

Streszczenia z XIII Konferencji Naukowo-Szkoleniowej pt. Żywnienie kliniczne współpraca lekarz — dietetyk — pacjent

22 kwietnia 2023 roku, Gdynia

Postępy Żywnienia Klinicznego
2023, tom 18,
DOI: 10.5603/pżk.97212
ISSN 1896–3706
Copyright © 2023 Via Medica

Żywnienie w oddziale internistycznym — kiedy, dla kogo?

dr n. med. Anna Zmarły

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im J. Gromkowskiego
we Wrocławiu, Ośrodek Żywnienia Klinicznego

Według danych GUS (na dzień 30.04.2020) w Polsce funkcjonuje 607 oddziałów wewnętrznych dysponujących 23 020 łózkami. Profil hospitalizowanych jest różnorodny, rośnie liczba pacjentów w wieku podeszłym, chorych przewlekle, z wielochorobowością oraz tzw. chorych z pogranicza — oczekujących na hospitalizację w oddziałach specjalistycznych, w tym zabiegowych i onkologicznych. Niedożywienie występuje częściej u pacjentów w złej sytuacji społecznej, biednych i samotnych, nieposiadających opiekunów; towarzyszy alkoholizmowi, narkomanii, niepełnosprawności. Schorzenia sprzyjające niedożywieniu to choroby, w których zwiększa się zapotrzebowanie organizmu na substancje odżywcze (zakażenia, nadczynność tarczycy, dializoterapia), choroby w których pacjent traci substancje odżywcze (przewlekłe biegunki, przetoki przewodu pokarmowego, przewlekłe zapalenie trzustki, systematyczna utrata krwi, rany przewlekłe) lub je gorzej wchłania (zespoły złego wchłaniania, stany po resekcjach części przewodu pokarmowego), choroby przewlekłe (cukrzyca, przewlekłym chorobom układu krążenia, płuc, wątroby, nowotworom złośliwym, reumatoidalnemu zapaleniu stawów). Choroby narządu żucia, dysfagia neurogenna, niepełnosprawność powodują problemy z przyjmowaniem pokarmu, deficyt pożywienia i chudnięcie. Szereg leków osłabia apetyt lub pogarsza wchłanianie substancji odżywczych (np. kortykosterydy, diuretyki, leki przeciwdepresyjne). Chorzy przewlekle ograniczają jedzenie z powodu

bólu (np. w chorobach nowotworowych, schorzeniach przewodu pokarmowego). Znaczna ilość pacjentów przekazywanych do oddziału wewnętrznego z oddziałów chirurgicznych czy OIOM będzie prezentować niedożywienie.

Po ocenie stanu odżywienia, ocenie metabolicznej i odpowiednim przygotowaniu każdy pacjent ze wskazaniami powinien otrzymać leczenie żywieniowe. Chorzy z grupy ryzyka powinni być poddani dalszej, szczegółowej ocenie w celu wybrania odpowiedniej formy postępowania (poradnictwo dietetyczne, doustna suplementacja pokarmowa, żywienia pozajelitowe, żywienie dojelitowe). Leczenie żywieniowe poprawia jakość i długość życia pacjenta, obniża koszty farmakoterapii związane z hospitalizacją, obniża śmiertelności, poprawia skuteczność terapii chorób towarzyszących.

Pacjent z chorobą nerek a żywienie

prof. dr hab. n. med. Sylwia Małgorzewicz

Katedra Żywnienia Klinicznego, Zakład Żywnienia Klinicznego
i Dietetyki, Gdański Uniwersytet Medyczny

Ze względu na starzenie się społeczeństwa, wzrost zachorowania na choroby cywilizacyjne, w tym przewlekłą chorobę nerek, ważnym problemem zdrowotnym staje się zapobieganie chorobom nerek oraz odpowiednie ich leczenie nie tylko farmakologiczne, ale również nefarmakologiczne. Obecnie nie ma możliwości wyleczenia przewlekłej choroby nerek, która oznacza trwałe i postępujące uszkodzenie nerek objawiające się spadkiem filtracji kłębuszkowej oraz/lub utratą białka w moczu. Natomiast zminimalizowanie czynników ryzyka takich jak nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, palenie tytoniu, otyłość, zbyt wysoka podaż białka i sodu w diecie jest elementem nefroprotekcji, która powinna być

