

Instytut Żywności i Żywienia
im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła
w Warszawie

*Ogólnopolskie działania
w zakresie zwalczania nadwagi i otyłości,
ze szczególnym uwzględnieniem
dzieci i młodzieży*

Opracowanie pod kierunkiem:
prof. dra hab. n. med. Mirosława Jarosza



Warszawa, 2013

Zespół autorów:

prof. dr hab. n. med. Mirosław Jarosz

prof. dr hab. n. biol. Jadwiga Charzewska

dr n. med. Wioleta Respondek

dr n. roln. Ewa Rychlik

dr n. ekon. Włodzimierz Sekuła, prof. IŻŻ

dr n. roln. Katarzyna Stoś, prof. IŻŻ

dr hab. n. roln. Iwona Traczyk, prof. IŻŻ

dr n. roln. Katarzyna Wolnicka

Spis treści

Najnowsze dane epidemiologiczne na temat nadwagi i otyłości oraz ich przyczyn w Polsce na podstawie badań Instytutu Żywności i Żywienia	5
1. Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży	7
1.1. Częstość występowania nadwagi i otyłości	7
1.2. Przyczyny występowania nadwagi i otyłości	9
1.3. Podsumowanie	10
2. Nadwaga i otyłość wśród dorosłych w Polsce	11
2.1. Sytuacja epidemiologiczna	11
2.2. Polskie dane statystyczne	11
2.3. Podsumowanie	12
3. Przyczyny żywieniowe narastania nadwagi i otyłości w polskiej populacji w świetle ogólnopolskich badań spożycia żywności	13
3.1. Spożycie energii	13
3.2. Spożycie tłuszczów	14
3.3. Spożycie węglowodanów	15
3.4. Spożycie warzyw	16
3.5. Spożycie owoców	17
3.6. Podsumowanie	18
Propozycja ogólnopolskich działań w zakresie zwalczania nadwagi i otyłości	19
I Ogólnopolski program poprawy żywienia i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży przez program certyfikacji <i>Szkoła Przyjazna Żywieniu i Aktywności Fizycznej</i>	21
II Ogólnopolski program zwalczania nadwagi i otyłości w systemie opieki zdrowotnej	27
III Opracowanie profili żywieniowych na podstawie kategoryzacji żywności w Polsce	33
IV Ogólnopolski program poprawy jakości zdrowotnej produktów żywnościowych oraz żywienia zbiorowego	39
V Monitoring sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej populacji polskiej	43

**Najnowsze dane epidemiologiczne
nt. nadwagi i otyłości
oraz ich przyczyn w Polsce
na podstawie badań Instytutu Żywności i Żywienia**

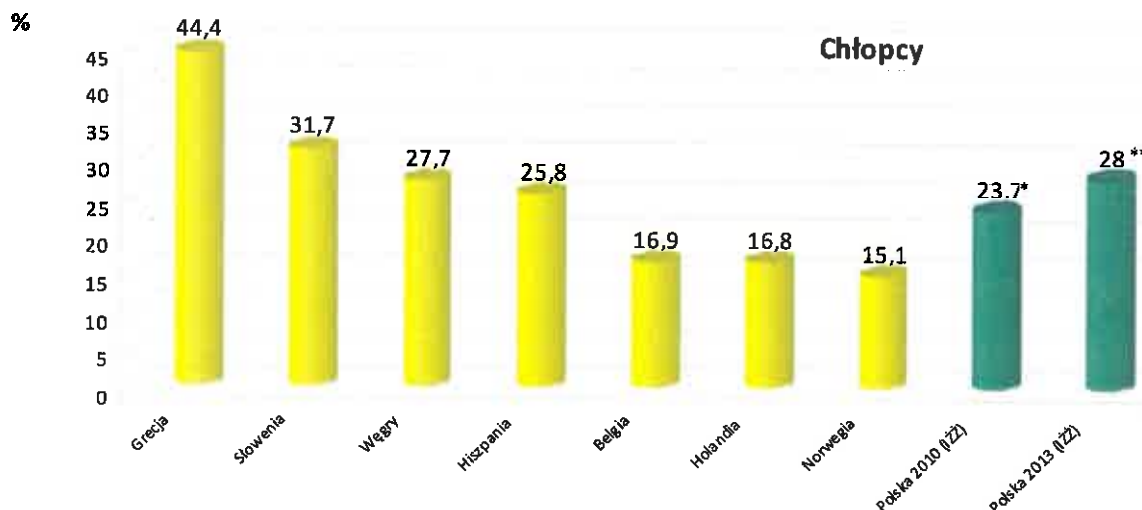


Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży

1.1. Częstość występowania nadwagi i otyłości

Występowanie nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży przekształciło się z problemu, na który długo nie zwracano uwagi, w jeden z najważniejszych problemów dla zdrowia publicznego w naszym kraju. Sytuacja rozwija się w sposób dynamiczny. Współczesne kryteria identyfikacji nadmiernej masy ciała mają charakter międzynarodowy, identyczne punkty odcięcia dla wszystkich krajów, posiadają rekomendacje WHO i IOTF (International Obesity Task Force) i pozwalają na ocenę nasilenia nadwagi i otyłości w polskiej populacji na tle innych krajów.

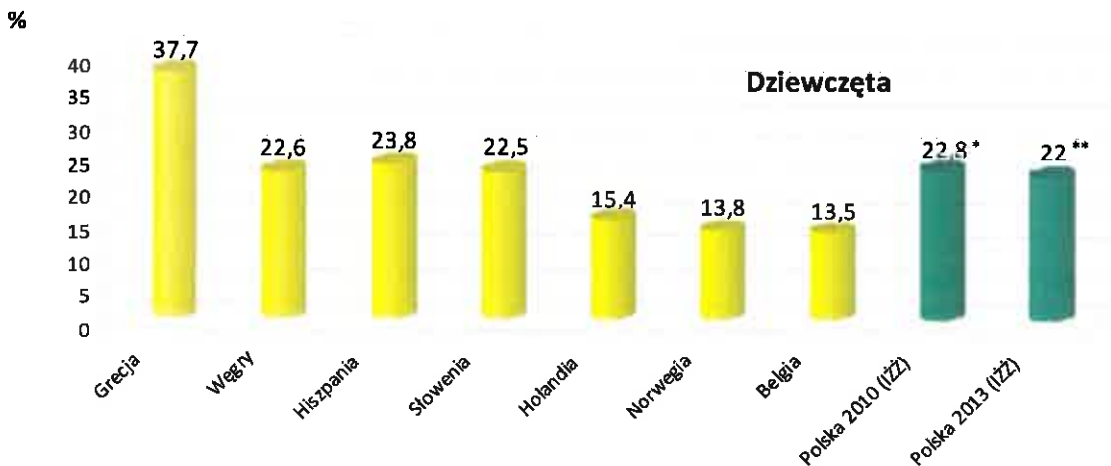
Instytut Żywności i Żywienia przeprowadził w ostatnich latach dwa kolejne badania uwzględniające ocenę występowania nadmiernej masy ciała u uczniów szkół podstawowych. W 2010 r. w 5 województwach i w roku 2013 (maj/czerwiec) w 16 województwach. Wyniki tych badań przedstawiono poniżej na tle danych z The Energy Project finansowanego przez KE, przeprowadzonego w 7 europejskich krajach u dzieci w zbliżonym wieku (ryc. 1 i 2).



* Dotyczy badania 9-latków przeprowadzonego przez IŻŻ w 2010 r.

** Wstępne wyniki badań w ramach projektu KIK/34 realizowanego przez IŻŻ w Szwajcarsko-Polskim Programie Współpracy.

Ryc. 1. Częstość nadwagi i otyłości (łącznie) u chłopców w wieku 11–12 lat w różnych krajach (Energy Project, 2010) i w Polsce wg Instytutu Żywności i Żywienia w 2010 r. i w roku 2013. We wszystkich porównywanych krajach zastosowano międzynarodowe kryterium oceny nadwagi i otyłości – klasyfikacja wg BMI rekomendowanego przez IOTF i WHO (Cole i wsp., 2000).



