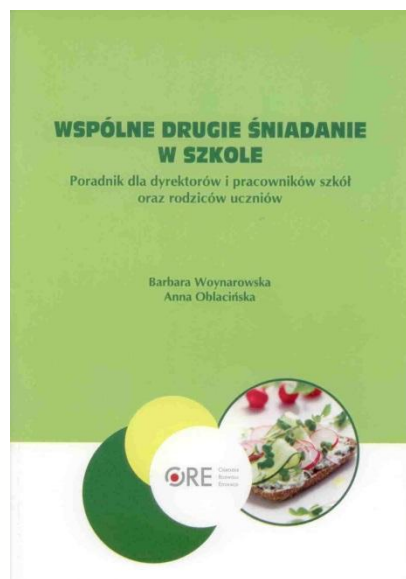


Zdrowe odżywianie, zapobieganie otyłości, zaburzenia psychosomatyczne dzieci i młodzieży

- rola szkoły w profilaktyce tych zaburzeń



Katarzyna Stępniać
- Krajowy Koordynator
ds. Promocji Zdrowia w Szkole
Ośrodek Rozwoju Edukacji

Zdrowie i dobre samopoczucie uczniów oraz nauczycieli jest jednym z ważnych warunków skuteczności realizacji zadań szkoły.

Dobre samopoczucie,
dyspozycja do nauki i pracy,
dobre relacje międzyludzkie
zależą od zaspokojenia podstawowych
potrzeb, w tym odżywiania się.

Organizacja posiłku, zapewnienie uczniom płynów i aktywności fizycznej w czasie pobytu w szkole (także poza lekcjami wychowania fizycznego) oraz odpowiedniej edukacji w tym zakresie jest ważnym elementem działalności:

opiekuńczej
wychowawczej
dydaktycznej szkoły

Każdy człowiek, powinien odżywiać się regularnie i spożywać posiłek co 3-4 godziny.

Większość uczniów przebywa w szkole min. 5 godzin.

Każdy uczeń powinien przyjść do szkoły po pierwszym śniadaniu i w szkole spożyć co najmniej 1 posiłek.

Zbyt mała liczba posiłków zwiększa ryzyko wystąpienia **nadwagi i otyłości**, która dotyczy obecnie w Polsce co piątego ucznia.

Skutki nieregularnego spożywania posiłków

Zbyt długa przerwa między posiłkami powoduje uczucie głodu. Wpływa ono niekorzystnie na zdolność do uczenia się:

- zmniejsza zdolność do koncentracji uwagi i aktywność na lekcjach,
- pogarsza nastrój i samopoczucie,
- może powodować bóle brzucha, głowy, uczucie osłabienia,
- wywołuje lub nasila nieprzyjemne emocje i stany, takie jak: rozdrażnienie, niepokój, pobudzenie, zdenerwowanie, co może być przyczyną konfliktów z rówieśnikami, nauczycielami oraz zachowań agresywnych,
- może zwiększać ryzyko doznania urazu (mniejsza koncentracja uwagi, wydłużony czas reakcji).

Otyłość

jest zaburzeniem stanu zdrowia i rozwoju, które powoduje zakłócenia w pracy różnych narządów oraz wpływa w znaczący sposób na postrzeganie otyłego nastolatka przez otoczenie, jego samoocenę i poczucie własnej wartości.

Zaburza wszystkie aspekty zdrowia młodego człowieka – fizycznego, psychicznego, emocjonalnego i społecznego, ogranicza jego potencjał rozwojowy i może istotnie obniżyć jakość życia.

Praca z dzieckiem z nadwagą lub otyłym powinna koncentrować się nie tylko na obniżeniu masy ciała, ale również na wzmacnianiu jego poczucia własnej wartości i budowaniu pozytywnego obrazu siebie.

Istotnym aspektem jest równoległa praca z rówieśnikami, gdyż w wieku szkolnym to grupa znacząco wpływa na funkcjonowanie i przekonanie dzieci o własnej wartości.


Polska Projekt OLAF – Centrum Zdrowia Dziecka 2007- 09

Badania dzieci i młodzieży w wieku 7-19 lat	N=17 573		
	Nadwaga	Otyłość	Razem
Chłopcy	10%	8%	18%
Dziewczęta	11%	7%	18%

Największe odsetki uczniów z nadwagą:

- w szkołach podstawowych,
- w dużych miastach,
- w rodzinach z jednym dzieckiem,
- w rodzinach o najwyższych dochodach,
- gdy dziecko ma w swoim pokoju komputer i telewizor.

