

## Organizacja szkolnej edukacji zdrowotnej dotyczącej otyłości u dzieci

### Organization of school health education in obesity in children

Joanna Woźniak-Holecka<sup>1 (a, b)</sup>, Karolina Sobczyk<sup>2 (a, b)</sup>

<sup>1</sup> Wydział Ochrony Zdrowia, Śląska Wyższa Szkoła Medyczna w Katowicach  
Kierownik jednostki: mgr inż. E. Listek

<sup>2</sup> Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Śląski Uniwersytet Medyczny  
Kierownik jednostki: dr n. hum. Tomasz Holecki

<sup>(a)</sup> koncepcja

<sup>(b)</sup> opracowanie tekstu i piśmiennictwa

#### STRESZCZENIE

Nieprawidłowa masa ciała niesie za sobą ryzyko rozwoju licznych zaburzeń zdrowotnych, oddziałujących negatywnie na jakość i długość życia. Częstość występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci w krajach europejskich szacuje się na 10–20%, w Polsce liczba ta sięga 18%. Walka z epidemią nadwagi i otyłości prowadzona od najmłodszych lat życia dziecka to strategia przynosząca w perspektywie długoterminowej korzyści zdrowotne dla całej populacji. Szkoła obok rodziny stanowi drugie istotne środowisko wychowawcze, na którym spoczywa obowiązek prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży. Realizacja szkolnej edukacji zdrowotnej podejmowana jest przez nauczycieli we współpracy z pozostałymi pracownikami szkoły, rodzicami oraz szeroko rozumianą społecznością lokalną. Wszechstronna edukacja zdrowotna ukierunkowana na walkę z otyłością i nadwagą powinna obejmować całą populację dzieci i młodzieży szkolnej, z uwzględnieniem grup szczególnie narażonych. Szkoła podejmująca edukację zdrowotną uczniów, mającą na celu zapobieganie występowania nieprawidłowej masy ciała powinna realizować ogólnopolskie programy profilaktyki nadwagi i otyłości oraz na bazie podstawy programowej opracowywać i realizować szkolny program edukacji zdrowotnej. W przeważającej liczbie przypadków patogeneza rozwoju otyłości u dzieci wiąże się z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi oraz niedostateczną aktywnością fizyczną, w związku z czym szkolne programy edukacji zdrowotnej ukierunkowane na zapobieganie występowania nadwagi i otyłości powinny skupiać się na tych dwóch najważniejszych, modyfikowalnych czynnikach ryzyka nieprawidłowej masy ciała.

**Słowa kluczowe:** organizacja, edukacja zdrowotna, otyłość, szkoła, dzieci, młodzież

#### ABSTRACT

Abnormal body weight poses a risk of the development of various health disorders, having a negative impact on the quality and length of life. The prevalence of overweight and obesity among European children is estimated to be 10–20%. In Poland this figure reaches 18%. A war on the epidemic obesity waged from the youngest age of the child is a strategy that brings long-term health benefits for the entire population. Apart from the family, the school is the second important educational environment responsible for conducting health education activities among children and teenagers. School health education programs should be implemented by teachers in collaboration with other school staff, parents and the broadly understood local community. Comprehensive health education aiming at combating obesity should cover the entire population of school children and teenagers, with special attention given to high risk groups. The school, undertaking health education activities aimed at preventing abnormal body weight, should implement nationwide programs for the prevention of obesity, and should also pursue its own health education program based on its curriculum. In most cases, development of obesity at children results from improper eating habits and insufficient physical activity, and therefore school health education programs aimed at the prevention of overweight and obesity should focus on these two most important modifiable risk factors of abnormal body weight.

**Keywords:** organization, health education, obesity, school, children, teenagers

## WSTĘP

Nieprawidłowa masa ciała niesie za sobą ryzyko rozwoju licznych zaburzeń zdrowotnych, oddziałujących negatywnie na jakość i długość życia. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zarówno otyłość, jak i nadwaga wiąże się z nieprawidłowym lub nadmiernym nagromadzeniem tkanki tłuszczowej, stwarzającym zagrożenie dla zdrowia. Zgodnie z danymi WHO nieprawidłowa masa ciała występuje u ponad 30% dorosłej populacji światowej, natomiast otyłość dotyczy ok. 10% populacji [1], podczas gdy częstość występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci w krajach europejskich szacuje się na 10–20% [2]. W Polsce liczba dzieci z nadwagą lub otyłością w wieku 7–11 lat sięga 18%, co wynika z danych szacunkowych związanych z brakiem obowiązkowej rejestracji przypadków nadwagi i otyłości [3].