* Dotyczy badania 9-latków przeprowadzonego przez IŻŻ w 2010 r.

** Wstępne wyniki badań w ramach projektu KIK/34 realizowanego przez IŻŻ w Szwajcarsko-Polskim Programie Współpracy.

Ryc. 2. Częstość nadwagi i otyłości (łącznie) u dziewcząt w wieku 11–12 lat w różnych krajach (Energy Project, 2010) i i w Polsce wg Instytutu Żywności i Żywienia w 2010 r. i w roku 2013. We wszystkich porównywanych krajach zastosowano międzynarodowe kryterium oceny nadwagi i otyłości – klasyfikacja wg BMI rekomendowanego przez IOTF i WHO (Cole i wsp., 2000).

Jak wynika z przedstawionych na rycinach danych, chłopcy i dziewczęta ze szkół podstawowych w Polsce już nie należą do krajów o małej częstości występowania nadwagi i otyłości. Bliżej im raczej do krajów o dużym nasileniu nadmiernej masy ciała (jak Grecja, Słowenia, Węgry, Hiszpania), niż do krajów skandynawskich, które zahamowały wzrost nadwagi i otyłości u dzieci.

W badaniu Instytutu Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka (IP-CZD – projekt OLAF), w latach 2007–2009 stwierdzono średnio w całej Polsce 16,4% uczniów w wieku od 7 do 18 lat wykazujących nadmierną masę ciała; w badaniu Instytutu Matki i Dziecka (IMD – HBSC) w roku 2010 nadmierna masa ciała występowała także u 16,2% uczniów w wieku 13 i 15 lat.

W Warszawie, gdzie od roku 1971 Instytut Żywności i Żywienia (IŻŻ) prowadzi monitoring młodzieży w wieku okołopokwitaniowym, wzrost nadmiernej masy ciała w czasie 35 lat wzrósł dwukrotnie. Z reprezentatywnego badania IŻŻ, przeprowadzonego w 2010 r. wynika, że nadwaga i otyłość łącznie występowała u 23,7% chłopców i 22,8% dziewcząt w wieku 9 lat. Wskazuje to na około 2% przyrost częstotliwości występowania nadmiernej masy ciała w ciągu około 3 lat w porównaniu do roku 2007, w którym rozpoczęto w omawianej grupie wiekowej (9-latki) badania OLAF.

Stwierdzone w badaniu Instytutu Żywności i Żywienia z wiosny 2013 r. dane (będące w dalszym opracowaniu, w tym dla młodzieży gimnazjalnej), są zatrważające, gdyż 28% chłopców i 22% dziewcząt ma nadmierną masę ciała, co świadczy, że trend wzrostowy nie został zahamowany, a przeciwnie wykazuje tendencję wzrostową.

Zróżnicowanie regionalne w częstotliwości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w Polsce

Oprócz wzrostu nasilenia występowania nadwagi i otyłości w Polsce obserwuje się też duże zróżnicowanie regionalne w występowaniu nadmiernej masy ciała u dzieci i młodzieży. W badaniu IP-CZD z lat 2007–2009 różnice w tym zakresie między województwami sięgały do 6% (18,9% w woj. mazowieckim i 12,6% w woj. świętokrzyskim). Z reprezentatywnego badania IŻŻ, przeprowadzonego w 2010 r. w 5 województwach, wynika, że nadmierna masa ciała u 9-latków występuje najczęściej w woj. mazowieckim i opolskim a najrzadziej w woj. podkarpackim. Wyniki badania Instytutu Żywności i Żywienia z roku 2013, przeprowadzonego w 16 województwach, w aspekcie nierówności między regionami są jeszcze w trakcie opracowania.

1.2. Przyczyny występowania nadwagi i otyłości

Wstępne wyniki badań nad uwarunkowaniami tak szybkiego wzrostu nasilenia nadmiernej masy ciała (nadwagi i otyłości) u dzieci i młodzieży, pozwalają na wskazanie najważniejszych przyczyn tego stanu. Są to, zgodnie ze stanem współczesnej wiedzy, niewłaściwe żywienie i wzrost bierności fizycznej wśród młodego pokolenia.

Żywienie

Żywienie uczniów zbadanych przez Instytut Żywności i Żywienia w 2013 r., w ramach projektu pod hasłem Zachowaj Równowagę, nie było zgodne z zasadami prawidłowego żywienia. **Pierwsze śniadanie przed wyjściem do szkoły codziennie zjada zaledwie co drugi uczeń (55%) szkoły podstawowej. Nigdy nie je, rzadko lub zaledwie czasami aż 30% uczniów. Drugie śniadanie, które zgodnie z zasadami prawidłowego żywienia powinno być spożywane w szkole w 3–4 godziny po pierwszym posiłku, zjadane jest zaledwie przez 42% uczniów.** Drugie śniadanie zastępują uczniom zakupy w sklepikach szkolnych. Jak wynika z ankiety przeprowadzonej wśród uczniów,

średnio 70% z nich kupuje w sklepikach szkolnych oferowane produkty, takie jak: słodczyce (batony, cukierki, lizaki, żelki), słodkie napoje gazowane i niegazowane, chipsy, chrupki, paluszki, ciastka. Produkty o walorach zdrowotnych, jak jogurty, mleko, owoce lub kanapki, kupowane są zaledwie przez 1–2% uczniów.

Aktywność fizyczna

Jak wynika z opinii nauczycieli z placówek uczestniczących w projekcie Zachowaj Równowagę, w 2013 r., 95% frekwencja uczniów na zajęciach wychowania fizycznego występowała tylko w 40% szkół podstawowych oraz w zaledwie 7% gimnazjów. Bierność fizyczna przenosi się na zajęcia pozaszkolne. Na czynnościach biernych, niewymagających wysiłku fizycznego (np. siedzenie przed komputerem w celu odrabiania lekcji lub dla rozrywki), 60% uczniów spędza w dni powszednie od 2 do powyżej 4 godzin. Bierny fizycznie styl życia powoduje słabe osiągnięcia w sprawności fizycznej w postaci wyników poniżej norm (opracowanych w warszawskiej AWF). Blisko 40% uczniów szkół podstawowych uzyskało słabe wyniki w próbach motoryczności oceniających wytrzymałość oraz siłę ramion. Również 40% badanych uczniów klas IV i VI wykazało niską wytrzymałość biegową. Prawie 30% dzieci wykazało słabą siłę mięśni brzucha, a u około 20% uczniów stwierdzono obniżony poziom gibkości.

1.3. Podsumowanie

Już wstępne wyniki przeprowadzonego przez IŻŻ badania w roku 2013, wskazują zatem, że polskie dzieci i młodzież szybkim krokiem zmierzają śladem rówieśników z innych krajów europejskich, w których stwierdzono największe nasilenie nadmiernej masy ciała w postaci nadwagi lub otyłości. Wiąże się to z coraz gorszym żywieniem dzieci i młodzieży w szkołach oraz coraz gorszą sytuacją w zakresie zapewnienia dzieciom odpowiedniej aktywności fizycznej.

2.



Nadwaga i otyłość wśród osób dorosłych w Polsce

2.1. Sytuacja epidemiologiczna

W Polsce dotychczas przeprowadzono wiele badań oceniających częstość występowania nadwagi i otyłości wśród osób dorosłych. Ich wyniki wskazują, że nadwaga i otyłość w naszym kraju są poważnym problemem zdrowotnym, a występowanie tych nieprawidłowości niepokojąco narasta.

Na podstawie badań reprezentatywnych dla populacji całego kraju prowadzonych w latach 2000-2005 („Household Food Consumption and Anthropometric Survey”, IŻŻ 2000, NATPOL 2002, WOBASZ 2003-2005) oceniono, że **nadmierna masa ciała występowała u 57-62% mężczyzn i ok. 48-49 % kobiet. Występowanie samej tylko otyłości odnotowano u 16-21% mężczyzn i 19-22% kobiet.**

W roku 2011 ponownie przeprowadzono badania w ramach programu NATPOL, z którego nie opublikowano jeszcze wszystkich wyników badań. Stwierdzono jednak **wzrost rozpowszechnienia otyłości, zwłaszcza wśród mężczyzn, której częstość występowania dochodziła do 25%.**

2.2. Polskie dane statystyczne

Dane dotyczące występowania nadwagi i otyłości zbierane są również przez Główny Urząd Statystyczny. Ostatnie badanie miało miejsce w roku 2009. W przeciwieństwie do wcześniej opisywanych badań nie prowadzono tu pomiarów antropometrycznych, a występowanie nadwagi i otyłości określono na podstawie danych uzyskanych od respondentów. Nie były one weryfikowane przez pomiary kontrolne, dlatego też można zakładać pewne niedoszacowanie masy ciała, zwłaszcza u kobiet.

