



Profilaktyka otyłości dzieci

– priorytet zdrowia publicznego

Autorzy:

Ewa Borek, Michał Brzeziński, Tomasz Faluta, Teresa Perendyk, Anna Sitek, Kinga Wojtaszczyk



Spis Treści

Podziękowania.....	4
Informacje o projekcie Razem Dla Zdrowia.....	5
Partnerzy projektu.....	6
Streszczenie.....	7
Recenzja - Anna Patrzalek (dietetyk, rodzic).....	12
Wstęp.....	19
Otyłość dzieci – opis problemu zdrowotnego na podstawie przeglądu literatury.....	22
Kryteria rozpoznania otyłości i dzieci.....	22
Epidemiologia otyłości wśród dzieci i młodzieży w Polsce.....	22
Konsekwencje rozwoju otyłości u dzieci.....	24
Cele leczenia otyłości u dzieci.....	26
Wytyczne zapobiegania otyłości u dzieci.....	26
Leczenie otyłości u dzieci.....	30
Czynniki mające wpływ na rozwój otyłości u dzieci – na podstawie przeglądu literatury.....	40
Profilaktyka otyłości – przykłady dobrych praktyk.....	44
Dostępność porad dietetycznych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia w 2015 roku.....	49

Program profilaktyki otyłości u dzieci – propozycja uzgodniona ze środowiskami ekspertów, dietetyków, pielęgniarek, lekarzy i rodziców.....	51
Kobiety w ciąży.....	52
Dzieci w wieku od 6 miesięcy do 3 lat i ich rodzice/opiekunowie.....	53
Koszt wprowadzenia zmian systemowych.....	56
Rekomendacje WHO w zakresie profilaktyki otyłości dzieci.....	57
Zalecenia w zakresie populacyjnych strategii w zakresie prewencji otyłości dziecięcej:.....	57
Wyniki badań własnych – sondaż opinii.....	61
Metodologia badań opinii.....	61
Charakterystyka respondentów.....	62
Wyniki.....	65
Indywidualne wywiady pogłębione – wyniki.....	79
Wnioski.....	84
Wnioski i rekomendacje.....	86
Literatura.....	89
Spis wykresów.....	96
Spis tabel.....	98

Podziękowania

Szanowni Państwo!

Chcielibyśmy serdecznie podziękować wszystkim osobom i organizacjom pozarządowym aktywnie uczestniczącym w projekcie dialogu społecznego pt. Razem dla Zdrowia. Dziękujemy za życzliwość, zaufanie, zaangażowanie i wszelką pomoc, jaką od Państwa uzyskaliśmy. Dziękujemy także za każdy głos w dyskusjach podczas naszych spotkań i szkoleń oraz za pomoc w przeprowadzaniu sondaży opinii. Dzięki aktywności partnerów i uczestników projektu rozwija się idea dialogu społecznego i partycypacji pacjentów w podejmowaniu decyzji dotyczących ochrony zdrowia a administracja publiczna uzyskuje potrzebne informacje dotyczące oczekiwań pacjentów i zawodów medycznych od omawianych inicjatyw legislacyjnych.

Projekt „Razem dla Zdrowia” zrealizowany jest przy udziale i dzięki zaangażowaniu partnerów projektu: Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Izby Aptekarskiej.



Dziękujemy za eksperckie konsultacje kwestionariusza badawczego oraz pomoc w jego rozpowszechnianiu Fundacji NUTRICIA, portalowi www.1000dni.pl, portalowi znanylekarz.pl,



www.slowfood.edu.pl, a także blogom parentingowym i lifestylowym: www.pewnamama.pl, www.mamacukiereczki.blogspot.com, www.tosinkowo.pl, www.niezleziolkoblog.pl, www.agumama.pl, www.esencjablog.pl, www.zfilizankakawy.pl, www.rysotki.blogspot.com, www.dylematymamyitaty.pl, www.taliwzmianki.blogspot.com, www.jaskoweklimaty.pl, www.mamawbiegu.pl, www.mylifestyle.com.pl, www.mama-trojki.pl, oraz www.rysunkiannyl.blogspot.com.

Szczególne podziękowania składamy również organizacjom pacjenckim, które angażują się w pozyskiwanie respondentów dla przeprowadzanych w ramach projektu sondaży i badań opinii.

Serdecznie dziękujemy za wsparcie i współpracę!

W imieniu zespołu Fundacji MY Pacjenci



Informacje o projekcie Razem Dla Zdrowia

Głównym celem projektu Razem dla Zdrowia jest rozwijanie dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia poprzez wypracowanie w ramach powołanego partnerstwa trwałych, skutecznych, efektywnych i transparentnych mechanizmów konsultacji społecznych. Realizacja celu pozwoli na wzmocnienie dialogu i współpracy pomiędzy administracją publiczną a partnerami społecznymi (organizacjami pacjenckimi, świadczeniodawcami oraz zawodami medycznymi).

Mamy nadzieję, że wypracowane w ramach projektu stanowiska i rekomendacje będą podstawą do wdrożenia projakościowych rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia, ułatwiających dostęp do wysokiej jakości usług medycznych.

Zakres projektu:

- przeprowadzenie ogólnopolskiej kampanii zachęcającej pacjentów do udziału w konsultacjach społecznych;
- konsultacje wybranych 10 aktów i/lub zagadnień prawnych;
- konferencje merytoryczne (10) – przedstawienie zagadnień będących przedmiotem konsultacji społecznych;
- warsztaty dla pacjentów (8);
- opracowanie raportów i opublikowanie stanowisk i rekomendacji;
- stworzenie narzędzi wsparcia konsultacji przy udziale pacjentów:
 - portal – nowoczesna platforma konsultacji społecznych online;
 - newsletter;
 - infolinia.

Projekt Razem dla Zdrowia współfinansowany jest w ramach projektu nr POWR.05.02.00-00-0008/16-00 z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, Działania 5.2 „Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych”.

Partnerzy projektu

Fundacja MY Pacjenci powstała w 2012 roku w celu wspierania partycypacji pacjentów w podejmowaniu decyzji w ochronie zdrowia i zapewnianiu zaplecza eksperckiego organizacjom pacjenckim, żeby komunikowały skuteczniej swoje problemy i potrzeby. Fundacja prowadzi działalność naukową, badawczą, doradczą i szkoleniową dla pacjentów i ich organizacji.

Naczelna Izba Lekarska to organ lekarskiego samorządu zawodowego. Reprezentuje lekarzy i lekarzy dentyistów na szczeblu państwowym, opiniuje akty prawne z zakresu ochrony zdrowia. Dbą o przestrzeganie lekarskiego etosu, a także – poprzez organizację szkoleń zawodowych dla lekarzy i lekarzy dentyistów – aktywnie włącza się w proces edukacji polskiej kadry medycznej.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych to organ samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu, ustala zasady etyki zawodowej i standardy zawodowe, prowadzi orzecznictwo zawodowe, wydaje prawa wykonywania zawodu. Sprawuje nadzór nad wykonywaniem zawodu, a tym samym nad jakością świadczeń zdrowotnych, współtworzy programy edukacyjne, służące poprawie opieki zdrowotnej, mającej na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego polskiemu społeczeństwu.

Naczelna Izba Aptekarska jest organem samorządu zawodowego farmaceutów, sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu farmaceuty, opiniuje akty prawne z zakresu ochrony zdrowia.

Streszczenie

Otyłość dzieci jest najpoważniejszym problemem zdrowia publicznego na świecie i w Polsce. Jest przyczyną pojawiania się w wieku dorosłym chorób dietozależnych, takich jak: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca czy cukrzyca typu 2. W świetle ostatnio prezentowanych wyników badania COSI co trzecie polskie dziecko w wieku 6-9 lat ma nadmierną masę ciała. Z badań prowadzonych przez Polskie Towarzystwo Dietetyki, w ramach programu „Mądre żywienie – zdrowe pokolenie”, na ponad 14-tysięcznej reprezentatywnej grupie dzieci i młodzieży oraz wyliczonych wartości BMI wynika, że prawidłową masę ciała miało nieco ponad 76% uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Nadwaga i otyłość cechuje około 18% młodzieży [Gajewska, 2014]. U dzieci w wieku 7-9 lat otyłość i nadwagę stwierdza się nawet u 15,8% dziewcząt i 15% chłopców, w tym otyłość u 3,7% dziewcząt i 3,6% chłopców [Malecka-Tendera, 2005]. Z badań przeprowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka pod kierownictwem prof. Haliny Weker, obejmujących dzieci w wieku 13-36 miesięcy, wynika, że 55% dzieci w tym wieku ma nieprawidłową masę ciała [Weker, 2016]. Badanie to, pt. „Kompleksowa ocena

sposobu żywienia dzieci w wieku od 5. do 36. miesiąca życia – badanie ogólnopolskie 2016”, wykazało, że rodzice napotykać trudności w prawidłowym komponowaniu diety dzieci. W konsekwencji popełniają wiele błędów, szczególnie na etapie karmienia piersią, rozszerzania diety, a także komponowania menu po 1. roku życia. Jedynie 7% matek komponuje we właściwy sposób dietę dzieci, z czego 85% jest przekonanych, że robi to właściwie. 88% dzieci po pierwszym roku życia spożywa za mało warzyw w codziennej diecie, 83% dzieci w tej grupie wiekowej otrzymuje posiłki dosalane, a 75% spożywa nadmierną ilość cukru. Tymczasem dieta w okresie 1000 pierwszych dni życia dziecka, liczonym od poczęcia, ma istotny wpływ na jego zdrowie w wieku dorosłym. Jest to okres programowania metabolicznego. Jeśli małe dziecko jest nieprawidłowo żywione, zwiększa to prawdopodobieństwo, że w przyszłości będzie zmagać się z problemem otyłości. 1000 pierwszych dni życia ma fundamentalne znaczenie dla zdrowia dziecka teraz i w dorosłym życiu. Jeszcze długo po narodzinach, w okresie karmienia piersią i rozszerzania diety dziecka intensywnie rozwija się jego mózg, kształtuje się układ odpornościowy, dojrzewa układ pokarmowy oraz programuje się metabolizm. Pierwsze lata życia dziecka są kluczowe dla rozwoju preferencji smakowych i zwyczajów żywieniowych. Poradnictwo dietetyczne jest bardzo istotnym elementem zarówno w realizacji strategii światowej, jak i europejskich strategii krajowych w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym. Stanowi integralną część procesu zapobiegania i leczenia otyłości [Jarosz, 2012]. Prawidłowe żywienie, już od najmłodszych lat, to sposób na zapobieganie epidemii otyłości. W Polsce pomimo podejmowanych inicjatyw legislacyjnych, nadal brakuje systemowych rozwiązań z zakresu profilaktyki otyłości dzieci. Standardy opieki profilaktycznej zobowiązują lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej do przeprowadzania edukacji żywieniowej rodziców i odnotowywania tego w książeczce zdrowia dziecka. W 2015 wprowadzono restrykcyjne rozporządzenie, dotyczące grup środków dopuszczonych do sprzedaży i używania w szkołach i przedszkolach, w wyniku czego podjęto próbę ograniczenia dostępu dzieci do żywności z nadmierną zawartością cukru, soli i tłuszczu w tych placówkach. Realizowane są regionalne i lokalne programy promujące zdrowe żywienie i aktywny styl życia rodzin. W części postulat lepszego dostępu do edukacji żywieniowej realizuje Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020, który zakłada realizację przez Ministra Zdrowia we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia zadania, mającego na celu zapewnianie od 2017 r. dostępności do porad żywieniowo-dietetycznych dla kobiet w ciąży i rodziców dzieci w wieku 0-5 lat finansowanych ze środków publicznych oraz wzmocnienie roli położnych, pielęgniarek i higienistek szkolnych w działaniach profilaktycznych z dziedziny otyłości dzieci. Działania te zmierzają w dobrym kierunku, niemniej jednak nie wydają się wystarczające. Żeby opanować poważny problem narastania otyłości dzieci, konieczne jest włączenie w proces

profilaktyki i leczenia otyłości dietetyków.

Skuteczna strategia profilaktyki otyłości u dzieci w Polsce powinna zawierać m.in. edukację żywieniową skierowaną do kobiet w ciąży, edukację żywieniową rodziców małych dzieci i efektywny program profilaktyki i screeningu otyłości dzieci w każdym wieku. Program taki powinien mieć na celu:

- 1.** Kształtowanie prawidłowych zachowań żywieniowych u wszystkich dzieci i ich rodziców – prewencja pierwotna – edukacja;
- 2.** Wykonywanie testów przesiewowych w kierunku wykrywania nieprawidłowej masy ciała we wszystkich grupach wiekowych – screening;
- 3.** Korekty nieprawidłowych zachowań żywieniowych u dzieci ze stwierdzoną nadwagą – prewencja wtórna, a w przypadku dzieci otyłych leczenie otyłości;
- 4.** Tworzenie makrokontekstu społeczno-polityczno-ekonomicznego poprzez budowanie rozwiązań zachęcających do właściwych wyborów w zakresie żywienia i aktywności fizycznej – polityka prozdrowotna.

W ostatnio opublikowanych przez WHO rekomendacjach dla Polski, dotyczących profilaktyki otyłości dzieci [WHO, 2017], zaprezentowano podejście kompleksowe, integrujące inicjatywy podejmowane w wielu obszarach – w myśl raportu McKinsey'a [McKinsey, 2014], że sukces polityk zwalczania otyłości wynika z podejmowania wielu inicjatyw i ich skutecznej integracji. WHO zwraca uwagę m.in. na znaczenie właściwej opieki nad kobietą w ciąży, karmienia piersią, a także rekomenduje wprowadzenie opodatkowania słodzonych napojów oraz włączenie profilaktyki otyłości do zadań pielęgniarki szkolnej.

W ramach realizacji projektu dialogu społecznego pt. „Razem dla Zdrowia” Fundacja My Pacjenci wraz z Fundacją NUTRICIA, portalami www.znanylekarz.pl, www.1000dni.pl, www.slow.edu.pl oraz grupą blogerów parentingowych przeprowadziła sondaż online dotyczący opinii i oczekiwań rodziców od rozwiązań z obszaru profilaktyki otyłości dzieci. W badaniu online wzięły udział 2554 osoby. Wyniki badania zostały przedstawione w niniejszym raporcie i uwzględnione w rekomendacjach.

Raport zawiera ponadto wiedzę na temat problemu otyłości dzieci w Polsce, metod jej zapobiegania, opis dobrych praktyk stosowanych za granicą, rekomendacje międzynarodowe, wyniki wywiadów telefonicznych przeprowadzonych z rodzicami dotyczących oceny obecnie stosowanych narzędzi z zakresu profilaktyki otyłości dzieci oraz rekomendacje dotyczące koniecznych systemowych rozwiązań w tym obszarze.

Wnioski i rekomendacje

W świetle raportu McKinsey Global Institute [McKinsey, 2014] oraz rekomendacji WHO dla Polski, dotyczących zapobiegania otyłości dzieci [WHO, 2017], uzyskanie efektu pod postacią zahamowania narastania otyłości jest możliwe w wyniku podjęcia równoległe wielu działań z kilku obszarów i ich umiejętnej koordynacji. Główne przyczyny rozwoju otyłości dzieci to niewystarczająca aktywność fizyczna, niewłaściwe żywienie dzieci w domu, wynikające z braku wiedzy rodziców, pozyskujących wiedzę o żywieniu dzieci głównie z Internetu oraz łatwa dostępność niezdrowej żywności dla dzieci. Za prawidłowe żywienie i styl życia dzieci odpowiedzialni są ich rodzice. Powinni oni otrzymać pomoc i wsparcie od systemu opieki zdrowotnej i systemu edukacji, w każdym z okresów rozwoju dziecka – od okresu prenatalnego do dorosłości. Aby opanować problem narastania otyłości dzieci w Polsce, należy podjąć następujące skoordynowane działania:

- źródłem wiedzy o żywieniu i zdrowym stylu życia dzieci powinni być przedstawiciele zawodów medycznych – dietetyk, położna, pielęgniarka POZ, pielęgniarka szkolna. Należy odciążyć pediatrów i lekarzy POZ od prowadzenia edukacji żywieniowej rodziców i przekazać te zadania zespołom współpracujących ze sobą zawodów medycznych w POZ i w szkole;
- wprowadzić rozwiązanie systemowe, obejmujące działania o charakterze pierwotnej, wtórnej profilaktyki i screeningu otyłości dzieci w grupie kobiet w ciąży, rodziców dzieci w wieku przedszkolnym oraz w ramach medycyny szkolnej;
- należy objąć poradnictwem dietetycznym kobiety w ciąży i rodziców małych dzieci; poradę dietetyczną dla kobiet w ciąży i rodziców małych dzieci należy wpisać do koszyka świadczeń gwarantowanych;

- należy uporządkować dostęp do informacji i wsparcie kobiet karmiących piersią, uruchamiając ogólnopolską 24/7 infolinię laktacyjną współpracującą z siecią lokalnego poradnictwa laktacyjnego udzielającego porad laktacyjnych w domu; poradę laktacyjną należy wpisać do koszyka świadczeń gwarantowanych, a opiekę położnej POZ przedłużyć do 6. miesiąca życia dziecka;
- należy przekonać rodziców, że edukacja żywieniowa oferowana przez inne niż pediatra czy lekarz POZ zawody medyczne jest równie skuteczna, a przedstawiciele tych zawodów mogą poświęcić rodzicom znacznie więcej czasu na edukację;
- nowe rozwiązania o charakterze uzupełnienia koszyka świadczeń gwarantowanych czy nowych inicjatyw legislacyjnych z obszaru medycyny szkolnej należy integrować z istniejącymi rozwiązaniami w obszarze ochrony zdrowia czy systemu edukacji;
- działania profilaktyczne należy oprzeć na budowaniu współpracujących zespołów zawodów medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej i zespołów personelu szkoły;
- dietetyk powinien zostać włączony w skład zespołów zajmujących się profilaktyką otyłości dzieci w placówkach POZ i w szkołach;
- należy zbudować w POZ system skutecznego screeningu, pierwotnej i wtórnej profilaktyki i leczenia otyłości dzieci, realizowany przez zespół współpracujących pielęgniarek POZ, położnych, dietetyków, psychologów, fizjoterapeutów oraz pediatrów i lekarzy POZ;
- należy określić profilaktykę i screening otyłości dzieci w wieku szkolnym i próchnicy jako chorób dietozależnych, jako priorytety dla medycyny szkolnej; profilaktykę otyłości dzieci w wieku szkolnym należy oprzeć na współpracy pielęgniarki szkolnej, dietetyka szkolnego, personelu szkoły oraz rodziców i dzieci;
- profilaktyce otyłości dzieci należy zapewnić ciągłość i koordynację działań od okresu prenatalnego do 18. roku życia, integrując działania podejmowane w ramach AOS czy POZ z działaniami realizowanymi w ramach medycyny szkolnej. Działania w systemie opieki zdrowotnej oraz w szkole należy integrować w ramach tworzonych równoległe systemów informatycznych. Systemy informatyczne powinny uwzględniać współpracę z nowoczesnymi aplikacjami mobilnymi wspierającymi rodziny w przestrzeganiu zasad zdrowej diety i zmianie stylu życia;
- systemowe rozwiązania w obszarze opieki zdrowotnej i systemu edukacji należy uzupełnić rozwiązaniami legislacyjnymi, ograniczającymi dostęp dzieci do niezdrowej

żywności, zgodnymi z zaleceniami WHO;

- należy wprowadzić system znakowania żywności, pozwalający konsumentom na odróżnienie żywności zdrowej od niezdrowej;
- należy wprowadzić zachęty dla producentów żywności, zmierzające do zmniejszenia w niej zawartości tłuszczu, soli i cukru;
- powinien zostać wprowadzony zakaz promocji cenowych niezdrowej żywności w sklepach;
- należy wprowadzić zakaz reklamy żywności dla dzieci;
- należy wprowadzić zakaz reklamy niezdrowych produktów spożywczych skierowanej do dzieci;
- producenci niezdrowej żywności powinni odprowadzać dodatkowy podatek na fundusz walki z otyłością i nadwagą oraz przeznaczany na dotowanie zdrowej żywności.

Recenzja - Anna Patrzalek (dietetyk, rodzic)

Otyłość w Polsce jest bardzo dużym problemem. Czas zdać sobie sprawę i uświadomić społeczeństwu, że otyłość to choroba. Nie jest to kwestia estetyczna. Od tego, jaki mamy styl życia, w tym żywienia zależy nasze zdrowie.

Dorośli wiedzą, jak trudno zmienić swoje nawyki żywieniowe, kształtowane przez lata.

Zachłysłeniśmy się dostępnością produktów na rynku. Żyjemy szybko i nie myślimy o tym, co jemy. Niestety już w przedszkolach rodzicom często zależy na tym, by dzieci zjadły dużo, nie koniecznie zdrowo.

Wprowadzone w 2015 roku rozporządzenie Ministra Zdrowia miało na celu poprawę jakości żywienia w placówkach żywienia zbiorowego. Ograniczono ilość soli, zakazano słodzenia kompotu czy musów owocowych, ograniczono ilość smażonych potraw. Co więcej produkty, używane w żywieniu zbiorowym musiały spełniać określone normy

jakości. To pomogło wycofać z placówek cukrowe chrupki śniadaniowe, jogurty o smaku cukru i inne produkty, które zdecydowanie nie powinny stanowić podstawy żywienia dzieci. Jaka była reakcja społeczeństwa na tak dużą zmianę?

Zmianom towarzyszył bardzo duży sprzeciw podsycany przez media. Przekazywane wiadomości nie były kompletne, bardzo często zresztą nieprawdziwe i jedynie pogarszały już i tak duży bunt ze strony rodziców, intendentów i kucharzy, nauczycieli, a tym samym również dzieci.

Rzeczywiście, szybkość wprowadzenia zmian i kompletny brak edukacji mogły budzić duże wątpliwości. Samo rozporządzenie też było dalekie od ideału. Niemniej wymusiło to zmianę i poprawiło jakość żywienia. Co więcej producenci mieli w końcu powód by się postarać. Jogurt, którego drugim głównym składnikiem był cukier, a owoców zawierał śladowe ilości lub wcale, nie mógł być podawany dzieciom. To ograniczało jego sprzedaż. Podobnie płatki, w których obok zboża podstawę stanowił cukier. To nie jest odpowiednie, pożywne śniadanie, zapewniające energię na cały poranek. To duża dawka bezwartościowych kalorii. W roku 2016 rozporządzenie zostało wycofane i zastąpione przez nowe.

Kilka punktów zostało, ale te, które regulowały jakość produktów wykorzystywanych w żywieniu zbiorowym zupełnie wycofano. Wiele placówek nie wróciło do złych praktyk, ale też wiele przyjęło z ulgą, że w końcu można słodzić, bo przecież dzieciom nie powinno się odbierać dzieciństwa.

Czy zatem ustawa „sklepikowa” była, czy też jest skuteczna? Myślę, że w dużej mierze pomogła, jednocześnie za wcześnie, by oceniać efekt. Z pewnością to jedno rozporządzenie nie zmieni diametralnie naszej sytuacji. Potwierdzają to wyniki badań zrealizowanych przez Fundację MY Pacjenci, według którego aż 40% respondentów jest zdania, że wprowadzone rozporządzenie nie wyeliminowało niezdrowej żywności z placówek.

Wg raportu NIK również inne prowadzone działania nie przyczyniły się zmniejszenia problemu nadwagi i otyłości u dzieci. Mleko w szkole, warzywa i owoce w szkole to programy, które kosztowały fortunę. Dlaczego nie widać efektu?

Z mojej wiedzy wynika, że dopiero od niedawna uczniowie otrzymują zwykłe mleko. Wcześniej do wyboru były również „smakowo-cukrowe” mleczne napoje. Tutaj wpływ na zjawisko nadwagi czy otyłości mógł być tylko ujemny. Porcja warzyw? Świetnie. Tylko w jakiej formie? Kolorowe, świeże koreczki z pewnością pobudziłyby apetyty i zmieniły dietę dzieci na zdrowszą. Tymczasem dzieciaki, które często warzywami nie są zupełnie

zainteresowane, otrzymywały kawałek zwiędniętej papryki, czy przyschniętej marchewki w torebce foliowej. Tym sposobem marnujemy pieniądze i żywność. Jest ogromna potrzeba programów promujących zdrową żywność w szkołach, czy przedszkolach, ale niezwykle istotny jest sposób ich prowadzenia. Jak wynika z mojego doświadczenia uczniowie chętnie degustują nowości, nawet najbardziej abstrakcyjnych smaków, jeśli są podane w atrakcyjnej formie – w końcu jemy oczami i z uśmiechem – bo pozytywne nastawienie kształtuje pozytywne zmiany.

Musimy edukować, by zmieniać sposób myślenia. Pokutuje przekonanie, że w dzisiejszych czasach się przesadza. Kiedyś jadło się dużo cukru i nie zwracano się tak dużej uwagi na żywienie i wszystko było dobrze. Wciąż zresztą mamy do czynienia z przekonaniem, że dziecko pulchne to dziecko zdrowe. O dziecku, które je dużo, mówi się, że je ładnie. Tutaj wracamy do jakości jedzenia.

Z badań ankietowych przeprowadzonych przez Fundację MY Pacjenci wynika, że ponad połowa respondentów wskazuje niską aktywność fizyczną dzieci i nieprawidłowe ich żywienie w domu, jako główną przyczynę otyłości. Rzeczywiście, życie dzieci i młodzieży często zamyka się w ekranach telefonów, laptopów. Dodatkowo dzieci, już w pierwszej klasie mają do odrobienia zadania domowe. Kiedy dojdą zajęcia dodatkowe, brakuje czasu na swobodną zabawę, a także pobyt na świeżym powietrzu. Również zwolnienia z W-Fu są nagminne, zatem warto się zastanowić, skąd może wynikać niechęć do ćwiczeń.