Nadwaga i otyłość znajdują się na 5 miejscu wśród czynników zagrażających zdrowiu i życiu w skali globalnej. Zgodnie z wynikami badań otyłość powoduje więcej schorzeń przewlekłych niż palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu, pochłaniając 10% wydatków przeznaczonych na ochronę zdrowia [4]. Nieprawidłowa masa ciała m.in. jest przyczyną wyższego ryzyka występowania nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2, hipercholesterolemii, udaru mózgu, bezdechu sennego, chorób pęcherzyka żółciowego, czy astmy oskrzelowej. W przypadku dzieci i młodzieży problem ten wiąże się również z występowaniem licznych konsekwencji natury psychologicznej, jak niska samoocena, depresja, myśli samobójcze.

Za występowanie otyłości w ok. 25–45% odpowiedzialne są predyspozycje genetyczne. Wśród pozostałych czynników ryzyka tego schorzenia wymienia się czynniki behawioralne, środowiskowe, społeczno-kulturowe i społeczno-ekonomiczne, w tym przede wszystkim nieprawidłowe nawyki żywieniowe oraz niski poziom aktywności fizycznej. Wysokie koszty oraz trudność leczenia omawianych schorzeń generują potrzebę podejmowania odpowiednich działań zapobiegawczych w odniesieniu do całej populacji dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci niepełnosprawnych, dzieci ze środowisk mniej rozwiniętych gospodarczo oraz z rodzin o niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Działania profilaktyczne w odniesieniu do nadwagi i otyłości powinny być realizowane wielopłaszczyznowo – na szczeblu globalnym, krajowym, regionalnym i lokalnym [5].

Szkoła obok rodziny stanowi drugie istotne środowisko wychowawcze, na którym spoczywa obo-

wiązek prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży. Środowiska te są ściśle ze sobą powiązane – prozdrowotne wychowanie dziecka w rodzinie stanowi podstawę skuteczności szkolnej edukacji zdrowotnej. Efektywność podejmowanych przez szkołę działań zapobiegających występowaniu nadwagi i otyłości w dużej mierze zależy od współpracy pracowników szkoły z rodzicami uczniów. Liczne badania naukowe wskazują na pozytywne efekty działań szkoły w zakresie prowadzenia edukacji żywieniowej oraz edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na podejmowanie aktywności fizycznej w walce z nadwagą i otyłością [6].

## PODSTAWY PRAWNE SZKOLNEJ EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Zgodnie z treścią ustawy o systemie oświaty z 7 września 1991 r. zadaniem oświatowym gmin jest zapewnienie kształcenia, wychowania oraz opieki, w tym profilaktyki społecznej w publicznych szkołach podstawowych i gimnazjach (art. 5a ust. 2 pkt 1). Zgodnie z art. 39 wspomnianej ustawy za sprawowanie opieki nad uczniami oraz stworzenie im warunków harmonijnego rozwoju psychofizycznego poprzez aktywne działania prozdrowotne odpowiada dyrektor szkoły, współpracujący w tym zakresie z pozostałymi organami szkoły [7]. Ponadto w organizacji profilaktycznej opieki nad uczniami, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r., z dyrektorem szkoły współpracują: lekarz POZ, lekarz dentysta, a także na terenie szkoły pielęgniarka, higienistka szkolna albo położna o określonych w rozporządzeniu kwalifikacjach [8].