Artykuł jest dostępny bezpłatnie na podstawie licencji Creative Common Attribution-Non-Commercial-No Derivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) umożliwiającej jego pobranie oraz udostępnianie pod warunkiem wskazania autorstwa i wydawcy. Niedopuszczalne jest wprowadzanie jakichkolwiek zmian lub wykorzystanie komercyjne bez zgody wydawcy.

realizowana już na etapie leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej. W realizacji programu profilaktyki PChN istotną rolę odgrywa dietetyk, który odpowiada za zmianę nawyków żywieniowych i ustalenie zindywidualizowanej diety.

Przewlekłą chorobę nerek stwierdza się u około 600 mln ludzi na całym świecie, w Polsce obecnie choruje na nią ok. 4,2 mln osób. Badanie przeprowadzone w Polsce w 2019 roku wskazuje, że 56% osób z rozpoznaniem PChN to osoby w wieku 60 lat lub więcej. Część z nich będzie wymagała leczenia nerkozastępczego na przykład za pomocą dializy. I w tej grupie również odsetek osób starszych po 65 roku życia odsetek rośnie i wynosi obecnie około 38,5%. W grupie osób z rozpoznaniem PChN szczególnie ważne jest opóźnienie postępu choroby i konieczności leczenia za pomocą dializy. Z tego powodu promuje się diety o ograniczonej zawartości białka, które powinny być prowadzone przez wyspecjalizowanego dietetyka.

Problemy lekowe w farmakoterapii pacjentów żywionych dojelitowo przez sztuczny dostęp

mgr farm. Ewelina Lubieniecka-Archutowska,

mgr. farm. Dorota Świtkowska,

mgr. farm. Magdalena Jaśkowska

Apteka Szpitalna UCK Gdańsk

Europejska Sieć Opieki Farmaceutycznej (PCNE, *Pharmaceutical Care Network Europe*) definiuje PROBLEM LEKOWY (DRP, *drug related problem*) jako „zdarzenie lub okoliczność dotyczącą leczenia farmakologicznego, która w sposób rzeczywisty lub potencjalny zakłóca osiągnięcie pożądanego celu terapeutycznego”. Wśród przyczyn problemów lekowych PCNE wskazuje te związane z samym lekiem (wybór leku, postaci, dawkowania, długości trwania terapii), z procesem stosowania leku, z pacjentem (z zachowaniem samego pacjenta oraz związane z przenoszeniem pacjenta) oraz inne. W grupie pacjentów żywionych dojelitowo przez sztuczny dostęp najczęściej występującymi problemami lekowymi są te, które wynikają z wyboru samego leku i jego postaci, z interakcji wynikających z zastosowania niewłaściwych połączeń leków lub/i wynikających z połączenia lek – dieta, a także związane z procesem stosowania leku: niewłaściwym czasem podania, niewłaściwymi przerwami między dawkami, podaniem leku niewłaściwą drogą. W konsekwencji problemy te mogą prowadzić do braku efektu terapeutycznego, wystąpienia działań niepożądanych, wpływać na bezpieczeństwo pacjenta, a w konsekwencji na koszt terapii (leczenie powikłań, dłuższa hospitalizacja, ewentualne roszczenia). Pacjenci tej grupy powinni zostać objęci opieką farmaceutyczną, co pozwoli zidentyfikować problemy lekowe,

a interwencja ze strony farmaceuty powinna polegać na opracowaniu sposobów podawania stałych postaci leków (tabletki, kapsułki), modyfikacji szpitalnej listy leków przez rozszerzenie jej o leki w postaciach preferowanych do podaży przez sztuczny dostęp. Zespół Żywieniowy powinien opracować instrukcje i procedury oraz prowadzić działalność edukacyjną wśród personelu medycznego obejmującą tematykę prawidłowego przygotowania i podania leków przez sztuczny dostęp. Wylimitowanie problemów lekowych u pacjentów żywionych dojelitowo przez sztuczny dostęp wymaga współpracy całego personelu medycznego, ale tylko takie działanie zapewnia osiągnięcie określonych efektów terapeutycznych oraz bezpieczeństwo terapii.