Co ciekawe, aż 61% respondentów uznało zgodnie z zaleceniami, że do 6 miesięcy należy karmić wyłącznie piersią, jednocześnie tylko 19% uważa, że rozszerzanie diety powinno się zacząć od 7-go miesiąca życia. Oczywiście bardzo ważna jest tutaj również gotowość dziecka, odpowiednio oceniona, stąd tak ważna jest edukacja.

Rodzice zbyt wcześnie rozszerzają dietę niemowląt i nie korzystają ze schematu żywienia niemowląt. Warto też przyrzeć się bliżej produktom dla niemowląt. Młoda mama idzie do sklepu i wybiera produkty dostosowane do potrzeb niemowlęcia (?), specjalnego przeznaczenia. Staje przed półką z kaszkami i tu zaczynają się schody. Kaszka od 4 miesiąca i cukier. W dużym mieście da się już znaleźć kaszki niedosładzane, ale jest ich mniej i są droższe. W mniejszych miejscowościach z kolei są niemal niedostępne. Co gorsza wybierają je świadome mamy, które ufają, że podając produkt dla niemowląt, podają to co najlepsze. Na kaszy jaglanej, czy płatkach owsianych nie jest napisane po 6 miesiącu. Tutaj zaś wyraźnie. I o innych walorach kaszek. O cukrze ani słowa, poza składem, gdzie dodatek musi być uwzględniony. Dlatego uważam, że dosładzanie produktów dla niemowląt powinno zostać zakazane.

Według nowych zaleceń Amerykańskiej Akademii Pediatrii dzieciom poniżej roczku nie powinno się podawać soków wcale, a dzieciom w wieku 1-3 lat – maksymalnie pół szklanki dziennie. Tymczasem soki są często podawane dzieciom do picia, bo przecież nie będą piły czystej wody. Przekonani o dobrym wpływie soczków na zdrowie uczymy małe dziecko gaszenia pragnienia słodkimi napojami, nie wodą. Nawet jeśli jest to 100% sok, to jest on słodki w smaku. Lepiej podać wodę do picia i świeży owoc jako witaminową moc.

Prawie wszyscy biorący udział w badaniu wskazują, że w głównej mierze rodzice powinni być odpowiedzialni za rozwiązanie problemu otyłości u dzieci. Oczywiście rodzice mają, lub powinni mieć ogromny wpływ na to, co jedzą dzieci. Powinni, a zbyt często ulegają dzieciom, na które działają kolorowe obrazki, gratisowe cukierki, reklamy, kupując produkty śmieciowe. O ile czasem odmówi się cukierka, o tyle „zdrowy jogurt” z kilkoma łyżeczkami cukru w opakowaniu stanowi chętnie kupowany produkt. Rodzice nie mają wystarczającej wiedzy na temat żywienia dzieci. Niestety wiedza ta pochodzi głównie z Internetu, aż 70%, gdzie można znaleźć masę sprzecznych komunikatów.

Częstym problem z jakim zgłaszają się do mnie rodzice małych dzieci, jest to, że dzieci nie chcą jeść. Z jednej strony fala otyłości, z drugiej niejadki. I to ta druga grupa jest częściej zainteresowana poradą dietetyczną. Rodzice mówią z pełnym przekonaniem: „łatwo powiedzieć, ale moje dziecko nie zje nic innego.” Należy uświadomić już świeżo upieczonym rodzicom, że to oni odpowiadają za to, co znajduje się w lodówce, szafce, co wrzucają do koszyka podczas zakupów. 7, 10-miesięczne niemowlę nie decyduje o tym, co łąduje na jego talerzu. 2-3 latek nie płaci za lizaka z kieszonkowego. Tak, to rodzice decydują o tym, jaki wybór dają dziecku.

Mamy naturalne upodobanie słodkiego smaku. Wody płodowe, czy mleko matki są słodkawe. Bezpieczeństwo, spokój, energia, ciepło kojarzymy ze słodyczą. Dlatego nie dziwi fakt, że dzieci nie trzeba uczyć jedzenia słodczy, by się nimi zajadały. O ile kiedyś słodki smak był dla człowieka wyznacznikiem, że owoc jest świeży i dojrzały, a tyle teraz jest to dla nas nieco zgubna preferencja.

Dodatkowo musimy zdać sobie sprawę, że warzywa nie są najlepszym źródłem energii. Oczywiście są niezwykle bogate w witaminy, składniki mineralne, błonnika, to prawdziwa bomba niskokalorycznego zdrowia, ale się nimi nie najemy. Dzieci z natury nie mają czasu na jedzenie, w związku z tym najpierw sięgają po to, co pozwoli im się nasycić: bułka, ziemniaki, czy kotlecik. Co więcej dzieci jedzą zdecydowanie za dużo białka, co również ma duży wpływ na występujący problem nadwagi. Często wynika to z prostego, codziennego działania. Jeśli dziecko zjadło z kanapki plaster sera, dokładamy następny.

Nie będzie przecież jadło samej bułki. Kiedy przy obiedzie najpierw zniknie mięso, szybko na talerzu ląduje kolejna porcja. Smakuje, trzeba dołożyć. Zwykle to wielka radość gdy dziecko pochłania duże ilości z talerza. Kiedy maluch zje kilka plasterów sera, dużo mięsa nie sięgnie po kolejne produkty, bo nie ma na to miejsca. Tymczasem dzieci lubią jeść po kolei. Trzeba jedynie zadbać, by nałożona porcja składała się z produktów zbożowych (jako głównego źródła energii), dużej ilości warzyw (owoców) i małej porcji białka (mięsa, jajka, czy sera). O dokładkę można zadbać, gdy zawartość talerza zniknie.

Wyraźnie widać, że mamy byłyby zainteresowane, by to pediatra (64%) lub dietetyk (44%) udzielał informacji na temat żywienia niemowląt. Z mojego punktu widzenia, lekarz pediatra nie ma czasu na udzielanie takiej informacji. Zajmuje się leczeniem, szczepieniami, a na edukację żywieniową nie ma czasu podczas wizyty. Co więcej, często nie ma wystarczającej wiedzy, nie zna obecnych zaleceń. Wielokrotnie kobiety kończą karmienie piersią znacznie wcześniej, niż chciały, przez zalecenie lekarzy. Przedwczesne rozszerzanie diety, zwłaszcza gdy dziecko mniej przybędzie na wadze, jest częstym zaleceniem jak wynika z mojego doświadczenia. Jakby brokuł miał więcej kalorii niż mleko... Również każda krostka u dziecka budzi niepokój, często podejrzenie alergii. I znów, zgodnie z zaleceniami jeśli jest uzasadnione ryzyko alergii, mama powinna wyeliminować czasowo pojedyncze alergeny, podejrzane o wywoływanie reakcji u dziecka i karmić nadal. Tymczasem często może usłyszeć, że jej mleko szkodzi dziecku i należy przejść na mieszankę dla alergików. Z badań jasno wynika, że ludzie darzą pediatrów zaufaniem, co jest bardzo dobrym zjawiskiem. Jednocześnie wielu pediatrów nie ma aktualnej wiedzy na temat żywienia niemowląt, stąd niezbędna jest współpraca lekarza z dietetykiem.

Ponad 90% respondentów widzi potrzebę ogólnopolskiego programu profilaktyki otyłości, który obejmowałby edukację żywieniową, promocję aktywności fizycznej. Dostrzegają również potrzeby współpracy pielęgniarki szkolnej z dietetykiem. Respondenci zgadzają się również, że żywienie zbiorowe w żłobkach powinno podlegać regulacjom.

Warto wspomnieć dość kuriozalną rzecz: mianowicie rozporządzenie Ministra Zdrowia regulujące zasady żywienia zbiorowego z 2016 roku nie dotyczy żłobków, a jedynie placówek oświatowych, jak przedszkola czy szkoły. W pierwszych 3 latach życia, kiedy to już kształtują się nawyki żywieniowe, w kluczowym okresie dla programowania metabolicznego, regulacje te nie obowiązują wcale.

Aż 91% respondentów opowiedziało się za znakowaniem żywności, które pozwoliłoby

odróżnić żywność zdrową od niezdrowej. Inaczej mówiąc, jest duża chęć, by informacja o składzie produktu była wyraźnie wyeksponowana. Skąd taka potrzeba? W dzisiejszych czasach na opakowaniu „kakao dla dzieci”, gdzie wyraźnie wypisane są wszelkie witaminy i składniki mineralne, którymi został wzbogacony produkt, brakuje informacji o zawartości cukru. Rodzice wybierają dla dzieci „kakao”, które jest źródłem magnezu, pomaga w koncentracji, uczeniu i tym samym sięgają po produkt o zawartości cukru 85%. Dostępność na rynku masy śmieciowej żywności, często pięknie nazywanej i opakowanej przez producentów powoduje znaczne zwiększenie ilości cukru w diecie dzieci, bez sięgania po cukierniczkę. Rodzice kupują takie produkty nieświadomi ich jakości. Gdyby nazwać taki napój kakaowy zgodnie ze składem: napój cukrowy z domieszką kakao, jego sprzedaż drastycznie by spadła, a producent byłby zmuszony do zmiany praktyk i do zaprzestania oszukiwania konsumentów.

Według nowych zaleceń WHO (Światowa Organizacja Zdrowia), spożycie cukru nie powinno przekraczać 5% kaloryczności dziennej. Dla dzieci w wieku przedszkolnym oznacza to ok. 3,5 łyżeczki. Tymczasem jeden z najpopularniejszych, markowych produktów udających wodę zawiera ok. 5 łyżeczek w pół litrowej butelce.

Tego typu oszustw jest cała masa, dlatego wyraźne znakowanie dodatku cukru, ale także ilości soli, czy tłuszczów na opakowaniu mogłoby uchronić konsumenta przed złymi wyborami.

Z mojego doświadczenia najbardziej zainteresowaną żywieniem dziecka grupą rodziców są rodzice dzieci do 3 roku życia. Wtedy wielu z nich chętnie uczestniczy w szkoleniach, chce prawidłowo rozszerzyć dietę, dobrze karmić. Później następuje często przerzucenie odpowiedzialności za dobre żywienie na placówkę (przedszkole, później szkołę). Coraz mniej rodziców starszych dzieci przywiązuje uwagę do tego co je dziecko, byleby zjadło.

Respondenci z wielkim przekonaniem opowiadają się za tym, że producenci powinni dążyć do ograniczenia ilości cukru, soli, tłuszczów w żywności. Jednocześnie aż 80% z nich jest za tym, by musieli odprowadzać podatek na fundusz walki z otyłością i nadwagą. To rozwiązanie przyczyniłoby się nie tylko do zwiększenia budżetu na edukację, ale również, a może przede wszystkim, do wzrostu cen śmieciowego jedzenia. To miałyby z dużym prawdopodobieństwem wpłynąć na spadek sprzedaży.

Ciekawe, że ponad połowa respondentów uważa, że zdrowa żywność nie jest w Polsce łatwo dostępna lub jest za droga. Myślę, że wynika to ze skojarzenia – zdrowa żywność, sklep ze zdrową żywnością, amarantu, Chia i inne wyszukane, drogie produkty. Tymczasem

zdrowa żywność to płatki owsiane (tańsze od cukrowych płatków „dla dzieci”) czy kasza jaglana. Jogurt naturalny również nie jest droższy od „owocowego” z nazwy, a jest oczywiście zdrowszy. Zatem czytanie etykiet i świadome robienie zakupów sprawiłoby, że społeczeństwo jadłoby zdrowiej, nie uszczuplając zawartości portfela.

Zdaniem respondentów w pierwszej kolejności dostęp do porady dietetycznej powinni mieć rodzice dzieci do 3-go roku życia i kobiet w ciąży. Co ważne, aż 62% uważa, że porady takiej powinien udzielać dietetyk. Mogę jedynie potwierdzić, że prawidłowe żywienie kobiety w ciąży i w pierwszych 3 lat życia ma największy wpływ na jego zdrowie teraz i w przyszłości. Jeśli nauczymy dziecko jedzenia warzyw, pomagania w kuchni, sięgania po rozmaite produkty, jego przyszła dieta będzie bardziej urozmaicona. Nie wystarczy jednak chcieć. Byłoby łatwo, bo większość rodziców chciałoby, żeby dziecko jadło owoce i warzywa. Znowu potrzebna jest edukacja. Jak zachęcić, by nie zniechęcić? Jak rozszerzać dietę niemowlęcia, by wychować małego smakosza? Co zrobić, gdy dziecko odmawia jedzenia lub je 3 wybrane produkty? To dylematy i problemy, z którymi rodzice są pozostawieni sami sobie.

75% respondentów wskazuje na konieczność porady indywidualnej, jednocześnie niemal 60% uważa grupowe szkolenie za wystarczające. Myślę, że dobre szkolenie grupowe byłoby mniej obciążające dla budżetu, a jednocześnie mogłoby przynieść wymierne korzyści, zmienić sposób myślenia rodziców, zwiększyć ich wiedzę na temat tego, jak istotne jest żywienie dziecka, a także uchronić przed najczęściej popełnianymi błędami. Uważam, że w przypadku większego problemu, jak na przykład: skrajnie wybiórcze jedzenie, cukrzyca, czy też alergia z koniecznością stosowania diety eliminacyjnej rodzice powinni mieć możliwość zasięgnięcia indywidualnej porady u dietetyka. Na ten moment są często pozostawieni sobie. Dieta bez glutenu, bez mleka, jajka brzmi prawie jak wykluczenie wszystkiego, a przecież potrzeby żywieniowe alergika, są takie same jak u dziecka bez alergii. Muszą być jedynie zaspokojone w inny sposób. W diecie eliminacyjnej powszechnie eliminuje się alergeny, tymczasem jej podstawowym założeniem jest również ich zamiana na inne, o podobnej wartości odżywczej. Eliminacja mleka i przetworów mlecznych nie oznacza, że nasz przedszkolak nie potrzebuje wapnia - musimy go dostarczyć w inny, możliwy sposób.

Respondenci chcieliby, by taka porada była finansowana przez NFZ (46%) lub częściowo współfinansowana (41%). W obecnej chwili takiej porady nie ma w koszyku świadczeń gwarantowanych, a zatem trzeba za nią dodatkowo zapłacić.

Wstęp

Otyłość definiujemy jako chorobę przewlekłą, charakteryzującą się nadmiernym nagromadzeniem tkanki tłuszczowej, czego konsekwencją jest pogorszenie zdrowia i jakości życia. Stale rosnący odsetek osób dorosłych z nadwagą i otyłością stanowi jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych na całym świecie, definiowany przez część ekspertów jako pandemia współczesnych czasów. W Polsce częstość występowania nadmiernej masy ciała wzrasta zwłaszcza wśród dzieci.

Z badań prowadzonych przez Polskie Towarzystwo Dietetyki, w ramach programu Mądre żywienie - zdrowe pokolenie na ponad 14 tysięcznej, reprezentatywnej grupie dzieci i młodzieży oraz wyliczonych wartości BMI wynika, że prawidłową masę ciała miało nieco ponad 76% uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Nadwaga i otyłość cechowała około 18% młodzieży [Gajewska, 2014]. U dzieci w wieku 7-9 lat otyłość i nadwagę stwierdza się nawet u 15,8% dziewcząt i 15% chłopców, w tym otyłość u 3,7% dziewcząt i 3,6% chłopców [Malecka-Tendera, 2005]. Z badań przeprowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka pod kierownictwem prof. Haliny Weker, obejmujących dzieci w wieku 13-36 miesięcy wynika, że 55% dzieci w tym wieku ma nieprawidłową masę ciała [Weker, 2016].

Zaburzenia masy ciała mają negatywny wpływ zarówno na zdrowie dzieci i młodzieży, jak i zdrowie w wieku dorosłym. Otyłość i nadwaga wśród dzieci wpływa na wyższe ryzyko wystąpienia czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych oraz niealkoholowego stłuszczenia wątroby niż w przypadku ich rówieśników o prawidłowej masie ciała [Sanders, 2015]. Dowody potwierdzają, że otyłość u dzieci zwiększa ryzyko wystąpienia zespołu metabolicznego i cukrzycy typu 2 [Lloyd, 2012]. Występowanie otyłości już u małych dzieci jest szczególnie groźne ponieważ istnieje silny związek z występowaniem otyłości u dorosłych [Simmonds, 2015], chociaż większość otyłych dorosłych nie była otyła w dzieciństwie. Brak jest jeszcze obserwacji długoterminowych, bezpośrednio badających wpływ otyłości i nadwagi u dzieci na wzrost ryzyka rozwoju chorób w wieku dorosłym, niemniej dane wskazują, że wysokie BMI dziecka może być związane ze zwiększoną częstością występowania cukrzycy w życiu dorosłym, chorób naczyń wieńcowych serca oraz wielu nowotworów [Llewellyn, 2016]. Dzieci z nadwagą lub otyłością które pozostają otyłe jako osoby dorosłe mają istotnie zwiększone ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii oraz miażdżycy, a redukcja

nadwagi i otyłości występującej u dzieci zmniejsza to ryzyko do takiego samego poziomu, jaki występuje u dorosłych, którzy nigdy nie mieli nadwagi [Juonala, 2011].

W ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się najmłodszym dzieciom zakładając że pierwsze 1000 dni ich życia ma wpływ na ich zdrowie w wieku dorosłym¹ [Bond, 2009; Monasta, 2011]. Ryzyko rozwoju otyłości u dzieci dotyczy zwłaszcza dwóch grup ryzyka: dzieci z intensywnym przyrostem masy ciała pomiędzy urodzeniem a 5-6 miesiącem życia [Dubois, 2006; Taveras, 2011] oraz dzieci z wysoką masą urodzeniową (powyżej 4000 g) [Dubois, 2006]. Wysiłki mające na celu ograniczenie nadmiernego wzrostu masy ciała u niemowląt mogą okazać się użyteczne w prewencji otyłości [Taveras, 2011]. Wystąpienie nowych przypadków otyłości pomiędzy 5 a 14 rokiem życia jest pięciokrotnie bardziej prawdopodobne u dzieci które w momencie rozpoczęcia uczęszczania do przedszkola miały już nadwagę (31,8% vs. 7,9%) a wśród dzieci, które stają się otyłe pomiędzy 5 a 14 rokiem życia, 75% znajdowało się powyżej 70 percentyla BMI w wieku 5 lat [Cunningham, 2014].

Prawidłowe leczenie otyłości i nadwagi u dzieci w pierwszej kolejności polega na leczeniu dietetycznym i zmianie nawyków żywieniowych, a w drugiej kolejności na włączeniu aktywności fizycznej [Bleich, 2013; Catherine Law, 2014; Katz DL O'Connell, 2008; SK Kothandan, 2014].

Skuteczne okazują się działania adresowane do coraz młodszych dzieci. Interwencja polegająca na przeprowadzeniu wywiadu motywującego i porad dietetycznych dla rodziców dzieci w wieku przedszkolnym (2-8 lat) przekłada się na znamiennej redukcję percentyla BMI po 2 latach obserwacji [Resnicow, 2015]. Porady dietetyczne dla matek w pierwszym roku życia dziecka, mogą być skuteczne w spowolnieniu wzrostu masy ciała u dzieci do 4 roku życia [Mustila, 2012].

W Polsce brakuje systemowych rozwiązań z zakresu profilaktyki otyłości dzieci. Standardy opieki profilaktycznej zobowiązują lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej do przeprowadzania edukacji żywieniowej rodziców i odnotowywania tego w książeczce zdrowia dziecka. W 2015 wprowadzono restrykcyjne rozporządzenie dotyczące grup środków dopuszczonych do sprzedaży i używania w szkołach i przedszkolach, w wyniku czego podjęto próbę ograniczenia dostępu dzieci do żywności z nadmierną zawartością cukru, soli i tłuszczu w placówkach. Działania te zmierzają w dobrym kierunku nie wydają

¹ <http://www.1000dni.pl/wyniki-badan-o-1000-dniach/25-zywienie-13-36-miesiecy>

się jednak wystarczające, żeby opanować poważny problem narastania otyłości dzieci. Skuteczna strategia profilaktyki otyłości u dzieci w Polsce powinien zawierać m.in. edukację żywieniową skierowaną do kobiet w ciąży, edukację żywieniową rodziców małych dzieci i efektywny program profilaktyki i screeningu otyłości dzieci w każdym wieku. Program taki powinien mieć na celu:

1. Kształtowanie prawidłowych zachowań żywieniowych u wszystkich dzieci i ich rodziców – prewencja pierwotna - edukacja;
2. Wykonywania testów przesiewowych w kierunku wykrywania nieprawidłowej masy ciała we wszystkich grupach wiekowych – screening;
3. Korekty nieprawidłowych zachowań żywieniowych u dzieci ze stwierdzoną nadwagą – prewencja wtórna, a w przypadku dzieci otyłych – leczenie otyłości.
4. Tworzenie makrokontekstu społeczno-polityczno-ekonomicznego poprzez budowanie rozwiązań zachęcających do właściwych wyborów w zakresie żywienia i aktywności fizycznej – polityka prozdrowotna.

Niniejszy raport zawiera wiedzę na temat problemu otyłości dzieci w Polsce, metod jej zapobiegania, opis dobrych praktyk stosowanych za granicą, rekomendacje międzynarodowe, wyniki badań opinii rodziców dotyczące oceny obecnie stosowanych narzędzi z zakresu profilaktyki otyłości dzieci oraz rekomendacje dotyczące koniecznych systemowych rozwiązań w tym obszarze.

Otyłość dzieci – opis problemu zdrowotnego na podstawie przeglądu literatury

Kryteria rozpoznania otyłości i dzieci

Do oceny stanu odżywienia w wieku rozwojowym (do ukończenia osiemnastego roku życia) stosowane są tabele lub siatki centylowe wartości BMI uwzględniające wiek, osobne dla chłopców i dziewcząt. Zgodnie z obowiązującą definicją WHO:

- niedobór masy ciała: wartość BMI < 5 centyla;
- prawidłowa masa ciała: wartość BMI ≥ 5 centyla i < 85 centyla;
- nadwaga: wartość BMI ≥ 85 centyla i < 95 centyla;
- otyłość: wartość BMI ≥ 95 centyla.

Ocena rozwoju fizycznego zgodnie z przepisami prawa powinna być dokonywana u dzieci i młodzieży podczas każdego badania profilaktycznego (tak zwanego bilansu zdrowia) i odnotowywana w karcie badania profilaktycznego zawartej w dokumentacji medycznej oraz książeczce zdrowia dziecka.

Epidemiologia otyłości wśród dzieci i młodzieży w Polsce

Z badań WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)² wynika, że 1 na 3 dzieci w krajach Unii Europejskiej w wieku 6-9 lat w roku 2010 miało nadwagę lub otyłość. W Polsce badania przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu Narodowego Programu Zapobiegania i Leczenia Otyłości, wskazują, że problem nadwagi i otyłości dotyczy ok. 12-14% dzieci i wykazuje zróżnicowanie regionalne. W 2001 roku Małecka-Tendera i wsp. [Małecka-Tendera, 2005] prowadzili ogólnopolskie badania na reprezentatywnej grupie dzieci w wieku 7-9 lat. Nadwagę i otyłość stwierdzili u 15,8% dziewcząt i 15% chłopców, w tym otyłość u 3,7% dziewcząt i 3,6% chłopców. Oblacinska

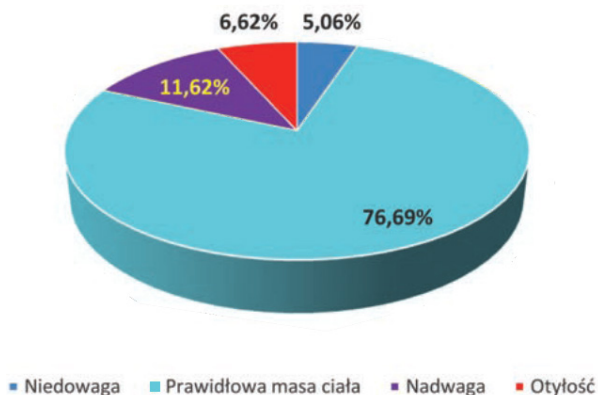
2 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/258781/COSI-report-round-1-and-2_final-for-web.pdf

i wsp. [Oblacińska,2007] w 2005 r. dokonali oceny występowania nadwagi i otyłości u chłopców i dziewcząt wieku 13–15 lat w wybranych losowo województwach naszego kraju. Do określenia nadwagi i otyłości stosowali siatki skorelowanej masy ciała do wzrostu. Autorzy pracy stwierdzili występowanie nadwagi w grupie chłopców na poziomie 11,6%, a otyłości odpowiednio – 3,3%. Badając dziewczęta, stwierdzili otyłość u 5,7% a nadwagę u 14,9% z nich.

Częstość występowania nadwagi wśród dzieci i młodzieży w latach 2007–2009 w Polsce szacowanych na podstawie badania OLAF mieści się w przedziale od 7,1–16,9%, a otyłości 2,1–5,9 %. Parametry te zależały w znacznym stopniu od wieku badanej grupy, najwyższa była w przedziale wiekowym 7–13 lat. W badaniu OLAF: „Nadwaga i otyłość dzieci i młodzieży w Polsce - epidemiologia i uwarunkowania socjoekonomiczne”, realizowanym w latach 2007–2009 r. na losowo dobranej grupie 17 573 dzieci i młodzieży w wieku 7–18 lat (badanie o szczególnym znaczeniu pod względem metodologii badawczej) stwierdzono występowanie nadwagi i otyłości u 18% chłopców i 14% dziewcząt [Kułaga, 2011].