Edukacja zdrowotna nie ma stałej, silnie ugruntowanej pozycji w praktyce szkolnej. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół treści z zakresu edukacji zdrowotnej realizowane są głównie w ramach podstawy programowej wychowania fizycznego. Ponadto pojęcia z zakresu edukacji zdrowotnej ujęto w treściach edukacji wczesnoszkolnej oraz w wybranych przedmiotach II etapu edukacyjnego, takich jak przyroda oraz wychowanie do życia w rodzinie (ujęcie rozproszone). Bardzo istotne dla realizacji zadań z zakresu szkolnej edukacji zdrowotnej wydaje się podkreślenie przez ustawodawcę w obecnie obowiązującej podstawie programowej, że „ważnym zadaniem szkoły podstawowej jest także edukacja zdrowotna, której celem jest kształto-

wanie u uczniów nawyku dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu” [9]. Na poziomie europejskim konieczność podejmowania odpowiednich działań (szczególnie na poziomie szkoły), zmierzających do zagwarantowania, że „aktywność fizyczna oraz zrównoważone odżywianie staną się częścią naturalnych zachowań dziecka” została podkreślona w ramach priorytetu pn. Dzieci określonego w rezolucji Parlamentu Europejskiego pn. W sprawie białej księgi na temat zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością (2007/2285(INI) z dnia 25 września 2008 r.) [10].

### **REALIZACJA SZKOLNEJ EDUKACJI ZDROWOTNEJ UKIERUNKOWANEJ NA WALKĘ Z NADWAGĄ I OTYŁOŚCIĄ**

Obecnie w realizacji szkolnej edukacji zdrowia, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Funduszu Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF) oraz Organizacji Narodów Zjednoczonych do Spraw Oświaty, Nauki i Kultury (UNESCO) propaguje się koncepcję tzw. wszechstronnej edukacji zdrowotnej.

Zgodnie z obecnie obowiązującą podstawą programową celem szkoły na wszystkich czterech etapach edukacyjnych jest rozwijanie u uczniów postawy dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu. Uczeń kończący edukację w szkole podstawowej (I i II poziom edukacyjny) zna podstawowe zasady racjonalnego odżywiania i stosuje je, a także wie, jakie znaczenie dla zdrowia ma właściwe odżywianie się oraz aktywność fizyczna. Ponadto uczeń ten wymienia zasady zdrowego stylu życia i uzasadnia konieczność ich stosowania. Po zakończeniu edukacji na III i IV poziomie edukacyjnym (szkoła gimnazjalna i ponadgimnazjalna) uczeń analizuje związek pomiędzy własnym postępowaniem w zakresie stosowanej diety oraz podejmowanej aktywności fizycznej a zachowaniem zdrowia [9].

Obowiązująca podstawa programowa stawia nowe zadania i jest wyzwaniem dla nauczycieli wychowania fizycznego, co wymaga ich współpracy z innymi nauczycielami i pełnienia roli koordynatora edukacji zdrowotnej. Istnieje wiele trudności ze strony nauczycieli tego przedmiotu w realizacji edukacji zdrowotnej, wśród których najczęściej wymienia się niedostateczne przygotowanie metodyczne i świadomość własnej niekompetencji w zakresie

poruszanych treści. Dodatkowo sytuacji nie sprzyja częsty fakt niedoceniań znaczenia edukacji zdrowotnej przez dyrektora szkoły, który nie postrzega własnej osoby jako lidera promocji zdrowia w kierowanej przez siebie placówce, a także nierozumienie nowej roli nauczyciela wychowania fizycznego przez nauczycieli innych przedmiotów. W realizacji edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na ograniczanie rozpowszechnienia nieprawidłowej masy ciała istotnym problemem wydaje się również ryzyko postrzegania edukacji zdrowotnej głównie w kontekście wysiłku fizycznego z pominięciem kwestii zmian nawyków żywieniowych uczniów [3].

Wszechstronność procesu edukacyjnego w odniesieniu do nadwagi i otyłości wymaga włączenia do działań profilaktycznych szkoły pielęgniarki (higienistki) szkolnej, której głównym zadaniem powinien być monitoring parametrów antropometrycznych dzieci, pozwalających na obliczenie wskaźnika BMI oraz czynny udział w realizacji zadań profilaktycznych. Nowelizacji powinno zostać poddane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, z którego wynika co prawda obowiązek współpracy pielęgniarki (higienistki) szkolnej z dyrektorem i radą pedagogiczną, lecz brak jest jakichkolwiek informacji o formach i zakresie tej współpracy. Dyrektorzy szkół powinni w większym stopniu uwzględniać wyniki badań przesiewowych w szkolnych programach wychowawczych i programach profilaktyki, a także dokumentować informacje o wynikach wspomnianych badań w odniesieniu do swoich uczniów, co nie jest powszechną praktyką [3]. Badania nad skutecznością programów zapobiegania nadwadze i otyłości wśród dzieci i młodzieży szkolnej wskazują również na wysoką efektywność działań prowadzonych we współpracy z pozostałymi pracownikami szkoły (administracja, personel kuchenny ze stołówki), badaczami i nauczycielami akademickimi, zespołami dietetyków oraz edukatorami zdrowia w krajach, w których są dostępni (np. Stany Zjednoczone). Za niezastąpioną i równocześnie niedoceniającą uważa się również współpracę w tym zakresie z rodzicami, a także dziadkami dzieci w wieku szkolnym.