Zastosowanie żywności specjalnego przeznaczenia medycznego (FSMP) w podstawowej opiece zdrowotnej

dr n. o zdr. Monika Ziętarska

Zakład Żywnienia Klinicznego i Dietetyki, Gdański Uniwersytet Medyczny

Niedożywienie związane z chorobą (DRM, *disease related malnutrition*), ma negatywny wpływ na przebieg i efektywność leczenia na wszystkich etapach choroby. Do przyczyn niedożywienia należy zaliczyć między innymi nieadekwatną do potrzeb podaż substancji odżywczych, wzrost zapotrzebowania, utratę składników odżywczych.

Zaburzenia stanu odżywienia u osób w wieku podeszłym stanowią poważny problem natury medycznej, psychospołecznej i ekonomicznej. Niedożywienie rozpoznawane jest u około 30–40% pacjentów hospitalizowanych oraz u 10–30% dorosłych zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu. Problem niedożywienia wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) może być niedoszacowany z powodu braku konieczności wykonania przesiewowej oceny stanu odżywienia w opiece ambulatoryjnej. Wśród pacjentów hospitalizowanych taka ocena jest obowiązkowa zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego.

W kontekście oceny stanu odżywienia oraz podjęcia właściwej interwencji żywieniowej, lekarze POZ powinni w szczególności zwrócić uwagę na pacjentów w wieku podeszłym z niezamierzoną utratą masy ciała, niską siłą mięśniową, zaburzeniami apetytu, pacjentów z chorobą nowotworową, chorych z przewlekłymi ranami, odleżynami, pacjentów po udarach, chorych w okresie okołoperacyjnym czy pacjentów z demencją. Jedną z metod leczenia żywieniowego, którą można wykorzystać w ramach leczenia w POZ, może być żywność specjalnego przeznaczenia medycznego (FSMP, *Food for Special Medical Purpose*).

Jak motywować pacjenta do zmiany w świetle *Evidence-based medicine*?

mgr Aleksandra Budny¹, dr hab. Adriana Mika, prof. uczelni¹,
dr inż. Agata Janczy²

¹Katedra i Zakład Biochemii Farmaceutycznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Zakład Towaroznawstwa Żywności, Katedra Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

Zastosowanie technik psychologicznych w pracy z pacjentem pozwala skuteczniej motywować ich do trwalszej zmiany nawyków i zachowań [1]. Transteoretyczny model zmiany (TTM) to model integracyjny, który łączy kluczowe konstrukty z innych teorii w kompleksową teorię zmiany, którą można zastosować do różnych zachowań, populacji i środowisk. Model ten traktuje zmianę zachowania jako zamierzony proces, który rozwija się w czasie i obejmuje postęp poprzez serię pięciu etapów zmiany: prekontemplacja, kontemplacja, etap przygotowania, etap działania i etap utrzymania [2]. U większości pacjentów pierwsze próby zmiany nie zawsze kończą się sukcesem, szczególnie te związane z zmianą nawyków żywieniowych i redukcją masy ciała. Niepowodzenia powodują konieczność powrotu do wcześniejszych faz zachowań. Zmiana nie jest procesem liniowym, lecz procesem spiralnym [3–5]. Znając fazy w jakich może znaleźć się pacjent, warto zastosować odpowiednie strategie pomocne w procesie zmiany. Istnieje szereg skutecznych strategii psychologicznych, które można wykorzystać w pracy z pacjentem. Są to między innymi techniki oparte na pomocy w wyznaczaniu celu związanego z zachowaniem, polecenie samokontroli zachowania, budowanie poczucia skuteczności pacjenta, identyfikacja zagrożeń i określenie sposobów ich rozwiązania oraz poprowadzenie rozmowy motywującej [6–8]. Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością oraz Europejskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (EASO, *European Association for the Study of Obesity*) zwraca uwagę na potrzebę wykorzystania strategii psychologicznych w skutecznym i trwałym leczeniu nadwagi i otyłości. U chorych z otyłością potwierdzono skuteczność między innymi terapii poznawczo-behawioralnej, a także interwencji krótkoterminowych (wśród nich dialogu motywującego) oraz treningu uważności [9, 10]. Podczas wystąpienia pokazane zostanie, jak w praktyczny sposób wykorzystać techniki psychologiczne w pracy nad zmianą zachowań pacjentów, które mają potwierdzoną skuteczność w licznych badaniach naukowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Varkevisser RDM, van Stralen MM, Kroeze W, et al. Determinants of weight loss maintenance: a systematic review. *Obes Rev.* 2019; 20(2): 171–211, doi: [10.1111/obr.12772](https://doi.org/10.1111/obr.12772), indexed in Pubmed: [30324651](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30324651/).
2. Prochaska J. Transtheoretical Model of Behavior Change. *Encyclopedia of Behavioral Medicine.* 2020: 2266–2270, doi: [10.1007/978-3-030-39903-0_70](https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_70).
3. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. *Zmiana na dobre.* Instytut Amity, Warszawa 2008.

4. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992; 47(9): 1102–1114, doi: [10.1037//0003-066x.47.9.1102](https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102), indexed in Pubmed: [1329589](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1329589/).
5. Marshall SJ, Biddle SJ. The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Ann Behav Med.* 2001; 23(4): 229–246, doi: [10.1207/S15324796ABM2304_2](https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2304_2), indexed in Pubmed: [11761340](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11761340/).
6. Samdal GB, Eide GE, Barth T, et al. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017; 14(1): 42, doi: [10.1186/s12966-017-0494-y](https://doi.org/10.1186/s12966-017-0494-y), indexed in Pubmed: [28351367](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28351367/).
7. Miller WR, Rollnick S. *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. 2014.
8. Michie S, Ashford S, Sniehotta FF, et al. A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: the CALO-RE taxonomy. *Psychol Health.* 2011; 26(11): 1479–1498, doi: [10.1080/08870446.2010.540664](https://doi.org/10.1080/08870446.2010.540664), indexed in Pubmed: [21678185](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21678185/).
9. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, et al. Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts.* 2015; 8(6): 402–424, doi: [10.1159/000442721](https://doi.org/10.1159/000442721), indexed in Pubmed: [26641646](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26641646/).
10. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obesity Facts.* 2015; 8(6): 402–424, doi: [10.1159/000442721](https://doi.org/10.1159/000442721).

NutritionDay i stan odżywienia pacjentów w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku

Mateusz Chwesiuk

Studenckie Koło Żywienia Klinicznego przy Katedrze Żywienia Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wstęp: Międzynarodowa inicjatywa *NutritionDay* ma na celu podniesienie świadomości na temat niedożywienia związanego z chorobami i procesów opieki żywieniowej. Z kolei głównym celem badania własnego była ocena ryzyka niedożywienia oraz ryzyka utraty 5% masy ciała w 6 miesięcy na wybranych oddziałach szpitala uniwersyteckiego. **Metody:** W inicjatywie *NutritionDay* dla oddziału nefrologicznego wzięło udział 14 pacjentów. Kwestionariusze w nDay obejmują między innymi takie informacje jak wiek pacjenta, diagnoza, zagrożenie bądź występowanie niedożywienia. W badaniu własnym (n = 100) zastosowano kwestionariusz NRS-2002 w celu zidentyfikowania pacjentów zagrożonych niedożywieniem oraz SNAQ, aby sprawdzić ryzyko utraty 5% masy ciała.

Wyniki: Rezultaty *NutritionDay* wykazały, że zdecydowana większość pacjentów (92,9%) przyjmowana jest w trybie nagłym. 28,6% z przyjętych na oddział nefrologiczny jest przewodnionych, połowa pacjentów jest niedożywiona lub występuje u nich ryzyko niedożywienia. W ciągu ostatnich 3 miesięcy 76,9% pacjentów wykazało utratę masy ≥ 10 kg. W badaniach własnych spośród wszystkich biorących udział w badaniu 51% pacjentów miało wynik oceny NRS-2002 przeprowadzonej podczas badania wskazujący

na ryzyko niedożywienia, podczas gdy NRS-2002 przeprowadzony podczas przyjęcia wskazywał na ryzyko niedożywienia tylko u 8%. Również 51% pacjentów miało wynik SNAQ ≤ 14 , wskazujący na znaczące ryzyko utraty co najmniej 5% masy ciała w przeciągu 6 miesięcy. Analiza wykazała ujemną korelację pomiędzy NRS-2002 a SNAQ ($r = -0,24$; $p = 0,017$).