Z badań prowadzonych przez Polskie Towarzystwo Dietetyki, w ramach programu Mądre żywienie zdrowe pokolenie na ponad 14 tysięcznej, reprezentatywnej grupie dzieci i młodzieży oraz wyliczonych wartości BMI wynika, że prawidłową masą ciała charakteryzowało się nieco ponad 76% uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych (wykres 1). Nadwaga i otyłość cechowała około 18% młodzieży [Gajewska, 2014].

Wykres 1: Masa ciała uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych według kryteriów BMI.



Źródło: Gajewska D, Harton A, Lange E, Laskowski W, Myszkowska-Ryciak J. Raport z projektu badawczo-edukacyjnego Mądre żywienie – zdrowe pokolenie. Dietetyka. Vol. 8 2/2014.

Konsekwencje rozwoju otyłości u dzieci.

Przeprowadzony został przegląd z przeglądów systematycznych z meta-analizami i zidentyfikowane zostały następujące publikacje dotyczące występowania późnych konsekwencji otyłości u dzieci :

1. Wpływ na schorzenia w wieku dorosłym

A. Simmonds 2015 [Simmonds, 2015]:

- Badania wykazały silny dodatni związek między wskaźnikiem BMI z dzieciństwa a otyłością dorosłych (iloraz szans 5,21, 95% CI: 4,50 do 6.02);
- Stwierdzono również dodatnią korelację między wysokim wskaźnikiem BMI w dzieciństwie a występowaniem chorób wieńcowych, cukrzycy i niektórych nowotworów w życiu dorosłym.
- Wskaźnik BMI dziecka nie jest dobrym czynnikiem prognostycznym otyłości w życiu dorosłym; wśród dorosłych jest więcej otyłych niż wśród dzieci i większość otyłych dorosłych nie była otyła w dzieciństwie.

2. Ryzyko chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych w wieku dorosłym

A. Lloyd 2010 [Lloyd, 2010]:

- Znalezione niewiele dowodów wskazujących na to, że otyłość u dzieci jest niezależnym czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.
- Obserwuje się zależność pomiędzy BMI w dzieciństwie i w wieku dorosłym.
- Wyniki sugerują, że występowanie podwyższonego ciśnienia tętniczego u otyłych dorosłych z bardzo niskim BMI w dzieciństwie.
- Interwencje w dzieciństwie mogą być ważne dla prewencji rozwoju otyłości u dorosłych.

B. Kelishadi 2015 [Kelishadi, 2015]:

- Niezależnie od sposobu dokonywanych pomiarów otyłości brzusznej, odkładanie się tkanki tłuszczowej u dzieci i młodzieży zwiększa ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych.
- Wyniki niektórych badań wskazują na związek nadciśnienia tętniczego ze wzrostem obwodu pasa.

C. Sanders 2015 [Sanders, 2015]:

- Otyłość i nadwaga wśród dzieci i młodzieży australijskiej wpływała na wyższe ryzyko chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych, niealkoholowego stłuszczenia wątroby oraz negatywnych zaburzeń psychologicznych (m.in. depresja, jakość życia) niż u rówieśników z prawidłową masą ciała.

D. Lloyd 2012 [Lloyd, 2012]:

- Niewiele dowodów potwierdza, że otyłość u dzieci jest niezależnym czynnikiem ryzyka zespołu metabolicznego i cukrzycy typu 2, wzrostu poziomu lipidów w osoczu, poziomu insuliny.

E. Llewellyn 2016 [Llewellyn, 2016]:

- Wysokie BMI dziecka było związane ze zwiększoną częstością występowania cukrzycy w życiu dorosłym (iloraz szans 1,70 95% CI: 1,30-2,22), choroby niedokrwiennej serca (iloraz szans 1,20, 95% CI: 1,10-1,31) oraz szeregu nowotworów.
- Otyłe dzieci są w grupie podwyższonego ryzyka otyłości w życiu dorosłym, która z kolei wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań.
- Tylko 31% przyszłych chorych na cukrzycę i 22% przyszłych chorych na nadciśnienie tętnicze i chorobę niedokrwinną serca, ma nadwagę w wieku 12 lat.

F. Hemmingsson 2014 [Hemmingsson, 2014]:

- Dorosli, którzy w dzieciństwie stosowali używki byli zdecydowanie bardziej narażeni na otyłość (iloraz szans 1,34, 95% CI: 1,24-1,45, $P < 0,001$).

3. Ryzyko wystąpienia astmy w wieku dorosłym

A. Chen 2013 [Chen, 2013]:

- Wśród dzieci z nadwagą występuje zwiększone ryzyko rozwoju astmy (ryzyko względne 1,19; 95% CI: 1,03-1,37).

Cele leczenia otyłości u dzieci

Podstawą leczenia otyłości prostej u dzieci jest wyleczenie otyłości lub zmniejszenie jej objawów – czyli mierzalnych parametrów poprzez [Kawalec, 2013]:

1. Zwiększenie aktywności fizycznej dziecka.
2. Zmianę diety (np. na redukcyjną o niskim indeksie glikemicznym, z dużą zawartością nienasyconych kwasów tłuszczowych i bogatą w błonnik).
3. Wsparcie behawioralne i budowanie efektywnych i polityk zdrowotnych w zakresie aktywności fizycznej i żywienia

Wytyczne zapobiegania otyłości u dzieci

W obszarze badań nad otyłością u dzieci podnoszone są kwestie etyczne [Holm, 2014], wytyczne dla dzieci nie są wyodrębniane i wskazywane są ogólne wskazówki dla opieki zdrowotnej nad dziećmi [Baker, 2010]. Często też otyłość u dzieci nie była postrzegana jako jednostka chorobowa [Farpour-Lambert, 2015].

Zidentyfikowano następujące wytyczne odnoszące się do profilaktyki otyłości u dzieci:

- Wytyczne ogólne dla podstawowej opieki zdrowotnej [Parks, 2010; Practical application

of the nutrition recommendations ...].

Tabela 1: Wytyczne żywieniowe w zapobieganiu otyłości i powiązanych czynników ryzyka.

Zachęć matkę dziecka do wyłącznego karmienia piersią do ukończenia 6. miesiąca życia oraz jego kontynuacji do 12. miesiąca życia lub dłużej.

Liczba kalorii zawartych w posiłku nie powinna przewyższać wartości zalecanej dla wieku.

Ogranicz objętość posiłków.

Podawaj codziennie różne owoce i warzywa, ograniczając ilość soków owocowych.

Wybieraj warzywa z każdej grupy (ciemnozielone, cytrusy, strączkowe, bogate w skrobię i inne).

Połowę spożywanego produktów zbożowych powinny stanowić produkty pełnoziarniste (z całych ziaren). Spożywaj produkty bogate w błonnik.

Jedz produkty bogate w wapń. Dzieci w wieku 2.–8. roku życia powinny dziennie wypijać dwie szklanki odtłuszczonego mleka lub mleka o małej zawartości tłuszczu, a dzieci >9. roku życia – trzy szklanki (lub ich równoważnik).

U dzieci w wieku 2.–3. roku życia tłuszcze powinny dostarczać 30–35% całkowitej ilości energii, a u dzieci w wieku 4.–18. roku życia – 25–30%.

Większość spożywanego tłuszczów powinny stanowić nienasycone kwasy tłuszczowe pochodzące z ryb, orzechów, oleju roślinnego i miękkich margaryn, a nie z masła i tłuszczów zwierzęcych.

Ogranicz spożycie pokarmów o dużej wartości energetycznej.

Wybieraj i przyrządzaj posiłki z niewielką zawartością cukru i kalorycznych słodzików. Ogranicz spożycie napojów słodzonych cukrem.

Wybieraj i przyrządzaj posiłki z niewielką zawartością soli, unikaj również solonych, gotowych potraw.

Codziennie jedz śniadanie.

Ogranicz jedzenie posiłków w restauracjach.

Spożywajcie posiłki wspólnie z całą rodziną.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Expert Committee guidelines for the prevention of childhood obesity, The 2005 dietary guidelines for Americans oraz AHA nutrition recommendations for the prevention of cardiovascular disease

Tabela 2: Zapobieganie otyłości: nawyki związane z odżywianiem się oraz spożywaniem posiłków, na które należy zwrócić uwagę w zależności od wieku.

Wiek	Zalecenia żywieniowe	Zachowania związane ze spożywaniem pokarmów
od urodzenia do 6. mż.	wyłączne karmienie piersią (jeśli możliwe); suplementacja witaminy D w dawce 400 IU/24 h u dzieci karmionych piersią	rozpoznawanie oznak głodu i sytości
6–11 mies.	wprowadzenie pokarmów uzupełniających; kontynuacja karmienia piersią; unikanie pokarmów z dużą zawartością soli, tłuszczu oraz cukru; podczas posiłku można podawać kubeczkami nie więcej niż ok. 140–210 ml 100% soków owocowych	posiłki należy spożywać przy stole, sadzając dziecko na wysokim krzeselku z oparciem i przy wyłączonym telewizorze

Wiek	Zalecenia żywieniowe	Zachowania związane ze spożywaniem pokarmów
<p>>12. mż. do wieku przedszkolnego</p>	<p>można wprowadzić mleko o zmniejszonej zawartości tłuszczu; zwróć uwagę, że nie wolno podawać dziecku napojów słodzonych ani gazowanych; wprowadź różnorodne owoce i warzywa</p>	<p>rodzice powinni dawać dziecku przykład, spożywając urozmaicone zdrowe pokarmy; spożywanie posiłków przy stole; odstawienie butelki do ukończenia 15. mż.; rodzice decydują o rodzaju posiłku oraz wielkości porcji, dziecko decyduje o tym, ile chce zjeść</p>
<p>okres przedszkolny</p>	<p>kontynuuj podawanie mleka ze zmniejszoną zawartością tłuszczu; 3 posiłki główne i 2 przekąski spożywane przy stole w obecności rodzica i przy wyłączonym telewizorze; podawaj nie więcej niż ok. 210 ml soku owocowego dziennie</p>	<p>jedzenie nie może być formą nagrody ani kary</p>
<p>okres szkolny</p>	<p>zachęć do dobierania właściwych objętości porcji; 3 posiłki główne i 1 przekąska; dziennie podawaj <420 ml 100% soku owocowego; 2 szklanki mleka o zmniejszonej zawartości tłuszczu dziennie; zachęć do spożywania pokarmów bogatych w błonnik oraz pełnoziarnistych</p>	<p>jedz posiłki przy stole przy wyłączonym telewizorze; nie trzymaj w domu produktów o dużej zawartości tłuszczu ani cukru; mniej przygotowaną zdrową przekąskę, kiedy dziecko wraca ze szkoły</p>

Wiek	Zalecenia żywieniowe	Zachowania związane ze spożywaniem pokarmów
nastolatki	3 szklanki mleka o zmniejszonej zawartości tłuszczu dziennie lub ich równoważnik	zwróć uwagę na jedzenie pod wpływem emocji, jedzenie w nocy, objadanie się oraz prowokowanie wymiotów

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [Pediatric obesity: prevention, intervention and treatment strategies for primary care](#).

Leczenie otyłości u dzieci

Przeprowadzony został przegląd z przeglądów systematycznych wraz z meta-analizami i zidentyfikowane zostały następujące metody leczenia otyłości u dzieci oraz kwestie z tym związane:

1. Obiektywna efektywność leczenia otyłości u dzieci

A. Cai L, Wu Y, Wilson RF, 2014 [Cai, 2014]:

- Efekty programów prewencji otyłości u dzieci, które łączą dietę i aktywność fizyczną: -1.64 mm Hg (95% CI: -2,56, -0,71; p = 0,001) dla ciśnienia skurczowego i -1.44 mm Hg (95% CI: -2.28, -0.60, p= 0,001) dla ciśnienia rozkurczowego.
- Interwencje łączące dietę z aktywnością fizyczną prowadzą do znacznie większego zmniejszenia ciśnienia skurczowego i rozkurczowego niż tylko interwencją oparta tylko na diecie lub tylko na aktywności fizycznej.
- Trzynaście programów (46%) miało pozytywny wpływ zarówno na parametry związane z leczeniem otyłości jak i ciśnieniem krwi; natomiast 11 programów (39%) wykazało pożądaną wpływ na parametry ciśnienia tętniczego ale bez wpływu na leczenie otyłości.
- Programy zapobiegania otyłości wśród dzieci, uwzględniające dietę i/lub aktywność

fizyczną, mają znaczący wpływ na poprawę ciśnienia krwi.

- Niezdrowy styl życia, w tym brak aktywności fizycznej i nieprawidłowe odżywianie odgrywają kluczową rolę w rozwoju nadciśnienia tętniczego.

B. Cai L, Wu Y, Cheskin LJ, 2014 [Cai, 2015]:

- Efekty programów prewencji otyłości u dzieci, które uwzględniają dietę i lub aktywność fizyczną: cholesterol całkowity $-0,97$ mg / dL (95% CI $-3,26, 1,32$; $p = 0,408$); lipoproteiny o małej gęstości (LDL-C) $-6,06$ mg / dL (95% CI: $-11,09, -1,02$; $p = 0,018$); lipoproteiny o wysokiej gęstości (HDL-C), $1,87$ mg / dL (95% przedział ufności: $0,39, 3,34$; $p=0,013$); triglicerydy $-1,95$ mg / dL (95% CI $-4,94, 1,04$; $p=0,202$).
- Większość interwencji (70%) wykazała podobny, znaczący wpływ na poziom lipidów.
- Programy zapobiegania otyłości u dzieci mają istotny wpływ na pożądane stężenie LDL-C i HDL-C. Prowadzone analizy uwidoczniły dodatkowe korzyści płynące z prowadzenia programów profilaktyki otyłości opartych na prawidłowej diecie i aktywności fizycznej.

2. Leczenie dietetyczne w połączeniu z aktywnością fizyczną, zmianą nawyków, w różnych warunkach (m.in. szkolnych, domowych, rodzinnych, społecznościach)

A. SBU 2013 [SBU, 2013]:

- Poradnictwo w zakresie nawyków żywieniowych może doprowadzić do utraty masy ciała lub zmniejszenia obwodu talii u osób otyłych.
- W krótkim okresie czasu, diety o niskiej zawartości węglowodanów są bardziej skuteczne niż te ograniczające ilość spożywanego tłuszczu.
- Porady zwiększające lub zmniejszające ilość produktów mlecznych również mogą prowadzić do utraty masy ciała.
- Nie ma dostatecznych dowodów, że diety skuteczne wśród dorosłych mogą być stosowane wśród dzieci.

B. Bleich 2013 [Bleich, 2013]:

- Zidentyfikowane badania odnosiły się wyłącznie do interwencji prowadzonych wśród dzieci w wieku 2-18 lat.
- Badania wskazują umiarkowaną siłę programów łączących dietę i aktywność fizyczną w interwencjach przeprowadzanych w społ. szkolnych w kontekście zapobiegania otyłości i nadwagi.
- Nawet jeśli indywidualne interwencje mają niewielką wagę, to skumulowane skutki mają duży potencjał.
- Wyniki uzyskane z analizy interwencji profilaktycznych otyłości dziecięcej w społecznościach lokalnych mogą być przydatne w budowaniu strategii badawczych, a także podejmowaniu decyzji dla naukowców, lekarzy i specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego.

C. Ewald 2013 [Ewald, 2014]:

- W leczeniu nadwagi i otyłości u dzieci interwencje skierowane do rodziców wydają się być tak samo skuteczne, jak i interwencje skierowane do rodziców i dzieci.

D. Klesges 2012 [Klesges, 2012]:

- Większość przypadków leczenia otyłości (98,7%) dziecka jest związanych z dietą i aktywnością fizyczną.
- Wyniki leczenia są oceniane pod względem masy ciała, BMI w 90% badań.

E. Katz 2008 [Katz, 2008]:

- Interwencje łączące leczenie dietetyczne i aktywności fizycznej są skuteczne w osiąganiu redukcji masy ciała uczniów w szkołach. Wyniki są istotne klinicznie i statystycznie.

F. Kothandan 2014 [Kothandan, 2014]:

- Dowody wskazują, że interwencje zarówno szkolne, jak i rodzinne mają znaczący wpływ na leczenie otyłości u dzieci, niemniej jednak ich skuteczność zależy od wieku dziecka oraz okresu trwania interwencji.

G. Jang 2015 [Jang, 2015]:

- Wyniki przeglądu, wskazują, że interwencje skierowane na wpływ rodziców na zdrowe nawyki u dzieci, mogą być skuteczne w ograniczeniu nadwagi i otyłości wśród dzieci w krótkim i długim okresie.
- Większość programów interwencyjnych wskazywała na poprawę wskaźnika BMI dziecka.

H. Clark 2015 [Clark, 2015]:

- Wszystkie programy zakładają uzyskanie korzyści przez dzieci z nadwagą lub otyłością. Do najlepszych efektów prowadzą interwencje wykorzystujące aktywność fizyczną oraz prostą zmianę diety. Ogólna skuteczność terapii może polegać na zdolności do wprowadzania trwałych zmian zachowań.

I. Ho 2012 [Ho, 2012]:

- Interwencje zmieniające styl życia powodowały znaczną utratę masy ciała w porównaniu z warunkami kontrolnymi bez leczenia: BMI ($-1,25 \text{ kg/m}^2$, 95% CI: 2,18 do 0,32) oraz BMI z score ($-0,10$, 95% CI: $-0,18$ do $-0,02$).
- Badania porównujące zmianę stylu życia ze standardową opieką wykazywały istotne efekty bezpośrednie (BMI $-1,30 \text{ kg/m}^2$, 95% CI: $-1,58$ do $-1,03$) jak i po roku czasu (BMI $-0,92 \text{ kg/m}^2$, 95% CI: $-1,31$ do $-0,54$).
- Interwencje dotyczące stylu życia prowadziły do znacznej poprawy stężenia lipoprotein niskiej gęstości (LDL) ($-0,30 \text{ mmol/L}$, 95% CI: $-0,45$ do $-0,15$),

trójglicerydów (-0,15 mmol / L, 95% CI: -0.24 do -0.07), poziomu insuliny (-55,1 pmol / l, 95 % CI: -271,2 do -39,1), i ciśnienia krwi po 1 roku od rozpoczęcia leczenia. Nie stwierdzono różnic w poziomie lipoprotein wysokiej gęstości.

J. Foster 2015 [Foster, 2015]:

- Multidyscyplinarne, intensywne interwencje są skuteczne w redukcji tkanki tłuszczowej wśród dzieci w wieku przedszkolnym.

K. Nagle 2013[Nagle, 2013]:

- Zostało zidentyfikowanych pięć interwencji w placówkach opieki zdrowotnej skierowanych do otyłych dzieci w Ameryce Łacińskiej. Wszystkie pięć interwencji, składające się z aktywności fizycznej i zbilansowanej diety, wykazały znaczące zmiany w BMI.

L. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Morrison K, Ciliska D i wsp. 2015 [Peirson, 2015]:

- Porównanie interwencji z grupami kontrolnymi pokazało niewielki, ale znaczący wpływ na BMI (-0,09kg/m², 95% CI: -0,16 do -0,03, I²=76%) i zBMI (standaryzowana średnia różnica -0,07, 95% CI: -0,1 do -0,03, I²=74%), zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości (ryzyko względne 0,94, 95% CI: 0,89 do 0,99, I²=0%, NNT= 51, 95% CI: 29 do 289).
- Interwencje profilaktyczne zmieniające zachowania wiążą się z poprawą wyników masy ciała w populacji dzieci i młodzieży.

M. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Morrison K, Warren R I wsp. 2015 [Peirson, 2015]:

- Leczenie behawioralne (dieta, aktywność fizyczna, zmiana nawyków zdrowotnych) i leczenie farmakologiczne (orlistat) wskazywały znaczący wpływ na BMI i zBMI (behawioralne: standaryzowana średnia różnica -0,54, 95% CI: -0,73 do -0,36; orlistat+leczenie behawioralne: standaryzowana średnia różnica -0,43, 95% CI: -0,60 do -0,25).

- W badaniach nie stwierdzono istotnych różnic między grupami. Szacunkowe wartości dla ciśnienia krwi i jakości życia wykazywały istotną korzyść na rzecz leczenia (średnie skurczowe różnice ciśnienia krwi -3,42, 95% CI: -6,65 do -0,29; ciśnienie rozkurczowe -3,39, 95% CI: -5,17 do -1,60; jakość życia 2,10, 95% CI 0,60 do 3,60).
- Problemy przewodu pokarmowego częściej występowały u dzieci i młodzieży biorącej orlistat niż w grupie kontrolnej (współczynnik ryzyka 3,77, 95% CI: 2,56 do 5,55).

N. Showell 2013 [Showell, 2013]:

- Wybrane połączone interwencje (dieta i aktywność fizyczna) miały wpływ na ilość spożywanych owoców i warzyw oraz tryb życia. Niemniej jednak siła dowodów interwencji domowych jest niska. Jest zbyt mało dowodów na wspieranie interwencji domowych u dzieci.

O. Reilly 2003 [Reilly, 2003]:

- Dane w zapobieganiu otyłości u dzieci nie są zachęcające. Chociaż interwencje obejmujące zwiększenie aktywności fizycznej lub ograniczenie siedzącego trybu życia mogą być skuteczne w leczeniu otyłości u dzieci, to wątpliwości budzi przeniesienie wyników na populację ogólną i ich kliniczne znaczenie.

P. Wilks 2011 [Wilks, 2011]:

- Wyniki badań sugerują, że otyłość nie jest silnie związana z aktywnością fizyczną: w pięciu badaniach/obserwacjach dotyczących dzieci i trzech obejmujących dorosłych nie zauważono żadnego związku.
- Mimo dobrze udokumentowanych korzyści zdrowotnych płynących z aktywności fizycznej, należy stwierdzić, iż nie może być ona jedynym wyznacznikiem nadmiernego przyrostu masy ciała.

Q. Wang 2015 [Wang, 2015]:

- Umiarkowanie silne dowody potwierdzają skuteczność działania interwencji szkolnych w zapobieganiu otyłości u dzieci.
- Pięć interwencji łączących dietę i aktywność fizyczną wskazywało na istotne różnice dla standardowego odchylenia (z-score) BMI w grupie interwencyjnej -0,05 (95% CI: -0,10, -0,01, $p=0,025$); dla 9 interwencji ogólna średnia różnica BMI -0,30 kg / m²(95% CI: -0,45, -0,15, $p<0,001$) na korzyść grup interwencyjnych.

R. Naylor 2015 [Naylor, 2015]:

- Odnotowano pozytywny związek między wdrażaniem interwencji i co najmniej jednym efektem zdrowotnym.

S. Schwingshackl 2015 [Schwingshackl, 2015]:

- Wykazano korzystny wpływ diety o niskim indeksie glikemicznym u dzieci i młodzieży z nadwagą/otyłością.

3. Wpływ na osiągnięcia szkolne i zdrowie psychiczne

A. Martin 2014 [Martin, 2014]:

- Szkolne interwencje profilaktyczne obejmujące zmianę stylu życia i/lub aktywność fizyczną wpływały w niewielkim stopniu na poprawę osiągnięć szkolnych (średnia różnica 1,78 punktów na skali od 0 do 100; 95% CI: 0,8 do 2,76; $p<0,001$; N=321; średnia jakość danych).
- Interwencja obejmująca wyłącznie aktywność fizyczną, przyczyniała się do nieznacznej poprawy osiągnięć z matematyki (średnia różnica 3,00 punkty w skali od 1 do 200, 95% CI: 0,78 do 5,22; wartość $P=0,008$; jedno RTC, N=96, wysoka, jakość dowodów). Ryzyko błędu było niskie dla większości ocenianych elementów.
- Pomimo dużej liczby prób leczenia otyłości u dzieci nie ma dostatecznych dowodów ich wpływu na zdolności poznawcze i osiągnięcia szkolne.

B. Hoare 2015 [Hoare, 2015]:

- Istnieje pozytywny wpływ interwencji zapobiegających otyłości na zdrowie psychiczne i dobre samopoczucie, choć jest on niewystarczający, aby brać go pod uwagę.

4. Zastosowanie nowych technologii

A. Smith 2013 [Smith, 2013]:

- Interwencje zdrowotne wykorzystujące technologie informacyjne poprawiły dostępność leczenia otyłości oraz wartości programów przesiewowych. Niemniej jednak wpływ IT na utratę masy ciała i stan zdrowia pozostaje niewyjaśniony. Bardziej interaktywne i czasochłonne interwencje mogą być bardziej skuteczne klinicznie jeśli będą wykorzystywać technologie informatyczne.

B. Lu 2013 [Lu, 2013]:

- Rośnie zainteresowanie wykorzystaniem gier video w zapobieganiu i leczeniu otyłości. Pozytywne efekty obserwowano w około 40% badań obejmujących osoby z nadwagą lub otyłością.

5. Leczenie dzieci małych i w wieku przedszkolnym

A. Flynn 2006 [Flynn, 2006]:

- Większość programów interwencyjnych skierowana była do dzieci w wieku 6-11 lat, a tylko 6% programów do dzieci do 5 roku życia.
- Szybki przyrost masy ciała w ciągu pierwszych 6 miesięcy życia jest czynnikiem ryzyka wystąpienia nadwagi w dzieciństwie i wczesnej dorosłości.

- Mniej niż 3% programów realizowanych jest w domu, dlatego też konieczne jest większe zaangażowanie rodziców, którzy mogą mieć kluczowe znaczenie w profilaktyce nadwagi i otyłości.