Elementem niezwykle istotnym w działaniach zapobiegających nadwadze i otyłości wśród uczniów jest tworzenie w szkole środowiska wspierającego edukację zdrowotną. Gmina jako organ prowadzący szkołę, we współpracy z dyrektorem powinna zapewnić odpowiednie warunki do organizowania żywienia zbiorowego w szkołach, wycofać w drodze uchwały żywność o niskiej wartości odżywczej ze sklepików szkolnych oraz automatów spożywczych

na terenie placówki, dążyć do zapewnienia uczniom możliwości nauki w pracowniach wyposażonych w sprzęt do wspólnego przygotowywania zdrowych posiłków, a także podejmować działania na rzecz rozbudowy infrastruktury sportowej i rekreacyjnej zarówno na terenie szkoły, jak i całej gminy [3]. Bierność gmin i dyrektorów szkół w tym zakresie jest powszechnym problemem w skali ogólnopolskiej.

Szkoła podejmująca edukację zdrowotną uczniów, mającą na celu zapobieganie występowania nieprawidłowej masy ciała powinna realizować ogólnopolskie programy profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży oraz na bazie podstawy programowej opracowywać i realizować szkolny program edukacji zdrowotnej, uwzględniający problem nadwagi i otyłości.

Wśród najczęściej realizowanych programów prozdrowotnych w warunkach szkolnych wymienia się następujące: „Trzymaj formę”, „Owoce w szkole” oraz „Mleko w szkole”. Program „Trzymaj formę” jest organizowany przez Główny Inspektorat Sanitarny oraz Polską Federację Producentów Żywności Związek Pracodawców, a jego głównym celem jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej (promocja zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki). Odbiorcami programu jest młodzież w wieku 13–15 lat. W roku szkolnym 2011/2012 w programie udział wzięło ponad 7,5 tys. szkół [11]. Program „Owoce w szkole” jest inicjatywą unijną, mającą na celu odwrócenie niekorzystnych tendencji dotyczących zwyczajów żywieniowych dzieci, a w szczególności niewystarczającego spożywania owoców i warzyw. Głównym celem programu jest trwała zmiana nawyków żywieniowych dzieci poprzez zwiększenie udziału owoców i warzyw w ich codziennej diecie oraz propagowanie zdrowego stylu życia poprzez działania towarzyszące o charakterze edukacyjnym realizowane w szkołach. Program jest kierowany do dzieci klas I-III szkoły podstawowej, a w II semestrze roku szkolnego 2012/2013 uczestniczy w nim ponad 10 tys. szkół. Ostatni z wymienionych programów – „Mleko w szkole” jest przedsięwzięciem prowadzonym przez Agencję Rynku Rolnego, dofinansowanym przez Unię Europejską, a jego celem jest kształtowanie wśród dzieci i młodzieży dobrych nawyków żywieniowych poprzez promowanie spożycia mleka i przetworów mlecznych. W roku szkolnym 2009/2010 w programie uczestniczyło ok. 17 tys. placówek oświatowych w Polsce [12]. Na rynku polskim istnieje obecnie potrzeba certyfikowania

programów profilaktycznych w zakresie zdrowego stylu życia i zdrowego żywienia, realizowanych w szkołach. Właściwym wydaje się również sporządzenie katalogu programów oferowanych szkołom przez różne organizacje oraz okresowe dokonywanie oceny ich jakości. Omówione powyżej programy są zgodne z ósmym celem operacyjnym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 „Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży” [13]. Ponadto działania podejmowane na rzecz rozwoju aktywności fizycznej dzieci i młodzieży wynikają ze zobowiązania Polski jako kraju członkowskiego Unii Europejskiej do realizacji priorytetów Europejskiego Planu Działań na Rzecz Środowiska i Dzieci w Europie (*Children's Environment and Health Action Plan for Europe – CEHAPE*), w tym szczególnie priorytetu drugiego dotyczącego m.in. umacniania aktywności fizycznej oraz zapobiegania otyłości poprzez właściwą dietę [14].

