

Agnieszka Chwałczyńska<sup>1</sup>, Katarzyna Forys<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra Podstaw Fizjoterapii, Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

<sup>2</sup>Seminarium magisterskie przy Katedrze Podstaw Fizjoterapii, Wydziale Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

# Styl życia a zaburzenia odżywiania dzieci i młodzieży uczestniczących w turnusie rehabilitacyjnym w „Uzdrowisku Szczawno-Jedlina” SA

Lifestyle and eating disorders in children and adolescents who underwent rehabilitation in ‘Szczawno-Jedlina SA’

## STRESZCZENIE

**WSTĘP.** Zaburzenia odżywiania stanowią coraz istotniejszy problem zdrowotny. Dotyczą 20% dzieci w wieku szkolnym. Z badań wynika, że dzieci, u których stwierdzono otyłość w wieku 6 lat, w 25% przypadków będą otyłe w wieku dorosłym, a w odniesieniu do otyłych 12-latków odsetek ten wynosi 75%. Celem niniejszej pracy było zbadanie i określenie stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem poziomu aktywności fizycznej i znajomości zasad zdrowego żywienia w zależności od występowania zaburzeń odżywiania u uczestników specjalistycznego turnusu rehabilitacyjnego w „Uzdrowisku Szczawno-Jedlina” SA.

**MATERIAŁ I METODY.** Badania przeprowadzono w „Uzdrowisku Szczawno-Jedlina” SA podczas dwóch specjalistycznych turnusów rehabilitacyjnych dla dzieci z zaburzeniami odżywiania. Przebadano 50 dzieci (29 dziewcząt i 21 chłopców) w wieku 13–17 lat. Oznaczono masę ciała i wzrost oraz wskaźnik masy ciała. W badaniach posłużono się anonimową ankietą dotyczącą aktywności fizycznej, nawyków żywieniowych oraz stanu psychicznego dzieci.

**WYNIKI.** W badanej grupie 48% dzieci miało nadwagę, 22% niedowagę i 30% normatywną masę ciała. Sto procent dzieci z nadwagą, 1 dziecko z prawidłową masą ciała i 3 dzieci z niedowagą uważało swoje ciało za źle zbudowane. Jednocześnie 46,5% dzieci z normatywną masą ciała, 21% z nadwagą i 82% z niedowagą poświęcało swojemu wyglądowi dużo czasu i były to przede wszystkim dziewczynki.

**WNIOSKI.** Z występowaniem zaburzeń odżywiania ściśle wiązały się złe nawyki żywieniowe, obniżona aktywność fizyczna oraz zaniżona samoocena.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia odżywiania, nadwaga, niedowaga, aktywność fizyczna młodzieży

Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2012, tom 8, nr 3, 73–79

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** Eating disorders are increasingly important health problem affecting 20% of school-age children. Research shows that 25% of children who are obese at the age of 6 years will be obese in adulthood, while among obese 12 year olds this percentage is as high as 75%. The aim of this study was to investigate and determine the lifestyle with particular emphasis on physical activity level and knowledge of the principles of healthy nutrition, depending on the prevalence of eating disorder.

Adres do korespondencji: dr Agnieszka Chwałczyńska

Katedra Podstaw Fizjoterapii, Wydział Fizjoterapii

Akademia Wychowania Fizycznego

ul. I.J. Paderewskiego 35, 51-612 Wrocław

e-mail: agnieszka.chwalczynska@awf.wroc.pl

Copyright © 2012 Via Medica

Nadesłano: 21.06.2012

Przyjęto do druku: 21.08.2012

ders in children who underwent specialized rehabilitation in 'Szczawno-Jedlina Spa'.

**MATERIALS AND METHODS.** The study was conducted in 'Szczawno-Jedlina Spa' during two specialized rehabilitation periods. We studied 50 children (29 females and 21 males), aged from 13 to 17 years. For each participant, body weight and height were measured and body mass index was calculated. Physical activity level, dietary habits and children's mental state was assessed by an anonymous survey.

**RESULTS.** In the study group, 48% of children were overweight, 22% underweight and 30% had normal body mass. All overweight children, one child with normal body mass and three underweight children had negative body image perception. At the same time, 46.5% of children with normal body mass, 21% of overweight and 82% of underweight children, mainly girls, devoted a lot of time to their physical appearance.

**CONCLUSION.** Eating disorders are closely related to poor eating habits, reduced physical activity and low self-esteem.

