

Teresa Socha

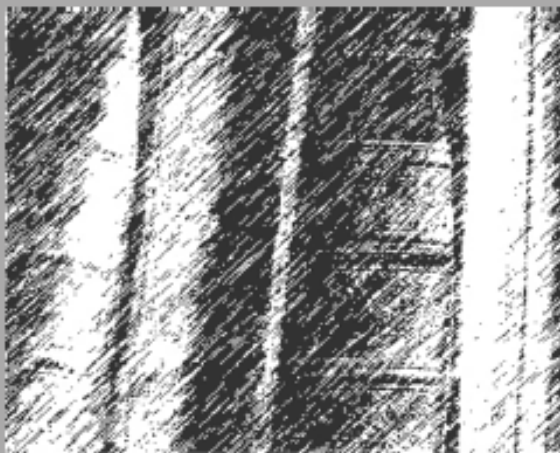
Europejski priorytet zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w profilaktyce otyłości

Chowanna 2, 217-231

2008

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



TERESA SOCHA

Europejski priorytet zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w profilaktyce otyłości

A European priority of healthy nourishment and physical activity in preventing obesity

Abstract: The article makes an attempt to analyse European priorities of healthy life and physical activity in obesity prevention. The author of the article relies on numerous European documents, WHO documents including, paying a special attention to the necessity of fighting with overweight and obesity in contemporary societies.

Key words: overweight, obesity, physical activity, diet, public health, family health.

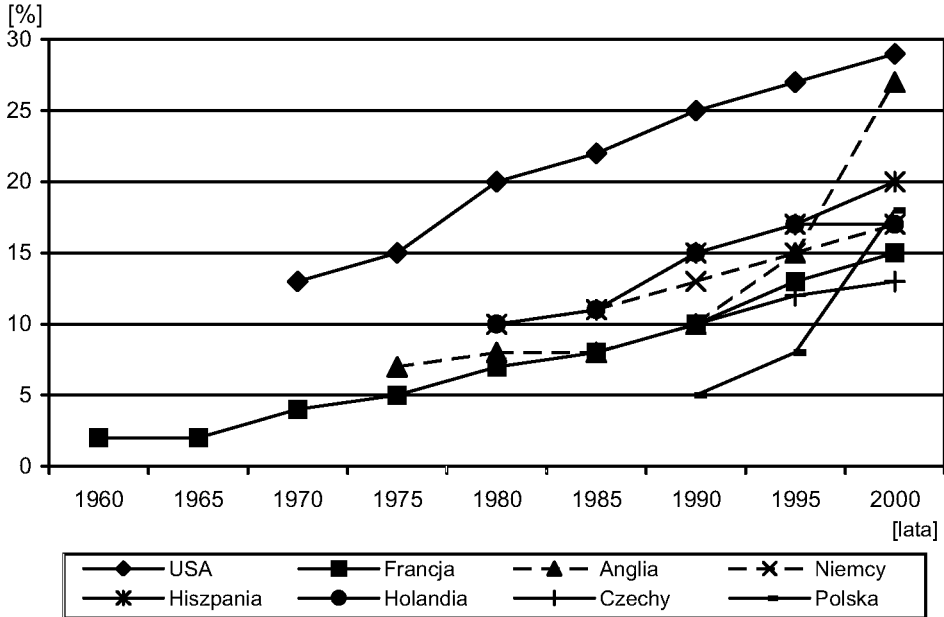
W 2004 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przygotowała nową „piramidę zdrowia”, której podstawę stanowi ruch. Opracowanie to było reakcją na wzrost wskaźnika ludzi otyłych (WHO, 2004). Definiując otyłość jako stan patologicznego zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej, prowadzący do upośledzenia czynności organizmu człowieka i zwiększenia ryzyka chorobowości i śmiertelności, należy wyróżnić otyłość wieku rozwojowego, polegającą na zwiększaniu się liczby adypocytów (rozszyte komórki tłuszczowe) oraz ich rozmiaru. W otyłości osób dorosłych dochodzi do zwiększenia wyłącznie rozmiarów komórek tłuszczowych. Nadmierny przyrost liczby komórek tłuszczowych w okresie dzieciństwa może się przyczynić do rozwoju otyłości w wieku dorosłym, ponieważ zwiększenie liczby komórek jest procesem nieodwracalnym. U kobiet stwierdzamy otyłość, gdy zawartość tkanki tłuszczowej przekracza 30% należnej masy ciała, u mężczyzn – 25% masy ciała. W wypadku dzieci i młodzieży zawartość tkanki tłuszczowej zależy od wieku i płci (S z a d k o w s k a, B o d a l s k i, 2003, s. 12–13).