Wspomniane w poprzednim akapicie programy są realizowane w dużej mierze w szkołach biorących udział w programie „Szkoła Promująca Zdrowie”, powstałym w roku 1991 po przekształceniu wcześniejszej koncepcji „Zdrowa Szkoła”, opartej na założeniach Karty Ottawskiej. Rok później utworzono „Europejską Sieć Szkół Promujących Zdrowie”, przekształconą w roku 2008 w „Szkoły dla Zdrowia w Europie” (ang. *Schools for Health in Europe – SHE*) – sieć, w ramach której realizowany jest program prozdrowotny „Szkoła Promująca Zdrowie”. Obecnie w ramach sieci zrzeszone są 43 kraje europejskie, które wypracowały specyficzne dla ich warunków kulturowych, społecznych i ekonomiczno-politycznych modele szkół promujących zdrowie [15]. W najbliższych latach – w związku z przyjętym przez Parlament Europejski priorytetem walki z nadwagą i otyłością – głównym zadaniem sieci Szkół Promujących Zdrowie będzie realizacja projektu pn. Rozwój i wdrażanie krajowej polityki promocji zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkołach w Europie (HEPS), finansowanego przez Komisję Europejską [3, 10].

W przeważającej liczbie przypadków patogeneza rozwoju otyłości u dzieci wiąże się z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi oraz niedostateczną aktywnością fizyczną, w związku z czym szkolne programy edukacji zdrowotnej ukierunkowane na zapobieganie występowaniu nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży powinny skupiać się na tych dwóch najważniejszych, modyfikowalnych czynnikach ryzyka nieprawidłowej masy ciała. Badania naukowe wskazują na fakt, że najbardziej skuteczne

w walce z otyłością są programy zdrowotne uwzględniające zmniejszenie rozpowszechnienia obu wymienionych czynników ryzyka łącznie [16]. Działania zmierzające do wywołania zmiany nawyków żywieniowych uczniów powinny koncentrować się na ograniczeniu spożycia przez nich tłuszczu nasyconych i węglowodanów prostych, wyeliminowaniu z diety słodzonych napojów gazowanych oraz zwiększeniu spożycia warzyw i owoców, przy jednoczesnym uwzględnieniu w treści przekazów edukacyjnych wszelkich istotnych informacji o sposobie racjonalnego odżywiania się (m.in. wiedza o podstawowych składnikach odżywczych, budowie piramidy żywienia, zdrowej żywności itp.) [6]. Zgodnie z wynikami badań HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) z 2010 roku wraz z wiekiem maleje liczba młodzieży w wieku szkolnym, codziennie spożywających warzywa i owoce. Codzienne lub częstsze spożywanie warzyw dotyczy 30,7% młodzieży w wieku 11–12 lat, 25,4–26,2% uczniów w wieku 13–16 lat oraz jedynie 20,3% młodzieży szkół ponadgimnazjalnych (17–18 lat). Owoce spożywane są codziennie lub częściej przez 38,9% uczniów w wieku 11–12 lat, 30,7% gimnazjalistów w wieku 13–14 lat oraz 13,2% starszych gimnazjalistów (15–16 lat). W przypadku licealistów (17–18 lat) jest to niewiele ponad 18%. Codzienne lub częstsze spożywanie zarówno warzyw, jak i owoców w każdym wieku w wyższym odsetku dotyczy dziewcząt. Niepokojące są jednocześnie dane dotyczące spożywania słodczy przez młodzież w omawianym wieku. Najwyższy odsetek (33–34%) uczniów spożywających te produkty codziennie lub częściej dotyczy gimnazjalistów (13–16 lat). W przypadku uczniów szkoły podstawowej w wieku 11–12 lat jest to odsetek na poziomie 27,6%, natomiast dla licealistów (17–18 lat) – 25,7%. Słodkie napoje gazowane codziennie lub częściej spożywa 24,8–30,8% młodzieży w wieku 11–16 lat oraz 16,5% młodzieży licealnej (17–18 lat) [17]. Modyfikacja negatywnego wpływu ograniczonej aktywności fizycznej lub jej braku wymaga podejmowania działań mających na celu zwiększenie aktywności fizycznej uczniów, z jednoczesnym ograniczaniem zajęć skorelowanych z siedzącym trybem życia dzieci i młodzieży. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego prawie co siódme dziecko w wieku 6–14 lat nie przejawia żadnej aktywności fizycznej poza lekcjami wychowania fizycznego, a co szóste robi to rzadko. W przypadku młodzieży (15–19 lat) codzienny duży wysiłek fizyczny podejmuje niecałe 28% osób, natomiast umiarkowany wysiłek fizyczny ok. 64% badanych [18]. Zgodnie z wynikami badań HBSC codzienną

