wychowuje i kształtuje młoda osoba uczy podejścia do życia, zdrowia i postępowania. Prawidłowe nawyki żywieniowe chronią przed nadwagą, otyłością, odchudzaniem i chorobami.

Badania wykazały, że 31% wszystkich ankietowanych dziewcząt odchudzało się i stosowało różne diety. Najczęstsze to: wymyślone przez siebie, liczenie 1000 kalorii, głodówki, kapuściana, białkowe, niskokaloryczne, ograniczanie słodczy. Jednak każda zastosowana dieta powinna być skonsultowana z dietetykiem lub innym fachowcem zawodowym w dziedzinie żywności i żywienia.

Odchudzanie może być przyczyną wielu objawów takich jak: osłabienie, bóle głowy, ospałość, omdlenie, nudności, wymioty, niechęć do nauki, drżenia rąk, pobudzenie, nerwowość i inne. Objawy te występują zarówno przy początkach anoreksji jak i bulimii

Wśród ankietowanych respondentek zbadano zachowanie miesiączek po stosowaniu diet odchudzających. Okazało się, że 2% wszystkich odchudzających się dziewcząt przestało miesiączkować, a 12% uznało nieregularność ich po dietach. Stanowi to poważny problem wśród ankietowanych. Osoby, które zastosowały odchudzanie i nie stwierdzają u siebie zmian stanowią 49% wszystkich badanych. Pozostałe 37% respondentek nie stosujących żadnych form odchudzania nie udziela informacji.

WNIOSKI

- 1) Zakres wiedzy ankietowanych na temat zdrowego odżywiania znana jest respondentom w 100%.
- 2) Respondentki w 90% znają swoją wagę i w 96% wzrost oraz potrafią obliczyć własne BMI.
- 3) Ankietowane osoby w 70% chcą być szczuplejsze, a w 30% akceptują swoją sylwetkę.
- 4) Diety odchudzające stosowało 31% wszystkich badanych na wsi i w mieście.
- 5) Dla 31% ankietowanych idole odgrywają ważne znaczenie i mają wpływ na wizerunek ankietowanych.
- 6) Stosowanie diet spowodowało u 12% ankietowanych nieregularne miesiączkowanie, a u 2% zahamowało całkowicie miesiączki.
- 7) Bulimia i Anoreksja znana jest w 91% badanych na wsi i w mieście.

Literatura

1. Acog Committee On Adolescent Health Care, *Ginekologia po dyplomie - Miesiączkowanie w okresie dziecięcym i dojrzewania: cykl miesięczkowy jako wyznacznik stanu organizmu*, Styczeń 2009, Tom 11, Nr.1|59, s.83-87.
2. Akerlund M., Sipowicz J., *Ginekologia wieku rozwojowego-Dziewczyna dojrzewa*, Reklamowo-Wydawnicza Agencja dziennikarzy, Białystok 1991,s.12-32.
3. Andczykowa A., Rembieszowa H., *Dojrzewanie płciowe, Encyklopedia dla pielęgniarek* (pod.red.) Boguna J., PZWL, Warszawa 1989,s.11-54.
4. Attar E., MD, Bulun S.E., *Ginekologia po dyplomie-Inhibitory aromatazy: nowy trend w leczeniu endometriozy?*, Wrzesień 2007, Tom 9, Nr.5|51,s.87-91.
5. Bednarowska A., Bieńkowski M., Dębski R., *Ginekologia po dyplomie-Leczenie endometriozy -stan obecny i nowe trendy w terapii*, Wrzesień 2006, Tom 8, s.23-28.
6. Bilikiewicz A.(pod.red.), *Psychiatria- podręcznik dla studentów medycyny*, PZWL,

- Warszawa 2006, s.121-132.
7. Brzeziński J., *Elementy badań psychologicznych*, Warszawa 1978, s.24-28.
 8. Brzeziński J., *Elementy metodologii badań psychologicznych*, Warszawa 1980, S.22-34.
 9. Deca W.(pod.red.), *Operacje ginekologiczne metodą przezpochwową*, Wydawnictwo Medyczne: Urban&Partner, Wrocław 1996, s.3-6.
 10. Dębski R. (pod.red.), *Ginekologia po dyplomie-Stanowisko wspomagania rozrodu w leczeniu niepłodności*, Wrzesień 2006, Wydanie specjalne, s.8-18.
 11. Dudkiewicz W., *Praca magisterska z pedagogiki*, Kielce1990, s.45-48.
 12. Fijałkowski W., *O miesiączkowaniu i jego zaburzeniach*, PZWL, Warszawa 1981,s.5-37.
 13. Hawens C.S., Sullivan N.D., Tilton P.(pod.red) Bacza A., *Ginekologia ambulatoryjna*,Wydawnictwo Medycyna Praktyczna,Kraków1999, s.141-2 21.
 14. http://bulimia.man.pl/przyczyny/medserwis.pl/Ogólnop_ol/serw/medyczny/
 15. <http://bulimia.man.pl/następstwa,konsekwencje,skutkichoroby/medserwis.pl/>
 16. <http://www.biomedical.pl/ciaza/objawy+owulacji/>
 17. http://www.doz.pl/zdrowie/h638-Komorka_jajowa.
 18. <http://www.medserwis.pl/Ogólnopolski.portal.medycz.ny.>
 19. <http://wpl/wikipedia.org/cykl.miesiączkowy/>
 20. Heitzman J., *Psychiatria*, PZWL, Warszawa 2007, s.192-203.
 21. Jennings V. H., PhD, Landy H. J., King J., Wallach E.E., MD, *Ginekologia po dyplomie-Metody planowania rodziny oparte na ustaleniu momentu wystąpienia owulacji*, Marzec 2007, Tom 9,Nr.2|48, s.45-59.
 22. KlimekR.,*Ginekologia*,PZWL,Warszawa1982,s.8-23.
 23. Kulp J.L., MD, King J., Wallach E.E., *Ginekologia po dyplomie-Postępowanie z niepłodną pacjentką*, Marzec 2007, Tom 9, Nr.2|48, s.55-68.
 24. Levens E.D., Scheinberg P., Decherney A.H., *Medycyna praktyczna ginekologia i położnictwo-Miesiączki krwotoczne związane małopłytkowością*, Styczeń-Luty 2008 Nr.1|53, s.82-88.
 25. Łepecka-Klusek C.(pod.red.), *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie ginekologii*, Wydawnictwo Czelaj, Lublin 2003,s.23-109.
 26. Łobocki M., *Metody badań pedagogicznych*, PZWL, Warszawa1968, s.24-116.
 27. Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2000, s.39-270.
 28. Łodzińska J., Rodzina fundamentem rozwoju i wychowania człowieka, *Studia nad Rodziną*, Nr 30-31, 2012, Łomianki 2012, s. 109-131.
 29. Madaras L., Madaras A., *Co się dzieje z moim ciałem*, Wydawnictwo W.A.B. 2010, s. 12-34.
 30. Marcinek J. (pod.red.), *Najnowsza encyklopedia powszechna A-Z*, Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków 2005, s.186.
 31. Michałkiewicz W., *Podręcznik położnictwa dla studentów* , PZWL, Warszawa 1977, s.6-18.
 32. Muszyńska H., *Wstęp do metodologii pedagogiki*, PZWL, Warszawa1970, s.75.
 33. Neuman F., *Zasady leczenia endokrynologicznego u kobiet z objawami endriogenizacji*, PZWL, Warszawa 1992,s.65-69.
 34. Nowak S., *Metodologia badań pedagogicznych*, Kraków 1991, s.156-157.
 35. Nowak S., *Studia z metodologii nauk społecznych*, PZWL, Warszawa1965,s.245.
 36. Olive L.D., MD, *Ginekologia po dyplomie-Zastosowanie agonistów gonadoliberyny w leczeniu endometriozy*, Listopad 2008, Tom 10,Nr 6|58,

37. Paszkiewicz A., *Badania empiryczne w teorii wychowania*, Białystok 1995, s.28-32.
38. Pawelczyk L., Sokalska A., *Ginekologia po dyplomie-Endometrioza w niepłodności*, Marzec 2007, Tom 9, Nr.2|48, s.18-20.
39. Pawlikowski M. *„Leczenie hormonami i pochodnymi hormonów”*, PZWL, Warszawa 1996, s.86-87.
40. Pieter J., *Zarys metodologii pracy naukowej*, PZWL, Warszawa 1975, s.37-65.
41. Pilch T., *Metodologia pedagogicznych badań środowiskowych*, Wrocław 1971, s.79-120.
42. Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, PZWL, Warszawa 1995, s.51-86.
43. Pschyrembell W., Strauss G., Petrii E., (pod.red.), *Ginekologia praktyczna*, PZWL, Warszawa 1994, s.446-601.
44. Sajdak S. (pod.red.), *Histeroskopia-Zrosty wewnętrzniczne*, Wydawnictwo Medyczne: Partner&Urban, Wrocław 2000, s.63-66.
45. Skałba P. (pod.red.), *Endokrynologia ginekologiczna*, PZWL Warszawa 1998, s.44-63.
46. Sołtysiak T., *Młodzież o popkulturach*, Bydgoszcz 1993, s.42-45.
47. Sokołowska-Pietuchowa J., *Anatomia człowieka*, PZWL, Warszawa 2005, s.401.
48. Spaczyński M., *Ginekologia po dyplomie- Progestageny w hormonalnej terapii zastępczej*, Wrzesień 2006, Wydanie specjalne, s.21-22.
49. Szumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 1995, s.48-52.
50. Tomaszewska I., Wołczyński S., *Ginekologia położnicza - Dehydroepiandrosteron, znaczenie w procesach fizjologicznych i patologicznych oraz perspektywy zastosowania w terapii*, Medipress dwumiesięcznik, Warszawa 1997, s.12-16.
51. Traczyk Z. W., *Fizjologia człowieka w zarysie*, PZWL, Warszawa 2006, s.239-243.

Autorzy:

Bożena Kozikowska - lic. piel,

Jan Urban - prof. zw. dr hab. n. med., Pracownik naukowy WSA,

mgr Dorota Kukowska - Zakład Piel. Klinicznego, dorota_kukowska@wp.pl

PROFILAKTYKA OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY

Renata Lach, Jarosław Szymczuk, Dorota Kukowska

Streszczenie

Otyłość u dzieci i młodzieży stała się w ostatnich latach jednym z najważniejszych problemów zdrowotnych i społecznych. Wpływa negatywnie na jakość życia, utrudnia prawidłowy rozwój i zwiększa ryzyko występowania groźnych schorzeń.

Główne zadania w ramach profilaktyki powinny obejmować opracowanie programu edukacji zdrowotnej, zwłaszcza w zakresie racjonalnego żywienia w przedszkolach i szkołach, oraz stworzenie infrastruktury do jego realizacji. Należy wspierać działania mające na celu zwiększenie aktywności fizycznej dzieci i ich rodzin oraz promować zdrowe żywienie w szkołach i placówkach oświatowych.

Przyczynowe leczenie otyłości dzieci i młodzieży powinno polegać na modyfikacji zachowań, zmianie niewłaściwego sposobu odżywiania się oraz na zwiększeniu wydatkowania energii poprzez aktywność fizyczną. W proces zapobiegania i leczenia otyłości powinno być włączone nie tylko samo dziecko, ale także jego rodzina, szkoła oraz system opieki zdrowotnej. Dużą rolę w przeciwdziałaniu otyłości przypisuje się także podstawowej opiece zdrowotnej, czyli lekarzom rodzinnym i pediatrom ogólnym. To do nich bowiem należy odpowiednio wczesne zdiagnozowanie problemu nadwagi u dziecka poprzez właściwą i częstą ocenę parametrów oraz prowadzenie badań bilansowych.

Celem niniejszej pracy jest poznanie stanu wiedzy dzieci i młodzieży na temat otyłości oraz wpływu racjonalnego i zdrowego żywienia jako przeciwdziałaniu temu zjawisku.

Słowa kluczowe: Otyłość, nawyki żywieniowe, profilaktyka, aktywność fizyczna

Title

Prevention of obesity among children and adolescents

Abstract

Obesity in children and adolescents has become in recent years one of the most important health and social problems. A negative impact on quality of life, hampers proper development and increases the risk of serious diseases.

The main tasks in the framework of the prevention program should include the development of health education, particularly in the field of rational nutrition in kindergartens and schools, and creating infrastructure for its implementation. It should support efforts to increase the physical activity of children and their families and promote healthy eating in schools and educational institutions.

The causal treatment of obesity of children and adolescents should be based on behavior modification, change, improper diet and increasing energy expenditure through physical activity. In the process of prevention and treatment of obesity should be included not only the child but also his family, the school and the health care system. An important role in

preventing obesity also attributed to primary care, or family doctors and pediatricians general. It is up to them belongs the timely diagnosis of overweight in children through proper and frequent assessment of the research parameters and balance sheet.

The aim of this study is to learn the knowledge of children and young people about obesity and the impact of rational and healthy nutrition as prevention of this phenomenon.

Keywords: Obesity, eating habits, prevention, physical activity

Otyłość – choroba XXI wieku

Otyłość a nadwaga – różnice i granice

Szybkość narastania epidemii otyłości u dzieci i młodzieży w wielu krajach wydaje się wskazywać na niekorzystne zmiany w stylu życia i zachowań zdrowotnych, głównie dotyczące sposobu odżywiania i aktywności fizycznej oraz narastające wpływy zewnętrzne (czynniki ekonomiczno-społeczne, kulturowe, reklama), zakłócające wcześniej nabyte, korzystne zachowania w tym zakresie.¹ Badania przeprowadzone ostatniej dekadzie wykazały, że równoległe ze wzrostem dostępności żywności wysokiej gęstości energetycznej, następuje przesunięcie aktywności nastolatków w kierunku siedzącego trybu życia i spadku ich aktywności ruchowej. bierze się wiele czynników, które w ciągu lat zmieniają się.

Tab. 1. Klasyfikacja otyłości w zależności od BMI

Klasyfikacja zaburzeń masy ciała	BMI (kg/m ²)	Ryzyko chorób towarzyszących otyłości
Niedowaga	< 18,5	Niskie (ale zwiększone ryzyko innych problemów zdrowotnych)
Norma	18,5-24,9	Minimalne
Nadwaga	25-30	Średnie
I° otyłości	30,0-34,9	Wysokie
II° otyłości	35,0-39,9	Bardzo wysokie
III° otyłości	>= 40	Ekstremalny poziom ryzyka

Źródło: <http://www.iuns.org/features/obesity/obesity.htm>, za: A. Felińczak, *Otyłość – definicja, metody oceny otyłości*, (w:) *Zdrowie dziecka a otyłość*, praca zbiorowa pod redakcją A. Felińczak, Wydawnictwo MedPharm, Wrocław 2011, s. 13.

Można to wyjaśnić faktem, że przy określaniu prawidłowej masy ciała, wykorzystuje

¹ Oblacińska A., *Otyłość u dzieci i młodzieży*, (w:) *Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży. Od urodzenia do dorosłości*, praca zbiorowa pod redakcją A. Oblacińskiej i H. Weker, Wydawnictwo Help Med., Kraków 2008.

się średnią wagi w danej populacji narodowej. Od tak wyliczonej wartości wyznacza się normy prawidłowej masy ciała. Umowną granicą, od której rozpoczyna się otyłość, to wartość 120% prawidłowej masy ciała, natomiast masa rzeczywista pomiędzy 110% a 120%² prawidłowej masy ciała uznawana jest za nadwagę.

Wskaźnik BMI jest miarodajny niezależnie od stopnia otyłości, dostarcza wystarczającej informacji o zawartości tkanki tłuszczowej w ustroju zarówno dla celów epidemiologicznych jak i klinicznych.

Wstępne różnicowanie otyłości pierwotnej i wtórnej opierać się może na wskaźnikach podanych w tabeli 2.

Tab. 2. Zróznicowanie otyłości

Cecha różnicująca	Otyłość pierwotna	Otyłość wtórna
Występowanie otyłości w rodzinie	Często u innych członków rodziny	Rzadko
Wysokość ciała	Często powyżej przeciętnej	Najczęściej poniżej przeciętnej
Rozwój umysłowy (iloraz inteligencji)	Prawidłowy rozwój IQ w normie	Opóźniony w różnym stopniu
Wiek kostny (dojrzewanie kości)	Odpowiedni do wieku metrykalnego	Opóźniony
Badanie przedmiotowe	Poza nadmierną masą ciała bez odchyłań	Liczne odchylenia i wady rozwojowe

Źródło: A. Oblacińska, *Otyłość u dzieci i młodzieży*, (w:) *Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży. Od urodzenia do dorosłości*, praca zbiorowa pod redakcją A. Oblacińskiej i H. Weker, Wydawnictwo Help Med., Kraków 2008, s. 18.

Sposoby walki z otyłością

Profilaktyka pierwotna, wtórna i trzeciorzędowa

Jednym z czynników nasilających i ułatwiających tycie w dorosłym życiu są obciążenia wyniesione z dzieciństwa. Jakże doniosła jest rola rodziców, którzy zaspokajają podstawowe potrzeby swoich dzieci w postaci m. in. pożywienia.³

Prawidłowe żywienie w dzieciństwie jest warunkiem harmonijnego wzrastania i dojrzewania organizmu, dobrego zdrowia, sprawności i wydolności fizycznej, a w okresie szkolnym efektywnej nauki. Zbilansowanie posiłków, ich odpowiednia wartość energetyczna i zawartość poszczególnych składników odżywczych, stanowi ochronę przed niedoborami pokarmowymi, a także zmniejsza ryzyko przedwczesnego rozwoju miażdżycy i innych chorób powstających na tle wadliwego żywienia.⁴

Odżywianie dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, zwłaszcza w okresie pokwitania, wymaga specjalnej troski. Dobbwe zapotrzebowanie energetyczne młodzieży, często

² Felińczak A., *Otyłość – definicja, metody oceny otyłości*, (w:) *Zdrowie dziecka a otyłość*, praca zbiorowa pod redakcją A. Felińczak, Wydawnictwo MedPharm, Wrocław 2011.

³ Łodzińska J., Rodzina fundamentem rozwoju i wychowania człowieka, *Studia nad Rodziną*, Nr 30-31, 2012, Łomianki 2012, s. 122.

⁴ Mikiel-Kostyra K., *Profilaktyka pierwotna*, (w:) *Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży. Od urodzenia do dorosłości*, praca zbiorowa pod redakcją A. Oblacińskiej i H. Weker, Wydawnictwo Help Med., Kraków 2008

uprawiającej sport, jest duże i wynosi średnio 3500 kcal. Jadłospis powinien być bogaty w biologicznie wartościowe białko, sole mineralne, witaminy oraz, w miarę potrzeby, w żelazo. W tym okresie życia należy zwracać bardzo dużą uwagę na codzienną podaż dostatecznych ilości świeżych owoców, soków owocowych, jarzyn i witamin.⁵

Na profilaktykę pierwotną istotny wpływ ma także styl życia, czyli zespół codziennych zachowań, czy „charakterystyczny sposób bycia”, jest wytworem kultury, w znacznym stopniu związanym z przynależnością społeczną. Pragnąc promować zdrowy tryb życia młodych pacjentów należy więc nie tylko oferować im profilaktyczną opiekę zdrowotną, ale także zadbać o to, by oni sami rozumieli znaczenie dbania o swoje zdrowie, prowadzenia zdrowego stylu życia i aby mieli warunki do tego, by móc swoje chęci realizować.⁶

Profilaktyka wtórna (drugorzędowa) dotyczy osób ze zwiększonym ryzykiem występowania niektórych chorób i zaburzeń. O ile profilaktyka pierwotna, dotyczy całej populacji, to profilaktyka wtórna może nosić miano wczesnego wykrywania grup ryzyka. W przypadku nadwagi i otyłości, zadaniem profilaktyki drugorzędowej jest identyfikacja dzieci i młodzieży z dysharmonią rozwojową w programie testów przesiewowych i profilaktycznych badań lekarskich, a także przy każdym innym kontakcie lekarza z pacjentem – dotyczy to zwłaszcza dzieci starszych i młodzieży, dla których terminy badań profilaktycznych zaplanowane są z większym, niż u małych dzieci, odstępem czasu oraz dzieci pochodzących z rodzin o zwiększonym ryzyku rozwoju otyłości.⁷

Profilaktyka trzeciorzędowa obejmuje poradnictwo czynne dotyczące dzieci i młodzieży z problemami zdrowotnymi, społecznymi i szkolnymi, a także opiekę medyczną, psychologiczną i rehabilitację dzieci przewlekle chorych lub niepełnosprawnych. Celem profilaktyki III fazy jest zapobieganie dalszym niepomyślnym skutkom zaburzeń, lub ich zminimalizowanie, w tym:

- pomoc w radzeniu sobie z chorobą i zaakceptowanie swojego stanu,
- pomoc w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej i samopoczucia, wyrabianiu umiejętności samooceny swego zdrowia i sprawności, rozwijaniu funkcji kompensujących niepełnosprawność⁸ oraz zainteresowań i uzdolnień ułatwiających wybór zawodu i zwiększających szansę twórczego życia,
- przeciwdziałanie izolacji społecznej prowadzącej do wtórnego „kalectwa społecznego”.

Lekarz w kompleksowym postępowaniu terapeutycznym w stosunku do dzieci i młodzieży z rozpoznaną nadwagą i otyłością, powinien być koordynatorem terapii i współpracować ze specjalistą żywieniowcem, a w razie potrzeby z rehabilitantem i psychologiem.⁹

⁵ Goncerzewicz M., Socha J., *Żywność dzieci i młodzieży*, (w:) *Dietetyka*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1983.

⁶ Tabak I., *Promocja zdrowego stylu życia i edukacja zdrowotna*, (w:) *Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży. Od urodzenia do dorosłości*, praca zbiorowa pod redakcją A. Oblacińskiej i H. Weker, Wydawnictwo Help Med., Kraków 2008

⁷ Tabak I., *Profilaktyka otyłości u dzieci z rodzin zwiększonego ryzyka otyłości w aspekcie zdrowia psychicznego rodziny*, (w:) *Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży. Od urodzenia do dorosłości*, praca zbiorowa pod redakcją A. Oblacińskiej i H. Weker, Wydawnictwo Help Med., Kraków 2008

⁸ Łodzińska J., Firma bez barier, *Niepełnosprawni są wśród nas*, Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Nr 09, 2009, s. 8-9

⁹ Oblacińska A., *Poradnictwo medyczne dla nastolatków*, (w:) *Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży. Od urodzenia do dorosłości*, praca zbiorowa pod redakcją A. Oblacińskiej i H. Weker, Wydawnictwo Help Med., Kraków 2008

Aktywność fizyczna jako element zapobiegania otyłości

Liczne badania naukowe dokumentują współzależność pomiędzy wysiłkiem fizycznym a zdolnością człowieka do utrzymywania masy ciała w granicach zdrowia. Kluczem do zaakceptowania konieczności aktywności fizycznej jest znalezienie ćwiczeń, które można polubić. Każdy przejaw wysiłku fizycznego jest lepszy niż jego brak.¹⁰

U zdrowego dziecka ruch poprawia zdolności proprioceptywne, co prawdopodobnie pośrednio zapobiega otyłości. Ruch umożliwia dziecku rozwój psychomotoryczny.

Typowymi wysiłkami stosowanymi w leczeniu otyłości są ćwiczenia ogólnokondycyjne cechujące się średnim lub niskim poziomem intensywności, efektywnym zużyciem tlenu przez mięśnie, a także przez mięsień sercowy, angażowaniem dużych grup mięśniowych oraz, co bardzo ważne, powinny być wykonywane cyklicznie.

Dobór form aktywności fizycznej powinien być zindywidualizowany dla poszczególnych pacjentów, po uprzedniej ocenie dużych stawów narządu ruchu, stopnia otyłości oraz dotychczasowych doświadczeń dotyczących form aktywności fizycznej, jego upodobań i możliwości realizacji. Zaleca się wybór takich ćwiczeń, których wykonywanie nie sprawia trudności i jest dla pacjenta przyjemne. Grupowa forma ćwiczeń dodatkowo motywuje do systematyczności i przyczynia się do poprawy efektów kuracji.

Zanim rozpocznie się ćwiczenia trzeba poznać zasady, aktywność ma służyć zdrowiu, a nie narażać je; prawidłowa technika spowoduje, że pacjent zyska to, co dobrego niesie ze sobą ćwiczenie i pozwoli uniknąć kontuzji. Po wysiłku należy zostawić czas na ochłonięcie; na zakończenie intensywnych ćwiczeń powinno się wykonać kilka ćwiczeń rozluźniających, tak by pozwolić sercu powrócić do normalnej pracy¹¹

Profilaktyka otyłości – wyniki badań własnych

Wyniki badań własnych – analiza i wnioski

Badanie zostało przeprowadzone wśród dzieci ze szkoły podstawowej (w wieku od 9 do 13 lat), gimnazjum (od 14 do 16 lat) oraz młodzieży licealnej (od 17 do 19 lat). Celem badań było poznanie stanu wiedzy dzieci i młodzieży na temat otyłości, wpływu racjonalnego i zdrowego żywienia jako przeciwdziałanie temu zjawisku oraz ocena świadomości problemu występowania otyłości wśród dzieci i młodzieży.

Ankietowani z grupy wiekowej od 9 do 13 lat w większości spożywają 3-4 posiłki dziennie. 92% respondentów wybrało właśnie tę odpowiedź. Jedna osoba spożywa dziennie 5 posiłków lub więcej. Żadna z badanych osób nie wybrała odpowiedzi 1-2 posiłki. Wśród młodzieży gimnazjalnej (osoby w wieku od 14 do 16 lat) większość respondentów spożywa dziennie 5 lub więcej posiłków. Tę odpowiedź zaznaczyło 5 osób, co stanowi 62,5% ogółu z tej grupy wiekowej. 3 ankietowanych zjada w ciągu dnia 3-4 posiłki. Młodzież licealna (od 17 do 19 lat) w przeważającej większości spożywa w ciągu dnia 3-4 posiłki. 10 ankietowanych wskazało właśnie na tę odpowiedź. 3 osoby zjadają dziennie 5 lub więcej posiłków.

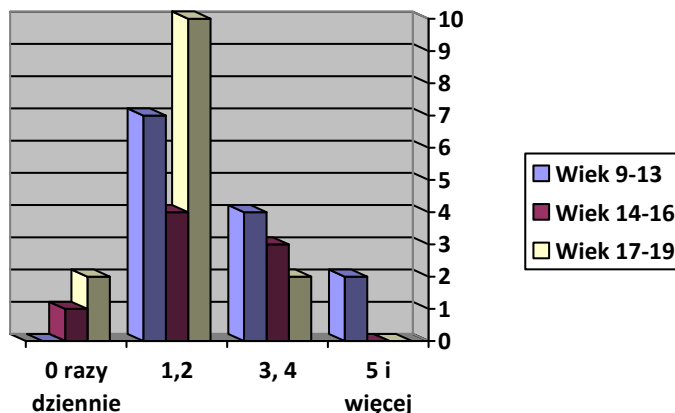
Gro ankietowanych w grupie wiekowej od 9 do 13 lat deklaruje, iż na ich drugie śniadanie składa się kanapka i owoc. Jedna osoba twierdzi, że nie jada drugiego śniadania. Jeden z ankietowanych jako drugie śniadanie traktuje słodką bułkę. Żaden z badanych nie

¹⁰ Aronne L. J., *Schudnij, by żyć dłużej*, Wydawnictwo Amber, Warszawa 1998.