**Key words:** eating disorders, overweight, underweight, adolescents' physical activity

Endocrinology, Obesity and Metabolic Disorders 2012, vol. 8, No 3, 73–79

## Wstęp

Zaburzenia odżywiania stanowią efekt problemów o różnej naturze, takich jak nieprawidłowości w sferze odczuwania i wyrażania emocji czy nieprawidłowa ocena zdarzeń. Dotyczą co piątego dziecka w wieku szkolnym. Z badań wynika, że 25% dzieci, u których stwierdzono otyłość w wieku 6 lat, będzie otyłych w wieku dorosłym, a w przypadku 12-latków odsetek ten wynosi 75% [1–3]. Związek zaburzeń odżywiania z okresem dojrzewania jest bezsprzeczny, nie są one jednak dla niego swoiste, choć na ten właśnie czas przypada ich początek [4, 5]. Mimo że problemy z karmieniem dzieci pojawiają się stosunkowo często, to do ich poważnych, negatywnych konsekwencji dochodzi stosunkowo rzadko. Z kolei coraz częstszym problemem, który może się pojawić już wraz z przyjściem dziecka na świat, jest otyłość. Obecnie zwiększa się liczba nie tylko otyłych dzieci, lecz także niemowląt [4–6]. Nadwaga zaś skutkuje wieloma wtórnymi zaburzeniami. Okres dojrzewania to czas, w którym młodzi ludzie są szczególnie wrażliwi na bodźce zarówno z zewnątrz, jak i te pochodzące z wnętrza ich intensywnie rozwijającego się organizmu. Właśnie wtedy sfera jedzenia może się stać obszarem, za pomocą którego nastolatek próbuje utrzymać kontrolę nad swoim ciałem oraz otoczeniem społecznym. Jeśli podstawowe problemy okresu dojrzewania nie zostaną przez młodego człowieka konstruktywnie rozwiązane, to zaburzenia łaknienia mogą się utrzymywać także w okresie dorosłości [4, 6].

Leczenie zaburzeń odżywiania zależy od ich rodzaju. W przypadku zaburzeń specyficznych (anoreksja, bulimia) pacjent najczęściej jest kierowany do ośrodków psychiatrycznych ambulatoryjnych, a w przypadku zaostrzenia choroby — do ośrodków zamkniętych. Program leczenia opiera się przede wszystkim na ograniczeniu powikłań niedożywienia [7]. Natomiast zaburzenia niespecyficzne, takie jak nadwaga i otyłość, są leczone przede wszystkim dietą.

Jedną z form terapii zaburzeń odżywiania, skierowaną do dzieci i młodzieży, są turnusy rehabilitacyjne. Pozwalają one na działanie wielopłaszczyznowe, obejmując naukę nawyków żywieniowych poprzez określoną dietę, zwiększenie intensywności wysiłku fizycznego, pracę psychologiczno-pedagogiczną przy jednoczesnej izolacji od warunków socjalno-bytowych w jakich dziecko funkcjonuje na co dzień.

Specjalistyczne turnusy rehabilitacyjne dla dzieci w „Uzdrowisku Szczawno-Jedlina” SA są prowadzone przez cały rok kalendarzowy i skierowane do dzieci, u których stwierdzono zaburzenia odżywiania, przy czym najliczniejszą grupę stanowi młodzież z nadwagą i otyłością w wieku 13–17 lat. Rekrutację na 21- lub 14-dniowy turnus rehabilitacyjny przeprowadza Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), na podstawie skierowania lekarza pierwszego kontaktu. Program rehabilitacji obejmuje zajęcia ruchowe (rozruch poranny, 30-minutową gimnastykę prowadzoną raz dziennie w godzinach popołudniowych, gry i zabawy ruchowe, zajęcia na basenie), indywidualnie dobrany program dietetyczny, fizykoterapię, psychoterapię oraz kurację pitną. W terapii skojarzonej uczestniczą lekarze, fizjoterapeuci, technolog żywienia, psycholog i pedagog. Podczas całego turnusu rehabilitacyjnego kontynuowana jest edukacja szkolna odbywająca się w godzinach porannych z podziałem na poszczególne grupy wiekowe.