Wyniki badań GUS wskazują, że **nadmierna masa ciała wśród mężczyzn w 2009 roku występowała u 61%. Odsetek otyłych wynosił 17%. W populacji kobiet nadwagą lub otyłością odznaczało się 45%. Samą otyłość odnotowywano u 15%.**

Pomimo możliwości niedoszacowania, dane GUS są bardzo istotnym źródłem informacji o tendencjach występowania nadwagi i otyłości w ciągu ostatnich kilkunastu lat. Dane z roku 2009 wskazują, że w ciągu 5 lat częstość występowania nadmiernej masy ciała wśród mężczyzn wzrosła aż o 9 punktów procentowych, a samej otyłości o 4 punkty procentowe. Odnotowano też niekorzystną tendencję wzrostu odsetka kobiet z nadmierną masą ciała – o blisko 6 punktów procentowych, przy czym odsetek otyłych wzrósł o 3 punkty procentowe.

2.3. Podsumowanie

Wyniki badań (tabela 1) prowadzonych w ciągu ostatnich kilkunastu lat dowodzą, że nadmierna masa ciała w Polsce częściej występuje u mężczyzn. Odsetek otyłych jeszcze w roku 2000 (badania IŻŻ) był wyższy wśród kobiet. Wyraźny wzrost częstości występowania otyłości wśród mężczyzn sprawił, że obecnie odsetek otyłych mężczyzn może być nieco większy niż otyłych kobiet (badania GUS 2009).

Tabela 1. Występowanie nadwagi i otyłości wśród mężczyzn i kobiet w Polsce na podstawie wybranych badań

Badanie	Mężczyźni		Kobiety	
	Nadwaga i otyłość	Otyłość	Nadwaga i otyłość	Otyłość
„Household Food Consumption and Anthropometric Survey”, IŻŻ 2000	56,7%	15,7%	48,6%	19,9%
NATPOL 2002	58%	19%	48%	19%
WOBASZ 2003-2005	61,5%	21,2%	48,6%	22,4%
NATPOL 2011		ok. 25%		
GUS 2004	52,1%	12,6%	39,1%	12,5%
GUS 2011	61,4%	16,6%	44,6%	15,2%

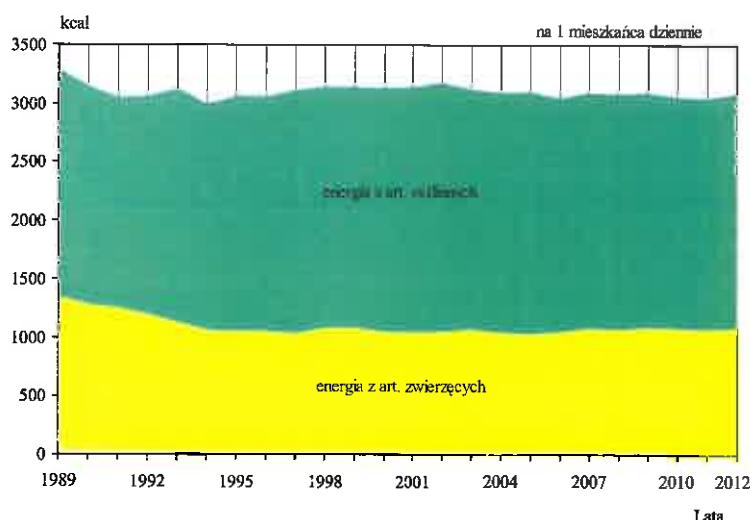


Przyczyny żywieniowe narastania nadwagi i otyłości w polskiej populacji w świetle ogólnopolskich badań spożycia żywności

W ostatnim dziesięcioleciu nastąpiło wygaśnięcie dynamiki niektórych korzystnych zmian w diecie, zaobserwowanych w pierwszej dekadzie procesu transformacji polityczno-społecznej i gospodarczej. Należały do nich w szczególności znaczny wzrost spożycia owoców oraz zmiana struktury spożycia tłuszczów wydzielonych, polegająca na radykalnym wzroście udziału tłuszczów pochodzenia roślinnego.

3.1. Spożycie energii

Wśród niekorzystnych uwarunkowań żywieniowych epidemii nadwagi i otyłości w naszym kraju istotne miejsce zajmuje brak tendencji spadkowej w łącznej ilości energii z żywności (ryc. 3). Ma to miejsce w warunkach przyspieszonego starzenia się społeczeństwa naszego kraju (ludność w wieku powyżej 65 lat stanowiła w 1990 r. 10,2% ogółu ludności a w 2012 r. przekroczyła 14%), a zatem zmniejszającego się zapotrzebowania na energię.

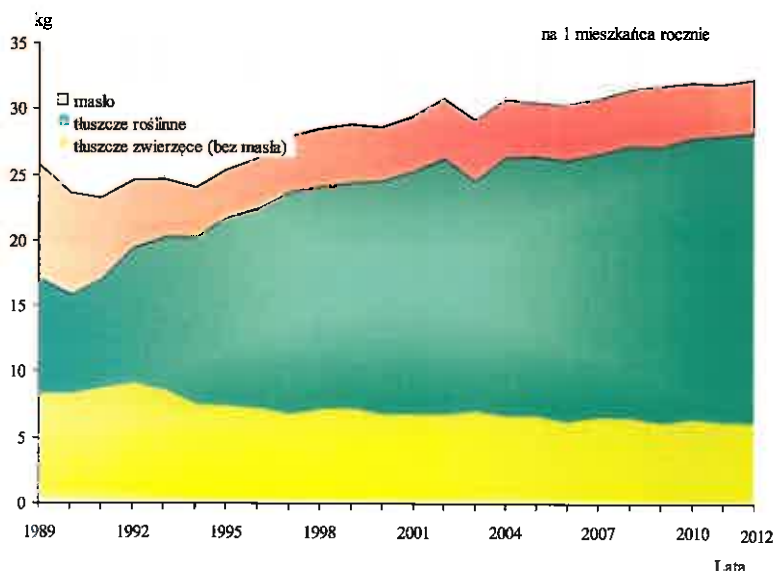


Ryc. 3. Energia z żywności (1989–2012).

Źródło: Obliczenia własne Samodzielnej Pracowni Ekonomiki Żywności i Żywnienia IŻŻ na podstawie danych GUS.

3.2. Spożycie tłuszczów

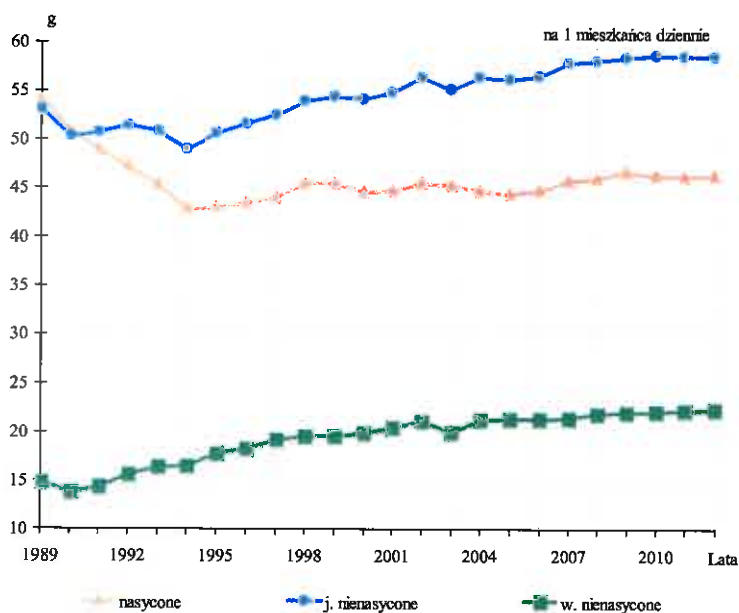
Od początku 2000 r. nie była już kontynuowana szybka tendencja wzrostowa spożycia tłuszczów wydzielonych pochodzenia roślinnego, obserwowana w poprzednim dziesięcioleciu. Jednocześnie ustabilizowało się spożycie masła i pozostałych tłuszczów pochodzenia zwierzęcego. W rezultacie udział tłuszczów roślinnych w spożyciu tłuszczów ogółem, wynoszący 69% w 2012 r., był tylko o 7 punktów procentowych wyższy w porównaniu do 2000 r., podczas gdy w dziesięcioleciu 1990–2000 zwiększył się on aż prawie dwukrotnie (z 32% w 1990 r. do 62% w 2000 r.) (ryc. 4).