Gurzkowska, Kułaga, 2010



Największa %		Najmniejsza %	
Mazowieckie	18,9	Świętokrzyskie	12,6
Lubuskie	17,9	Małopolskie	13,6
Dolnośląskie	17,7	Lubelskie	14,1
Kujawsko-pom.	17,6	Podkarpackie	14,3
Łódzkie	17,1		
Podlaskie	16,4%		

(Koordynator regionalny badań: dr P. Czarnecki
Klinika Nefrologii Dziecięcej AM w Gdańsku)

Gurzkowska i wsp., 2010

Dzieci i młodzież z otyłością i nadwagą (%)

Polska 2007-2009

Wiek – lata	Chłopcy	Dziewczęta
7	19,3	17,3
8	21,4	17,9
9	21,0	20,6
10	22,4	19,2
11	21,3	19,7
13	19,3	14,2
15	16,3	11,8
17	16,0	10,4
18	17,0	9,2

Dane Centrum Zdrowia Dziecka projekt „Olaf”

Nieuzasadnione odchudzanie się

2010 r. wśród dziewcząt
o prawidłowej masie ciała lub jej niedoborze odchudzało się:

10% 11-latek

20% 13- i 15-latek

Jest to zachowanie ryzykowne dla zdrowia

Wyniki badań HBSC

Tendencje zmian częstości otyłości i nadwagi

1995 – 2005 – wzrost nadwagi o 2%, otyłości 1,5%

2005 - 2009 – wzrost nadwagi i otyłości
u chłopców o 5%, u dziewcząt bez zmian

2012 r. – młodzież w wieku 11-15 lat odsetek
młodzieży otyłej podwoił się w ostatniej dekadzie
(HBSC, 2012)

Skutki otyłości w dzieciństwie i młodości

- Obniżone poczucie własnej wartości
- Brak akceptacji, izolacja i dokuczanie
- Częste uczucie głodu → trudności w koncentracji, rozdrażnienie
- Obniżona sprawność fizyczna → niechęć do WF
- Mniejsza tolerancja wysiłków fizycznych
- Nadmierne obciążenie układu ruchu
- Zmiany metaboliczne, skórne
- Częstsze występowanie różnych dolegliwości
- Częściej są ofiarami przemocy ze strony rówieśników

Ok. 80% dzieci z otyłością pozostaje otyłymi w **życiu dorosłym** co powoduje:

- Większe ryzyko cukrzycy, miażdżycy, chorób układu krążenia, układu ruchu
- Krótsze trwanie życia
- Skutki społeczne i ekonomiczne

Leczenie otyłości u dzieci jest bardzo trudne, mało skuteczne → lepiej zapobiegać

- **Przyczyny otyłości** – genetyczne i środowiskowe
- U 90% dzieci otyłych – otyłość prosta (pierwotna) - większe spożycie energii z pożywieniem niż jej wydatkowanie → **dodatni bilans energetyczny**



Zapobieganie:

- Zdrowe, racjonalne żywienie
- Aktywność fizyczna – wysiłek fizyczny umiarkowany co najmniej 60 min. dziennie

z udziałem:

rodziców, przedszkola, szkoły, samych dzieci

Zadania szkoły w przeciwdziałaniu otyłości

Główne kierunki działań

1. Zapobieganie wystąpieniu nadwagi u uczniów

- zaspokajanie ich podstawowych potrzeb biologicznych: **zdrowego żywienia i odpowiedniej aktywności fizycznej**
- edukacja zdrowotna

2. Wspieranie uczniów z nadwagą

Zdrowe żywienie uczniów w szkole

1. Każdy uczeń powinien spożyć w szkole posiłek

(Zalecane zjadanie posiłków co 4 godziny)

- drugie śniadanie wspólnie z nauczycielem
lub
 - ciepły posiłek

2. W szkole dostępne tylko produkty i napoje

o wysokich walorach zdrowotnych

(w sklepiku, automatach, stołówce)

ułatwienie uczniom zdrowych wyborów

3. Stały dostęp do wody pitnej

4. Realizacja programów:

„Szkłanka mleka”, „Owoce w szkole”

Edukacja zdrowotna

1. Edukacja żywieniowa uczniów

- realizacja wymagań z podstawy programowej
- wdrażanie programów edukacyjnych oferowanych przez różne organizacje o **sprawdzonej jakości**, w powiązaniu z podstawą programową i **ewaluacja ich wyników**
- organizacja zajęć praktycznych
- zachęcanie do spożywania zdrowych produktów w czasie imprez szkolnych i klasowych
- diagnozowanie zachowań żywieniowych uczniów, zachęcanie do samokontroli masy ciała

2. Edukacja pracowników szkoły i rodziców

Aktywność fizyczna

Wymiar obowiązkowych lekcji WF w Polsce należy do największych w Europie, ale odsetek nastolatków o niskim poziomie aktywności fizycznej jest zbliżony do średniego w UE.