¹¹ Aronne L. J., *Schudnij, by żyć dłużej*, Wydawnictwo Amber, Warszawa 1998

wybrał odpowiedzi „baton + słodki napój” oraz „chipsy/chrupki”. Jest to pozytywne zjawisko, które świadczy o dojrzałości dzieci w sprawie spożywania pokarmów. Badanie wykazało także, iż jedna z ankietyowanych osób nie jada drugiego śniadania.

Większość ankietyowanych (7 osób) w przedziale wiekowym od 9 do 13 lat przyznaje, że owoce lub warzywa spożywa 1 lub 2 razy dziennie. 4 respondentów przyjmuje tych porcji 3 lub 4. Tylko 2 osoby spożywają zalecaną przez dietetyków i specjalistów ds. żywienia dawkę warzyw i owoców w wielkości 5 lub więcej dziennie.



Wyk.1. Dzielne spożycie owoców/warzyw pośród badanych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

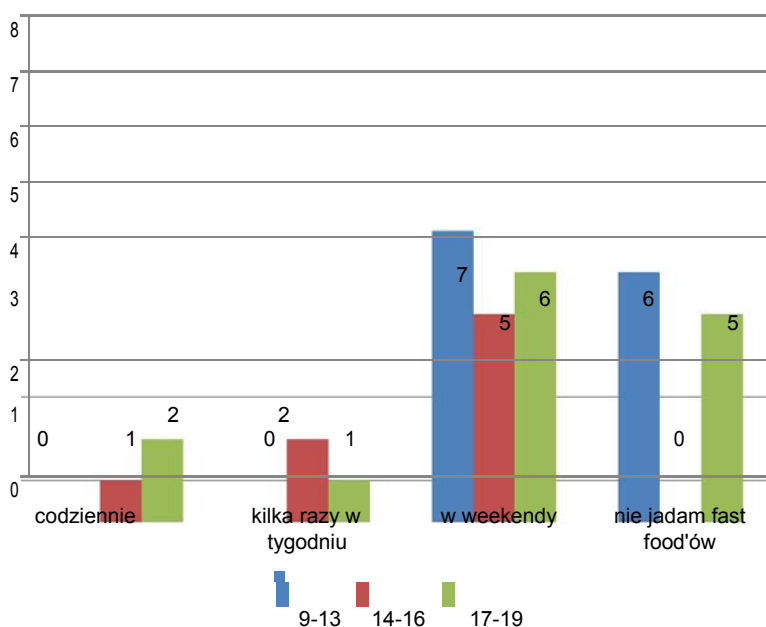
Z powyższego wykresu wynika, iż młodzież gimnazjalna, czyli osoby w wieku od 14 do 16 lat najczęściej sięgają po owoce lub warzywa od 1 do 2 razy dziennie. Jeden z badanych przyznaje, że w ogóle nie je owoców lub warzyw. 3 respondentów dziennie spożywa tych pokarmów od 3 do 4 razy dziennie. Niestety wśród tej grupy wiekowej nie ma osoby, która sięgałaby po owoce lub warzywa 5 razy dziennie. Niezadowolającym jest także fakt, że wśród młodzieży gimnazjalnej są także osoby, które w ogóle nie spożywają tej zdrowej przekąski.

Bardzo niepokojące jest także zjawisko braku w diecie warzyw lub owoców w ogóle. O ile taka sytuacja nie ma miejsca w przypadku dzieci w wieku od 9 do 13 lat, to przypadki takie występują u starszej młodzieży. Należy zatem zwrócić większą uwagę ankietyowanym o zasadności jedzenia zdrowych przekąsek w postaci owoców lub warzyw.

Jak przyznają respondenci znajdujący się w grupie od 9 do 13 lat wspólne spożywanie posiłków z całą rodziną odbywa się codziennie. Tę odpowiedź wybrało 10 osób. 2 ankietyowanych takie pokarmy spożywa tylko czasami. Niekorzystną sytuację posiada 1 badany, ponieważ zjawisko wspólnego spożywania posiłków nie występuje u niego w ogóle. Ankietyowani w przedziale wiekowym od 14 do 16 lat przyznają, że wspólne posiłki z całą rodziną jadają tylko czasami. Tę odpowiedź wybrało 50% respondentów. Odpowiedzi „codziennie” oraz „tylko w weekendy” zaznaczyło po 2 badanych. Może pokrywać się to z sytuacją przygotowywania dla tej grupy wiekowej, przez jej rodziców, zbilansowanych posiłków. Taki stan rzeczy nie jest korzystny dla zachowania zbilansowanej diety osób w wieku od 14 do 16 lat. Większość respondentów w znajdujących się w wieku od 17 do 19 lat spożywa wspólne posiłki z całą rodziną tylko czasami.

Ponad połowa badanych dzieci w wieku od 9 do 13 lat posiłki typu fast food jada tylko w weekendy. 6 osób twierdzi, iż takich pokarmów nie spożywa w ogóle. Pozytywnym zjawiskiem wśród tej grupy wiekowej jest fakt, że dzieci ze szkoły podstawowej nie jadają fast food'ów codziennie lub kilka razy w tygodniu. Może to wynikać z nadzoru rodziców nad jakością, formą i treścią spożywania posiłków przez ich dzieci. Podobnie jak w przypadku dzieci ze szkoły podstawowej, również wśród młodzieży gimnazjalnej spożywanie fast food'ów występuje głównie w weekendy. Również, jak w przypadku poprzednich dwóch grup wiekowych, tak i młodzież w wieku od 17 do 19 lat twierdzi, że najczęściej jada fast food'y tylko w weekendy. Tę odpowiedź wybrało 6 osób. Silną grupę stanowią także ankietowani, którzy w ogóle nie jadają tego typu pokarmów.

Wyk.2. Częstotliwość jadań fast food'ów osób ankietowanych



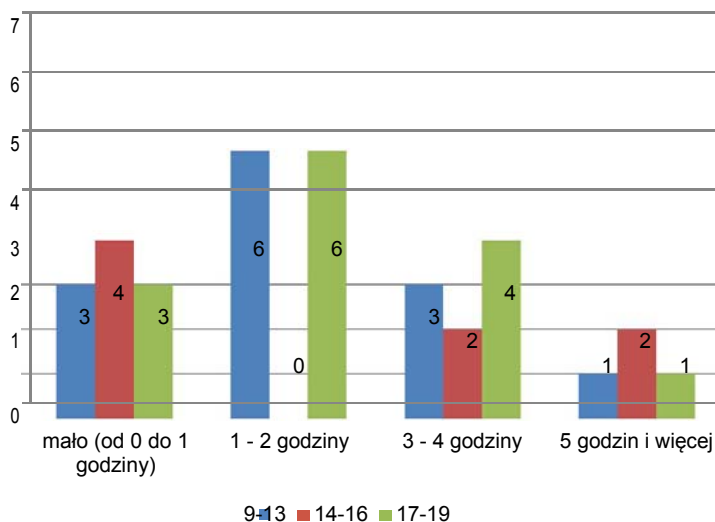
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Jedna osoba z grupy wiekowej od 9 do 13 lat jedzenie traktuje jako rozrywkę lub przyjemność. Dwoje respondentów uważa, że spożywanie posiłków pozwala im odreagować stres. Jednak najwięcej dzieci ze szkoły podstawowej nie traktuje jedzenia jako nagrody bądź sposobu na nieprzyjemne odczucia i sytuacje. To pozytywne zjawisko, które świadczy o tym, iż dzieci jedzenie traktują przede wszystkim jako sposób zaspokojenia głodu, a nie zajadanie emocji i stresów. Takie podejście skutkować będzie w przyszłości dojrzałym podejściem do sprawy spożywania posiłków. Połowa ankietowanych w przedziale wiekowym od 14 do 16 lat uważa, że podstawową funkcją jaką powinny posiadać pokarmy to zaspokajanie głodu. Po jednej osobie w wieku gimnazjalnym jedzenie traktuje jako nagrodę oraz jako sposób na

nieprzyjemne odczucia lub sytuacje.

Dzieci w wieku szkolnym w większości przyznają, że głównym sportem jaki uprawiają jest piłka siatkowa. Drugim rodzajem aktywności fizycznej cieszącym się wśród osób w wieku od 9 do 13 lat jest jazda na rowerze. Po czterech respondentów wybiera rolki lub piłkę nożną. Dwoje ankietowanych wskazuje na pływanie. W zdecydowanej mniejszości znalazły się odpowiedzi: „koszykówka”, „narty lub snowboard” oraz „różne podwórkowe gry i zabawy”. Pozytywnym zjawiskiem jest fakt, iż każda osoba z grupy wiekowej od 14 do 16 lat przyznaje, że zajmuje się jakąkolwiek formą aktywności fizycznej. Nikt z ankietowanych w tym przedziale wiekowym nie zakreslił odpowiedzi „nie uprawiam żadnego sportu”. Najbardziej popularnym sportem uprawianym przez młodzież licealną, tak jak i w przypadku dzieci ze szkoły podstawowej oraz osób w wieku gimnazjalnym, jest piłka siatkowa. Korzystnym zjawiskiem jest to, że większość badanych w każdej grupie wiekowej przyznaje, że wykazuje jakąkolwiek aktywność fizyczną. Ważne jest także to, aby ćwiczenia wykonywać regularnie, gdyż dopiero wtedy mogą one przynosić oczekiwane rezultaty w formie pozbywania się zbędnych kilogramów bądź też utrzymania prawidłowej masy ciała i ogólnej kondycji fizycznej.

Wyk. 3. Ilość czasu spędzanego przed komputerem przez dzieci i młodzież poddaną badaniu



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Najwięcej osób z grupy wiekowej od 9 do 13 lat przyznaje, że przed komputerem spędza dziennie od 1 do 2 godzin. W większości osoby w wieku od 17 do 19 lat (6 ankietowanych) najczęściej przed komputerem spędzają od 1 do 2 godzin dziennie. 4 badanych przyznaje, że tego czasu jest więcej i wynosi on od 3 do 4 godzin w ciągu dnia. 3 respondentów nie poświęca komputerowi dużej uwagi i używa go od 0 do 1 godziny dziennie. Jedna osoba w wieku licealnym przed komputerem spędza w ciągu dnia 5 godzin i więcej. Podsumowując wyniki dotyczące czasu poświęcanego na komputer wśród ogółu

ankietowanych można stwierdzić, iż nie jest on główną rozrywką i większość badanych spędza przed komputerem dziennie niewiele godzin. Występują przypadki, że czas ten jest długi, zatem respondenci muszą zwracać uwagę

Podsumowując wyniki całego badania można wyciągnąć kilka trafnych wniosków. Większość ankietowanych spożywa kilka posiłków dziennie. Regularne jedzenie jest wskazane dla zachowania optymalnej masy ciała oraz nie zmusza organizmu do wzmoczonej pracy niezbędnej do trawienia. Większość respondentów regularnie je śniadania, zgłasza osoby w wieku od 9 do 13 lat. Na ten fakt może mieć wpływ dozór rodziców.

Dostarczanie organizmowi wszystkich składników odżywczych powinno więc obejmować spożywanie większej liczby owoców lub warzyw w ciągu dnia. W zbilansowanym odżywianiu równie ważnym jak jedzenie owoców i warzyw jest także pora ostatniego posiłku. Ważne jest, by aktywność fizyczna była włączana w codzienny harmonogram dzieci i młodzieży, ponieważ nie tylko pozwala ona utrzymać ciało w dobrej kondycji fizycznej i ogólnym dobrym zdrowiu, ale także jest elementem zapobiegającym występowaniem poważnych chorób, w tym nadwagi i otyłości. Młodzież przyznaje także, że sporadycznie traktuje jedzenie jako nagrodę, rozrywkę bądź sposób na odreagowanie nieprzyjemnych sytuacji. Świadczy to o tym, iż nie „zjadają” oni emocji i stresów, a jedzenie traktują jako sposób na zaspokojenie głodu a nie wypełnienie wolnego czasu. Badani twierdzą także, że przed komputerem dziennie nie spędzają długich godzin, ale głównie od 0 do 1 godziny lub od 1 do 2 godzin.

Okazjonalnie występują jednostki, które na komputer poświęcają na co dzień 5 godzin i więcej. Choć nie są to wielkości alarmujące, to jednak trzeba im uświadomić niekorzystne skutki zbyt długiego czasu poświęcanego na tego typu rozrywkę.

Wnioski

W związku z licznymi powikłaniami jakie niesą nadwaga i otyłość wynika konieczność podjęcia długofalowych działań zmierzających do poprawy tej niekorzystnej sytuacji. Ważne jest tu nie tylko upowszechnianie prozdrowotnych zachowań w społeczeństwie, ale również zapewnienie odpowiedniej dostępności produktów spożywczych sprzyjających zachowaniu prawidłowej masy ciała i umożliwienie utrzymania właściwego poziomu aktywności fizycznej. Nie można też zapomnieć o specjalistycznej pomocy, jakiej wymagają osoby otyłe, aby skutecznie zredukować masę ciała i uniknąć jej przyrostu. Otyłość jest zaburzeniem, w którym znaczącą rolę odgrywa wpływ czynników środowiskowych, w tym stylu życia i zachowań zdrowotnych, czyli czynników w znacznym stopniu poddających się modyfikacji, głównie poprzez odpowiednią promocję zdrowia i wszystkie fazy działań profilaktycznych.

Literatura

1. Altkorn J., Kramer T., *Leksykon marketingu*, PWE, Warszawa 1998.
2. Apanowicz J., *Metodologia nauk*, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń 2003.
- [30] Aronne L. J., *Schudnij, by żyć dłużej*, Wydawnictwo Amber, Warszawa 1998.
3. Białkowska M., *Leczenie otyłości (w:) Otyłość. Zapobieganie i leczenie*, praca zbiorowa pod redakcją M. Jarosza i L. Kłosiewicz-Latoszek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
4. Bilski J., Grażul-Bilska A., *Poradnik dla walczących z nadwagą*, Wydawnictwo Iskry, Warszawa 1996.

5. Bilski J., *Racjonalne odchudzanie*, Wydawnictwo ASTRUM, Warszawa 1996.
6. Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych*, PWN, Warszawa 2004.
Coudreau S., *Farmakologiczne i chirurgiczne leczenie otyłości*, (w:) *Otyłość u dzieci*, praca zbiorowa pod redakcją P. Tounian, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
7. Dubern B., *Otyłości związane z zespołami wad genetycznych*, (w:) *Otyłość u dzieci*, praca zbiorowa pod redakcją P. Tounian, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
8. 2008.
9. Felińczak A., *Klasyfikacja otyłości*, (w:) *Zdrowie dziecka a otyłość*, praca zbiorowa pod redakcją A. Felińczak, Wydawnictwo MedPharm, Wrocław 2011.
10. Felińczak A., *Najczęstsze skutki zdrowotne otyłości prostej wieku dziecięcego*, (w:) *Zdrowie dziecka a otyłość*, praca zbiorowa pod redakcją A. Felińczak, Wydawnictwo MedPharm, Wrocław 2011.
11. Wydawnictwo MedPharm, Wrocław 2011.
12. Felińczak A., *Otyłość – definicja, metody oceny otyłości*, (w:) *Zdrowie dziecka a otyłość*, praca zbiorowa pod redakcją A. Felińczak, Wydawnictwo MedPharm, Wrocław 2011.
13. Frelut M. L., *Aktywność fizyczna a otyłość*, (w:) *Otyłość u dzieci*, praca zbiorowa pod redakcją P. Tounian, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
14. Goncerzewicz M., Socha J., *Żywność dzieci i młodzieży*, (w:) *Dietetyka*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1983.
15. Goodman N., *Wstęp do socjologii*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1997.
[31] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>,
29.10.2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>,
31.10.2012.
16. Jarosz M., Respondek W., *Konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne otyłości*, (w:) *Otyłość. Zapobieganie i leczenie*, praca zbiorowa pod redakcją M. Jarosza i L. Kłosiewicz-Latoszek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
17. Kłosiewicz-Latoszek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
18. Kłosiewicz-Latoszek L., *Co rozumiemy przez nadwagę i otyłość – definicje i typy otyłości*, (w:) *Otyłość. Zapobieganie i leczenie*, praca zbiorowa pod redakcją M. Jarosza i L. Kłosiewicz-Latoszek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
19. *Otyłości*, (w:) *Otyłość. Zapobieganie i leczenie*, praca zbiorowa pod redakcją M. Jarosza i L. Kłosiewicz-Latoszek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
20. Kowalczyk B., *Przyczyny otyłości* http://www.mediweb.pl/diseases/wyswietl_vad.php?id=570, 29.10.2012.
21. Lawlor D.A., Lean M., Sattar N., *Otyłość a choroby układu sercowo-naczyniowego*, (w:) *ABC otyłości*, praca zbiorowa pod redakcją N. Sattar'a i M. Lean'a, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
22. Łodzińska J., *Niepelnosprawni są wśród nas*, Firma bez barier. Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Nr 09, 2009, s. 8-9.
23. Łodzińska J., *Rodzina fundamentem rozwoju i wychowania człowieka*, *Studia nad Rodziną*, Nr 30-31, 2012, Łomianki 2012, s. 125-127.
24. Małecka-Tendera E., Mazur A., *Definicja otyłości*, (w:) *Otyłość u dzieci i młodzieży*, praca zbiorowa pod redakcją E. Małeckiej-Tendera, P. Socha, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
25. Mazurek-Łopacińska K., *Przedmiot i etapy badań marketingowych*, (w:) *Badania marketingowe – teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2005.
26. Mikiel-Kostyra K., *Profilaktyka pierwotna*, (w:) *Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży. Od urodzenia do dorosłości*, praca zbiorowa pod redakcją A. Oblacińskiej i H. Weker, Wydawnictwo Help Med., Kraków 2008.

Autorzy:

Renata Lach - lic. piel.

Jarosław Szymczuk - dr n. med. Adiunkt Wydziału Piel. WSA, j.szymczuk@op.pl,

mgr Dorota Kukowska - Zakład Piel. Klinicznego WSA, dorota_kukowska@wp.pl

OTYŁOŚĆ CZYNNIKIEM ETIOLOGICZNYM DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA

Mariola Prostek, Ida Kinalska

Streszczenie

Otyłość i dolegliwości bólowe kręgosłupa należą do grupy chorób cywilizacyjnych, które dotykają coraz większą liczbę społeczeństwa, dorosłych jak i dzieci. Światowa Organizacja Zdrowia nazwała otyłość epidemią, zapewne nie tylko dlatego, że dotyczy dużej części społeczeństwa, ale jest również czynnikiem etiologicznym wielu chorób metabolicznych, nowotworowych i chorób układu mięśniowo szkieletowego, zwłaszcza kręgosłupa.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 60-80% populacji w krajach rozwiniętych doświadcza z różną częstotliwością i w różnych okresach życia bólów kręgosłupa. Problemy z kręgosłupem występują u 80% osób z nadwagą. Znaczna otyłość może prowadzić do skrzywienia kręgosłupa, nadmiernego przeciążenia stawów, uszkodzenia krążka międzykręgowego, zbytniego rozciągania bądź przykurczy mięśni. Wykonywane w nieprawidłowy sposób czynności dnia codziennego w rezultacie doprowadzają do uszkodzeń i bólu kręgosłupa.¹

Słowa kluczowe: otyłość, zmiany zwyrodnieniowe, zespoły bólowe kręgosłupa

Title

Obesity etiological factor back pain

Abstract

Obesity and back pain belong to the group of lifestyle diseases that affect a growing number of public adults and children. The World Health Organization called obesity epidemic probably not only because it affects a large part of society, but is also a causative factor in many metabolic diseases, cancer and musculo skeletal diseases, especially of the spine.

The study shows that 60-80% of the population in developed countries experiencing different frequencies and in different stages of their lives back pain. Problems with the spine occur in 80% of people who are overweight. Severe obesity can lead to curvature of the spine, excessive overloading of joints, intervertebral disc damage, excessive stretching or muscle contractures. Performed improperly activities of daily living as a result lead to damage and back pain.

Keywords: obesity, degenerative changes of the spine pain syndromes

¹ Por. L.Zagibalo, *Kręgosłup w puszystym kokonie*, w: Super linia 9/2008, s.64

Próba zdefiniowania otyłości

Otyłość jest chorobą przewlekłą, cechuje się nagromadzeniem tkanki tłuszczowej w organizmie człowieka, która powstaje w wyniku zaburzenia bilansu energetycznego. Dodatni bilans energetyczny powstaje wówczas, gdy ilość energii dostarczonej z pożywieniem, przewyższa jej zużycie. Jeśli dodatni bilans energetyczny wynosi 100 kcal dziennie, spowoduje on przyrost masy ciała o 5kg w ciągu roku. Zmniejszenie dodatniego bilansu energetycznego równa się ograniczeniu przyrostu tkanki tłuszczowej.²

Kolejnym parametrem oceny otyłości jest wskaźnik BMI, który jeśli jest równy 30 i powyżej oznacza na otyłość. BMI (body mass index) jest to wskaźnik masy ciała za pomocą, którego określamy stopień otyłości, który jest obliczany przez podzielenie masy ciała wyrażonej w kilogramach przez podniesiony do kwadratu wzrost wyrażony w metrach.

Inne warianty rozpoznania otyłości: Wskaźnik WHR stosunek obwodu pasa do obwodu bioder, obwód pasa należy podzielić przez obwód bioder w centymetrach, wynik powyżej 0,9 dla mężczyzn i 0,8 dla kobiet może sugerować otyłość brzuszną. Obwód talii większy niż 88cm w przypadku kobiet lub 102cm w przypadku mężczyzn to otyłość brzuszną. Obecnie szacuje się, że w Polsce otyłość dotyczy około 20% populacji, a nadwaga występuje u 45% mężczyzn i 35% kobiet³

Czynniki etiologiczne otyłości

Główną przyczyną otyłości jest niewłaściwy sposób odżywiania się, prowadzący do zachwiania równowagi pomiędzy energią pobieraną z pożywienia, a energią wydatkowaną. Ogromną rolę w etiologii otyłości przepisuje się czynnikom genetycznym, neurohormonalnym, środowiskowym i psychologicznym.⁴

Rodzaje otyłości

Ocena wyniku BMI:

- BMI poniżej 18,5 oznacza niedowagę
- BMI od 18,6 do 24,9 waga w normie
- BMI od 25 do 29,9 wskazuje na nadwagę
- BMI 30 i powyżej oznacza otyłość

Podział otyłości ze względu na wartość BMI:

- Stopień I od 30 do 34,9kg/m²
- Stopień II od 35 do 39,9kg/m²
- Stopień III od 40kg/m²¹⁰

Powikłania otyłości

U osób otyłych dwukrotnie większe jest ryzyko wystąpienia udaru mózgu. Częściej występują nowotwory złośliwe macicy, sutka, pęcherzyka żółciowego, jelita grubego, prostaty i jajnika. Występują zaburzenia oddychania, żylaki kończyn dolnych-występują gorsze warunki odpływu krwi z kończyn dolnych, żyły nadmiernie wypełnione krwią,

² Por. <http://www.punktzdrowia.pl/choroby-i-dolegliwosci/otylosc-rodzaje-choroby>, z dnia 10.02.2012

³ Por. N.Sattar i M. Lean, Dzieło cyt. s.

⁴ Por. H. Ciborowska i A. Rudnicka, *Dietetyka, Żywność zdrowego i chorego człowieka*, Warszawa 2000, 2004, s. 396-397

a w konsekwencji dochodzi do powstawania żylaków. Osoby otyłe są mniej odporne na sytuacje stresowe.

W związku z nadmiernym obciążeniem ciała dochodzi do stanów zapalnych stawów, do zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa i kończyn dolnych. Otyłość może prowadzić do skrzywienia kręgosłupa i do uszkodzenia krążka międzykręgowego, do zbytniego rozciągania bądź przykurczy mięśni.⁵



Źródło: <http://naturmed.w.interia.pl/photo.htm> z dnia 16.03.2012 Kręgosłup osoby otyłej

Leczenie otyłości

Wskazane jest kojarzenie leczenia dietetycznego z wysiłkiem fizycznym. Aktywność fizyczna ułatwia utratę energii, wyrównuje współistniejące zaburzenia metaboliczne, obniża wydzielanie insuliny, zapobiega obniżaniu podstawowej przemiany materii po odchudzeniu oraz efektowi YO-YO.⁶

W leczeniu nadmiaru tkanki tłuszczowej zaleca się wysiłki względnie małe np. 2 godz. marszu ale regularnie powtarzanych przez długi okres. Początkowe ćwiczenia powinny być prowadzone bez nadmiernego obciążenia kolan, bioder i kręgosłupa (basen). Intensywność ćwiczeń powinna być stopniowo zwiększana, należy uwzględnić wydolność krążeniowo-oddechową i sprawność ruchową odchudzającej się osoby.

Ważnym elementem w leczeniu otyłości jest psychoterapia, obowiązuje zasada indywidualnego podejścia do każdego pacjenta.

Farmakologiczne leczenie otyłości powinno być stosowane u pacjentów, u których próby leczenia samą dietą i wysiłkiem fizycznym zakończyły się niepowodzeniem. Leczenie farmakologiczne należy rozpocząć, gdy BMI jest wyższe niż 30 lub BMI jest niższe, ale współistnieją choroby związane otyłością. Po wnikliwej selekcji pacjentów i pod nadzorem lekarskim, jako uzupełnienie terapii opartej na diecie i poprawie stylu życia.

Najczęściej stosowane metody chirurgicznego leczenia otyłości:

- założenie silikonowej przewiązki na żołądek
- pionowe przeszycie żołądka

⁵ Por. http://www.psychostymulacja.pl/pl/leczenie_-_schorzenia_i_objawy/otylosc/, dostęp z dnia 10.02.2012

⁶ Por. H. Ciborowska, A. Rudnicka, Dzieło cyt. s. 400-401

- ominięcie żołądkowo-jelitowe
- ominięcie żółciowo-trzustkowe ⁷

Anatomia i fizjologia kręgosłupa i rdzenia kręgowego

Kręgosłup to kolumna stanowiąca podporę ciała ludzkiego, stanowi wyjątkowo przekonywujący przykład powiązań pomiędzy budową a czynnością. Składa się z kości, zwanych kręgami, które łącząc się z sobą tworzą elastyczny słup będący osią tułowia. Kręgi rozdzielone są między sobą krążkami międzykręgowymi, umożliwiają ruchomość kręgosłupa w wielu płaszczyznach. Krążek międzykręgowy zbudowany jest z części zewnętrznej tj. pierścienia włóknistego, oraz części wewnętrznej tj. jądra miazdzystego.

Całość stabilizowana jest więzadłami kręgosłupa. Wszystkie elementy ułożone są pod różnymi kątami tworząc naturalne boczne krzywizny:

- lordozę szyjną
- kifozę piersiową
- lordozę lędźwiową

Stanowi to amortyzację, która nie byłaby możliwa w przypadku konstrukcji o budowie prostej. Wypadkowa krzywizna pokrywa się z pionem, dzięki czemu człowiek może przybrać prostą sylwetkę.⁸

Funkcje kręgosłupa:

Lokalizacja oraz budowa kręgosłupa, pozwala mu pełnić istotne funkcje dla naszego organizmu:

- Ochrona rdzenia kręgowego
- Podpora dla całego ciała
- Stanowi narząd ruchu

Funkcje rdzenia kręgowego:

- przesyłanie bodźców do mięśni
- przewodzenie impulsów z i do mózgu
- unerwienie skóry, mięśni, gruczołów, układu naczyniowego
- znajdują się w nim ośrodki odruchów bezwarunkowych.