Ryc. 4. Spożycie tłuszczów w Polsce w latach 1989–2012.

Źródło: Samodzielna Pracownia Ekonomiki Żywności i Żywienia IŻŻ na podstawie danych GUS.

W ostatnim dziesięcioleciu nie było także poprawy w stosunku zawartości kwasów tłuszczowych wielonienasyconych (P) do nasyconych (S). W 2012 r., ilość kwasów wielonienasyconych w diecie wynosiła 22 g na mieszkańca dziennie w stosunku do 46 g kwasów nasyconych. Stosunek zawartości P:S wyniósł 0,48, był zatem nieznacznie tylko wyższy w stosunku do 2000 r. (0,44). We wcześniejszym dziesięcioleciu zmiany w stosunku kwasów wielonienasyconych do nasyconych miały nieporównywalnie większe natężenie i w konsekwencji był on w 2000 r. o ponad połowę wyższy w porównaniu do roku 1990 (ryc. 5).



Ryc. 5. Zawartość kwasów tłuszczowych z żywności w Polsce w latach 1989–2012.

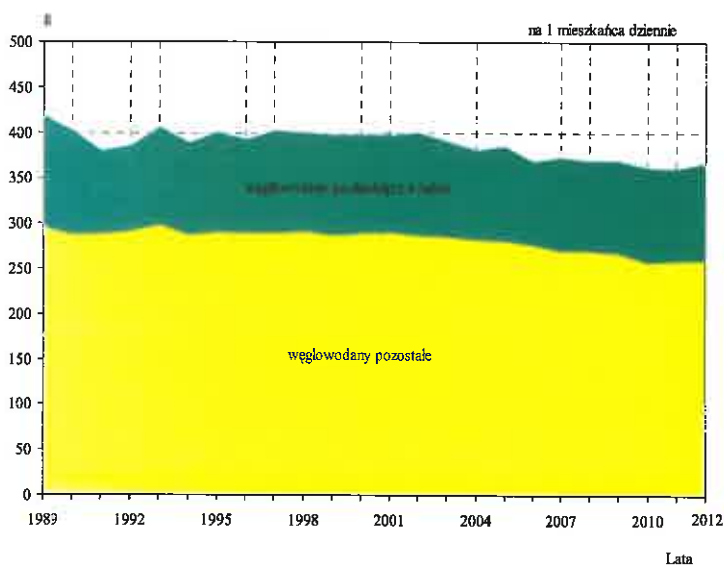
Źródło: Obliczenia własne Samodzielnej Pracowni Ekonomiki Żywności i Żywnienia IŻŻ na podstawie danych GUS.

Należy dodać, iż podczas gdy w latach 90. XX wieku następował wzrost udziału energii z wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w łącznej ilości energii (z 4% w 1990 r. do 6% w 2000 r.), malał natomiast udział energii z kwasów nasyconych (z 15% do 13%), to w ostatnim dziesięcioleciu tendencja ta nie była, niestety, kontynuowana.

Przy braku liczącej się poprawy w stosunku P:S ostatnie dziesięciolecie charakteryzowało się jednocześnie przyspieszeniem dynamiki wzrostu łącznej zawartości tłuszczu pokarmowego w diecie: wynosiła ona 137 g na mieszkańca dziennie w 2012 r. i była o 7% wyższa w porównaniu do 2000 r., podczas gdy we wcześniejszym dziesięcioleciu zwiększyła się o 3%. W rezultacie, w ostatnim dziesięcioleciu udział energii pochodzącej z tłuszczu pokarmowego rósł szybciej niż w poprzednim porównywanym okresie, zwiększając się do 40% w 2012 r., tj. o 3 punkty procentowe w stosunku do roku 2000. W dziesięcioleciu 1990–2000 charakteryzowany wzrost osiągnął tylko 1 punkt procentowy.

3.3. Spożycie węglowodanów

Zwiększająca się rola tłuszczu jako źródła energii następowała kosztem węglowodanów. Udział energii z węglowodanów w ostatnim dziesięcioleciu zmalał o 3 punkty procentowe. Jednocześnie, stabilizacja ilości węglowodanów pochodzących z cukru ustabilizowała też, na wysokim poziomie 14% w 2012%, udział energii z tej grupy żywności (ryc. 6).

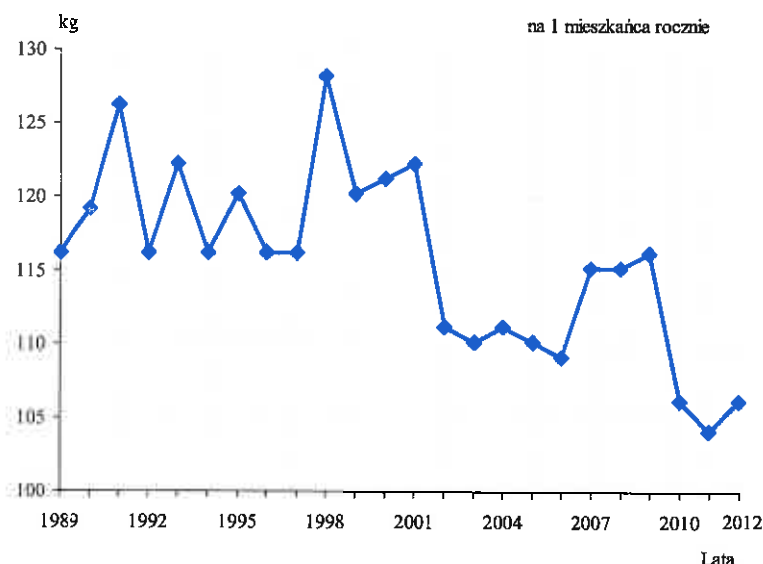


Ryc. 6. Węglowodany przyswajalne z żywności (1989–2012).

Źródło: Obliczenia własne Samodzielnej Pracowni Ekonomiki Żywności i Żywnienia IŻŻ na podstawie danych GUS.

3.4. Spożycie warzyw

Według raportu OECD (*Health at a Glance*, 2010) Polska zajmowała w 2007 r. stosunkowo wysoką, dziewiątą pozycję wśród analizowanych 31 krajów pod względem spożycia warzyw. Należy jednak zakładać, że nastąpiło pogorszenie w tym zakresie z powodu malejącej konsumpcji, szczególnie w trzech ostatnich latach (ryc. 7).