aktywność fizyczną (co najmniej 60 minut) podejmuje 27,3% uczniów w wieku 11–12 lat, 16,2–17,8% gimnazjalistów (13–16 lat) oraz niewiele ponad 10% licealistów w wieku 17–18 lat, przy czym w każdej grupie wiekowej w omawianym aspekcie odnotowano znaczną przewagę odsetka chłopców [17]. Działania szkoły powinny koncentrować się na zapewnieniu odpowiednich warunków oraz zaplecza technicznego dla efektywnej realizacji zajęć z zakresu wychowania fizycznego oraz propagowaniu wymagających wysiłku fizycznego zajęć pozalekcyjnych. Korzystne w walce z nadwagą i otyłością jest nakłanianie dzieci do redukcji czasu poświęcanego na zajęcia sedenteryjne (oglądanie telewizji, korzystanie z Internetu), których negatywne skutki wynikają z wielogodzinnego unieruchomienia (ograniczanie aktywnych form spędzania czasu wolnego), narażenia na odbiór reklam produktów wysokoenergetycznych (możliwy wzrost pragnienia spożywania tego typu produktów) oraz częstego podjadania wysokokalorycznych przekąsek [19]. Według GUS w Polsce dzieci w wieku 2–14 lat przed ekranem telewizora lub monitora komputera spędzają średnio 2,4 godziny, przy czym należy podkreślić, że dla prawie 7% jest to czas powyżej 5h dziennie, a dla prawie 12% – ok. 4h każdego dnia [18]. Według badań HBSC ponad 40% ogółu badanych uczniów w wieku 11–18 lat w dniach szkolnych przeznaczają na oglądanie telewizji 2–3 godziny swojego wolnego czasu, a ok. 14–17% nawet 4–5 godzin. W czasie weekendu odsetek uczniów spędzających 4–5 godzin przed ekranem telewizora wzrasta do ok. 28–30% ogółu badanych w wieku 11–18 lat. Ponadto ok. 25–35% badanych spędza codziennie w tygodniu co najmniej pół godziny na graniu w gry komputerowe lub na konsoli, natomiast dla ok. 25–30% jest to 2–3 godzin. W czasie weekendu młodzież z badanej grupy poświęca na ten cel zwykle 2–3 godzin (ok. 23–35%) lub 4–5 godzin (ok. 17–20%) [17].

Istotnym czynnikiem dla osiągnięcia odpowiedniej skuteczności i efektywności prowadzonego procesu edukacyjnego jest dobór odpowiednich form i metod nauczania, a także właściwych środków dydaktycznych. W edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na walkę z nadwagą i otyłością stosowane są wszystkie formy nauczania (praca zbiorowa, grupowa i indywidualna) oraz pełna gama dostępnych środków dydaktycznych (słuchowe, wzrokowe, techniczne). Wśród wykorzystywanych metod kształcenia występują zarówno tradycyjne metody oparte na słowie, jak i metody aktywizujące uczniów, zgodne z nowoczesnym ujęciem edukacji zdrowotnej (Tab. I).