Do oceny ryzyka związanego z ilością tłuszczu w ustroju najczęściej stosuje się wskaźnik masy ciała (BMI – *Body Mass Index*): $BMI = \text{masa ciała (kg)} / \text{wysokość ciała}^2 \text{ (m)}$. Pomiar BMI jest bardzo łatwy do przeprowadzenia i szybko daje ogólną przybliżoną informację o proporcjach budowy ciała, a w szczególności o występowaniu nadwagi. Oszacowano, że wartość $BMI = 19\text{--}24$ u kobiet i $20\text{--}25$ u mężczyzn jest wartością prawidłowej masy ciała. Przekroczenie tych wartości w górę znamionuje nadwagę, a w dół niedowagę (O s i ń s k i, 2003, s. 253). Przyjęto też, że wskaźnik $25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$ oznacza 1° otyłości, $30\text{--}40 \text{ kg/m}^2$ oznacza 2° otyłości oraz $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ – 3° otyłości (F r a n k s, H o w l e y, 1998, s. 154). Wskazuje się też, że w wypadku $BMI \geq 27 \text{ kg/m}^2$ wyraźnie wzrasta ryzyko chorób układu krążenia (H o l e w y, F r a n k s, 1997, s. 98).

Zdecydowanej uwagi wymaga etiopatogeneza, gdyż u ponad 95% dzieci otyłych występuje otyłość prosta (pierwotna), spowodowana dodatnim bilansem energetycznym, czyli nadmiarem pokarmu w stosunku do wydatków na metabolizm podstawowy, wysiłkowy i termogenezę. U podłoża tej otyłości leżą czynniki środowiskowe, takie jak spożywanie nadmiaru pokarmów i mała aktywność ruchowa, które nakładają się na predyspozycję genetyczną do otyłości.

Uważa się, że w 25–45% przypadków za występowanie otyłości odpowiedzialne są czynniki genetyczne. Na genetyczną predyspozycję nakładają się bardzo istotne czynniki środowiskowe. Wpływ środowiska jest najsilniejszy we wczesnym dzieciństwie, kiedy wytwarzają się nawyki żywieniowe, które związane są z postawami emocjonalnymi i wychowawczymi rodziców oraz sytuacją rodzinną. Równie wielki wpływ na otyłość dzieci ma wszechobecna w większości krajów duża podaż gotowych do

spożycia, estetycznie opakowanych, mało wartościowych, ale wysoko kalorycznych produktów. Otyłość prowadzi ponadto do obniżenia jakości życia, dzieci otyłe często nie akceptują własnego wyglądu, mają niską samoocenę, czasami czują się izolowane i cierpią na depresję (S z a d k o w s k a, B o d a l s k i, 2003, s. 24).



Rys. 1. Nadwaga i otyłość dzieci w wieku 5–11 lat w krajach Unii Europejskiej i USA
Źródło: IOTF – International Obesity Task Force, Londyn – marzec 2005.

Kolejnym europejskim priorytetem w walce z otyłością jest aktywność fizyczna, która należy do najważniejszych czynników wpływających na stan zdrowia, samopoczucie, jakość życia i długowieczność gatunku ludzkiego. Mała aktywność fizyczna stanowi jedną z głównych przyczyn chorobowości i umieralności związanej z chorobą wieńcową, cukrzycą typu II oraz wieloma chorobami nowotworowymi.

Według analityków American Heart Association, siedzący tryb życia należy do najważniejszych i niezależnych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, należącej do grupy chorób cywilizacyjnych. Choroby cywilizacyjne są wywołane nie tylko wykorzystywaniem tzw. zdobyczy cywilizacji. Te zdobycze pozwalają człowiekowi na maksymalne ograniczenie ruchu fizycznego, ale również eliminują naturalne czynniki środowiska, warunkujące dobry stan zdrowia człowieka. Ludzie chcą żyć dłużej i utrzymywać wysoką jakość życia do późnych lat, lecz zdecydowanie czynią wiele, aby ograniczać i eliminować użytkowość swoich mięśni.

Taki trend w stylu życia sprzyja rozwojowi chorób cywilizacyjnych (Blair, 1993, s. 365–376). W Polsce choroby cywilizacyjne stanowią około 80% przyczyn zgonów. Są to głównie choroby krążenia, układu oddechowego, otyłość, alergie, nowotwory i choroby o podłożu psychicznym (nerwice, depresje, stres, schizofrenie, manie). W nauce europejskiej od dłuższego czasu prowadzone są badania stylu życia przeciętnego Europejczyka, mające na celu zapobieganie przedwczesnej degradacji możliwości funkcjonalnych ciała ludzkiego i chorobom. Naukowcy podkreślają rolę aktywności fizycznej w zmniejszaniu ryzyka chorób, takich jak choroby serca, nadciśnienie, cukrzyca, otyłość, depresja, zaburzenia równowagi i osteoporoza (Drabik, 1997, s. 23–27).

