

EWA SOSNOWSKA-BIELICZ, JOANNA WRÓTNIAK

NAWYKI ŻYWIENIOWE A OTYŁOŚĆ DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I SZKOLNYM

Abstrakt: Otyłość nazywana jest epidemią XXI wieku, obserwuje się globalny wzrost otyłości u ludzi bez względu na ich wiek. Zarówno lekarze jak i media alarmują, że zjawisko otyłości jest szczególnie niebezpieczne dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, gdyż zwiększa ryzyko występowania problemów fizycznych i emocjonalnych. Wiele badań wskazuje na to, że otyłe dzieci wyrastają na otyłych dorosłych, czego konsekwencją jest większe prawdopodobieństwo wystąpienia chorób dietozależnych, jak choroby układu krążenia, cukrzyca, osteoporoza, nadmiar masy ciała, nowotwory przewodu pokarmowego, niedokrwistość żywieniowa z niedoboru żelaza, próchnica zębów itp. Szybkie tempo życia, bogata oferta gotowych dań oraz spadek aktywności fizycznej kształtują niezdrowy styl życia (złe nawyki żywieniowe i bierne formy spędzania wolnego czasu). Utrwalone w dzieciństwie wadliwe nawyki żywieniowe powodują kształtowanie niekorzystnych modeli żywienia u dzieci, które kontynuowane są w dorosłym życiu. Ponieważ nie mamy możliwości manipulowania czynnikiem genetycznym (jednym z przyczyn otyłości), pedagodzy, lekarze, specjaliści zajmujący się otyłością dzieci koncertują się na profilaktyce w zakresie edukacji zdrowotnej. W szczególności budowaniu świadomości właściwych nawyków żywieniowych i zdrowego stylu życia.

Słowa kluczowe: nawyki żywieniowe, otyłość, spadek aktywności fizycznej, dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, edukacja zdrowotna, zdrowie.

WPROWADZENIE

Prawidłowe żywienie dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym warunkuje ich optymalny rozwój fizyczny, umysłowy i społeczny. Konsekwencje niewłaściwego sposobu żywienia dotyczą nie tylko okresu dziecięcego, negatywnie wpływają również na organizm w wieku dorosłym. Coraz więcej badań wskazuje na to, że dieta już od wczesnych lat życia jest wykładnikiem stanu zdrowia populacji osób dorosłych. W ostatnich dziesięcioleciach obserwuje się niekorzystne zmiany w stylu życia, w tym zachowań żywieniowych i aktywności fizycznej, które prowadzą do wielu problemów zdrowotnych, takich jak nadwaga i otyłość. Dlatego w niniejszym artykule skupiono się na problemie nieprawidłowych nawyków żywieniowych dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, mogących doprowadzić do otyłości. Zdrowie oraz prawidłowy styl życia są ważne dla każdej grupy wiekowej, jednakże w przypadku dzieci

mają szczególne znaczenie. Dobry stan zdrowia, właściwa edukacja i wychowanie najmłodszych obywateli to fundament prawidłowego rozwoju społeczeństwa.

Przez wieki „pulchność dzieci” uważano za przejaw zdrowia. Im więcej fałdek u niemowlaka i małego dziecka, tym było większym okazem zdrowia. Ten nieprawdziwy mit zdrowego dziecka przez wiele lat powodował, że temat otyłości dzieci był traktowany marginalnie. Obecnie jednak świadomość i zainteresowanie problemem otyłości wśród dzieci rośnie. Coraz więcej badań wskazuje na to, że otyłe dziecko wyrasta na otyłego nastolatka, a stąd tylko krok do otyłego dorosłego, którego życie i codzienne funkcjonowanie często jest obciążone wieloma chorobami wynikającymi z nadmiernych kilogramów (Felińczak, Hama 2011, s. 11–18; Mazur 2009). Przedstawiciele wielu dziedzin nauki: m.in. lekarze, psychologzy, antropologzy a nawet pedagodzy, alarmują, że liczba otyłych dzieci dramatycznie rośnie. Otyłość uważana jest za epidemię XXI wieku, jest to nie tylko hasło, ale przede wszystkim problem naukowy, zadanie i wyzwanie dla wielu dyscyplin nauki.

OTYŁOŚĆ W LITERATURZE

W USA otyłość jest drugą po paleniu tytoniu przyczyną zmian chorobowych i zwiększonego ryzyka przedwczesnej śmierci (Mazur 2009, s. 41–42). Według IASO (Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań nad Otyłością)¹ około 200 milionów dzieci na świecie w wieku szkolnym wykazuje nadwagę lub otyłość, z tego 40–50 milionów to dzieci otyłe. W Unii Europejskiej około 60% (około 260 milionów) dorosłych i ponad 20% (około 12 milionów) dzieci w wieku szkolnym ma nadwagę lub otyłość (<http://www.iaso.org/>, data, 20.08.2012, g. 12.00).

Tabela 1. Występowanie (%) nadwagi i otyłości wśród chłopców i dziewcząt w wieku 1–18 lat w Polsce

Wiek	Nadwaga		Otyłość	
	dziewczynki	chłopcy	dziewczynki	chłopcy
1–3	9,1%	12,3%	11,4%	7,7%
4–6	2,4%	10,3%	8,5%	11,5%
7–9	5,9%	9,3%	3,9%	5,2%
10–12	10,6%	8,7%	1,6%	1,6%
13–15	5,9%	4,4%	4,4%	3,5%
16–18	9,1%	6,2%	3,3%	2,3%
Ogółem	7,2%	8,0%	4,6%	4,6%

Źródło: Szponar, Sekuła, Rychlik 2003.

¹ International Association for the Study of Obesity

Z badań Chrzanowkiej (2002) wynika, że zarówno chłopcy jak i dziewczęta posiadają obecnie przeciętnie wyższą względną masę ciała w porównaniu ze swoimi rówieśnikami badanymi 30 lat wcześniej (Chrzanowska, Gołąb, Żarów, Sobiecki, Matusik 2002, s. 113–119).