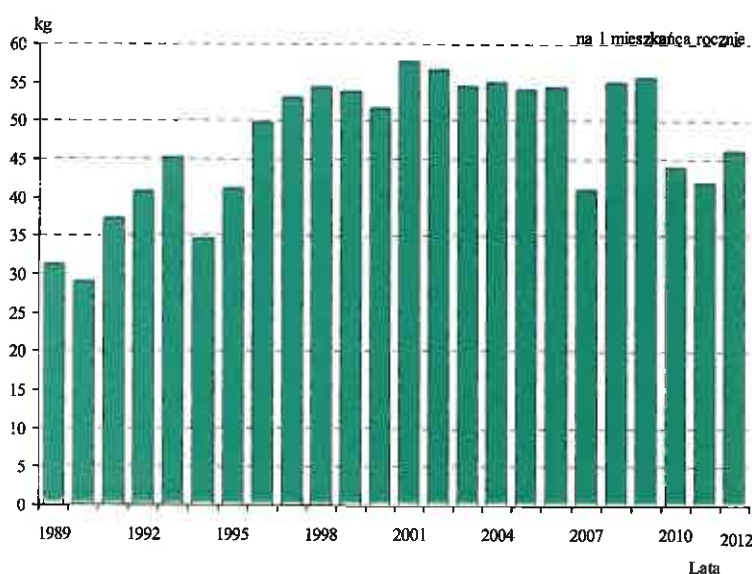
Ryc. 7. Spożycie warzyw w Polsce w latach 1989–2012.

Źródło: Samodzielna Pracownia Ekonomiki Żywności i Żywnienia IŻŻ na podstawie danych GUS.

Spożycie warzyw jest także uzależnione od dochodów, choć związek ten nie jest tak silny, jak w przypadku owoców. Niemniej, w 2012 r. na 20% gospodarstw domowych o najwyższych dochodach przypadało 25,1% łącznej konsumpcji warzyw przez gospodarstwa domowe ogółem, a na grupę o najniższych dochodach – 15,4%.

3.5. Spożycie owoców

Choć owocom i warzywom nadano priorytet wśród zaleceń dotyczących prawidłowej diety, to niestety spożycie owoców przeciętnie na mieszkańca, po istotnej poprawie w latach 90. ubiegłego wieku, nie wykazało liczącego się wzrostu w następnych latach. Z tego też względu nie malał dystans dzielący tradycyjnie Polskę od innych krajów członkowskich UE. Zgodnie z danymi z raportu OECD, Polska pod względem wysokości spożycia owoców w 2007 r. zajmowała ostatnie miejsce wśród 31 krajów europejskich, które zostały w nim uwzględnione: spożycie to było dwukrotnie niższe w stosunku do średniej dla ogółu tych krajów. Wprawdzie zaciążyło na tym wyjątkowo niskie spożycie owoców w Polsce w tymże roku, ale wobec podobnie niskiego poziomu w latach 2010–2012 aktualny dystans mógł się jeszcze powiększyć (ryc. 8).



Ryc. 8. Spożycie owoców w Polsce w latach 1989–2012.

Źródło: Samodzielna Pracownia Ekonomiki Żywności i Żywnienia IŻŻ na podstawie danych GUS.

Ponadto, silna zależność dodatnia pomiędzy dochodami a spożyciem owoców oraz nierówności w rozkładzie dochodów pociągają za sobą nierówności w rozkładzie spożycia. Zgodnie z wynikami badań budżetów, 30,7% łącznej konsumpcji owoców przez wszystkie gospodarstwa domowe w 2012 r. przypadało na 20% zaliczonych do najwyższej grupy dochodowej, podczas gdy na 20% gospodarstw domowych o najniższych dochodach tylko 11,9%. Rozkład ten utrzymał się bez zmian w stosunku do początku ubiegłego dziesięciolecia, nie wykazując żadnej poprawy.

3.6. Podsumowanie

W ostatnim dziesięcioleciu nastąpiło wygaśnięcie dynamiki niektórych korzystnych zmian w diecie, zaobserwowanych w pierwszej dekadzie transformacji polityczno-społecznej i gospodarczej, tj. w latach 1990–2000. Należały do nich, w pierwszej kolejności, znaczny wzrost spożycia owoców i zmiana struktury spożycia tłuszczów wydzielonych, polegająca na radykalnym wzroście udziału tłuszczów pochodzenia roślinnego. Pomimo tego, w 2007 r. Polska zajmowała ostatnie miejsce pod względem wysokości spożycia owoców wśród 31 krajów uwzględnionych w raporcie OECD (*Health at a Glance*, 2010). Dystans dzielący Polskę od tych krajów mógł się jeszcze powiększyć ze względu na niski poziom spożycia owoców w latach 2010–2012. Ostatnie dziesięciolecie charakteryzowało się jednocześnie przyspieszeniem dynamiki wzrostu łącznej zawartości tłuszczu pokarmowego w diecie. Była ona w 2012 r. o 7% wyższa w porównaniu do 2000 r., podczas gdy we wcześniejszym dziesięcioleciu dynamika ta była ponad dwukrotnie słabsza. W rezultacie udział energii z tłuszczu przekroczył w 2012 r. 40% i był o 3 punkty procentowe wyższy w stosunku do roku 2000. We wcześniejszym dziesięcioleciu (1990–2000) wzrost udziału energii z tłuszczu nie przekroczył natomiast 1 punktu procentowego.

Zwraca uwagę fakt, że wzrost udziału energii z tłuszczu następował kosztem węglowodanów, przy tym były to jednak głównie węglowodany złożone.

Pamiętać też należy, że pomimo przyspieszonego starzenia się polskiego społeczeństwa i malejącej jego aktywności fizycznej, co warunkuje obniżanie się zapotrzebowania na energię, jej zawartość w diecie nie maleje.

Nie ulega zatem wątpliwości, że skuteczna walka z epidemią nadwagi i otyłości w Polsce wymaga radykalnej intensyfikacji działań zmierzających do modyfikacji modelu żywienia.

**Propozycja
ogólnopolskich działań
w zakresie zwalczania
nadwagi i otyłości**



**Ogólnopolski program poprawy żywienia
i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży
przez program certyfikacji**

Szkoła Przyjazna Żywieniu i Aktywności Fizycznej



**Ogólnopolski program poprawy żywienia
i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży
przez program certyfikacji
*Szkoła Przyjazna Żywieniu i Aktywności Fizycznej***

UZASADNIENIE

Instytut Żywności i Żywienia w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy (KIK/34) realizuje projekt Szkoła/Przedszkole Przyjazne Żywieniu i Aktywności Fizycznej, który zakłada poddanie szkół i przedszkoli procesowi certyfikacji będącemu odzwierciedleniem działalności tych placówek na rzecz poprawy żywienia i zwiększenia aktywności fizycznej wśród dzieci. **Placówka, która pomyślnie wdroży program zgodnie z opracowanymi kryteriami, dostanie certyfikat Szkoły Przyjaznej Żywieniu i Aktywności Fizycznej.**

Program ten w obecnej, 2-letniej edycji, obejmuje 1600 placówek w całej Polsce. Istnieje potrzeba rozszerzenia procesu certyfikacji i wdrażania projektu w kolejnych placówkach w kraju w trakcie dalszych edycji, aby docelowo objąć tym procesem wszystkie szkoły (około 15 000 szkół podstawowych).

ZAŁOŻENIA

Inicjatywa *Szkoły z Certyfikatem* jest adresowana do szkół celem zmotywowania do podjęcia działań na jej terenie z zakresu przeciwdziałania niedożywieniu, niedoborom składników odżywczych, jak również nadwadze i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Program stanowi podstawę dla rozwoju środowiska niezbędnego do promowania zasad prawidłowego żywienia i nadzoru nad stanem odżywienia oraz aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Ideą programu jest szkoła, w której społeczność szkolna: pracownicy, uczniowie i rodzice podejmują wspólne działania dla poprawy i utrzymania swojego zdrowia i samopoczucia przez zmianę zachowań żywieniowych i podniesienie aktywności fizycznej; uczą się, jak zdrowiej i lepiej żyć, m.in. przez edukację żywieniową i poprawę aktywności ruchowej; przez współdziałanie zachęcają innych w swoim otoczeniu, zwłaszcza rodziców, do podobnych działań. Certyfikat otrzymają te szkoły, które spełnią specjalnie opracowane dla każdego rodzaju placówki edukacyjnej kryteria (zróżnicowane w zależności od rodzaju placówki), m.in. takie jak:

- organizacja wspólnych śniadań na terenie szkoły,
- zapewnienie odpowiednio długiej przerwy śniadaniowej,

- zapewnienie odpowiedniego miejsca do spożywania wybranej przez szkołę formy zdrowego pełnowartościowego posiłku,
- zapewnianie obiadów szkolnych (jeśli są prowadzone) zgodnych z zaleceniami/normami,
- zmianę na prozdrowotny asortymentu w sklepikach szkolnych, automatach z napojami i żywnością będących na terenie szkoły,
- ograniczenie na terenie szkoły wpływu niewłaściwej reklamy żywności i napojów,
- prowadzenie „reklamy pozytywnej” (postery, plakaty),
- organizowanie zajęć (wymiana przepisów, dzień zdrowego jedzenia, warzywne wtorki) motywujących dzieci do samodzielnych prozdrowotnych wyborów żywieniowych,
- dbanie o rozwijanie zdolności i wiedzy kulinarnej zgodnej z zasadami racjonalnego żywienia wśród uczniów (zajęcia praktyczne),
- organizacja imprez sportowo-rekreacyjnych, festynów rodzinnych,
- edukacja rodziców na temat roli żywienia i aktywności fizycznej w prawidłowym rozwoju dzieci (np. organizacja pogadarek, prelekcji, edukacja z wykorzystaniem strony internetowej szkoły).