Celem niniejszej pracy było zbadanie i określenie stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem poziomu aktywności fizycznej i znajomości zasad zdrowego żywienia zależnie od występowania zaburzeń odżywiania u uczestników specjalistycznego turnusu rehabilitacyjnego w „Uzdrowisku Szczawno-Jedlina” SA.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono w „Uzdrowisku Szczawno-Jedlina” SA podczas dwóch turnusów rehabilitacyjnych. Przebadano 50 dzieci, w tym 29 (58%) dziewczynek i 21 (42%) chłopców. Średni wiek badanych wynosił  $14,82 \pm 1,41$  roku (13–17 lat), średnia masa ciała — 66,5 kg (34–98 kg), średnia wysokość ciała — 165,7 cm (150–184 cm), zaś średnia wartość wskaźni-

Tabela 1. Zakresy masy ciała, wzrostu i wskaźnika masy ciała w poszczególnych grupach pacjentów

		Grupa I		Grupa II	Ogółem
		A	B	kontrolna	(średnia)
n		11	24	15	50
<b>Masa ciała [kg]</b>	Średnia ± SD	43,9 ± 6,5*	79,5 ± 10,3*	62,9 ± 8,7*	66,5 ± 16,78
	Min.–maks.	34–53	65–98	49–75	34–98
<b>Wzrost [cm]</b>	Średnia ± SD	162,4 ± 0,08	167,1 ± 0,07	163,8 ± 0,18	165,7 ± 0,11
	Min.–maks.	150–174	155–179	150–184	150–184
<b>Wskaźnik masy ciała [kg/m<sup>2</sup>]</b>	Średnia ± SD	16,6 ± 1,12*	29,7 ± 3,26*	21,4 ± 1,77*	24 ± 6,06
	Min.–maks.	15–18,4	25,3–36,5	18,6–24	15–36,5

\*Różnice istotne statystycznie między grupami

ka masy ciała (BMI, *body mass index*) — 24 kg/m<sup>2</sup> (15–36,5 kg/m<sup>2</sup>). Badanych podzielono na grupy. Grupę I (n = 35) stanowili pacjenci, u których stwierdzono nieprawidłową masę ciała. Grupę tę dodatkowo podzielono na dwie podgrupy: IA (n = 11) stanowiły osoby z obniżoną masą ciała, a IB (n = 24) osoby z nadwagą lub otyłością. Grupa II stanowiła grupę porównawczą (n = 15), obejmując dzieci, u których na podstawie badań wstępnych stwierdzono normatywną masę ciała. Badani z grupy porównawczej to najczęściej były osoby, u których w przeszłości stwierdzono zaburzenia odżywiania, a turnus rehabilitacyjny był jednym z elementów programu terapeutycznego, na który dzieci oczekiwały zbyt długo. Stwierdzono istotne statystycznie różnice pod względem masy ciała i BMI między grupami z nadwagą i otyłością a grupą z niedowagą (odpowiednio p = 0,000001 i p = 0,000001), grupą z niedowagą i grupą porównawczą (odpowiednio p = 0,000003; p = 0,0000001) oraz grupą z nadwagą i grupą porównawczą (odpowiednio p = 0,000007; p = 0,0000001). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic dotyczących wzrostu.

U badanych dzieci występowały choroby współistniejące mające powiązania z zaburzeniami odżywiania; były to astma oskrzelowa (22% — grupa porównawcza i grupa z nadwagą i otyłością), cukrzyca typu 1 (10% — grupa z nadwagą i otyłością) i choroby endokrynologiczne (20% — grupa z nadwagą i otyłością i 7% — grupa z niedowagą), takie jak niedoczynność tarczycy i zaburzenia miesiączkowania.

Najwięcej, bo 24% badanych, dzieci mieszkało w województwie dolnośląskim; 96% wychowywało się w pełnej rodzinie, a 78% miało rodzeństwo.

Charakterystykę poszczególnych grup przedstawił w tabeli 1.

Do oznaczenia masy ciała i wzrostu wykorzystano wagę osobowo-lekarską typu WL 150. W badaniach posłużono się ankietą składającą się z 32 pytań, podzielonych na 4 części dotyczące danych osobowo-

-socyjalnych pacjentów, aktywności fizycznej, nawyków żywieniowych oraz stanu psychicznego dzieci.

Badania wykonano w 2. dniu pobytu dzieci na turnusie rehabilitacyjnym podczas badania lekarskiego i kwalifikacji na zabiegi.

Do charakterystyki grup wykorzystano statystyki opisowe: średnia, odchylenie standardowe (SD, *standard deviation*), wartości minimum–maksimum. Do porównania między grupami użyto testu t dla grup niezależnych oraz testu U Manna-Whitneya. Przyjęto poziom istotności p poniżej 0,05.