B. Bond 2009 [Bond, 2009]:

- W 12 miesięcznej obserwacji nie stwierdzono istotnych różnic między grypami, zaobserwowano trend wpływu programów interwencyjnych na obniżenie wskaźnika BMI dotyczący badań prowadzonych w USA.
- Ogólny wniosek: brak badań poświęconych leczeniu otyłości i jej opłacalności wśród dzieci poniżej 5 roku życia.
- Rekomendacja dla prowadzenia badań mających na celu określenie relacji między programami profilaktycznymi a ich opłacalnością w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym.
- Zwrócono uwagę, iż na efektywność programów zapobiegania otyłości mogą mieć wpływ takie aspekty jak: efektywność szkoleń personelu prowadzącego interwencję, wrażliwość kulturowa; podtrzymywanie umiarkowanego wysiłku fizycznego oraz porady dietetyczne dla rodziców, aktywne zaangażowanie rodziców w procesy edukacyjne dot. zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.

C. Monasta 2011 [Monasta, 2011]:

- Cztery badania przeprowadzono w placówkach przedszkolnych, jedno zawierało komponent edukacyjny, dwa aktywność fizyczną i jedno oba komponenty.
- Żadna z interwencji nie miała wpływu na zapobieganie nadwadze i otyłości u dzieci w wieku przedszkolnym.

D. Barkin 2012 [Barkin, 2012]:

- Interwencja, w której uczestniczyli rodzice i dzieci w wieku przedszkolnym, pochodzenia latynoamerykańskiego, spowodowała zmniejszenie bezwzględnej wartości BMI ($-0,59$ $P= 0,001$) w okresie prowadzonych badań, wskazując

skuteczność u dzieci otyłych.

- Umiejętność budowania interwencji angażujących zarówno dzieci, jak i rodziców pozwalają na wprowadzenie zmian w stylu życia w krótkim czasie.

E. Pitangueira 2015 [Pitangueira, 2015]:

- Programy interwencyjne oparte na doradztwie (wyłącznie) są skuteczne w promowaniu zmian nawyków żywieniowych, ale powodują niewielkie zmiany parametrów antropometrycznych.

F. Ling 2016 [Ling, 2016]:

- Interwencje prewencyjne w szkołach są skuteczne. Niemniej jednak zaprezentowane skutki interwencji szkolnych są rozczarowujące, tylko 5 z 16 pokazuje znaczące pozytywne zmiany.
- Interwencje lecznicze w porównaniu z interwencjami profilaktycznymi są bardziej skuteczne.
- Przyszłe profilaktyczne programy interwencyjne powinny być kierowane zarówno do rodziców, jak i dzieci i powinny koncentrować się na edukacji żywieniowej oraz aktywności fizycznej.

6. Karmienie piersią i kobiety w ciąży

A. Thangaratinam 2012 [Thangaratinam, 2012]:

- Metaanaliza 30 badań kobiet w ciąży wykazała wpływ interwencji w postaci całkowitego zmniejszenia przyrostu masy ciała w grupie badanej o 0,97 kg w porównaniu do grupy kontrolnej (95% CI -1,60 -0,34 kg, $p=0,003$).
- Największe zmniejszenie masy ciała wykazano wśród ciężarnych w grupie interwencji dietetycznej (MD - 3,36 kg).
- Redukcja masy ciała wpływała na zmniejszenie częstości występowania przypadków

stanu przedrzucawkowego (ryzyko względne 0,74, 95% CI: 0,59 – 0,92; $p=0,003$) i niewspółmierności barkowej (ryzyko względne 0,39, 95% CI: 0,22 do 0,70; $p = 0,02$).

- Stosowanie diety w ciąży przekłada się na zmniejszenie ryzyka wystąpienia stanu przedrzucawkowego (ryzyko względne 0,67, 95% CI: 0,53 do 0,85; $p = 0,0009$), nadciśnienia indukowanego ciążą (ryzyko względne 0,30, 95% CI: 0,10 do 0,88; $p = 0,03$) i porodu przedwczesnego (ryzyko względne 0,68, 95% CI: 0,48 do 0,96; $p = 0,03$).
- Metaanaliza 28 badań niemowląt wykazała dla grupy gdzie była zastosowana interwencja, znaczne zmniejszenie urodzeniowej masy ciała narodzonego dziecka (średnia różnica -0,07 kg).
- Interwencje dietetyczne oraz zawierające element aktywności fizycznej skutecznie zmniejszają przyrost masy ciała u kobiet ciężarnych.

Czynniki mające wpływ na rozwój otyłości u dzieci – na podstawie przeglądu literatury

Na podstawie przeglądu literatury zidentyfikowano następujące doniesienia dotyczące czynników mających wpływ na rozwój otyłości u dzieci, oparte o dane z dużych populacji:

1. Cunnigham 2014 (n=7738) [Cunnigham, 2014]:

- Wśród dzieci które zaczęły uczęszczać do przedszkola (średnio w wieku 5,6 lat) 12,4% było otyłych, a następnie 14,9% miało nadwagę. W wieku 14,1 lat otyłych było 20,8% dzieci a następnie 17% miało nadwagę.
- Wystąpienie nowych przypadków otyłości pomiędzy 5 a 14 rokiem życia jest pięciokrotnie bardziej prawdopodobne dla dzieci, które w momencie rozpoczęcia

uczęszczania do przedszkola miały już nadwagę (31,8% vs. 7,9%).

- Ryzyko wystąpienia nowego przypadku otyłości w ciągu roku, w grupie dzieci pięcioletnich wyniosło 5,4% a po ośmiu latach obserwacji spadło do 1,7%.
- Wśród dzieci, które stały się otyłe pomiędzy 5 a 14 rokiem życia, 75% było powyżej 70 percentyla BMI w wieku 5 lat.

2. Taveras 2011 (n=44 622) [Taveras, 2011]:

- Wzrost masy ciała o 2 percentyle, w pomiarze masy i długości ciała było powszechne w pierwszych 6 miesiącach życia dziecka (43%) i mniej powszechne w następnych odstępach czasu.
- Wzrost masy do długości ciała o co najmniej 2 percentyle w ciągu pierwszych 24 miesięcy życia dziecka w porównaniu do podwyższenia o mniej niż 2 percentyle, było związane ze zwiększeniem ryzyka rozwoju otyłości w 5 roku życia (iloraz szans 2,08 CI 95% 1,84-2,34) i 10 roku życia (1,75, 1,53-2,00).
- Wysiłki mające na celu ograniczenie nadmiernego wzrostu masy u niemowląt mogą okazać się użyteczne w prewencji otyłości.

3. Dubois 2006 (n=2103) [Dubois, 2006]:

- Dziecko z przyrostem masy ciała w najwyższym kwintylu pomiędzy urodzeniem a 5 miesiącem życia podwaja ryzyko nadwagi w wieku 4,5 roku.
- Palenie tytoniu przez matkę w czasie ciąży podwaja ryzyko nadwagi w wieku 4,5 lat.
- Wysoki odsetek dzieci z wysoką masą urodzeniową (powyżej 4000 gram) ma nadwagę w wieku 4,5 roku.

4. Mei 2004 (n=10 844) [Mei, 2004]:

- Zmiana tempa wzrostu (podwyższenie percentyla) dotyczyła najczęściej dzieci w wieku do 6 miesięcy, rzadziej dzieci w wieku od 6 do 24 miesięcy, a najrzadziej dzieci w wieku od 24 do 60 miesięcy.

5. Jounala 2011 (n=6 328) [Jounala, 2011]:

- Dzieci z nadwagą lub otyłością, które pozostają otyłe, jako dorośle mają istotnie zwiększone ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 (ryzyko względne 5,4; 95% CI: 3,4 do 8,5), nadciśnienia tętniczego (ryzyko względne 2,7; 95% CI 2,2, to 3,3), podwyższenia poziomu cholesterolu LDL (ryzyko względne 1,8; 95% CI: 1,4 do 2,3), obniżenia poziomu cholesterolu HDL (ryzyko względne 2,1; 95% CI: 1,8 do 2,5), podwyższonego poziomu trójglicerydów (ryzyko względne 3,0; 95% CI: 2,4 do 3,8) miażdżycy tętnic szyjnych (ryzyko względne 1,7; 95% CI: 1,4 do 2,2) (dla wszystkich porównań $P \leq 0.002$).
- Redukcja nadwagi i otyłości występującej u dzieci zmniejsza to ryzyko do takiego samego poziomu, jaki występuje u dorosłych, którzy nigdy nie mieli nadwagi.

Na podstawie przedstawionych publikacji możemy wskazać, że otyłość zwiększa ryzyko wystąpienia wielu chorób o znaczeniu społecznym, m.in. takich jak cukrzyca typu 2, choroby układu sercowo-naczyniowego, niektóre typy nowotworów czy astma. Występowanie otyłości u dzieci jest czynnikiem predysponującym do wystąpienia otyłości w dorosłym życiu i zagrożenia wspomnianymi chorobami społecznymi.

Epidemia otyłości zaczyna dotyczyć coraz młodszych dzieci. W momencie rozpoczęcia nauki w szkole, ok 15% dzieci w Polsce ma już nieprawidłową masę ciała. Profilaktyki i leczenie otyłości staje się potrzebne u coraz młodszych dzieci.

W przeglądzie systematycznym literatury pojawiły się pierwsze publikacje wskazujące na efektywność interwencji u dzieci obejmujących poradnictwo dietetyczne i wykształcanie prawidłowych nawyków żywieniowych:

1. Mustiła 2011 [Mustiła, 2011]:

- Celem badania była ocena efektów intensywnego poradnictwa dietetycznego na masę ciała dziecka w ciągu jego pierwszych 4 lat życia.
- Metoda: badanie RCT w warunkach POZ w Finlandii, włączenie do badania 2004 – 2006, obserwacja do 2010 roku.
- Populacją badaną były matki dzieci w wieku 2-10 miesięcy (n=89).
- Badaną interwencją była porada dietetyczna i porada na temat aktywności fizycznej, którą porównywano ze standardową opieką.
- W trakcie badania dokonywano pomiarów: wzrostu i masy dziecka, BMI, oraz badano odsetek matek powracających do masy ciała sprzed ciąży.
- Wyniki: wzrost BMI z-score pomiędzy 24 a 48 miesiącem życia był wolniejszy w grupie badanej (-0,034 - -0,002; p=0,028) w porównanie do grupy kontrolnej.
- Wnioski przedstawiają się następująco: porady dietetyczne dla matek w pierwszym roku życia dziecka, mogą być skuteczne w spowolnieniu wzrostu masy ciała u dzieci do 4 roku życia.

2. Resnicow 2015 [Resnicow, 2015]:

- Celem badania była ocena wpływu wywiadu motywującego i porad dietetycznych dla rodziców na masę ciała dzieci w wieku od 2 do 8 lat.
- Przyjęta metoda: badanie RCT w warunkach POZ w USA.
- Populacją badaną były dzieci otyłe w wieku 2-8 lat będące pod opieką pediatrów z 42 ośrodków (n=645).
- Badaną interwencją był program, na który składał się wywiad motywujący przeprowadzany przez pediatrów (4 sesje) i porady dietetyków (6 sesji).
- Na grupę kontrolną składała się:
 - i. Grupa poddana standardowej opiece;
 - ii. Grupa, wśród której został przeprowadzony wywiad motywujący przeprowadzany

przez pediatrów (4 sesje).

- Pomiar: Percentyl BMI dziecka po 2 latach obserwacji. W trakcie badania dokonywano pomiarów BMI. Wyniki: Po 2 latach obserwacji spadek percentyla BMI dla grupy badanej wyniósł 4,9 i był statycznie niższy ($P=0,02$) od spadku w grupie objętej standardową opieką.
- Wnioski przedstawiają się następująco: wywiad motywujący i porady dietetyczne dla rodziców dzieci w wieku przedszkolnym przekładają się na redukcję BMI po 2 latach obserwacji otyłych dzieci pomiędzy 2 a 8 rokiem życia.

Profilaktyka otyłości – przykłady dobrych praktyk

	Działania/nazwa	Kraj	Charakterystyka
1.	Program Zdrowe żywienie od samego początku	Austria	Program skierowany do kobiet i rodzin małych dzieci, mający na celu kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych w oparciu o materiały edukacyjne (tj. tabele żywienia niemowlęcia oraz małego dziecka), które zostały opracowane przez ekspertów (WHO. 2017). Reducing childhood obesity in Poland by effective policies, s. 18, dostępne na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/350030/Reducing-childhood-obesity-in-Poland_final_WEB.pdf?ua=1 .

	Działania/nazwa	Kraj	Charakterystyka
2.	Narodowy Program Profilaktyki Otyłości 2012-2018	Finlandia	<p>Program koordynowany jest przez Narodowy Instytut Zdrowia i Opieki Społecznej (THL) i ma na celu osiągnięcie tendencji spadkowej w zakresie otyłości w celu poprawy zdrowia i dobrobytu. Oprócz głównego celu, istnieje wiele celów podrzędnych zarówno dla całej populacji, jak i dla konkretnych grup wiekowych. Najważniejszą grupą priorytetową programu są dzieci i rodziny. Rodziny otrzymują aktualne informacje i usługi, które pomagają w wyborze zdrowego trybu życia oraz rozwijają kompetencje rodzin. Wsparcie udzielane jest również kobietom w okresie ciąży i wczesnego macierzyństwa. Dzieci i rodziny są indywidualnie konsultowane, a ich rozwój regularnie monitorowany w klinikach położnych, jak również jednostkach sprawujących opiekę nad dzieckiem (przedszkola, szkoły). Na szeroką skalę prowadzone są również działania edukacyjne, mające na celu kształtowanie prawidłowych nawyków już we wczesnym dzieciństwie. W ramach programu, również w jednostkach wczesnoszkolnej opieki dziennej podejmowane są działania zachęcające rodziny do dbania o zdrowe odżywianie.</p> <p>(https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-expertwork/projects-and-programmes/the-national-obesity-programme-2012-2015)</p>

	Działania/nazwa	Kraj	Charakterystyka
3.	<p>Effective Provision of Pre-School Education</p> <p>Program zdrowe dziecko.</p>	Wielka Brytania	<p>Program opierający się na edukacji w okresie wczesnego dzieciństwa, jak również wpływie środowiska domowego na kształtowanie postaw w życiu dorosłym, w tym także postaw zdrowego stylu życia. (WHO. 2017). Reducing childhood obesity in Poland by effective policies, s. 19, dostępne na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/350030/Reducing-childhood-obesity-in-Poland_final_WEB.pdf?ua=1)</p> <p>Program zawiera wskazówki dotyczące zapobiegania otyłości w ciąży i pierwszych latach życia, a także otyłości u dorosłych. Wskazuje na zasadność podejmowania następujących działań: (1) przeprowadzanie porad dotyczących zdrowego odżywiania podczas ciąży; (2) popularyzacja karmienia piersią; (3) identyfikacja dzieci i rodzin zagrożonych w większym stopniu otyłością (np. rodzin gdzie matka albo ojciec ma nadwagę lub otyłość); (4) zachęcanie do aktywnego stylu życia; (5) zapewnienie łatwego dostępu do profesjonalnych porad żywieniowych. (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/167998/Health_Child_Programme.pdf)</p>
	Gmina Tepebasi	Turcja	<p>Wsparcie udzielane matkom przed narodzeniem dziecka, jak również w okresie wczesnego dzieciństwa mające na celu wyeliminowanie nierówności na starcie. Wsparcie udzielane jest w placówkach lokalnych (domy kultury i inne placówki kulturalne).</p>

	Działania/nazwa	Kraj	Charakterystyka
	Program skierowana do otyłych kobiet w ciąży	Szwecja	<p>Działania polegają na kształtowaniu właściwych postaw żywieniowych oraz promocji aktywności fizycznej, mającej na celu kontrolę wzrostu masy ciała w okresie ciąży, jak również po narodzinach dziecka.</p> <p>(http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2017/06/ja-chrodis_wp5_outcome-at-a-glance_2017-06_final.pdf)</p>
	Let's Take on Childhood Obesity	Irlandia	<p>Działania skierowane do małych dzieci i ich rodziców, polegające na przekazaniu wiedzy dot. bezpieczeństwa żywienia. Działania mają na celu zachęcenie rodziców małych dzieci do zmian nawyków żywieniowych, które mogłyby mieć znaczący wpływ na przyszłe zdrowie dzieci, jak również uświadomienie im wyzwań zdrowotnych spowodowanych nadwagą w dzieciństwie. W ramach realizacji projektu, za pośrednictwem żłobków, przedszkoli, gabinetów lekarskich i pielęgniarskich, rodzicom zostały m.in. przekazane broszury edukacyjne.</p>
	Program TOYBOX	Grecja	<p>Program zapobiegania nadwadze i otyłości w dzieciństwie oraz życiu dorosłym bazujący na przedszkolu i rodzinie, skupiający się na promocji zdrowych nawyków żywieniowych. Jego głównym celem jest zapobieganie nadwadze lub otyłości we wczesnym dzieciństwie. Program opiera się na wykorzystaniu nowoczesnych technologii oraz istniejącej infrastruktury systemu opieki zdrowotnej. W ramach projektu prowadzona jest rejestracja danych antropometrycznych, oraz edukacja z zakresu zdrowego żywienia. Programem objęte są dzieci już od okresu prenatalnego.</p> <p>(www.childhood-obesity.gr)</p>

	Działania/nazwa	Kraj	Charakterystyka
	Program Equalianse	Francja	<p>Program ma na celu promowanie zrównoważonej diety i zapobieganie otyłości u dzieci. Program skierowany jest m.in. do dzieci w wieku przedszkolnym i ich rodziców. Opiera się na edukacji żywieniowej prowadzonej przez dietetyków, mającej na celu podniesienia świadomości małych dzieci i ich rodziców o zaletach zdrowej, zróżnicowanej i zbilansowanej diety. Informuje i orientuje rodziców na zasady zdrowego stylu życia. Oprócz działań edukacyjnych, w ramach programu lekarze POZ/lekarze w placówkach edukacyjnych raz do roku monitorują wskaźnik BMI.</p> <p>(https://www.equalianse.fr/actions/auprès-des-enfants/)</p>
	Krajowy program zapobiegania otyłości u dzieci	Meksyk	<p>Kompleksowy program prewencji otyłości. Program opiera się na edukacji, mającej na celu pokazanie, jak zapewnić dzieciom i nastolatkom niezbędne składniki odżywcze dla ich zdrowego i odpowiedniego wzrostu i rozwoju. Jest realizowany w jednostkach medycyny rodzinnej, gdzie mierzy, waży się, ocenia stan odżywienia z wartościami wskaźnika masy ciała (BMI) dzieci oraz promuje zdrowe odżywianie i codzienne ćwiczenia, jak również w placówkach opieki społecznej i ośrodkach wiejskich.</p> <p>http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/obesidad-menoredad)</p>

Dostępność porad dietetycznych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia w 2015 roku

Porady dietetyczne są kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach świadczeń z zakresu chorób metabolicznych. Na terenie całej Polski Oddziały Wojewódzkie zawarły kontrakt na świadczenia z zakresu chorób metabolicznych z 87 placówkami. Łączna wartość kontraktów w 2016 roku opiewa na kwotę 150 452 074 zł. Spośród 87 poradni leczeniem otyłości zajmują się 2 placówki. W tabeli poniżej znajdują się dane dotyczące wielkości kontraktów i liczby podmiotów w rozbiciu na wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tabela 3: Kontrakty wojewódzkich oddziałów NFZ z zakresu chorób metabolicznych [Opracowanie własne]

Lp.	Województwo	Liczba placówek z kontraktem NFZ	Wartość świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
1.	Dolnośląskie	2	8 574 876,40 PLN
2.	Kujawsko-Pomorskie	3	1 943 996,40 PLN
3.	Lubelskie	2	1 158 533,94 PLN
4.	Lubuskie	0	0,00 PLN
5.	Łódzkie	6	5 514 988,70 PLN
6.	Małopolskie	6	20 296 309,99 PLN
7.	Mazowieckie	12	33 402 321,09 PLN
8.	Opolskie	1	1 119 077,20 PLN
9.	Podkarpackie	4	7 640 734,30 PLN

Lp.	Województwo	Liczba placówek z kontraktem NFZ	Wartość świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
10.	Podlaskie	1	31 384,00 PLN
11.	Pomorskie	2	9 640 296,95 PLN
12.	Śląskie	26	36 590 403,90 PLN
13.	Świętokrzyskie	7	5 140 854,97 PLN
14.	Warmińsko-Mazurskie	4	4 245 812,50 PLN
15.	Wielkopolskie	7	5 627 330,28 PLN
16.	Zachodniopomorskie	4	9 525 153,80 PLN
	Polska łącznie:	87	150 452 074,42 PLN

Warunkiem rozpoczęcia leczenia w poradni dietetycznej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia jest uzyskanie skierowania od lekarza pierwszego kontaktu i wartość BMI powyżej 30 kg/m². Dostęp do porady dietetycznej dla rodziców małych dzieci jest praktycznie niemożliwy.

Opisana powyżej sytuacja braku dostępu do skutecznego leczenia dietetycznego otyłości dzieci oraz przedstawione dane i dowody naukowe pozwoliły na opracowanie propozycji zmian systemowych.

Program profilaktyki otyłości u dzieci – propozycja uzgodniona ze środowiskami ekspertów, dietetyków, pielęgniarek, lekarzy i rodziców

Z uwagi na narastający problem nadwagi i otyłości wśród dzieci w Polsce niezbędne staje się wdrożenie zasad postępowania, dotyczących pierwotnej i wtórnej profilaktyki otyłości oraz badań przesiewowych dzieci w kierunku nieprawidłowej masy ciała.

Jedną z przyczyn narastania otyłości wśród dzieci są nieprawidłowe nawyki żywieniowe, które zgodnie z ostatnimi wynikami badań zaczynają się kształtować już w pierwszych miesiącach życia.

W ocenie ekspertów, dietetyków, pielęgniarek, lekarzy i rodziców, którzy wspólnie opracowali i w grudniu 2015 roku przedłożyli do resortu zdrowia propozycję skutecznego programu profilaktyki otyłości u dzieci, dostosowany do realiów polskiego systemu ochrony zdrowia, powinien składać się z trzech elementów:

1. **kształtowania prawidłowych zachowań** żywieniowych u wszystkich dzieci i ich rodziców – prewencja pierwotna;
2. **wykonywania testów przesiewowych** w kierunku wykrywania nieprawidłowej masy ciała w wybranych grupach wieku dziecka;
3. **korekty nieprawidłowych zachowań żywieniowych u dzieci ze stwierdzoną nadwagą** – prewencja wtórna, a w przypadku dzieci otyłych – leczenie otyłości.

W kształtowaniu prawidłowych zachowań żywieniowych mogą być pomocne:

- a) poradnictwo dietetyczne skierowane do wszystkich kobiet w ciąży, ukierunkowane na stosowanie prawidłowo zbilansowanej diety w czasie ciąży i w okresie laktacji;
- b) promocja karmienia piersią jako czynnika chroniącego przez otyłością matkę oraz dziecko i nastolatka;
- c) poradnictwo dietetyczne skierowane do rodziców lub opiekunów wszystkich dzieci od 6 miesiąca życia do 3 roku życia, ukierunkowane na prawidłowe żywienie niemowląt małych dzieci.

Program prewencji pierwotnej otyłości u dzieci mógłby przedstawiać się następująco:

Kobiety w ciąży

Porada wstępna – realizowana przez położną w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub w ramach edukacji przedporodowej przez położną podstawowej opieki zdrowotnej, składająca się z następujących elementów:

1. Pierwsza wizyta we wczesnym okresie ciąży (10-17 tydzień ciąży): pomiary antropometryczne (wysokość, masa ciała); zebranie informacji o masie ciała pacjentki w okresie prekoncepcyjnym;
2. Zebranie danych dotyczących stylu życia kobiet w ciąży, ankieta żywieniowa,
3. Informacja o zasadach prawidłowego żywienia w ciąży. Informacja o możliwości skorzystania z porady dietetyka i przygotowanie skierowania na poradę dietetyczną.

Porada dietetyczna – realizowana przez dietetyków w poradniach dietetycznych (w ramach AOS) składająca się z następujących elementów:

1. Zebranie informacji o sposobie żywienia kobiet w ciąży (10 min.);
2. Ocena zwyczajowego sposobu żywienia w odniesieniu do aktualnych norm (10 min.);

3. Omówienie zasad żywienia w poszczególnych trymestrach ciąży i w okresie laktacji oraz konsekwencji nieprawidłowo zbilansowanej diety (10 min.);
4. Przekazanie indywidualnych zaleceń dietetycznych i materiałów edukacyjnych (10 min.).

Dzieci w wieku od 6 miesięcy do 3 lat i ich rodzice/opiekunowie

Porada wstępna – realizowana przez pielęgniarkę pediatryczną lub rodzinną w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, składająca się z następujących elementów:

1. Pomiary antropometryczne (długość/wysokość, masa ciała), określenie proporcji wagowo-wzrostowych lub wskaźnika BMI oraz ocena wyników pomiarów przy użyciu siatek centylowych;
2. Zebrania informacji, wywiad żywieniowy o praktykach żywieniowych w domu rodzinnym (rodzice – dziecko),
3. Określenie błędów w zakresie żywienia w domu rodzinnym oraz deficytów wiedzy w zakresie żywienia;
4. Edukacja zdrowotna dotycząca zidentyfikowanych i udokumentowanych błędów żywieniowych i wiedzy dotyczącej żywienia oraz udokumentowana ocena skuteczności edukacji (rodzic zna i stosuje, umie i rozumie). Informacja o możliwości skorzystania z porady dietetyka i skierowanie na konsultację dietetyczną;
5. Wyodrębnienie i zgłoszenie do pediatry lub lekarza POZ dzieci z nadwagą wymagających interwencji żywieniowej i z otyłością – wymagających specjalistycznego leczenia

Porada dietetyczna – realizowana przez dietetyków w poradniach dietetycznych (w ramach AOS) składająca się z następujących elementów:

1. Zebranie informacji o sposobie żywienia w rodzinie (10 min.);
2. Omówienie zasad prawidłowej diety dziecka (10 min.);
3. Przekazanie indywidualnych zaleceń dietetycznych (10 min.).