Pojęcia nadwaga i otyłość nietrafnie stosowane są zamiennie. Otyłość jest stanem, w którym nadmierna ilość tłuszczu gromadzącego się w postaci tkanki tłuszczowej wpływa niekorzystnie na stan zdrowia. Nadwaga natomiast jest stanem ją poprzedzającym, której ryzyko powikłań jest mniejsze, a wyjście z choroby dużo łatwiejsze. Otyłość jest jednym z najbardziej widocznych, a zarazem, jak do tej pory, najbardziej lekceważonych problemów zdrowotnych. Nadwaga jest to różnica pomiędzy obecną a należną masą ciała, wyrażona w kilogramach lub procentach zgodnie ze wzorem:

$$\text{Nadwaga} = \frac{\text{masa ciała aktualna} - \text{masa ciała należna}}{\text{masa ciała należna}} \times 100 [\%]$$

Otyłość jest to patologiczne zwiększenie masy tkanki tłuszczowej w organizmie, co prowadzi do upośledzenia funkcji różnych narządów i w rezultacie do wzrostu ryzyka chorobowości. Zatem stan ten jest chorobą, a nie tylko defektem kosmetycznym. Określenie nadwagi i otyłości u dzieci jest sprawą trudną ze względu na zmienne tempo rozwoju tkanki tłuszczowej w okresie od urodzenia do dojrzałości. W okresie dorastania wysokość i masa ciała powiększają się, z wiekiem zmienia się również ich proporcja. Do oceny stopnia otyłości dzieci wykorzystuje się: siatki centylowe i tzw. wskaźnik masy ciała BMI. Siatki centylowe (m.in. masy w stosunku do wieku, wzrostu w stosunku do wieku i masy w stosunku do wzrostu) umożliwiają graficzne przedstawienie pozycji danego parametru i porównanie go z normą. Wskaźnik BMI (*Body Mass Index*)² oblicza się według wzoru:

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

² Klasyfikacja otyłości wg BMI dla osób dorosłych (Światowa Organizacja Zdrowia 2000).

Klasyfikacja	BMI (kg/m ²)	Ryzyko chorób towarzyszących
Niedowaga	<18,50	Niskie (ale zwiększone ryzyko wystąpienia innych problemów zdrowotnych)
Norma	18,50–24,99	Średnie
Nadwaga	>25,00	
Otyłość wstępna	25,00–29,99	Podwyższone
Otyłość klasy I	30,00–34,99	Średnie
Otyłość klasy II	35,00–39,99	Wysokie
Otyłość klasy III	40,00 i więcej	Bardzo wysokie

Wartości wskaźnika u dorosłych między 20 a 25 uznawane są za prawidłowe. Nadwagę rozpoznaje się, gdy BMI mieści się w granicach pomiędzy 25 a 30, a otyłość – gdy BMI przekracza 30. U dzieci wartość otrzymanego z obliczeń BMI porównuje się z danymi z siatki centylowej, a u najmłodszych dzieci stosuje się raczej wskaźnik Cole'a (LMS – *Least Mean Square*) (Sikorska-Wiśniewska 2007, s. 71–72; Kulińska-Szukalska, Chlebna-Sokół 2011, s. 152–158).

Najczęstszą postacią otyłości występującej u dzieci jest otyłość prosta, o której mówimy, gdy ilość dostarczanej energii jest większa niż bieżące zapotrzebowanie organizmu (Szadkowska, Bodalski 2003, s. 54–58). Otyłości prostej nie towarzyszą inne objawy chorobowe, rozpoznawana jest u blisko 90% dzieci i dorosłych, u których zdiagnozowano otyłość. Ten rodzaj otyłości powstaje na skutek zaburzenia równowagi między ilością energii dostarczonej wraz z pożywieniem a wydatkowaną przez organizm. Badacze uważają, że ten typ otyłości jest często zależny od genów i środowiska życia człowieka. Na rozwój otyłości prostej szczególnie narażone są dzieci z rodzin, w których otyłość występuje. Otyłość wtórna (patologiczna), która występuje bardzo rzadko, wiąże się ze schorzeniami endokrynologicznymi, układu nerwowego, wadami genetycznymi lub jest skutkiem przewlekłego leczenia (Lange, Starostecka, Graliński 2001, s. 295–297).

Aby móc zapobiegać i leczyć otyłość, przede wszystkim musimy poznać jej przyczyny. Istnieje wiele różnych klasyfikacji przyczyn otyłości, m.in.: czynniki genetyczne, środowiskowe, socjodemograficzne, wpływ mediów, złe nawyki żywieniowe, spadek aktywności ruchowej (por. Tatoń, Czech, Bernas 2006, s. 69–186; Pałasiński 2010; Charzewska, Bergman, Kaczanowski, Piechaczek 2006; Mazur 2009).

Genetyczne podłoże rozwoju otyłości u ludzi jest zróżnicowane. W zdecydowanej większości przypadków występowania otyłości trudno w sposób jednoznaczny określić jej przyczynę genetyczną. Literatura przedmiotu donosi, że geny „powodują” otyłość w 30%–70% przypadków. Zatem wpływy genetyczne z różną siłą występują u różnych osób. Duńskie badania przeprowadzone na dzieciach adoptowanych dowiodły istotności czynnika genetycznego w otyłości³. Mazur (2011, s. 149–159) poruszając problematykę nadwagi i otyłości dzieci i powołując się na liczne badania m.in. Whitaker, Safer, Langnase, Strauss, Esposito-Del, i in., wskazuje na wyraźny wpływ otyłości rodziców na wystąpienie otyłości u dzieci. To rodzice wpływają na nawyki żywieniowe, spędzanie wolnego czasu, wychowanie i styl życia dzieci. Rodzina, będąc pierwszym, najważniejszym środowiskiem życia dziecka, wpływa na kształtowanie jego zachowań związanych z jedzeniem. Jest miejscem, w którym dziecko uczy się zdrowych lub niezdrowych zachowań żywieniowych, kształtuje mechanizmy mniej lub bardziej udanej kontroli tych zachowań, kształtuje własne myśli, przekonania, wyobrażenia dotyczące jedzenia. Otyłość dzieci jest bardzo

³ Badania duńskie, przeprowadzone na adoptowanych dzieciach, wykazały istotny związek pomiędzy BMI dzieci adoptowanych i ich biologicznych rodziców oraz brak korelacji pomiędzy BMI tych dzieci a BMI rodziców adopcyjnych (Malczewska, Dembińska-Kieć, Malec 2010).

często cechą rodzinną. Jak zauważają eksperci, otyłe dziecko zgłoszone do leczenia przyprowadzane jest często przez otyłą matkę, ojca, a często i z otyłym rodzeństwem.

Rogalska-Niedźwiedź i in. prowadząc badania nad nadwagą i otyłością dzieci czteroletnich zauważyli istotną zależność pomiędzy środowiskiem życia dzieci a częstością występowania nadwagi i otyłości (tabela 2).

Tabela 2. Częstość występowania otyłości u dzieci czteroletnich z różnych grup socjodemograficznych

	Otyłość (%)
W zależności od uczęszczania do przedszkola	
Uczęszczają	3,9%
Nie uczęszczają	8,7%
W zależności od miejsca zamieszkania	
Wieś	9%
Małe miasto	4,8%
Duże miasto	8,5%
W zależności od liczby dzieci w rodzinie	
Jedno	10,9%
Dwoje	6,2%
Troje i więcej	5,9%
W zależności od wykształcenia matki	
Podstawowe i zawodowe	10,1%
Średnie	7%
Pomaturalne i wyższe	4,3%

Źródło: opracowanie własne za: Rogalska-Niedźwiedź, Charzewska, Wajszczyk, Chwojnowska, Chabros, Fabiszewska, Zacharewicz, Warszawa 2006, s. 63–73.