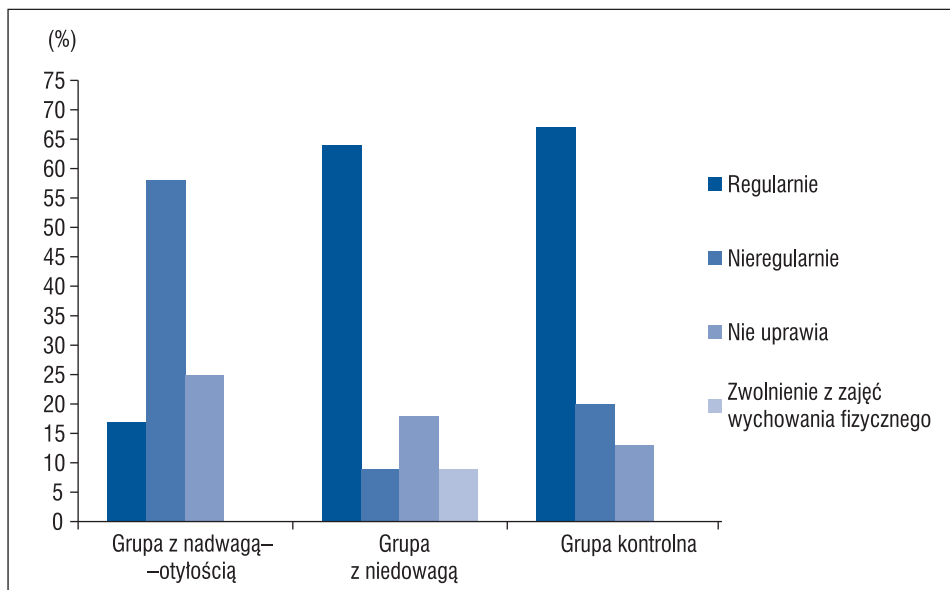
## Wyniki

W przeprowadzonej ankiecie znalazły się pytania dotyczące typu aktywności fizycznej podejmowanej przez dzieci, przyjemności czerpanych z zajęć wychowania fizycznego oraz ewentualnych zwolnień z zajęć sportowych w szkole.

Regularnie aktywność fizyczną podejmowało 67% dzieci z grupy porównawczej, 64% z grupy z niedowagą oraz 17% z grupy z nadwagą i otyłością. Badani z wszystkich grup, poza lekcjami wychowania fizycznego w szkole, najczęściej wybierali pływanie, sporty walki, jazdę na rowerze i aerobik.

Najwięcej, bo 25%, osób niepodejmujących żadnej aktywności fizycznej było w grupie z nadwagą i otyłością, w grupie z niedowagą — 18%, a w porównawczej — 13%, mimo że tylko jedno dziecko miało zdrowotne zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego (ryc. 1).

Zaobserwowano istotne statystycznie różnice pod względem regularności podejmowania aktywności fizycznej między grupami z nadwagą i otyłością a grupą z niedowagą (p = 0,04) oraz grupą z nadwagą i otyłością a grupą porównawczą (p = 0,015). Natomiast między grupą z niedowagą i grupą porównawczą nie było różnic istotnych statystycznie (p = 0,85).



Rycina 1. Podejmowanie różnych form aktywności fizycznej przez badane dzieci

Większość przebadanych dzieci czerpała przyjemność z uprawiania sportu, wyjątek stanowiło 6 dzieci (3 — nadwaga, 2 — niedowaga, 1 — grupa porównawcza), które nie lubiły żadnych form aktywności fizycznej. W grupie dzieci z nadwagą 14 (58%) stwierdziło, że przyjemność jest ściśle związana z intensywnością wysiłku — im większa intensywność, tym mniejsza przyjemność.

Ponad 90% badanych dzieci znało pojęcie „zdrowego żywienia”. Samodzielnie potrafiły określić zasady, jakie się wiążą z prawidłowym odżywianiem, na przykład unikanie posiłków typu *fast-food*, preferowanie posiłków bogatych w owoce, warzywa i witaminy, niejedzenie zbyt dużej ilości słodczy i tłustych potraw.