Powyższy schemat postępowania pozwoliłby na objęcie procesem edukacji z zakresu

zasad zdrowego żywienia wszystkich kobiet w ciąży i rodziców wszystkich dzieci w Polsce w wieku 6 mcy – 3 r.ż.

Nadmierna masa ciała (nadwaga i otyłość), będąca także następstwem błędów żywienia dzieci występuje u około 20% dzieci w wieku 7-18 lat w Polsce. Z badań Olaf przeprowadzonych przez Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”, wynika, że 18,6% przebadanych chłopców i 14,5% dziewczynek ma nadwagę lub otyłość. Z badań przeprowadzonych pod kierownictwem prof. Haliny Weker, obejmujących dzieci w wieku 13-36 mcy wynika, że 55% dzieci w tym wieku ma nieprawidłową masę ciała.

<http://www.1000dni.pl/wyniki-badan-o-1000-dniach/25-zywienie-13-36-miesiacy>

Badania profilaktyczne realizowane zgodnie z standardami pozwalają na przeprowadzenie screeningu w kierunku nadmiernej masy ciała i podjęcie działań w kierunku korekty nieprawidłowych zachowań żywieniowych u dzieci ze stwierdzoną nadwagą i otyłością przez pielęgniarkę pediatryczną oraz dietetyka.

Schemat programu badań przesiewowych i prewencji wtórnej otyłości u dzieci w wieku od 6 miesięcy do ukończenia 3 lat mógłby przedstawiać się następująco:

Porada wstępna - realizowana przez pielęgniarkę pediatryczną lub rodzinną w ramach podstawowej opieki zdrowotnej składająca się z następujących elementów:

1. Pomiary antropometryczne (długość ciała/wysokość, masa ciała), określenie proporcji wagowo-wzrostowych lub wskaźnika masy ciała (Body Mass Index - BMI) oraz ocena wyników pomiarów przy użyciu siatek centylowych;
2. Identyfikacja dzieci ze wskaźnikiem $5c \geq BMI \geq 85$ centyla;
3. Podstawowa ocena rozwoju psychomotorycznego;
4. Zebranie informacji o praktykach i zachowaniach żywieniowych;
5. Określenie błędów w zakresie żywienia w domu rodzinnym oraz deficytów wiedzy w zakresie żywienia;
6. Edukacja zdrowotna dotycząca zidentyfikowanych i udokumentowanych błędów w zakresie żywienia i wiedzy dotyczącej żywienia oraz udokumentowana ocena skuteczności edukacji. Informacja o możliwości skorzystania z porady dietetyka i skierowanie na konsultację dietetyczną dzieci ze wskaźnikiem $5c \geq BMI \geq 85c$ oraz dzieci ze znacznymi, określonymi w ankiecie żywieniowej błędami żywieniowymi bez istotnych zaburzeń stanu odżywienia.

Porada dietetyczna – realizowana przez dietetyków w poradniach dietetycznych składająca się z następujących elementów:

Wizyta pierwszorazowa:

1. Pomiary antropometryczne (długość ciała/wysokość, masa ciała), określenie proporcji wagowo-wzrostowych lub wskaźnika masy ciała (Body Mass Index - BMI) oraz interpretacja wyników pomiarów przy użyciu siatek centylowych (5 min);
2. Ocena zwyczajowego sposobu żywienia i postawienie diagnozy żywieniowej (20 min);
3. Pogłębiona analiza jakościowa i ilościowa diety oraz popełnianych błędów żywieniowych (20 min.);
4. Przekazanie indywidualnych zaleceń dietetycznych (15 min.);
5. Zaplanowanie kolejnej porady dietetycznej.

Wizyta kolejna:

1. Pomiary antropometryczne (długość ciała/wysokość, masa ciała), określenie wskaźnika masy ciała (Body Mass Index - BMI), ocena wyników pomiarów przy użyciu siatek centylowych i kontrola postępów w zakresie normalizacji masy ciała (10 min);
2. Ocena przestrzegania zaleceń dietetycznych oraz analiza wartości odżywczej diety (20 min.);
3. Analiza barier we wprowadzaniu zaleceń dietetycznych w przypadku braku efektów poradnictwa i sformułowanie nowych celów terapeutycznych lub podtrzymanie dotychczasowych zaleceń w przypadku pacjentów z udokumentowaną skutecznością leczenia dietetycznego (20 min.).

Zgodnie z § 16 ust. 12 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzonych na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. (Dz. U. poz. 1400 z późn. zm.), określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń, Prezes Funduszu może ustalać współczynniki korygujące mające na celu w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń. Oznacza to możliwość finansowania świadczeń w AOS o wyższej jakości z wykorzystaniem współczynnika korygującego, stanowiącego procent wartości kontraktu dla świadczeniodawcy. Ten mechanizm może stanowić możliwy do wdrożenia w obecnych warunkach, bez dokonywania zmian w koszyku świadczeń, mechanizm finansowania porad dietetycznych w AOS. W tym ujęciu świadczeniodawcy zatrudniający dietetyka mogliby otrzymywać wyższą wycenę punktową w konkursie ofert oraz dodatkowe

środki na pokrycie kosztów porad żywieniowych dla kobiet w ciąży z wykorzystaniem współczynnika korygującego.

Koszt wprowadzenia zmian systemowych

Skalkulowany koszt wdrożenia Programu Profilaktyki Otyłości u Dzieci, biorąc pod uwagę jego ogólnonarodowy charakter, wydaje się być niewielki.

Przy założeniu, że:

- rocznie w Polsce rodzi się 376 tysięcy dzieci;
- na wizyty kontrolne do pielęgniarek i położnych zgłasza się 70% pacjentów i pacjentek;
- koszt 1 porady dietetyka to 30 zł;
- na aktywne poradnictwo będą się składać 4 porady dietetyka;
- aktywne poradnictwo będzie dotyczyć 20% dzieci z nadwagą lub otyłością;

realne roczne koszty wprowadzenia proponowanych zmian systemowych osiągną 22 108 800 zł. Maksymalny roczny koszt przygotowanego programu to 38 352 000 zł.

Wysokość planowanych kosztów w rozbiciu na poszczególne składowe znajduje się tabeli poniżej.

Tabela 4: Koszty proponowanych zmian systemowych w podziale na składowe [Opracowanie własne]

	Koszt przewidywany	Koszt maksymalny
Porada dla kobiet w ciąży	7 896 000 zł	11 280 000 zł
Porada dla rodziców i dzieci	7 896 000 zł	11 280 000 zł
Interwencja dietetyczna	6 316 800 zł	15 792 000 zł
Koszty całkowite	22 108 800 zł	38 352 000 zł

Rekomendacje WHO w zakresie profilaktyki otyłości dzieci

Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała w 2012 roku rekomendacje w zakresie prewencji otyłości dziecięcej na poziomie populacyjnym. Wśród powyższych zaleceń można wymienić kilka kluczowych obszarów, które powinny być przedmiotem zainteresowania oraz wdrożenia w krajach podejmujących wysiłek przeciwdziałania problemowi otyłości dziecięcej.

Zalecenia w zakresie populacyjnych strategii w zakresie prewencji otyłości dziecięcej:

1. Zintegrowane strategie

Przyczyny otyłości dziecięcej są złożone. Złożone powinny być również podejmowane interwencje. Żadne pojedyncze działanie nie zapobiegnie wzrostowi otyłości dziecięcej. W związku z tym efektywne metody prewencji i przeciwdziałania otyłości muszą skupiać się na wielu możliwych punktach uchwytu, na wielu różnych poziomach i angażować możliwie szerokie grono decydentów. Muszą angażować zarówno indywidualne rodziny,

lokalne społeczności, szkoły, władze samorządowe. Jednak powinny dotyczyć również rolnictwa, produkcji żywności, edukacji, transportu jak i architektury przestrzeni miejskiej. Interwencje podejmowane z każdej z tych dziedzin osobno mogą dawać minimalny efekt, jednak skumulowane pozwolą na efektywne rozwiązanie problemu otyłości dziecięcej.

2. Wsparcie polityk na wielu poziomach

Polityki zdrowotne na wszystkich poziomach powinny uzupełniać się wzajemnie w obszarze przeciwdziałania otyłości. Polityka krajowa powinna budować ramy instytucjonalne, strategii regionalne umożliwiać efektywne działanie i zabezpieczać zasoby, a lokalnie realizowane działania skutkować lepszym dostosowaniem do wybranych grup poddanych interwencji.

3. Równość i włączanie

Podejmowane działania muszą dążyć do wyrównywania szans oraz skupiać się na osobach z większym ryzykiem wykluczenia społecznego. Realizowane działania nie mogą powodować dalszego pogłębiania się różnic socjo-ekonomicznych i wykluczania wrażliwych grup społecznych.

4. Wsparcie środowiska

Zakres działań możliwych do podjęcia w zakresie jest bardzo szeroki. Działania mogą skupiać się na różnych przyczynach (i rozwiązaniach) problemu otyłości dziecięcej.

- Działania na najwyższym poziomie obejmują tworzenie zdrowego otoczenia (środowiska życia) w zakresie żywienia, aktywności fizycznej ale również podatków, rynku pracy, edukacji. Działania w tych obszarach mogą w sposób pośredni oddziaływać na zachowania populacji a przez to na ryzyko wystąpienia otyłości.
- Działania na poziomie populacyjnym dotyczą przede wszystkim zmian w zakresie aktywności fizycznej oraz zachowań żywieniowych. Obejmują one przede wszystkim działania bezpośrednie skierowane do wybranych populacji (kampanie społeczne, edukacje żywieniową) motywujące do zmiany stylu żywienia i uprawiania aktywności fizycznej.
- Działania na najniższym (indywidualnym poziomie) dotyczą przede wszystkim poradnictwa oraz wspierania rozwoju ochrony zdrowia w zakresie prewencji otyłości

na poziomie pojedynczej osoby.

Działania na każdym z poziomów wymagają innych metod i mechanizmów, jednak każdy z nich wymaga osadzenia w środowisku (politycznym, społecznym, ekonomicznym) oraz odpowiedniego wsparcia organizacyjnego i finansowego.

5. Monitoring i nadzór

Bieżący monitoring środowiska (kontekstu) oraz podejmowanych działań na wszystkich poziomach jest niezbędny do dopasowania podejmowanych aktywności do bieżących potrzeb i możliwości. Bez regularnej oceny środowiska nie można prowadzić adekwatnych i efektywnych działań. Wyniki bieżących analiz mogą służyć nie tylko dostosowaniu działań do potrzeb, ale również angażowaniu świata naukowego do wdrażania efektywnych rozwiązań, rzecznictwu na rzecz zmiany, angażowaniu kolejnych środowisk, wywieraniu wpływu na polityków.

6. Zaangażowanie wielu sektorów i środowisk

Skuteczność metod prewencji otyłości zależy od zaangażowania wielu sektorów w tworzeniu zdrowszego środowiska życia. Tworzenie środowiska sprzyjającego podejmowaniu aktywności fizycznej przez mieszkańców wymaga działań w zakresie planowania przestrzeni miejskiej (społecznej), dostosowania transportu publicznego i dalekiego atakże aktywności środowiska szkolnego. Podobnie działania w zakresie żywności będą związane z zaangażowaniem producentów żywności, instytucji odpowiedzialnych za standardy żywieniowe, rolnictwa, firm działających na rynku sprzedaży i marketingu żywności. Zaangażowanie innych sektorów biznesu (bankowości, sektora handlu, rynku finansowego) może również mieć znaczenie, szczególnie w aspekcie opodatkowania żywności oraz polityki fiskalnej dotyczącej sprzętu sportowego czy transportu publicznego.

7. Przejrzystość

Zapewnienie przejrzystości w procesie tworzenia i wdrażania polityk dotyczących prewencji otyłości jest jednym z ważnych elementów zapewnienia sukcesu. Działania, które mogą minimalizować konflikty interesu obejmują publiczny dostęp do informacji o realizatorach, partnerach, źródłach finansowania, jak również obowiązkowe ujawnianie potencjalnych konfliktów interesu zaangażowanych stron.

Zachowanie zasad przejrzystości jest szczególnie istotne w momencie zaangażowania we współpracę sektora prywatnego (lub wspieranych przez niego organizacji/institucji). Samo zaangażowanie sektora prywatnego może w znaczący sposób wspomóc proces wdrażania i utrzymania zmian. Jednak istnieją uzasadnione obawy co do wpływu przemysłu (szczególnie spożywczego) na ustalania celów prewencji otyłości i wybierania efektywnych metod działania.

8. Umiejscowienie w środowisku

W zależności od uwarunkowań regionu, kraju, lokalnego środowiska należy podejmować różne działania z różnym natężeniem. W związku z tym potencjalne obszary zmian muszą być dokładnie analizowane i priorytetyzowane. Czynniki historyczne, kulturowe, społeczne, ekonomiczne jak również dostępne zasoby (ludzkie, finansowe, sprzętowe) i obecne praktyki i prawo muszą być brane pod uwagę przy planach wdrożenia nowych działań.

9. Trwałość

Udowodniono, że długoterminowe działania w zakresie prewencji otyłości dziecięcej odnoszą najlepsze efekty. Uzyskanie trwałości projektu najłatwiej uzyskać poprzez: współpracę i budowanie nowych rozwiązań na już istniejących działaniach; budowanie poczucia własności, współzależności w środowisku lokalnym; wpływając na normy społeczne.

Budżetowanie długoterminowych oraz efektywnych kosztowo działań może być podstawą do efektywnego wdrożenia oraz utrzymania ich efektów.

10. Zarządzanie

Wszystkie istotne sektory, muszą być zaangażowane w realizację działań w zakresie prewencji otyłości dziecięcej. Dobre zarządzanie poszczególnymi uczestnikami procesu może być istotnym elementem gwarantującym sukces długoterminowych działań. Jasne określenie ról poszczególnych uczestników procesu może w istotny sposób poprawić efektywność zarządzania i wyników interwencji. Wydaje się, że kluczowa jest rola instytucji krajowej (Ministerstwo Zdrowia) w koordynacji i ustalaniu podziału ról dla przedstawicieli publicznego i prywatnego sektora

11. Ustalanie priorytetów

Wybranie najlepszych opcji interwencji lub połączenia kilku obszarów działań pozostaje nadal jednym z głównych wyzwań. Ustalenie przejrzystego procesu doboru priorytetów oraz narzędzi użytych do ich wybrania jest kluczowe dla akceptacji ostatecznie wybranego działania przez wiele środowisk.

Wyniki badań własnych – sondaż opinii

Metodologia badań opinii

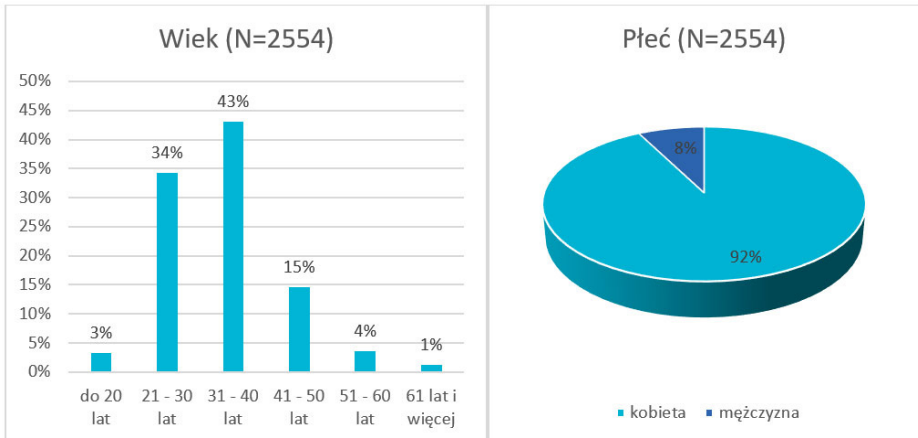
W ramach realizacji projektu dialogu społecznego pt. Razem dla Zdrowia Fundacja My Pacjenci wraz Fundacją NUTRICIA, portalami www.znanylekarz.pl, www.1000dni.pl, www.slow.edu.pl oraz grupą blogerów parentingowych przeprowadziła sondaż on-line dotyczący ich opinii i oczekiwań od rozwiązań z obszaru profilaktyki otyłości dzieci. Do przeprowadzenia sondażu wykorzystano autorską ankietę zawierającą 30 pytań pojedynczego lub wielokrotnego wyboru. Ankieta uwzględniała zagadnienia poruszane podczas sesji moderowanego dialogu, dotyczącego badanych tematów przeprowadzonego w dniu 30.06.17 oraz była przedmiotem szerokich konsultacji stron reprezentowanych podczas sesji dialogu – rodziców, przedstawicieli zawodów medycznych, ekspertów oraz instytucji zajmujących się problemem odżywiania dzieci. Ankieta udostępniono w okresie 02.08.17 – 05.09.17.

W badaniu wzięły udział **2554 osoby**. Badanie ma charakter niereprezentatywny; próba obejmuje osoby, które dobrowolnie wyraziły chęć udziału w badaniu ankietowym. Równoległe do badań opinii przeprowadzono 40 pogłębionych wywiadów indywidualnych z przedstawicielami rodziców i zawodów medycznych, dotyczących ich oczekiwań od rozwiązań z obszaru profilaktyki otyłości dzieci. Realizatorem wywiadów pogłębionych była Naczelna Izba Lekarska.

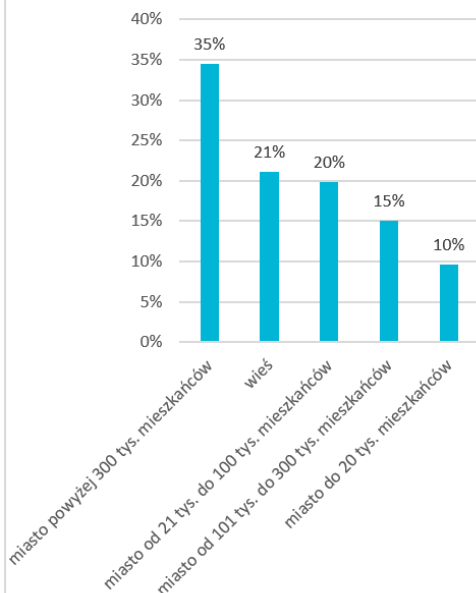
Charakterystyka respondentów

Na pytania ankiety odpowiedzieli respondenci w wieku 15-80 lat, głównie kobiety, które stanowiły 92% wszystkich badanych. W grupie respondentów dominują osoby z miast powyżej 100 tys. mieszkańców (50%) z wyższym wykształceniem (67%). Najliczniej reprezentowaną grupą respondentów były osoby określające się jako rodzice i opiekunowie (50%) i pacjenci (11%). Średnia wieku respondentów wyniosła 34 lata, a najliczniejszą grupę badanych stanowili 30-latkowie (41%). Osoby z prawidłową masą ciała stanowiły 55% badanej populacji, a osoby deklarujące nadwagę lub otyłość stanowiły 39%. Respondenci deklarowali codzienne spożywanie 2,76 posiłków zawierających warzywa. Dwie trzecie respondentów deklarowało zdrowe odżywianie i dbałość o zachowanie prawidłowej masy ciała, połowa prowadzenie zdrowego stylu życia a 42% regularne uprawianie sportu. 22% respondentów nie było rodzicami dzieci w wieku do 18go roku życia (wykresy 2).

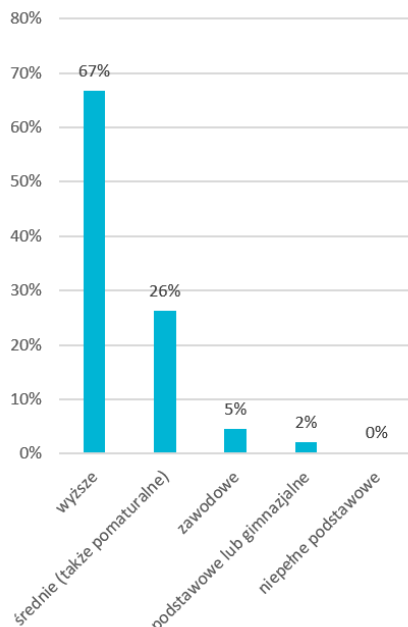
Wykres 2: Charakterystyka respondentów ze względu na wiek, płeć, wielkość miejsca zamieszkania, wykształcenie, styl życia, masę ciała, dietetykę [Opracowanie własne]



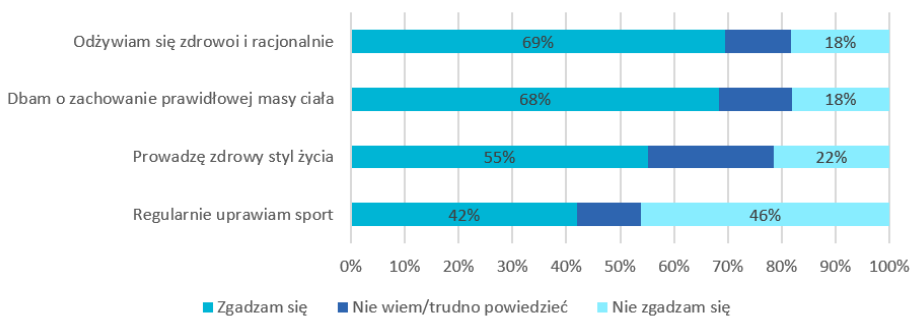
Wielkość miejsca zamieszkania (N=2554)



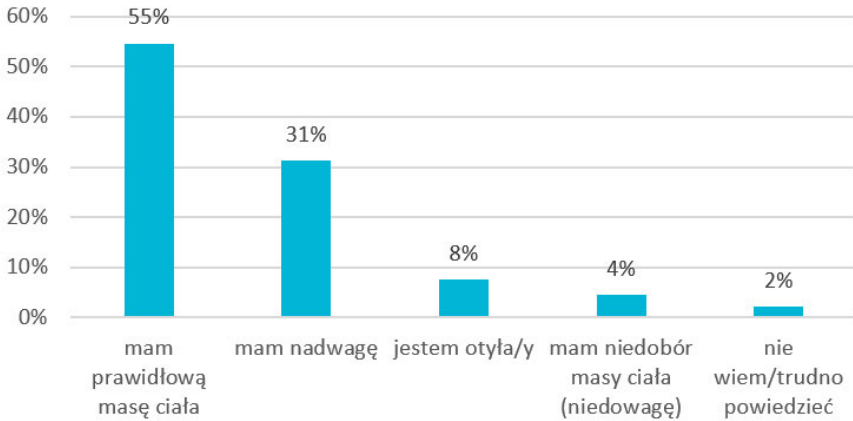
Wykształcenie (N=2554)



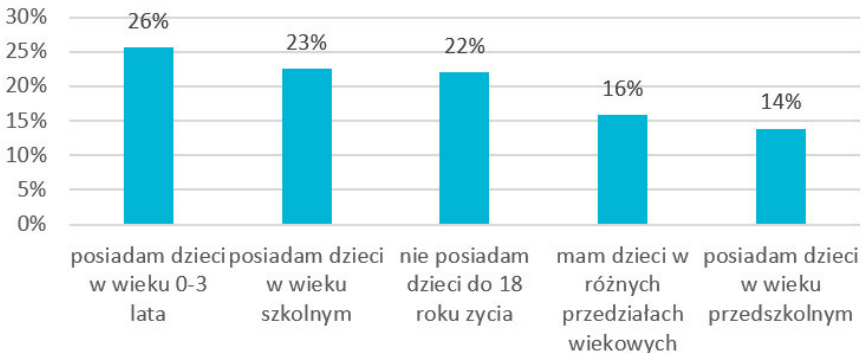
W jakim stopniu zgadza się Pan/i ze stwierdzeniami (N=2554):



Ocena masy ciała (N=2554)



Czy ma Pan/i dzieci w wieku do 18go roku życia? (N=2554)

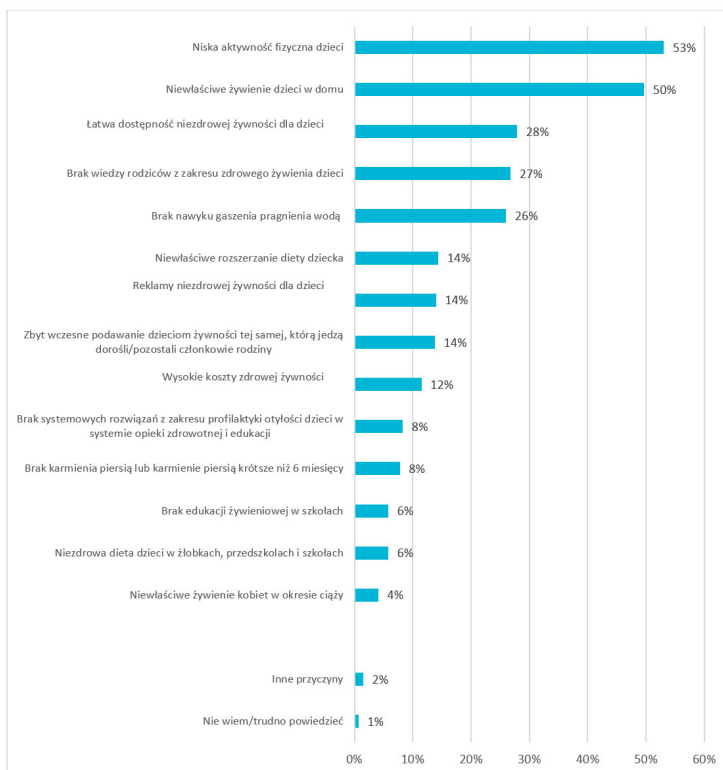


Wyniki

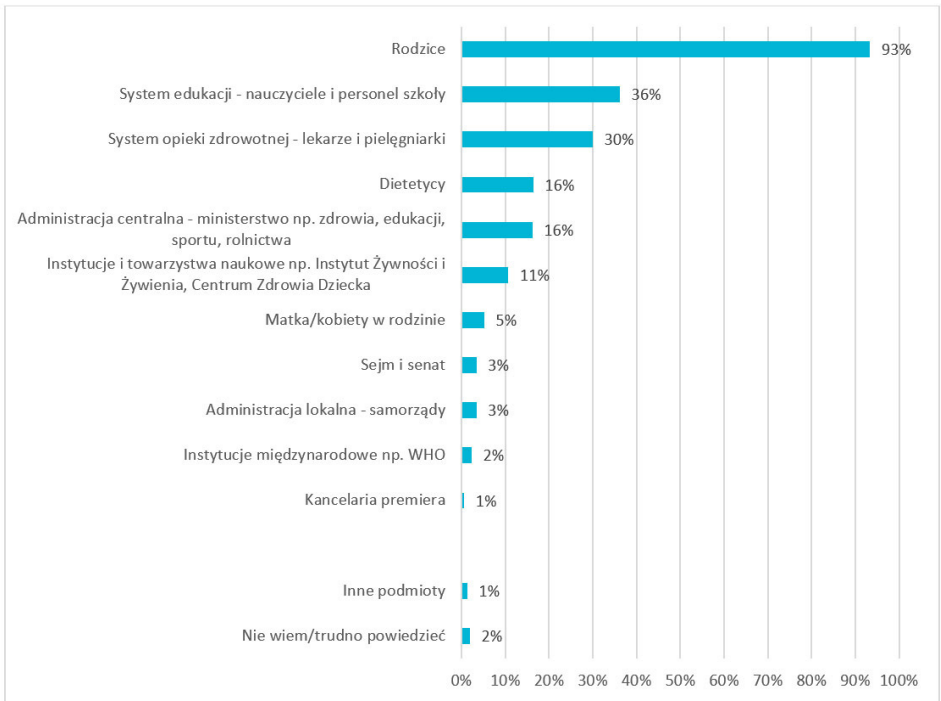
Jak jest zorganizowana edukacja żywieniowa i profilaktyka otyłości w Polsce?