Z przytoczonych badań wynika, że otyłość diagnozowana jest częściej u dzieci nieuczęszczających do przedszkola, które mieszkają na wsi, są jedynakami, a ich matki legitymują się wykształceniem podstawowym lub zawodowym.

Stres, codzienne obowiązki są kolejnymi czynnikami mającymi znaczący wpływ na rozwój otyłości. Szybkie tempo życia i duża dostępność gotowych dań powodują, że część rodziców serwuje takie posiłki sobie i swoim dzieciom. Ich zawartość jest tylko nieznacznie lepsza od klasycznego fast-foods. Nieprawidłowy sposób odżywiania się wynika również z zaspokajania innych potrzeb jedzeniem. Poczucie odrzucenia, niedoceniaenia czy smutek, złość są rekompensowane przez jedzenie (Lange, Starostecka, Graliński 2001, s. 295–297).

Reklamy oraz promowanie wysoko przetworzonych i kalorycznych artykułów spożywczych powodują, że otyłe dzieci spotyka się już w przedszkolach. Badania wskazują na istnienie związku pomiędzy czasem, jaki dziecko spędza przed telewizorem, a częstością występowania otyłości (Stankiewicz, Pieszko, Śliwińska i in. 2010). Inne badania wskazują na związek pomiędzy czasem spędzonym przez dzieci przed telewizorem a większą ilością spożywanych posiłków i wypijanych słodkich napojów (Giammattei 2003, Crespo 2001).

W XXI wieku w dobie Internetu, telewizji i gier komputerowych w świecie toksycznego jedzenia i bezruchu coraz mniej dzieci i nastolatków decyduje się na czynne spędzanie wolnego czasu. Zamiast spaceru – kolejny odcinek ulubionej bajki, serialu czy następna runda w grze. Coraz mniej dzieci interesuje się sportem czy zabawami na świeżym powietrzu na rzecz elektronicznych nowości. Co gorsza nie widzą one w tym niczego złego (Stankiewicz, Pieszko, Śliwińska i in. 2010). Oglądając telewizję nie możemy ustrzec się przed oglądaniem reklam, które uderzają w najsłabszych i najufniejszych odbiorców, jakimi są dzieci. Każde z nich ogląda około 40 tysięcy reklam żywności, dowiaduje się z nich, że na śniadanie najlepsze są słodkie płatki lub Nutella, co może prowadzić do utrwalania się nieprawidłowych nawyków żywieniowych i stylu życia (Dennison 2002, Giammattei 2003, Mazur 2006).

Oprócz nieprawidłowych nawyków żywieniowych czy genów niezwykle istotnym czynnikiem podnoszącym ryzyko otyłości zarówno u dzieci, jak i dorosłych jest obniżona aktywność ruchowa. Jak donoszą badania GUS (2011), tylko nieco ponad 1/3 dzieci w wieku szkolnym regularnie poświęca czas wolny na sport i aktywność fizyczną, a co siódme dziecko w wieku 6–14 lat w ogóle nie przejawia innej aktywności fizycznej poza obowiązkowymi lekcjami w szkole. Wyniki badania GUS wskazują na to, że dzieci spędzają przed ekranem telewizora lub monitorem komputera średnio 2,4 godziny dziennie. Już 2-letnie dzieci oglądają telewizję średnio przez 1,6 godziny w ciągu dnia. W sposób bierny przed ekranem telewizora lub monitorem komputera 2 godziny dziennie poświęca 33% ogółu dzieci, 19,9% – 3 godziny, a 11,7% – 4 godziny. Grupa, która przeznaczą na to 5 lub więcej godzin dziennie, stanowi 6,9% ogółu dzieci w wieku 2–14 lat. Zaledwie 0,6% dzieci 2-letnich i starszych w ogóle nie ogląda telewizji lub nie korzysta z komputera (GUS 2011).

Mazur (2009, 2011), powołując się na badania Haerensa, Ruiza, Fogelholma i innych, podkreśla istotę aktywności fizycznej dzieci jako czynnika zapobiegającego otyłości. Wystarczy około 30–60 minut dziennie umiarkowanego wysiłku fizycznego przy racjonalnym odżywianiu, by organizm dobrze funkcjonował, a nadwaga i otyłość nie zagrażały.

W Polsce wychowanie zdrowotne i kształtowanie sprawności fizycznej dzieci przedszkolnych zgodnie z podstawą programową powinno zajmować co najmniej jedną piątą czasu (w przypadku młodszych dzieci – jedną czwartą czasu). W klasach 1–3 szkoły podstawowej rocznie realizowanych powinno być około 90 godzin, co daje około 3 godzin tygodniowo zajęć przeznaczonych na rozwijanie sprawności fizycznej uczniów. Taki rozkład godzin poświęconych na wychowanie fizyczne zakłada

Ministerstwo Edukacji Narodowej w reformowanych podstawach programowych. Jednak w tym samym dokumencie Gruszczyk-Kolczyńska, komentując założenia programowe, zauważa, że zbyt rzadko organizuje się dzieciom zajęcia rozwijające sprawność ruchową na boisku, sali gimnastycznej, w parku itp. (http://www.men.gov.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=2081&Itemid=293). Na dodatek również rodzice nie przywiązują należytej wagi do usprawniania fizycznego dzieci, co potwierdzają również badania własne.

Otyłość u dzieci wiąże się z wystąpieniem wielu problemów fizycznych i emocjonalnych. W badaniach wykazano, że otyłość u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym prowadzi do większego ryzyka otyłości w wieku dojrzałym, szczególnie kiedy rodzice też są otyli. Badania epidemiologiczne ujawniają, że otyłość występuje w coraz wcześniejszym wieku i jest przyczyną wzrostu ryzyka zapadalności na różne choroby, jak również staje się dużym problemem społecznym i ekonomicznym (Fichna, Skowrońska 2008, s. 272).

Otyłość jest zaburzeniem, które wpływa na sposób postrzegania otyłego dziecka, zarówno przez niego samego, jak i przez otoczenie. Dlatego właśnie bardzo częstym powikłaniem otyłości u dzieci i młodzieży są problemy emocjonalne i psychospołeczne.

Otyłe dzieci mają poczucie małej atrakcyjności fizycznej, negatywnie oceniają swój wygląd, czują się nielubiane i nieakceptowane przez innych. Poczucie odrzucenia, żalu, a nawet depresji przekłada się na brak wiary we własne siły. Dzieci otyłe bardzo często stają się obiektami docinków, żartów i przezwisk, co powoduje ograniczenie kontaktów z rówieśnikami, a w konsekwencji poczucie osamotnienia. Jego dopełnieniem jest spędzanie przez otyłe dzieci większości czasu przed telewizorem i komputerem, co dodatkowo pogłębia problem otyłości (Oblacińska, Tabak 2006). Negatywne są również postawy społeczeństwa wobec otyłych dzieci i młodzieży. Są one pośądzone o lenistwo, niską inteligencję, skłonność do kłamstwa. W literaturze przedmiotu mówi się nawet o społecznym napiętnowaniu otyłych dzieci (Puhl, Latner 2007).

