

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Rozwój pielęgniarstwa w Polsce i na świecie - interdyscyplinarna opieka nad rodziną

Redakcja naukowa
Małgorzata Wojciechowska, Magdalena Śniegocka



Warszawa 2018

Komitety Redakcyjny

Przewodnicząca	Monika Guszkowska
Członkowie	Jan Gajewski Piotr Majdak Michał Lenartowicz Natalia Morgulec-Adamowicz

Recenzent: prof. dr hab. n. med. Andrzej Buczyński

Studia i Monografie nr 150

Książka elektroniczna

ISBN 978-83-61830-66-5

@ Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Przedruk i reprodukcja w jakiegokolwiek postaci całości lub części książki
bez pisemnej zgody wydawcy są zabronione.

Redakcja i korekta techniczna – Joanna Kłyszczko

Projekt okładki – Waldemar Dorcz

Format A-4

Warszawa 2018

Wydanie I

Spis treści

Wstęp	5
CZEŚĆ PIERWSZA	
Od noworodka do maturzysty - problemy zdrowotne dzieci i młodzieży	6
<i>Anna Jagielska, Aleksandra Kozłowska, Aneta Nitsch-Osuch</i> Błędy żywieniowe u dzieci i młodzieży – co powinni wiedzieć pracownicy medyczni, rodzice i opiekunowie / Dietary errors in children and adolescents – what should know professionals, parents and caregivers	6
<i>Iwona Herma, Małgorzata Wojciechowska</i> Otyłość dzieci i młodzieży z punktu widzenia pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania / Children's and youth's obesity from the public health nurse's point of view	12
<i>Katarzyna Wójcik-Brylska, Katarzyna Glimos</i> Wybrane elementy współpracy położnej i douli w trakcie sprawowania opieki okołoporodowej / Selected elements of midwife and doula cooperation in the course of perinatal care	20
<i>Elżbieta Dróżdż-Kubicka, Małgorzata Łukowicz</i> Wrodzona łamliwość kości – podstawy pielęgnacji / Congenital bone fragility – the basis of care	26
<i>Izabela Rutkowska, Agnieszka Kowalska, Emilia Dadura, Tomasz Marciniak, Barbara Łyson</i> Zdolność utrzymania równowagi dzieci w wieku 7 lat / The ability to maintain body balance in 7–years old children	31
CZEŚĆ DRUGA	
Profilaktyka i edukacja zdrowotna w różnych okresach życia człowieka	38
<i>Joanna Żółtańska, Elżbieta Antos, Małgorzata Wojciechowska</i> Znaczenie edukacji pacjenta w eliminowaniu czynników ryzyka sercowo-naczyniowego podlegających modyfikacji, wynikających ze stylu życia / The importance of educating the patient in eliminating lifestyle-altering cardiovascular risk factors	38
<i>Marianna Barlak</i> Osoba z niepełnosprawnością w rodzinie. Analiza przypadku / A person with physical disabilities in the family. Case study	46
<i>Szymon Wyszyński, Sylwia Stiler</i> Ocena wpływu metody PNF na zakres ruchu oraz dolegliwości bólowe u pacjentów z zespołem cieśni podbarkowej / Assessment of the impact of PNF on the range of motion and pain in patients with subcutaneous carotid syndrome	52
<i>Emilia Wawszczak, Magdalena Lewkowicz, Elżbieta Antos</i> Tętniak rzekomy tętnicy promieniowej – opieka okołoooperacyjna na podstawie studium przypadku / False aneurysm of arteria radialis – perioperative care based on a case study	62
<i>Izabela Gołębiak, Dorota Frączek, Aneta Nitsch-Osuch, Dorota Kozak</i> Wiedza, postrzeganie i wykonawstwo szczepień p/WZW typu B u pacjentów dializowanych / Knowledge, attitude and vaccination contracting level for Hepatitis B virus (HBV) in dialysis patients	69

<i>Ewa Wodka-Natkaniec, Agnieszka Muchacka-Cymerman</i> Poczucie funkcjonowania fizycznego oraz odczuwana jakość życia po zabiegu operacyjnym stawu biodrowego / Sense of physical functioning and quality of life patients after hip joint surgery	78
<i>Małgorzata Wojciechowska, Ilona Kozłowska-Góraj, Jolanta Kowalik</i> Profilaktyka raka jelita grubego / Prevention of colon cancer	85
<i>Teresa Tomaszewska</i> Rola edukatora diabetologicznego w procesie insulinoterapii / The role of a diabetes educator in the process of insulin therapy	92
<i>Szymon Wyszynski, Sylwia Stiler</i> Wpływ poizometrycznej relaksacji oraz recyprokalnej inhibicji na zakres ruchu w stawie nadgarstkowo-promieniowym / Effect of postmodulation relaxation and reciprocal inhibition on the range of motion in the joint	98
<i>Marta Aleksandrowicz, Grażyna Brzuszkiewicz-Kuźmicka, Michał Sobstyl, Mirosław Ząbek</i> Analiza wiedzy chorych z chorobą Parkinsona na temat życia codziennego z implantowanym systemem oraz obsługi programatora osobistego / Knowledge analysis of patients with Parkinson's disease on everyday life with an implanted system and a personal programmer skills	105
<i>Agnieszka Nowak, Izabela Rutkowska, Bartosz Molik</i> Urazowość i zagrożenia zdrowotne w zawodzie strażaka / Injuries and health risks of professional fire fighters	112
<i>Klaudia Przybysz, Magdalena Śniegocka</i> Wiedza kobiet na temat profilaktyki chorób nowotworowych / Women's knowledge of cancer prophylaxis	117
CZĘŚĆ TRZECIA	
Zdrowie psychiczne rodziny w ujęciu interdyscyplinarnym	124
<i>Zbigniew Tokarski, Iwona Łopacińska, Grażyna Kozak, Agnieszka Renn-Żurek</i> Rola edukacyjna pielęgniarki wobec pacjenta ze schizofrenią / Educational role of the nurse towards the patient with schizophrenia	124
<i>Małgorzata Wojciechowska, Mirosława Staniec, Grażyna Kozak</i> Problemy z aktywizacją zawodową pacjentów chorujących na schizofrenię / Problems of professional development of patients with schizophrenia.	135
<i>Elżbieta Antos, Edyta Taras</i> Problem depresji w opinii studentów kierunków medycznych / The problem of depression in the opinion of medical students	143
<i>Grażyna Kozak, Arleta Węglikowska, Agnieszka Renn-Żurek, Zbigniew Tokarski, Iwona Łopacińska, Małgorzata Wojciechowska</i> Postawa pielęgniarek wobec problemu eutanazji / The attitude of nurses towards the problem of euthanasia	150

Współczesne pielęgniarstwo zarówno w Polsce, jak i na świecie podlega ciągłym, istotnym przeobrażeniom. Przeobrażenia te, w konsekwencji zmiana działań i kompetencji w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara, są wynikiem różnych przekształceń tak politycznych, jak i gospodarczych, które dokonują się w Polsce i na świecie.