Dla ponad połowy respondentów główną przyczyną otyłości u dzieci jest niska aktywność fizyczna dzieci i nieprawidłowe ich żywienie w domu. Łatwa dostępność niezdrowej żywności i brak wiedzy rodziców to przyczyny otyłości dzieci zgłaszane przez co czwartego respondenta. Prawie wszyscy respondenci (93%) konsekwentnie wskazują, że to właśnie rodzice powinni być odpowiedzialni za rozwiązanie tego problemu, a dopiero w drugiej kolejności wskazują system edukacji (36%) i opieki zdrowotnej (30%) (wykres 3-4).

Wykres 3: Jakiego Pana/Pani zdaniem są główne przyczyny otyłości u dzieci? (N=2554) [Opracowanie własne]



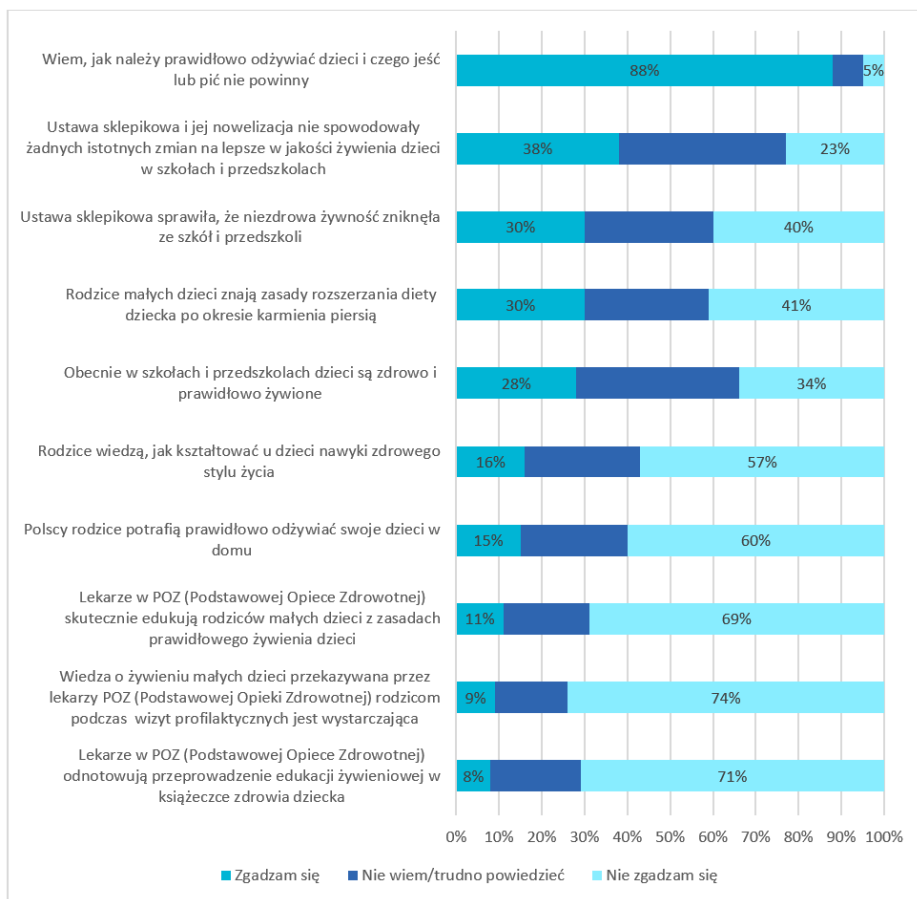
Wykres 4: Kto jest Pana/Pani zdaniem odpowiedzialny za rozwiązywanie problemów otyłości u dzieci? (N=2554) [Opracowanie własne]



Respondenci znacznie lepiej oceniają własną wiedzę na temat żywienia dzieci niż wiedzę innych rodziców. Z jednej strony 88% respondentów deklaruje, że wie, jak należy prawidłowo odżywiać dzieci, z drugiej strony uważają, że 60% rodziców nie wie jak kształtować u dziecka nawyki zdrowego stylu życia i jak je prawidłowo odżywiać. Respondenci oceniają ustawę sklepikową w niejednoznaczny sposób. 40% z nich uważa, że nieprawdą jest, że w wyniku jej wprowadzenia zniknęła niezdrowa żywność ze szkół i przedszkoli oraz że ustawa nie spowodowała istotnych zmian na lepsze w jakości żywienia dzieci w szkole, co trzeci uważa, że nieprawdą jest, że obecnie w szkołach i przedszkolach dzieci są zdrowo i prawidłowo żywione, duża grupa respondentów nie ma zdania w tej sprawie. Respondenci negatywnie oceniają skuteczność edukacji żywieniowej prowadzonej przez lekarzy w POZ. 70% z nich nie zgadza się ze stwierdzeniem, że lekarze POZ prowadzą

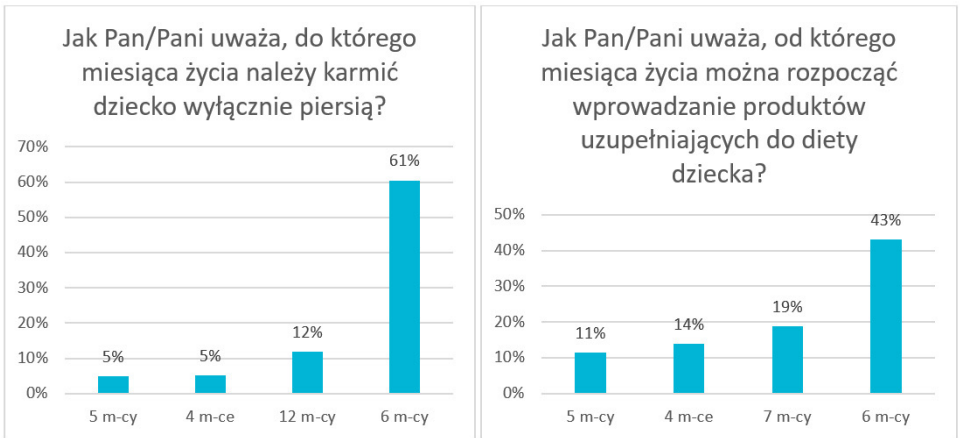
skuteczną edukację rodziców i przekazują wystarczającą w zakresie zasad prawidłowego żywienia dzieci. Trzy czwarte respondentów nie zgadza się ze stwierdzeniem, że lekarze POZ odnotowują przeprowadzenie edukacji żywieniowej rodziców w książeczkach zdrowia dziecka (wykres 5).

Wykres 5: W jakim stopniu zgadza się Pan/i ze stwierdzeniami odnoszącymi się do żywienia dzieci? (N=2554) [Opracowanie własne]



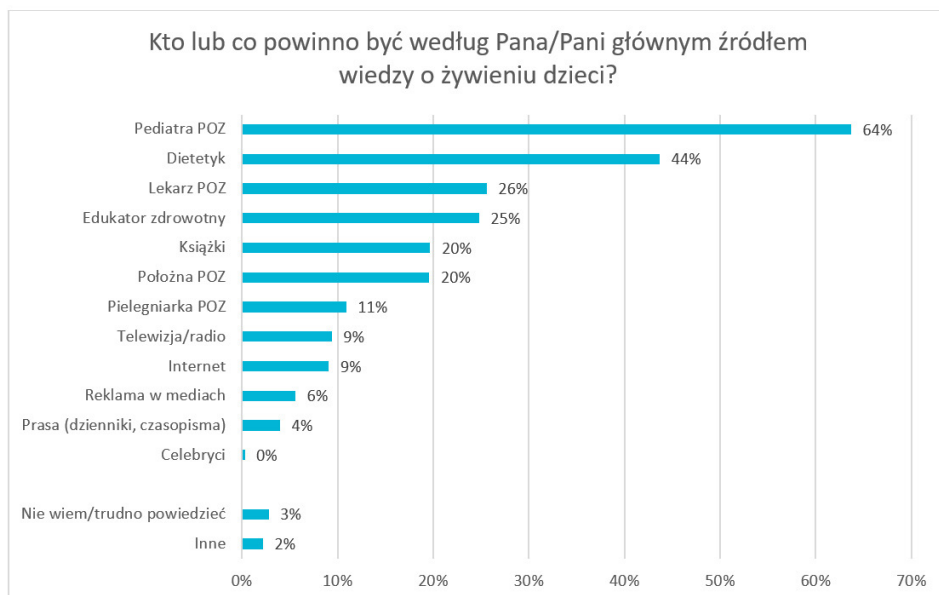
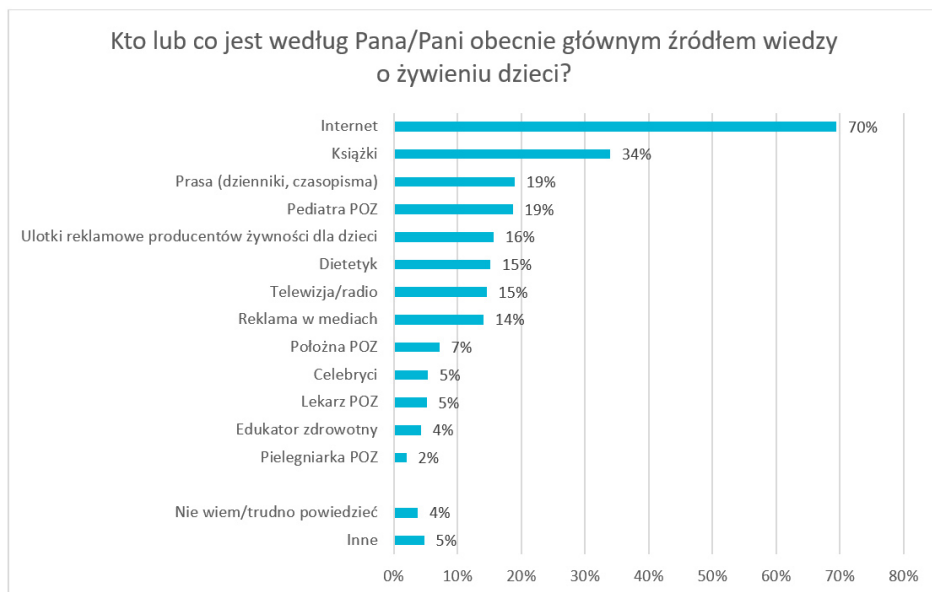
Respondenci prawidłowo odpowiadają na pytania sprawdzające ich wiedzę z zakresu karmienia piersią, 61% podaje okres do 6go miesiąca życia jako okres wyłącznego karmienia piersią, nie są tak jednoznaczni we wskazaniu, kiedy można rozpocząć wprowadzanie produktów uzupełniających do diety dziecka, a 41% nie zgadza się z twierdzeniem, że rodzice małych dzieci znają zasady rozszerzania diety dziecka po okresie karmienia piersią (wykres 6).

Wykres 6: Karmienie piersią vs. rozszerzanie diety dziecka (N=2554). [Opracowanie własne]



Głównym źródłem wiedzy na temat żywienia dzieci pozostaje dla 70% respondentów Internet. Pediatria POZ jest nim dla 20%, dietetyk dla 15%, a lekarz POZ dla 5% respondentów. Tymczasem w opiniach respondentów głównym źródłem wiedzy o żywieniu dzieci powinien być pediatra POZ (64%), dietetyk (44%) lub lekarz POZ (26%). Internet jako główne pożądane źródło wiedzy o żywieniu dzieci wskazuje jedynie 9% respondentów (wykres 7).

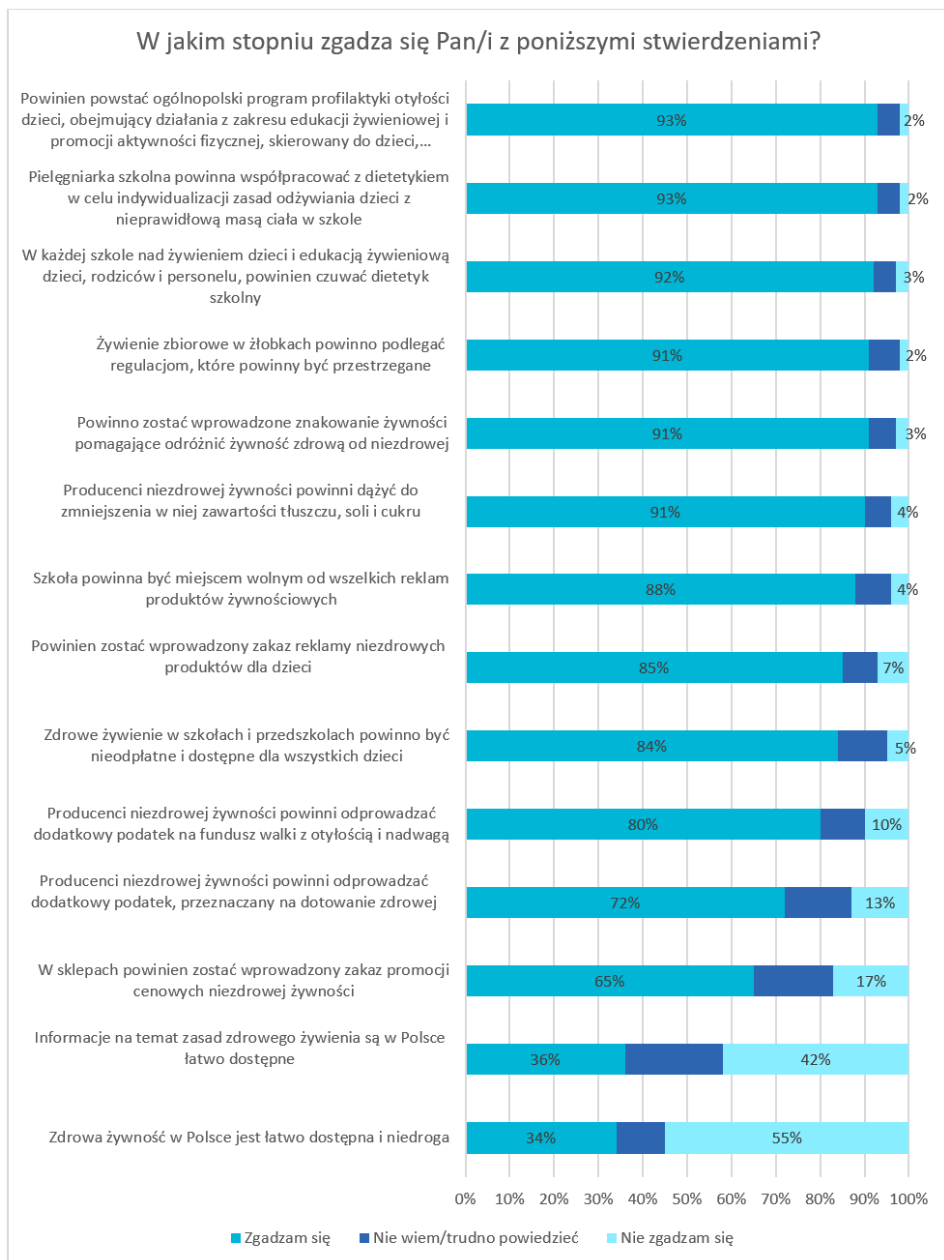
Wykres 7: Główne źródła wiedzy o żywieniu dziecka – jakie są i jakie być powinny (N=2554).
[Opracowanie własne]



Jak powinna być zorganizowana edukacja żywieniowa i profilaktyka otyłości w Polsce?

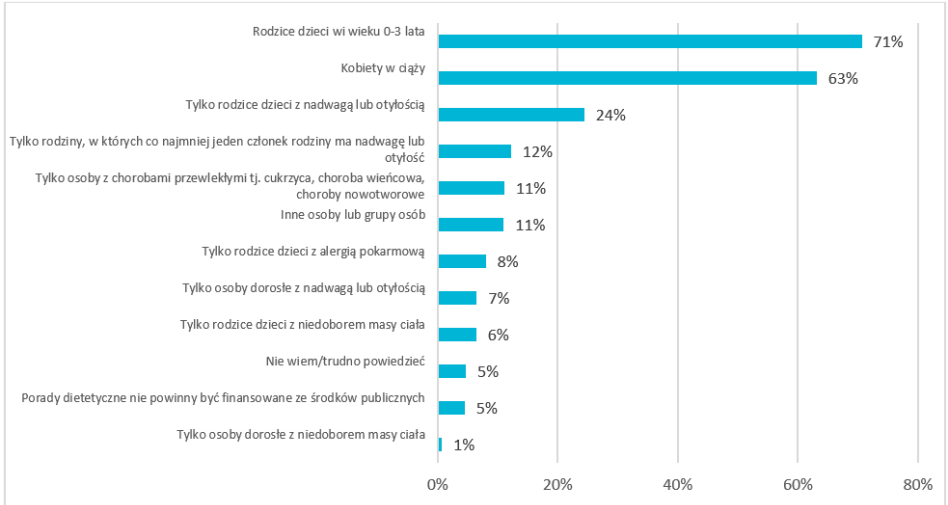
Ponad połowa respondentów nie zgadza się z opinią, że zdrowa żywność jest w Polsce łatwo dostępna i niedroga. Ponad 90% respondentów jest zdania, że powinien powstać ogólnopolski program profilaktyki otyłości dzieci, obejmujący działania z zakresu edukacji żywieniowej i promocji aktywności fizycznej, skierowany do dzieci, rodziców, szkół i społeczności lokalnych, w każdej szkole nad żywieniem dzieci i edukacją żywieniową dzieci, rodziców i personelu, powinien czuwać dietetyk szkolny a pielęgniarka szkolna powinna współpracować z dietetykiem w celu indywidualizacji zasad odżywiania dzieci z nieprawidłową masą ciała w szkole. Podobna grupa respondentów uważa, że powinno zostać wprowadzone znakowanie żywności pomagające odróżnić żywność zdrową od niezdrowej a producenci niezdrowej żywności powinni dążyć do zmniejszenia w niej zawartości tłuszczu, soli i cukru. Ponad 80% respondentów uważa, że powinien zostać wprowadzony zakaz reklamy niezdrowych produktów dla dzieci oraz że szkoła powinna być miejscem wolnym od wszelkich reklam produktów żywnościowych a 65% respondentów popiera wprowadzenie zakazu promocji cenowych niezdrowych produktów. Ponad 80% respondentów jest za wprowadzeniem opodatkowania niezdrowej żywności i przeznaczeniem go na fundusz walki z otyłością a ponad 70% popiera dotowanie z takiego podatku zdrowej żywności. Ponad 80% respondentów uważa, że zdrowe żywienie w szkołach i przedszkolach powinno być nieodpłatne i dostępne dla wszystkich dzieci (wykres 8).

Wykres 8: Organizacja edukacji żywieniowej i profilaktyka otyłości u dzieci (N=2554). [Opracowanie własne]

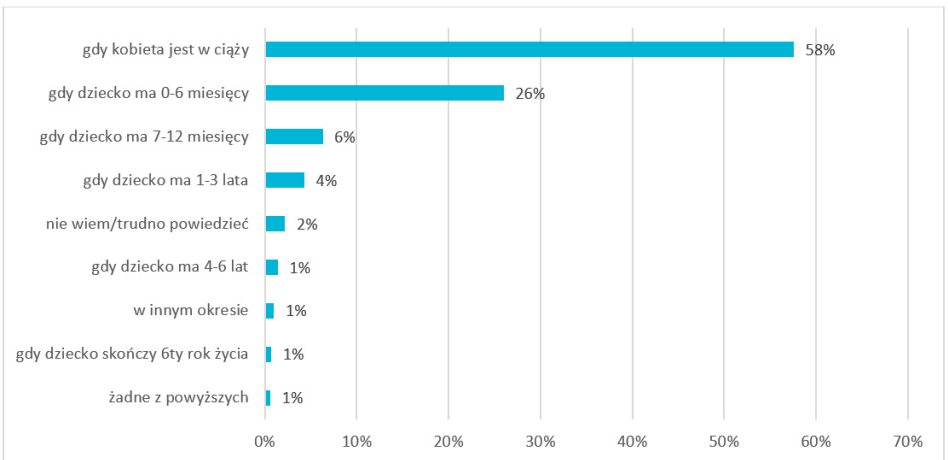


Respondenci wskazują na dwie grupy, które powinny zostać objęte nieodpłatnym poradnictwem dietetycznym – rodzice dzieci do 3go roku życia oraz kobiety w ciąży (71 i 63% wskazań). Pierwsza porada dietetyczna powinna się odbyć w ciąży i w pierwszym półroczu życia dziecka (58 i 26% wskazań) – wykres 9 i 10.

Wykres 9: Jakie Pani/Pana zdaniem grupy powinny zostać objęte poradnictwem dietetycznym finansowanym przez NFZ? (N=2554) [Opracowanie własne]

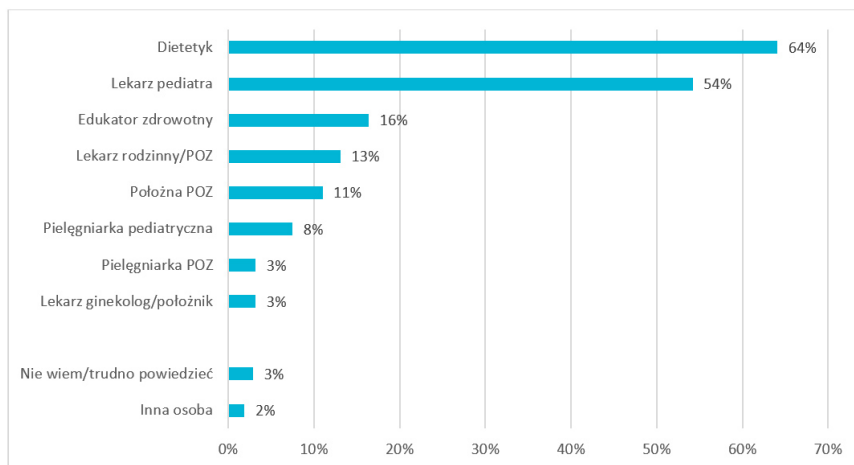


Wykres 10: Kiedy według Pana/Pani powinna odbyć się pierwsza porada dotycząca zasad żywienia małych dzieci? (N=2554) [Opracowanie własne]

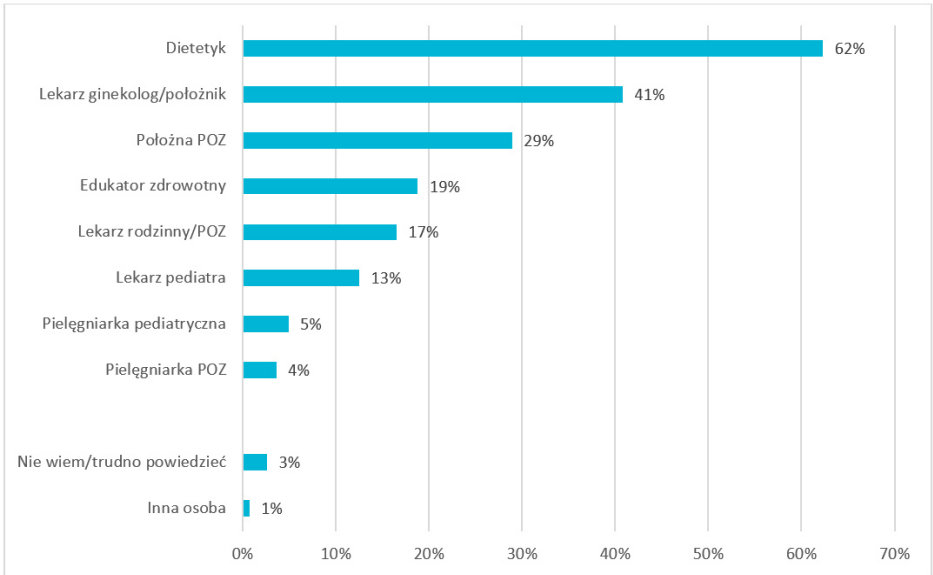


Respondenci wskazują dietetyka jako eksperta udzielającego porad żywieniowych rodzicom małych dzieci ale duża grupa respondentów wskazuje na lekarza pediatrę (odpowiednio 64 i 54% wskazań). Podobnie w przypadku porad żywieniowych udzielanych kobietom w ciąży, respondenci wskazują na dietetyka, lekarza ginekologa/położnika i położną jako zawody medyczne realizujące taką poradę (odpowiednio 62%, 41% i 29% wskazań). Jako miejsce udzielania porad dietetycznych respondenci wskazują najczęściej gabinet dietetyka, gabinet lekarza ginekologa/położnika i rzadziej gabinet położnej POZ (odpowiednio 37%, 26% i 9% odpowiedzi). Porada dietetyczna powinna trwać od 30 do 60 min (75% odpowiedzi). Poradnictwo żywieniowe finansowane przez NFZ powinno mieć charakter porad indywidualnych lub grupowych (odpowiednio 75 i 59% odpowiedzi) (wykres 11 i 15).