Tabela 3. Wczesne i odległe powikłania otyłości u dzieci

Endokrynologiczne	insulinooporność i zespół metaboliczny cukrzyca typu 2 przedwczesne dojrzewanie niedobór hormonu wzrostu zaburzenia miesiączkowania i zespół policystycznych jajników u dziewcząt hipogonadyzm u chłopców
Sercowo-naczyniowe	<ul style="list-style-type: none"> • dyslipidemia • nadciśnienie tętnicze • przerost lewej komory • wczesne zmiany miażdżycowe
Pulmonologiczne	<ul style="list-style-type: none"> • zespół bezdechu sennego • astma oskrzelowa • nietolerancja wysiłku fizycznego • zwiększone ryzyko anestezjologiczne
Gastroenterologiczne	<ul style="list-style-type: none"> • choroba tłuszczeniowa wątroby • kamica pęcherzyka żółciowego • refluks żołądkowo-przełykowy
Onkologiczne	<ul style="list-style-type: none"> • zwiększone ryzyko raka jelita grubego • zwiększone ryzyko nowotworów piersi
Ze strony układu immunologicznego	• podwyższony poziom wskaźników stanu zapalnego
Nerkowe	• <i>glomerulosclerosis</i>
Ze strony narządu ruchu	<ul style="list-style-type: none"> • zespół przeciążeniowy stawów kolanowych i biodrowych • młodzieńcze złuszczenie głowy kości udowej • choroba Blounta (piszczel szpotawa) • koślawość kolan • płaskostopie • żylaki kończyn dolnych • dna moczanowa
Skórne	<ul style="list-style-type: none"> • rogowacenie ciemne (<i>acanthosis nigricans</i>) • rozstępki skórne • hirsutyzm
Neurologiczne	<i>pseudotumor cerebri</i>
Ortopedyczne	płaskostopie koślawość kolan wady postawy,
Emocjonalne i psychospołeczne	<ul style="list-style-type: none"> • niska samoocena • okresy depresji • izolacja społeczna • zwiększona liczba hospitalizacji

Źródło: opracowanie własne za: Fichna, Skowrońska 2008, s. 272.

INICJATYWY W WALCE Z OTYŁOŚCIĄ

Profilaktyka otyłości jest ważna w każdym wieku, jednak u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym liczy się szczególnie. W literaturze odnaleźć można trzy poziomy zapobiegania otyłości:

- prewencja pierwotna (pierwszego rzędu), która obejmuje działania skierowane na zapobieganie otyłości jeszcze przed jej wystąpieniem. Polega na modyfikacji środowiskowych i wynikających z trybu życia czynników ryzyka;
- prewencja wtórna skupia się wokół badań przesiewowych, których zasadniczym celem jest identyfikacja dzieci z dotychczas nierozpoznaną nadwagą i otyłością lub z dużym ryzykiem jej rozwoju. Badania te mogą dotyczyć ogólnej populacji lub jedynie rodzin wysokiego ryzyka;
- prewencja trzeciego rzędu to działania mające na celu zapobieganie lub opóźnianie rozwoju powikłań otyłości (Fichna, Skowrońska 2008, s. 273–274).

Profilaktyka nadwagi i otyłości okazuje się szczególnie trudna. W dwóch badaniach, których celem było zapobieganie przyrostowi masy ciała, działania prewencyjne polegały głównie na prowadzeniu edukacji zachęcającej do zmiany nawyków żywieniowych i zwiększenia aktywności fizycznej (Jarosz, Rychlik 2010, s. 47–52). W żadnym z tych badań jednak nie uzyskano długotrwałego efektu. Najlepszych efektów można spodziewać się po wielokierunkowych programach, które obejmują działania zmierzające do poprawy zarówno sposobu żywienia, jak i aktywności fizycznej.

W Polsce realizowanych jest kilka projektów podejmujących tematykę otyłości wśród Polaków. Należy przedstawić kilka wybranych inicjatyw walce z otyłością.

Jednym z pierwszych projektów w walce z otyłością w Polsce był Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH, zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia do wdrożenia w latach 2007–2011. Celem programu było zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości w Polsce, zachorowalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne oraz wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem tych chorób i skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności. Program ten stwarza możliwość zahamowania epidemii otyłości w Polsce (Jarosz, Rychlik 2010, s. 47–52).

W tym samym okresie (lata 2009–2011) realizowany był projekt europejski HEPS (Healthy Eating and Physical Activity in Schools) – „Zdrowe Żywienie i Aktywność Fizyczna w Szkole”, któremu patronował zespół specjalistów w dziedzinie promocii zdrowia w szkole z uniwersytetów, instytutów naukowych i agencji rządowych z 12 krajów (w tym także z Polski) w ramach Programu Zdrowia Publicznego Unii Europejskiej.

24 czerwca 2005 roku na I Konferencji Naukowej PTBO w Warszawie powstało Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością. Liczba członków PTBO jest największa spośród wszystkich Europejskich Towarzystw Badań nad Otyłością. Oficjalnym czasopismem PTBO jest „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii”. Działalność PTBO skupia się wokół organizacji konferencji i warsztatów naukowych oraz szkoleń dla lekarzy praktyków, opracowywania materiałów edukacyjnych dla lekarzy i pacjentów oraz współpracy w ramach samorządowych programów promocji zdrowia (www.ptbo.slam.katowice.pl).

Od roku 1998 wydano 59 milionów euro na dziewięć projektów badawczych związanych z tym zagrożeniem. Europejscy naukowcy ciężko pracują nad znalezieniem właściwych rozwiązań, m.in. w Siódmym Programie Ramowym (lata 2007–2013), który zdobywa kolejne dane uzupełniające naszą wiedzę o wzajemnym oddziaływaniu między pokarmem, sposobem żywienia a zdrowiem. Uzyskane informacje na ten temat będą stanowiły ważny element w wysiłkach tworzenia zdrowszej diety i zwalczania otyłości (http://ec.europa.eu/research/leaflets/combating_obesity/article_2767_pl.html).

BADANIA WŁASNE

Nawyki żywieniowe są podstawowym elementem prozdrowotnego stylu życia dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Dzieciństwo jest najlepszym okresem, by je właściwie ukształtować. Regularne i racjonalne odżywianie się oraz umiejętność prawidłowego zestawiania posiłków zapewniają dobrą kondycję i zdrowie, natomiast niepełnowartościowe żywienie w okresie dzieciństwa jest wczesnym czynnikiem ryzyka nadwagi i otyłości.

Wśród czynników, które odgrywają ważną rolę w żywieniu dzieci, wyróżnia się: nawyki żywieniowe rodziców lub opiekunów, reklamę produktów spożywczych i mody żywieniowe oraz poziom edukacji żywieniowej. Rozwój cywilizacji implikuje zmiany w stylu życia, również zmiany nawyków żywieniowych, których konsekwencją może być rozwój chorób dietozależnych, takich jak: cukrzyca, choroby układu krążenia czy otyłość (por. Gronowska-Senger 2007, s. 12–21; Zimna-Walendzik, Kolmaga, Tafalska 2009, s. 195–203).