Aktywność fizyczna, dzięki której poprawia się stan muskulatury i możliwości wytrzymałościowe, może mieć szczególne znaczenie dla zdrowia osób starszych o ograniczonej sprawności fizycznej. Badanie przeprowadzone w USA w Centrum Kontroli Chorób (Center for Disease Control) wskazuje, że każdy dolar zainwestowany w aktywność fizyczną przynosi oszczędność 3.20 dolara na wydatkach na opiekę medyczną. Można wymienić również wiele czynników mających wpływ na długość i jakość życia:

- stan zdrowia,
- funkcje fizyczne,
- energia i witalność,
- funkcje poznawcze i emocjonalne: satysfakcja z życia, dobre samopoczucie,
- funkcje seksualne,
- funkcje społeczne, rekreacja i status ekonomiczny.

Wszystkie te czynniki oddziałują jednocześnie, dlatego też trudno ocenić rolę każdego z nich oddzielnie. W badaniach zwraca się uwagę na niezwykle istotną rolę diety w procesie starzenia się oraz ogólnego poziomu aktywności fizycznej. Wykazano, że jeżeli społeczeństwo byłoby bardziej aktywne fizycznie, to liczba przedwczesnych zgonów mogłaby zostać zmniejszona o 25–33% (Bailey, ed., 2002, s. 88). Obniżona aktywność fizyczna osób starszych uznawana jest za czynnik równie niebezpieczny dla życia jak nadciśnienie, palenie tytoniu, otyłość, podniesiony poziom cholesterolu. Z badań wynika, że ograniczona aktywność fizyczna jest niezależnym czynnikiem sprzyjającym przedwczesnemu zgonowi.

W roku 1996 w Heidelbergu WHO wydała *Zalecenia dotyczące promowania aktywności fizycznej wśród osób starszych*. Uzasadniano, że dzięki stosowaniu tych zaleceń następuje:

- redukcja kosztów opieki zdrowotnej i socjalnej,
- przedłużanie możliwości i zdolności do podejmowania pracy zawodowej ludzi starszych,

– promocja pozytywnego i aktywnego wizerunku ludzi starszych, co z kolei poprawia adaptację społeczną ludzi starszych i umożliwia lepsze społeczne wykorzystanie ich wiedzy i doświadczenia.

Dotychczas ustalono, że aktywność fizyczna faktycznie zapobiega, opóźnia czy powstrzymuje proces starzenia się. Z pewnością aktywność fizyczna umożliwia lepsze wykorzystanie danych nam możliwości życiowych i otrzymanego przez nas genetycznego potencjału (Raport WHO, 2003).

Pod koniec 2005 roku w Brukseli Komisja Wspólnot Europejskich opublikowała tzw. Zieloną Księgę, czyli Księgę „Promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej”. W księdze tej przedstawiono „europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym”. Stwierdzono, że podstawową przyczyną chorób oraz przedwczesnej umieralności w Europie jest niezdrowe żywienie i brak aktywności fizycznej (The European Health Report, World Health Organisation 2002; Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases, IARC 2002). Głównym problemem – według Komisji Europejskiej – jest otyłość, która stała się jednym z najważniejszych problemów zdrowia publicznego¹.

Wieloprzyczynowy charakter „epidemii” otyłości wymaga podjęcia wspólnych działań przez wiele zainteresowanych stron. Przykładem takich działań jest powołanie Platformy Unii Europejskiej ds. Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia (European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health)².

Aktualnie wiele państw członkowskich wdraża już krajowe strategie działań w zakresie racjonalnej diety, aktywności fizycznej i zdrowia.

W Polsce podczas warsztatów naukowych, zgodnych z treścią „Zielonej Księgi” UE – Polski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym, Polska Federacja Producentów Żywności ogłosiła postulaty, które dotyczyły promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w celu zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym. Za główną płaszczyznę prowadzenia takich działań uznano Platformę ds. Promowania Zdrowego Stylu Życia umocowaną jako Radę ds. Promocji Zdrowego Stylu Życia przy Prezesie Rady Ministrów RP. Realizacja postulatów winna przebiegać przy ścisłym współdziałaniu przemysłu żywnościowego. Polska Federacja Producentów Żywności uznała, że główne priorytety, jakie należy realizować w ramach strategii WHO dotyczą diety, aktywności fizycznej i zdrowia. A szczegółowy program winien obejmować:

¹ Status report on the European Commission's work in the field of nutrition in Europe, 2002.

² http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm.

- edukację dzieci i młodzieży, która powinna w efekcie umożliwić zrozumienie powiązań pomiędzy składem produktu, jego rolą w zbilansowanej diecie w stylu życia i wpływem tych czynników na zdrowie, oraz zrozumienie zasad zdrowego odżywiania w szkole,
- promocję aktywności fizycznej, między innymi poprzez aktualne trendy i alternatywne formy aktywności ruchowej możliwe i przydatne do stosowania w życiu codziennym,
- zmniejszenie ryzyka występowania nadwagi poprzez świadomy wybór i długofalową edukację społeczną, związaną ze zjawiskiem chorób żywieniowo zależnych,
- powiązanie sposobu odżywiania z aktywnością fizyczną i uświadomienia równej wagi tych czynników dla zachowania właściwego stanu zdrowotnego jednostki w rodzinie.