Najważniejsze ośrodki rdzenia kręgowego (ośrodki ruchowe kończyn i tułowia):

- ośrodek ruchów przepony, tj. zespół komórek, od których odchodzą włókna nerwu przeponowego, leży na wysokości III – IV segmentu szyjnego.
- ośrodki ruchowe kończyn górnych mieszczą się w V – VIII segmentach szyjnych i pierwszym segmencie piersiowym.
- w części piersiowej rdzenia kręgowego leżą ośrodki mięśni klatki piersiowej, grzbietu i brzucha.
- w zgrubieniu lędźwiowym leżą ośrodki ruchowe kończyn dolnych.⁹

⁷ Por. Z. Biejał, *Chirurgiczne leczenie otyłości*, w: *Chirurgia 29*, (red). W. Noszczyk, Warszawa 2005, s.1021-1023

⁸ Por. <http://WWW.twojkręgosłup.pl/kręgosłup/budowa-i-funkcje-ogólne-kręgosłupa>, dostęp z dnia 21.03.2012

⁹ Por. O. Narkiewicz, J. Moryś, *Neuroanatomia czynnościowa i kliniczna*, Warszawa 2001,2003, s.103-106

Przegląd najczęstszych schorzeń kręgosłupa

Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa -polega na przedwczesnym zużyciu i zwyrodnieniu tkanek tworzących staw. Zmiany zwyrodnieniowe mogą dotyczyć krążka międzykręgowego, trzonów kręgowych, stawów międzykręgowych.¹⁰

Etiopatogeneza:

Zasadniczą przyczyną jest postępująca zmiana trybu życia, zmniejszenie aktywności ruchowej, fizycznej, ułatwienie warunków życia na skutek rozwoju postępu technicznego. Do rozwoju zmian predysponują również wady wrodzone kręgosłupa, nieprawidłowe wykształcenie lub wrodzony wzrost kręgow, urazy kręgosłupa i ostre lub przewlekłe przeciążenia.

Dyskopatia – wypadnięcie jądra galaretowatego dysku międzykręgowego jest najcięższym zaburzeniem ruchomości jednostki ruchowej. Jądro przedziera się przez pęknięty lub rozerwany pierścień włóknisty na zewnątrz i może uciskać korzeń nerwowy, a czasami nawet rdzeń kręgowy. Na wypadnięcie dysku międzykręgowego narażony jest najbardziej odcinek lędźwiowy i szyjny.

Dyskopatia zaburza także równowagę statyczną całej jednostki ruchowej kręgosłupa, a w konsekwencji doprowadza równoległe do małego uszkodzenia międzykręgowego.¹¹

Rwa kulszowa- ból rozchodzący się tylko wzdłuż nerwu kulszowego, bez żadnych innych dolegliwości, może stanowić pierwszy sygnał uszkodzenia krążka międzykręgowego. Podobnie i w tym przypadku rodzaj nasileń i zakres dolegliwości mogą się znacznie różnić.¹²

Choroba przeciążeniowa z zespołem bólowym – nierównowaga napięć mięśniowych, jest to przenoszenie napięć psychicznych na kręgosłup zachodzi poprzez układ mięśniowy. Przeciążenia z tym związane są przekazywane na części kostne kręgow i krążki międzykręgowe. Może dochodzić do wzmożonego napięcia mięśni (spastyczność i sztywność) albo do obniżonego napięcia mięśni (np. w uszkodzeniu mózdzku) na ból kręgosłupa w każdym jego odcinku.¹³

Sposoby leczenia i zapobiegania bólowi kręgosłupa

Najważniejsze jest aby leczenie kompleksowo obejmowało:

- Leczenie nie farmakologiczne (odpowiedni tryb życia, żywienie, prawidłowa masa ciała, stosowanie wkładek do obuwia, ćwiczenia zwiększające masę mięśniową).
- Leczenie farmakologiczne ostrej fazy bólów opiera się na podawaniu w pierwszej kolejności NLPZ (diklofenak, ketoprofen, ibuprofen, naproksen, meloksykam), podaje się inne leki przeciw bólowe w zestawieniu z nimi lub gdy ich działanie nie przyniosło efektu.¹⁴

Leczenie rehabilitacyjne jest formą leczenia procesów chorobowych lub ich następstw,

¹⁰ Por. J. Kiwerski, M. Kowalski, M. Krasuski, Schorzenia i urazy kręgosłupa, Warszawa 1997, s. 70-71

¹¹ tamże s.71-72

¹² Por. A. Rakowski, Dzieło cyt. s. 85-86

¹³ Por. J. Kochanowski, J. Tomalka-Kochanowska, *Miorelaksanty w leczeniu bólów kręgosłupa*, w: Bóle kręgosłupa i och leczenie, Koszewski W. (red.) Poznań 2010, s. 92-94

¹⁴ Por. W. Koszewski, *Leczenie bólów kręgosłupa w przebiegu dyskopatii i zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa*, w: Bóle kręgosłupa i ich leczenie, Koszewski W. (red.),Poznań 2010, s.185

zapobieganie nawrotom lub postępowi choroby usuwanie dolegliwości bólowych, zwalczanie stanów zapalnych, przeciwdziałanie i poprawa aktywności ruchowej, normalizacja i wzmocnienie ogólnej sprawności człowieka. W leczeniu rehabilitacyjnym stosuje się kinezyterapię w połączeniu z fizykoterapią. Przeprowadzany jest instruktaż ćwiczeń w zakresie umiejętności stosowania w domu prostych wspomagających leczenie.¹⁵

Leczenie operacyjne (korygujące ustawienia kości i powierzchni stawowych, endoprotezoplastyka, operacje usztywniające staw, operacje korekcyjne).¹⁶

W profilaktyce choroby przeciążeniowej kręgosłupa bardzo ważne jest nauczenie się i stosowanie wielu zaleceń i wymogów, należy je wdrożyć do życia codziennego i stosować. Realizacja tych wymogów skutecznie ochroni kręgosłup przed przeciążeniem.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badania przeprowadzono na 50 pacjentach z otyłością bądź z nadwagą, leczonych w Oddziale Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego w Łomży. Większość ankietowanych (64%) stanowiły kobiety w wieku powyżej 40 lat (76%). 70% badanych to mieszkańcy miasta. Największy odsetek wśród badanych stanowili pracownicy fizyczni (50%) umysłowi 34% pozostałe zawody 16%

Więcej niż połowa respondentów potwierdziła genetyczne skłonności do występowania otyłości. U 50% ankietowanych otyłość wystąpiła w wieku średnim w następnej kolejności podają okres przekwitania 24%, i dojrzewania 12%.

Tab. 1 Przyczyny występowania otyłości.

L= % badanych.

Przyczyny występowania otyłości	L
Objadanie się	52%
Skłonności genetyczne	38%
Brak wysiłku fizycznego	34%
Wspólnie z innymi chorobami	22%
Na skutek przyjmowania leków	22%

Źródło. Badania własne na podstawie analizy ankiety.

Powyższe zestawienie tabelaryczne przedstawia najczęstsze przyczyny wpływające na powstawanie otyłości. Jedną z najczęściej wymienianych przyczyn było objadanie się, następnie skłonności genetyczne i brak wysiłku fizycznego.

¹⁵ Por. V. Robertson, A. Ward, J. Low, A. Reed, *Fizykoterapia Aspekty kliniczne i biofizyczne*, Wrocław 2009. s. 259, 83

¹⁶ Por. J. Kiwerski, M. Kowalski, M. Krasuski, *Schorzenia i urazy kręgosłupa*, Warszawa 1997, s.62

Tab.2. Występowanie innych chorób w przebiegu otyłości.

L= % badanych.

Występujące choroby	L
Nadciśnienie tętnicze	60%
Zaburzenia lipidowe	26%
Choroba niedokrwienna serca	14%
Cukrzyca typ II	14%
Udar mózgu	14%
Żylaki kończyn dolnych	34%
Niewydolność oddechowa	24%
Nowotwory jajnika	2%
Zaburzenia miesiączkowania	30%

Źródło. Badania własne na podstawie analizy ankiety.

Według danych przedstawionych w tabeli wynika, że nadciśnienie tętnicze jest najczęściej występującą jednostką chorobową wśród badanych, następnie żylaki kończyn dolnych. Z 64% badanych kobiet połowa z nich ma zaburzenia miesiączkowania, 2% nowotwory jajnika. Z ponad 20% poparciem występują zaburzenia lipidowe i niewydolność oddechowa, a po 14% występowania mają; choroba niedokrwienna serca, udar mózgu i cukrzyca typ II.

Każda z badanych osób potwierdziła występowanie jakiegoś powikłania. Prawie 90% respondentów potwierdza występowanie dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego.

Tab. 3. Lokalizacja dolegliwości bólowych w kręgosłupie.

L= % badanych.

Odcinek kręgosłupa	L
Odcinek szyjny	24%
Odcinek piersiowy	12%
Odcinek lędźwiowy	62%
Odcinek krzyżowy	34%

Źródło. Badania własne na podstawie analizy ankiety.

Najczęściej badani uskarżają się na występowanie dolegliwości bólowych w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, krzyżowym i szyjnym.

Tab.4.Stosowane metody leczenia dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Metoda leczenia	L
Leczenie Farmakologiczne	60%
Rehabilitacja	74%
Leczenie operacyjne	12%
Leczenie zapobiegawcze	24%

Źródło. Badania własne na podstawie analizy ankiety.

Spośród metod leczenia dolegliwości kręgosłupa najczęściej ankietarzy wymieniają rehabilitację i leczenie farmakologiczne.

DYSKUSJA

Otyłość może powodować występowanie wielu różnych chorób, zachorowalność wzrasta sukcesywnie ze wzrostem BMI od 25 do 30. Każdy dodatkowy kilogram obciąża zdrowie, a także układ mięśniowo szkieletowy, którego głównym dźwigiem jest kręgosłup. W przypadku występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa otyłość jest również jednym z czynników etiologicznych. W krajach rozwiniętych cywilizacyjnie dolegliwości bólowe kręgosłupa występują u około 80% , a w Polsce u około 70% osób dorosłych.

Leczenie pacjentów ze schorzeniami bólowymi kręgosłupa powinno odbywać się w ośrodkach specjalistycznych, dysponujących nowoczesnym sprzętem medycznym i doświadczoną kadrą medyczną. Do prawidłowego prowadzenia rehabilitacji potrzebny jest nie tylko nowoczesny sprzęt ale i współpraca interdyscyplinarnego zespołu medycznego (lekarze , pielęgniarki, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, psycholog, logopeda). Oddziałem spełniającym takie kryteria jest Oddział Rehabilitacji i Oddział Rehabilitacji Neurologicznej w Łomży.

Z analizy przeprowadzonej ankiety, wśród pacjentów leczonych w Oddziale Rehabilitacji z objawami otyłości bądź nadwagi wynika, że choroba otyłości najczęściej dotyczy osób dojrzałych po 40 roku życia, w przeważającej mierze mieszkańców miasta, częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn. Z badań wynika, że są to osoby wykonujące prace fizyczne z niższym wykształceniem, wiąże się to również z niższą stopą życiową. Podobne wyniki badań przedstawiają osoby zajmujące się tym problemem w Polsce. Podają, że masę ciała większą niż 120% prawidłowej masy ciała ma około 15-20%, a większą niż 110% właściwej masy ma już około 20-30% polskiego społeczeństwa. Nadmiar masy ciała występuje częściej u osób dojrzałych i starszych, u kobiet, u osób mało aktywnych, mieszkających w mieście, w grupach o mniejszych dochodach i o niższym wykształceniu.⁴⁸

Częstość incydentów bólowych kręgosłupa odcinka szyjnego wśród dorosłych wynosi 12.1-71,5 % w tym u 50-70% obserwuje się nawrót bólu w ciągu 1-5 lat od pierwszego epizodu.¹⁷

¹⁷ Por. O. Szymańska, Dzieło cyt. s. 151

Kliniczna ocena bólu będącego przyczyną niesprawności jest bardzo trudna, wymaga doświadczenia i dużej znajomości tematu. Przy ocenie bólu należy brać pod uwagę jego cechy kliniczne: natężenie, czas trwania, lokalizację i charakter bólu.

WNIOSKI

Przeprowadzone badania pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. U osób z nadwagą bądź otyłością I stopnia, dolegliwości bólowe kręgosłupa najczęściej występują u kobiet po 40 roku życia, pracujących fizycznie i zamieszkujących w mieście.
2. Wśród kobiet i mężczyzn przeważa otyłość anerooidalna (typu jabłko).
3. Najczęstszą przyczyną otyłości jest nadmierne dostarczanie kalorii i najprawdopodobniej podłoże genetyczne.
4. Otyłości najczęściej towarzyszą: nadciśnienie tętnicze, żylaki kończyn dolnych, zaburzenia miesiączkowania (dotyczą prawie wszystkich badanych kobiet), zaburzenia lipidowe, niewydolność oddechowa, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typ II i udar mózgu.
5. Dolegliwości bólowe kręgosłupa najczęściej występują w odcinku lędźwiowo-krzyżowym.
6. Najczęściej występujące schorzenia kręgosłupa to: dyskopatia, stany wzmożonego napięcia mięśniowego, stany zapalne stawów i skrzywienie kręgosłupa.
7. Osoby badane zdają sobie sprawę na temat negatywnego wpływu nadmiernej masy ciała na kręgosłup.

LITERATURA

1. Banach M., Bogucki A., Liberski P., *Choroby rdzenia kręgowego*, Kraków 2006, s.21
2. Bętkowska T., Rożnowska K., *Diety w różnych chorobach*, Kraków 1997, s.16
3. Biejat Z., *Chirurgiczne leczenie otyłości*, w: Chirurgia 2, Noszczyk W. (red.), Warszawa 2005, s. 1021- 1023, s.18
4. Ciborowska H., Rudnicka A., *Dietetyka. Żywność zdrowego i chorego człowieka*, Warszawa 2000, 2004, S.9
5. Domżał M., *Bóle kręgosłupa - rozpoznanie i leczenie*, w: Medycyna po dyplomie, grudzień 2011 (Vol. 20/nr 12, 189), s.43-44, s.59
6. Dziak A., *Bolesny krzyż*, Kraków 2003, s.24
7. Kinalska I., Telejko B. Kinalski M., *Otyłość a cukrzyca*, w: Cukrzyca tom
8. I, Sieradzki J. (red.), Gdańsk 2006, s. 282-311, s.56
9. Kiwerski J., Fiutko R., *Bóle kręgosłupa*, Warszawa 1997, s.5
10. Kiwerski J., Kowalski M., Krasuski M., *Schorzenia i urazy kręgosłupa*, Warszawa 1997, s.35
11. Kochanowski J., Tomalka- Kochanowska J., *Miorelaksanty w leczeniu bólów kręgosłupa*, w: Bóle kręgosłupa i ich leczenie, Koszewski W. (red.), Poznań 2010 , s. 92-94, s.31
12. Kokot F., *Diagnostyka różnicowa objawów chorobowych*, Warszawa 2005, s.10
13. Koszewski W., *Leczenie bólów kręgosłupa w przebiegu dyskopatii i zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa*, w: Bóle kręgosłupa i ich leczenie, Koszewski W. (red.), Poznań 2010, s. 177-196, s.32

14. Łodzińska J., Zdrowie pracowników poprzez profilaktyczne badania lekarskie, Firma bez barier, Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Warszawa, Nr 03, 2009, s. 23-32.
15. Łodzińska J., Zapobieganie schorzeniom układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników. Firma bez barier. Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Warszawa Nr 04, 2008, s. 26-31.
16. Łodzińska J., Zadania prawnej ochrony pracy w przebiegu wypadkowości personelu medycznego i technicznego. Studium socjologiczne, Łomża 2013.
17. Łodzińska J., Znaczenie szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w redukcji ryzyka zawodowego środowiska medycznego. Studium na przykładzie pracowników medycznych szpitali regionu łomżyńskiego, Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, Łomża 2008.
18. Łodzińska J., Ergonomia – dobrodziejstwo dla pracodawcy i pracownika. Firma bez barier, Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Warszawa Nr 09, 2008, s. 27-34.
19. Łodzińska J., Firma bez barier, Ryzyko zawodowe – nieodłącznym elementem każdej pracy, Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Warszawa Nr 12, 2008, s. 3-11.
20. Marcinek J., *Encyklopedia A-Z*, Kraków 2000, s.4
21. Narkiewicz O., Morys J., *Neuroanatomia czynnościowa i kliniczna*, Warszawa 2001, 2003, s.25
22. Rakowski A., *Kręgosłup w stresie*, Gdańsk 1997, s.29
23. Robertson V., Ward A., Law J., Read A., *Fizjoterapia. Aspekty kliniczne i biofizyczne*, Wrocław 2009, s.33
24. Sattari N., Lean M., *abc otyłości*, Warszawa, s.5
25. Stodolny J., *Choroba przeciążeniowa kręgosłupa*, Kielce 1999, s.19
26. Straburzyńska- Lupa A., Straburzyński G., *Fizjoterapia z elementami klinicznymi*, Warszawa 2008, s.33
27. Sylwanowicz W., Michajlik A., Ramotowski W., *Anatomia i fizjologia człowieka*, Warszawa 2009, s.20
28. Szostak B., Cybulska B., *Otyłość wisceralna jako czynnik ryzyka miażdżycy*, w: Medycyna po dyplomie, Warszawa, Lipiec 1996, s. 2-8, s.55
29. Szostak W., Cybulska B., *Profilaktyka pierwotna w cukrzycy typu 2*, w: Medycyna po dyplomie, Warszawa marzec- kwiecień 2000, s. 49-59, s.12
30. Szostak W. B., *Otyłość problem o rosnącym znaczeniu na przełomie wieków*, w: Medycyna po dyplomie, Warszawa marzec- kwiecień 2000, s. 7- 11, s.4
31. Szostak W. B., *Zaburzenia metaboliczne w nadwadze otyłości*, w: Medycyna po dyplomie, Warszawa marzec- kwiecień 2000, s. 12-16, s.11
32. Szymańska O., *psychologiczne aspekty zespołów bólowych kręgosłupa*, w: Bóle kręgosłupa i ich leczenie, Koszewski W. (red.), Poznań 2010, s. 148-149
33. Walaszka R. (red.), *Masaż z elementami rehabilitacji*, Kraków 2001, s.33
34. Woźniak W. (red.) *Anatomia człowieka*, Wrocław 2003, s.21
35. Zagibało L., *kręgosłup w puszystym kokonie*, w: Super linia, 9/2008, s.64, s.5

STRONY INTERNETOWE

1. <http://www.punktzdrowia.pl/choroby-i-dolegliwosci/otylosc-rodzaje-choroby>, z dnia 10.02.2012,
2. <http://odchudzacz.blogspot.com/2011/07/jak-obliczyc-bmi.html>, dostęp 10.02.2012
3. <http://abcodchudzanie.pl/rodzaje-otylosci> J. Kroczyński, 2010 dostęp 10.02.2012
4. http://www.psychostymulacja.pl/pl/leczenie_-_schorzenia_i_objawy/otylosc/, dostęp z dnia 10.02.2012
5. http://mediweb.pl/diseases/wyświetl_vad.php?id=570, Przyczyny otyłości, dostęp z dnia 10.02.2012
6. http://www.zdrowie.med.pl/nadwaga/otylosc_07.html, dostęp z dnia 10.02.2012
7. <http://WWW.twojkręgosłup.pl/kręgosłup/budowa-i-funkcje-ogólne-kręgosłupa>, dostęp z dnia 21.03.2012
8. <http://WWW.rehabilitacjaolawa.pl/definicje-i-epidemiologia-nadwagi-oraz-otylosci>, dostęp z dnia 06.01.2012

Autorzy:

Mariola Prostek - lic. piel.

Ida Kinałska - prof. zw. dr hab. n. med. Pracownik Naukowy WSA, Ida.Kinalska@gmail.com

NAWYKI ŻYWIENIOWE MŁODZIEŻY LICEALNEJ W WYBRANYCH SZKOŁACH W OSTROŁĘCE

Ewa Łupacz, Mirosława Urban

Streszczenie

Temat pracy jest szczególnie aktualny, ponieważ problem otyłości i nadwagi dotyczy coraz większej liczby mieszkańców, nie „oszczędza” populacji wieku rozwojowego. W wyniku prowadzenia przez społeczeństwo konsumpcyjnego trybu życia, zwiększa się ryzyko wystąpienia otyłości.

Bezpośrednią przyczyną występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży jest nadmierna w stosunku do zapotrzebowania nieprawidłowa dieta obfitująca w pożywienie typu fast - foody, słodczy, tłuste i smażone potrawy.

Główne przyczyny narastania otyłości obserwuje się w braku aktywności fizycznej, źle zbilansowanej diecie, opartej na produktach wysokokalorycznych.

Obecnie dzieci i młodzież są w gorszej kondycji fizycznej niż ich rodzice. Już co piąte dziecko w Polsce ma otyłość – w naszym kraju jest największa dostępność dla dzieci i młodzieży -do tzw. niezdrowej żywności pośród wszystkich krajów europejskich.

Promowanie zasad aktywnego spędzania wolnego czasu, edukowanie na temat wpływu żywienia i aktywności fizycznej na zdrowie. Wspólne przyrządzanie posiłków w domu. Od tego wszystkiego zależy zdrowie i kondycja przyszłych pokoleń.¹

Słowa kluczowe: nadwaga, nawyki żywieniowe, zdrowy tryb życia

Title

Eating habits of secondary school students in selected schools in Ostrołęka

Abstract

Subject work is particularly relevant because obesity and overweight concerns a growing number of residents, not "save" children and adolescents. As a result of conduct by the consumer society lifestyle increases the risk of obesity.

The immediate cause of overweight and obesity in children and adolescents is excessive in relation to the needs of improper diet rich in food fast - food, sweets, fatty and fried foods. The main reasons for the rise of obesity is observed in the absence of physical activity, poorly balanced diet based on high-calorie products.

Currently, children and young people are in worse physical condition than their parents.

Already one in five children in Poland is obesity - in our country is the greatest availability for children and young people -to so. unhealthy food among all European countries.

Promote the principles of active leisure, education on the impact of nutrition and physical activity on health. Joint preparation of meals at home. From it all depends on the

¹ Por. L. A. Sim, Medycyna po dyplomie, Lipiec 2011, Rozpoznawanie i leczenie zaburzeń odżywiania się w podstawowej opiece zdrowotnej, s. 43-46

health and condition of future generations.

Keywords: overweight, eating habits, healthy lifestyle

Epidemiologia nadwagi i otyłości

Wraz z prowadzonymi badaniami nad przemianą materii i zachodzącymi procesami metabolicznymi zaczęło się rozwijać pojęcie otyłości, która jest chorobą o wieloczynnikowym podłożu. Znaczny nadmiar tkanki tłuszczowej oraz zwiększenie masy ciała jest charakterystyczne dla otyłości. „Do zwiększenia tkanki tłuszczowej dochodzi wówczas, kiedy zostanie zachwiana równowaga energetyczna organizmu”.²

Na wskutek przeprowadzonych badań stwierdzono, że otyłość występuje u 22,4% mężczyzn oraz 35,1% kobiet, nadwagę natomiast stwierdzono też u 35,1% kobiet, zaś u mężczyzn w 45,3%. Jeśli chodzi o wiek to u kobiet 20-29 lat nadwaga występuje w 12,9% a otyłość u 2,4%. U mężczyzn w tym samym wieku nadwaga występuje u 26,2% a otyłość tylko u 3,2%. U kobiet powyżej 60-tego roku życia otyłość stwierdzono w 21%, nadwagę zaś w 47,4%, u mężczyzn natomiast otyłość w 11,4% a nadwagę w 62,9%.³ Zjawisko otyłości i nadwagi nie omija również dzieci i młodzieży. Z przeprowadzonych badań wynika, że w Polsce nadmierną masę ciała ma 10 – 30% dzieci.

Do metod oznaczania ilości tkanki tłuszczowej należą:

- obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI),
- obliczenie wskaźnika WHR (waist-hip ratio),
- pomiar grubości fałdu skórniego⁴

Tabela 1. Skala BMI

Wartość BMI	Ocena zaburzenia	Komentarz
<16	III stopień szczupłości	Poważne ryzyko niedożywienia białkowo energetycznego
16,0-16,9	II stopień szczupłości	Umiarkowanie ryzyko niedożywienia
17,0-18,49	I stopień szczupłości	Niewielkie ryzyko niedożywienia
18,5-24,9	Zakres normy	Masa ciała prawidłowa
25,0-29,9	Nadwaga	Stan przedotyłościowy, zwiększone ryzyko chorób
30,0-34,9	I stopień otyłości	Wysokie ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego
35,0-39,9	II stopień otyłości	Wysokie ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego
>40	III stopień otyłości, otyłość olbrzymia	Bardzo wysokie ryzyko chorób

Źródło: <http://abcodchudzanie.pl/jak-obliczyć-wskaźnik-bmi>, pobrano 27.01.2012

² Por. N. Ogińska-Bulik , Psychologia nadmiernego jedzenia, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004, s.24

³ Por. N. Ogińska-Bulik , Psychologia nadmiernego jedzenia, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004, s.24

⁴ Por. N. Ogińska-Bulik , Psychologia nadmiernego jedzenia, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004

Wskaźnik WHR (waist-hip ratio) – jest to współczynnik powstały poprzez podzielenie obwodu bioder przez obwód talii. Jest on wyznacznikiem, który określa rodzaj sylwetki ciała.⁵

Przyczyny nadwagi i otyłości

Otyłość jest to stan patologiczny polegający na gromadzeniu zwiększonych ilości tkanki tłuszczowej w organizmie.

Nadwaga a w znacznym stopniu otyłość oraz zaburzenia, które powodują, mogą się przyczynić do wielu chorób takich jak cukrzyca, nadciśnienie, zespół metaboliczny, choroby układu krążenia oraz może doprowadzić do zmian zwyrodnieniowych w układzie kostno-stawowym, powoduje bóle i obrzęki kończyn dolnych.⁶ W leczeniu otyłości stosuje się różnego rodzaju terapie, które zazwyczaj są stosowane naprzemiennie lub łącznie. Jest to dieta, zwiększona aktywność fizyczna a także leczenie farmakologiczne i chirurgiczne. Otyłość jest także ogromnym problemem społecznym. Główną przyczyną prowadzącą do powstawania otyłości jest siedzący tryb życia oraz nadmierne spożywanie tłuszczów zwierzęcych a także cukrów prostych

Do czynników społecznych wpływających na powstawanie nadwagi i otyłości należą:

- poziom edukacji,
- czynniki organizacyjne oraz materialne,
- miejsce zamieszkania
- obyczaje, kultura i tradycja,
- wpływy rynkowe,
- mała aktywność ruchowa lub bezczynność.⁷

Przyczyny psychospołeczne

Najważniejsze przyczyny powodujące nadwagę i otyłość:

- brak oparcia ze strony matki,
- niskie poczucie własnej wartości,
- silne emocje, stany napięć emocjonalnych, sytuacje konfliktowe,
- niepowodzenia,
- przykre doświadczenia z dzieciństwa,
- zła interpretacja płaczu dziecka (jako efekt głodu),
- stres.⁸

Čzęsto zdarza się, że poprzez nadmierne spożywanie pokarmów tłumimy złość, strach, gniew, żal, lęk.