Szukając przyczyn złych nawyków żywieniowych, należy rozpocząć od zmian w stylu życia i sposobie żywienia ludzi, wynikających z pędu dnia codziennego, braku czasu na regularne spożywanie posiłków w gronie rodzinnym, zastępowane przez restauracje, puby czy budki z jedzeniem, serwujące potrawy wysokokaloryczne. Znaczna część dzieci uczęszczających do przedszkoli i szkół korzysta z oferowanych przez placówki oświatowe posiłków, co powoduje, że na żywienie dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym wpływ mają nie tylko rodzice, ale także wychowawcy i opiekunowie (Mastalerz-Migas, Danecka, Zywar i in. 2009, s. 404–406). Żywienie domowe, przedszkolne i szkolne powinno uzupełniać się nawzajem. Dwa śniadania,

dwa obiady, spożywane jednorazowo lub w bardzo krótkich odstępach czasu, powodują, że dostarczanej energii jest zbyt dużo, a jej część jest magazynowana w postaci tkanki tłuszczowej, co może sprzyjać powstawaniu nadmiernej masy ciała. Aby do tego nie dopuścić, należy wprowadzać działania edukacyjne w zakresie kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych, skierowane zarówno do dzieci, rodziców jak i do pracowników przedszkoli i szkół. Może to dawać długofalowe korzyści w postaci wiedzy i umiejętności z dziedziny zdrowia i kształtowania się postawy prozdrowotnej, a także przyswajania prawidłowych nawyków żywieniowych (Żuchelkowska, Wojciechowska 2000, s. 152).

Babbie (2007) wskazuje na trzy najczęstsze i najbardziej użyteczne cele badań społecznych. Te cele to eksploracja, opis i wyjaśnienie. Badania eksploracyjne mają wprowadzić nowe spojrzenie na jakiś temat, pomagają w uzyskaniu odpowiedzi na niektóre z pytań, jakie stawia sobie badacz.

Celem podjętych badań była próba odpowiedzenia na pytanie na temat wiedzy rodziców dotyczącej zasad żywienia dzieci w wieku przedszkolnym. Wierzejska (2009) pisząc o odżywianiu się dzieci podkreśla, że przez właściwe odżywianie należy rozumieć przede wszystkim odpowiednie do zapotrzebowania spożywanie składników odżywczych i pokrycie potrzeb energetycznych. Punkt odniesienia do skonstruowania narzędzia badawczego – ankiety stanowiły przedstawione przez Wierzejską (2009) podstawowe zasady żywienia dzieci w wieku przedszkolnym (3–6 lat). A są to:

- 1) 4–5 posiłków dziennie i ich równomierne rozłożenie w czasie,
- 2) urozmaicenie diety zapewniające pokrycie na wszystkie składniki odżywcze,
- 3) nieprzekarmianie dzieci w trosce o zdrowie i prawidłowy rozwój,
- 4) kontrola spożycia produktów wysokokalorycznych o małej wartości odżywczej (słodycze, produkty typu fast food).

Budując pytania ankietowe, uwzględniono powyższe wskazówki, rodzicom zadano 16 pytań dotyczących zwyczajów żywieniowych i aktywności fizycznej ich dzieci. Badania zostały przeprowadzone w czerwcu 2012 r. na terenie Lublina, miały one charakter ankietowy i dotyczyły nawyków żywieniowych dzieci. Ogółem przebadano 30 rodziców (ankietę wypełniało jedno z rodziców). Uzupełnieniem badań były swobodna ekspresja plastyczna dzieci na temat ich ulubionego jedzenia.

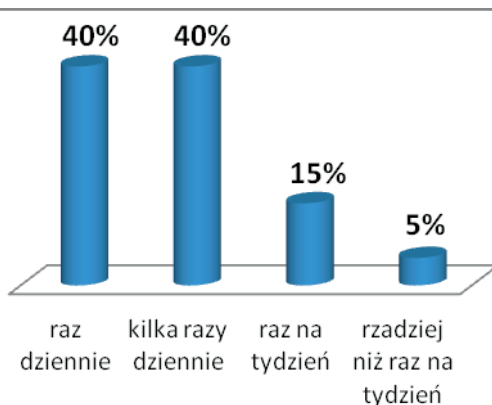
WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

Przedstawione zostaną wybrane elementy analizy uzyskanych wyników.

Dietetycy żywieniowi podkreślają konieczność spożywania regularnych posiłków, co pozwala na unikanie podjadania między posiłkami, które często powodują w konsekwencji niechęć dzieci do zjadania głównych posiłków. Niepokojąca informacja płynąca z badań dotyczy podjadania między posiłkami, do czego przyznaje się 70%

rodziców, co gorsza aż 65% przekąsek to słodycze. Na wykresie 1 przedstawiono częstotliwość zjadania słodyczy przez dzieci.

Wykres 1. Częstotliwość spożywania słodyczy przez dzieci w wieku przedszkolnym

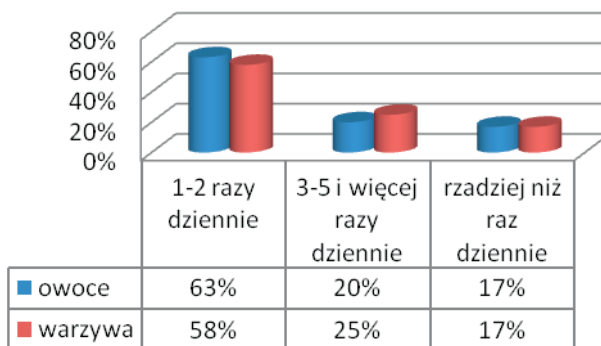


Źródło: badania własne.

Poruszając temat prawidłowego odżywiania, należy zwrócić uwagę na liczbę i regularność posiłków. Całodzienna racja pokarmowa powinna być dostarczona w pięciu posiłkach, co 3–4 godziny. Dzięki temu organizm otrzymuje odpowiednią dawkę energii i składników odżywczych, nie musi przygotowywać się na dłuższe okresy głodu i nadmiernie gromadzić zapasów (Oblacińska 2006). Z badań nad liczbą posiłków spożywanych przez dzieci wynika, że w ciągu dnia jedzą ich za mało, a wiele z nich podjada między posiłkami (Szaflarska-Szczepanik 2001, s. 46–49). Z badań własnych wynika, że ponad 60% dzieci spożywa 4 lub 5 posiłków dziennie, jednocześnie co trzecie dziecko tylko trzy posiłki. Uzyskane wyniki są potwierdzeniem badań przeprowadzonych przez Kołodziej i in. (2010) oraz Stankiewicz, Pęgiel-Kamrat i in. (2006).