CEL

Zmotywowanie środowisk szkolnych (dyrektorów, nauczycieli, uczniów i ich rodziców) do podjęcia na terenie placówek wspólnych działań na rzecz prawidłowego żywienia i zwiększenia aktywności fizycznej.

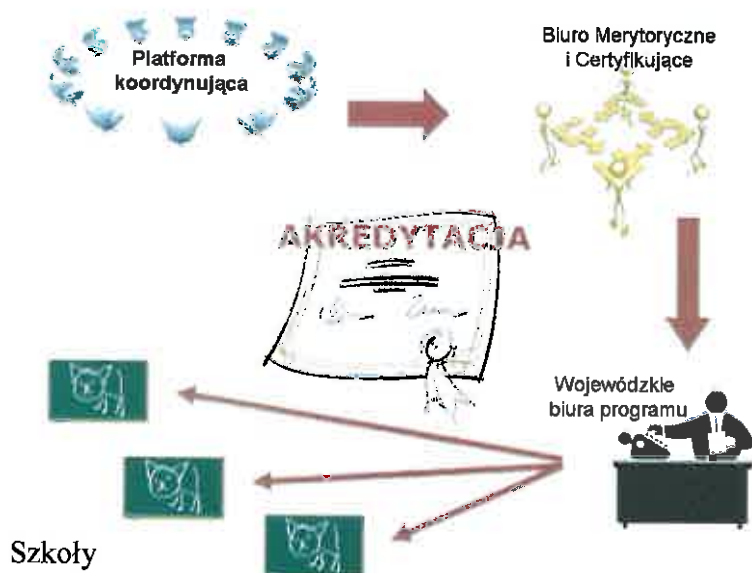
SPOSÓB REALIZACJI

Inicjatywa *Szkoły z Certyfikatem* zakłada poddanie szkół procesowi akredytacji w 10 kolejnych etapach (ryc. 7), odzwierciedlających działalność szkoły na rzecz przeciwdziałania chorobom żywieniowo-zależnym, w tym nadwadze i otyłości, oraz niedoborom składników odżywczych i niedożywieniu. Akredytacja ma być motywacją dla szkoły. Udział w programie jest nobilitacją dla szkoły. Każda placówka otrzyma specjalne materiały edukacyjne z zakresu żywienia i aktywności fizycznej, takie jak np. plakaty edukacyjne, materiały edukacyjne dla rodziców, poradnik dla nauczycieli ze scenariuszami lekcji, interaktywne książeczki dla przedszkolaków, film edukacyjny. Program wspierany będzie przez stronę www dla rodziców i nauczycieli.



Ryc. 7. Etapy procesu akredytacji w szkole.

Certyfikat Instytutu Żywności i Żywienia (IŻŻ) będzie wydawany pod patronatem stosownych ministerstw: Ministerstwa Zdrowia (MZ), Ministerstwa Edukacji Narodowej (MEN), Ministerstwa Sportu i Turystyki (MSiT). Skład Platformy Koordynującej (PK), poza przedstawicielami IŻŻ, stanowić będą przedstawiciele resortów, tj. MZ, MEN, MSiT (ryc. 8).



Ryc. 8. Schemat przyznawania certyfikatu Instytutu Żywności i Żywienia w ramach programu *Szkoła z Certyfikatem*

Członkowie Platformy Koordynującej zostaną powołani przez instytucje wchodzące w jej skład. Biuro Merytoryczne i Certyfikujące (BMiC) przy PK będzie nadawało certyfikaty Instytutu Żywności i Żywienia. Biuro to będzie też pełnić zadania operacyjne, takie jak: komunikacja z koordynatorami wojewódzkimi; stworzenie strony www programu i zarządzanie nią, wypełnianie jej treścią, aktualizacja danych, wprowadzanie FAQ; opracowywanie materiałów edukacyjnych – scenariusze lekcji, broszury. W każdym województwie powstanie

Biuro Programu (BP – koordynatorzy wojewódzcy), które będzie przyjmować i oceniać wnioski, oceniać roczne dokumentacje składane przez uczestników programu, wspierać uczestników w działaniach, prowadzić audyt zewnętrzny, odpowiadać na zgłaszane wątpliwości.

Każda szkoła, która chce przystąpić do programu i osiągnąć certyfikat, zobowiązuje się do wypełnienia wymagań ustalonych w 5 głównych punktach (tabela 2).

Tabela 2. Wymagania przystąpienia szkoły do programu *Szkoła z Certyfikatem*

Lp.	Wymagania	Opis
1	Posiadać opisaną strategię działania	Promować zdrowe żywienie. Poprawiać aktywność fizyczną wśród uczniów. Zapobiegać niedożywieniu i niedoborom składników odżywczych, nadwadze i otyłości oraz innym chorobom żywieniowo zależnym wśród uczniów – podać zakres konkretnych działań w określonym czasie i określone cele do osiągnięcia. Posiadać określoną strukturę odpowiedzialną za ten proces, włączającą rodziców. Monitorować przebieg działań
2	Poprawiać świadomość wśród realizatorów programu i środowiska szkolnego, jak i rodziców	Upowszechniać w środowisku szkolnym, w szczególności wśród rodziców, wagę prozdrowotnych wyborów żywieniowych i zwiększonej aktywności fizycznej
3	Posiadać i rozwijać curriculum szkoły odnośnie promocji żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia	Posiadać np. kronikę szkolną dokumentującą działania szkoły na rzecz prawidłowego żywienia i podniesienia aktywności fizycznej
4	Stworzyć środowisko pomocne w realizowaniu założeń programu promującego prawidłowe żywienie i aktywność fizyczną, zgodnie z kryteriami certyfikatu	Wypełniać odpowiednie dla danego typu szkoły kryteria certyfikatu
5	Zapewniać odpowiednią opiekę zdrowotną i żywieniową	Regularne pomiary wzrostu i masy ciała. Współpraca z rodzicami

PRZEWIDYWANE EFEKTY

- ✓ Zmotywowanie szkół i przedszkoli do prozdrowotnych działań.
- ✓ Poprawa wiedzy dzieci i młodzieży oraz rodziców na temat prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej.
- ✓ Zmiana na prozdrowotne nawyków żywieniowych dzieci i młodzieży.
- ✓ Zorganizowanie w szkołach miejsc do spożywania posiłków.
- ✓ Zwiększenie motywacji uczniów do codziennej aktywności fizycznej.
- ✓ Zwiększenie udziału uczniów w obowiązkowych zajęciach wychowania fizycznego.
- ✓ Zahamowanie trendu narastania otyłości wśród dzieci i młodzieży.