⁵ Por. M. Kaczor, Leczenie otyłości poprzez aktywność fizyczną w środowisku wodnym. Wydawnictwo Think, 2011, s.13-27

⁶ Por. M. Szurkowska, Leczenie otyłości i towarzyszących zaburzeń metabolicznych, Wydawnictwo Medyczne Kraków 2006, s. 135 -138

⁷ Por. E. Stice, K. Presnell, H. Shaw i wsp., Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2005, s. 195 -202

⁸ Por. N. Ogińska-Bulik, Psychologia nadmiernego jedzenia, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004, s. 54

Konsekwencje występowania nadwagi i otyłości

Nadwaga i otyłość stanowią istotny problem epidemiologiczny krajów rozwiniętych gospodarczo. Otyłość staje się jedną z głównych przyczyn zgonów. Ludzie otyli żyją zdecydowanie krócej. Ryzyko przedwczesnego zgonu jest o 50-100% wyższe u osób z BMI > 30 niż u osób z BMI 20-25.

Tabela 2 Masa ciała a ryzyko zgonu

Masa ciała	BMI kg/m	Ryzyko zgonu
Niedowaga	< 18,5	niskie
Masa ciała w normie	18,5-24,9	przeciętne
Nadwaga	25,0-29,9	nieznacznie zwiększone
Otyłość klasa I	30,0-34,9	umiarkowane
klasa II	35,0-39,9	wysokie
klasa III	>40,0	bardzo wysokie

Źródło: Por. M. Jarosz, Otyłość. Zapobieganie i leczenie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 39

Nadwaga i otyłość w konsekwencji prowadzą do zagrożenia zdrowia a w następstwie życia, gdyż przyczyniają się do powstawania wielu groźnych chorób, które wiążą się z wysoką śmiertelnością między innymi cukrzycy, choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.⁹

Stopień ryzyka występowania konsekwencji otyłości jest zależny od ilości dodatkowej masy ciała, od lokalizacji nagromadzenia tłuszczu oraz od poziomu aktywności fizycznej.¹⁰

METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ

Przedmiot i cel badań

Podmiotem badań są uczniowie szkół licealnych w Ostrołęce, I Liceum Ogólnokształcącego im. Józefa Bema, II Liceum Ogólnokształcącego im. Kamila Cypriana Norwida oraz III Liceum Ogólnokształcącego im. Unii Europejskiej zaś przedmiotem badań jest zjawisko nadwagi i otyłości.

Celem badań jest określenie problemu nadwagi oraz otyłości wśród młodzieży szkół licealnych, w jakiej skali on występuje i jakie są nawyki żywieniowe i aktywność ruchowa młodzieży.

Organizacja i przebieg badań

Badania ankietowe przeprowadzono w październiku 2012 roku w trzech liceach ogólnokształcących w Ostrołęce. W I Liceum Ogólnokształcącym im. Gen. Józefa Bema

⁹ Por. M. Szymocha, M. Bryła, I. Maniecka-Bryła, Epidemia otyłości w XXI wieku, Zdrowie Publiczne, 2009,(2), s. 207-212

¹⁰ Por. http://www.izz.waw.pl/index.php?option=com_content&view=articl., pobrano 1.01.2013

w Ostrołęce, II Liceum Ogólno-kształcącym im. Kamila Cypriana Norwida w Ostrołęce i w III Liceum Ogólnokształcącym im. Unii Europejskiej w Ostrołęce. Ankiety przeprowadzono w klasach II i III. Ankiety w sposób prawidłowy w I LO wypełniło 53 osoby, 46 kobiet i 7 mężczyzn, w II LO ankietę w sposób prawidłowy wypełniło 57 osób, 45 kobiet i 12 mężczyzn zaś w III LO ankietę prawidłowo wypełniło 50 osób, 35 kobiet i 15 mężczyzn. Ankiety w sposób prawidłowy ogólnie wypełniło 160 osób z czego 126 to kobiety a 34 osoby to mężczyźni.

NAWYKI ŻYWIENIOWE MŁODZIEŻY LICEALNEJ W ŚWIETLE PRZEPROWADZONYCH BADAŃ

73% co daje 117 ankietowanych posiada wagę w zakresie normy, 12% ankietowanych to 19 osób posiadających niedowagę, a 5% przekłada się na 8 wychudzonych ale 9% czyli, aż 14 ankietowanych ma nadwagę a 1% to dwoje ankietowanych, odznacza się otyłością. Zdecydowana większość osób ankietowanych na pytanie „Czy regularnie spożywa Pani/Pan posiłki?” odpowiedziała „tak” – 97 osób czyli 61%, odpowiedzi „nie”, udzieliło 63 osoby co daje 39%. Niemożność spożywania posiłków o stałych porach ankietowani tłumaczyli brakiem czasu, spowodowanym licznymi zajęciami szkolnymi i pozalekcyjnymi.

42% ankietowanych(68 osób) na pytanie „Ile posiłków dziennie spożywa Pani/Pan w ciągu dnia?”, dało odpowiedź „cztery posiłki dziennie”, „trzy posiłki dziennie”, udzieliło odpowiedzi 26% ankietowanych, czyli 42 osoby, kolejne 21% - 33 osoby odpowiedziało, że spożywa pięć posiłków dziennie, „dwa posiłki dziennie”, spożywa 5% ankietowanych, tj. 8 osób, natomiast 6% czyli 9 osób ankietowanych dało odpowiedź „więcej”. Odpowiedzi „jeden posiłek dziennie”, nie udzieliła żadna z ankietowanych osób. Znacząca większość respondentów 68% co stanowi 108 ankietowanych osób nie jada posiłków o stałych porach, jedynie 32% czyli 52 osoby wykazały wypełniając ankietę, że znajdują czas aby spożywać posiłki o stałych porach w ciągu dnia.

Na pytanie „Czy podjada Pani/Pan pomiędzy posiłkami?”, odpowiedź twierdzącą dało 81% ankietowanych czyli 130 osób, natomiast odpowiedzi przeczącej udzieliło zaledwie 19% co stanowi 30 ankietowanych osób. Wśród badanej grupy jedynie 4% czyli 7 osób nie jada warzyw, natomiast zdecydowana większość bo, aż 96% co stanowi 153 ankietowane osoby, spożywa warzywa.

Jak łatwo zauważyć większość bo, aż 56% czyli 105 osób codziennie zjada warzywa, raz w tygodniu tylko 9 % co stanowi 11 osób ankietowanych, 23% co przekłada się na 27 osób badanych spożywa warzywa dwa razy na tydzień. Jednak 12% respondentów w ilości 20 podaje, że warzywa spożywa bardzo rzadko lub wcale.

Bez mała wszyscy respondenci deklarują spożywanie owoców, bo jest to 158 osób, co stanowi 99%. Tylko 1% tj. 2 osoby ankietowane podają, że nie jedzą owoców jako powód podając to, że po prostu ich nie lubią.

Według odpowiedzi, których udzielili ankietowani, wynika że znaczna większość spożywa słodczy 92% - 147 osób, natomiast tylko 8% czyli 13 respondentów nie je słodczy.

Na pytanie o częstość spożywania słodczy 39% w liczbie 63 ankietowanych odpowiada, że codziennie, raz w tygodniu słodczy zjada 13% w liczbie 20 osób, dwa razy w tygodniu spożycie deklaruje 26% co stanowi 42 osoby badane. Natomiast 22% czyli 35 osób wybiera odpowiedź „inne”, twierdząc że bardzo rzadko jedzą słodczy lub wcale, ponieważ są one nie zdrowe i psują zęby. Zebrane wyniki pokazują, że znacząca

większość ankietowanych 77% czyli 124 osoby spożywają fast-foody. Natomiast w mniejszości są osoby, które nie jedzą fast-foodów i stanowią one tylko 32% w liczbie 36 osób. Zdecydowana część ankietowanych 56% - 90, woli spędzać wolny czas biernie. Aktywne spędzanie wolnego czasu deklaruje natomiast 44% - 70 osób ankietowanych. Większość ankietowanych 59% - 94 opowiada się za uprawianiem sportu, natomiast sportu nie uprawia 41% ankietowanych, co stanowi liczbę 66 osób. Najmniejsza liczba ankietowanych 10% - 16 osób, podaje że uprawia sport codziennie, do uprawiania sportu raz w tygodniu, przynajmniej się 14% - 22 osoby, dużo bo aż 47% ankietowanych czyli 75 osób twierdzi, że sport uprawia dwa, trzy razy w tygodniu. 29% badanych osób w liczbie 47 osób dało odpowiedź „inne”. W tej grupie znajdują się osoby, które sport uprawiają sporadycznie.

DYSKUSJA

Otyłość jest chorobą cywilizacyjną, przybrała ona charakter globalnej epidemii, rozwija się w coraz szybszym tempie i swoimi kręgami obejmuje coraz większe liczby mieszkańców na całej ziemi. Nadmierna ilość tkanki tłuszczowej bardzo często jest główną przyczyną ryzyka zarówno zachorowalności jak i śmiertelności znacznej liczby populacji.¹¹ Wraz z otyłością narastają problemy z innymi chorobami, które są jej powikłaniami, takie jak cukrzyca typu 2, choroby sercowo-naczyniowe z nadciśnieniem tętniczym czy zawałami mięśnia sercowego, problemy z układem kostno-stawowym w postaci zwyrodnień, choroby układu oddechowego z częstym zespołem bezdechu nocnego a także możemy mówić o zwiększonym występowaniu zaburzeń lipidowych, nowotworów złośliwych i wielu innych schorzeniach nie tylko fizycznych ale także problemach psychologicznych, prowadzących do ogólnego spadku jakości życia.¹² W Polsce epidemia otyłości narasta dość szybko. Badania dotyczące nadwagi i otyłości, wykazują, że problem ten dotyczy już prawie 50% polskiej ludności.¹³

Otyłość wśród dzieci wzrasta w tempie lawinowym, w 2007 roku na otyłość cierpiała 11 – 12% dzieci, obecnie jest to 18%. Według danych WHO już 29% jedenastolatków cierpi na znaczną nadwagę.¹⁴ Według badań przeprowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia pod względem wskaźnika otyłości dzieci, wykonanych w 39 krajach, Polska zajęła 7 miejsce licząc od końca.¹⁵ Problemy dotyczące utrzymania prawidłowej wagi u dzieci i młodzieży często pochodzą od złych nawyków żywieniowych jakie ci wynoszą z domów rodzinnych.

Urząd Statystyczny Unii Europejskiej Eurostat przedstawia wyniki badań przeprowadzone w latach 2008 – 2009, które objęły 19 krajów Unii Europejskiej i wynika z nich, że Polki zajęły miejsce dziewiąte (16%), zaś Polacy miejsce szóste (17%).¹⁶ Badania, które przeprowadzono na potrzeby pracy pokazują, że nadwagę ogółem posiada 14 osób co daje 9% ankietowanych z czego jest to 6 mężczyzn i aż 8 kobiet natomiast jeśli chodzi o otyłość to badania wykazują, że ogółem jest to 2 osoby co daje 1% ankietowanych i problem ten dotyczy jednej kobiety i jednego mężczyzny spośród 160 ankietowanych osób.

¹¹ Por. M. Jodkowska, I. Tabak, A. Oblacińska, Ocena częstości występowania nadwagi i otyłości u młodzieży w wieku 13 - 15 lat w Polsce przy zastosowaniu trzech różnych narzędzi badawczych, Przegląd Epidemiologiczny, 2007, nr 61, s. 585 - 592

¹² Por. http://www.izz.waw.pl/index.php?option=com_content&view=article&Itemid=101.2013

¹³ Por. M. Jarosz, Postępowanie w otyłości, Medycyna po dyplomie, październik 2010, s. 56

¹⁴ Por. <http://pediatria.mp.pl/aktualności/badania/show.html?id=75810>, pobrano 14.12.2012

¹⁵ Por. <http://www.studentnews.pl/s/16/6281-NEWSY-zdrowie-i-medycyna>, pobrano 14.12.2012

¹⁶ Por. <http://pulsmedycyny.pl/2826783,70503,w-polsce-narasta-fala-otylosci>, pobrano 8.04.2013

Analizując wyniki badań trzeba też podkreślić fakt, że z badań przeprowadzonych na potrzeby pracy wynika, że 8 z spośród 160 ankietowanych osób jest wychudzonych co stanowi 5% ogółu i jest to jeden mężczyzna i 7 kobiet, natomiast aż 19 osób wśród 160 ankietowanych ma niedowagę co stanowi 12% przekłada się to na dwóch mężczyzn i 17 kobiet. Problem otyłości u dorosłych był obserwowany już od dawna jednak u dzieci i młodzieży jego narastanie zaobserwowano znacznie później. Osoby otyłe niestety częściej popadają w depresję. Otyłość jest problemem nie tylko estetycznym czy psychologicznym. Otyłość jest wielkim problemem zdrowotnym, powodującym zwiększenie ryzyka zachorowania na wiele chorób takich jak cukrzyca, nadciśnienie, astma, choroby kręgosłupa, zwyrodnienia i wiele innych.

Większość osób przebadanych ankietą dla potrzeb pracy deklaruje, że regularnie spożywa posiłki i jest to 97 spośród badanych 160 osób co stanowi 61% całości. Spośród tych 97 osób 77 to kobiety czyli 79%, mężczyźni stanowią tylko 21% w liczbie 20 osób. Jeśli chodzi o nawyki żywieniowe to z przeprowadzonych badań wynika, że cztery i więcej posiłków w ciągu dnia spożywa 69 osób na 160 ankietowanych co daje 69% ogółu, zaś tylko 50 osób czyli 31% ankietowanych zjada dwa lub trzy posiłki dziennie. Ostatni posiłek w ciągu dnia jest spożywany o godzinie 18.00 przez 26% ankietowanych, najmniejsza liczba osób ankietowanych zjada niestety swój ostatni posiłek dość późno bo aż o godzinie 23.00 i jest to 15 osób w liczbie 10%. Znacząca większość ankietowanych spożywa warzywa – 153 osoby czyli 96%, niestety 7 osób czyli 4% deklaruje, że w ogóle nie jada warzyw. Natomiast owoce zjada 158 osób ankietowanych czyli 99%, Tylko 1% czyli 2 osoby ankietowane wcale nie jadają owoców.

Z badań ankietowych dla potrzeb pracy wynika że, 70 osób czyli 44% ankietowanych stara się czas wolny spędzać w sposób aktywny poprzez uprawianie różnych dyscyplin sportowych i ta część ankietowanej młodzieży korzysta z różnorodnych form aktywnego spędzania wolnego czasu zarówno indywidualnie jak i w formie zajęć grupowych, zaś 90 ankietowanych osób co stanowi aż 56% ankietowanych spędza swój wolny czas biernie przed telewizją, komputerem lub z książką. Instytut badawczy TNS OBOP przeprowadził badania młodzieży w wieku 15-19 lat celem sprawdzenia aktywności fizycznej. Z badań tych wynika, że 63% młodzieży deklaruje uprawianie sportu w ramach zajęć poza szkołą i aż 41% z nich robi to nawet kilka razy w tygodniu. Najbardziej ulubione to piłka nożna – 38%, jazda na rowerze – 35%, oraz bieganie – 31%.¹⁷ Aktywność ruchowa nie jest w pełni doceniana i jej rola w realizowaniu zdrowego stylu życia. Powinniśmy uświadomić sobie, że aktywność fizyczna skutecznie potrafi zapewnić rozwój fizyczny i społeczny człowieka na zasadzie pełnej harmonii. Powinniśmy o tym pamiętać, że ruchem możemy zastąpić każdy lek, przy czym żaden lek nie zastąpi nam ruchu.

Otyłość nie leczona w konsekwencji prowadzi do powstania zespołu metabolicznego, złożonej choroby, której powikłania zagrażają naszemu zdrowiu i znacznie skracają nasze życie. Lecząc otyłość należy działać kompleksowo, zmieniając sposób odżywiania, stosując zioła i probiotyki, wprowadzając codziennie element ruchu oraz wyciszając emocje.¹⁸

WNIOSKI

Problem nadwagi i otyłości występuje u ankietowanej młodzieży. Nadwaga i otyłość występuje u 10% ankietowanej młodzieży (9% nadwaga, 1% otyłość).

¹⁷ Por. <http://www.egogospodarka.pl/79412,Aktywnosc-fizyczna-mlodziezy-w....>,pobrano 4.05.2013

¹⁸ Por. <http://www.naturalnamedycyna.pl/porady-lekarskie/epidemia-otylosci>, pobrano 8.04.2013

Nawyki żywieniowe młodzieży są bardzo zróżnicowane, zazwyczaj posiłki są spożywane nieregularnie od 2 do 5 i więcej posiłków dziennie, nie o stałych porach i późno bo nawet o 23.00. Pociuszający jest fakt, że młodzież spożywa dużo warzyw i owoców natomiast ogranicza spożycie słodczy i fast-foodów.

Aktywność ruchową czyli uprawianie sportu deklaruje większość bo 59% ankietowanych. Tylko 10% uprawia sport codziennie, 14% raz tygodniu, natomiast 47% dwa do trzech razy w tygodniu.

Pomimo faktu, że młodzież deklaruje w 59% aktywność ruchową, tylko 44% podaje, że spędza wolny czas aktywnie.

Młodzież ma świadomość jak ważne jest nie tylko zdrowe odżywianie ale także zachowanie sprawności fizycznej, bo zdrowy wygląd daje nie tylko zdrowie ale i dobre samopoczucie, akceptację samego siebie ale także otoczenia, w którym przebywamy.

LITERATURA

- 1 Bean A., Żywnienie w sporcie, Wydawnictwo Zysk i Spółka, Poznań 2005
- 2 Ciborowska H., Rudnicka A., Dietetyka, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004
- 3 Ebbeling C.B., Pawlak D.B., Ludwig D.S., Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure, Wydawnictwo Lancet, 2002
- 4 Eberhard A., Fizjologiczne podstawy rekreacji ruchowej z elementami fizjologii ogólnej człowieka, Wydawnictwo ALMAMER, Warszawa 2008
- 5 Gertig H., Gawęcki J., Żywnienie człowieka. Słownik terminologiczny, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008
- 6 Gittelman A. L., Plan wyplukiwania tłuszczu, Wyd. Liber, Warszawa 2005
- 7 Jarosz M., Kłosiewicz-Latoszek L., Otyłość - zapobieganie i leczenie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009
- 8 Jarosz M., Otyłość. Zapobieganie i leczenie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006
- 9 Jonderko G., Podręczna Encyklopedia Zdrowia, Wydawnictwo Zysk i Spółka, Poznań 2002
- 10 Kaczor M., Leczenie otyłości poprzez aktywność fizyczną w środowisku wodnym. Wydawnictwo Think, 2011
- 11 Leleu G., Miłość i kalorie, Wyd. Sic !, Warszawa 1999
- 12 Listkowska A., Listkowski M., Stretching A – Z. Sprawność i zdrowie, Wydawnictwo Aleksandra, USA 2004
- 13 Mroczkowska D., Ziółkowska B., Cwojdzińska A., Zaburzenia odżywiania, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2007
- 14 Ogińska-Bulik N., Psychologia nadmiernego jedzenia, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004
- 15 Pajka S., Z dziejów Liceum Pedagogicznego w Ostrołęce, Towarzystwo Przyjaciół Ostrołęki, Ostrołęka 1986
- 16 Peters D., Pełnia zdrowia, Wydawnictwo Bertelsmann Media Sp.Z. o. o., Warszawa 200
- 17 Pilch T., Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, Tom I A, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003
- 18 Pilch T., Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, Tom II G-K, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003
- 19 Pilch T., Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, Tom III M-O, Wydawnictwo

- Akademickie Żak, Warszawa 2003
- 20 Pilch T., Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, Tom IV A, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003
 - 21 Singhal V., Schwenk W. F., Kumar S., Evaluation and management of childhood and adolescent obesity, Mayo Clinic Proceedings, 2007
 - 22 Szurkowska M., Leczenie otyłości i towarzyszących zaburzeń metabolicznych, Wydawnictwo Medyczne Kraków 2006
 - 23 Tatoń J., Czech A., Bernas M., Otyłość. Zespół metaboliczny, Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2007
 - 24 Urban M., Serce w cukrzycy u dzieci, Cornetis, Wrocław 2009
 - 25 Zaczyński W., Badania pedagogiczno-empiryczne, Encyklopedia Pedagogiczna, Warszawa 1993
 - 26 26. Zaczyński W., Praca badawcza nauczyciela, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1995

Internet:

- 27 <http://abcdochudzenie.pl/jak-obliczyć-wskaźnik-bmi>, pobrano 27.01.2012
- 28 <http://dieta.mp.pl/aktualności/show.html?id=67492>, pobrano 8.04.2013
- 29 <http://www.egogospodarka.pl/79412,Aktywnosc-fizyczna-mlodziezy-w.>,pobrano 4.05.2013
- 30 <http://lo1.ostroleka.pl/>, pobrano 5.05.2012
- 31 <http://pediatria.mp.pl/aktualności/badania/show.html?id=75810>, pobrano 14.12.2012
- 32 <http://pulsmedycyny.pl/2826783,70503,w-polsce-narasta-fala-otylosci>, pobrano 8.04.2013
- 33 <http://wisenuitrition.wordpress.com/2009/07/20/otylosc1/>,pobrano 8.04.2013
- 34 <http://www.dietastrukturalna.pl/nalog-jedzenia/s15?id=15>, pobrano 14.12.2012
- 35 <http://www.eufic.org/article/pl/artid/How-big-overweight-prblem>-pobrano 1.05.2013
- 36 <http://www.eufic.org/article/pl/artid/new-obesity-research/>,pobrano 1.05.2013
- 37 <http://www.eufic.org/article/pl/expid/25/>, pobrano 1.01.2013
- 38 Por.http://www.izz.waw.pl/index.php?option=com_content&view=articl., pobrano 1.01.2013
- 39 <http://www.jestemchory.pl/chapter.via?id=466> pobrano 5.05.2012
- 40 http://lifestylenutritioncounseling.com/physicalwellness/science_research.php pobrano 12.04.2012
- 41 <http://www.narkotyki.pl/zaburzenia-odzywiania/zwyczajeywienioweolakw/>, pobrano 2.05.2013
- 42 <http://www.nazdrowie.pl/artukul/epidemia-otylosci-w-polsce>, pobrano 8.04.2013
- 43 <http://www.medicus.lublin.pl/2000/12/otylosc.htm>, pobrano 1.05.2013
- 44 <http://www.muks.pl/Artyku%C5%82y/%C5%BBywienie/Piramidazdrowego%C5%BCywienia/tabid/442/language/pl-PL/Default.aspx> pobrano 12.04.2012
- 45 <http://www.naturalnamedycyna.pl/porady-lekarskie/epidemia-otylosci>,pobrano,14.12.2012
- 46 <http://www.naturalnamedycyna.pl/porady-lekarskie/epidemia-otylosci>, pobrano 8.04.2013
- 47 <http://www.otylosc.salve.net.pl/>,pobrano 14.12.2012
- 48 <http://www.schudnijzdrowo.yoyo.pl/nadwaga.html>, pobrano 1.05.2013
- 49 http://www.seremet.org/who_zdrowie.html pobrano 12.04.2012

- 50 <http://www.sportmania.waw.pl/serwis/content/view/53/61>, pobrano 4.05.2013
- 51 <http://www.studentnews.pl/s/16/6281-NEWSY-zdrowie-i-medycyna...>
pobrano 14.12.2012
- 52 <http://www.wellnessday.eu/newsy/newsy/646-polacy-a-zdrowy-styl-zycia-statystyki>,
pobrano 2.05.2013
- 53 <http://www.zs5.pl/3lo>, pobrano 5.05.2012
- 54 <http://79.188.158.178/joomla2/2lo>, pobrano 5.05.2012
- 55 Kowalczyk B., Przyczyny otyłości, pobrano 16.02.2009
- 56 Olszanecka- Ginianowicz., Aktywność fizyczna dla otyłych,
www.lekarzonkolog.pl/modencyklopedia/a/, pobrano dn. 2.03.2008
- 57 Stasiołek D., Szmigielska K., Aktywność fizyczna w przeciwdziałaniu otyłości.,
www.cindi.org.pl/art5.htm, pobrano 2.02.2008
- 58 Zabłocka A., Leki sprzyjające odchudzaniu,
www.medigo.pl/artykul/1732_Leki_sprzyjajace_odchudzaniu.html, pobrano
7.02.2009

Czasopisma:

- 59 Białkowska M., Właściwości zdrowotne kwasów tłuszczowych omega -3,
Farmacja i ja, 11.2010
- 60 Borkowska E., Najlepszy lek XXI wieku, Vita nr.8
- 61 Foyreyt J.P., Goodrick G.K., Życie bez diety, czyli jak schudnąć?.,
Wydawnictwo Bertelsmann Media Sp. Z.o.o., Warszawa 2000
- 62 Hołub B., Odchudzanie ze wspomaganie, Magazyn aptekarski, czerwiec 2010
- 63 James P T., Leach R., Kalamara E., The Worldwide Obesity Epidemic, Obesity,
Research, 2011, 9,
- 64 Jarosz M., Postępowanie w otyłości, Medycyna po dyplomie, październik 2010
- 65 Jaworska A., Odżywianie na miarę naszych czasów, Farmacja i ja, 03.2011
- 66 Jodkowska M., Tabak I., Oblacińska A. Ocena częstości występowania nadwagi
i otyłości u młodzieży w wieku 13 -15 lat w Polsce przy zastosowaniu trzech różnych
narzędzi badawczych, Przegląd Epidemiologiczny, 2007
- 67 Kańska P., Kwasy omega-3, Farmacja i ja, 10.2010
- 68 Knopf J., Otyłość Polaków, Magazyn aptekarski, luty 2009
- 69 Maj A., Wysycenie omega-3, Farmacja praktyczna, 09.2011
- 70 Matyska-Piekarska E., Piramida na twoim talerzu, Super linia 1 (169)
- 71 Mrozowski T., Makro- i mikroelementy, pierwiastki toksyczne, Magazyn aptekarski,
12.2008
- 72 Ostachowska- Gąsior A., Jankowska J., Wojtowicz B., Występowanie zaburzeń
odżywiania wśród uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.
Problemy Higieny i Epidemiologii., 2010
- 73 Sikorska-Wiśniewska G. Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży. Żywność.
Nauka. Technologia. Jakość., 2007
- 74 16. Sim L.A., Rozpoznawanie i leczenie zaburzeń odżywiania się w podstawowej
opiece zdrowotnej, Medycyna po dyplomie, lipiec 2011
- 75 Stice E., Presnell K., Shaw H., i wsp., Psychological and behavioral risk factors for
obesity onset in adolescent girls: a prospective study. Journal of Consulting and
Clinical Psychology, 2005
- 76 Strycharska-Gać B., Nordic Walking chód z kijkami, Jak skutecznie schudnąć 1,

2007

- 77 Szymocha M., Bryła M., Maniecka-Bryła I., Epidemia otyłości w XXI wieku, *Zdrowie Publiczne*, 119(2)
- 78 Rogalska A., Jak rozmawiać z pacjentem z nadwagą, *Farmacja praktyczna* 7-8/2010
- 79 Włodarek D., Związek pomiędzy spożyciem wielonasyconych kwasów tłuszczowych a występowaniem zespołu metabolicznego u dorosłych, *Medycyna po dyplomie*, czerwiec 2012
- 80 Zabłocka A., Ruch niezbędny w każdym wieku, Jak skutecznie schudnąć? 1, 2007
- 81 Zimna-Walendzik E., Kolmaga A., Tafalska E., Styl życia – aktywność fizyczna, preferencje żywieniowe dzieci kończących szkołę podstawową. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 2009

Autorzy:

Ewa Rupacz - lic.piel.