W przyszłym roku będziemy obchodzić jubileusz 50 – lecia kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie wyższym, które swoje początki miało w 1969 roku na Akademii Medycznej w Lublinie, obecnie Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Teraźniejsze kształcenie pielęgniarek i położnych odbywa się na podstawie standardów nauczania, dyrektywy Unii Europejskiej i Procesu Bolońskiego wielu uczelniach publicznych, jak i niepublicznych.

Wśród podejmowanych działań w dziedzinie pielęgniarstwa znaczącą rolę odgrywa strategia interdyscyplinarna, dzięki której pielęgniarstwo znalazło się na pograniczu nauk medycznych, nauk społecznych, nauk o zdrowiu i medycyny. Zgodnie z ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej, pielęgniarka pełni istotną funkcję w zakresie pielęgnowania, edukacji, a także diagnozowania pacjenta. Nie można zapomnieć również o włączaniu w te działania rodzin/opiekunów pacjentów objętych opieką pielęgniarską.

Poniższa monografia została opracowana dzięki współpracy specjalistów z wielu dziedzin medycyny, zdrowia publicznego, nauk o zdrowiu czy pedagogiki, jako kierunku pokrewnego mającego zastosowanie w kierunkach medycznych.

W części pierwszej zatytułowanej *Od noworodka do maturzysty - problemy zdrowotne dzieci i młodzieży* zostały ukazane problemy, z którymi spotykają się pracownicy zespołu interdyscyplinarnego pracujący z dziećmi i młodzieżą. Poruszono problem błędów żywieniowych oraz wiążący się z tym temat nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży. Wskazano na ważną rolę pielęgniarki w opiece nad dziećmi z chorobami przewlekłymi, a także kolejny raz poruszono temat współpracy położnej i douli, który coraz częściej poruszany jest w literaturze przedmiotu czy mediach.

Część druga zatytułowana *Profilaktyka i edukacja zdrowotna w różnych okresach życia człowieka* to doniesienia wielu autorów z wielu dziedzin. Ukazano w nich rolę całego zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad chorymi w różnych okresach życia oraz w różnych jednostkach chorobowych. Zwrócono uwagę na ważną rolę edukacyjną, którą pełni pielęgniarka/pielęgniara nie tylko w zakresie edukacji chorego ale także jego rodziny. Tematyka jest tak szeroka, że każdy czytelnik może znaleźć informacje, opis podjętych działań w jednostce chorobowej, która jest mu bliska w związku z podjętą pracą czy też opiekowaniem się chorym z podobnymi schorzeniami.

W części trzeciej zatytułowanej *Zdrowie psychiczne rodziny w ujęciu interdyscyplinarnym* ukazano ważny problem (często omijany w podobnych publikacjach) związany ze zdrowiem psychicznym. Przedstawiono problemy z aktywizacją zawodową pacjentów chorujących na schizofrenię, a także rolę edukacyjną personelu pielęgniarskiego wobec chorego z tą jednostką chorobową. Zapoznano czytelnika ze zdaniem studentów kierunku pielęgniarstwo na temat depresji, a także postawą pielęgniarek wobec problemu eutanazji.

Poniższa monografia dzięki zawartym w niej informacjom posiada dużą wartość merytoryczną i może być ciekawą literaturą dla osób pracujących w zawodach medycznych i pokrewnych.

Małgorzata Wojciechowska
Magdalena Śniegocka

CZĘŚĆ PIERWSZA

Od noworodka do maturzysty - problemy zdrowotne dzieci i młodzieży

Anna Jagielska, Aleksandra Kozłowska, Aneta Nitsch-Osuch

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego

Błędy żywieniowe u dzieci i młodzieży – co powinni wiedzieć pracownicy medyczni, rodzice i opiekunowie

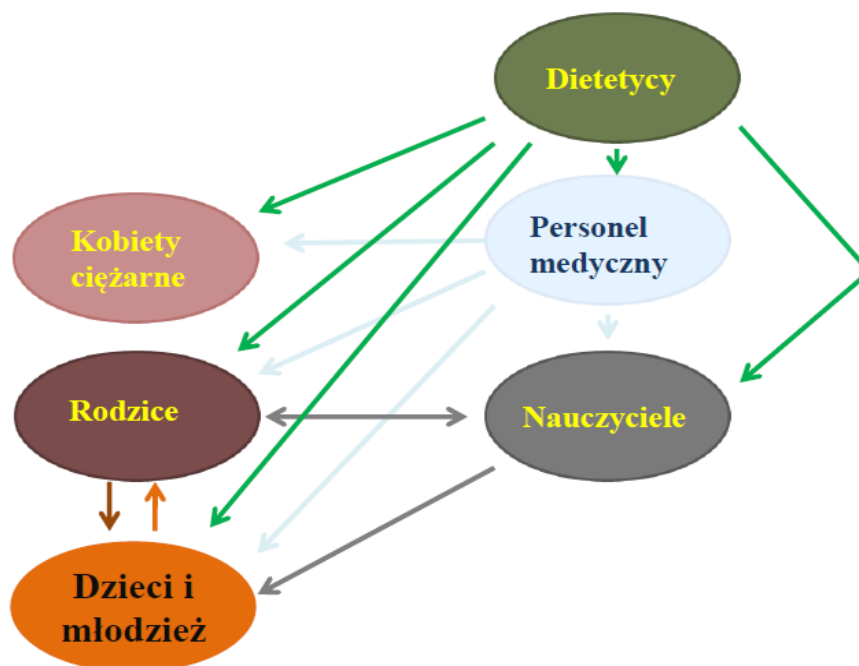
Dietary errors in children and adolescents – what should know professionals, parents and caregivers

Zdrowy styl życia wymaga edukacji żywieniowej, pozwalającej uniknąć błędów żywieniowych, czynnika ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych. Niniejsza praca ma na celu zwrócenie uwagi pracowników medycznych, rodziców i opiekunów na powszechne błędy żywieniowe dzieci i młodzieży

Healthy lifestyle requires nutritional education to avoid dietary errors - the risk factors of non-communicable diseases. This publication is intended to draw the attention of the medical workers, parents and caregivers on common dietary errors of children and adolescents.

Wprowadzenie

Nawyki żywieniowe kształtowane są praktycznie od chwili narodzin, a wiedza rodziców, opiekunów oraz pracowników systemów edukacji i ochrony zdrowia warunkuje rozwój prawidłowych zachowań, jak również minimalizuje ryzyko błędów dietetycznych [1,2]. Nie dotyczy to tylko nawyków żywieniowych, ale także innych aspektów zdrowego stylu życia, tj. aktywności fizycznej, unikania nałogów, higieny osobistej, zachowania w sferze seksualnej czy przestrzegania przepisów bezpieczeństwa w ruchu drogowym [3]. Należy pamiętać, że szczególna odpowiedzialność spoczywa na pracownikach medycznych jako osobach posiadających specjalistyczną wiedzę na temat zależności pomiędzy ww. czynnikami a stanem zdrowia. Są oni edukatorami zdrowia dla innych grup społecznych: kobiet ciężarnych, rodziców, opiekunów, nauczycieli oraz oczywiście dzieci i młodzieży (ryc.1).



Rycina 1. Kierunki edukacji zdrowotnej, w tym żywieniowej, między grupami populacji (projekt autorski).

Figure 1. The directions of health education, including nutrition, between population groups (authors project).