**Ogólnopolski program zwalczania
nadwagi i otyłości
w systemie opieki zdrowotnej**

Ogólnopolski program zwalczania nadwagi i otyłości w systemie opieki zdrowotnej



UZASADNIENIE

Nadwaga i otyłość stanowią najważniejszy problem zdrowia publicznego. Według Światowej Organizacji Zdrowia rozpowszechnienie tych zaburzeń przybrało charakter globalnej epidemii. Częstość występowania otyłości na świecie w ciągu ostatnich 30 lat wzrosła blisko dwukrotnie. W roku 1980 otyłość występowała u 5% mężczyzn i 8% kobiet, a w roku 2008 już u 10% mężczyzn i 14% kobiet. W Polsce ponad połowa dorosłej populacji ma nadmierną masę ciała. Badania epidemiologiczne wskazują, iż problem ten dotyczy ponad 60% mężczyzn i około 50% kobiet. Należy podkreślić, że częstość występowania nadwagi i otyłości w naszym kraju wzrasta w niepokojąco szybkim tempie, zwłaszcza u mężczyzn, wśród których (według badania NATPOL'11) 25% charakteryzuje się otyłością.

ZAŁOŻENIA

Otyłość znacznie pogarsza stan zdrowia publicznego, zwiększając istotnie ryzyko rozwoju, jak również progresji przewlekłych chorób niezakaźnych, takich jak choroby układu krążenia, wiele nowotworów, cukrzyca typu 2, kamica żółciowa. Prewencja tych schorzeń, zmniejszenie zachorowalności i umieralności z ich powodu, to przede wszystkim zwalczanie i zapobieganie nadwadze i otyłości. Podstawowym narzędziem tej walki jest zmiana stylu życia obejmująca sposób żywienia i aktywność fizyczną. Wprowadzenie trwałych zmian w stylu życia, jest bardzo trudne, zwłaszcza, gdy osoby walczące z otyłością są pozostawione same sobie. Objęcie ich systematyczną opieką w systemie ochrony zdrowia jest warunkiem efektywnego rozwiązania problemu, jakim jest rozpowszechnienie nadmiernej masy ciała w populacji Polski.

CEL

Stworzenie w systemie ochrony zdrowia modelu kompleksowej opieki nad pacjentami z nadwagą i otyłością.

SPOSÓB REALIZACJI

Instytut Żywności i Żywienia opracował model programu redukcji masy ciała (PRMC), w którym pacjenci z nadwagą i otyłością są objęci kompleksową opieką: lekarza, dietetyka, psychologa i rehabilitanta. Edycje PRMC powinny być prowadzone w placówkach służby zdrowia, w których istnieją warunki do przeprowadzenia interwencji (zaplecze pod postacią sali ćwiczeń (basenu), zakładu wykonującego próbę wysiłkową, możliwość współpracy z psychologami). Każda edycja PRMC trwa 12 tygodni, obejmuje 48–50 osób z nadwagą i otyłością. W ramach programu pacjenci uczestniczą w:

1. **zajęciach rehabilitacyjnych** (najlepiej basen – 45 min i sala gimnastyczna – 45 min) odbywających się 2–3 razy w tygodniu w grupach około 12-osobowych.

W zależności od określonej podczas próby wysiłkowej wydolności fizycznej pacjenci będą kwalifikowani do programu realizowanego w dwóch grupach:

- grupa A – ćwiczenia o zwiększonym stopniu intensywności (3 razy w tygodniu)
 - grupa B – ćwiczenia o mniejszym stopniu intensywności (2 razy w tygodniu);
2. **poradach dietetycznych** – dwie porady indywidualne w pierwszych trzech tygodniach programu i dwa spotkania (w grupach po około 6 osób) o charakterze warsztatów dietetycznych w 6. i 11. tygodniu programu;
 3. **spotkaniach grupowych z psychologiem** (po około 6 osób) – dwa z tych spotkań mają mieć charakter edukacyjny, a cztery – terapeutyczny.

Rekrutację do programu przeprowadzają lekarze, postępując zgodnie z opracowanymi kryteriami włączenia i wykluczenia. Badania biochemiczne są wykonywane przed przystąpieniem do programu (lipidogram, kwas moczowy, morfologia, transaminazy, krzywa obciążenia glukozą, TSH) i po jego zakończeniu (lipidogram, glikemia na czczo oraz powtórzenia oznaczeń transaminaz, kwasu moczowego, OGTT u osób z nieprawidłowymi wynikami tych parametrów w badaniu wstępnym). Istotnie nieprawidłowy wynik TSH i morfologii stanowi kryterium wykluczenia.

Obok realizacji 12-tygodniowych programów redukcji masy ciała organizowane są, w placówkach medycznych, dietetyczne punkty konsultacyjne (DPK), w których pacjenci z nadmierną masą ciała mogą uzyskać bezpłatną poradę dietetyczną.

PRZEWIDYWANE EFEKTY

- ✓ Pożądane zmiany w parametrach lipidowych surowicy krwi i gospodarce węglowodanowej.
- ✓ Wpłyńnięcie na dotychczasowy styl życia i zmiana jego na prozdrowotny.
- ✓ Tworzenie grup wsparcia celem zwiększenia szans na trwały efekt redukcji masy ciała, a co za tym idzie – efektywną prewencję przewlekłych chorób niezakaźnych.
- ✓ Redukcja masy ciała u pacjentów w systemie ochrony zdrowia.



**Opracowanie profili żywieniowych
na podstawie
kategoryzacji żywności w Polsce**

Opracowanie profili żywieniowych na podstawie kategoryzacji żywności w Polsce



UZASADNIENIE

Przyjęta w lipcu bieżącego roku Deklaracja Wiedeńska – opracowana przez WHO regionu europejskiego (Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020) – potwierdza wciąż gwałtowny wzrost nadwagi i otyłości, szczególnie u dzieci. Dokument ten wskazuje nadal na konieczność podejmowania działań na rzecz zmniejszenia spożycia energii, kwasów tłuszczowych nasyconych, izomerów trans, cukrów i soli oraz zwiększenia spożycia warzyw i owoców, poprzez promowanie reformulacji składu żywności, etykietowanie przyjazne konsumentom i narzędzia profilowania żywieniowego, które ułatwiłyby prawidłowy wybór produktów spożywczych. Grupą społeczeństwa, na którą zwraca się szczególną uwagę są dzieci. W związku z powyższym wskazane jest, aby również w Polsce podjęto prace zmierzające do ograniczenia spożycia energii, kwasów tłuszczowych nasyconych, izomerów trans, cukrów i soli oraz zwiększenia spożycia warzyw i owoców przez dzieci.

ZAŁOŻENIA

Profile żywieniowe to naukowa ocena żywności w zależności od jej składu i wartości odżywczej (Nutrient Profiling Report of a WHO/IASO Technical Meeting London, United Kingdom, 4–6 October 2010).

Profile żywieniowe powinny być oparte na ogólnie przyjętych danych naukowych dotyczących zależności między sposobem odżywiania a zdrowiem. Powinny uwzględniać zmienność zwyczajów i tradycji żywieniowych oraz fakt, że poszczególne produkty spożywcze mogą odgrywać znaczącą rolę w ogólnej diecie.

Przy ustalaniu profili żywieniowych powinna zostać uwzględniona zawartość poszczególnych składników odżywczych i substancji o działaniu odżywczym lub innym fizjologicznym, szczególnie takich jak: tłuszczy, tłuszcze nasycone, izomery trans kwasów tłuszczowych, sól/sód i cukry, których nadmierne spożycie w ramach ogólnej diety nie jest wskazane, jak również wielo- i jednonienasycone kwasy tłuszczowe, przyswajalne węglowodany inne niż cukry, witaminy, składniki mineralne, białko i błonnik pokarmowy.

CEL GŁÓWNY

Celem projektu jest opracowanie modelu profili żywieniowych jako narzędzia kształtowania prozdrowotnych zachowań żywieniowych oraz przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym, w szczególności nadwadze i otyłości.

Cele szczegółowe:

- analiza zawartości wybranych składników odżywczych w produktach spożywczych w aspekcie tworzenia profili żywieniowych (szczególnie: tłuszczu, nasyconych kwasów tłuszczowych, izomerów *trans* kwasów tłuszczowych, cukru i soli/sodu);
- opracowanie kryteriów modelu profilowania żywieniowego produktów spożywczych w oparciu o wyniki badań sposobu żywienia w szczególnych grupach ludności w Polsce oraz aktualne zalecenia żywieniowe.