Mirosława Urban - prof. zw. dr hab. n. med., Pracownik naukowy WSA

OTYŁOŚĆ – PROBLEM SPOŁECZNY

Brygida Wnuk, Andrzej Gomula, Joanna Szwarz - Woźniak

Streszczenie

Otyłość jest w tej chwili jedną z najpoważniejszych chorób cywilizacyjnych, która szczególnie często występuje w krajach rozwiniętych. W Polsce także zaczyna stanowić poważny problem zarówno ekonomiczny jak i społeczny. Sza czuje się, że w tej chwili w naszym kraju otyłością zagrożonych jest około 40% kobiet i 30% mężczyzn. Jest ona następstwem nadmiernego wypełniania się trójglicerydami istniejących już komórek tłuszczowych, tworzenia się nowych komórek tłuszczowych, lub obu zjawisk jedno wcześniej.

Bardzo często na zły stan odżywiania wpływają czynniki środowiskowe, tzn. nieprawidłowy i utrwalony w rodzinie sposób żywienia, począwszy od najmłodszych lat, niska aktywność fizyczna i czynniki psycho-emocjonalne, które związane są z niepowodzeniami w życiu osobistym.

Celem pracy jest przedstawienie otyłości jako narastającego problemu społecznego.

Słowa kluczowe: otyłość, problem ekonomiczny, zapobieganie

Title

Obesity - a social problem

Abstract

Obesity is currently one of the most serious diseases of civilization, which is particularly prevalent in developed countries. In Poland also beginning to be a serious problem for both economic and social. Hush feels that at this time obesity in our country at risk is about 40% of women and 30% men. It results from excessive fulfillment of triglycerides existing fat cells, the formation of new fat cells, or both phenomena one early.

Very often the poor state of nutrition affect environmental factors, ie. abnormal and recorded in the family diet, starting from an early age, low physical activity and psycho-emotional factors that are associated with setbacks in his personal life.

The aim of the study is to present obesity as a growing social problem.

Keywords: obesity, economic problem, prevention

Otyłość – problem zdrowotny

Otyłość (obesitas) jest to patologiczne zwiększenie tkanki tłuszczowej w organizmie człowieka, w tym gromadzenie się tłuszczu w narządach i mięśniach.¹³⁶

Otyłość – nadmiar tkanki tłuszczowej w organizmie – jest najczęstszym zaburzeniem w rozwoju fizycznym.¹³⁷

Otyłość jest przewlekłą chorobą metaboliczną wynikającą z zaburzenia homeostazy

¹³⁶ Łasiak W. „Stres i emocje w naszym życiu” Warszawa 2009

¹³⁷ Red. Kubicka K., Kawalec W. „Pediatria” Tom I PZWL, Warszawa 2006

energii. Tak więc o otyłości można mówić wtedy, gdy masa tłuszczu u mężczyzny wynosi ponad 22% należnej masy ciała, a u kobiety ponad 32%. Otyłość istnieje także wtedy, kiedy zwiększenie ilości tłuszczu o ponad 50% w stosunku do wartości należnych wyrównywane jest przez jednoczesny ubytek masy mięśni lub wody, tak że ogólna masa ciała może być bliska należnej.¹³⁸

Tkanka tłuszczowa to nie tylko miejsce magazynowania nadmiernych ilości tłuszczu, ale jest też aktywną tkanką endokrynną. Przebiega w niej wiele procesów regulowanych przez hormony (insulina, kortykosteroidy, hormony płciowe, aminy katecholowe).

Jedną z przyczyn otyłości brzusznej obserwowanej u osób z zespołem metabolicznym jest nadmierna produkcja glikokortykoidów (hormonów uwalnianych przez nadnercza).¹³⁹

Funkcjonowanie tarczycy wpływa na masę ciała. Niewystarczający poziom hormonów tarczycy; trijodotyroniny (T3) i tyrozyny (T4) powoduje zmniejszenie podstawowych wydatków energetycznych, co sprzyja zwiększaniu masy ciała. Deficyt hormonu wzrostu zwiększa udział tkanki tłuszczowej w ciele. Może to sprzyjać zwiększaniu masy ciała u osób dorosłych.¹⁴⁰

Patogeneza otyłości

Zarówno u dzieci, jaki i u dorosłych otyłość rozwija się w dwóch fazach. W fazie dynamicznej gromadzi się nadmiar tkanki tłuszczowej, a w następującej po niej fazie statycznej zmagazynowane zapasy tłuszczowe utrzymują się na stałym poziomie.

Faza dynamiczna otyłości charakteryzuje się dodatnim bilansem energetycznym, powodującym przybieranie na wadze.

Zwiększenie masy ciała powoduje zwiększenie podstawowej przemiany materii i wydatku energetycznego związanego z wysiłkiem fizycznym. Zwiększenie ilości komórek aktywnych, towarzyszące rozrastaniu tkanki tłuszczowej wyjaśnia wzrost podstawowej przemiany materii.

Faza statyczna otyłości odpowiada nowej równowadze między podażą a wydatkiem energii na wyższym poziomie niż dotychczas.

Otyłość powstaje w fazie dynamicznej, a faza statyczna utrwała ten stan. Fazy te podlegają wpływom czynników generatywnych i środowiskowych, które nakładają się na siebie w różnym stopniu, charakterystycznym dla organizmu.¹⁴¹

Typy otyłości

W praktyce klinicznej wyróżnia się otyłość:

- prostą (pierwotną) – nadmiar tkanki tłuszczowej jest skutkiem zachwiania równowagi między podażą energii a jej wydatkowaniem przez organizm;
- wtórną – towarzyszy ona różnym zaburzeniom i zespołom chorobowym; nadmiar masy ciała jest skutkiem uszkodzenia układów regulujących pobieranie i wydatkowanie energii.¹⁴²

¹³⁸ Bulska J. „Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi” wyd. Impuls, Kraków 2008

¹³⁹ Bulska J. „Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi” wyd. Impuls, Kraków 2008

¹⁴⁰ Nancy J. Peckenpaugh, Red. Gajewska D. „Podstawy żywienia i dietoterapia” Wrocław 2011

¹⁴¹ Toumian P., Red. Kokot F. „Otyłość u dzieci” PZWL, Warszawa 2008

¹⁴² Red. Kubicka K., Kawalec W. „Pediatria” Tom I PZWL, Warszawa 2006

- endogenną – powstaje w wyniku uszkodzenia ośrodków podwzgórza w następstwie rozwoju nowotworów, urazów, zapaleń, pierwotnych zaburzeń hormonalnych (np. choroba Cushinga), rzadkich chorób genetycznych (choroba Gelneau).
- egzogenną – powstaje w wyniku nadmiernego przyjmowania pokarmów z przyczyn środowiskowych, psychicznych, w wyniku braku ruchu, związana z przyjmowaniem leków np. hipoglikemicznych. Najczęściej mamy do czynienia z otyłością z powodu nadmiernego przyjmowania pokarmów. Występuje ona u osób o określonych predyspozycjach, często uwarunkowanych genetycznie.¹⁴³

W literaturze często pojawiają się określenia takich typów:

- otyłość typu „gruszka” – gynoidalna. Jest to otyłość w której tłuszcz gromadzi się w okolicach pośladkowo-udowych. Dotyczy głównie kobiet.
- Otyłość typu „jabłko” – androidalna, centralna. Termin stosowany do określenia nadmiernej kumulacji tłuszczu w jamie brzusznej, co zwiększa stosunek talii do bioder. Definiowana jako obwód talii większy niż 88cm u kobiet i 102cm u mężczyzn lub stosunek talii do bioder większy niż 0,8 u kobiet i 1,0 u mężczyzn. Dotyczy głównie mężczyzn.

Kryteria otyłości

Najczęściej stosowane metody określania stopnia otyłości polegają na ocenie proporcji wysokości i masy ciała na podstawie:

- siatek centylowych – pozycja masy ciała przekracza o co najmniej 3 pasma centylowe pozycję wysokości ciała;
- siatek standardowych – różnica między wysokością i masą ciała przekracza dwa odchylenia standardowe;
- obliczania procentu należnej masy ciała w stosunku do aktualnej wysokości ciała; 115-120% traktowane jest jako nadwaga i otyłość;
- ilorazowych wskaźników wagowo-wzrostowych np. wskaźnika Queteleta - BMI (Body Mass Index)

Bardziej obiektywnym kryterium otyłości może być pomiar stopnia otluszczenia.

Najczęściej w praktyce stosuje się pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych za pomocą fałdomierza (kaliptra) o stałym nacisku (10g/mm).¹⁴⁴

Bardzo ważnym elementem charakteryzującym otyłość jest sposób rozmieszczenia tkanki tłuszczowej. Pomocny w tym jest kolejny wskaźnik – WHR (Waist – to – Hip circumference Ratio), który wyraża stosunek obwodu w talii do obwodu w biodrach.

Według tego wskaźnika wyróżnia się otyłość:

Androidalny (typ jabłko)

Mężczyźni WHR>1

Kobiety WHR>0,8

Gynoidalny (typ gruszka)

Mężczyźni WHR<1

¹⁴³ Red. Twardosz W. „Wielka encyklopedia zdrowia” wyd. Horyzont, Węgrowiec 2005

¹⁴⁴ Red. Kubicka K., Kawalec W. „Pediatria” Tom 1 PZWL, Warszawa 2006

Kobiety WHR<0,8

Przyczyny

Wczesnymi przyczynami otyłości u dzieci są czynniki zewnętrzne działające na płód noworodka, które usposabiają go do otyłości w późniejszym okresie. Można wyróżnić czynniki prenatalne działające na płód, oraz czynniki działające na dziecko po urodzeniu.

DETERMINATORY PRENATALNE:

- niedożywienie kobiety ciężarnej;
- palenie papierosów w okresie ciąży;
- cukrzyca ciężarnych;
- duża masa urodzeniowa.

DETERMINATORY OTYŁOŚCI DZIAŁAJĄCE PO URODZENIU:

- sposób karmienia;
- nadmiar kwasów tłuszczowych $\Omega 6$;
- nadmiar białek;
- nadmierny przyrost masy ciała dziecka w pierwszych miesiącach życia;
- nieprawidłowe nawyki żywieniowe.¹⁴⁵

Przyczyny otyłości:

- czynniki fizjologiczne (aktywność fizyczna, wzrastania, stan rezerw energetycznych)
- czynniki psychosocjalne (stres, niepokój, walory smakowe, dostępność pożywienia)
- czynniki genetyczne
- czynniki środowiskowe (sposób żywienia, styl życia, podjadanie, mało aktywność ruchowa)
- czynniki społeczne (rozwój przemysłu, postęp techniczny, środki transportu)
- czynniki psychologiczne (rozwód, śmierć w rodzinie, zmiana warunków życia, kłopoty w szkole)

Powikłania

Otyłość stanowi obecnie jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych. Negatywnie wpływa ona na oczekiwaną długość życia, przy czym ważne jest nie tyle samo zwiększenie masy ciała, ile wynikające z niej zaburzenia zagrażające życiu i zdrowiu.¹⁴⁶

Najbardziej istotne problemy zdrowotne związane z występowaniem otyłości i nadwagi to:

- Cukrzyca typu 2
- Choroba niedokrwienia serca i inne choroby układu krążenia na tle miażdżycy oraz nadciśnienie tętnicze
- Choroby układu oddechowego (zespół bezdechu sennego)

¹⁴⁵ Tounian P., Red. Kokot F. „Otyłość u dzieci” PZWL, Warszawa 2008

¹⁴⁶ N. Ogińska-Bulik „Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby, zmiany” Łódź 2004

- Niektóre choroby nowotworowe
- Zmiany zwyrodnieniowe kości
- Problemy psychologiczne
- Obniżenie odczuwanej jakości życia

Tymczasem otyłość wywołuje wiele niepożądanych zmian w organizmie, które nasilają się wraz z jej pogłębianiem się. Przykładem może być chociażby fakt, iż zwiększenie masy ciała jest dodatkowym obciążeniem układu kostno – stawowego. Układ ten przystosowany jest biologicznie do obciążeń wynikających z należnej masy ciała.

Otyłość silnie koreluje z występowaniem zaburzeń miesiączkowania. U bardzo otyłych kobiet zaburzenia te występują dwukrotnie częściej niż u kobiet o prawidłowej masie ciała. Ponadto otyłe kobiety częściej niż kobiety o wadze ciała mieszczącej się w granicach normy bywają bezpłodne.

Niezwykle istotną kategorią skutków wynikających z otyłości są konsekwencje psychologiczno – społeczne. Złośliwe uwagi i kpiny otoczenia pod adresem osoby otyłej mogą stanowić przyczynę powstawania kompleksów, poczucia mniejszej wartości, a nawet zamykania się w sobie.

Leczenie otyłości

Liczne zagrożenia dla zdrowia, jakie stwarzają nadwaga lub otyłość, powodują, że leczenie osób z nadmierną masą ciała należy traktować bardzo poważnie.

Leczenie otyłości polega na:

- stosowaniu diety ubogoenergetycznej,
- zwiększeniu aktywności fizycznej,
- psychoterapii,
- leczeniu farmakologicznym oraz,
- wyjątkowo na leczeniu chirurgicznym.

Wstępnym warunkiem podjęcia i powodzenia leczenia otyłości u dziecka jest uzyskanie pełnego, świadomego współdziałania zarówno jego, jak i jego rodziny. Podświadomą regulację poboru pożywienia musi się zastąpić świadomą samokontrolą pobierania pożywienia.

Wśród obecnie dostępnych metod leczenia otyłości znajdują się: leczenie dietetyczne, zwiększenie aktywności ruchowej, terapia behawioralna, leczenie farmakologiczne, a także leczenie operacyjne.

Skojarzone leczenie dietą oraz wzmoczoną aktywnością fizyczną jest dużo bardziej skuteczne niż leczenie wyłącznie dietetyczne. Dzieje się tak dlatego, że ćwiczenia fizyczne ograniczają utratę beztłuszczowej masy ciała.

Zarówno grupowa, jak i indywidualna terapia behawioralna stosowana w leczeniu otyłości ma na celu eliminowanie wszelkich zaburzeń zachowania żywieniowego, głównie poprzez zastosowanie technik odwarunkowania oraz warunkowania instrumentalnego.

Uogólniając, można stwierdzić, że pomoc psychologiczna dotyczy przede wszystkim przekształcania nastawienia pacjenta do siebie na bardziej pozytywne oraz kształtowania konstruktywnych zachowań sprzyjających jego zdrowiu.

Leczenie otyłości jest niezmiernie trudne i powolne, jednak daje wymierne korzyści w postaci zmniejszenia czynników ryzyka wielu chorób oraz poprawy jakości życia

pacjentów otyłych.¹⁴⁷

Leczenie diety

Zmniejszenie masy ciała jest możliwe przez zapewnienie organizmowi ujemnego bilansu energetycznego.

Dieta powinna dostarczać dostateczną ilość składników niezbędną do prawidłowego rozwoju: białka, makro-i mikroelementów, witamin.¹⁴⁸

Diety ubogoenergetyczną można wprowadzać dzieciom w wieku szkolnym i młodzieży. Dieta ta powinna dostarczać około 1200-1400 kcal. Ilość kalorii należy zmniejszać stopniowo, osiągając pożądaną wartość w ciągu 7-10 dni. Dieta powinna dostarczać dostateczną ilość składników niezbędną do prawidłowego rozwoju: białka, makroi mikroelementów, witamin.¹⁴⁹

Profilaktyka i promocja zdrowia

Promocją prawidłowego sposobu żywienia oraz zachęcaniem do zwiększenia aktywności fizycznej powinno zajmować się wiele grup zawodowych, w tym organizacje rządowe, pracownicy fachowi służby zdrowia, przemysł spożywczy, media oraz konsumenci. Wszystkie te grupy powinny czuć się odpowiedzialne za propagowanie prozdrowotnego sposobu żywienia, charakteryzującego się niską zawartością tłuszczów, bogatą zawartością węglowodanów złożonych oraz dużą ilością spożywanych świeżych warzyw i owoców. Większy nacisk należy położyć na poprawę możliwości stosowania aktywności fizycznej, co jest szczególnie ważne w aspekcie narastających procesów urbanizacyjnych, starzenia się społeczeństw oraz rozprzestrzeniania się siedzącego trybu życia.¹⁵⁰

Tu nie ma łatwych rozwiązań i żadne pojedyncze działanie nie będzie efektywne.

Żeby zahamować epidemię otyłości, konieczna jest współpraca producentów żywności, restauratorów, placówek o światowych, środowiska medycznego oraz struktur samorządowych i rządowych. Ważne jest kształtowanie w świadomości społecznej tego, że otyłość to choroba, a nie defekt kosmetyczny, oraz innych konsekwencji zdrowotnych otyłości.¹⁵¹

Problem społeczny otyłości

Środowisko rodzinne

Rodzina, w której funkcjonuje człowiek, często ma możliwość jako pierwsza

¹⁴⁷ Bulska J. „Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi” wyd. Impuls, Kraków 2008

¹⁴⁸ Nancy J. Peckenpaugh, Red. Gajewska D. „Podstawy żywienia i dietoterapia” Wrocław 2011

¹⁴⁹ Nancy J. Peckenpaugh, Red. Gajewska D. „Podstawy żywienia i dietoterapia” Wrocław 2011

¹⁵⁰ <http://www.eufic.org/article/pl/expid/25/>

¹⁵¹ Miesięcznik „Praktyka lekarska” art. wywiad z prof. Magdaleną Olszanecką Glinianowicz prezesem Polskiego Towarzystwa Badań nad otyłością, Marzec 2013

zauważyć problem nadmiernego przyrostu masy ciała. Codzienna opieka nad dzieckiem pozwala na samym początku wychwycić zmiany zanim będą one znaczące. Jeśli w rodzinie istnieje zaburzona norma prawidłowego wyglądu, albo jedno z rodziców jest otyłe, zmotywowanie dziecka do podjęcia prawidłowych działań jest trudne. Celowe jest objęcie terapią całej rodziny. Należy uświadomić rodziców i dziecko, co jest zdrowiem, a co patologią. Zmiana nawyków żywieniowych powinna dotyczyć modelu żywieniowego całej rodziny. Należy wprowadzić do codziennego stylu życia regularne posiłki i prawidłowy ich skład, wyeliminować podjadanie, dojadanie resztek, dokładanie do porcji.

Konieczną walką z otyłością jest zachęcanie do wysiłku i aktywności fizycznej. Jest to dobry sposób na wspólne spędzanie czasu.¹⁵² Rodzice w wyniku procesu socjalizacji pierwotnej mają za zadanie realizować obok psychicznych potrzeb, także te podstawowe, do których należy m.in. pożywienie. Jednak ich realizacja nie może być pozbawiona zdrowego rozsądku.¹⁵³

Współczesny styl życia

Zły stan zdrowia często wynika z tego, że za mało uwagi przywiązuje się do dobroczynnego znaczenia ruchu. Czasem już niewielki wysiłek jest przyczyną przyspieszonego oddechu, co może oznaczać słabą kondycję fizyczną. Sprzyja temu spędzanie większości wolnego czasu w domu, zamiast na świeżym powietrzu. Ilość czasu przeznaczona na uprawianie sportu w szkole, czy w czasie wolnym, nadal jest niezadowalająca. Niedostateczna ilość ruchu jest skutkiem zbyt wysokiej masy ciała.¹⁵⁴

Wpływ reklam na sposób odżywiania

Wpływ mediów na zachowania społeczne jest bezsporny. Przypisuje się im znaczącą rolę w powstawaniu otyłości, ponieważ zaobserwowano, że równoległe z tą chorobą znacznie wzrosła oferta medialna skierowana do dzieci i młodzieży. Telewizja proponuje specjalne kanały dla dzieci. Obecnie dzieci około 4 – 5 godzin dziennie przeznaczają na korzystanie z różnych mediów. Często jest to najdłuższy czas aktywności oprócz snu.

Już od najmłodszych lat dzieci spędzają dużo czasu przed telewizorem. Dlatego też obserwuje się ogromne zainteresowanie producentów słodczy reklamą medialną skierowaną do dzieci. Według WHO i Organizacji Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Zdrowia, reklamy produktów spożywczych, które są skierowane do dzieci są przyczyną otyłości u dzieci.¹⁵⁵

¹⁵² Red. Gołota J., Rosak M. „Postęp medycyny jako czynnik wpływający na jakość życia” wyd. Ostrołęckie Towarzystwo Naukowe, Ostrołęka 2011

¹⁵³ Łodzińska J., Rodzina fundamentem rozwoju i wychowania człowieka. Studia nad Rodziną, Nr 30-31, Łomianki 2012, s. 122. Hierarchiczny porządek w funkcjonowaniu potrzeb sprawia, że warunkiem zaspokojenia potrzeb stojących wyżej w hierarchii jest przynajmniej częściowe zaspokojenie potrzeb rzędu niższego (biologicznych).

¹⁵⁴ Red. Gołota J., Rosak M. „Postęp medycyny jako czynnik wpływający na jakość życia” wyd. Ostrołęckie Towarzystwo Naukowe, Ostrołęka 2011

¹⁵⁵ Red. Gołota J., Rosak M. „Postęp medycyny jako czynnik wpływający na jakość życia” wyd. Ostrołęckie Towarzystwo Naukowe, Ostrołęka 2011

Psychospołeczne skutki otyłości

Osoby otyłe, bez względu na wiek, poziom wykształcenia czy sytuację rodzinną, doświadczają podobnych problemów psychologicznych.

Należą do nich:

- wstyd związany z wyglądem
- negatywne opinie i oceny innych
- poczucie winy, małej wartości, krzywdy i rozżalenia
- poczucie bezsilności
- zmiany w relacjach z innymi ludźmi
- obsesyjne myślenie o jedzeniu i kaloriach¹⁵⁶

Osoby z nadwagą odczuwają niższy poziom własnej skuteczności, która wyraża osobiste przekonanie jednostki co do własnych kompetencji w poradzeniu sobie z podjętym działaniem. Osoby otyłe mają również większe trudności ze znalezieniem pracy oraz z korzystaniem z ogólnodostępnych urządzeń czy sprzętów (np. fotele, wąskie przejścia).

Podsumowanie i wnioski

Otyłość jest zjawiskiem rodzinnym. Dotyczy zarówno dzieci, młodzieży, jak i osób dorosłych. Na całym świecie, a szczególnie w krajach rozwiniętych, w tym także w Polsce, otyłość stała się jednym z najistotniejszych problemów społecznych. Ludzie mają coraz mniej ruchu, nie tylko ze względu na to, że dojeżdżają wszędzie samochodem lub innym środkiem lokomocji, lecz także dlatego że większość czasu wolnego spędzają siedząc w domu przed telewizorem lub też surfując po Internecie. Brak aktywności fizycznej równa się zmniejszonemu zużyciu energii w stosunku do jej podaży z pożywienia.

Pomimo tego, że otyłość występuje powszechnie, nie jest społecznie akceptowana. Osoby otyłe narażone są na dyskryminację i negatywne oceny ze strony otoczenia.

Wielkość problemu i koszty poniesione w związku z leczeniem otyłości upoważniają do żądania aby w Polsce na nowo został opracowany i wdrożony program zwalczania otyłości.

Literatura

1. Łasiak W. „Stres i emocje w naszym życiu” Warszawa 2009
2. Łodzińska J., „Rodzina fundamentem rozwoju i wychowania człowieka.” Studia nad Rodziną, Nr 30-31, Łomianki 2012, s. 109-131
3. Red. Kubicka K., Kawalec W. „Pediatria” Tom 1 PZWL, Warszawa 2006
4. Tatoń J., Czech A., Bernas M. „Otyłość zespół metaboliczny” PZWL, Warszawa 2007
5. Nancy J. Peckenpaugh, Red. Gajewska D. „Podstawy żywienia i dietoterapia” Wrocław 2011
6. Tounian P., Red. Kokot F. „Otyłość u dzieci” PZWL, Warszawa 2008
7. Bulska J. „Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi” wyd. Impuls, Kraków 2008

¹⁵⁶ Bąk-Sosnowska M. „Między ciałem a umysłem” wyd. Impuls, Kraków 2009

8. Red. Gołota J., Rosak M. „Postęp medycyny jako czynnik wpływający na jakość życia” wyd. Ostrołęckie Towarzystwo Naukowe, Ostrołęka 2011
9. Etery G. S., Rosenfeld „Stres, przyczyny, terapia i autoterapia”
10. Gertig H., Przysławski J. „Bromatologia zarys nauki o żywności i żywieniu” PZWL, Warszawa 2006
11. Redakcja naukowa Gawęcki J. „Żywienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu” wyd. naukowe PWN, Warszawa 2010, Tom 1
12. Ciborowska H., Rudnicka A. „Dietetyka zdrowego i chorego człowieka” wyd. lekarskie PZWL
13. Red. Romer T. E. „Endokrynologia kliniczna” wyd. Springer PWN, Warszawa 1998
14. James W. Kalat „Biologiczne podstawy psychologii” wyd. naukowe PWN, Warszawa 2007
15. Pod redakcją W. Gomułki i W. Rewelskiego „Encyklopedia zdrowia” wydanie 9, PWN 2000, Tom 2
16. <http://www.eufic.org/article/pl/expid/25/>
17. Spencer A. Rothus „Psychologia współczesna” Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2006
18. Red. Twardosz W. „Wielka encyklopedia zdrowia” wyd. Horyzont, Węgrowiec 2005
18. N. Ogińska-Bulik „Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby, zmiany” Łódź 2004
19. Red. Brzezińska A. I. „Psychologiczne portrety człowieka” Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2005
20. Bąk-Sosnowska M. „Między ciałem a umysłem” wyd. Impuls, Kraków 2009
21. Miesięcznik „Praktyka lekarska” art. wywiad z prof. Magdaleną Olszanecką Glinianowicz prezesem Polskiego Towarzystwa Badań nad otyłością, Marzec 2013

Autor:

Brygida Wnuk - lic. piel.