80-90% szkół podstawowych i gimnazjów nie organizuje poza lekcjami WF innych zajęć ruchowych.

Aktualna podstawa programowa kształcenia ogólnego stwarza szansę na zmianę dotychczasowego podejścia do WF w szkole.

Funkcje aktywności fizycznej w dzieciństwie

- Stymulacja i wspomaganie rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego
- Adaptacja do różnych bodźców i środowiska fizycznego
 - Kompensacja nadmiernego unieruchomienia
- Zapobieganie zaburzeniom, w tym otyłości, zaburzeniom układu ruchu, wczesne zapobieganie miażdżycy, osteoporozie
 - Terapia wielu zaburzeń

AF jest jedną z podstawowych potrzeb biologicznych człowieka w całym okresie jego życia



**Niedostatek aktywności fizycznej
jest poważnym zagrożeniem dla zdrowia
dzieci, młodzieży i dorosłych
we wszystkich krajach rozwiniętych**

Zwiększenie aktywności fizycznej w szkole

1. Organizacja atrakcyjnych, dopasowanych do potrzeb i możliwości dzieci lekcji wychowania fizycznego
2. Zwiększenie aktywności fizycznej w codziennym życiu szkoły (aktywne przerwy, ćwiczenia śródlekcyjne)
3. Współpraca z rodzicami, klubami sportowymi, samorządem lokalnym
4. Wykorzystanie zasobów środowiska lokalnego

Zaburzenia psychosomatyczne a zaburzenia odżywiania się

- Zaburzenia odżywiania się należą do zaburzeń psychicznych, których powikłania mogą wywierać istotny wpływ na funkcjonowanie całego organizmu.
- W opracowanej przez WHO Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń Zdrowotnych (ICD-10) zaburzenia odżywiania się są klasyfikowane jako zaburzenia psychiczne i umieszczone zostały w grupie zaburzeń behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami psychicznymi.

Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania się

- Na zaburzenia odżywiania chorują najczęściej dziewczęta w wieku dojrzewania i młode kobiety.
- Na anoreksję choruje ok. 1-2%, zaburzenie to nie dotyczy jednak tylko dziewcząt i młodych kobiet, na anoreksję chorują także dzieci oraz osoby dorosłe. Typowym wiekiem pojawienia się zaburzenia jest okres dojrzewania, jednak jak wynika z badań anoreksją coraz częściej pierwsze zachorowanie ma miejsce u osób dorosłych. Chorują również mężczyźni (ok. 5% wszystkich przypadków) i chłopcy (do 30% przypadków anoreksji u dzieci).
- Na bulimię choruje ok. 3% dziewcząt i młodych kobiet. Początek choroby przypada zazwyczaj na okres dojrzewania i jest na ogół poprzedzony epizodem anoreksji. Chłopcy chorują na bulimię nieco częściej niż na anoreksję.

Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania się

- Inne zaburzenia odżywiania się (niepełnoobjawowe, nietypowe lub mieszane) są najczęściej pojawiającymi się zaburzeniami odżywiania, jednakże ocena rozpowszechnienia w populacji jest bardzo trudna i waha się od 8 do 40%.
- Zaburzenia odżywiania się nie są charakterystyczna dla naszych czasów, z badań historyków wynika, że występowały one w różnych okresach dziejów i w różnych kulturach.
- Nie dotyczą one również specyficznej grupy osób.

Na podstawie: Cezary Żechowski (2012) „Zaburzenia odżywiania się – problem współczesnej młodzieży”.

Obraz kliniczny

Anoreksja nervosa (jadłowstręt psychiczny)

- Celowa utrata masy ciała poniżej 15% prawidłowej (BMI<17,5).
- Znaczne ograniczanie pokarmów i wyczerpujące ćwiczenia fizyczne i/lub przeczyszczanie się i/lub prowokowanie wymiotów i/lub przyjmowanie leków ograniczających apetyt.
- Zaburzenia obrazu ciała, co wiąże się z przeżywaniem silnego stresu, lęku i podejmowaniem działań zmierzających do schudnięcia.
- Zaburzenia hormonalne (brak miesiączki).
- Zahamowanie rozwoju.