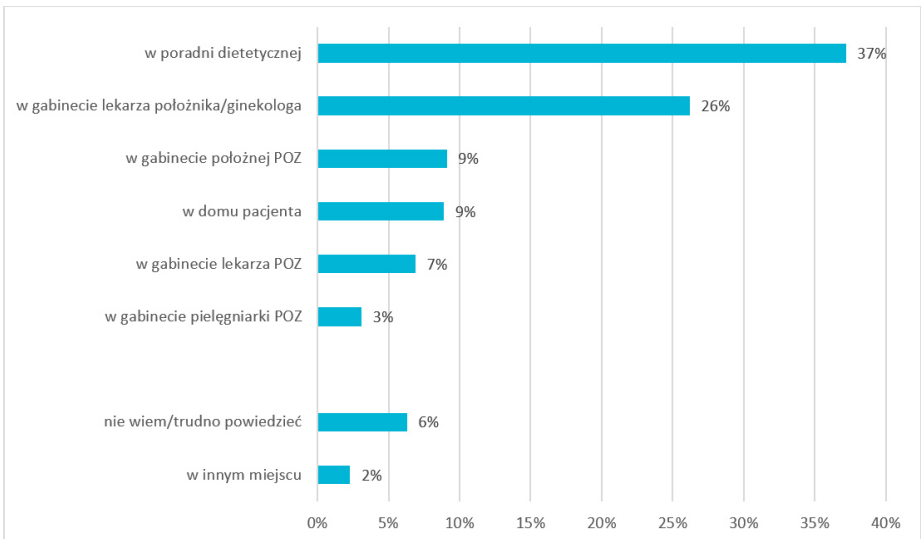
Wykres 11: Do kogo by się Pan/i zgłosił/a w celu uzyskania porady żywieniowej dla małego dziecka? (N=2554) [Opracowanie własne]



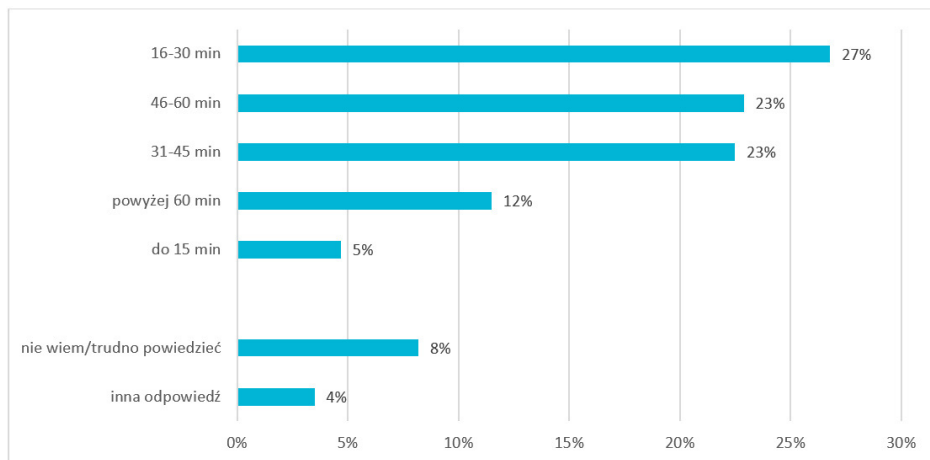
Wykres 12: Kto według Pana/Pani powinien udzielać porad dietetycznych kobietom w ciąży? (N=2554) [Opracowanie własne]



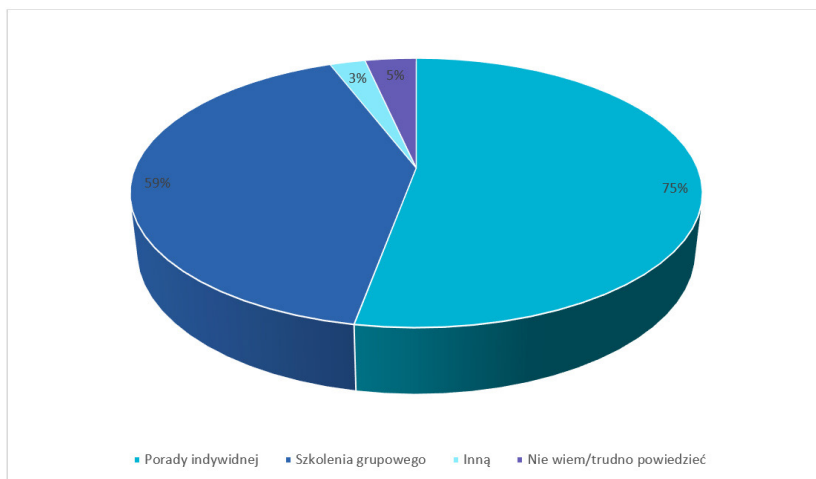
Wykres 13: Gdzie Pana/Pani zdaniem powinna być udzielana porada żywieniowa dla kobiet w ciąży lub rodziców małych dzieci? (N=2554) [Opracowanie własne]



Wykres 14: Jak długo według Pana/Pani powinna trwać skuteczna porada żywieniowa dla rodziców małych dzieci lub kobiet w ciąży? (N=2554) [Opracowanie własne]

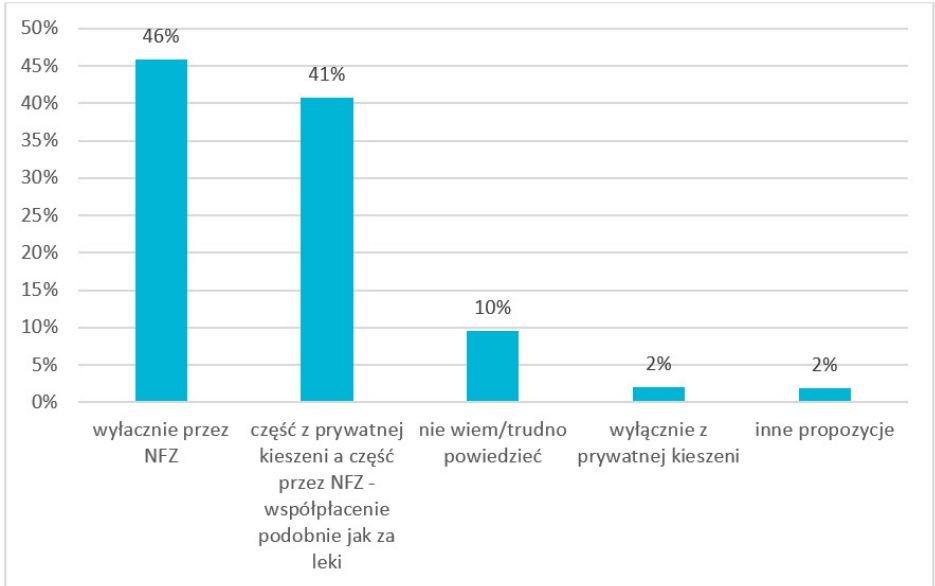


Wykres 15: Jaki charakter powinno mieć według Pana/Pani poradnictwo żywieniowe finansowane przez NFZ? (N=2554) [Opracowanie własne]



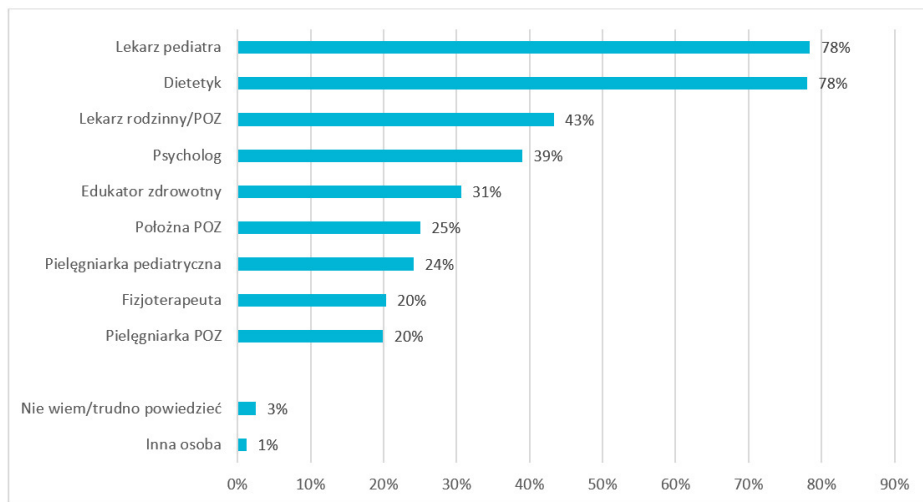
Edukacja żywieniowa zdaniem jedynie 2% respondentów powinna być finansowana wyłącznie z prywatnej kieszeni. Prawie połowa respondentów uważa, że powinien ją finansować NFZ a ponad 40% wskazuje na model współpłacenia na zasadach podobnych do zakupu leków – część z budżetu NFZ i część z prywatnej kieszeni (wykres 16).

Wykres 16: Jak Pana/Pani zdaniem powinna być finansowana edukacja żywieniowa i poradnictwo dietetyczne? (N=2554) [Opracowanie własne]

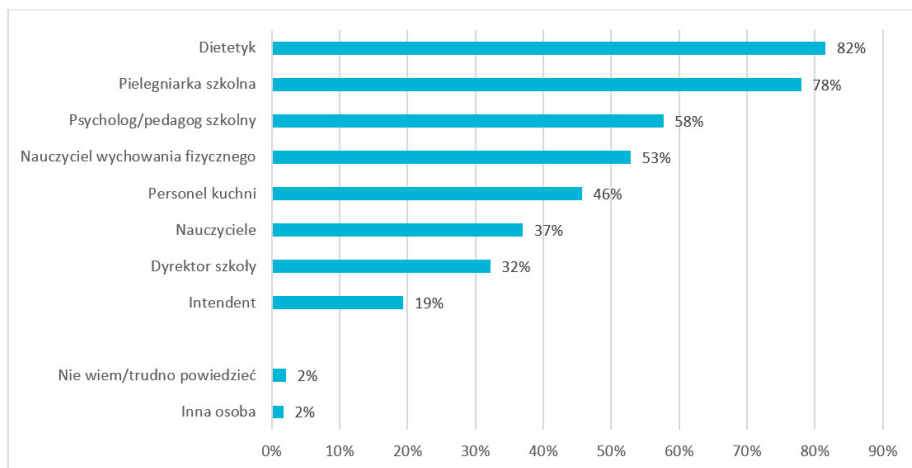


Zespoły współpracujących zawodów medycznych w POZ i w szkole są podstawą programów profilaktyki otyłości dzieci i wsparciem dla rodziców. W POZ respondenci wskazują na potrzebę współpracy lekarzy pediatrów, dietetyków, lekarzy rodzinnych, psychologów i położnych oraz pielęgniarek pediatrycznych. Zespoły zajmujące się profilaktyką otyłości dzieci w szkole powinny obejmować szkolnego dietetyka, pielęgniarkę szkolną, psychologa/pedagoga szkolnego, nauczycieli W-F, personel kuchni, nauczycieli i dyrekcję szkoły (wykres 17-18).

Wykres 17: Jakie Pana/Pani zdaniem osoby powinny być zaangażowane w prace zespołu zajmującego się profilaktyką otyłości dzieci w placówce POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej)? (N=2554) [Opracowanie własne]

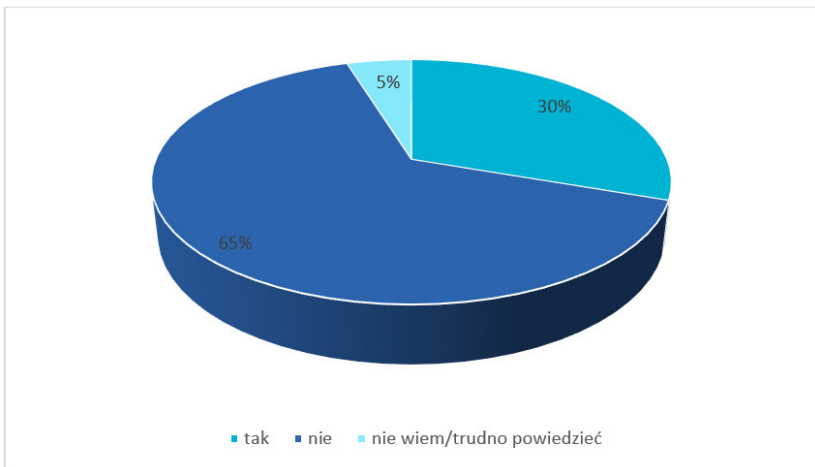


Wykres 18: Jakie Pana/Pani zdaniem osoby powinny być zaangażowane w prace zespołu zajmującego się profilaktyką otyłości dzieci w szkołach? (N=2554) [Opracowanie własne]



Jedynie 30% respondentów korzysta z aplikacji mobilnych wspomagających zmianę stylu życia i zdrową dietę. Najczęściej wskazywaną aplikacją jest „endomondo”, poza tym wielokrotnie przez respondentów wymieniane są również takie aplikacje jak „zdrowe zakupy”, „kcalmar”, „fatsecret” oraz „fitatu” (wykres 19).

Wykres 19: Czy korzysta Pan/Pani z prozdrowotnych aplikacji mobilnych służących do motywowania do zmiany diety i stylu życia? (N=2554) [Opracowanie własne]



Indywidualne wywiady pogłębione – wyniki

W wywiadach telefonicznych wzięło udział 40 osób (34 spoza zawodów medycznych i 6 pielęgniarek), w tym 28 osób posiadających dzieci. Niemal wszystkie osoby uczestniczące w wywiadach to kobiety (28 kobiet i 2 mężczyzn). Trzy na cztery osoby zamieszkiwały w miastach (11 os. zamieszkałych na wsi i 29 w mieście). Dominowały osoby w wieku 31-50 lat (30 osób).

1. **Jakie Pani/Pana zdaniem są obecnie główne przyczyny / czynniki ryzyka występowania otyłości u dzieci?**

Ankietowani najczęściej wymieniali jako główne przyczyny otyłości u dzieci brak ruchu, spożywanie przetworzonej żywności, słodczy oraz nieprawidłowe nawyki żywieniowe rodziców.

2. **Czy wie Pan/Pani jakie są skutki otyłości?**

Jako skutki otyłości ankietowani najczęściej wymieniali cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, choroby układu krążenia, problemy ze strony układu naczyniowego, szkieletowego, trudności z poruszaniem się oraz problemy psychiczne.

3. **Kto jest Pani/Pana zdaniem odpowiedzialny za rozwiązanie problemu otyłości u dzieci?**

Ankietowani najczęściej wymienili rodziców jako osoby, które są odpowiedzialne za otyłość u dzieci. Podkreślali jednak brak wiedzy na ten temat w społeczeństwie i potrzebę edukacji w tym temacie.

4. **Jak Pani/Pana zdaniem powinno się rozwiązać problem otyłości u dzieci? Czy ma Pani/Pan jakieś propozycje rozwiązań?**

Ankietowani wymieniali różne propozycje rozwiązań problemu otyłości u dzieci

m.in. wczesną profilaktykę, edukację, uświadamianie rodziców, kampanie społeczne, promowanie akcji zdrowotnych, sportowych, zachęcanie dzieci do uczestnictwa w lekcjach WF, rezygnację ze spożywania jedzenia typu fast food.

5. Kto Pana/Pani zdaniem ma największy wpływ na dobór pokarmów w domowej diecie i jest źródłem podstawowych informacji o żywieniu?

33 respondentów w pierwszej kolejności wymieniło rodziców jako osoby, które mają największy wpływ na dobór pokarmów w domowej diecie. To rodzice dokonują wyborów w sklepie i odpowiadają za to co znajduje się w domu na stole. Dziecko w dorosłym życiu będzie powieliło nawyki wyniesione z domu. Kolejnymi wskazanymi osobami są babcie i dziadkowie.

6. Kto lub co jest według Pana/Pani obecnie głównym źródłem wiedzy o żywieniu dzieci dla rodziców?

Wszyscy ankietowani wymieniali media jako główne źródło wiedzy rodziców na temat żywienia dzieci. Najczęściej wymieniane były telewizja oraz Internet (blogi). Podkreślali, że nie zawsze informacje te są wiarygodne i zamiast pomóc mogą zaszkodzić.

7. Jak Pani/Pana zdaniem powinna być finansowana edukacja żywieniowa i poradnictwo dietetyczne?

Zdaniem ankietowanych edukacja żywieniowa i poradnictwo dietetyczne powinno być finansowane ze środków państwowych najlepiej z Narodowego Funduszu Zdrowia, ale powinny w tym również uczestniczyć inne resorty, takie jak resort edukacji czy sportu. Ankietowani uważają, że lepiej zapobiegać niż później leczyć.

8. Jakie Pani/Pana zdaniem grupy powinny zostać objęte poradnictwem dietetycznym finansowanym przez NFZ? Komu powinny być udzielane porady dietetyczne finansowane przez NFZ?

5 ankietowanych uważa, że nie powinno być ograniczeń i każdy powinien mieć możliwość skorzystania z porady dietetycznej finansowanej przez NFZ. 36 ankietowanych wymieniło osoby z grupy ryzyka, kobiety w ciąży i rodziców małych dzieci, jako grupy, które powinny być objęte poradnictwem. Ankietowani

sugerują, że takie porady powinny być obowiązkowe.

9. Kiedy według Pani/Pana powinna odbyć się pierwsza porada dotycząca zasad żywienia małych dzieci?

Ankietowani na pytanie, kiedy powinna odbyć się pierwsza porada dotycząca zasad żywienia małych dzieci odpowiadali różnie: kiedy kobieta jest w ciąży, po porodzie aż do 3. roku życia dziecka, w 6. miesiącu życia dziecka, na etapie wprowadzania do diety dziecka pokarmów stałych, przy bilansach, przy wizytach u lekarza.

10. Do kogo by się Pani/Pana zgłosił/a w celu uzyskania porady żywieniowej dla małego dziecka?

Odpowiedzi ankietowanych na pytanie o sposób uzyskania porady żywieniowej dla małego dziecka były zróżnicowane. 20 ankietowanych podała, że zgłosiłaby się do dyplomowanego dietetyka, 22 ankietowanych podała, że zgłosiłaby się do lekarza – lekarza pediatry bądź do lekarza pierwszego kontaktu.

11. Kto według Pani/Pana powinien udzielać porad dietetycznych kobietom w ciąży?

Na pytanie, kto powinien udzielać porad dietetycznych kobietom w ciąży ankietowani wskazywali różne osoby: dietetyka (z odpowiednim wykształceniem, nie po kursach), położną, pielęgniarkę, ginekologa, lekarza prowadzącego, który wskazałby do kogo się udać.

12. Gdzie Pani/Pana zdaniem powinna być udzielana porada żywieniowa dla kobiet w ciąży lub rodziców małych dzieci?

Większość ankietowanych jest za tym, żeby porady żywieniowe dla kobiet w ciąży lub rodziców małych dzieci były w przychodniach, tam gdzie przyjmuje lekarz pierwszego kontaktu, w szkołach rodzenia. Ułatwi to kontakt kobietom w ciąży i rodzicom skorzystanie z takiej porady. Pojawiła się również propozycja infolinii aby dostęp jeszcze bardziej ułatwić.

13. Jak długo według Pani/Pana powinna trwać skuteczna porada żywieniowa dla rodziców małych dzieci lub kobiet w ciąży?

Na pytanie jak długo powinna trwać skuteczna porada żywieniowa ankietowanym trudno było odpowiedzieć, ponieważ uważali, że jest to kwestia indywidualna każdego pacjenta. Ankietowani sądzą, że pierwsza wizyta powinna być dłuższa, kolejne wizyty już krótsze.

14. Jaki charakter powinno mieć poradnictwo żywieniowe finansowane przez NFZ?

Ankietowani mają różne zdania na temat charakteru poradnictwa żywieniowego finansowanego przez NFZ. Niektórzy uważają, że najlepsze będzie poradnictwo indywidualne, niektórzy, że grupowe w formie warsztatów. Ankietowani są zdania, że na każdego działa inna forma. Najważniejsze, żeby wybrane formy były skuteczne.

15. Jakie Pana/Pani zdaniem osoby/profesje powinny być zaangażowane w pracę zespołu zajmującego się profilaktyką otyłości dzieci w placówce POZ?

Na pytanie jakie zawody powinny być zaangażowane w pracę zespołu zajmującego się profilaktyką otyłości u dzieci w szkołach, ankietowani wymieniają pielęgniarki szkolne, wychowawców, pedagogów szkolnych lub psychologów, intendentów, kucharzy, edukatorów zdrowia, dietetyków, jak również nauczycieli wychowania fizycznego.

16. Czy Pana/Pani zdaniem lekcje WF w szkołach są atrakcyjne, czy powinny stanowić bardziej atrakcyjne formy aktywności? Jeśli tak to jakie?

15 ankietowanych uważa, że lekcje WF nie są atrakcyjne dla dzieci. Ankietowani uważają, że to wszystko zależy od nauczyciela. Zajęcia powinny być bardziej urozmaicone, dostosowywane do potrzeb dzieci, zgodnie z ich zainteresowaniami. Teraz są zbyt monotonne. To zniechęca dzieci. Wystawianie ocen powoduje stres u dzieci.

17. Czy korzysta Pani/Pan z prozdrowotnych aplikacji mobilnych służących motywowania do zmiany diety i stylu życia lub innych rozwiązań? Z jakich? (np. spotkania, porady dietetyczne)

Ankietowani, którzy korzystają z aplikacji wymienili krokomierz, aplikacje rejestrujące ruch i spalanie kalorii, aplikacje pokazujące indeks glikemiczny, aplikacje z przepisami zdrowej diety, aplikacje skanujące skład produktów spożywczych.

18. Czy prowadzi Pan/Pani zdrowy styl życia: uprawia sport, racjonalnie się odżywia?

Większość ankietowanych podaje, że prowadzą zdrowy styl życia, racjonalnie się odżywiają, uprawiają sport. Nieliczni przyznają, że nie prowadzą zdrowego stylu życia.

Wnioski

- Obecnie dzieci spożywają zbyt dużo jedzenia „śmieciowego” typu fast food, żywności przetworzonej oraz słodczy. Ponadto, dzieci spędzają wiele czasu przed komputerem, przez co mają zbyt mało aktywności fizycznej. Do otyłości przyczyniają się złe nawyki żywieniowe rodziców.
- Respondenci mają dużą świadomość, jakie są skutki otyłości w przyszłości. Wymieniają wiele chorób, które są chorobami dietozależnymi, wskazują też na wiele problemów natury psychicznej osób otyłych.
- Zdaniem ankietowanych za otyłość u dzieci odpowiedzialni są rodzice. Ich zdaniem wynika to z braku świadomości i wiedzy w zakresie zdrowego odżywiania. Proponują zwiększenie roli edukacji zdrowotnej w tym zakresie.
- Respondenci mają wiele pomysłów na rozwiązanie problemu otyłości u dzieci. Wskazują dużą rolę profilaktyki pierwszorzędowej, proponują edukację rodziców, kampanie społeczne, akcje zdrowotne oraz sportowe.
- Zdaniem ankietowanych to rodzice są odpowiedzialni za dobór pokarmów w domowej diecie. Rodzice robią zakupy, przez co mają duży wpływ na jakość posiłków i dostępność „niezdrowych” produktów w domu. Respondenci wskazują również dziadków jako osoby odpowiedzialne. Wg opinii ankietowanych dziecko w przyszłości będzie powielalo nawyki żywieniowe wyniesione z domu.
- Źródłem informacji o żywieniu dla rodziców są media. Najczęściej wymieniana jest telewizja, w tym reklamy telewizyjne oraz Internet (głównie blogi).
- Zdaniem ankietowanych edukacja zdrowotna i poradnictwo dietetyczne powinny być finansowane ze środków publicznych. Jako źródło finansowania wskazują Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz również inne resorty, m.in. edukacji i sportu.
- Poradnictwem dietetycznym powinny być objęte wszystkie grupy, ze wskazaniem na kobiety w ciąży, rodzice małych dzieci i rodzice dzieci otyłych.
- Zdaniem ankietowanych pierwsza porada dotycząca żywienia małych dzieci powinna odbyć się w czasie ciąży, po porodzie, na etapie wprowadzania do diety pokarmów

stałych, przy bilansach, przy wizytach u lekarza.