Andrzej Gomuła - prof. nadz. dr hab. n. med., Adiunkt Zakładu Piel. Klinicznego WSA,
andy@medan.pl

mgr Joanna Szwarz-Woźniak - Zakład Piel. Ogólnego, szwarz72@wp.pl

TYPowe PROBLEMY ZDROWOTNE MŁODZIEŻY SZKOLNEJ W PRAKTYCE PIELEŃNIARSKIEJ

Małgorzata Biała, Jolanta Łodzińska

Streszczenie

Związek między szkołą a zdrowiem jest znany i udokumentowany w licznych badaniach z zakresu higieny szkolnej. Przedmiotem zainteresowania higieny szkolnej było zdrowie uczniów i wychowanków (jednostki i populacji) i w pewnym stopniu nauczycieli (higiena zawodu nauczycielskiego) oraz wpływ środowiska szkoły na zdrowie. Higiena szkolna, jako dyscyplina naukowa, zaczęła się rozwijać dopiero od połowy XIX wieku, wraz z upowszechnieniem się nauczania, zainteresowaniem lekarzy stanem zdrowia uczniów i przeprowadzeniem badań nad występowaniem różnych zaburzeń¹⁵⁷.

Zrozumienie przez pielęgniarkę szkolną związków między szkołą a zdrowiem jest podstawowym warunkiem skuteczności jej działań i satysfakcji z pracy. Powinna ona zdawać sobie sprawę, że jej działania muszą być powiązane z programem szkoły i że nie jest ona, osobą z zewnątrz, realizującą zakontraktowane świadczenia, traktująca szkołę jako miejsce wykonywania swych zadań zawodowych. Realizacja wielu jej zadań wymaga współuczestnictwa dyrekcji i nauczycieli. Niezbędne jest także zrozumienie oraz docenianie roli i zadań pielęgniarki szkolnej przez dyrekcję szkoły i pracowników, przełamywanie stereotypowego postrzegania jej przede wszystkim jako osoby udzielającej pierwszej pomocy w urazach i nagłych zachorowaniach¹⁵⁸. Udział pielęgniarki szkolnej w identyfikacji różnych problemów zdrowotnych w populacji szkolnej ma duże znaczenie diagnostyczne – terapeutyczne. Istotnym zadaniem higieny i medycyny szkolnej jest ochrona zdrowia i kontrola rozwoju dzieci i młodzieży w ścisłym powiązaniu ze środowiskiem szkolnym, procesem nauczania i wychowania.

Słowa kluczowe: problemy zdrowotne, młodzież szkolna, styl życia młodzieży

Title

Common health problems of young people in school nursing practice

Abstract

The relationship between the school and health is well known and documented in numerous studies in the field of school hygiene. The focus of school hygiene was the health of students and alumni (individuals and populations) and to some extent teachers (hygiene teaching profession), and environmental impacts on the health of school. Hygiene School, as an academic discipline began to develop only from mid-nineteenth century, with the spread of education, health practitioners interested students and conduct research on the prevalence of various disorders.

Understanding by the school nurse relationships between the school and health is a prerequisite for its effectiveness and job satisfaction. It should realize that its actions must be

¹⁵⁷ Por. A. Oblacińska, W. Ostrega (red.), *Instytut Matki i Dziecka. Zakład Medycyny Szkolnej*, Warszawa 2003, s. 11.

¹⁵⁸ Por. Tamże.

linked with the program schools and that it is not, a person from the outside, realizing the contracted benefits, which treats the school as a place of their professional tasks. Implementation of many of its tasks requires participatory management and teachers. It is also necessary understanding and appreciation of the role and tasks of school nurse by the management of the school and staff, breaking down stereotyping her primarily as the person giving the first aid in trauma and emergency diseases. The share of school nurse to identify various health problems in the school population is significant diagnostic - therapeutic. An important task of hygiene and school medicine is to protect the health and control the development of children and adolescents in close connection with the school environment, the process of teaching and education.

Keywords: health problems, schoolchildren, lifestyle youth

POPULACJA W WIEKU SZKOLNYM I JEJ PROBLEMY ZDROWOTNE

W końcu 2010 roku ludność Polski liczyła 38 200 tys. mieszkańców, z tego 7140,2 tys. to dzieci i młodzież w wieku 0-17 lat, co stanowiło około 19% ogółu ludności. W roku 1990 populacja dzieci i młodzieży w wieku 0-17 lat stanowiła prawie 30% ogółu społeczeństwa zaś na początku tego wieku tylko niespełna 25%. W roku 2010 było 5758 tys. dzieci w wieku 0-14 lat, tj. 15,1% ogółu ludności wobec prawie 25% w 1990r.¹⁵⁹ Zmniejszeniu się liczby dzieci i młodzieży w wieku przedszkolnym i szkolnym towarzyszyć będzie w wyniku wyżu demograficznego z początków lat 80, w perspektywie dwudziestu i więcej lat zwiększenie się liczby ludzi starych (w wieku poprodukcyjnym). Będziemy mieli do czynienia, co już jest zauważalne ze starzeniem się społeczeństwa, a to z kolei wpływać będzie nie tylko na kondycję ekonomiczną państwa, jego politykę społeczną i zdrowotną, ale również na preferowany system wartości. Z jednej strony preferowane będą takie wartości, jak kreatywność, przedsiębiorczość, nieokreśloność, z drugiej zaś strony oczekiwanie na akceptację postaw zachowawczych, roszczeniowość i brak zgody na znaczące zmiany. Jawi się konieczność budowania i to już właśnie w wyniku zmian demograficznych takiego modelu szkoły, tak w wymiarze kształcenia i wychowania, aby te dwie opcje wzajemnie ze sobą koegzystowały w perspektywie wychowania dla przyszłości.

Obecnie, zgodnie z koncepcją promocji zdrowia, szkołę należy traktować jako siedlisko czyli:

1. Miejsce, w którym uczniowie i pracownicy czyli społeczność szkolna spędza znaczną część swego życia, pracuje, uczy się i w którym tworzone jest zdrowie. Zgodnie z Kartą Ottawską Promocji Zdrowia (1986) zdrowie jest tworzone i doświadczane przez ludzi w siedliskach (warunkach) ich codziennego życia, gdzie uczą się, pracują, odpoczywają, bawią się i kochają. Jest ono tworzone przez troskę o siebie i innych, przez ludzi zdolnych do podejmowania właściwych decyzji i radzenia sobie z okolicznościami towarzyszącymi ich życiu oraz gdy społeczeństwo tworzy wspólnym wysiłkiem warunki do zdrowego życia¹⁶⁰. Należy zauważyć, że istnieją silne związki między zdrowiem uczniów i nauczycieli oraz innych pracowników, którzy pracują w szkole.
2. Organizację mającą specyficzną strukturę, zasoby i funkcje, które można powiązać z działaniem na rzecz zdrowia, w tym:

¹⁵⁹<http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xber/bip/BIPPOZZdrowiepubliczneipolitykaludnosciowa2012>
z dnia 09.04.2013.

¹⁶⁰ Por. Tamże.

- tworzenie środowiska fizycznego i społecznego sprzyjającego zdrowiu,
 - prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i pośrednio co najmniej części ich rodziców,
 - realizację programów profilaktyki zaburzeń rozwoju, zdrowia i patologii społecznej,
 - realizację profilaktycznej opieki zdrowotnej.
3. System społeczny, który zmienia się, aby promować zdrowie (a nie tylko miejsce, w którym podejmowane są działania związane z promocją zdrowia). Pielęgniarka szkolna powinna czuć się członkiem tego systemu¹⁶¹.

1. Styl życia dzieci i młodzieży i jego wpływ na zdrowie

Styl życia każdego człowieka w dużym stopniu determinuje jego zdrowie. Wiele zaburzeń, które występują u dzieci i młodzieży ma podłoże behawioralne. To, co młody człowiek wniesie w swoje dorosłe życie, jest niezwykle ważne dla niego samego i następnych pokoleń. Zdrowie w okresie młodzieńczym, wg WHO, to dobrostan i możliwość pełnego wykorzystania potencjału rozwojowego w wymiarach: somatycznym, psychicznym i duchowym, czemu sprzyja bycie wrażliwym na bodźce sensoryczne, stany emocjonalne swoje i innych osób. Jednocześnie z uwagi na tę wrażliwość młodzież staje się szczególnie podatna na działanie szeregu czynników ryzyka¹⁶².

Styl życia oraz składające się na niego zachowania zdrowotne kształtują się przez całe życie, poczynając od wczesnego dzieciństwa. Podejmowanie ryzyka leży w naturze młodego człowieka. Młodzież ma potrzebę eksperymentowania, sprawdzania swoich możliwości, aby poznać reguły rządzące życiem oraz uczyć się podejmowania decyzji. Skutki zachowań ryzykownych dla zdrowia ujawniają się dopiero po wielu latach. Ludzie młodzi nie zauważają bezpośredniego związku między swoim zachowaniem, a zdrowiem. Jest to grupa mało podatna na edukację zdrowotną i programy profilaktyczne, które umożliwiłyby im lepsze, zdrowsze, dorosłe życie¹⁶³.

2. Problemy zdrowotne dzieci i młodzieży w wieku szkolnym

Biorąc pod uwagę skutki zdrowotne i społeczne oraz częstość rozpowszechnienia różnych zaburzeń należy wymienić następujące problemy zdrowotne:

a) Wypadki, urazy i zatrucia

Są one pierwszą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży. Główną ich przyczyną są wypadki drogowe, samobójstwa i utonięcia. Umieralność dzieci i młodzieży z powodu wypadków utrzymuje się w Polsce na dość stałym poziomie, dwu – trzykrotnie wyższym niż w rozwiniętych krajach Europy¹⁶⁴.

¹⁶¹ Por. Tamże, s. 12.

¹⁶² Por. J. Cieślukowska, *Szkolne zadania z zakresu promocji zdrowia, a ogólnopedagogiczne kompetencje nauczycieli do ich podejmowania*, Toruń 2007, s. 207.

¹⁶³ Por. Tamże, s. 208.

¹⁶⁴ Por. J. Mazur, *Umieralność dzieci i młodzieży w Polsce - wypadki a pozostałe przyczyny*, Nowa Medycyna, Warszawa 1995, s. 5.

W 2002 roku, wśród uczniów w wieku 11-15 lat, prawie jedna trzecia (28,4%) uległa urazowi wymagającemu pomocy medycznej, w tym ponad 3% uczniów doznało takiego urazu 3 razy i więcej w ciągu roku¹⁶⁵. Można szacować, że rocznie ponad 2,0 mln uczniów

w wieku 7-19 lat wymaga pomocy medycznej z powodu urazów. Najczęściej urazy te zdarzały się w czasie zajęć sportowych (ponad jedna trzecia w 2002 roku), głównymi miejscami urazów była szkoła (34%) i dom (32%)¹⁶⁶. Umieralność dzieci i młodzieży na wsi jest zdecydowanie wyższa niż mieszkańców miast – szczególnie wśród nastolatków. Najczęstszymi przyczynami zgonów dzieci i młodzieży (1 – 19 lat), stanowiącymi ponad połowę wszystkich zgonów są urazy i zatrucia, którym częściej ulegają chłopcy – ponad 57% przyczyn zgonów dla tej grupy wiekowej. Niepokojącym jest wzrost liczby samobójstw wśród dzieci i młodzieży (w wieku 5 – 19 lat). Na początku lat 90 – tych samobójstwa stanowiły ok. 10% zgonów w wyniku urazów, obecnie – już ponad 23%¹⁶⁷.

b) Próchnica zębów i choroby przyzębia

Próchnica zębów jest najczęstszym zaburzeniem w populacji w wieku szkolnym – występuje u 92% dzieci 7 – letnich i 98% młodzieży 18 – letniej. Towarzyszą jej choroby przyzębia (zapalenie dziąseł występuje u ponad 55% 12 – latków)¹⁶⁸.

Wyniki dotychczasowych badań klinicznych nad stanem zdrowotnym jamy ustnej jednoznacznie wskazują na bardzo zły stan uzębienia w populacji 6 – letnich dzieci oraz na nieco lepszą sytuację, aczkolwiek daleką od oczekiwanej, wśród 12 – letnich uczniów.

Wiadomo też, że stan zdrowia jamy ustnej, a szczególnie próchnica zębów, jako klasyczna choroba cywilizacyjna, zależy nie od działań naprawczych lekarzy dentyków, ale od zachorowań zdrowotnych jednostki i szeroko rozumianych czynników systemowych przyczyniających się do funkcjonowania stomatologicznych programów profilaktycznych¹⁶⁹.

Rodzaje profilaktyki choroby próchnicowej zębów i chorób przyzębia:

1. Zbiorowa – bierna: fluorkowanie wody pitnej lub soli kuchennej;
 2. Grupowa – czynna: nadzorowana w przedszkolach, szkołach;
 3. Indywidualna – czynna:
 - profesjonalna: w gabinetach stomatologicznych, wykonywana głównie przez średni personel pod nadzorem lekarza stomatologa,
 - domowa: wykonywana przez pacjenta po odpowiednim instruktażu¹⁷⁰.
- W jamie ustnej fluor działa przeciwbakteryjnie osłabiając zdolności fermentacyjne bakterii oraz hamując wytwarzanie kwasów przez bakterie¹⁷¹.

¹⁶⁵ Por. B. Woynarowska, J. Mazur, *Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 roku*, Warszawa 2002, s. 34.

¹⁶⁶ Por. A. Oblacińska, W. Ostrega (red.), *Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej*, Warszawa 2003, s. 13.

¹⁶⁷ <http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/bip/BIPOZZdrowiepubliczneipolitykaudnosciowa2012> z dnia 03.04.2013.

¹⁶⁸ Por. A. Oblacińska, W. Ostrega (red.), *Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej*, dz. cyt., s. 13.

¹⁶⁹ Por. Tamże, s. 6.

¹⁷⁰ Por. A. Oblacińska, W. Ostrega (red.) *Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej*, dz. cyt., s. 18.

¹⁷¹ Por. Tamże, s. 19.

Nadzorowane grupowe szczotkowania zębów organizowane są 6 razy co 6 tygodni w roku szkolnym, z zastosowaniem na szczotce do zębów roztworu lub żelu fluorkowego, przez ok. 3 minuty. Częste nadzorowane szczotkowanie stwarza także możliwość nauczania dzieci i młodzieży prawidłowego szczotkowania zębów. Skuteczność zabiegów profilaktycznych zależy jest od systematycznego i solidnego przeprowadzenia nadzorowanego szczotkowania przez przeszkoloną pielęgniarkę lub higienistkę szkolną¹⁷².

c) Problemy zdrowia psychospołecznego

Dobre zdrowie psychiczne ma ogromne znaczenie dla współczesnego społeczeństwa. Pod koniec ubiegłego wieku w Polsce wraz ze zmianami politycznymi i społecznymi zmienił się styl życia i pracy, budowanie więzi rodzinnych i społecznych, w wyniku czego zaczęto odnotowywać wśród Polaków coraz częściej występowanie problemów ze zdrowiem psychicznym. Do zdecydowanie najczęstszych zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży należały zaburzenia zachowania i emocji. Dzieci i młodzież stosunkowo często chorowały na zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem. Wśród pacjentów poradni zdrowia psychicznego 10,8% to dzieci i młodzież do lat 19. Według danych statystycznych ok. 15 – 20% młodzieży wymaga opieki psychologicznej – psychiatrycznej. Wyraźnie zwiększa się liczba samobójstw. W 2008 r. w wyniku samobójstw zmarły 692 osoby w wieku 10 – 24 lat. W grupie 15 -19 lat zamach samobójczy był przyczyną prawie co piątego zgonu. W 2008 r. samobójstwa dzieci i młodzieży stanowiły 12,2% samobójstw w Polsce. Współczynnik zgonów w wyniku samobójstw był wyższy wśród dzieci mieszkających na wsi w porównaniu z miastami¹⁷³.

Wśród pacjentów poradni zdrowia psychicznego 10% to dzieci i młodzież do 19 lat (stanowią one 5% ogółu leczonych w psychiatrycznych zakładach opieki stacjonarnej)¹⁷⁴. Spostrzeżenia badaczy medycyny szkolnej w ostatnich latach zwracają uwagę na problemy zdrowotne istniejące w zakresie zdrowia psychospołecznego uczniów, które mogą być przyczyną nieprawidłowości ich wzrastania i dojrzewania. W ocenie profilu zdrowotnego populacji szkolnej zaburzenia psychosomatyczne dotyczą ok. 10 – 20% i manifestują się występowaniem niezróżnicowanych objawów wielonarządowych, reakcji nerwicowych i zaburzeń zachowania, często występujących w powiązaniu z dysfunkcyjnością rodziny u tych dzieci¹⁷⁵. Z grupą psychosomatycznych problemów zdrowotnych w populacji szkolnej w ścisłym związku pozostaje zespół przewlekłego zmęczenia.

Do innych objawów, które towarzyszą zespołowi przewlekłego zmęczenia u dzieci zalicza się także bóle głowy, mięśni, stawów, gardła, tkliwość węzłów chłonnych. Ponadto u młodzieży mogą występować zaburzenia snu, stany lękowe i depresyjne, zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego¹⁷⁶.

d) Choroby przewlekłe i niepełnosprawność

¹⁷² Por. M. Borysewicz – Lewicka (red.), *Profilaktyka próchnicy i innych schorzeń jamy ustnej. Materiały III Konferencji poświęconej profilaktyce w stomatologii, 5 listopada 1994*, Poznań 1994, s. 20.

¹⁷³ Por. GUS, *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*, Kraków 2009, s. 68.

¹⁷⁴ Por. *Zakład psychiatryczny i neurologicznej opieki zdrowotnej*. Rocznik Statystyczny 2002, Warszawa 2003, s. 79.

¹⁷⁵ Por. A. Smit, *Zespół przewlekłego zmęczenia – leczenie antyhomotoksyczne*, *Medycyna Biologiczna* 5(1996), s. 135.

¹⁷⁶ Por. Tamże, s. 140.

W 2009 r. na choroby i dolegliwości przewlekłe cierpiało 1541,6 tys. dzieci. Najczęściej dzieci chorowały na alergię (co szóste dziecko). W dalszej kolejności u dzieci występowały: choroby oka (4,2%), astma (2,8%), choroby kręgosłupa (1,5%) i częste bóle głowy (1,1%). Najczęściej alergię, astmę i inne choroby odnotowano u dzieci w wieku 5 – 9 lat, a choroby oka, kręgosłupa oraz bóle głowy – wśród dzieci starszych, będących w wieku 10 – 14 lat¹⁷⁷.

Kolejnym ważnym aspektem stanu zdrowia jest niepełnosprawność. W 2009 r. u blisko dwóch trzecich (62,4%) niepełnosprawnych dzieci w Polsce stwierdzono poważne kłopoty i trudności zdrowotne, które były częstsze w przypadku chłopców (68,4%) niż dziewcząt (55,8%). Występowanie kłopotów i trudności zdrowotnych wśród dzieci niepełnosprawnych było znacznie wyższe w grupie wiekowej 10 – 14 lat (63%). Blisko co trzecie dziecko (364) doświadczyło kłopotów w poruszaniu się, bardziej rozpowszechnionych wśród dziewcząt (391) w porównaniu z chłopcami (343). Kłopoty ze słuchem (273) były bardziej wskazane¹⁷⁸.

e) Choroby zakaźne

Dzięki masowym szczepieniom ochronnym sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych uległa zdecydowanej poprawie. U młodzieży w wieku 15-19 lat problemem pozostaje gruźlica. W 2003 r. gruźlica wieku rozwojowego stanowiła 3% ogólnej zachorowalności, w tym 0,8% u dzieci 0-14 lat i 2,2 % u młodzieży 15-19 lat. Wskaźnik zachorowalności na gruźlicę wynosił 8/100tyś. Ludności w grupie młodzieży 15-19 lat¹⁷⁹.

Liczba zachorowań w odniesieniu do chorób zakaźnych wieku dziecięcego w ostatnich latach zmniejszyła się. Istotne znaczenie w przypadku dzieci mają choroby szerzące się drogą pokarmową. Podobnie jak w poprzednich latach w 2009 r. wśród wszystkich postaci gruźlicy dominowała gruźlica płuc. W 2009 r. wśród ogółu zakażonych wirusem HIV osoby młode w wieku 15 – 19 lat stanowiły – 2,3%¹⁸⁰.

f) Nowe problemy zdrowotne

Należą do nich między innymi:

- stosowanie przez dziewczęta diet odchudzających często niedoborowych (2009 r. wśród 15 – latek stosowało ją 32% dziewcząt),
- stosowanie przez chłopców sterydów lub innych środków anabolicznych (dopingowych) (2009 r. stosowało je 10,1% chłopców w wieku 13 i 15 lat, dotyczyło to głównie chłopców uważających się za zbyt szczupłych. Środki te są groźne i mają odległe skutki uboczne, np. niski wzrost, nadciśnienie tętnicze, niepłodność,
- przemoc w szkole – w 2009 r. prawie co trzeci uczeń w wieku 11-15 lat był ofiarą (31%) przemocy, a 37% ich sprawcą,
- ciężce młodocianych – w 2005 r. urodziło żywe dziecko 13923 dziewcząt w wieku 18 lat i młodszym. W ostatnich latach w Polsce zmniejszeniu się ogólnej liczby porodów

¹⁷⁷ Por. GUS, *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*, dz. cyt., s. 57.

¹⁷⁸ Por. Tamże, s. 61.

¹⁷⁹ Por. H. Majewska – Zalewska, *Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy dzieci i młodzieży w Polsce*, Warszawa 2003, s. 43.

¹⁸⁰ Por. Tamże, s. 81.

towarzyszyło utrzymywanie się na tym samym poziomie porodów wśród nastoletnich 17 – letnich¹⁸¹.

3. Zachowania zdrowotne

Zachowania zdrowotne dotyczą różnych zachowań związanych ze sferą zdrowia, czyli zachowań, które w świetle współczesnej wiedzy medycznej zwykle wywołują określone – pozytywne lub negatywne skutki zdrowotne. Wszelkie zachowania zdrowotne ulegają modelowaniu przez całe życie, a tworzą się w dzieciństwie i młodości pod wpływem wiadomości i wzorów przekazywanych przez rodziców, szkołę, służby medyczne¹⁸². Zachowania zdrowotne w największym stopniu decydują o zdrowiu jednostki i większość jego zaburzeń ma podłoże behawioralne. Zachorowania te, ukształtowane w drugiej dekadzie życia, decydują o stylu życia i zdrowiu ludzi dorosłych. Skutki niedostatków zachowań prozdrowotnych oraz zachorowań ryzykownych dla zdrowia pojawiają się zwykle dopiero po wielu latach. Młodzi ludzie nie dostrzegają więc bezpośredniego związku między swymi zachorowaniami, a zdrowiem i są mało podatni na oddziaływanie edukacyjne.

Sz szczególnie niepokojąca jest tendencja zwiększania się palenia tytoniu wśród dziewcząt. Zwiększyła się także częstotliwość picia przez młodzież napojów alkoholowych, zwłaszcza piwa oraz używania innych substancji psychoaktywnych (narkotyków)¹⁸³. Zachowanie ryzykowne mają tendencję do współwystępowania, co określa się jako zespół lub syndrom zachowań ryzykownych. Pomimo zagrożenia zdrowia, zachowania ryzykowne są rozpowszechnione i w warunkach współczesnego życia niemożliwe do całkowitego wyeliminowania. Służą zaspokajaniu specyficznych potrzeb wieku dorastania: integracji z rówieśnikami, manifestowania niezależności od autorytetu dorosłych. Nie należy ich traktować jako izolowanego problemu, lecz jako objaw trudności dorastania we współczesnym świecie.

Zachowania zdrowotne młodzieży związane ze sposobem odżywiania. Żywnienie, tj. właściwy dobór potraw pod względem ich składników, sposobu przygotowywania do spożycia, ilości, liczby i rozłożenia posiłków czasie. Mają ogromny wpływ na wzrost i rozwój człowieka. Żywnienie musi być właściwie dostosowane do każdego stadium życia. Niewłaściwe odżywianie stanowi bezpośrednią przyczynę bądź czynnik ryzyka wielu schorzeń. Szacuje się, że istnieje ok. 30 - 50 jednostek chorobowych, bądź odchyień od zdrowia, występujących często w populacji, których przyczyna jest niezadowolająca jakość żywności i sposób odżywiania. Należy podkreślić, że konsekwencje tych zaburzeń są szczególnie niebezpieczne u młodzieży w okresie adolescencji.

Z jednej strony przyczyną tych zaburzeń może być nieprawidłowe spostrzeganie samego siebie, a w związku z tym nienaturalne potrzeby nadmiernie ograniczonego jedzenia - anoreksja, czy też objadania się - bulimia¹⁸⁴. Błędy żywieniowe w naszym kraju są powszechnie znane i powszechnie lekceważone. Jednym z nich jest nie spożywanie śniadań, które uważa się za najważniejszy posiłek. Po śnie nocnym stężenie glukozy we krwi jest niskie. Upośledza to funkcje komórek, szczególnie mózgu, dla

¹⁸¹ Por. GUS, *Rocznik demograficzny 2010*, Warszawa 2010, s. 236.

¹⁸² Por. A. Ostrowska, *Prozdrowotne style życia*, Warszawa 1999, s. 32.

¹⁸³ Por. Tamże, s. 63.

¹⁸⁴ Por. E. Zimna Walendziak, *Styl życia - aktywność fizyczna, preferencje żywieniowe dzieci kończących szkołę podstawową*, Warszawa 2009, s. 195.

którego glukoza jest jednym źródłem energii. Wpływa to niekorzystnie na procesy poznawcze, zwłaszcza na szybkość przypominania¹⁸⁵.

Dojrzewanie to drugi (po niemowlęcym) okres krytyczny występowania otyłości. Nadwaga rozpoznana u coraz młodszych dzieci stała się obecnie problemem ogólnoswiatowym. Nieprawidłowe żywienie może doprowadzić do licznych, poważnych następstw w przyszłości takich jak, np. cukrzyca, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, choroby serca¹⁸⁶.

ROLA PIELEŃNIARKI W ZAPOBIEGANIU SCHORZENIOM ZDROWOTNYM

Pielęgniarka szkolna jest jedynym profesjonalnym pracownikiem medycznym na terenie szkoły. Szkoła jest instytucją umożliwiającą ochronę zdrowia, masowe działania profilaktyczne i edukację zdrowotną populacji w wieku szkolnym. Poziom wykształcenia, kompetencje i samodzielność pielęgniarki, pozwalają na indywidualne dostosowanie planu pracy do potrzeb i warunków konkretnej szkoły.

W ostatnich latach wzrosła rola i zakres działań pielęgniarki szkolnej. Oprócz zadań wynikających z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu medycyny szkolnej, pielęgniarka szkolna ma ważną rolę dotyczącą współpracy z personelem szkolnym. Miedzy innymi jest doradcą dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole, udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej. Zauważa się jednak, że opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą jest niewystarczająca i nieadekwatna do potrzeb. Nie można zapominać, że profilaktyczna opieka zdrowotna realizowana przez pielęgniarkę szkolną to nie tylko testy przesiewowe, ale także wiele innych ważnych zadań. Wysoki odsetek uczniów wymaga stałej opieki w zakresie różnych problemów zdrowotnych, szkolnych i społecznych.