**Tabela I.** Zastosowanie wybranych metod nauczania w edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na zwalczanie problemu nadwagi i otyłości [opracowanie własne za: 15]

**Table I.** The use of selected methods of teaching in health education in lighting obesity [own work based on: 15]

Nazwa metody nauczania	Przykład zastosowania
Ulotka, plakat	Graficzne ukazanie produktów o niskiej lub wysokiej zawartości składników odżywczych, głównych czynników ryzyka, a także konsekwencji zdrowotnych oraz psychologicznych otyłości.
Opowiadanie	Opowiadanie o wysokim spożyciu warzyw i owoców lub wody mineralnej przez postacie z bajek, kierowane do dzieci szkół podstawowych.
Wykład	Przekaz treści dotyczący tematyki zawartości poszczególnych składników odżywczych w konkretnych grupach produktów, budowy piramidy zdrowego żywienia lub przyczyn i konsekwencji występowania nadwagi i otyłości, kierowany do dzieci starszych i młodzieży (gimnazjum, liceum)
Dyskusja	Zorganizowana wymiana myśli i poglądów uczestników grupy na temat spożywania żywności typu fast-food lub słodczy, czy też wpływu reklamy na zakup produktów sprzyjających nadwadze i otyłości
Metoda sytuacyjna	Wszechstronna analiza problemów fikcyjnych o charakterze prospektywnym dotycząca konsekwencji psychologicznych lub zdrowotnych występowania nadmiernej masy ciała.
Metoda inscenizacji	Odtworzenie wydarzeń, jakie kiedyś rze czywiście miały miejsce lub wydarzeń fikcyjnych, takich jak np. poniżanie uczniów otyłych przez rówieśników.
Burza mózgów	Omawianie problemu poprzez dyskusję, złożoną z odważnych propozycji rozwiązania problemu, np. braku czasu na podejmowanie aktywności fizycznej poza zajęciami z wychowania fizycznego.
Pokaz z wyjaśnieniem	Demonstracja sposobów przygotowywania zdrowych posiłków, układania jadłospisów, odczytywania informacji zawartych na etykietach żywności, wykonywania konkretnych ćwiczeń fizycznych, obliczania wskaźnika BMI i korzystania z siatek centylowych dla dzieci i młodzieży.
Ćwiczenia utrwalające	Utrwalanie czynności poznanych w trakcie pokazu z wyjaśnieniem.

W praktyce podejmowania szkolnych działań zapobiegawczych w odniesieniu do nadwagi i otyłości, w tym również przez Szkoły Promujące Zdrowie, organizowane są szkolne i międzyszkolne rozgrywki sportowe oraz konkursy dotyczące wiedzy o racjonalnych sposobach odżywiania się, warsztaty z zakresu przygotowywania zdrowych potraw i ich degustacja, „szkolne dni zdrowia” z prezentacją apeli i scenek rodzajowych o tematyce zapobiegania nadwadze i otyłości, zajęcia ze specjalistami z zakresu żywności i żywienia oraz akcje dostarczania bezpłatnej wody mineralnej, warzyw lub owoców dla uczniów [6].

Wszystkie wymienione w opracowaniu działania realizowane są z zastosowaniem holistycznego podejścia do zdrowia i wykorzystaniem wszelkich formalnych i nieformalnych okoliczności dla edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży. Edukacja zdrowotna realizowana w takim ujęciu dąży do ujednoczenia zdrowotnych przekazów edukacyjnych, docierających do ucznia w środowisku szkolnym i pozaszkolnym, a jej celem nadrzędnym jest zachęcenie dzieci i młodzieży do prowadzenia zdrowego stylu życia, opartego w szczególności o prawidłowe nawyki żywieniowe i podejmowanie odpowiedniej aktywności fizycznej.