Siedemdziesiąt dziewięć procent pacjentów z nadwagą, 91% z niedowagą oraz 87% z grupy porównawczej uważało, że w domu są stosowane zasady zdrowego żywienia; w przypadku większości dzieci gotowaniem i przyrządzaniem posiłków zajmowała się mama lub babcia. Jednocześnie w odniesieniu do 67% dzieci z nadwagą, 40% z grupy porównawczej i 36% z niedowagą występował w najbliższej rodzinie (rodzice, dziadkowie, rodzeństwo) problem z nadwagą i otyłością; u nikogo w rodzinie nie występował problem z niedowagą. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupami pod względem występowania nadwagi u rodziców (niedowaga–nadwaga  $p = 0,16$ ; niedowaga–grupa porównawcza  $p = 0,89$ ; nadwaga–grupa porównawcza  $p = 0,17$ ).

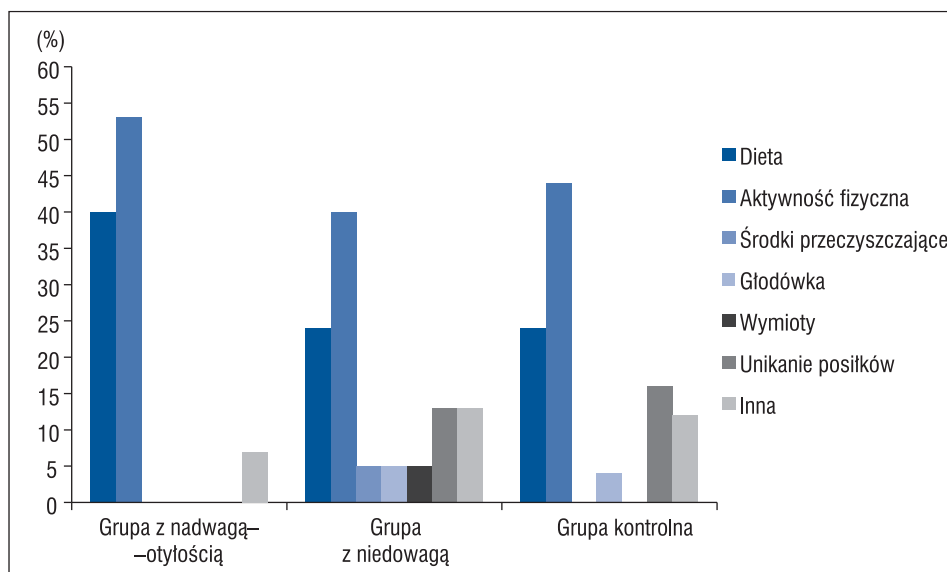
Sposób odżywiania się dzieci był najczęściej związany z ich upodobaniami żywieniowymi, co dotyczyło

100% dzieci z grupy porównawczej, 75% z nadwagą, 91% z niedowagą, oraz ze zwyczajami panującymi w ich domach rodzinnych (25% dzieci z nadwagą, 9% dzieci z niedowagą). Jednocześnie większość dzieci niechętnie jadła warzywa, szczególnie surowe, a owoce jedynie sezonowo.

Najczęściej dzieci zjadały 3–5 posiłków dziennie (śniadanie, II śniadanie, obiad, podwieczorek, kolacja). Różnice dotyczyły zazwyczaj jednego bądź dwóch posiłków. Dzieci z grupy z niedowagą bardzo często unikały kolacji, pacjenci z nadwagą natomiast nie preferowali śniadań.

Osiemdziesiąt procent rodziców dzieci z grupy porównawczej, 67% rodziców dzieci z nadwagą i 55% rodziców dzieci z niedowagą interesowało się, co i kiedy dzieci jedzą; pozostali robili to czasami lub wcale (9% rodziców dzieci z niedowagą). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupami pod względem zainteresowania rodziców odżywianiem dzieci (niedowaga–nadwaga  $p = 0,58$ ; niedowaga–grupa porównawcza  $p = 0,28$ ; nadwaga–grupa porównawcza  $p = 0,49$ ).

U dzieci występowały objawy niepożądane związane z nieprawidłową masą ciała bądź chorobami współistniejącymi. Najczęstsze były: zaburzenia miesiączkowania (grupa z niedowagą — 5%, grupa z nadwagą — 6%), sucha skóra, łamliwe włosy i paznokcie, sine i zimne dłonie i stopy (grupa z niedowagą — 19%), zawroty głowy i omdlenia (grupa z niedowagą — 10%), bezsenność (grupa z niedowagą — 24% i grupa z nadwagą — 16%), bóle brzucha, wzdęcia, zaparcia (gru-



**Rycina 2.** Sposoby zmniejszania masy ciała

pa z niedowagą — 24%) oraz bóle mięśni i stawów, najczęściej po ćwiczeniach (grupa z nadwagą — 42%).