Bulimia nervosa (żarłoczność psychiczna)

- Napady objadania się z poczuciem utraty kontroli nad ilością pokarmu.
- Zachowania kompensacyjne mające zapobiegać przytyciu (wymioty, środki przeczyszczające, diuretyki, głodówki, leki).
- Silny lęk przed otyłością

Czynniki ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania się

Indywidualne i interpersonalne

- perfekcjonizm, nadmierne oczekiwania wobec siebie
- poczucie braku kontroli nad życiem
- problemy z samooceną
- trudności z wyrażaniem potrzeb, przeżywanie silnego lęku lub/i depresji, lęki w sytuacjach społecznych
- zmiany w postrzeganiu samego siebie i swojego ciała
- silny lęk, trudności w autonomicznym funkcjonowaniu (lęk przed dorosłością)
- nieumiejętność wyrażania emocji i uczuć, zaburzenia więzi
- doświadczenie traumy, bullyingu, reakcja na sytuację kryzysową
- mogą to być również zmiany w funkcjonowaniu ośrodków kontroli łaknienia, szczególnie w przypadku anoreksji

*Na podstawie: The Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders and the Eating Disorders Foundation of Victoria (2004).
An Eating Disorders Resource for Schools. A manual to promote early intervention and prevention of eating disorders in schools.*

Czynniki ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania się

Rodzinne

- przecenianie społecznych oczekiwań, nastawienie na osiągnięcia
- relacje rodzinne, które utrudniają separację, rodzina „zamknięta” lub niestabilna emocjonalnie
- nieprawidłowe wzorce więzi, brak komunikacji i poczucia wsparcia
- nadużycia, choroby psychiczne w rodzinie

Społeczno-kulturowe

- idealizacja szczupłej sylwetki, społeczne oczekiwania dotyczące kobiecej atrakcyjności
- skupienie na wizerunku, jako wyznaczniku wartości
- kobieca role społeczna (płeć kulturowa)

Sygnaly ostrzegawcze

Emocjonalne / psychologiczne

- silne zaabsorbowanie ciałem, wyglądem, wagą
- silny krytycyzm w stosunku do siebie, czasem innych
- brak krytycyzmu wobec wychudzenia bądź wyniszczenia organizmu
- bardzo nasilone wahania nastroju
- obniżona koncentracja, problemy z pamięcią przy jednoczesnym zwiększonym zaangażowaniu np. w naukę
- stany depresyjne, lękowe, silne poczucie winy, obrzydzenie do siebie, czasem myśli samobójcze
- dzielenie jedzenia na „dobre” i „złe”
- problemy w relacjach

Spoleczne

- wycofanie z relacji, izolowanie się
- unikanie sytuacji, które mogą wiązać się z jedzeniem
- wycofanie się z zainteresowań

*Na podstawie: The Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders and the Eating Disorders Foundation of Victoria (2004).
An Eating Disorders Resource for Schools. A manual to promote early intervention and prevention of eating disorders in schools.*

Sygnaly ostrzegawcze

Behawioralne (zachowania)

- odchudzanie się lub przejadanie
- bardzo nasilone zainteresowanie przygotowywaniem posiłków przy jednoczesnym jedzeniu w samotności
- wytwarzanie rytuałów związanych z jedzeniem
- noszenie luźnych, kamuflujących ubrań
- wyczerpujące, pochłaniające ćwiczenia fizyczne
- wymówki, aby nie jeść, jedzenie bardzo powoli, bawienie się jedzeniem na talerzu
- jedzenie samotne
- znikające jedzenie (B)
- częste chodzenie do toalety po posiłkach
- nadmierna aktywność fizyczna, której celem jest utrata kalorii

*Na podstawie: The Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders and the Eating Disorders Foundation of Victoria (2004).
An Eating Disorders Resource for Schools. A manual to promote early intervention and prevention of eating disorders in schools.*

Sygnaly ostrzegawcze

Fizyczne

- spadek lub wahania wagi
- brak miesiączki
- zmęczenie, omdlenia, spowolnienie rytmu serca, niskie ciśnienie, sina, sucha skóra, skłonność do uszkodzeń itd/
- zwiększona wrażliwość na chłód
- opuchnięta szyja, twarz, uszkodzenia na dłoniach, zębach
- obniżone zdolności poznawcze

Rola członków społeczności szkolnej we wspieraniu dzieci i młodzieży

Aby postępować skutecznie wobec dziecka z problemami warto współpracować z rodzicami ucznia, pielęgniarką, psychologiem lub/i pedagogiem, specjalistami.

Nauczyciel / wychowawca może podjąć działania w następujących obszarach:

- budowanie poczucia własnej wartości,
- oddziaływanie na pozycję społeczną dziecka,
- pomoc w rozwijaniu umiejętności psychospołecznych,
- zachęcanie i motywowanie do podjęcia długofalowych działań,
- motywowanie do osiągnięcia optymalnej wagi ciała,
- zapobieganie stygmatyzacji, wykluczeniu i przemocy.

**Nie tylko mózg dziecka chodzi do szkoły,
ale ono całe.**

M. Kacprzak

Zapraszamy do współpracy

www.ore.edu.pl
katarzyna.stepniak@ore.edu.pl