W prawidłowej diecie ludzi, a w szczególności dzieci niezmiernie ważne jest codzienne spożywanie owoców i warzyw jako głównego źródła witamin i mikroelementów. Długotrwała i niewystarczająca ich konsumpcja może doprowadzić do wielu chorób (Wądołowska 2009, s. 81–89). Stąd pytanie skierowane do rodziców, jak często ich dzieci jedzą owoce i warzywa?

Wykres 2. Częstotliwość spożywania owoców i warzyw przez dzieci w wieku przedszkolnym



Źródło: badania własne.

W badanej grupie ankietowani zadeklarowali, że owoce i warzywa spożywane są przez ich dzieci najczęściej 1–2 razy dziennie. Niepokojąca jest informacja, że blisko 20% dzieci spożywa owoce i warzywa rzadziej niż raz dziennie.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w swoim raporcie podaje, że Polska zajmuje przedostatnie miejsce wśród krajów Unii Europejskiej pod względem ilości warzyw i owoców spożywanych na jednego mieszkańca. Dalej Instytut Żywności i Żywienia informuje, że w Polsce nie dochodzi do wzrostu spożycia omawianych produktów przez ostatnie lata (Wojtyniak 2008). Spożycie warzyw powinno być większe niż owoców, ponieważ owoce zawierają więcej cukrów prostych niż warzywa i są bardziej kaloryczne. Owoce, podobnie jak soki owocowe, są łatwiej akceptowane przez dzieci ze względu na słodki smak. Ilość spożywanych owoców i warzyw nie rośnie wraz z wiekiem dzieci. Pieszko-Klejnowska (2007, s. 59–62) analizując spożycie owoców przez młodzież gimnazjalną stwierdziła, że co drugi uczeń deklarował spożycie owoców lub warzyw jeden raz dziennie.

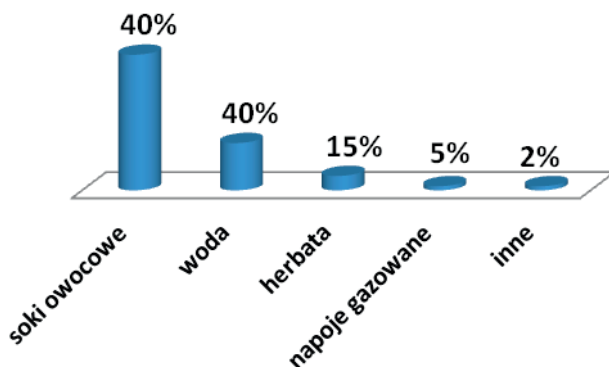
Nawyki żywieniowe wynosimy z domu. To, co jedzą rodzice, jedzą i dzieci. Często podwieczorek lub nagroda za posprzątanie pokoju, dobrą ocenę to chipsy lub słodycze. Kolejnym niedobrym nawykiem żywieniowym jest jedzenie typu junk food⁴, w badaniach własnych z deklaracji rodziców wynika, że ponad 60% dzieci spożywa produkty typu fast-food, a wśród nich co czwarte kilka razy w tygodniu. Najbardziej rozpoznawalną korporacją z żywnością tego typu jest McDonald. Opanował on większość rynku. Jego restauracje znajdują się dosłownie wszędzie, na stacjach benzynowych, lotniskach, w centrach handlowych czy przy ruchliwych ulicach. Znaczna część produktów tej sieci skierowana jest do najmłodszych, których

⁴ Junk food – śmieciowe jedzenie.

najłatwiej uzależnić lub wyrobić określone nawyki. Przy niektórych restauracjach tej sieci jako zachętę dla dzieci wybudowano plac zabaw. Wprowadzono posiłki specjalne dla dzieci, tj. *Happy Meal*, do którego dołączono zabawkę. W późniejszych latach wracamy do McDonalda, wiążąc z nim same dobre wspomnienia: spędzony czas z rodzicami, prezenty w postaci zabawek i świetną zabawę na placu zabaw. Wszystko zostaje zapamiętane i przekłada się na niewłaściwe nawyki żywieniowe w przyszłości.

Z licznych badań dotyczących spożywania napojów przez dzieci odnotowano, że niemal co drugie dziecko pije napoje słodzone co najmniej raz dziennie (Wojnarowska, Mazur 2001, 2002; Klejnowska-Pieszko i in. 2007). Z badań własnych wynika, że 66% dzieci pije od 1 do 2 litrów płynów dziennie, a blisko 30% pije mniej niż 1 litr. Najchętniej dzieci piją soki owocowe, znacznie rzadziej wodę czy herbatę (patrz wykres 3).

Wykres 3. Preferowane napoje wśród dzieci w wieku przedszkolnym

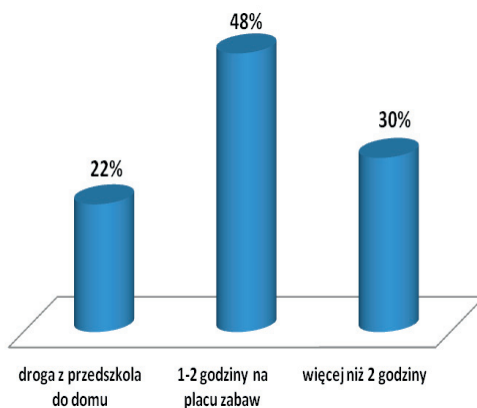


Źródło: badania własne.

Jarosz i Rychlik (2007), analizując dotychczasowe badania nad zależnością pomiędzy spożywaniem napojów słodzonych a występowaniem otyłości, stwierdzają że nie można jednoznacznie stwierdzić, iż wzrost spożycia słodzonych napojów wpływa bezpośrednio na rozpowszechnienie otyłości. Jednak powołując się na raport Światowej Organizacji Zdrowia *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases* potwierdzają, że wysokie spożycie słodzonych napojów stanowi czynnik zwiększający ryzyko otyłości.

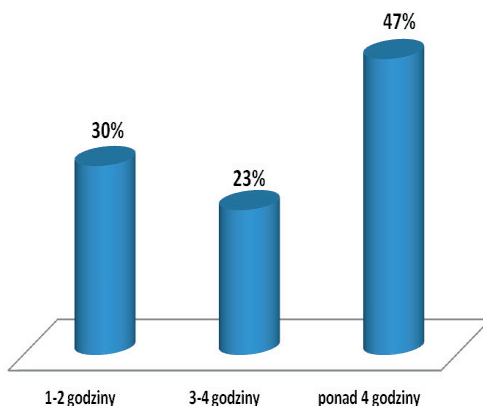
Rodzice zapytani o aktywność fizyczną dzieci deklarują, że czas poświęcony na aktywność ruchową najczęściej mieści się w granicach jednej–dwóch godzin poza przedszkolem. Optymistyczna wiadomość płynąca z badań dotyczy ilości godzin spędzanych na świeżym powietrzu w dni wolne od przedszkola. Około 70% dzieci spędza 3 i więcej godzin na świeżym powietrzu, z czego blisko połowa ponad 4 godziny.