Jedną z podstawowych przyczyn stosowania diet był brak zadowolenia ze swojego wyglądu. Za źle zbudowane (nieproporcjonalnie) swoje ciało uważało 100% dzieci z nadwagą, 1 dziecko z grupy kontrolnej i 3 z niedowagą. Zaobserwowano istotne statystycznie różnice pod względem samoakceptacji między grupami z nadwagą i niedowagą ( $p = 0,0007$ ) oraz z nadwagą i grupą porównawczą ( $p = 0,0000001$ ). Jednocześnie 46,5% dzieci z grupy porównawczej, 21% z grupy z nadwagą i 82% z grupy z niedowagą poświęcało swojemu wyglądowi dużo czasu i były to przede wszystkim dziewczynki. Spośród badanych dzieci większość stosuje kontrolę masy ciała poprzez regularne ważenie się, sprawdzanie ubrań czy ocenę sylwetki w lustrze. Do najczęstszych sposobów redukcji masy ciała można zaliczyć dietę i zwiększoną aktywność fizyczną, jednak część dzieci stosowała także inne sposoby, między innymi środki przeczyszczające, głodówkę i unikanie posiłków (w większości przypadków były to dzieci z niedowagą) (ryc. 2).

## Dyskusja

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że na specjalistyczne turnusy rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami odżywiania są kierowani nie tylko pacjenci z problemami żywieniowymi. W przebadanej grupie jedynie u 70% badanych wartość BMI wskazywała na nieprawidłowości w masie ciała. Może to

świadczą o braku pełnego rozpoznania przez lekarza kierującego albo braku standardów leczenia sanatoryjnego.

Wśród badanych dzieci większą grupę pacjentów z niedowagą stanowiły dziewczęta, natomiast skłonność do nadwagi, a zwłaszcza do otyłości, przejawiali w większości przypadków chłopcy. Zachodziła zatem odwrotna zależność w porównaniu z osobami dorosłymi. Może to wynikać z faktu, że dziewczęta w okresie dojrzewania większą uwagę poświęcają temu, jak wyglądają i jak są postrzegane przez innych. Dbałość o własny wygląd potwierdziły także przeprowadzone badania. Podobne wyniki otrzymano we wcześniejszych badaniach własnych przeprowadzonych w grupie gimnazjalistek [4]. To właśnie dziewczęta częściej i dokładniej kontrolowały swoją masę ciała, podejmowały decyzję o konieczności jej zmniejszenia i więcej czasu poświęcały swojemu wyglądowi. U chłopców zjawisko to było mniej dostrzegalne. Badana grupa dziewcząt w większym stopniu przejawiała również skłonność do występowania specyficznych zaburzeń odżywiania. Zależność ta potwierdza rezultaty badań innych autorów [8, 9]. Uzyskane wyniki wskazują, że podobnie jak dzieci z prawidłową masą ciała, dziewczęta w wieku 13–17 lat częściej dbają o swój wygląd i są nim bardziej zainteresowane, co przekłada się na kontrolę masy ciała.

Największą tendencją do nadwagi i otyłości w przeprowadzonych badaniach przejawiali 14-, 15- i 16-latkowie, najmniejszą — 13- i 17-latkowie. Mogło to wynikać z początkowego stadium zmian fizjologicznych związanych z dojrzewaniem wśród 13-latków i z wcze-

snym okresem ujawnienia się większych zmian w organizmie, jak również z końcowym stadium tego zjawiska wśród 17-latków. Podobne rezultaty uzyskali Haslam i wsp. [10], wykazując wzrost poziomu nadwagi i otyłości u dzieci zależnie od wieku (nadwaga — 22% 6-latków i 30% 15-latków, otyłość — 10% 6-latków i 15% 15-latków) [11]. U młodzieży należy wziąć także pod uwagę aspekty psychologiczne, związane z większym zainteresowaniem swoim wyglądem i dbałością o niego, fascynacją płcią przeciwną i chęcią podobania się.