Wnioski: Niedożywienie szpitalne stanowi częsty problem. Aby mu zapobiegać oraz skrócić czas hospitalizacji i poprawić jakość leczenia na oddziałach bardziej powszechne powinno być stosowanie terapii żywieniowej oraz poradnictwa dietetycznego.

Wpływ wybranych dodatków do żywności na zaostrzenie choroby Leśniowskiego-Crohna

Nina Kimilu

Studenckie Koło Żywnienia Klinicznego przy Katedrze Żywnienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

Choroba Leśniowskiego-Crohna (ChLC) należy do grupy nieswoistych zapaleń jelit. Cechuje się ona przewlekłym stanem zapalnym. Zajęcie przewodu pokarmowego ma charakter odcinkowy, a zmiany chorobowe zlokalizowane mogą być na każdym odcinku, począwszy od jamy ustnej aż do odbytu. Etiologia ChLC pozostaje wciąż nie w pełni wyjaśniona. Jednak jako istotne wskazuje się wpływy czynników środowiskowych, żywieniowych, genetycznych oraz dysbiozę jelitową. W ostatnich dekadach odnotowano znaczny wzrost zachorowań na tę jednostkę.

Wśród dodatków do żywności, które mogą wywierać wpływ w kontekście ChLC, za najistotniejsze podaje się karboksymetylocelulozę oraz polisorbata 80, jednakże dane literaturowe wskazują także między innymi na kragen, siarczyn sodu czy sacharynę. Substancje te mogą wpływać na powstawanie zapalenia w obrębie jelit na kilka sposobów. Po pierwsze poprzez zmniejszenie różnorodności drobnoustrojów i zmiany w mikrobiocie na rzecz patogenów niekorzystnych, prozapalnych oraz wpływ na uszkodzenie błony śluzowej jelit. Kolejnym jest fakt, iż spożywanie dodatków do żywności może przekładać się na spadek krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych oraz wzrost lipopolisacharydu (LPS). Ponadto karboksymetyloceluloza oraz polisorbata 80 mogą mieć wpływ na taksony bakteryjne, które zostały powiązane z promowaniem nawrotu choroby. Wykazano także, że dzieci z ChLC często spożywają dodatki do żywności powiązane z zapaleniem jelit.

Tematyka wpływu dodatków do żywności na ChLC w ostatnich latach staje się coraz bardziej popularna. Świadczy o tym coraz większa liczba pojawiających się prac sugerujących negatywny wpływ wspomnianych wyżej substancji. Rozsądnym wydaje się ograniczenie żywności

wysokoprzetworzonej oraz dodatków do żywności w codziennej diecie osób chorujących na ChLC.

Rola dietetyka w przygotowaniu pacjenta do zabiegu operacyjnego

Karolina Ferdyn

Studenckie Koło Żywnienia Klinicznego przy Katedrze Żywnienia Klinicznego, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Zabieg operacyjny jest czynnikiem stresogennym, który obciąża organizm pacjenta i wyczerpuje jego rezerwy energetyczne. Istotnym elementem przygotowania do operacji jest prehabilitacja. Opiera się ona na przygotowaniu ruchowym, psychologicznym oraz dietetycznym pacjenta przed zabiegiem operacyjnym. Wczesna identyfikacja pacjentów niedożywionych i z sarkopenią oraz zalecenie modyfikacji diety doustnej, wprowadzanie diet medycznych, żywienia immunomodulującego wpływa na zmniejszenie ryzyka powikłań. Istotną rolę dietetyka jest również żywienie poporacyjne. Odpowiednio dobrane diety medyczne mogą wspomóc gojenie ran, regenerację, a także zapobiegać niedożywieniu w wyniku spadku apetytu i wzmożonego katabolizmu. Rolą dietetyka jest również edukacja żywieniowa pacjentów dotycząca żywienia pozabiegowego. W szczególności istotne jest to u pacjentów poddawanych operacjom na przewodzie pokarmowym, które często wymagają zmian w sposobie żywienia pacjenta. Dzięki temu, odpowiednio wyedukowany pacjent może uniknąć niedożywienia i jego powikłań w przyszłości.