Uznano, że ciężar edukacji, czyli zaleceń żywieniowych, powinien spoczywać przede wszystkim na właściwych resortach, tj. edukacji, sportu, zdrowia, przy współdziałaniu merytorycznym wszystkich zainteresowanych podmiotów w ramach krajowej platformy³.

Od co najmniej 20 lat w krajach rozwiniętych utrzymuje się dramatyczna tendencja wzrastania odsetka osób otyłych obu płci w prawie wszystkich kategoriach wiekowych. Za to zjawisko odpowiada przede wszystkim niedostatek ruchu, a następnie zmiany w sposobie żywienia. W światowym piśmiennictwie medycznym i epidemiologicznym otyłość jest uznawana za jedno z dwu-trzech najpoważniejszych (oprócz chorób nowotworowych i AIDS) zagrożeń zdrowotnych XXI wieku. Jej fatalne konsekwencje to choroby układu krążenia i niektóre groźne choroby metaboliczne (Bielicki, 2002, s. 102). Można zatem sądzić, że w miarę wzrastania tempa zmian cywilizacyjnych zaostrza się dysharmonia między zdrowiem i dobrobytem.

Wzrastająca liczba przypadków otyłości, niezależnie od powodowanego cierpienia, wywołuje skutki ekonomiczne o szczególnym znaczeniu. Szacuje się, że w Unii Europejskiej na walkę z otyłością przeznaczona jest do 7% kosztów opieki zdrowotnej (*Report of a WHO*, 1998).

Mimo braku dokładnych danych z wszystkich państw UE przeprowadzone badania wykazują znaczne koszty ekonomiczne związane z otyłością: zgodnie z raportem przygotowanym przez Brytyjską Krajową Izbę Kontroli (United Kingdom's National Audit Office, 2001) w 2001 roku otyłość w samej tylko Anglii spowodowała 18 mln dni absencji chorobowej oraz 30 tys. przedwczesnych zgonów, co odpowiada rocznym bezpośrednim kosztom opieki zdrowotnej wynoszącym co najmniej 500 mln GBP. Szerzej pojmowane koszty ekonomiczne, uwzględniające zmniej-

³ Zob. <http://www.pfpz.pl>.

szanie produktywności oraz straty produkcji, oszacowano na kwotę 2 mld GBP rocznie⁴.

Tabela 1 ukazuje tendencje rozwojowe otyłości wśród mieszkańców Europy.

Tabela 1

Nadwaga i otyłość wśród dorosłych obywateli UE
(Body Mass Index: masa ciała w kg/wys. c. w m)²;
BMI pomiędzy 25 a 30 jest nadwagą, a BMI >30 jest otyłością

Państwo	Lata	Mężczyźni			Kobiety		
		BMI 25–29.9	BMI≥30	BMI≥25	BMI 25–29.9	BMI≥30	BMI≥25
		odsetek	odsetek	średnio odsetek	odsetek	odsetek	średnio odsetek
1	2	3	4	5	6	7	8
Austria	1999	40,0	10,0	50,0	27,0	14,0	41,0
Belgia	1994–1997	49,0	14,0	63,0	28,0	13,0	41,0
Cypr	1999–2000	46,0	26,6	72,6	34,3	23,7	58,0
Czechy	1997/1998	48,5	24,7	73,2	31,4	26,2	57,6
Dania	1992	39,7	12,5	52,2	26,0	11,3	37,3
Anglia*	2003	43,2	22,2	65,4	32,6	23,0	55,6
Estonia	1994–1998	35,5	9,9	45,4	26,9	15,3	42,2
Finlandia	1997	48,0	19,8	67,8	33,0	19,4	52,4
Francja	2003	37,4	11,4	48,8	23,7	11,3	35,0
Niemcy	2002	52,9	22,5	75,4	35,6	23,3	58,9
Grecja	1994–1998	51,1	27,5	78,6	36,6	38,1	74,7
Węgry	1992–1994	41,9	21,0	62,9	27,9	21,2	49,1
Irlandia	1997–1999	46,3	20,1	66,4	32,5	15,9	48,4
Włochy	1999	41,0	9,5	50,5	25,7	9,9	35,6
Łotwa	1997	41,0	9,5	50,5	33,0	17,4	50,4
Litwa	1997	41,9	11,4	53,3	32,7	18,3	51,0
Luksemburg	1999	45,6	15,3	60,9	30,7	13,9	44,6

* Dane pochodzą z ankiety przeprowadzonej na terytorium Anglii i nie obejmują Szkocji, Walii i Irlandii Północnej.