Cel pracy

Celem pracy jest zwrócenie uwagi pracowników medycznych, rodziców i opiekunów na powszechne błędy żywieniowe dzieci i młodzieży.

Rozwinięcie

Wg Ostrowskiej L. do najczęstszych błędów żywieniowych popełnianych przez Polaków należą [4]:

- Dieta źle zbilansowana pod względem jakościowym (nieodpowiednia jakość wybieranych produktów i częstość ich spożycia) i ilościowym (nieodpowiednia do wieku, płci, aktywności fizycznej i wykonywanej pracy wartość kaloryczna pożywienia oraz niewłaściwe ilości składników odżywczych dostarczanych w pożywieniu oraz nieodpowiednie ich proporcje),
- Nie jedzenie śniadania,
- Nieregularne spożywanie posiłków,
- Spożywanie głównego posiłku wieczorem,
- Podjadanie między posiłkami,
- Codzienne jedzenie słodczy i/lub tłustych, słonych przekąsek,
- Spożywanie zbyt małej ilości warzyw i płynów,
- Niekontrolowanie jakości spożywanych posiłków (np. nieczytanie etykiet na produktach żywnościowych, nieurozmaicanie posiłków i diety),
- Uspokajanie się jedzeniem, jedzenie w chwili stresu,
- Robienie zakupów wtedy, kiedy jest się głodnym.

W zależności od grupy wiekowej odmienne są błędy żywieniowe dzieci i młodzieży. Związane jest to przede wszystkim z zależnością psychiczną, emocjonalną i finansową od rodziców czy opiekunów, jak również od zwiększającego się udziału dziecka we współtworzeniu i odpowiedzialności za stan własnego zdrowia [3]. Wiedza dziecka powinna ulegać poprawie w wyniku edukacji przedszkolnej, szkolnej, a przede wszystkim w środowisku domowym [1,2,5]. Wymaga to od pracowników medycznych, ale również nauczycieli, ustawicznego kształcenia z zakresu promocji zdrowia. Nie bez znaczenia jest tu również wpływ środków masowego przekazu oraz większa autonomia dzieci i młodzieży jako konsumentów, dzięki czemu mogą one zostać „wychowane” na bezkrytycznych klientów poszczególnych marek, w tym marek żywnościowych, co skutkuje dziedziczeniem nieprawidłowych nawyków i powielaniem błędów żywieniowych przez następne pokolenia [3,6,7].

➤ *Niemowlęta*

W tym okresie życia całkowita odpowiedzialność za rozwój nawyków żywieniowych spoczywa na rodzicach i opiekunach. Brak wiedzy nt. zasad żywienia niemowląt szybko skutkuje nieprawidłowym stanem odżywienia i jego konsekwencjami zdrowotnymi, czemu mają przeciwdziałać opracowane wytyczne, skierowane do m.in. personelu medycznego [8]. Zdaniem Sochy J. i wsp. wśród głównych błędów żywieniowych w grupie niemowląt są: zbyt krótkie karmienie piersią, spożywanie zbyt dużej ilości soków, często przeznaczonych dla osób dorosłych, zbyt mała zawartość tłuszczu w posiłkach dla małych dzieci, zastępowanie mleka modyfikowanego mlekiem krowim w żywieniu niemowląt i małych dzieci, dosalanie i dosładzanie potraw, zbyt późne wprowadzanie dań mięsnych do diety niemowląt, nieprawidłowości w podaży płynów wśród dzieci [9]. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) zaleca karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia, a najlepiej do ukończenia drugiego roku życia i dłużej. Wymaga to oczywiście tworzenia miejsc w pracy i w przestrzeni publicznej przyjaznych karmieniu piersią oraz edukacji zarówno kobiet w okresie rododczym, jak i ogółu społeczeństwa, nt. korzyści zdrowotnych związanych z karmieniem mlekiem kobiecym [10]. Światowy tydzień karmienia piersią jest obchodzony od 1 do 7 sierpnia. W Polsce Ogólnopolski Tydzień Promocji Karmienia Piersią jest obchodzony od Dnia Matki do Dnia Dziecka [11]. W ramach ww. akcji Ministerstwo Zdrowia organizuje bezpłatne kursy specjalistyczne dla położnych z zakresu „Edukacji i wsparcia kobiety w okresie laktacji”, programy edukacyjne o korzyściach zdrowotnych wynikających z karmienia piersią dla matki i dziecka czy planowane nieodpłatne szkolenia dla pracowników szpitali w oparciu o inicjatywę/program Szpitala Przyjaznego Dziecku. Takie metody edukacji zdrowotnej stanowią skuteczną metodę prewencji m.in. otyłości, cukrzycy, astmy, chorób infekcyjnych czy zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej. Jest to związane z m.in. mniejszym spożyciem białka przez niemowlęta karmione piersią, dzięki czemu nie dochodzi do stymulacji

wydzielania hormonu wzrostu, insulinopodobnego czynnika wzrostu i insuliny prowadzącej do większego namnażania i rozwoju adipocytów, a przez to do otyłości w wieku niemowlęcym [9,11].

Kolejnym istotnym błędem w żywieniu niemowląt jest nadmierne spożycie cukrów prostych w postaci soków, słodczy czy dosładzania potraw. Napojem zalecanym dla niemowląt są wody źródłane zawierające wapń oraz magnez, które nie powinny być zastępowane sokami owocowymi [12]. Soki owocowe (nawet przecierowe) również nie mogą być wymiennikiem dla porcji owoców [4]. Podawanie dzieciom soków owocowych, zwłaszcza klarowanych i przeznaczonych dla osób dorosłych, skutkuje nadmiernym spożyciem cukrów prostych (przede wszystkim fruktozy), niedoborów pokarmowych, otyłości, próchnicy, jak również tzw. biegunki fermentacyjnej w przypadku przekroczenia podaży powyżej 160-180ml/dobę [9,12]. Niestety duży wpływ na decyzje rodziców mają reklamy soków, w szczególności, jeśli zawierają one postaci dzieci lub informację, że szklanka soku jest wymiennikiem porcji owoców [13]. Również niebezpieczne dla zdrowia jest argumentowanie, że dopuszczalne dzienne spożycie energii z cukrów prostych (max. 10% energii ogólnej, które powinno być dostarczone ze świeżych owoców i warzyw) można przeznaczyć na słodkie napoje bezalkoholowe typu cola.