Z perspektywy ponad 10 lat, od początku oficjalnego wdrożenia zmodyfikowanego systemu opieki zdrowotnej nad uczniami można powiedzieć, że pielęgniarki szkolne potrafią samodzielnie – bez stałego wsparcia ze strony lekarza rodzinnego, sprawować tę opiekę w środowisku nauczania, wychowania, w zakresie opieki i profilaktyki (szkoła sprawuje wszystkie te funkcje). Pielęgniarka szkolna ma pełne kompetencje do uczestniczenia we wszystkich etapach rozwiązywania problemów zdrowotnych, społecznych i szkolnych uczniów, powierzonych jej opiece. Uczestniczy w diagnozowaniu tych problemów, współdziała z rodziną i szkołą w celu ich rozwiązywania oraz ewaluacji podjętych działań.

¹⁸⁵ Por. B. Woynarowska, *Zdrowe żywienie i aktywność fizyczna*, Warszawa, Lider 7/2008, s. 94.

¹⁸⁶ Por. Tamże, s. 295.

BIBLIOGRAFIA

1. Borysewicz – Lewicka M. (red.), *Profilaktyka próchnicy i innych schorzeń jamy ustnej. Materiały III Konferencji poświęconej profilaktyce w stomatologii, 5 listopada 1994*, Poznań 1994.
2. Cieślukowska J., *Szkolne zadania z zakresu promocji zdrowia, a ogólnopedagogiczne kompetencje nauczycieli do ich podejmowania*, Toruń 2007.
3. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik demograficzny 2010*, Warszawa 2010
4. GUS, *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*, Kraków 2009.
5. Majewska – Zalewska H., *Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy dzieci i młodzieży w Polsce*, Warszawa 2003.
6. Mazur J., *Umieralność dzieci i młodzieży w Polsce-wypadki a pozostałe przyczyny*, Nowa Medycyna, Warszawa 1995, s. 5-12.
7. Oblacińska A., Ostrenga W. (red.), *Instytut Matki i Dziecka. Zakład Medycyny Szkolnej*, Warszawa 2003.
8. Oblacińska A., Ostrenga W. (red.), *Standardy i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej*, Warszawa 2003.
9. Oblacińska A., Ostrenga W., *Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej*, Warszawa 2003.
10. Ostrowska A., *Prozdrowotne style życia*, Warszawa 1999.
11. Smit A., *Zespół przewlekłego zmęczenia – leczenie antyhomotoksyczne*, Medycyna Biologiczna 5 (1996).
12. Woynarowska B., Mazur J., *Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 roku*, Warszawa 2002.
13. Woynarowska B., *Zdrowe żywienie i aktywność fizyczna*, Warszawa, Lider 7 (2008), s. 94-101.
14. *Zakład psychiatryczny i neurologicznej opieki zdrowotnej*. Rocznik Statystyczny 2002, Warszawa 2003.
15. Zimna E., Walendziak, *Styl życia - aktywność fizyczna, preferencje żywieniowe dzieci kończących szkołę podstawową*, Warszawa 2009.
16. www.stat.gov.pl

Autorzy:

Małgorzata Biała lic. piel.,

Jolanta Łodzińska dr n. hum., adiunkt WNHIS IS, Kierownik Zakładu Pomocy i Profilaktyki Społecznej, UKSW Warszawa, pracownik naukowo-dydaktyczny WSA, jolska37@wp.pl

PROBLEMY ŻYWIENIOWE DOROSŁYCH W ASPEKTCIE WYSTĘPOWANIA OTYŁOŚCI NA PODSTAWIE BADAŃ PRZEPROWADZONYCH WŚRÓD MIESZKAŃCÓW GMINY RZEWNIE

Ewa Kamińska, Jolanta Łodzińska

Streszczenie

Zdrowie stanowi podstawową wartość dla każdego człowieka. Jest to wartość coraz bardziej uświadomiona i doceniana wraz ze wzrostem kultury zdrowotnej społeczeństwa. Jednym z podstawowych czynników środowiskowych, wpływających na optymalny rozwój oraz utrzymanie dobrego stanu zdrowia człowieka jest prawidłowe żywienie. Zachowania żywieniowe są elementem prozdrowotnego stylu życia. Nawyki regularnego i racjonalnego żywienia oraz prawidłowo zestawione posiłki zapewniają kondycję i zdrowie, zaś wadliwe żywienie jest czynnikiem ryzyka nadwagi i otyłości, a otyłość jest chorobą przewlekłą i postępującą. Prowadzi do poważnych problemów medycznych, socjoekonomicznych oraz psychologicznych. To rozwój cywilizacji determinuje zmiany zachowań żywieniowych, których konsekwencją może być rozwój chorób dietozależnych. Wśród licznych przyczyn błędów żywieniowych należy wymienić: złe warunki ekonomiczne uniemożliwiające zaspakajanie potrzeb żywieniowych, nieprawidłowe nawyki żywieniowe panujące w domu rodzinnym, nieprawidłowy sposób żywienia, brak wiedzy o znaczeniu prawidłowego odżywiania dla utrzymania optymalnej kondycji fizycznej i psychicznej. Przyczyn wadliwego żywienia należy również upatrywać w modach żywieniowych propagowanych przez media, czy zwyczajach obowiązujących na danym terenie.

Słowa kluczowe: otyłość, odżywianie, nawyki żywieniowe, problemy żywieniowe, zachowania zdrowotne

Title

Adult nutritional problems in terms of obesity based on research conducted among residents of the Commune Rzewnie

Abstract

Health is a fundamental value for every human being. This value is more conscious and highly with increasing public health culture. One of the main environmental factors affecting the optimal development and maintaining good health is proper nutrition. Nutritional habits are part of a healthy lifestyle. Habits regular and rational nutrition and correctly summarized meals provide fitness and health, and faulty nutrition is a risk factor for overweight and obesity, and obesity is a chronic and progressive. This leads to serious medical problems, socio-economic and psychological. This development of civilization is determined by changing eating behavior, the consequence of which may be the development of diet-related diseases. Among the many causes of nutritional mistakes include: poor economic conditions that prevent satisfy nutritional needs, abnormal eating habits prevailing in the family home, incorrect diet, lack of knowledge about the importance of proper nutrition to maintain optimal physical and mental condition. The causes of faulty nutrition should also be seen in the fashions nutritional propagated by the media, or the habits of force in the area.

Keywords: obesity, nutrition, eating habits, nutritional problems, health behaviors

EPIDEMIOLOGIA I ETIOLOGIA OTYŁOŚCI

Jednym z najbardziej powszechnych problemów związanych ze stylem życia jest nadmierna waga. Nadwaga i otyłość jest czynnikiem ryzyka w rozwoju wielu chorób przewlekłych. Według Światowej Organizacji Zdrowia oraz Narodowego Instytutu Zdrowia otyłość została zaliczona do chorób epidemicznych i stała się problemem ogólnoswiatowym, który dotyczy wszystkich grup wiekowych i społeczno-ekonomicznych¹. W 2002 roku nadwagą dotkniętych było 1,4 mld osób na świecie, a otyłością 365 mln. W 2007 roku zaobserwowano znaczny wzrost tych wskaźników i odpowiednio wynosiły 1,5 mld i 523 mln. Naukowcy szacują, że w roku 2015 roku będzie 2,3 mld osób z nadwagą, a 704 mln osób z otyłością². W Polsce występowanie nadwagi i otyłości jest bardzo częstym zjawiskiem. Badania z roku 2001 wskazują występowanie nadwagi u 44% mężczyzn i 34% kobiet w wieku 35-64 lata, a otyłości u 27% kobiet i 31% mężczyzn³. Według ogólnopolskiego badania z 2002 roku wynika, że z problemem nadwagi boryka się 53% Polaków w tym 29% kobiet i 39% mężczyzn. W populacji w wieku powyżej 45 roku życia problem nadwagi dotyczy 77%⁴.

Czynniki środowiskowe, które przyczyniają się do rozwoju nadwagi i otyłości mogą mieć charakter makrośrodowiskowy - dotyczą całej populacji, jak i mikrośrodowiskowy - dotyczą jednostki. W ostatnich latach obserwuje się jak znacząco zmienił się styl życia ludzi, a w tym sposób odżywiania i jakość spożywanych produktów. Powszechnie stały się dostępne produkty bogate w tłuszcze i cukry proste, wysokoprzetworzone i o wysokiej energetyczności. Dodatkowo występują błędy w częstości, ilości, a także obfitości spożywanych posiłków. Kolejną przyczyną jest ograniczenie aktywności fizycznej, która niezbędna jest do prawidłowej przemiany energii i zdrowia⁵. Genetyczne przyczyny otyłości są najslabiej poznane, ale zakłada się, że na skutek występowania różnorodnych odmian wielu genów pojawia się skłonność do gromadzenia nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej w warunkach temu sprzyjających. Na rozwój otyłości mają również wpływ czynniki metaboliczne poprzez zmiany uwarunkowań hormonalnych i enzymatycznych. Wśród psychologicznych uwarunkowań otyłości można wyróżnić: zaburzenia mechanizmu samoregulacji, przekonania i oczekiwania jednostki, cech osobowości, trudności w radzeniu sobie ze stresem i przeżywanymi emocjami. Dodatkowym czynnikiem różnicującym częstość występowania otyłości jest płeć i wiek. Nadwaga i otyłość występują częściej u kobiet niż u mężczyzn, co prawdopodobnie jest wynikiem biologicznych predyspozycji do otyłości.

Przyczyny i klasyfikacja otyłości

Wśród uwarunkowań nadmiernej masy ciała wyróżnia się wiele czynników jednakże głównym czynnikiem prowadzącym do zwiększenia masy ciała jest nadmierna i niewłaściwa

¹ Por. M. Jarosz, L. Kłosiewicz - Latoszek, *Otyłość-zapobieganie i leczenie*, Warszawa 2009, s. 15.

² Por. L. Kłosiewicz - Latoszek, *Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy*, Problemy Higieny i Epidemiologii 3 (2010), s. 339.

³ Por. G. Kopeć, P. Podolec, *Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości w Polsce i na świecie*, Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia 8 (2007), s. 3.

⁴ Por. Tamże.

⁵ Por. J. Tatoń, A. Czech, M. Bernas, *Otyłość. Zespół metaboliczny*, dz. cyt., s. 62.

konsumpcja pokarmów⁶. Obserwuje się zmiany nawyków żywieniowych, które polegają na zwiększonym poborze kalorii, konsumowaniu większych porcji posiłków, wzroście spożycia słodkich napojów oraz posiłków z barów szybkiej obsługi, nawyku częstego podjadania, a także zmniejszeniu w diecie ilości warzyw i owoców. Także wystąpienie otyłości płodowej powoduje utrwalanie nieprawidłowości metabolicznej i rozwinięcie się otyłości w późniejszym wieku. Niektórzy wskazują również na potencjalny wpływ niskiej masy urodzeniowej dziecka, starszy wiek matki, zwłaszcza jeśli to pierwsze dziecko i matka zajmuje się ze szczególną troską często je przekarmiając⁷. Również na rozwój otyłości ma wpływ wykształcenie jednostki oraz sytuacja materialna. Niski poziom wykształcenia wiąże się z niskim stopniem edukacji zdrowotnej i nieświadomością konsekwencji zdrowotnych, jakie niesie ze sobą otyłość. Natomiast zła sytuacja materialna łączy się z nabywaniem najtańszych produktów żywnościowych, często o dużej kaloryczności⁸. Przyczyną otyłości może być także ograniczenie termogenezy poposiłkowej. Kolejną przyczyną nadmiernej masy ciała są zaburzenia czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego np. hiperinsulinizm spowodowany guzami wysp trzustkowych, nadczynność kory nadnerczy, nadczynność jajników oraz zwiększone wydzielanie somatostatyny⁹.

Otyłość jest chorobą o etiologii wieloczynnikowej, którą charakteryzuje zwiększenie masy ciała i nadmiar tkanki tłuszczowej. Przyjmuje się, że przekroczenie prawidłowej masy ciała o 10% oznacza nadwagę. Natomiast przekroczenie prawidłowej masy ciała o 20% oznacza rozpoczęcie otyłości. Należy również uwzględnić udział masy tłuszczowej w ogólnej masie ciała. Jeżeli tkanka tłuszczowa przekracza 18% rzeczywistej masy ciała u mężczyzn i 30% u kobiet, wówczas możemy stwierdzić otyłość¹⁰.

Ze względu na przyczyny powstania:

- otyłość prostą (pokarmową),
- otyłość złożoną (patologiczną).

Ze względu od rozłożenia tkanki tłuszczowej w organizmie:

- otyłość anerooidalną (pletoryczną, centralną, brzuszna, *typu jabłko*),
- otyłość ginoidalną (pośladkowo-udowa, *typu gruszka*),

Ze względu na skład morfologiczny tkanki tłuszczowej:

- otyłość hiperplastyczna,
- otyłość hipotroficzna.

Ze względu na etiologię:

- otyłość endogenna (podwzgórzowa, genetyczna, endokrynologiczna, psychosomatyczna),
- otyłość egzogenna (pokarmowa, wynikająca z braku aktywności fizycznej z różnych przyczyn, polekowa)¹¹.

Patogenetyczny podział Meyera:

- otyłość regulacyjna,
- otyłość metaboliczna¹².

⁶ Por. B. Będzińska, *Szczupłą być*, Kraków 1997, s. 33.

⁷ Por. A. Mazur, *Dynamika i czynniki ryzyka występowania nadwagi i otyłości u dzieci w wieku szkolnym*, Rzeszów 2009, s. 35.

⁸ Por. A. Mazur, *Dynamika i czynniki ryzyka występowania nadwagi i otyłości u dzieci w wieku szkolnym*, dz. cyt., s. 40.

⁹ Por. Tamże.

¹⁰ Por. N. Ogińska-Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia*, dz. cyt., s. 42.

¹¹ Por. <http://dolinabiotechnologiczna.pl/diagnostyka/byla-sobie-otylosc-czesc-1-typy-otylosci/> z dnia 15.02.2013 r.

¹² Por. Tamże.

Tab. 1

Klasyfikacja otyłości u osób dorosłych wg kryterium WHR

Typ otyłości	Kobiety	Mężczyźni
Otyłość brzuszna	WHR $\geq 0,8$	WHR $\geq 1,0$
Otyłość pośladowka - udowo	WHR $< 0,8$	WHR $< 1,0$

Źródło: N. Ogińska-Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia*, dz. cyt., s. 47.

KONSEKWENCJE ZDROWOTNE OTYŁOŚCI

Problem otyłości jest zjawiskiem niekorzystnym, gdyż przyczynia się do zwiększonej chorobowości i śmiertelności. Światowa Organizacja Zdrowia zakwalifikowała otyłość do chorób przewlekłych niezakaźnych, obok takich chorób jak: choroby układu krążenia, cukrzyca, nowotwory. W większości krajów rozwiniętych i rozwijających się choroby te są główną przyczyną zgonów, wpływają na skrócenie życia i jego pogorszenie, a także na koszty społeczne związane z ich leczeniem.

Tab. 2

Ryzyko zagrożenia zdrowia związane z otyłością

Znacznie zwiększone	Umiarkowanie zwiększone	Nieznacznie zwiększone
<ul style="list-style-type: none"> - Cukrzyca typu 2 - Kamica żółciowa - Dyslipidemia - Insulinooporność - Zespół bezdechu nocnego 	<ul style="list-style-type: none"> - Choroba wieńcowa - Nadciśnienie tętnicze - Dna moczanowa - Choroba zwyrodnieniowa stawów 	<ul style="list-style-type: none"> - Nowotwór skojarzony z otyłością - Zaburzenia hormonów płciowych - Niepłodność - Zespół policystycznych jajników - Wady płodu wynikające z otyłości matki

Źródło: M. Strączkowski, *Powikłania Metaboliczne Otyłości*, Farmacja Polska 11 (2005), s. 540.

Główne problemy zdrowotne związane z otyłością i nadwagą to:

- cukrzyca typu 2,
- choroby sercowo-naczyniowe na tle miażdżycy i nadciśnienie tętnicze,
- choroby układu oddechowego (zespół bezdechu nocnego),
- niektóre nowotwory złośliwe,
- choroby zwyrodnieniowe kości,
- problemy psychologiczne,
- spadek jakości życia¹³.

¹³ Por. Tamże.

Otyłość, wpływa na sposób spostrzegania własnej osoby, na przeżywane emocje i relacje z innymi ludźmi, czyli na funkcjonowanie emocjonalne i społeczne człowieka. Osoby otyłe często spotykają się z niechęcią środowiska, które spostrzega je jako osoby mniej atrakcyjne, przypisuje im gorsze cechy charakteru i niższe kwalifikacje zawodowe. Negatywne opinie na temat ludzi otyłych prowadzą często do odrzucenia ich przez społeczeństwo. Obserwowane jest ich stopniowe wycofywanie się z kontaktów, które prowadzi do izolacji społecznej. Często są posądzani o brak silnej woli i samokontroli oraz dbałości o siebie. Krytykowani i wyśmiewani z powodu wyglądu. Bardzo często dochodzi do poczucia bezsilności i braku wpływu na sytuację, co skutkuje narastającym niepokojem i lękiem, prowadząc niekiedy do rozwoju depresji zwłaszcza u kobiet¹⁴. Otyłość obniża jakość życia poprzez pogorszenie sprawności fizycznej, odczuwanie zmęczenia, już nawet po niewielkim wysiłku fizycznym, a ponadto duszność, kołatanie serca, bóle i zwroty głowy, konieczność częstego odpoczynku.

PROFILAKTYKA I METODY LECZENIA

Podstawowe znaczenie w zapobieganiu otyłości odgrywa profilaktyka, bowiem łatwiej i taniej jest zapobiegać niż leczyć. Jednym ze skutecznych sposobów walki z nadmierną masą ciała staje się wychowywanie zdrowotne w zakresie racjonalnego odżywiania się. Edukacja zdrowotna staje się dobrym sposobem zapobiegania nadwadze i otyłości, a tym samym procesem sprzyjającym zdrowiu, zwłaszcza gdy zawodne stają się tradycyjne wzorce żywieniowe w rodzinie, a środki masowego przekazu zalewają społeczeństwo ogromną ilością porad, różnych diet odchudzających, z których większość jest nieskuteczna. Zadaniem edukacji zdrowotnej powinno być zwiększenie świadomości społeczeństwa. Można to uzyskać poprzez:

- uznanie otyłości za ważny problem zdrowotny,
- dostarczenie wiedzy na temat przyczyn powstawania otyłości i jej skutków,
- kształtowanie umiejętności przygotowywania posiłków,
- zachęcanie do uprawiania ćwiczeń fizycznych,
- kształtowanie i rozwijanie określonych przekonań odnoszących się do własnej osoby takich jak: skuteczności, poczucie własnej wartości, panowanie nad sytuacjami trudnymi¹⁵.

Leczenie otyłości jest procesem złożonym, na który składa się postępowanie dietetyczne, wzmożona aktywność fizyczna, terapia behawioralna, farmakoterapia i leczenie operacyjne. Podstawą leczenia otyłości jest zazwyczaj zmiana stylu życia, czyli zwiększenie aktywności fizycznej i zmiana nawyków żywieniowych. Modyfikacja diety zalecana jest u osób z nadwagą (BMI >25 kg/m²), farmakoterapia u chorych z otyłością (BMI > 30 kg/m²) lub ze wskaźnikiem BMI > 27 kg/m² i innymi chorobami. Leczenie operacyjne rozważa się u pacjentów z otyłością olbrzymią (BMI > 40 kg/m²) lub ze wskaźnikiem > 35 kg/m², gdy towarzyszą inne choroby¹⁶. Należy podkreślić, że modyfikacja stylu życia obowiązuje również podczas farmakologicznego leczenia, a także po leczeniu operacyjnym. W celu redukcji masy ciała stosuje się różne rodzaje diet.

¹⁴Por. M. Bąk-Sosnowska, *Między ciałem a umysłem. Otyłość i odchudzanie się w ujęciu integracyjnym*, dz. cyt., s. 30-31.

¹⁵Por. N. Ogińska-Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia*, dz. cyt., s. 88.

¹⁶Por. L. Kłosiewicz – Latoszek, *Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy*, art. cyt., s. 340.

Bardzo istotną rolę ma zmiana modelu żywienia. Zaleca się częstsze spożywanie, ale mniej obfitych posiłków. Posiłki należy rozłożyć równomiernie w ciągu dnia, spożywać o stałych porach, w spokoju, dobrze je przeżuwać i wyeliminować zjawisko dojadania. Niezwykle ważne jest, aby dieta była urozmaicona. Aktywność fizyczna pozwala nie tylko spalać kalorie, ale także odwracać uwagę od jedzenia. Ćwiczenia fizyczne przyczyniają się nie tylko do spadku masy ciała, ale pociągają za sobą wiele korzyści dla organizmu, np. zwiększenie aktywności procesów metabolicznych, co wpływa na spalanie większej ilości kalorii, utrzymanie niższego poziomu ciśnienia tętniczego krwi i stężenia cholesterolu we krwi czy lepsze radzenie sobie ze stresem¹⁷.

Odżywianie jako element stylu życia

Ogólne zasady prawidłowego żywienia ustalane przez krajowe i międzynarodowe zespoły ekspertów wskazują, że:

- posiłki powinny być urozmaicone, złożone z wielu różnych produktów;
- posiłki należy spożywać regularnie, bez nadmiernego pośpiechu i zbyt długich przerw między posiłkami;
- rano nie należy wychodzić z domu bez śniadania;
- wartość energetyczna dziennych racji pokarmowych powinna być dostosowana do wieku, płci, okresu rozwojowego, stanu zdrowia, trybu życia;
- posiłki powinny zawierać odpowiednią ilość skrobi, błonnika pokarmowego, soli mineralnych i witamin;
- posiłki nie powinny zawierać zbyt dużej ilości soli kuchennej i cukrów prostych¹⁸.

W codziennej praktyce żywienia naczelną regułą jest urozmaicony jadłospis. Oznacza to, że w każdym posiłku powinny znajdować się:

- produkty dostarczające energii w postaci węglowodanów złożonych i tłuszczów,
- produkty zawierające pełnowartościowe białko zwierzęce,
- produkty bogate w witaminy, składniki mineralne oraz błonnik¹⁹.

Wybrane błędy dietetyczne

Często tłumacząc się brakiem czasu, szybkim tempem życia, nadmiarem zajęć, osoby popełniają bardzo dużo błędów żywieniowych. Należą do nich:

- nieregularne jedzenie²⁰,
- opuszczanie śniadań,
- zbyt małe spożycie pełnoziarnistych produktów zbożowych,
- zbyt małe spożycie produktów mlecznych i ryb²¹,
- zła jakość spożywanej żywności,
- jedzenie w pośpiechu,
- niskie spożycie warzyw i owoców²²,

¹⁷ Por. N. Ogińska-Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia*, dz. cyt., s. 77.

¹⁸ Por. K. Bożkowa, A. Sito (red.), *Opieka zdrowotna nad rodziną*, dz. cyt., s. 97.

¹⁹ Por. J. Gawęcki, L. Hryniewicz (red.), *Żywność człowieka. Podstawy nauki o żywieniu, tom 1*, Warszawa 2007, s. 454.

²⁰ Por. J. Gawęcki, *Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu*, Warszawa 2004, s. 16.

²¹ Por. Ś. Ziemiński, *Podstawy prawidłowego żywienia człowieka. Zalecenia żywieniowe dla ludności w Polsce*, dz. cyt., s. 37.

- *podjadanie* między posiłkami,
- jedzenie przed snem²³,
- wypijanie zbyt małej ilości wody²⁴,
- stosowanie *diety cud*,
- uspakajanie się jedzeniem czyli zajadanie stresu²⁵.

Spoleczne i kulturowe uwarunkowania żywienia

Czynniki warunkujące preferencje żywieniowe, według modelu Khana z 1981 roku, zostały podzielone na siedem grup:

- cechy wewnętrzne produktu (wygląd, zapach, jakość),
- cechy zewnętrzne produktu (środowisko, reklama, sezonowość),
- biologiczne, psychologiczne, fizjologiczne (płeć, wiek, zmiany fizjologiczne),
- osobowe (oczekiwania, znajomość żywności),
- socjoekonomiczne (dochód, ceny żywności, znaczenie symboliczne),
- edukacyjne (poziom wykształcenia, edukacja żywieniowa),
- kulturowe, religijne i regionalne (rasa, region geograficzny)²⁶.

Promocja i edukacja zdrowotna w zakresie sposobu odżywiania

Edukacja żywieniowa, która uwzględnia kryteria zdrowotne i możliwości finansowe ludzi powinna oferować wiele wariantów postępowania, a przynajmniej według wieku odbiorców i kosztów diety. W edukacji żywieniowej należy wykorzystać wiele metod, dostosowanych do sposobu pozyskiwania informacji przez dane grupy odbiorców oraz powinna być prowadzona wielokanałowo czyli w wielu miejscach przez wykwalifikowanych edukatorów, doradców. Ważnym jest również sposób oznakowania żywności poprzez zrozumiały i widoczny komunikat na opakowaniu²⁷. Zgodnie z promocją zdrowia i zasadą społecznej odpowiedzialności biznesu należy koncentrować się na ochronie interesów społecznych poprzez poprawę jakości żywności oferowanej na rynku. Podstawowe znaczenie ma tutaj ograniczenie zawartości soli, wolnych cukrów, nasyconych kwasów tłuszczowych oraz izomerów typu trans kwasów nienasyconych. Ważne jest, aby żywność była bezpieczna i dobra jakościowo, wolna od zanieczyszczeń chemicznych i mikrobiologicznych, opakowana w odpowiednie materiały, mało przetworzona oraz pozbawiona zbędnych substancji dodatkowych. Istotne jest również wzmacnianie nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem żywności, w tym także suplementów diety, w produkcji, obrocie i marketingu²⁸.

²² Por. J. Biernat, *Żywność, żywność a zdrowie*, Wrocław 2001, s. 49.

²³ Por. J. Bujko (red.), *Podstawy dietetyki*, Warszawa 2008, s. 132.

²⁴ Por. M. Świdarska, *Dietetyka*, Warszawa 2005, s. 7.

²⁵ Por. M. Bąk-Sosnowska, *Między ciałem a umysłem. Otyłość i odchudzanie się w ujęciu integracyjnym*, dz. cyt. s. 31-32.

²⁶ Por. M. Piłska, M. Jeżewska-Zychowicz, *Psychologia żywienia. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2008, s. 78.

²⁷ Por. D. Cianciara, *Spoleczny wymiar żywienia – zadania dla promocji zdrowia*, art. cyt., s. 24.

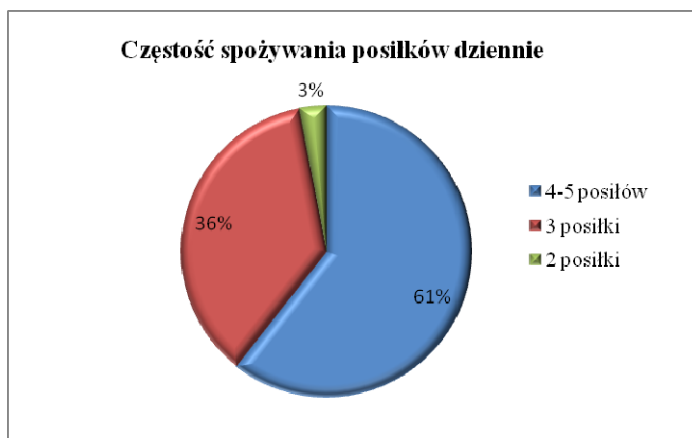
²⁸ Por. Tamże.