⁴ Tackling obesity in England. http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf.

cd. tab. 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Malta	1984	46,0	22,0	68,0	32,0	35,0	67,0
Holandia	1998–2002	43,5	10,4	53,9	28,5	10,1	38,6
Polska	1996	–	10,3	–	–	12,4	–
Portugalia (miasta)	2003	–	13,9	–	–	26,1	–
Słowacja	1992–1999	49,7	19,3	69,0	32,1	18,9	51,0
Słowenia	2001	50,0	16,5	66,5	30,9	13,8	44,7
Hiszpania	1990–1994	47,4	11,5	58,9	31,6	15,3	46,9
Szwecja	1996–1997	41,2	10,0	51,2	29,8	11,9	41,7

Źródło: IOTF (© International Obesity Task Force, Londyn – marzec 2005).

W sprawozdaniu z 2004 roku, dotyczącym skutków aktywności fizycznej i jej wpływu na zdrowie Główny Lekarz Wielkiej Brytanii (United Kingdom's Chief Medical Officer, 2004) oszacował koszty braku aktywności fizycznej na 8,2 mld GBP rocznie. W Irlandii określono bezpośrednie koszty leczenia otyłości w 2002 roku na sumę około 70 mln EUR. W Stanach Zjednoczonych Centra Kontroli Chorób i Prewencji – CDC (Centers for Disease Control and Prevention) oszacowały koszty opieki zdrowotnej związanej z otyłością na 75 mld USD (Finckelstein et al., 2004a, s. 18–24).

Badania wykazały, że roczne wydatki medyczne na otyłą osobę dorosłą w Stanach Zjednoczonych są o 37% wyższe niż wydatki na osobę o normalnej wadze (Finckelstein et al., 2004b, s. 45). Te koszty bezpośrednio nie uwzględniają zmniejszonej produktywności związanej z niezdolnością do pracy oraz przedwczesną umieralnością (Fogel, 1994, s. 78).

Szwedzki Instytut Zdrowia Publicznego w 1997 roku przeprowadził badania, z których wynika, że w Unii Europejskiej traci się 4,5% lat życia w przystosowaniu do niepełnosprawności (DALY's), czyli *disability-adjusted lifeyears*, z powodu nieprawidłowego żywienia, co razem z 3,7% lat utraconych z powodu otyłości i 1,4% lat utraconych z powodu braku aktywności fizycznej daje łącznie 9,6%, w porównaniu z 9% lat utraconych z powodu palenia (*WHO Regional Publications European Series* 2004, No. 96).

W Holenderskim Instytucie Zdrowia Publicznego i Środowiska sporządzono raport dotyczący niekorzystnego składu diety i jego negatywnego wpływu na zdrowie. Wynika z niego m.in., że nadmierne spożycie „złego” rodzaju tłuszczów, takich jak nasycone kwasy tłuszczowe i kwasy tłuszczowe trans, zwiększa o 25% prawdopodobieństwo rozwoju chorób układu

Tabela 2

**Szacunki dotyczące zachorowalności na cukrzycę
(Chorzy na cukrzycę, objęci leczeniem)**

Państwo	Rok 2003	Rok 2025
	zachorowania [%]	
Austria	9,6	11,9
Belgia	4,2	5,2
Cypr	5,1	6,3
Czechy	9,5	11,7
Dania	6,9	8,3
Estonia	9,7	11,0
Finlandia	7,2	10,0
Francja	6,2	7,3
Niemcy	10,2	11,9
Grecja	6,1	7,3
Węgry	9,7	11,2
Irlandia	3,4	4,1
Włochy	6,6	7,9
Łotwa	9,9	11,1
Litwa	9,4	10,8
Luksemburg	3,8	4,4
Malta	9,2	11,6
Holandia	3,7	5,1
Polska	9,0	11,0
Portugalia	7,8	9,5
Słowacja	8,7	10,7
Słowenia	9,6	12,0
Hiszpania	9,9	10,1
Szwecja	7,3	8,6
Wielka Brytania	3,9	4,7

Źródło: Diabetes Atlas, 2nd edition, International Diabetes Foundation, 2003.

krażenia, podczas gdy spożywanie ryb raz lub dwa razy w tygodniu zmniejsza to ryzyko o 25%. W Holandii co roku 38 tys. przypadków zachorowań na choroby układu krążenia u osób dorosłych powyżej 20. roku życia

można przypisać niekorzystnemu składowi diety. Rozwiązanie problemów związanych z nadwagą oraz otyłością stanowi, zatem ważną kwestię dla zdrowia publicznego, lecz także doprowadzi w dłuższym czasie do zmniejszenia kosztów usług medycznych oraz stabilizacji gospodarki, umożliwiając obywatelom prowadzenie produktywnego życia aż do późnej starości (*WHO Regional Publications European Series 2004, No. 96*).