W turnusie rehabilitacyjnym brały udział dzieci z całej Polski; ich największy odsetek (24%) pochodził z Dolnego Śląska. Zaobserwowano, że kuracjusze z północno-wschodnich regionów częściej mieli problem z nadwagą niż dzieci z południowo-centralnej Polski. Prawdopodobnie ta wymaga jednak dalszych badań, gdyż grupa przebadanych była nieliczna i nie należy uogólniać uzyskanego wyniku. Kwestię tę wcześniej poruszył także Tator [12], według którego ogólne warunki środowiskowe, a warunki żywieniowe w szczególności, mogą mieć znaczny wpływ na powstanie zaburzeń odżywiania. W grę wchodzi w tym przypadku przede wszystkim niedobory jakościowe. Społeczeństwa miejskie coraz częściej stają przed problemem nadmiaru pożywienia, jego łatwej dostępności w postaci gotowych do spożycia przetworów, gęstej sieci placówek gastronomicznych czy automatów i barów samoobsługowych, co wiąże się z rozpowszechnieniem ułatwień eliminujących wysiłek fizyczny, a także powoduje zwiększenie zapadalności na nadwagę i otyłość. Można również sądzić, że zmiany w zapadalności na te schorzenia są wynikiem nie tylko zwiększania spożycia dużych objętości małokalorycznych środków żywnościowych, ale też zwiększenia w diecie udziału artykułów wysokoenergetycznych [12–14].

Jak wynika z przeprowadzonych badań, zaburzenia odżywiania występują najczęściej u dzieci rodziców z wyższym wykształceniem, najrzadziej zaś w rodzinach wielodzietnych i u dzieci niewykwalifikowanych pracowników fizycznych. Podobne wyniki uzyskali Popławska i wsp. [15], badając dzieci wiejskie pod względem występowania nadwagi i otyłości. Rodzice dzieci z nadwagą mieli najczęściej wyższe wykształcenie, podobnie jak rodzice chłopców z otyłością. Wyniki badań przeprowadzonych wśród nieletnich pacjentów uzdrowiska potwierdzają również badania Tatonia [12] oraz autorów oceniających wpływ wykształcenia rodziców na możliwość wystąpienia otyłości u greckich 8–9-latków [13]. Wskazuje to na potrzebę dalszego, pełniejszego wywiadu dotyczącego świadomości zaburzeń odżywiania u rodziców zależnie od ich sytuacji zawodowo-społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem wykształcenia.

Z przeprowadzonych badań wynika, że dzieci uczestniczące w monitorowanym turnusie rehabilitacyjnym, u których stwierdzono nadwagę i otyłość, zmniejszają swoją aktywność fizyczną na rzecz siedzącego trybu życia. Według wielu autorów jest to związane z wielogodzinnym oglądaniem telewizji i modą na gry komputerowe, które często zwyciężają w konkurencji z uprawianiem sportu. Sport staje się jednocześnie dziedziną życia nierzadko zarezerwowaną dla dzieci z rodzin lepiej sytuowanych, gdyż wymaga pewnych nakładów finansowych oraz zaangażowania czasowego ze strony rodziców. Tak powszechne kiedyś „zabawy na podwórku” są znacznie mniej popularne, nie tylko ze względu na konkurencję telewizji. Rodzice niechętnie wypuszczają młodsze dzieci z domu, obawiając się zagrożenia wypadkami komunikacyjnymi oraz wzrastającą przestępczością. Wolą więc, aby syn czy córka oglądali telewizję lub siedzieli przed komputerem. Ten typ spędzania wolnego czasu łączy się automatycznie ze zwiększonym spożywaniem wysokoenergetycznych produktów [14, 15].

W przeprowadzonych badaniach wykazano różnice dotyczące sposobu odżywiania, upodobań kulinarnych i regularności spożywania posiłków, widoczne u dzieci z niedowagą, nadwagą czy otyłością. Różnice te nie są jednak istotne statystycznie, co może być spowodowane małą liczebnością grupy oraz specyfiką turnusu rehabilitacyjnego skierowanego do dzieci z zaburzeniami odżywiania. Głównym problemem osób z podwyższoną masą ciała było częste spożywanie pokarmów o dużej zawartości tłuszczu i węglowodanów. Nieregularne spożywanie pokarmów, nieprzestrzeganie zasady jedzenia trzech podstawowych posiłków dziennie, podjadanie między posiłkami, zastępowanie podstawowych posiłków przez „szybkie pokarmy”, nieprawidłowe nawyki wyniesione z domu, uleganie kolegom i wprowadzanie tak zwanych modnych modeli żywienia czy złe warunki społeczno-ekonomiczne w rodzinie to kolejne przyczyny występowania nadwagi i otyłości [8, 9, 16]. Trochę inaczej sytuacja wyglądała u dzieci z niedowagą. W tej grupie pacjentów najczęstszą przyczyną rezygnacji z posiłków czy nieuzasadnionych ograniczeń w jedzeniu była chęć zmniejszenia masy ciała wynikająca z braku samoakceptacji. W obawie przed nadwagą zwłaszcza dziewczęta rezygnowały z posiłków pełnowartościowych, co mogło prowadzić do niedoborów pokarmowych, a w niektórych przypadkach do anoreksji. Informacje te można było uzyskać podczas rozmów prowadzonych w trakcie zajęć indywidualnych i grupowych odbywających się na turnusie w uzdrowisku.