Wykres 4. Czas spędzany na aktywności ruchowej poza przedszkolem



Źródło: badania własne.

Wykres 5. Czas spędzany na świeżym powietrzu w dni wolne od przedszkola



Źródło: badania własne.

Niepokoi zaś fakt, że co trzecie dziecko spędza zaledwie 1–2 godziny na świeżym powietrzu w dni wolne od przedszkola, a ponad 20% rodziców uważa, że spacer z przedszkola do domu jest wystarczającym uzupełnieniem aktywności ruchowej ich dzieci. Tymczasem na okres wychowania przedszkolnego i pierwsze lata nauki szkolnej przypada „złoty wiek” motoryczności dzieci. Jeżeli w tym okresie życia nie rozwinie się należycie ich sprawności ruchowej, będzie to ze szkodą dla ich zdrowia i kondycji fizycznej w ciągu całego życia.

Nieprawidłowe nawyki żywieniowe razem ze spadkiem aktywności fizycznej są głównymi czynnikami zwiększającymi ryzyko rozwoju chorób dietozależnych, w tym nadwagi i otyłości. Otyłość jako powszechny problem w wielu krajach świata, w tym również w Polsce, może prowadzić do bardzo poważnych konsekwencji zdrowotnych oraz przyczynić się do skrócenia przeciętnego dalszego trwania życia w ciągu najbliższych kilkudziesięciu lat. Ze względu na znaczenie problemu tendencje zmian w częstości występowania otyłości u dzieci i młodzieży powinny być dokładnie monitorowane.

ZAKOŃCZENIE

Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia donosi, że od kilku lat obserwuje się stały wzrost ilości stwierdzanych otyłości wśród populacji wieku rozwojowego. Wskaźnik otyłości województwa lubelskiego wśród dzieci i młodzieży szkolnej w 2010 r. wyniósł 166,8/10 tys. (w roku 2009 – 147,2/10 tys.) W poszczególnych przedziałach wiekowych wskaźnik ten wyniósł: 70,9/10 tys., 0–4 lata, 5–9 lat – 164,1/10 tys., 10–14 lat – 242,3/10 tys.; 15–18 lat 276,2/10 tys. Tematyka otyłości jest obecnie szeroko omawiana, zarówno przez specjalistów, tj. lekarzy, psychologów i pedagogów, media, jak i przeciętnego obywatela. Powiedzenie, iż „lepiej zapobiegać, aniżeli leczyć” jest w przypadku otyłości szczególnie trafne. Dlatego działania prewencyjne wydają się mieć kluczowe znaczenie w walce z tym problemem.

W zapobieganiu nadwadze i otyłości oraz wspieraniu dzieci z nadwagą bardzo ważną rolę ma do spełnienia szkoła. Przedszkole i szkoła są tymi środowiskami funkcjonowania dzieci, które w bardzo różnorodny sposób mogą wpływać na kształtowanie właściwych zachowań zdrowotnych (w szczególności w zakresie żywienia i aktywności fizycznej) oraz umożliwiać ich praktykowanie w codziennym życiu. Sama wiedza na temat zdrowego stylu życia nie jest jednak wystarczająca do utrzymania prawidłowej masy ciała. W badaniach przeprowadzonych w ramach Polskiego Projektu 400 Miast wiedza badanych dziewcząt na ten temat, szczególnie w starszych grupach wiekowych (14–18 lat), jest większa niż wiedza chłopców, a występowanie nadwagi kształtuje się odwrotnie. Pomimo świadomości żywieniowej posiadanej przez dzieci nadal istnieje potrzeba ciągłej edukacji w zakresie zdrowego stylu życia (Stankiewicz, Pieszko, Śliwińska i in. 2010).

W piśmiennictwie można znaleźć doniesienia na temat ograniczenia lub braku aktywności fizycznej u dzieci z nadmiarem masy ciała (Kulińska-Szukalska, Chlebna-Sokół 2011, s. 152–158). Woynarowska zwraca uwagę na czynniki, które obniżają motywację dzieci otyłych do wysiłku fizycznego. Wymienia: świadomość niekorzystnego własnego wyglądu i estetyki ruchów, niechęć do noszenia stroju gimnastycznego podkreślającego nadmiar tkanki tłuszczowej, obawa przed dokuczaniem i nieprzyjemnymi uwagami ze strony rówieśników, brak możliwości sprostania

wymaganiom nauczyciela wychowania fizycznego oraz niska ocena z przedmiotu (Woynarowska 1995, s. 29–32).

Głównym czynnikiem ryzyka wielu chorób jest niekorzystny styl życia, w tym sposób odżywiania. Wykazano, że wadliwe, zarówno niedoborowe jak i nadmierne, żywienie jest przyczyną wielu chorób. Wśród otyłych dzieci w ponad 90% przypadków diagnozowana jest otyłość prosta, której przyczyną, obok ograniczonej aktywności fizycznej, są wadliwe nawyki żywieniowe. Należy pamiętać, że nieprawidłowe żywienie dzieci przekłada się również na obniżenie zdolności koncentracji uwagi, wydajność pracy i osłabienie możliwości przyswajania wiedzy i nauki.

Mazur (2011, s. 158–163) podkreśla wagę i znaczenie szkół i placówek oświatowych w promowaniu zdrowia, zwiększaniu aktywności fizycznej dzieci i ich rodzin. Podstawową trudnością we wprowadzeniu w życie różnych inicjatyw i programów jest jednak brak dostatecznych środków finansowych przeznaczanych na prewencję pierwotną nadwagi i otyłości. W tym upatrywana jest jedna z głównych przyczyn niedostatecznej wiedzy na temat roli żywienia i aktywności fizycznej w utrzymaniu zdrowia. Barię w zwiększaniu aktywności fizycznej jest również niska świadomość co do potrzeb sportu rekreacyjnego, a także, szczególnie w środowisku wiejskim, stopień dostępności obiektów sportowych. Stawia to przed społeczeństwem trudne zadania, wymagające oddania i zapłać wielu osób na różnych płaszczyznach działań, jednakże konsekwencja w ich wdrażaniu i prowadzeniu może przynieść pożądane efekty w walce z otyłością dzieci.

LITERATURA

- Babbie E. (2007). *Badania społeczne w praktyce*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Charzewska J., Bergman P., Kaczanowski K., Piechaczek H. (2006). *Otyłość epidemią XXI wieku*. Wyd Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie, Warszawa.
- Chrzanowska M., Gołąb S., Żarów R., Sobiecki J., Matusik S. (2002). *Trendy w otyłości ciała oraz występowanie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży Krakowa w ostatnim trzydziestoleciu*. „Pediatria Polska”, nr 2.
- Felińczak A., Hama F. (2011). *Występowanie zjawiska nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży we Wrocławiu*. „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, nr 1 (1).
- Fichna P., Skowrońska B. (2008). *Family Medicine & Primary Care Review*, nr 10 (2).
- Gronowska-Senger A. (2007). *Żywienie, styl życia a zdrowie Polaków*. „Żywienie Człowieka i Metabolizm”, nr 34.
- Izdebski P., Rucińska-Niesyn A. (2011). *Psychologiczne uwarunkowania otyłości u dzieci – rola rodziny*. W: E. Golińska, L. Bielawska-Batorowicz. *Rodzina i praca w warunkach kryzysu*. Wyd Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Jarosz M., Rychlik E. (2010). *Epidemia otyłości – jaka przyszłość nas czeka?* „Gastroenterologia Polska”, nr 17 (1).