Biorąc pod uwagę zróżnicowany charakter chorób związanych z niezdrowymi nawykami żywieniowymi i niewystarczającą aktywnością fizyczną, a także uwzględniając konieczność uzyskania odpowiedzi od wielu zainteresowanych stron, można stwierdzić, że „Zielona Księga” obejmuje pewne kwestie, które znajdują się przede wszystkim w kompetencji Państw Członkowskich (np. edukacja, urbanistyka).

Celem Platformy Unii Europejskiej ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia jest zatrzymanie i odwrócenie obecnego trendu zjawiska nadwagi i otyłości, pobudzanie dobrowolnych działań w przedsiębiorstwach, społeczeństwie obywatelskim i sektorze publicznym w całej Unii Europejskiej. Członkami Platformy są głównie europejscy przedstawiciele przemysłu spożywczego, handlu detalicznego, gastronomii, przemysłu reklamowego, organizacji konsumenckich oraz organizacji pozarządowych działających na rzecz ochrony zdrowia. Celem Platformy jest zapewnienie koordynacji niezależnych działań podejmowanych przez różne części społeczeństwa. Jednocześnie dzięki Platformie możliwe będzie uwzględnienie koncepcji rozwiązania problemu otyłości w szerszym kontekście polityki Unii Europejskiej⁵.

W skład Europejskiej Sieci ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej (European Network on Nutrition and Physical Activity), powstałej w 2003 roku, wchodzi eksperci powoływani przez Państwa Członkowskie, WHO, konsumenci i organizacje pozarządowe zajmujące się ochroną zdrowia. Zadaniem sieci jest doradzanie Komisji w kwestii rozwoju działalności wspólnotowej mającej na celu poprawę żywienia, zmniejszenie występowania i profilaktykę chorób wywołanych nieprawidłowym żywieniem, promowanie aktywności fizycznej oraz walkę z nadwagą i otyłością. Sieć ta zajmie się analizą informacji zwrotnej udzielonej w odpowiedzi na „Zieloną Księgę”.

Zapobieganie nadwadze oraz otyłości wymaga zintegrowanego podejścia do promowania zdrowia, podejścia, które łączy w sobie promowanie zdrowego trybu życia oraz działania przeciw nierównościom społecznym i ekonomicznym, środowisko fizyczne oraz zobowiązanie do realizowania problematyki zdrowotnej w ramach innych polityk wspólnotowych.

⁵ Zob. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm.

Program działań na rzecz zdrowia publicznego

Znaczenie żywienia, aktywności fizycznej oraz otyłości odzwierciedla *Program działań na rzecz zdrowia publicznego (Public Health Action Programme)*⁶ oraz przygotowywane zgodnie z tym programem roczne plany pracy. W ramach informacji o zdrowiu program wspiera działania mające na celu gromadzenie wiarygodniejszych danych z dziedziny epidemiologii otyłości oraz problematyki behawioralnej. Program ustala zespół czynników stanu zdrowia, w tym żywienie, aktywność fizyczną oraz otyłość. W zakresie problematyki uwarunkowań zdrowia program wspiera projekty europejskie promujące zdrowe nawyki żywieniowe oraz aktywność fizyczną, w tym przekrojowe i integracyjne podejścia, które popierają podejścia ukierunkowane na tryb życia, uwzględniają kwestie społeczno-ekonomiczne i środowiskowe, skupiają się na najważniejszych grupach docelowych oraz głównych ustaleniach i połączeniu pracy nad różnymi uwarunkowaniami zdrowia. Propozycja Komisji Europejskiej dotycząca nowego *Programu ochrony zdrowia i konsumentów*⁷ skupia się szczególnie na promowaniu i profilaktyce, również w zakresie odżywiania i aktywności fizycznej, oraz przewiduje nowe działanie w ramach profilaktyki określonych chorób.

Proponując porady i pomoc naukową, Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (European Food Safety Authority, EFSA)⁸ może przyczynić się w znacznym stopniu do uwzględnienia proponowanych działań w zakresie żywienia. Podstawowym warunkiem powodzenia każdej polityki żywieniowej jest podniesienie świadomości publicznej na temat związku między żywnością a zdrowiem, spożyciem produktów wysoce energetycznych i ich korzyścią dla organizmu, na temat żywienia zmniejszającego ryzyko chorób przewlekłych oraz świadomego wyboru żywności – czy to na poziomie krajowym czy wspólnotowym. Konieczne jest przygotowanie jasnego, spójnego, prostego i czytelnego przesłania oraz rozpowszechnienie go z wykorzystaniem różnych kanałów komunikacyjnych w formie właściwej dla kultury lokalnej, wieku oraz płci odbiorców. Edukacja konsumentów przyczyni się do zwiększenia obycia z mediami i polepszy wśród nich zrozumienie znakowania żywności.