Zastosowanie średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCT) w praktyce klinicznej

Sara Piotrowicz

Studenckie Koło Żywnienia Klinicznego przy Katedrze Żywnienia Klinicznego, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Średniołańcuchowe trójglicerydy (MCT, *medium chain triglycerides*) to kwasy tłuszczowe, które są metabolizowane inaczej niż trójglicerydy długołańcuchowe (LCT). Prezentacja ostatnich badań nad MCT podkreśla ich potencjalne korzyści w różnych warunkach klinicznych. Zawarty w prezentacji przegląd badań opisuje wpływ MCT na czynność jelit, spalanie tkanki tłuszczowej, funkcje poznawcze oraz rekonwalescencję pacjentów po przebytych chorobach onkologicznych. Badania przedstawione w przeglądzie sugerują, że MCT mogą mieć działanie także hipoglikemizujące, przeciwzapalne oraz zwiększające leptynowrażliwość. Wykazano również pozytywny wpływ MCT na cechy poznawcze i zwiększenie skuteczności terapii w przypadku padaczki lekoopornej. Średniołańcuchowe trójglicerydy są

łatwo przyswajalne i szybko przetwarzane w organizmie. Ich stosowanie może pomóc w zmniejszeniu obciążenia jelit i poprawie wchłaniania składników odżywczych. Zaobserwowano efekt terapeutyczny włączenia średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych do diety pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit i zespołem krótkiego jelita. Chociaż przegląd podkreśla wiele potencjalnych korzyści MCT, należy zauważyć, że nie wszystkie pozytywne efekty zostały potwierdzone. Potrzebne są dalsze badania w celu określenia dawkowania i bezpieczeństwa suplementacji MCT w różnych warunkach klinicznych. Średniołańcuchowe kwasy tłuszczowe są obiecującą opcją terapeutyczną, ale konieczna jest dalsza analiza, aby określić ich pełny potencjał. Podczas włączania ich do diety u pacjentów klinicznych ważne jest indywidualne podejście oraz obserwacja efektów suplementacji. Zwrócenie uwagi na dawkowanie MCT i stopniowe wprowadzanie ich do diety pozwala uniknąć skutków ubocznych, takich jak biegunka czy nudności.

Przyczyny występowania nadwagi i otyłości u dzieci z obszarów wiejskich i miejskich

mgr Łukasz Długoński, dr hab. inż. Magdalena Skotnicka
Zakład Towaroznawstwa Żywności, Gdański Uniwersytet Medyczny

Problemy z nadmiarem masy ciała w okresie dzieciństwa i dojrzewania wiążą się z negatywnymi skutkami zdro-

wotnymi, które mogą mieć konsekwencje w dorosłym życiu. Nawyki żywieniowe i styl życia kształtowane we wczesnym okresie życia są trudne do zmiany i warunkują utrzymanie zdrowia w dalszych etapach życia. Celem pracy było zbadanie występowania nadmiaru masy ciała oraz przyczyn otyłości u dzieci w zależności od miejsca zamieszkania.

Badanie ankietowe było skierowane do matek dzieci szkół podstawowych. Przeprowadzone zostało w sześciu państwowych szkołach podstawowych zlokalizowanych na terenach miejskich i wiejskich w województwie pomorskim w okresie od września 2022 do stycznia 2023. Ankieta została przygotowana na podstawie Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych Dziecka (CEBQ) oraz Kwestionariusza Częstości Spożycia Żywności (FFQ). W badaniu wzięło udział 540 matek (średnia wieku 35,3 roku).

Wyniki badania wykazały, że dzieci uczęszczające do szkół z obszarów wiejskich spożywają słodczyce oraz napoje słodzone i przekąski ($p < 0,05$) częściej niż dzieci zamieszkujące miasta. Dzieci mieszkające na wsi prezentowały częściej nadmiar masy ciała. Ponadto dzieci jedzące obiady w szkole i w domu mają większe ryzyko występowania nadwagi i otyłości.

Ponieważ nieprawidłowe nawyki żywieniowe mają znaczący wpływ na rozwój otyłości u dzieci, edukacja żywieniowa dzieci oraz ich rodziców powinna być regularnie prowadzona.