- Kołodziej K, Piaseczna-Piotrowska A, Strzelczyk J. (2010). *Uwarunkowania środowiskowe oraz rodzinne występowania otyłości u dzieci*. „Polski Mercuriusz Lekarski”, Wyd. Medpress, Warszawa.
- Kulińska-Szukalska K., Chlebna-Sokół D. (2011). *Styl życia a występowanie otyłości w badanej grupie dzieci łódzkich*, „Przegląd Pediatryczny”, vol. 41, nr 4.
- Lange A., Starostecka A., Graliński S. G. (2001). *Otyłość dziecięca*. „Klinika Pediatryczna”, nr 2.
- Malczewska M., Dembińska-Kieć A., Malec K. (2010). *Rola czynników genetycznych w rozwoju otyłości. Społeczne i fizjologiczne aspekty nadwagi i otyłości u ludzi*. Wyd Polska Akademia Umiejętności, Kraków.
- Mastalerz-Migas A., Danecka M., Zywar K. (2009). *Wiedza na temat prowadzenia prozdrowotnego stylu życia w rodzinach dzieci przedszkolnych oraz jej zastosowanie w praktyce*. „Family Medicine & Primary Care Review”, nr 11(3).
- Mazur A. (2009). *Dynamika i czynniki ryzyka występowania nadwagi i otyłości u dzieci w wieku szkolnym*. Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Mazur A. (2011). *Epidemiologia nadwagi i otyłości u dzieci na świecie, w Europie i w Polsce*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie”, Rzeszów.
- Obłacińska A., Tabak I. (2006). *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością. Poradnik dla pielęgniarek szkolnych i nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach*, Warszawa.
- Pałasiński M. (2010). *Społeczne i fizjologiczne aspekty nadwagi i otyłości u ludzi*. Wyd Polska Akademia Umiejętności, Kraków.
- Pieszko-Klejnowska M., Stankiewicz M. (2007). *Ocena sposobu odżywiania się gimnazjalnej młodzieży zamieszkującej wieś i miasto*. „Pediatria Współczesna”, nr 9, 1.
- Rogalska-Niedźwiedz M., Charzewska J., Wajszczyk B., Chwojnowska Z., Chabros E., Fabiszewska J., Zacharewicz E. (2006). *Otyłość i nadwaga u dzieci czteroletnich*, W: *Otyłość epidemią XXI wieku*, Wyd. Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie, Warszawa.
- Roszko-Kirpsza I., Olejnik B. J., Zalewska M., Marcinkiewicz S., Maciorkowska E. (2011). *Wybrane nawyki żywieniowe a stan odżywienia dzieci i młodzieży regionu Podlasia*. „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 92 (4).
- Sikorska-Wiśniewska G. (2007). *Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży*. „Żywność. Nauka. Technologia. Jakość”, nr 6 (55).
- Stankiewicz M., Pęgiel-Kamrat J. (2006). *Styl żywienia dzieci przedszkolnych w opinii ich rodziców*. „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 87 (4).
- Stankiewicz M., Pieszko M., Śliwińska A., Małgorzewicz S., Wierucki Ł., T. Zdrojewski, Wyrzykowski B., Łysiak-Szydłowska W. (2010). *Występowanie nadwagi i otyłości oraz wiedza i zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży małych miast i wsi – wyniki badania Polskiego Projektu 400 Miast*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii”, t. 6, nr 2.
- Szadkowska A., Bodalski J. (2003). *Otyłość u dzieci i młodzieży*. „Przew. Lek.”, nr 9, 54–58.
- Szaflarska-Szczepanik A, Wika L, Maćkowska M. (2001). *Analiza jakości żywienia w ocenie dzieci szkolnych z województwa kujawsko-pomorskiego*. „Przegląd Pediatryczny”, nr 31.

- Szponar L., Sekuła W., Rychlik E. (2003). *Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych*. Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie, Warszawa.
- Wądołowska L. (2009). *Przyczyny zaburzeń zdrowia o podłożu żywieniowym na świecie*. W: J. Gawęcki, W. Roszkowski (red.) *Żywnie człowieka a zdrowie publiczne*. Wyd. Nauk PWN, Warszawa.
- Wojtyniak B., Goryński P. (2008). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Woynarowska B. (1995). *Sprawność i wydolność fizyczna dzieci i młodzieży z otyłością prostą*. W: A. Oblacińska, B. Woynarowska (red.). *Otyłość – jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Zimna-Walendzik E., Kolmaga A., Tafalska E. (2009). *Styl życia – aktywność fizyczna, preferencje żywieniowe dzieci kończących szkołę podstawową*. „Żywność Nauka Technologia Jakość”, nr 4.
- Żuchelkowska K, Wojciechowska K. (2000). *Promocja zdrowia w edukacji dzieci przedszkolnych*. Wyd. Margrafen, Bydgoszcz.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

- GUS – Główny Urząd Statystyczny (2011). Stan zdrowia ludności Polski 2009r., Warszawa
http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_stan_zdrowia_2009.pdf.
http://ec.europa.eu/research/leaflets/combating_obesity/article_2767_pl.html
<http://www.ptbo.slam.katowice.pl>
http://www.men.gov.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=2081&Itemid=293

EATING HABITS AND OBESITY PRE-SCHOOL AND EARLY-SCHOOL CHILDREN

Abstract: Obesity is called an epidemic of the 21st century; we can observe a global rise in obesity among people regardless of their age. Both doctors and the media alert that the phenomenon of obesity is particularly dangerous for pre-school children and young students because it increases the risk of physical and emotional problems. Many researchers point that obese children become obese adults which results in a stronger probability of diet-related diseases such as cardiovascular diseases, diabetes, osteoporosis, excessive body weight, cancer of the gastrointestinal tract, anemia due to a lack of iron, tooth decay, etc. Fast pace of life, a wide variety of ready-made foods and the decrease in physical activity lead to unhealthy lifestyle (unhealthy eating habits and passive ways of spending free time). Eating habits which were solidified in childhood lead to the creation of detrimental patterns of eating which are copied in adulthood. Since we do not have the possibility of modifying the genetic factor, which is one of the causes of obesity, teachers, doctors and specialists dealing with obesity among children concentrate on prevention in health education, and in particular on shaping the awareness of healthy eating habits and lifestyle.

Key words: eating habits, obesity, decrease in physical activity among pre-school and early-school children, health education, health.