⁶ Zob. http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm.

⁷ Zob. http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf.

⁸ WHO Regional Publications European Series, No. 96, 2004.

Poświęcenie szczególnej uwagi dzieciom i młodzieży

W wieku dziecięcym i w okresie dojrzewania dokonuje się ważnych wyborów dotyczących stylu życia i warunkujących zagrożenie zdrowia w wieku dojrzałym; ważne jest zatem odpowiednie ukierunkowanie dzieci uwzględniające zdrowe zachowania. Szkoły propagujące zdrowe żywienie oraz aktywność fizyczną są bardzo ważnym miejscem promowania zdrowia, a także ochrony zdrowia dzieci. Coraz więcej dowodów świadczy o tym, że zdrowa dieta zwiększa koncentrację i zdolność uczenia się. Ponadto szkoły mają możliwości zachęcania dzieci do codziennej aktywności fizycznej. Aby uchronić dzieci przed odbiorem sprzecznych informacji, media, służba zdrowia, społeczeństwo obywatelskie oraz właściwe gałęzie przemysłu muszą wspierać wysiłki, które podejmują rodzice oraz szkoła na rzecz edukacji zdrowotnej.

Włączenie do opieki zdrowotnej profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości

Służba zdrowia oraz kadra medyczna mogą ułatwić pacjentom lepsze zrozumienie zależności między żywieniem, aktywnością fizyczną oraz zdrowiem, a także dokonanie koniecznych zmian w stylu życia. Pacjentów można byłoby odpowiednio zachęcić do dokonania takich zmian, jeśli kadra medyczna w ramach rutynowych kontaktów udzielałaby pacjentom i ich rodzinom praktycznych porad dotyczących korzyści wynikających ze stosowania zdrowego żywienia oraz zwiększenia stopnia aktywności fizycznej. Należy także zwrócić uwagę na możliwości leczenia otyłości.

Rozwiązanie problemów dotyczących środowiska sprzyjającego nadwadze i otyłości

Aktywność fizyczna może być częścią codziennej rutyny (np. poruszanie się pieszo oraz jazda rowerem zamiast korzystania z transportu zmotoryzowanego w drodze do szkoły lub pracy). Polityka transportowa oraz urbanistyka mogą skutecznie ułatwiać i czynić bezpiecznym poruszanie się pieszo, jazdę rowerem i inne formy aktywności fizycznej oraz uwzględniać niezmotoryzowane środki transportu. Zapewnienie bezpiecznych ścieżek rowerowych oraz spacerowych do szkół mogłoby stanowić jeden ze sposobów przeciwdziałania niepokojącemu problemowi nadwagi i otyłości dzieci.

Sprzysianie zintegrowanemu i wszechstronnemu podejściu do promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej

Wszechstronne podejście, mające na celu udostępnienie, umożliwienie i uatrakcyjnienie świadomych wyborów na rzecz zdrowia, wiąże się z uwzględnieniem zasadniczej tematyki żywieniowej i aktywności fizycz-

nej we właściwej polityce na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i europejskim przez stworzenie środowiska wspierającego takie zachowanie oraz tworzenie i rozwijanie narzędzi właściwych do oceny wpływu innej polityki na zdrowe żywienie i aktywność fizyczną⁹.

Przewlekłe występowanie dolegliwości związanych z odżywianiem i aktywnością fizyczną jest znacznie zróżnicowane w zależności od płci, wieku oraz pozycji społeczno-ekonomicznej. Tradycja lokalna oraz regionalna mają znaczący wpływ na przyzwyczajenia żywieniowe oraz aktywność fizyczną. Dlatego podejścia mające na celu promowanie zdrowego żywienia oraz aktywności fizycznej muszą uwzględniać różnicę płci, zróżnicowanie społeczno-ekonomiczne oraz kulturowe, a także brać pod uwagę etap życiowy danych osób. Należy postawić pytanie: Jakie są najważniejsze elementy zintegrowanego i wszechstronnego podejścia do promowania zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej?

Zalecenia dotyczące spożycia składników odżywczych oraz tworzenia wytycznych żywieniowych

Sprawozdanie WHO/FAO określa zasadnicze zalecenia dotyczące spożycia składników odżywczych oraz aktywności fizycznej w związku z profilaktyką najważniejszych chorób niezakaźnych.

Współpraca poza Unią Europejską

Na szczeblu międzynarodowym prowadzi się ostatnio debaty na temat globalnego stosowania reguł zawartych w Codex Alimentarius¹⁰ w zakresie żywienia. Zgodnie z wnioskiem sformułowanym w Strategii Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącej Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia, Unia Europejska podziela opinię, że należy rozważyć kwestię sposobu, w jaki tematy żywieniowe można włączyć do pracy nad wspomnianym kodeksem, nie zmieniając przy tym jego obecnego zastosowania.