Przeprowadzone badania dowiodły konieczności stosowania wielodyscyplinarnej terapii skierowanej do dzieci i młodzieży z zaburzeniami odżywiania. Jedynie praca całego zespołu, składającego się z lekarza, fizjoterapeuty, dietetyka, psychologa oraz rodziców, może dać właściwe efekty.

## Wnioski

1. Większą świadomość na temat prawidłowego stylu życia, przejawiającą się aktywnością fizyczną

i znajomością zasad zdrowego żywienia, miały dzieci z grupy porównawczej i z obniżoną masą ciała.

2. Zaobserwowano nadmierną dbałość o wygląd u dzieci z niedowagą oraz brak zainteresowania swoim wyglądem i sposobem postrzegania przez innych, z jednoczesnym brakiem kontroli ze strony rodziców, u dzieci z nadwagą.
3. Dzieci z nadwagą i otyłością miały złe nawyki żywieniowe charakteryzujące się pomijaniem i nieregularnością głównych posiłków, unikaniem jedzenia owoców, warzyw i nabiału czy podjadaniem między posiłkami.

## Piśmiennictwo

1. WHO: The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 2005.
2. Jodkowska M., Oblacińska A.: Epidemiologia nadwagi i otyłości u młodzieży w wieku 11–13 lat w Polsce. W: Oblacińska A., Jodkowska M. (red.): Otyłość u polskich nastolatków. Epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2007.
3. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A.: Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
4. Chwałczyńska A., Bemberek A.: Ocena świadomości młodszej dotycząca anoreksji młodzieży. *Endo. Otył. Zab. Przem. Mat.* 2010; 6: 118–123.
5. Ziora K., Pilarz Ł.B., Sztylec J. i wsp.: Ocena stanu wiedzy nastolatków na temat anorexia nervosa. *Endo. Otył. Zab. Przem. Mat.*; 2009; 5: 12–18.
6. Bryl W., Miczke A., Pupek-Musialik D.: Nadciśnienie tętnicze i otyłość — narastający problem wieku rozwojowego. *Endo. Otył. Zab. Przem. Mat.* 2005; 1: 26–29.
7. Rajewski A., Rajewska-Rager A.: Zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego — rozpoznawanie i leczenie. *Family Medicine & Primary Care Review* 2009; 11: 931–937.
8. Bąk D.: Zaburzenia odżywiania się u mężczyzn. *Psychiatr. Pol.* 2008; 42: 167–178.
9. Nogał P., Lewiński A.: Jadłowstręt psychiczny. *Endokrynol. Pol.* 2008; 59: 148–155.
10. Haslam D.W., James W.P.: Obesity. *Lancet* 2005; 366: 1197–1209.
11. Kosti R.I., Panagiotakos D.B.: The epidemic of obesity in children and adolescents in the world. *Cent. Eur. J. Public Health* 2006; 14: 151–159.
12. Tatoń J.: Otyłość. Patofizjologia, diagnostyka, leczenie. Wyd. PZWL, Warszawa 1975.
13. Lazzeri G., Pammolli A., Pilato V. i wsp.: Relationship between 8/9-yr-old school children BMI, parents' BMI and educational level: a cross sectional survey. *Nutr. J.* 2011; 10: 76.
14. Plewa M., Markiewicz A.: Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu otyłości. *Endo. Otył. Zab. Przem. Mat* 2006; 2: 30–37.
15. Popławska H., Dmitruk A., Czeczuk A.: Częstość występowania nadwagi i otyłości u dziewcząt i chłopców wiejskich w zależności od wykształcenia rodziców. *Zdr. Publ.* 2007; 117: 54–58.
16. Bergh I.H., Grydeland M., Bjelland M. i wsp.: Personal and social-environmental correlates of objectively measured physical activity in Norwegian pre-adolescent children. *Scand. J. Med. Sci. Sport.* 2011; 21: 315–324.