➤ *Dzieci w wieku przedszkolnym*

Dzieci w wieku przedszkolnym często pragną być aktywnymi współtwórcami własnego zdrowia i stylu życia, przy czym należy pamiętać, że bezkrytycznie opierają się na wzorcach przekazywanych w domu rodzinnym, jak również w środowisku rówieśników czy środkach masowego przekazu [2,5,6]. W tej sytuacji na rodzicach ciąży ogromna odpowiedzialność za proces edukacji zdrowotnej, a powinni być oni aktywnie wspierani przez wychowawców i pracowników medycznych [8]. Zmiany zachodzące na rynku produktów żywnościowych, nowe mody w żywieniu czy też kopiowanie zaleceń dotyczących osoby dorosłej w stosunku do małych dzieci może skutkować się pojawieniem wymienionych przez Ostrowską L. błędów żywieniowych [4,14]. Analiza wyników ankiety przeprowadzonej wśród 80 rodziców dzieci w wieku przedszkolnym w Gdyni wykazała niewystarczające spożycie surowych warzyw i owoców oraz nabiału [5]. Jak podkreślają eksperci, mleko i jego przetwory stanowią istotne źródło wapnia i białka, co jest podstawą profilaktyki osteoporozy od najmłodszych lat życia człowieka [9]. W badaniu obejmującym 365 rodziców przedszkolaków z Górnego Śląska zwrócono uwagę, iż rodzice nie interesują się wystarczająco żywieniem dzieci w trakcie pobytu w placówkach przedszkolnych, co skutkuje powielaniem menu w ciągu dnia. Nie bez znaczenia jest kierowanie się rodziców upodobaniami dzieci (ponad 43%), przy czym ponad 60% dorosłych zwracało uwagę na wartość odżywczą produktów spożywczych podczas dokonywania zakupów [14]. Ankietowani rodzice przyznawali się także do takich błędów żywieniowych u dzieci jak nieregularność posiłków, częste przekąski, istotne spożycie żywności typu fast food, słodczy i słodkich napojów oraz podawanie ostatniego posiłku bezpośrednio przed snem [5,14].

➤ *Dzieci w wieku szkolnym*

Rozpoczęcie nauki w szkole wiąże się ze zmniejszającą się wraz z wiekiem dziecka kontrolą rodziców i opiekunów nad wyborami małoletnich, dotyczy to również wyborów żywieniowych. Czas szkoły podstawowej może być jeszcze wykorzystany jako moment skutecznej edukacji zdrowotnej, w tym żywieniowej [2,15]. W okresie nauki w dotychczasowych gimnazjach i liceach większa autonomia finansowa młodzieży może skutkować niewłaściwymi wyborami dotyczącymi diety ze względu na uleganie modzie, negowanie postaw dorosłych czy też poszukiwanie własnej ścieżki życiowej [16]. Należy pamiętać o dużej podatności dzieci i młodzieży na wzorce przekazywane w grupie rówieśników czy środkach masowego przekazu, co w przypadku braku prawidłowej edukacji zdrowotnej w domu i w placówkach oświaty będzie stanowiło zagrożenie dla ich zdrowia [6]. Jest to też okres wysokiego ryzyka pojawienia się zaburzeń odżywiania, wymagający szczególnej czujności nie tylko ze strony rodziców, ale też pracowników medycznych, w tym pielęgniarek szkolnych [17].

Wg Kosteckiej M. badającej dzieci w wieku wczesnoszkolnym ze Stalowej Woli jako częste problemy wymieniano brak apetytu oraz dietę źle zbilansowaną pod względem podaży energii, mikro i makroskładników mineralnych. Do najpopularniejszych przekąsek należały soki owocowe (ponad 80% odpowiedzi), ciastka, wafelki (prawie 70% odpowiedzi), czekolady (ponad 55% odpowiedzi) przy dość niskiej popularności owoców (niecałe 38% odpowiedzi) i warzyw (11% odpowiedzi) [15]. Rozpoczęcie nauki w szkole to moment, w którym dziecko przestaje uczestniczyć w śniadaniach zapewnianych przez placówkę wychowawczą jaką jest przedszkole, przez co odsetek dzieci w wieku wczesnoszkolnym niespożywających regularnie pierwsze śniadania wyniósł ponad 15% [15]. W badaniu Zimnej – Walendzik E i wsp. wśród dzieci kończących szkoły podstawowe w Łodzi odsetek

dzieci niespożywających regularnie pierwsze śniadania (w tym niejedzących ich w ogóle) przekroczył 30%, a jako główną przyczynę podawano brak czasu. Jednocześnie szczególnie niski odsetek uczniów (tylko ok.10%) korzystał z obiadów w szkole [18]. Częstsze występowanie ww. błędów żywieniowych zaobserwowali Wanat G. i wsp. u młodzieży gimnazjalnej: ponad 55% uczniów z terenu Małopolski nie spożywało pierwszych śniadań [19]. Wśród warszawskiej młodzieży licealnej do niejedzenia pierwszych oraz drugich śniadań przyznało się ponad 15% uczniów, ok. 50% ankietowanych nie zwracało uwagi na regularność posiłków, a ok. 40% deklarowało zbyt niską częstość posiłków (2-3 dziennie) [20]. Świadczyć to może nie tylko o braku wiedzy uczniów o znaczeniu poszczególnych posiłków w ciągu dnia, ale również o braku zaangażowania rodziców licealistów w kontrolę sposobu żywienia młodzieży, jak również innych aspektów stylu życia. Wśród błędów żywieniowych u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym zaobserwowano:

- zbyt późne spożywanie kolacji - ok. 15% uczniów w Łodzi jadło kolację bezpośrednio przed snem, a 50% w czasie krótszym niż zalecane 2 godziny przed snem [18].
- podjadanie między głównymi posiłkami – w badaniu Kosteckiej M. 90% rodziców uczniów szkół podstawowych ze Stalowej Woli deklarowało u swoich dzieci do dwóch przekąsek dziennie [15], podobnie jak prawie 85% warszawskich licealistów [20];
- codzienne jedzenie słodczy i/lub tłustych, słonych przekąsek - wg Zimnej-Walendzik E. i wsp. ok. 20% dziewcząt i ok. 12% chłopców kończących szkoły podstawowe w Łodzi kupowało słodczyce w ramach drugich śniadań, a odsetek dzieci przyznających się do spożywania słodczy lub chipsów w ramach przekąsek był jeszcze wyższy: 59,6% dziewcząt i prawie 25,9% chłopców preferowało słodczyce, 27,7% i 16,6% chipsy (odpowiednio) [18]. Również młodzież gimnazjalna z Małopolski deklarowała wysokie spożycie słodkich napojów gazowanych (ok.70% ankietowanych) czy przekąsek typu fast food kilka razy tygodniowo (ok. 33% badanych) [19].
- spożywanie zbyt małej ilości warzyw i płynów - zalecanym napojem na wszystkich etapach życia człowieka jest woda mineralna lub źródlana [12]. Dzieci kończące szkoły podstawowe w Łodzi nie realizowały dziennego spożycia wody – w zależności od poziomu aktywności fizycznej wynosił on od 66 do 75% normy u chłopców i ok. 80% normy u dziewcząt [18]. Ponad 50% młodzieży gimnazjalnej z Małopolski oraz ponad 60% licealistów i prawie 30% licealistek z Warszawy nie spożywało zalecanej ilości warzyw i owoców dziennie [19,20].
- niekontrolowanie jakości spożywanych posiłków (np. nieczytanie etykiet na produktach żywnościowych, nieurozmaicanie posiłków i diety) - należy pamiętać tutaj o wpływie reklam adresowanych do dzieci i młodzieży na ich wybory żywieniowe jako konsumentów zarządzających własnymi środkami finansowymi otrzymywanymi w postaci tzw. kieszonkowego od rodziców [6], tym bardziej, iż prawie 25% licealistek i ponad 75% licealistów z Warszawy popełniało ww. błąd żywieniowy. Dotyczył on zwłaszcza ww. chłopców, którym obce były takie świadome zachowania konsumentów jak sprawdzanie wartości energetycznej produktów spożywczych, stosowanie produktów niskokalorycznych, stosowanie produktów o obniżonej zawartości tłuszczu, ograniczanie zawartości cukru i soli w potrawach, stosowanie produktów o obniżonej zawartości cholesterolu [20]. Większy jeszcze brak zainteresowania kalorycznością produktów stwierdzono u młodzieży gimnazjalnej z Małopolski (ponad 55%) [19]. Nie należy zachęcać dzieci i młodzieży do stosowania diet odchudzających [18] czy ograniczania spożycia żywności ze względu na ryzyko rozwoju zaburzeń odżywiania [17], a ewentualna redukcja masy ciała powinna być osiągnięta poprzez odpowiedni poziom aktywności fizycznej [19], natomiast czas nauki w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych powinien zostać wykorzystany na potrzeby edukacji żywieniowej w celu profilaktyki przewlekłych chorób niezakaźnych [2,15]. Szkoły są wciąż niewystarczająco wykorzystywane jako miejsce edukacji zdrowotnej – w badaniu Czarniecka-Skubina E. i Namysław I. młodzież deklarowała środki masowego przekazu (62%), rodzinę (57,8%) oraz Internet (30,3%) jako główne trzy źródła wiedzy o prawidłowym żywieniu, a placówki oświaty zajmowały dopiero czwarte miejsce (29,8%) [20]. Niestety pracownicy medyczni nie są postrzegani przez dzieci i młodzież jako edukatorzy żywieniowi.
- Uspokajanie się jedzeniem, jedzenie w chwili stresu - należy pamiętać, iż pokarm odgrywa istotną rolę w codziennym życiu nie tylko jako źródło energii niezbędnej do wykonywania codziennych czynności i odpowiedniej aktywności sportowej, ale również wpływa na samopoczucie człowieka. Zwraca się uwagę, iż synteza neuroprzekazników w mózgu jest uwarunkowana także ilością i jakością spożywanych pokarmów. Do prawidłowej syntezy serotoniny niezbędne są witaminy B6 i C oraz magnez, aczkolwiek żywność bogata w węglowodany nasila jej syntezę w podwzgórzu,