BADANIA WŁASNE

Badania przeprowadzone zostały w semestrze letnim w roku akademickim 2013 na 100 osobowej próbie badawczej. Badania przeprowadzono wśród osób dorosłych, którzy mieszkają na terenie gminy Rzewnie i są zadeklarowani do korzystania z usług tutejszej przychodni. Przychodnia sprawuje opiekę nad 2489 osobami mieszkającymi na terenie gminy Rzewnie i gmin okolicznych. Większość z nich to osoby dorosłe, bo aż 1756 osób. Grupa dzieci i młodzieży liczy 733 osoby. W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki badania ankietowego, a narzędziem badawczym stał się kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

Sposób żywienia, a także skład jakościowy pożywienia w znacznym stopniu wpływają na rozwój fizyczny i psychiczny, samopoczucie i kondycję oraz stan zdrowia człowieka. W przedstawionej analizie odpowiedzi na pytanie dotyczące częstości spożywania posiłków (ryc. 9) wyraźnie widać, że ponad połowa respondentów spożywa 4-5 posiłków w ciągu dnia, a ponad 1/3 ankietowanych trzy posiłki, tylko niewielki odsetek badanych je dwa razy w ciągu dnia. Świadczy to o znajomości zasad racjonalnego odżywiania wśród badanych.

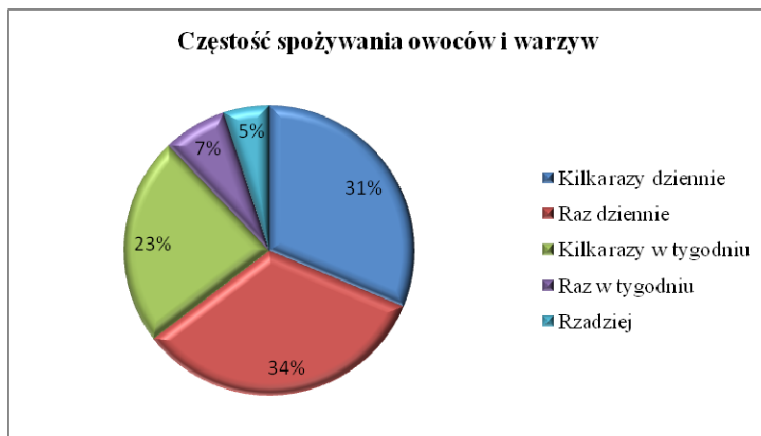
Ryc. 1



Źródło: Badania własne

Konsumpcja warzyw i owoców przez respondentów również dostarcza zaskakujących wyników. Tylko niespełna 1/3 respondentów deklaruje spożycie warzyw i owoców kilka razy dziennie, co jest zgodne z zasadami prawidłowego odżywiania. Nieco więcej niż 1/3 ankietowanych oświadcza, że spożywa warzywa i owoce raz dziennie. Mniejszą grupę stanowią badani, którzy warzywa i owoce spożywają kilka razy w tygodniu a niewielki odsetek raz w tygodniu bądź rzadziej, co obrazuje rycyna 2.

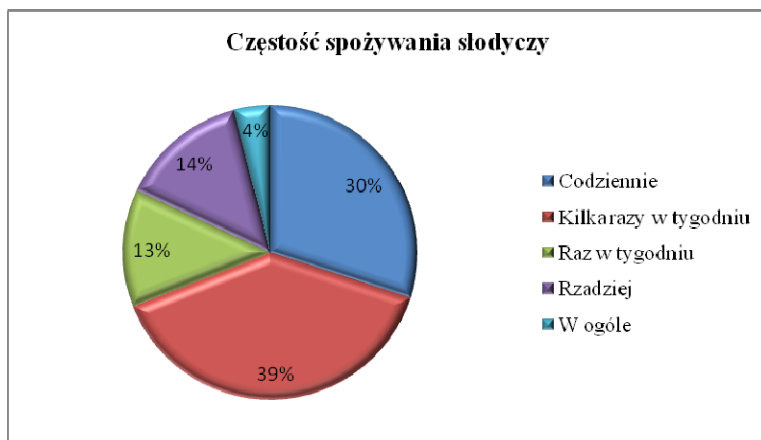
Ryc. 2



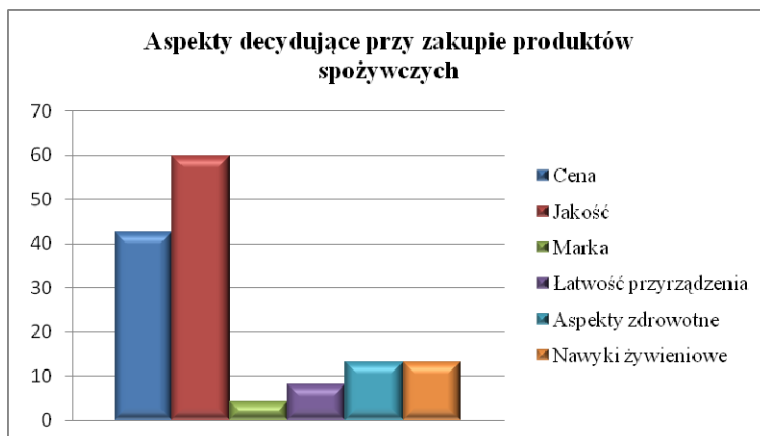
Źródło: Badania własne

Optymizmem nie napawa analiza wyników odpowiedzi na pytanie dotyczące częstości spożywania słodczy. Tylko 13% ankietowanych spożywa słodczy raz w tygodniu i podobny odsetek robi to rzadziej. Pozostali opowiadają się za codziennym spożywaniem słodczy, bądź kilka razy w tygodniu, odpowiedni 30% i 39%, co obrazuje ryc. 3. Choć tyle się mówi o skutkach spożywania słodczy, to nadal człowiek sięga po produkty, które nie zawierają praktycznie żadnych wartości odżywczych.

Ryc. 3



Źródło: Badania własne



Źródło: Badania własne

Dane przedstawione na wykresie 25 obrazują główne czynniki, które decydują przy zakupie produktów spożywczych przez respondentów. Ponad połowa (60%) ankietowanych stawia na jakość owych produktów, dla nieco mniejszej grupy ważna jest cena produktu. Aspekty zdrowotne i nawyki żywieniowe istotne są dla nielicznych.

WNIOSKI

1. Sytuacja materialna wpływa na częstość spożywania wybranych produktów pokarmowych. Respondenci z wyższym statusem materialnym częściej spożywają warzywa i owoce, ryby oraz nabiał niż respondenci o niższym statusie materialnym.
2. Sytuacja materialna ma również wpływ na częstość spożywania słodczy przez respondentów. W rodzinach zamożnych większość spożywa słodczy codziennie, czego nie można powiedzieć o badanych z niskim statusem materialnym.
3. Właściwe zachowania zdrowotne związane z odżywianiem wydają się być skorelowane z wykształceniem respondentów. Wraz ze wzrostem wykształcenia rosła częstość spożywania warzyw i owoców oraz pieczywa i produktów pełnoziarnistych, ale również podobną zależność można było zaobserwować w częstości spożywania słodczy przez badanych, co jest niewłaściwym zachowaniem zdrowotnym.
4. Rezultaty badania potwierdzają, że otyłość jest procesem złożonym, a jej źródła są niejednoznaczne i nie wynikają wyłącznie z nieprawidłowych nawyków żywieniowych, czyli braku troski o siebie.
5. Badane zachowania nie różnicowały w sposób znaczący osób otyłych i osób z prawidłową masą ciała. Może należałoby dokonać dalszych analiz, zmierzających w kierunku określenia innych czynników wpływających na masę ciała.
6. Rola odpowiedzialności człowieka za swój stan zdrowia powinna być szczególnie akcentowana przez pracowników ochrony zdrowia, bowiem zobrazowany styl odżywiania respondentów skłania nas do promowania prawidłowych zachowań żywieniowych.

ZAKOŃCZENIE

Sposób żywienia i jakość zdrowotna żywności w istotnym stopniu wpływają na stan odżywiania oraz zdrowie i samopoczucie człowieka. W ostatnim czasie w Polsce zaistniało wiele zmian, które mogą mieć wpływ na sposób odżywiania społeczeństwa. Do zmian pozytywnych możemy zaliczyć zwiększony asortyment i dostępność różnych produktów spożywczych. Z kolei do negatywnych – pogorszenie się sytuacji materialnej wielu rodzin, reklamę produktów, często niekorzystnych dla zdrowia, zwiększenie podaży i dostępności słodczy, napojów słodkich i potraw typu *fast foody*²⁹. Dlatego też wzorce prezentowane przez rodzinę mają podstawowe znaczenie w stylu odżywiania.

Zachowania żywieniowe są w znacznym stopniu determinowane udziałem czynników społeczno-ekonomicznych jednostek i rodzin. Rola czynników ekonomicznych w zaspakajaniu potrzeb żywieniowych rodzin jest oczywista. Wysokość dochodu w znacznym stopniu decyduje o możliwości realizacji żywienia zgodnie z subiektywnie odczuwalnymi potrzebami. Generalnie, w krajach cywilizacji zachodniej ludzie należący do wyższej klasy społecznej i posiadający wyższy poziom wykształcenia mają tendencję do bardziej prozdrowotnego odżywiania i stylu życia w porównaniu z ludźmi o niższym statusie społecznym³⁰. Ważny element w żywieniu stanowi regularność spożywania pokarmów. Całodzienna racja pokarmowa powinna być dostarczana w pięciu posiłkach. Regularne spożywanie posiłków w ciągu dnia powoduje, że organizm, który otrzymuje odpowiednią dawkę energii i składników odżywczych, potrafi nimi racjonalnie gospodarować, nie musi przygotowywać się na dłuższy okres głodu i nadmiernie gromadzić zapasów³¹. Jednym z warunków utrzymania regularnego spożywania posiłków jest unikanie podjadania między posiłkami. Nie ma produktu spożywczego, który zawierałby wszystkie składniki pokarmowe w odpowiednich ilościach. Dlatego należy codziennie spożywać produkty zbożowe, warzywa, owoce, produkty mleczne, ryby i inne. Niedostateczna ich konsumpcja może skutkować wieloma schorzeniami³².

Występowanie błędów żywieniowych może być powiązane z nieznajomością zasad prawidłowego żywienia i znaczenia właściwego odżywiania dla utrzymania zdrowia. Z tego względu konieczna jest edukacja żywieniowa. Nie zawsze edukacja ta może być realizowana na poziomie rodziny i wtedy staje się ona zadaniem dla innych, a przede wszystkim dla współczesnego pielęgniarstwa. Należy pamiętać, że profesjonalny personel medyczny w ramach swoich czynności, między innymi edukacyjnych i promujących zdrowie³³ przyczynia się w głównej mierze do poprawy stylu życia. W promocji zdrowia poprzez edukację zdrowotną, zapobieganie i badania przesiewowe pielęgniarka ma możliwość oddziaływania zarówno na jednostkę, jak i na populację korzystającą z jej działalności praktycznej. Wychowywać należy tak, aby każdy chciał i umiał zdrowie doskonalić, chronić i ratować, ale przede wszystkim kreować. W toku takiego procesu przekazujemy wiedzę o zdrowiu, kształtujemy system wartości oraz

²⁹ Por. P. Januszewicz, P. Socha, A. Mazur (red.), *Żywność w zdrowiu publicznym*, Rzeszów 2009, s. 13.

³⁰ Por. L. Wądołowska, *Żywieniowe podłoże zagrożeń zdrowia w Polsce*, Olsztyn 2010, s. 97.

³¹ Por. Tamże, s. 45.

³² Por. L. Wądołowska, *Przyczyny zaburzeń zdrowia publicznego o podłożu żywieniowym na świecie*, w: *Żywność człowieka a zdrowie publiczne*, J. Gawęcki, W. Roszkowski (red.), Warszawa 2009, s. 84.

³³ Por. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r., Nr 174, poz. 1039).

umiejętności i sprawności, nawyki i postawy, poczucie odpowiedzialności za zdrowie jednostkowe i społeczne³⁴.

BIBLIOGRAFIA

1. Bąk-Sosnowska M., *Między ciałem a umysłem. Otyłość i odchudzanie się w ujęciu integracyjnym*, Kraków 2009.
2. Będzińska B., *Szczupłą być*, Kraków 1997.
3. Biernat J., *Żywność, zdrowie a życie*, Wrocław 2001.
4. Bożkowska K., Sito A. (red.), *Opieka zdrowotna nad rodziną*, Warszawa 2003.
5. Bujko J. (red.), *Podstawy dietetyki*, Warszawa 2008.
6. Cianciara D., *Spoleczny wymiar żywienia – zadania dla promocji zdrowia*, *Hygeia Public Health* 1 (2011), s. 21-24.
7. Gawęcki J., Hryniewiecki L. (red.), *Żywność człowieka. Podstawy nauki o żywieniu, tom 1*, Warszawa 2007.
8. Gawęcki J., *Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu*, Warszawa 2004.
9. <http://dolinabiotechnologiczna.pl/diagnostyka/byla-sobie-otylosc-czesc-1-typy-otylosci/>
10. Jarosz M., Kłosiewicz - Latoszek L., *Otyłość-zapobieganie i leczenie*, Warszawa 2009.
11. Kłosiewicz - Latoszek L., *Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy*, *Problemy Higieny i Epidemiologii* 3 (2010), s. 339-342.
12. Kopeć G., Podolec P., *Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości w Polsce i na świecie*, *Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia* 8 (2007), s. 3-4.
13. Mazur A., *Dynamika i czynniki ryzyka występowania nadwagi i otyłości u dzieci w wieku szkolnym*, Rzeszów 2009.
14. Ogińska-Bulik N., *Psychologia nadmiernego jedzenia*, Łódź 2004.
15. Pająk I., *Środowisko edukacji zdrowotnej jako podstawowy termin pedagogiki zdrowia*, w: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, Woynarowska B., Kapica M. (red.), Warszawa 2001, s. 124-125.
16. Pilska M., Jeżewska-Zychowicz M., *Psychologia żywienia. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2008.
17. Świdorska M., *Dietetyka*, Warszawa 2005.
18. Tatoń J., Czech A., Bernas M., *Otyłość. Zespół metaboliczny*, Warszawa 2007.
19. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039).
20. Wądołowska L., *Przyczyny zaburzeń zdrowia publicznego o podłożu żywieniowym na świecie*, w: *Żywność człowieka a zdrowie publiczne*, Gawęcki J., Roszkowski W. (red.), Warszawa 2009.
21. Wądołowska L., *Żywieniowe podłoże zagrożeń zdrowia w Polsce*, Olsztyn 2010.
22. Ziemiłanowski Ś., *Podstawy prawidłowego żywienia człowieka. Zalecenia żywieniowe dla ludności w Polsce*, Warszawa 1998.

³⁴Por. I. Pająk, *Środowisko edukacji zdrowotnej jako podstawowy termin pedagogiki zdrowia*, w: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, B. Woynarowska, M. Kapica (red.), Warszawa 2001, s. 124.

Autorzy:

Ewa Kamińska mgr piel.,

Jolanta Łodzińska dr n. hum., adiunkt WNHIS IS, Kierownik Zakładu Pomocy i Profilaktyki Społecznej, UKSW Warszawa, pracownik naukowo-dydaktyczny WSA, jolska37@wp.pl

Regulamin nadsyłania i publikowania prac w Zeszytach Naukowych WSA

1. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Agrobiznesu, zwane dalej Zeszytami, są periodykiem naukowym wydawanym w nieregularnym cyklu wydawniczym.
2. Treść każdego Zeszytu odpowiada zakresowi tematycznemu jednego z odpowiednich wydziałów w Wyższej Szkole Agrobiznesu t. Wydziałowi Rolniczo-Ekonomicznemu, Wydziałowi Technicznemu, bądź Wydziałowi Medycznemu.
3. Redakcja Zeszytów mieści się w sekretariacie Wydawnictwa Wyższej Szkoły Agrobiznesu. Pracą redakcji kieruje redaktor naczelny.
4. W celu zapewnienia poziomu naukowego Zeszytów oraz zachowania właściwego cyklu wydawniczego redakcja współpracuje z krajowymi i zagranicznymi jednostkami naukowymi, stowarzyszeniami oraz innymi instytucjami.
5. Do oceny przyjmowane są dotychczas niepublikowane oryginalne prace redakcyjne, monograficzne, poglądowe, historyczne, teksty źródłowe, sprawozdania z posiedzeń naukowych, oceny książek, komunikaty naukowe, wspomnienia oraz wiadomości jubileuszowe. Opracowania przyjmowane są przez redakcję do końca czerwca każdego roku. Redakcja nie zwraca Autorom nadesłanych materiałów.
6. Do publikacji należy dołączyć oświadczenie o oryginalności pracy oraz o tym, że nie została zgłoszona do innej redakcji (wzór oświadczenia jest możliwy do pobrania na stronie internetowej WSA – załącznik nr 1 do Regulaminu). Oświadczenie powinno zawierać adres pierwszego autora pracy, numer telefonu oraz e-mail. W oświadczeniu powinna być zawarta zgoda (podpis) wszystkich współautorów pracy.
7. Prace są publikowane w języku polskim lub angielskim z uwzględnieniem opinii redaktora językowego.
8. W oświadczeniu dołączonym do tekstu należy opisać wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy oraz podać źródło finansowania publikacji. „*Ghostwriting*” oraz „*guest authorship*” są przejawem nierzetelności naukowej, a wszelkie wykryte przypadki będą demaskowane i dokumentowane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich podmiotów (instytucje zatrudniające autorów, towarzystwa naukowe, stowarzyszenia edytorów naukowych itp.).
9. Przekazane do redakcji opracowania są wstępnie oceniane i kwalifikowane do druku przez Naukową Radę Redakcyjną, zwaną dalej Radą. Skład Rady określany jest przez Senat WSA.
10. Publikacje wstępnie zakwalifikowane przez Radę są oceniane przez recenzentów, zgodnie z procedurą recenzowania opublikowaną na stronie internetowej WSA w zakładce Zeszyty naukowe WSA. Łącznie z opinią recenzent wypełnia deklarację konfliktu interesów, stanowiącą załącznik nr 2 do regulaminu. Redakcja powiadamia Autorów o wyniku oceny, zastrzegając sobie prawo do zachowania poufności recenzji.
11. Za proces wydawniczy Zeszytów jest odpowiedzialny sekretarz naukowy redakcji, który zatwierdza układ treści Zeszytów, określa wymagania wydawnicze dla publikowanych materiałów, współpracuje z recenzentami, przedstawia do zatwierdzenia całość materiałów przed drukiem Naukowej Radzie Redakcyjnej, współpracuje z Radą i innymi instytucjami w zakresie niezbędnym do zapewnienia poziomu naukowego Zeszytów oraz zachowania cyklu wydawniczego.
12. Redakcja zastrzega sobie możliwość odmowy przyjęcia artykułu bez podania przyczyn.
13. Nadesłane materiały, niespełniające wymagań wydawniczych określonych przez redakcję, są zwracane Autorowi/Autorom.
14. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu nie wypłaca wynagrodzenia za nadesłane publikacje zakwalifikowane do druku w Zeszytach.

15. Wersją pierwotną (referencyjną) czasopisma jest wydanie papierowe. „Zeszyty Naukowe WSA” są dostępne także na stronie internetowej Wyższej Szkoły Agrobiznesu – www.wsa.edu.pl, w zakładce Wydawnictwa.

Wymagania wydawnicze - Zeszyty Naukowe WSA

1. Artykuły powinny być przygotowane w formie wydruku komputerowego oraz w wersji elektronicznej, w języku polskim lub angielskim. W celu usprawnienia procesu wydawniczego prosimy o rygorystyczne przestrzeganie poniższych zasad:

- przesłany artykuł powinien być opatrzony dokładną afiliacją Autora/Autorów,
- objętość artykułu nie może przekraczać 15 stron formatu A4,
- imię i nazwisko Autora/ów – czcionka 12 pkt,
- nazwa instytucji/jednostki naukowej – czcionka 12 pkt,
- tytuł artykułu w języku polskim i angielskim – czcionka 14 pkt (bold); podtytuły – czcionka 12 pkt (bold),
- do publikacji należy dołączyć słowa kluczowe (3–5) oraz streszczenie nieprzekraczające 15 wierszy napisane w językach polskim i angielskim – czcionka 11 pkt,
- tekst zasadniczy referatu pisany czcionką Times New Roman CE – 12 pkt,
- odstęp między wierszami – 1,5,
- jeżeli referat zawiera tabele (najlepiej wykonane w edytorze Word albo Excel) lub rysunki (preferowany format CorelDraw, Excel, Word), należy dołączyć pliki źródłowe,
- tabele i rysunki powinny być zaopatrzone w kolejne numery, tytuły i źródło,
- przy pisaniu wzorów należy korzystać wyłącznie z edytora równań dla MS WORD,
- preferowane formaty zdjęć: TIFF, JPG (o rozdzielczości minimum 300 dpi),
- w przypadku publikowania prac badawczych układ treści artykułu powinien odpowiadać schematowi: wprowadzenie (ewentualnie cel opracowania), opis wykorzystanych materiałów czy metod, opis badań własnych (omówienie wyników badań), wnioski (podsumowanie), wykaz piśmiennictwa.

2. Odsyłaczami do literatury zamieszczonymi w tekście publikacji są przypisy dolne, które muszą mieć numerację ciągłą w obrębie całego artykułu. Odsyłaczami przypisów dolnych są cyfry arabskie złożone w indeksie górnym, np. (2).

3. Zapis cytowanej pozycji bibliograficznej powinien zawierać: inicjał imienia i nazwisko autora, tytuł dzieła, miejsce i rok wydania, numer strony, której dotyczy przypis; w przypadku pracy zbiorowej: tytuł dzieła, inicjał imienia i nazwisko redaktora, miejsce i rok wydania; w przypadku pracy będącej częścią większej całości – także jej tytuł, inicjał imienia i nazwisko redaktora. Źródła internetowe oraz akty prawne należy podawać także jako przypis dolny.

4. W wykazie piśmiennictwa zamieszczonym w kolejności alfabetycznej na końcu publikacji należy podać kolejno: nazwisko autora/ów i pierwszą literę imienia, rok wydania, tytuł pracy (czcionka italic), wydawnictwo oraz miejsce wydania. Przykłady:

- **wydawnictwa książkowe:** Janowiec A. 2010. *Ziemiaki skrobiowe – rola w województwie podlaskim*. Wydawnictwo WSA, Łomża.
- **prace zbiorowe:** Górczewski R. (red.) 2007. *Przemieszczenie trawieńca*. Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- **czasopisma:** Staszewski M., Getek I. 2007. *Specyfika żywienia krów o wysokiej wydajności*. Wydawnictwo WSA, Łomża, Zeszyty Naukowe WSA nr 37.
- **strony internetowe:** www.4lomza.pl. 1.12.2009 r.
- **akty prawne:** Ustawa z dnia 27 lipca 2002 r. o zmianie ustawy o szkolnictwie wyższym oraz ustawy o wyższych szkołach zawodowych. Dz.U. z 2002 r. Nr 150, poz. 1239.

UWAGA: teksty niespełniające powyższych wymagań zostaną zwrócone Autorowi

Procedura recenzowania prac naukowych nadsyłanych do publikacji w Zeszytach Naukowych Wyższej Szkoły Agrobiznesu

Procedura recenzowania artykułów w Zeszytach Naukowych WSA jest zgodna z zaleceniami Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz dobrymi praktykami w procedurach recenzyjnych w nauce*.

Przekazanie publikacji do Redakcji Wydawnictwa WSA jest jednoznaczne z wyrażeniem przez Autora/Autorów zgody na wszczęcie procedury recenzji artykułu. Autor/Autorzy przesyłają utwór wraz z wypełnionym oświadczeniem, którego wzór znajduje się na stronie internetowej WSA. Nadesłane materiały są poddawane wstępnej ocenie formalnej przez Naukową Radę Redakcyjną WSA, zwaną dalej Radą, zwłaszcza pod kątem ich zgodności z wymaganiami wydawniczymi opracowanymi i publikowanymi przez Wyższą Szkołę Agrobiznesu, jak również obszarami tematycznymi ZN. Następnie artykuły są recenzowane przez dwóch niezależnych recenzentów, którzy nie są członkami Rady, posiadających co najmniej stopień naukowy doktora. Nadesłane artykuły nie są nigdy wysyłane do recenzentów z tej samej placówki, w której zatrudniony jest Autor/Autorzy. Prace recenzowane są anonimowo. Autorzy nie znają nazwisk recenzentów. Artykułowi nadawany jest numer redakcyjny, identyfikujący go na dalszych etapach procesu wydawniczego. W innych przypadkach recenzent podpisuje deklarację o niewystępowaniu konfliktu interesów – formularz jest publikowany na stronie Internetowej WSA. Autor każdorazowo jest informowany z zachowaniem zasady poufności recenzji o wyniku procedury recenzycyjnej, zakończonej kategorią wnioskiem o dopuszczeniu bądź odrzuceniu publikacji do druku. W sytuacjach spornych powoływany jest kolejny recenzent.

Lista recenzentów współpracujących z wydawnictwem publikowana jest w każdym numerze czasopisma oraz na stronie Internetowej WSA.

* Dobre Praktyki w procedurach recenzyjnych w nauce. Zespół do Spraw Etyki w Nauce. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Warszawa 2011

Oświadczenie Autora/Autorów

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie do Redakcji Wydawnictwa WSA i ogłoszenie drukiem publikacji/pracy pt.

.....
.....

autorstwa:

.....
.....

Równocześnie oświadczam(y), że publikacja nie została wydana w przeszłości drukiem i/lub w wersji elektronicznej w innym czasopiśmie, nie została zgłoszona do innego czasopisma, nie znajduje się w recenzji innej Redakcji, nie narusza patentów, praw autorskich i praw pokrewnych oraz innych zastrzeżonych praw osób trzecich, a także że wszyscy wymienieni Autorzy pracy przeczytali ją i zaakceptowali skierowanie jej do druku.

Przeciwdziałanie nierzetelności naukowej - „*ghostwriting*” oraz „*guest authorship*”;

· źródło finansowania publikacji:.....

.....

· podmioty, które przyczyniły się do powstania publikacji i ich udział:

.....
.....

· wkład Autora/Autorów w powstanie publikacji (szczegółowy opis z określeniem ich afiliacji):

.....
.....
.....

Imię i nazwisko	podpis	data
1.....
2.....
3.....
4.....

Imię, nazwisko, adres, telefon, e-mail, osoby odpowiedzialnej za wysłanie niniejszego oświadczenia (głównego Autora pracy):

.....
.....
.....

Załącznik nr 2.

DEKLARACJA KONFLIKTU INTERESÓW

Konflikt interesów* ma miejsce wtedy, gdy recenzent ma powiązania, relacje lub zależności przynajmniej z jednym z autorów pracy, takie jak na przykład zależności finansowe (poprzez zatrudnienie czy honoraria), bezpośrednie lub za pośrednictwem najbliższej rodziny.

Tytuł pracy.....

Data.....

Konflikt nie występuje

Recenzent oświadcza, że nie ma powiązań ani innych finansowych zależności wobec

Autora/Autorów:

.....

Podpis recenzenta

*** Recenzent oświadcza, że występuje następujący konflikt interesów**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Podpis recenzenta:

.....