## PODSUMOWANIE

Działania ukierunkowane na zapobieganie nadwadze i otyłości powinny inicjować zmiany na różnych poziomach, ponieważ zachowania dzieci kształtują się zarówno na podstawie ich indywidualnych zachowań, jak i zachowań członków całego środowiska szkolnego i rodzinnego. Za kluczowe dla wywołania trwałej zmiany uznaje się włączenie rodziców do współpracy w procesie szkolnej edukacji żywieniowej i zdrowotnej ukierunkowanej na zwiększanie aktywności fizycznej młodego człowieka, a także podejmowanie trudu dla tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu w szerokim ujęciu. Działania zapobiegawcze należy podejmować wielopłaszczyznowo, a skuteczność działania wielosektorowego powinna być zapewniona poprzez stałe monitorowanie i nadzór postępów i zmian. Za największą trudność w walce z epidemią nadwagi i otyłości dzieci uznaje się złożoność problemu i konieczność wywierania zmian zachowań nie tylko w odniesieniu do małych dzieci, ale także do ich rodziców i całego społeczeństwa. Skuteczna edukacja zdrowotna stwarza optymalne warunki przy doborze odpowiednich metod przekazu istotnych informacji, ale to od odbiorcy pro-

cesu edukacyjnego zależy stopień ich przyswojenia i wykorzystania w formie utrwalonych umiejętności.

## WNIOSKI

1. W związku ze zwiększającymi się wskaźnikami otyłości wśród dzieci i młodzieży w Polsce niezbędna jest poprawa skuteczności działań w tym zakresie na wszystkich poziomach resortu edukacji, od Ministerstwa Edukacji Narodowej po placówki oświatowe.
2. Działania zapobiegawcze należy podejmować wielopłaszczyznowo, a skuteczność działania wielosektorowego powinna być zapewniona poprzez stałe monitorowanie i nadzór na wszystkich poziomach oceny postępów i zmian.

## PIŚMIENICTWO

1. Obesity and overweight, www.who.int (dostęp: 02.07.2013).
2. Lobstein T., Baur L., Uauy R.: Obesity in children and young people: a crisis in public health, *Obes Rev* 2004; 5 Suppl 1: 4–104.
3. Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej Raport Najwyższej Izby Kontroli, www.nik.gov.pl (dostęp: 01.07.2013).
4. Gaziano J.M.: Fifth phase of the epidemiologic transition, The age of obesity and inactivity, *JAMA* 2010; 303: 275–276.
5. Population-based prevention strategies for childhood obesity, Report of the WHO Forum and Technical Meeting, Geneva, 15–17 December 2009, WHO Press 2010, www.who.int (dostęp: 01.07.2013).
6. Sharma M.: Dietary Education in School-Based Childhood Obesity Prevention Programs, *Adv Nutr* 2011 March; 2(2): 207S–216S.
7. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. 1991 nr 95 poz. 425).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U.09.139.1133).
9. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2009 nr 4 poz. 17).
10. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 25 września 2008 r. w sprawie białej księgi na temat zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością, www.europarl.europa.eu (dostęp: 01.07.2013).
11. Informacje o programie „Trzymaj formę”, www.trzymajforme.pl (dostęp: 02.07.2013).
12. Informacje o programie „Mleko w szkole” oraz „Owoce w szkole”, www.arr.gov.pl (dostęp: 02.07.2013).
13. Uchwała Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007 – 2015, www.mz.gov.pl (dostęp: 02.07.2013).
14. Hanke W. (red), Plan dotyczący środowiska i zdrowia dzieci (CEHAP), wersja druga, 08.10.2009, [dokument elektroniczny].
15. Wolny B.: Szkolna edukacja zdrowotna ukierunkowana na doskonalenie jakości życia uczniów, wyd. KUL, Lublin 2012, s. 162–179.
16. Wyatt K.M., Lloyd J.J., Abraham Ch. i in.: The Healthy Life-styles Programme (HeLP), a novel school-based intervention to prevent obesity in school children: study protocol for a randomised controlled trial, *Trials*. 2013; 14: 95.
17. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. (red), Wyniki badań HBSC 2010, Raport techniczny, Warszawa 2011, [dokument elektroniczny].
18. Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 roku, Raport Głównego Urzędu Statystycznego, Kraków 2011, www.stat.gov.pl (dostęp: 03.07.2013).
19. Mazur A., Szymanik I., Matusik P. i in.: Rola reklam i mediów w powstawaniu otyłości u dzieci i młodzieży, *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2006, 2(1): 18–26.

### Adres do korespondencji:

dr n. med. Joanna Woźniak-Holecka  
 Śląska Wyższa Szkoła Medyczna w Katowicach  
 ul. Mickiewicza 29  
 40-085 Katowice, Poland  
 tel. 32 207 27 00  
 e-mail: joanna.wozniak\_holecka@swsm.pl