co może tłumaczyć poprawę samopoczucia po spożyciu słodczy. Tryptofan powinien być dostarczony z produktami mięsnymi i roślinnymi, do których zalicza się pestki dyni, nasiona sezamu, kakao, pestki słonecznika, ryby, jaja, mięso [16]. Jeżeli żywność jest wykorzystywana przez rodziców świadomie jako forma nagrody, zależności te mogą ulec wzmocnieniu, zwiększając ryzyko wystąpienia zaburzeń odżywiania od anoreksji do patologicznego obżarstwa w reakcji na stres [16,17]. Również intensywność emocji jest ważna: silne emocje powodują zahamowanie apetytu oraz spadek spożycia żywności, słabsze emocje – wzmagają apetyt [17].

Podsumowanie

Warto, aby w procesie edukacji dzieci rodzice, opiekunowie i pracownicy medyczni kierowali się hasłem „Czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci”, a więc, iż przyzwyczajenia i wiedza nabyta w młodości decydują o późniejszych zachowaniu i cechach człowieka [21]. Im wcześniej rozpocznie się edukację zdrowotną, w tym żywieniową, tym łatwiej pozyskać współudział dziecka w tworzeniu własnego zdrowia oraz unikania błędów żywieniowych. Należy pamiętać, że również rodzice, nauczyciele czy pracownicy medyczni powinni dokształcać się na bieżąco, korzystając z pomocy dietetyków czy programów rządowych, w szczególności w sytuacji dynamicznie rozwijającego i zmieniającego rynku produktów spożywczych. Współcześnie dzieci i młodzież są postrzegani przez korporacje jako istotna grupa konsumentka o całkiem dużej sile nabywczej oraz wysokiej podatności na przekaz reklam, dzięki czemu można wychować wiernych klientów, niekoniecznie postępujących zgodnie z zasadami zdrowego stylu życia. Brak edukacji zdrowotnej, w tym żywieniowej, wobec ww. czynników i niezdrowego stylu życia może być przyczyną wcześniejszego pojawienia się i wyższego odsetka przewlekłych chorób niezakaźnych u dzieci i młodzieży.

Piśmiennictwo

1. Wyka J., Grochowska – Niedworok E., Malczyk E., Misiarz M., Hołyńska K., Wiedza żywieniowa rodziców oraz występowanie nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym. *Bromat. Chem. Toksykol.* 2012; XLV, 3: 680-684.
2. Zalewska M., Maciorkowska E., Rola edukacji żywieniowej w populacji dzieci i młodzieży. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013; 19,3: 375-378.
3. Ponczek D., Olszowy I., Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93 (2): 260-268.
4. Ostrowska L., Najczęstsze błędy żywieniowe – czego trzeba unikać. www.dieta.mp.pl 24.11.2011 (dostęp 20.09.2017).
5. Newerli-Guz J., Kulwikowska K., Zachowania żywieniowe i preferencje dzieci w wieku przedszkolnym *Zeszyty Naukowe Akademii Morskiej w Gdyni* XII 201; 86: 80-89.
6. Kossakowski R., Uprzedmiotowane i „obrandowane”. *Dzieci w kulturze towarów. Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja* 2011; 1(53): 21-35.
7. Zalewska M., Maciorkowska E., Rola edukacji żywieniowej w populacji dzieci i młodzieży. *Med. Og Nauk Zdr.* 2013; 19(3): 375-378.
8. Weker H., Barańska M. (red.), *Żywność niemowląt i małych dzieci. Zasady postępowania w żywieniu zbiorowym.* Instytut Matki i Dziecka. PIS, Warszawa 2014.
9. Socha J., Socha P., Weker H., Neuheff-Muraska J., *Żywność dzieci a zdrowie wczoraj, dziś i jutro. Pedia- tria Współczesna, Gastroenterologia, Hepatologia i Żywność Dziecka* 2010; 12, 1: 34-37.
10. <http://www.who.int/mediacentre/events/2016/world-breastfeeding-week/en/> (dostęp 20.09.2017).
11. <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/tydzien-promocji-karmienia-piersia-3/> (dostęp 20.09.2017).
12. <http://www.wodanastart.pl/artykul/stanowisko-grupy-ekspertow-w-sprawie-zalecen-dotyczacych-spozycia-wody-i-innych-napojow-przez-niemowleta-dzieci-i-mlodziez> (dostęp 15.09.2017).
13. 5 porcji warzyw, owoców lub soku codziennie, czyli 13 rad jak się odżywiać. <http://www.kups.org.pl> (dostęp 01.10.2017).
14. Szczepańska E., Janion K., Stanuch B., Rydelek J., Heller – Surowiec M., Kulesza K., *Zachowania żywieniowe rodziców przedszkolnych zamieszkujących na terenie Górnego Śląska.* *Nowa Pedia- tria* 2014; 3: 87-91.
15. Kostecka M., *Prawidłowe żywienie dzieci w wieku wczesnoszkolnym jako niezbędny element profilaktyki chorób cywilizacyjnych.* *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20,2: 208-213.
16. Glibowski P., Misztal A., Wpływ diety na samopoczucie psychiczne. *Bromat. Chem. Toksykol.* 2016; XLIX,1: 1-9.
17. Bator E., Bronkowska M., Ślepecki D., Biernat J., *Anoreksja- przyczyny, przebieg, leczenie.* *Nowiny Lekarskie* 2011; 80,3: 184-191.
18. Zimna – Walendzik E., Kolmaga A., Tafalska E., *Styl życia – aktywność fizyczna, preferencje żywieniowe dzieci kończących szkołę podstawową.* *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość* 2009; 49650: 195-203.