Program działań na rzecz zdrowia rodzinnego

Istotnym warunkiem powodzenia każdej polityki zdrowotnej jest podniesienie świadomości w kształtowaniu zdrowego stylu życia, a ten problem może być doskonale rozwiązany dzięki wszechstronnemu codziennemu rodzinnemu kształtowaniu właściwego wyboru.

Można przypuszczać, że pedagogizacja rodziców na rzecz promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej odegra ważną rolę w budzeniu świadomości zdrowotnej i proekologicznej. Może się to odbywać

⁹ A number of Community supported projects have developed information systems relating to health and diet, such as VEPSY UPDATED (<http://www.vepsy.com/index.htm>) and MYHEART (<http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/>).

¹⁰ Zob. http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp.

w środowisku lokalnym między innymi za pośrednictwem mediów. W naturalnych warunkach codziennego życia w rodzinie odbywa się to dzięki zachęce ze strony kogoś z rodziny, kto dokonuje właściwych wyborów. Ojciec, matka, starsze rodzeństwo, dziadkowie przenoszą na teren rodziny swoją wiedzę i doświadczenia w zakresie kreacji zdrowia. Należy zatem stworzyć warunki przepływu wzorów zdrowego stylu życia dla grup rodzinnych, czyli pokolenia dziadków, rodziców, dzieci – rodzeństwa i wnuków (Żukowska, red., 1998, s. 27–31). Nie bez znaczenia jest fakt, że u osób aktywnych fizycznie, oprócz korzystnych oddziaływań podwyższonego wysiłku fizycznego na zdrowie, zwykle występują towarzyszące temu inne zachowania prozdrowotne, jak przestrzeganie zasad racjonalnego odżywiania się, rezygnacja z nałogów (najczęściej palenia papierosów), dbanie o właściwy cykl pracy i wypoczynku, ukształtowanie najlepszego dla siebie dobowego rytmu czynności (Karski, red., 1999, s. 103–104).

Bibliografia

- Barsh G., Farooqi I.S., O'Rahilly S., 2000: *Genetics of body weight regulation*. "Nature", Vol. 404(6), s. 644–651.
- Bailey S., ed., 2001: *Physical Activity and Ageing*. Meyer and Meyer Sports.
- Bielicki T., 2002: *Professor Tadeusz Bielicki – doctor honoris causa of Academy of Physical Education in Warsaw*. "Anthropological Review", Vol. 65.
- Blair S.N., 1993: *Physical activity, physical fitness and health*. Res. Ex. Sport, 4.
- Chief Medical Officer., 2004: *At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health*. London.
- Doll R., Peto R., 1996: *Epidemiology of cancer*. In: *Oxford textbook of medicine*. Eds.: D.J. Weatherall, J.G.G. Ledingham, D.A. Warrell. Oxford.
- Drabik J., 1995: *Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa*. Gdańsk.
- Drabik J., 1997: *Aktywność, sprawność i wydolność fizyczna jako mierniki zdrowia człowieka*. Gdańsk.
- Finkelstein E.A. et al., 2004a: *National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity: How Much, And Who's Paying?* "Health Affairs", Vol. 10, No. 1377.
- Finkelstein E.A. et al., 2004b: *State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity*. "Obesity Research", Vol. 12.
- Fogel R.W., 1994: *Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy*. "The American Economic Review", Vol. 84(3).
- Franks B.D., Howley E., 1998: *Fitness leadears handbook*. Champaign, III.: Human Kinetics.
- Howley E.T., Franks B.D., 1997: *Health Fitness Instructors. Handbook*. Champaign, III.: Human Kinetics.

- Karski J.B., red., 1999: *Promocja zdrowia*. Warszawa.
- Osiński W., 2003: *Antropomotoryka*. Poznań.
- Rayner M. et al., 2004: *Nutrient profiles: Options for definitions for use in relation to food promotion and children's diets; Final report*. British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford.
- Report of a WHO*, 1998. Geneva.
- Szadkowska A., Bodalski J., 2003: *Otyłość u dzieci i młodzieży*. „Przewodnik Lekarza”, nr 6(9), s. 54–58.
- The World Health Report, 2002: *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO.
- WHO Regional Publications European, 2004: *Food and health in Europe: a new basis for action*. Series, No. 96.
- Żukowska Z., red., 1998: *Kobieta kreatorką aktywności sportowej w rodzinie*. Warszawa.

Źródła internetowe

- A number of Community supported projects have developed information systems relating to health and diet, such as VEPSY UPDATED (<http://www.vepsy.com/index.htm>) and MYHEART (<http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/>)
- http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm
- http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm
- http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf
- http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp
- Tackling obesity in England. http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf.
- <http://www.pfpz.pl>