- Respondenci po poradę żywieniową zgłosiliby się do wykwalifikowanego dietetyka i do lekarza pediatry bądź lekarza podstawowej opieki zdrowotnej / specjalisty.
- Kobietom w ciąży porad dietetycznych powinien udzielać lekarz ginekolog prowadzący ciążę, dietetyk, pielęgniarka, położna.
- Porady żywieniowe dla kobiet w ciąży i rodziców małych dzieci powinny być udzielane w szkołach rodzenia, w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej oraz w formie infolinii. Najważniejsza jest łatwa dostępność do uzyskania takiej porady.
- Zdaniem respondentów czas porady jest uzależniony od indywidualnych potrzeb pacjenta. Sugerują, że czas pierwszej wizyty powinien być dłuższy, ze względu na jej charakter diagnostyczny, czas kolejnych (kontrolnych) może być krótszy.
- Poradnictwo żywieniowe finansowane przez NFZ powinno mieć zróżnicowany charakter, w zależności od potrzeb pacjenta. Potrzeby indywidualne pacjenta mogą wymagać innej formy poradnictwa.
- Ankietowani na pytanie jakie zawody powinny być zaangażowane w prace zespołu zajmującego się profilaktyką otyłości u dzieci w placówce POZ, wymieniają lekarzy, lekarzy pediatrów, pielęgniarki, położne, dietetyków, psychologów, ginekologów, rehabilitantów.
- Ankietowani na pytanie jakie zawody powinny być zaangażowane w prace zespołu zajmującego się profilaktyką otyłości u dzieci w szkole, wymieniają pielęgniarki szkolne, wychowawców, pedagogów szkolnych, psychologów, intendentów, kucharzy, edukatorów zdrowia, dietetyków, jak również nauczycieli wychowania fizycznego.
- Zdaniem respondentów atrakcyjność lekcji wychowania fizycznego w szkole zależy od samego nauczyciela. Ich zdaniem zajęcia powinny być bardziej urozmaicone, dostosowane do zainteresowań dzieci.
- Zdecydowana większość respondentów sama korzysta z aplikacji służących motywowaniu do zmiany diety i stylu życia, takich jak: krokomierz, endomondo, indeks glikemiczny, z przepisami zdrowej diety i skanujące skład produktów spożywczych.
- Respondenci twierdzą, że starają się prowadzić zdrowy styl życia, racjonalnie się odżywiać i uprawiać sport. Wśród ankietowanych byli również tacy, którzy twierdzili, że nie prowadzą zdrowego stylu życia.

- Ankietowani twierdzą, że problem otyłości dzieci powinien być rozwiązany systemowo. Powinni w tym uczestniczyć wszyscy. Każdy, począwszy od rodziców, podstawowej opieki zdrowotnej, przedszkola, szkoły, samorządów powinien brać czynny udział w profilaktyce otyłości. Uważają oni, że zapobieganie otyłości jest znacznie mniej kosztowne, niż leczenie jej skutków.

Wnioski i rekomendacje

W ostatnich latach podjęto kilka inicjatyw legislacyjnych zmierzających do opanowania dynamicznie narastającego w Polsce problemu otyłości dzieci. Problem ten został zidentyfikowany, ujęty jako priorytet i umieszczony w Narodowym Programie Zdrowia. Podjęto inicjatywy legislacyjne poprawiające jakość żywienia dzieci w szkołach i przedszkolach pod postacią tzw. „ustawy sklepikowej” i obowiązku odnotowania rozmowy o żywieniu dzieci w Książeczce Zdrowia Dziecka. Są to działania słuszne i zasługujące na uznanie jednak wydają się niewystarczające. W świetle ostatnio prezentowanych wyników badania COSI co 3cie polskie dziecko w wieku 6-9 lat ma nadmierną masę ciała^{3,4} Badanie PITNUTS dotyczące dzieci w wieku 5-36 mcy wykazało, że rodzice nie potrafią prawidłowo odżywiać małych dzieci [Weker, 2017].

W świetle raportu McKinsey Global Institute [McKinsey, 2014] oraz rekomendacji WHO dla Polski dotyczących zapobiegania otyłości dzieci [WHO, 2017] uzyskanie efektu pod postacią zahamowania narastania otyłości jest możliwe w wyniku podjęcia równoległe wielu działań z kilku obszarów i ich umiejętnej koordynacji. Główne przyczyny rozwoju otyłości dzieci to niewystarczająca aktywność fizyczna, niewłaściwe żywienie dzieci w domu, wynikające z braku wiedzy rodziców pozyskujących wiedzę o żywieniu dzieci głównie z Internetu oraz łatwa dostępność niezdrowej żywności dla dzieci. Za prawidłowe żywienie i styl życia dzieci odpowiedzialni są ich rodzice. Powinni oni otrzymać pomoc i wsparcie od systemu opieki zdrowotnej i systemu edukacji, w każdym z okresów rozwoju dziecka – od okresu prenatalnego do dorosłości. Aby opanować problem narastania otyłości dzieci w Polsce, należy podjąć następujące skoordynowane działania:

3 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/325782/9th-COSI-meeting-report-en.pdf?ua=1

4 *materiały konferencyjne, IMID, maj 2017*

- źródłem wiedzy o żywieniu i zdrowym stylu życia dzieci powinni być przedstawiciele zawodów medycznych – dietetyk, położna, pielęgniarka POZ, pielęgniarka szkolna. Należy odciążyć pediatrów i lekarzy POZ od prowadzenia edukacji żywieniowej rodziców i przekazać te zadania zespołom współpracujących ze sobą zawodów medycznych w POZ i w szkole;
- wprowadzić rozwiązanie systemowe, obejmujące działania o charakterze pierwotnej, wtórnej profilaktyki i screeningu otyłości dzieci w grupie kobiet w ciąży, rodziców dzieci w wieku przedszkolnym oraz w ramach medycyny szkolnej;
- należy objąć poradnictwem dietetycznym kobiety w ciąży i rodziców małych dzieci; poradę dietetyczną dla kobiet w ciąży i rodziców małych dzieci należy wpisać do koszyka świadczeń gwarantowanych;
- należy uporządkować dostęp do informacji i wsparcie kobiet karmiących piersią, uruchamiając ogólnopolską 24/7 infolinię laktacyjną współpracującą z siecią lokalnego poradnictwa laktacyjnego udzielającego porad laktacyjnych w domu; poradę laktacyjną należy wpisać do koszyka świadczeń gwarantowanych, a opiekę położnej POZ przedłużyć do 6. miesiąca życia dziecka;
- należy przekonać rodziców, że edukacja żywieniowa oferowana przez inne niż pediatra czy lekarz POZ zawody medyczne jest równie skuteczna, a przedstawiciele tych zawodów mogą poświęcić rodzicom znacznie więcej czasu na edukację;
- nowe rozwiązania o charakterze uzupełnienia koszyka świadczeń gwarantowanych czy nowych inicjatyw legislacyjnych z obszaru medycyny szkolnej należy integrować z istniejącymi rozwiązaniami w obszarze ochrony zdrowia czy systemu edukacji;
- działania profilaktyczne należy oprzeć na budowaniu współpracujących zespołów zawodów medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej i zespołów personelu szkoły;
- dietetyk powinien zostać włączony w skład zespołów zajmujących się profilaktyką otyłości dzieci w placówkach POZ i w szkołach;
- należy zbudować w POZ system skutecznego screeningu, pierwotnej i wtórnej profilaktyki i leczenia otyłości dzieci, realizowany przez zespół współpracujących pielęgniarek POZ, położnych, dietetyków, psychologów, fizjoterapeutów oraz pediatrów i lekarzy POZ;

- należy określić profilaktykę i screening otyłości dzieci w wieku szkolnym i próchnicy jako chorób dietozależnych, jako priorytety dla medycyny szkolnej; profilaktykę otyłości dzieci w wieku szkolnym należy oprzeć na współpracy pielęgniarki szkolnej, dietetyka szkolnego, personelu szkoły oraz rodziców i dzieci;
- profilaktyce otyłości dzieci należy zapewnić ciągłość i koordynację działań od okresu prenatalnego do 18. roku życia, integrując działania podejmowane w ramach AOS czy POZ z działaniami realizowanymi w ramach medycyny szkolnej. Działania w systemie opieki zdrowotnej oraz w szkole należy integrować w ramach tworzonych równoległe systemów informatycznych. Systemy informatyczne powinny uwzględniać współpracę z nowoczesnymi aplikacjami mobilnymi wspierającymi rodziny w przestrzeganiu zasad zdrowej diety i zmianie stylu życia;
- systemowe rozwiązania w obszarze opieki zdrowotnej i systemu edukacji należy uzupełnić rozwiązaniami legislacyjnymi, ograniczającymi dostęp dzieci do niezdrowej żywności, zgodnymi z zaleceniami WHO;
- należy wprowadzić system znakowania żywności, pozwalający konsumentom na odróżnienie żywności zdrowej od niezdrowej;
- należy wprowadzić zachęty dla producentów żywności, zmierzające do zmniejszenia w niej zawartości tłuszczu, soli i cukru;
- powinien zostać wprowadzony zakaz promocji cenowych niezdrowej żywności w sklepach;
- należy wprowadzić zakaz reklamy żywności dla dzieci;
- należy wprowadzić zakaz reklamy niezdrowych produktów spożywczych skierowanej do dzieci;
- producenci niezdrowej żywności powinni odprowadzać dodatkowy podatek na fundusz walki z otyłością i nadwagą oraz przeznaczany na dotowanie zdrowej żywności.

Literatura

Baker JL, F.-L. N. (brak daty). Evaluation of the overweight/obese child--practical tips for the primary health care provider: recommendations from the Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity. *Obes Facts* 2010;3:131–137.

Barkin SL, G. S. (brak daty). Culturally Tailored, Family-Centered, Behavioral Obesity Intervention for Latino-American Preschool-aged Children. *Pediatrics*. 2012 Sep;130(3):445-56.

Bleich SN Segal J, Wu Y, Wilson R, Wang Y. Systematic review of community-based childhood obesity prevention studies. *Pediatrics*. 2013 Jul; 132(1):e201-10.

Bond M Wyatt K, Lloyd J, Welch K, Taylor R. Systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of weight management schemes for the under fives: a short report. *Health Technol Assess*. 2009 Dec; 13(61):1-75, iii.

Cai L, W. Y. Effect of childhood obesity prevention programmes on blood lipids: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2014 Dec;15(12):933-44.

Cai L, W. Y. Effect of childhood obesity prevention programs on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Circulation*. 2014 May 6;129(18):1832-9.

Catherine Law Tim Cole, Steven Cummins, James Fagg. A pragmatic evaluation of a family-based intervention. *PUBLIC HEALTH RESEARCH*. 2014, Vol 2 Issue 5.

Chen YC, D. G. Gender difference of childhood overweight and obesity in predicting the risk of incident asthma: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2013 Mar;14(3):222-31.

Clark JE. Does the type of intervention method really matter for combating childhood obesity? A systematic review and meta-analysis. *J Sports Med Phys Fitness*. 2015 Dec;55(12):1524-43.

Cunningham SA Kramer MR, Narayan KM. Incidence of childhood obesity in the United

States. N Engl J Med., 2014 Jan 30;. 370(5):403-11.

Dubois L Girard M. Early determinants of overweight at 4.5 years in a population-based longitudinal study. Int J Obes (Lond). 2006 Apr;; 30(4):610-7.

European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) Meeting Report, dostępny na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/325782/9th-COSI-meeting-report-en.pdf?ua=1.

Ewald H, K. J. Parent-only interventions in the treatment of childhood obesity: a systematic review of randomized controlled trials. J Public Health (Oxf). 2014 Sep;36(3):476-89).

Farpour-Lambert NJ, B. J. Childhood Obesity Is a Chronic Disease Demanding Specific Health Care--a Position Statement from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of the European Association for the Study of Obesity (EASO). Obes Facts. 2015;8(5):342-9.

Flynn MA, M. D. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. Obes Rev. 2006, 7 Suppl 1:7-66.).

Foster BA, F. J. (brak daty). Treatment Interventions for Early Childhood Obesity: A Systematic Review. Acad Pediatr. 2015 Jul-Aug;15(4):353-61.

Fried M, H. V.-V. Inter-disciplinary European guidelines on surgery of severe obesity. (Wytyczne europejskie w zakresie chirurgicznego leczenia otyłości olbrzymiej). Int J Obes (Lond). 2007 Apr;31(4):569-77. (tłumaczenie Endokryinol. Otył. Zab. Przem. Mat 2009;5(3):99-108).

Gajewska D. Raport z projektu badawczo-edukacyjnego Mądre żywienie – zdrowe pokolenie. Dietetyka. Vol. 8, 1/2014.

Gajewska D, H. A.-R. (Dietetyka. Vol. 8, 2/2014). Raport z projektu badawczo-edukacyjnego Mądre żywienie – zdrowe pokolenie.

Hemmingson E, J. K. Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. Obes Rev. 2014 Nov;15(11):882-93.

Ho M, G. S. Effectiveness of Lifestyle Interventions in Child Obesity: Systematic Review With Meta-analysis. *Pediatrics*. 2012 Dec;130(6):e1647-71.

Hoare E, F.-T. M. Systematic review of mental health and well-being outcomes following community-based obesity prevention interventions among adolescents. *BMJ Open*. 2015 Jan 5;5(1):e006586.

Holm JC, N. P.-L. The ethics of childhood obesity treatment - from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of European Association for the Study of Obesity (EASO). *Obes Facts*. 2014;7(4):274-81.

Jang M, C. A. Evaluating Intervention Programs Targeting Parents to Manage Childhood Overweight and Obesity: A Systematic Review Using the RE-AIM Framework. *J Pediatr Nurs*. 2015 Nov-Dec;30(6):877-87.

Jarosz M, *Praktyczny poradnik dietetyki*, Warszawa, 2012. Dostępne na http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/polzdrow_podrdietetyki_20120522_zal15.pdf

Juonala M Magnussen CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, Srinivasan SR, Daniels SR, Davis PH, Chen W, Sun C, Cheung M, Viikari JS, Dwyer T, Raitakari OT. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *brak miejsca : N Engl J Med*. , 2011 Nov 17;. 365(20):1876-85.

Katz DL O'Connell M, Njike VY, Yeh MC, Nawaz H. Strategies for the prevention and control of obesity in the school setting: systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)*. 2008 Dec;; 32(12):1780-9.

Kawalec W, G. R. (2013). *Pediatrics*. Warszawa: PZWL.

Kelishadi R, M. P. Systematic review on the association of abdominal obesity in children and adolescents with cardio-metabolic risk factors. *J Res Med Sci*. 2015 Mar;20(3):294-307.

Klesges LM, W. N. (*Am J Prev Med*. 2012 February ; 42(2): 185–192). External validity reporting in behavioral treatment of childhood obesity: a systematic review.

Kothandan SK. School based interventions versus family based interventions in the

treatment of childhood obesity- a systematic review. Arch Public Health. 2014 Jan 29;72(1):3.

Kulaga Z, L. M.-K. Polish 2010 growth references for school-aged children and adolescents. Eur J Pediatr. 2011 May;170(5):599-609.

Ling J, R. L. Interventions to prevent and manage overweight or obesity in preschool children: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2016 Jan;53:270-89.

Llewellyn A Simmonds M, Owen CG, Woolacott N. Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis. Obes Rev. 2016 Jan; 17(1):56-67.

Lloyd LJ, L.-E. S. Childhood obesity and adult cardiovascular disease risk: a systematic review. Int J Obes (Lond). 2010 Jan;34(1):18-28.

Lloyd LJ Langley-Evans SC, McMullen S. Childhood obesity and risk of the adult metabolic syndrome: a systematic review. Int J Obes (Lond). 2012 Jan; 36(1):1-11.

Lu AS, K. H. A Systematic Review of Health Videogames on Childhood Obesity Prevention and Intervention. Games Health J. 2013 Jun;2(3):131-141.

Malecka-Tendera E Klimek K, Matusik P, Olszanecka-Glinianowicz M, Lehingue Y i Group. Polish Childhood Obesity Study. Obesity and overweight prevalence in Polish 7- to 9-year-old children. Obes Res. 2005 Jun; 13(6):964-8.

Martin A, S. D. (Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 14;3:CD009728). Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents (Review).

McKinsey. Overcoming obesity: An initial economic analysis, dostępne na: https://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Business%20Functions/Economic%20Studies%20TEMP/Our%20Insights/How%20the%20world%20could%20better%20fight%20obesity/MGI_Overcoming_obesity_Full_report.ashx.

Mei Z, G.-S. L. Shifts in Percentiles of Growth During Early Childhood: Analysis of Longitudinal Data From the California Child Health and Development Study. Pediatrics

2004;113:e617–e627.

Monasta L Batty GD, Macaluso A, Ronfani L, Lutje V, Bavcar A, van Lenthe FJ, Brug J, Cattaneo A. Interventions for the prevention of overweight and obesity in preschool children: a systematic review of randomized controlled trials. *Obes Rev.* 2011 May; 12(5):e107-18.

Mustila T Raitanen J, Keskinen P, et al. Lifestyle counselling targeting infant's mother during the child's first year and offspring weight development until 4 years of age: a follow-up study of a cluster RCT. *BMJ Open* 2012;2:e000624.

Nagle BJ, H. C.-R.-D. (brak daty). Interventions for the treatment of obesity among children and adolescents in Latin America: A systematic review. *Salud Publica Mex.* 2013;55 Suppl 3:434-40.

Naylor PJ, N. L. (brak daty). Implementation of school based physical activities interventions: A systematic review. *Prev Med.* 2015 Mar;72:95-115.

Oblacińska A, J. M. (Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 20007.). Otyłość u polskich nastolatków epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Raport z badań uczniów gimnazjów w Polsce.

Organisation., W. H. (brak daty). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010). http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/258781/COSI-report-round-1-and-2-final-for-web.pdf.

Parks EP, K. S. (brak daty). Practical application of the nutrition recommendations for the prevention and treatment of obesity in pediatric primary care. *Pediatr Ann.* 2010 Mar;39(3):147-53.

Peirson L, F.-L. D. (brak daty). Prevention of overweight and obesity in children and youth: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open.* 2015 Jan 13;3(1):E23-33.

Peirson L, F.-L. D. (brak daty). Treatment of overweight and obesity in children and youth: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open.* 2015 Jan 13;3(1):E35-46.

Practical application of the nutrition recommendations for the prevention and treatment of obesity in pediatric primary care. Polskie tłumaczenie Jak w praktyce stosować zalecenia żywieniowe w zapobieganiu i leczeniu otyłości u dzieci? (<http://www.mp.pl/pediatrica/artykuly-wytyczne/artykuly-przegladowe/show.html?id=64978>]).

Reilly JJ, M. Z. (brak daty). Physical activity interventions in the prevention and treatment of paediatric obesity: systematic review and critical appraisal. Proc Nutr Soc. 2003 Aug;62(3):611-9.

Resnicow K McMaster F, Bocian A, et al. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. Pediatrics. 2015 Apr;135(4):649-57.

Sanders RH Han A, Baker JS, Cobley S. Childhood obesity and its physical and psychological co-morbidities: a systematic review of Australian children and adolescents. Eur J Pediatr. 2015 Jun; 174(6):715-46.

SBU. (2013). Dietary treatment of obesity. A Systematic Review (no 218/2013). SBU.

Schwingshackl L, H. L. Effects of low glycaemic index/low glycaemic load vs. high glycaemic index/high glycaemic load diets on overweight/obesity and associated risk factors in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Nutr J. 2015 Aug 25;14:87.

Showell NN, F. O. A Systematic Review of Home-Based Childhood Obesity Prevention Studies. Pediatrics. 2013 Jul;132(1):e193-200.

Simmonds M Burch J, Llewellyn A, Griffiths C, Yang H, Owen C, Duffy S, Woolacott N. The use of measures of obesity in childhood for predicting obesity and the development of obesity-related diseases in adulthood: a systematic review and meta-analysis. Health Technol Assess. 2015 Jun; 19(43):1-336.

SK. Kothandan. School based interventions versus family based interventions in the treatment of childhood obesity- a systematic review. Arch Public Health. 2014 Jan 29; 72(1):3.

Smith AJ, S. A. Health Information Technology in Screening and Treatment of Child Obesity: A Systematic Review. Pediatrics. 2013 Mar;131(3):e894-902.

Taveras EM Rifas-Shiman SL, Sherry B, Oken E, Haines J, Kleinman K, Rich-Edwards JW, Gillman MW. Crossing growth percentiles in infancy and risk of obesity in childhood. Arch Pediatr Adolesc Med. 2011 Nov; 165(11):993-8.

Thangaratinam S, R. E. Interventions to reduce or prevent obesity in pregnant women: a systematic review. Health Technol Assess. 2012 Jul;16(31):iii-iv, 1-191.

Wang Y, C. L. What childhood obesity prevention programmes work? A systematic review and meta-analysis. Obes Rev. 2015 July ; 16(7): 547-565.

Weker H i inni. Kompleksowa ocena sposobu żywienia dzieci w wieku od 5. do 36. miesiąca życia - badanie ogólnopolskie PITNUTS 2016. Development Period Medicine. 2017;XXI,1:13 28. Dostępne na <http://www.1000dni.pl/wyniki-badan-o-1000-dniach/25-zywienie-13-36-miesiecy>

WHO. Population-based approaches to childhood obesity prevention. 2012, dostępne na: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/WHO_new_childhoodobesity_PREVENTION_27nov_HR_PRINT_OK.pdf.

WHO 2017, Reducing childhood obesity in Poland by effective policies, dostępne na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/350030/Reducing-childhood-obesity-in-Poland_final_WEB.pdf?ua=1

Wilks DC, B. H. Objectively measured physical activity and obesity prevention in children, adolescents and adults: a systematic review of prospective studies. Obes Rev. 2011 May;12(5):e119-29.

Spis wykresów

Wykres 1: Masa ciała uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych według kryteriów BMI.....	23
Wykres 2: Charakterystyka respondentów ze względu na wiek, płeć, wielkość miejsca zamieszkania, wykształcenie, styl życia, masę ciała, dietę [Opracowanie własne].....	62
Wykres 3: Jakie Pana/Pani zdaniem są główne przyczyny otyłości u dzieci? (N=2554) [Opracowanie własne].....	65
Wykres 4: Kto jest Pana/Pani zdaniem odpowiedzialny za rozwiązywanie problemów otyłości u dzieci? (N=2554) [Opracowanie własne].....	66
Wykres 5: W jakim stopniu zgadza się Pan/i ze stwierdzeniami odnoszącymi się do żywienia dzieci? (N=2554) [Opracowanie własne].....	67
Wykres 6: Karmienie piersią vs. rozszerzanie diety dziecka (N=2554). [Opracowanie własne].....	68
Wykres 7: Główne źródła wiedzy o żywieniu dziecka – jakie są i jakie być powinny (N=2554). [Opracowanie własne].....	69
Wykres 8: Organizacja edukacji żywieniowej i profilaktyka otyłości u dzieci (N=2554). [Opracowanie własne].....	71
Wykres 9: Jakie Pani/Pana zdaniem grupy powinny zostać objęte poradnictwem dietetycznym finansowanym przez NFZ? (N=2554) [Opracowanie własne]....	72
Wykres 10: Kiedy według Pana/Pani powinna odbyć się pierwsza porada dotycząca zasad żywienia małych dzieci? (N=2554) [Opracowanie własne].....	72
Wykres 11: Do kogo by się Pan/i zgłosił/a w celu uzyskania porady żywieniowej dla małego dziecka? (N=2554) [Opracowanie własne].....	73

- Wykres 12: Kto według Pana/Pani powinien udzielać porad dietetycznych kobietom w ciąży? (N=2554) [Opracowanie własne].....**74**
- Wykres 13: Gdzie Pana/Pani zdaniem powinna być udzielana porada żywieniowa dla kobiet w ciąży lub rodziców małych dzieci? (N=2554) [Opracowanie własne].**74**
- Wykres 14: Jak długo według Pana/Pani powinna trwać skuteczna porada żywieniowa dla rodziców małych dzieci lub kobiet w ciąży? (N=2554) [Opracowanie własne]**75**
- Wykres 15: Jaki charakter powinno mieć według Pana/Pani poradnictwo żywieniowe finansowane przez NFZ? (N=2554) [Opracowanie własne].....**75**
- Wykres 16: Jak Pana/Pani zdaniem powinna być finansowana edukacja żywieniowa i poradnictwo dietetyczne? (N=2554) [Opracowanie własne].....**76**
- Wykres 17: Jakie Pana/Pani zdaniem osoby powinny być zaangażowane w prace zespołu zajmującego się profilaktyką otyłości dzieci w placówce POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej)? (N=2554) [Opracowanie własne].....**77**
- Wykres 18: Jakie Pana/Pani zdaniem osoby powinny być zaangażowane w prace zespołu zajmującego się profilaktyką otyłości dzieci w szkołach? (N=2554) [Opracowanie własne].....**77**
- Wykres 19: Czy korzysta Pan/Pani z prozdrowotnych aplikacji mobilnych służących do motywowania do zmiany diety i stylu życia? (N=2554) [Opracowanie własne]**78**

Spis tabel

Tabela 1: Wytyczne żywieniowe w zapobieganiu otyłości i powiązanych czynników ryzyka.	27
Tabela 2: Zapobieganie otyłości: nawyki związane z odżywianiem się oraz spożywaniem posiłków, na które należy zwrócić uwagę w zależności od wieku.....	28
Tabela 3: Kontrakty wojewódzkich oddziałów NFZ z zakresu chorób metabolicznych [Opracowanie własne].....	49
Tabela 4: Koszty proponowanych zmian systemowych w podziale na składowe [Opracowanie własne].....	57



RAZEM DLA ZDROWIA

www.razemdlazdrowia.pl



BIURO PROJEKTU:

Fundacja MY Pacjenci
ul. Łabędzia 6
04-806 Warszawa

kontakt@razemdlazdrowia.pl
www.razemdlazdrowia.pl

INFOLINIA:

+48 690 677 446