19. Wanat G., Grochowska – Niedworok E., Kardas M., Całyniuk B., Nieprawidłowe nawyki żywieniowe i związane z nimi zagrożenie dla zdrowia wśród młodzieży gimnazjalnej Hygeia Public Health 2011, 46(3): 381-384.
20. Czarniecka-Skubina E., Namysław I., Wybrane elementy zachowań żywieniowych uczniów szkół średnich Żywność. Nauka. Technologia. Jakość 2008, 6 (61): 129-143.
21. Wielki Słownik Języka Polskiego 2017. http://www.wsjp.pl/index.php?id_hasla=2711 (dostęp 28.09.2017).

Otyłość dzieci i młodzieży z punktu widzenia pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania

Children's and youth's obesity from the public health nurse's point of view

Wstęp. Otyłość jest chroniczną chorobą cywilizacyjną XXI wieku i stanowi globalny problem zdrowotny i ekonomiczny w sferze bio- psychospołecznej. Światowa Organizacja Zdrowia ocenia otyłość jako światową epidemię z tendencją wzrostową, z raportu IOTF wynika, że otyłość dotyka coraz młodszego pokolenia.

Cel. Określenie roli pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania wobec czynników ryzyka związanych z otyłością wśród dzieci i młodzieży, wskazanie metod pozyskiwania informacji medycznych, ocena współpracy pielęgniarki z rodzicami i nauczycielami wychowania fizycznego, określenie na którym poziomie nauczania najczęściej jest diagnozowana otyłość i wskazanie głównych przyczyn otyłości u uczniów, ocena globalizacji problemu otyłości w szkole, wskazanie metod profilaktyki stosowanych przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w zapobieganiu otyłości.

Materiał i metoda. Badanie przeprowadzono za pomocą metody sondażu diagnostycznego na grupie 100 pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania.

Wyniki. Dla utrzymania właściwego poziomu opieki nad uczniami z otyłością pielęgniarki pozyskują informacje głównie z Karty Zdrowia Ucznia (72%), współpracują z rodzicami (69%) i nauczycielami wychowania fizycznego (97%). Respondentki wskazują na zjawisko narastania problemu otyłości (92%), szczególnie otyłości brzusznej (90%). Najczęściej jako główną przyczynę wskazują małą aktywność fizyczną (65%). W profilaktyce zwalczania otyłości jako najskuteczniejszą metodę pielęgniarki wskazały edukację zdrowotną (85%) w systematycznym działaniu połączonym z ewaluacją (93%).

Wnioski. Głównym dokumentem pozyskanych informacji jest Karta Zdrowia Ucznia i informacje od rodziców. Współpraca z rodzicami i nauczycielami wychowania fizycznego przebiega prawidłowo i polega na wymianie informacji. Największe znaczenie w diagnostyce otyłości odgrywa analiza dokumentacji i badania przesiewowe. Otyłość w szkołach stanowi problem globalny, najczęstszą przyczyną otyłości jest mała aktywność fizyczna i niewłaściwe odżywianie dzieci. W profilaktyce najskuteczniejsza jest edukacja zdrowotna w różnych formach, wieloetapowa, długofalowa, połączona ewaluacją.

Słowa kluczowe: otyłość, profilaktyka, aktywność fizyczna, dieta, dokumentacja

Introduction. Obesity, a chronic modern-age disease of 21st century, is a global health and economic problem in the bio-psycho-social sphere. The World Health Organization considers obesity to be a world epidemic with an upward trend, the IOTF report clearly shows that obesity affects younger and younger generations.

The thesis objective was to determine the role of a nurse in the teaching and upbringing environment in face of risk factors related to obesity among children and youth. It also aimed to indicate methods of obtaining medical information, assess nurse's cooperation with parents and teachers of PE classes, determine the school level when obesity is most often diagnosed and indicate the main causes of students' obesity, as well as to assess the globalisation of the obesity problem at school, and to show methods of prevention applied by the nurses in the teaching and upbringing environment in obesity prevention.

Materials and methods. The research method applied was a diagnostic survey in a group of 100 nurses of teaching and upbringing environment.

Results. In order to maintain an appropriate level of care of students suffering from obesity, nurses gain information mainly from Student's Medical Record (72%), they cooperate with parents (69%) and PE teachers (97%). The respondents indicate the problem of obesity becomes more acute (92%), especially abdominal obesity (90%). Most often the main cause is little physical activity (65%). The most effective method of preventing obesity indicated by the nurses was systematic health education (85%), together with evaluation (93%).

Conclusions. The main sources of information are Student's Medical Record and the parents. There is proper cooperation with parents and PE teachers, based on information exchange. The biggest role in obesity diagnostics is played by documentation analysis and screening. Obesity in schools is a global problem, most often it is caused by little physical activity and inadequate nutrition of children. In prevention the most effective is multi-stage, long-term health education in various forms, combined with evaluation.

Key words: obesity, prevention, physical activity, diet, documentation

Wprowadzenie

Otyłość (*łac. obesitas*) to istotny problem zdrowotny współczesnego świata, nazwany też epidemią XX wieku o wymiarze globalnym. Problem otyłości dotyczy nie tylko osób dorosłych, ale rów-

niez dzieci i młodzież. Otyłość jest nie tylko chorobą występującą samodzielnie, ale może przyczynić się do rozwoju wielu innych schorzeń związanych z otyłością. W okresie dzieciństwa i dojrzewania bezpośrednie i dalsze powikłania mają swoje konsekwencje w wieku dorosłym [1]. Opinia WHO z 2000r. nadal jest potwierdzana w różnych badaniach naukowych i mówi, iż najważniejszą przyczyną światowej epidemii otyłości są spożywane pokarmy wysokokaloryczne i wysokotłuszczowe oraz ich ilość, jak również siedzący tryb życia i geny [2]. Otyłość u dzieci i młodzieży wpływa na ich zdrowie fizyczne i psychiczne. Początek rozwoju otyłości dziecięcej zaczyna się już w życiu płodowym, w którym kształtuje się masa ciała dziecka [3]. Informacje o otyłości uzyskane w dzieciństwie i młodości takie jak nadmiar masy ciała, inaczej nadwaga jest określana jako wstęp do otyłości w wieku dorosłym [4]. Na etapie nadwagi już pojawiają się pierwsze alarmujące symptomy, a niediagnozowane i nieleczone doprowadzają do poważnych schorzeń. Niektóre z tych groźnych chorób są nieodwracalne [5]. Jedną z przyczyn otyłości jest odziedziczenie pewnych predyspozycji biochemicznych, skłonności do magazynowania tkanki tłuszczowej, obniżonej przemiany materii czy termoregulacji. Człowiek dziedziczy też preferencje żywieniowe, smakowe, sposób żywienia i spożywania pokarmów [6]. Czynniki środowiskowe mają równie ważny wpływ na powstawanie otyłości, zalicza się do nich pewne składowe takie jak: nieprawidłowe nawyki żywieniowe rodziców, brak wspólnych posiłków rodzinnych, źle zbilansowana dieta - żywność wysokoprzetworzona i wysokokaloryczna, niskie spożycie warzyw i owoców, opuszczanie posiłków, brak pierwszego śniadania, nieadekwatne wydatkowanie energii - niski poziom lub całkowity brak aktywności fizycznej, siedzący tryb życia, również zbyt krótki sen. Środowisko, które kształtuje dziecko jest złożone z rodziny, środowiska lokalnego, szkoły, rówieśników, mediów, reklam [7]. Czynnikiem społeczno-kulturowym to też status zawodowy i poziom wykształcenia rodziców, kulturowo-wyznaniowe zwyczaje i rola rodziny. Socjoekonomiczna sytuacja rodziny może być jednym z determinantów powstawania otyłości u dzieci. Łatwa dostępność żywności poza domem uwarunkowana jest przez czynnik społeczny [8]. Otyłość wieku dziecięcego to problem, nie tylko estetyczny, ale wiele zaburzeń zdrowotnych powiązanych ze sobą, które utrwalone i nieleczone mogą być przyczyną groźnych chorób, a nawet śmierci. Koszty poniesione z tytułu leczenia powikłań z roku na rok wzrastają, tak jak otyłość jest problemem rosnącym. Całkowity nakład finansowy na opiekę medyczną nad chorymi z otyłością tworzą koszty bezpośrednie (wizyty u różnych lekarzy specjalistów, pobyt i leczenie szpitalne i ambulatoryjne oraz nakłady poniesione na leki np. insulina). Koszty pośrednie są dużo wyższe (koszty wcześniejszych rent i emerytur, zwolnień i czasowej nieobecności w pracy, opieki domowej świadczonej przez osoby spokrewnione) [9].

Cel

Celem pracy jest określenie roli pielęgniarki wobec czynników ryzyka, które mają wpływ na otyłość pod kątem zagrożeń zdrowia i życia.

Analizując dane w oparciu o literaturę i doświadczenie zawodowe sformułowano problemy szczegółowe:

1. Jakie metody pozyskiwania informacji na temat zagrożeń związanych z otyłością stosuje pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania?
2. Jak wygląda współpraca pielęgniarki z rodzicami, nauczycielami wychowania fizycznego w zakresie kontroli i opieki nad uczniami z otyłością?
3. Na którym poziomie nauczania (szkoła podstawowa, gimnazjum, szkoła ponadgimnazjalna) badania przesiewowe mają największe znaczenie w diagnozowaniu otyłości z perspektywy pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania?
4. Czy według pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania otyłość jako choroba cywilizacyjna ma wymiar globalny?
5. Jakie najczęściej przyczyny sprzyjają występowaniu otyłości u uczniów?
6. Jakie metody profilaktyki stosuje pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania w zapobieganiu otyłości?

Material i metoda

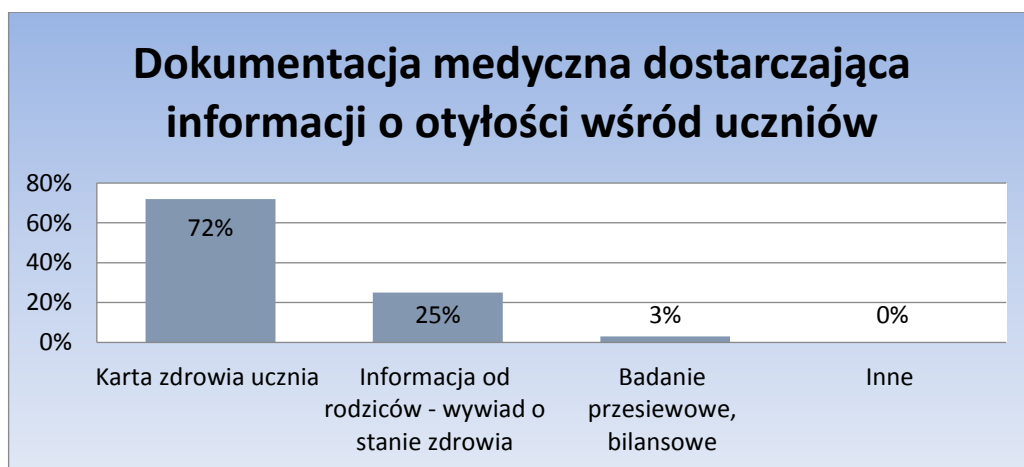
W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, jako technikę badawczą zastosowano ankietę autorstwa własnego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety. Wyniki badań statystycznych przeprowadzonych na 100 przypadkowo wybranych respondentach zostały przedstawione za pomocą średnich arytmetycznych i średnich błędów standardowych (SEM). Analiza zmian w czasie została wykonana przy użyciu analizy wariancji ANOVA popartej testem post-hoc Tukey'a

(GraphPad Prism v.4.0, GraphPad Software, USA). Porównania pomiędzy grupą kontrolną a grupą badaną w poszczególnych punktach wyszczególnionych przeprowadzono na podstawie analizy tekstu otrzymanego, a także przy użyciu niesparowanego testu t-Studenta lub testu nieparametrycznego Mann-Whitney'a (GrapPad Prism v.4.0.) Różnicę przy $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotne.

Badanie przeprowadzono w terminie od września 2016 do lutego 2017 wśród pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania w siedzibie firmy Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „ZDROWIE” w Warszawie. Grupa badana to 100 kobiet w przedziale wiekowym od poniżej 30 lat do powyżej 60 lat, zamieszkujące miasto powyżej 100 tys. mieszkańców (obszar badania przypada na Warszawę). Kobiety te pracują na stanowisku pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. Respondentki posiadają od poniżej 10 lat do ponad 30 lat doświadczenia zawodowego, a placówki w których pracują liczą od poniżej 300 do powyżej 1000 uczniów.

Wyniki

Siedemdziesiąt dwa procent pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania dowiaduje się o otyłości uczniów z karty zdrowia ucznia, 25% ankietowanych pozyskuje taką wiedzę od rodziców przeprowadzając z nimi wywiad o stanie zdrowia dziecka, natomiast tylko 3% pozyskuje takie dane z wykonanych badań przesiewowych bądź bilansowych. Dane pozyskane z tego pytania są *znamiennie* dla analizy grupy badanej - $p = 0,92$. (ryc.1).



Rycina 1. Dokumentacja medyczna dostarczająca informacji o otyłości wśród uczniów
(Źródło: badania własne).

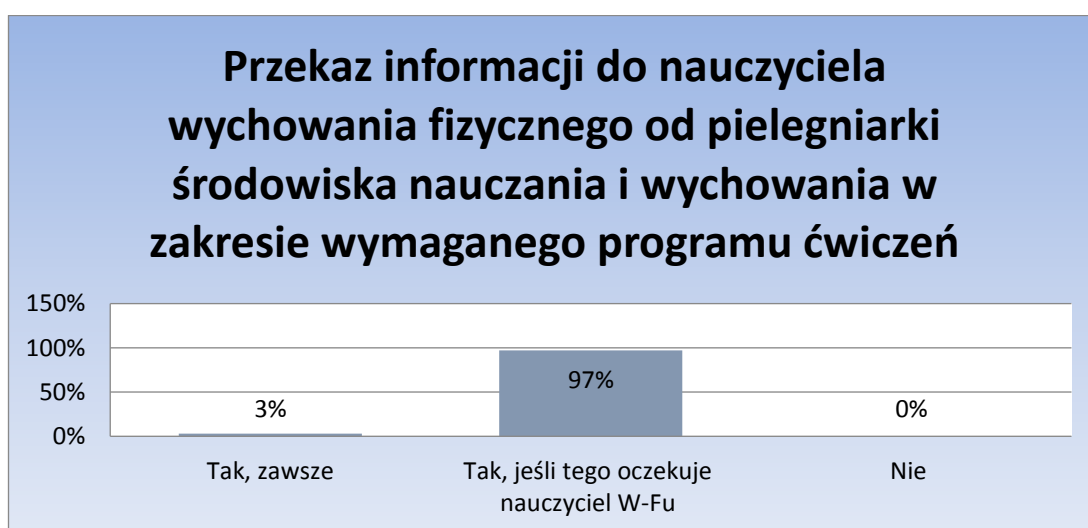
Figure 1. Medical documentation providing information on obesity among students
(Source: own research).

Sześćdziesiąt dziewięć procent respondentek opiera swoją współpracę z rodzicami uczniów ze zdiagnozowaną otyłością na kontakcie za pośrednictwem wychowawcy; 28% preferuje kontakt telefoniczny z opiekunami dziecka, a tylko 2% kontakt osobisty. Jedna pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania w żaden sposób nie kontaktuje się z rodzicami. Dane pozyskane z tego pytania są *znamiennie* dla analizy grupy badanej. $p = 0,72$. (ryc.2).



Rycina 2. Współpraca z rodzicami uczniów ze zdiagnozowaną otyłości (Źródło: badania własne).
Figure 2. Cooperation with parents of students diagnosed with obesity (Source: own research).

Dziewięćdziesiąt siedem procent ankietowanych w szkołach, w których pracują przekazuje wskazówki nauczycielom wychowania fizycznego, którzy uczniowie wymagają dostosowania programu ćwiczeń do ich choroby ale tylko na wyraźną ich prośbę, tylko 3% pielęgniarek zawsze przekazuje nauczycielom takie wytyczne aby zapewnić swoim podopiecznym maksimum bezpieczeństwa. Dane pozyskane z tego pytania są *znamiennie* dla analizy grupy badanej. $p = 0,71$. (ryc.3).



Rycina 3. Przekaz informacji do nauczyciela wychowania fizycznego od pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w zakresie wymaganego programu ćwiczeń (Źródło: badania własne).
Figure 3. Transfer of information to the physical education teacher from the nurse teaching and upbringing environment in the scope of the required exercise program (Source: own research).

Dwadzieścia sześć procent ankietowanych pracuje w szkole gdzie liczba zdiagnozowanych uczniów z otyłością wynosi od 0 do 10%, 68% ankietowanych pracuje w szkole gdzie liczba uczniów ze zdiagnozowaną otyłością wynosi od 11 do 30%, natomiast 6% respondentek w swoich macierzystych placówkach ma zdiagnozowanych uczniów w zakresie otyłości w przedziale pomiędzy 31% a 50%. Dane pozyskane z tego pytania są *znamiennie* dla analizy grupy badanej. $p = 0,68$.

Dziewięćdziesiąt dwa procent ankietowanych uważa, że problem otyłości wśród dzieci i młodzieży narasta i stanowi wymiar globalny, 7% sądzi, że jest na tym samym poziomie, 1% natomiast oceniło, że kwestia ta nie zmienia swojego znaczenia jako problem. Dane pozyskane z tego pytania są *znamiennie* dla analizy grupy badanej. $p = 0,74$.

Sześćdziesiąt pięć procent ankietowanych uważa za główną przyczynę otyłości wśród uczniów małą aktywność fizyczną, 28% sądzi, że głównym winowajcą jest niewłaściwa ilość i jakość spożywanych produktów, jako powód otyłości czynnik genetyczny uznało 3% respondentek, a czynnik biologiczny i czynnik psychologiczny równomiernie po 2% respondentów. Nikt z pytaných nie wskazał innej przyczyny otyłości. Dane pozyskane z tego pytania są *znamiennie* dla analizy grupy badanej. $p = 0,914$.

Sześćdziesiąt pięć procent ankietowanych ocenia aktywność fizyczną uczniów ze zdiagnozowaną otyłością na lekcjach wychowania fizycznego jako złą – uczniowie unikają ćwiczeń fizycznych posiłkując się zwolnieniami lekarskimi, 29% oceniło niedostatecznie udział w zajęciach wychowania fizycznego, 5% oceniło jako dobrą uznając, że zdecydowanie większa część ćwiczy, tylko 1% wystawiło ocenę bardzo dobrą uznając, że wszyscy uczniowie biorą aktywny udział w zajęciach. Wszystkie respondenci pozyskały dane od nauczyciela wychowania fizycznego. Dane pozyskane z tego pytania są *znamiennie* dla analizy grupy badanej. $p = 0,54$.

Pięćdziesiąt dziewięć procent ankietowanych uważa jako główny powód braku uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego niską samoocenę uczniów, 20% sądzi, że jest to wstyd przed rówieśnikami bądź krytyka środowiska, 16% podaje jako powód lenistwo, 5% źle dobrany program ćwiczeń fizycznych. Nikt z pytaných nie podał innego powodu braku aktywności wśród uczniów. Dane pozyskane z tego pytania są *znamiennie* dla analizy grupy badanej. $p = 0,52$.

Osiemdziesiąt pięć procent badanych wskazało edukację zdrowotną w formie pogadanek, ekspozycji wizualnych czy prezentacji multimedialnych jako praktykowaną przez siebie metodę profilaktyki mającą na celu zwalczanie otyłości wśród uczniów, 13% zadeklarowało, że prowadzi indywidualne rozmowy z uczniami wymagającymi takiej pomocy, 2% ankietowanych kieruje swoich uczniów do specjalistów – dietetyków. Wszyscy respondenci w jasny sposób określili metody prowadzenia profilaktyki. Dane pozyskane z tego pytania są *znamiennie* dla analizy grupy badanej. $p = 0,71$. (ryc. 4).



Rycina 4. Profilaktyka zwalczania otyłości wśród uczniów (Źródło: badania własne).
Figure 4. Prevention of the fight against obesity among students (Source: own research).

Dziewięćdziesiąt trzy procent pytaných o edukację zdrowotną w swej praktyce zawodowej opiera się na systematycznych działaniach i powielaniu wiedzy połączonej z ewaluacją, 6% stosuje działania kontynuowane tylko wg potrzeb sytuacyjnych, 1% praktykuje działania jednorazowe wśród swoich uczniów. Dane pozyskane z tego pytania są *znamiennie* dla analizy grupy badanej. $p = 0,86$. (ryc.5).