SPOSÓB REALIZACJI

Instytut Żywności i Żywienia rozpoczął prace nad opracowaniem polskiego modelu profili żywieniowych. Działania te wymagają **analizy i oceny spożycia produktów spożywczych oraz składników żywności w wybranych grupach wiekowych**, w szczególności u dzieci i młodzieży, **analizy składu produktów spożywczych z poszczególnych kategorii**, których celem będzie ukierunkowanie dalszych działań w tym zakresie.

Przeprowadzona analiza składu produktów spożywczych pochodzących z bazy danych o składzie i wartości odżywczej w poszczególnych grupach żywności wykazała, że wiele z ocenianych produktów zawiera istotne ilości zarówno składników odżywczych, których spożycie powinno się ograniczać jak i składników odżywczych, których wyższe spożycie jest wskazane. Do takich produktów należą m.in. produkty mleczne, w tym sery podpuszczkowe dojrzewające, zawierające duże ilości wapnia i równocześnie mające dużą zawartość tłuszczu i sodu. Innym przykładem są ryby wędzone i przetwory rybne będące źródłem wielonienasyconych kwasów tłuszczowych z rodziny n-3 i jednocześnie zawierające znaczne ilości sodu.

Z uwagi na fakt, że stale rozszerza się asortyment wyrobów spożywczych, są produkty wytwarzane przy zastosowaniu nowoczesnych technologii i nowych receptur, należałoby **dokonać pogłębionej analizy składu produktów spożywczych obecnych na rynku.**

Przy określaniu profili żywieniowych powinny być brane pod uwagę różne kategorie żywności, ponadto miejsce i rola poszczególnych produktów w ogólnej diecie, z uwzględnieniem różnych zwyczajów żywieniowych i modeli konsumpcji istniejących w kraju.

PRZEWIDYWANE EFEKTY

Prawidłowe opracowanie polskiego modelu profilowania żywieniowego służącego do:

- ✓ kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych, m.in. jako narzędzie do ograniczenia emisji reklam napojów i żywności o wysokiej zawartości tłuszczu, soli i cukrów skierowanych do dzieci i młodzieży oraz
- ✓ wprowadzenia zakazu sprzedaży, reklamy i promowania tych produktów na terenie placówek oświatowych.



**Ogólnopolski program poprawy
jakości zdrowotnej produktów żywnościowych
oraz żywienia zbiorowego**

Mniej cukru, soli, tłuszczu, więcej błonnika

**Ogólnopolski program poprawy
jakości zdrowotnej produktów żywnościowych
oraz żywienia zbiorowego
„Mniej cukru, soli, tłuszczu, więcej błonnika”**

**Współpraca Instytutu Żywności i Żywienia z producentami żywności
oraz placówkami żywienia zbiorowego**

UZASADNIENIE

WHO w Globalnej Strategii w zakresie Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia, Komisja Europejska oraz rządy wielu krajów, w tym także Polski, apelują m.in. do producentów żywności o ograniczanie zawartości w produkowanych wyrobach składników takich jak: tłuszcz, kwasy tłuszczowe nasycone, izomery trans kwasów tłuszczowych, cukier i sól oraz prowadzenie świadomego marketingu wspierającego strategię promocji zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.

Nowe dokumenty WHO (Deklaracja Wiedeńska, 2013) potwierdzają wciąż gwałtowny wzrost nadwagi i otyłości, zwłaszcza u dzieci. Wskazują nadal na konieczność podejmowania działań na rzecz zmniejszenia spożycia energii, kwasów tłuszczowych nasyconych, izomerów trans, cukrów i soli oraz zwiększenia spożycia warzyw i owoców, poprzez m.in. promowanie reformulacji składu żywności, etykietowanie przyjazne konsumentom i narzędzia profilowania żywieniowego, które ułatwiałyby wybór zdrowych produktów.

ZAŁOŻENIA

Według zaleceń WHO, Komisji Europejskiej i Deklaracji Wiedeńskiej (2013–2020) wszystkie kraje europejskie i instytucje naukowe powinny podjąć natychmiastowe wysiłki w celu nawiązania różnych form współpracy z przemysłem żywnościowym i placówkami żywienia zbiorowego na rzecz poprawy jakości zdrowotnej żywności i żywienia.

CEL

Stymulacja przemysłu żywnościowego do reformulacji produktów żywnościowych mających na celu zmniejszenie zawartości soli, cukru i tłuszczu a zwiększenie zawartości błonnika oraz poprawy żywienia zbiorowego (restauracje, stołówki w zakładach pracy, placówki wychowawczo-oświatowe i opiekuńcze).

SPOSÓB REALIZACJI

- System certyfikacji produktów żywnościowych.
Przyznawanie produktom po reformulacji certyfikatu „Produkt o poprawionej wartości żywieniowej” (alternatywnie „Produkt o poprawionej wartości zdrowotnej”).
System certyfikacji produktów żywnościowych oparty będzie w głównej mierze o analizę i ocenę składu produktów spożywczych, profile żywieniowe, aktualne zalecenia żywieniowe, normy żywienia.
- Edukacja dotycząca konieczności poprawy jakości zdrowotnej żywności oraz współpraca w zakresie możliwości reformulacji składu produktów spożywczych.
- Opracowanie dla potrzeb sieci restauracyjnych i zakładów przemysłowych w Polsce propozycji menu dla cukrzyków/diabetyków, alergików, menu niskokaloryczne itp.
- Kształcenie organizatorów żywienia zbiorowego w zakresie prawidłowego żywienia i zagrożeń dla zdrowia wynikających z nieprawidłowego żywienia.
- Doradztwo, konsultacje.

PRZEWIDYWANE EFEKTY

- ✓ Zwiększenie na rynku ilości produktów o poprawionej jakości zdrowotnej, tj. o zmniejszonej zawartości soli, cukru, tłuszczu i zwiększonej zawartości błonnika
- ✓ Poprawa sposobu żywienia w placówkach żywienia zbiorowego (zwiększenie możliwości proponowania dań sprofilowanych na osoby, które mają otyłość, cukrzycę, choroby alergiczne itp.). Wprowadzenie tego systemu do żywienia zbiorowego stworzy duże ułatwienia dla konsumentów w realizacji prawidłowego żywienia.
- ✓ Zmniejszenie zachorowalności na otyłość, cukrzycę i inne przewlekłe choroby niezakaźne.



**Monitoring sposobu żywienia,
stanu odżywienia
oraz aktywności fizycznej
populacji polskiej**

Monitoring sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej populacji polskiej



UZASADNIENIE

Jedynymi reprezentatywnymi badaniami sposobu żywienia całej populacji przeprowadzono w Polsce już 13 lat temu, późniejsze bowiem nie obejmowały wszystkich grup wiekowych. Wyniki tego typu badań są niezbędne nie tylko do oceny sposobu żywienia i stanu odżywienia populacji, w tym występowania nadwagi i otyłości oraz narażenia na występowanie innych przewlekłych chorób niezakaźnych, lecz także do oceny ryzyka związanego z przyjmowaniem nadmiaru suplementów diety, narażenia na substancje dodatkowe, substancje szkodliwe powstające podczas procesu technologicznego (akrylamid, izomery trans kwasów tłuszczowych), zanieczyszczenia chemiczne. Brak stałych, powtarzalnych badań o sposobie żywienia i stanie odżywienia (jedynie przeprowadzono w 2000 r.) nie pozwala na śledzenie zmian w populacji i poszczególnych jej grupach oraz dokonanie oceny efektywności wprowadzanych programów edukacyjnych i interwencyjnych. Nie pozwala także sprostać potrzebom współpracy w dziedzinie identyfikacji rzeczywistej sytuacji w żywieniu w celu określania przez Komisję Europejską i jej organy kierunku polityki i celów wdrażanych programów. Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (European Food Safety Authority, EFSA) prowadzi projekt „What’s on the Menu in Europe?” (EU Menu), który ma na celu dostarczenie porównywalnych, znormalizowanych informacji o tym, co ludzie jedzą we wszystkich krajach i regionach UE. Dotychczasowe dane z Polski nie spełniają ustalonych kryteriów.

CEL GŁÓWNY

Aktualna diagnoza żywienia, stanu odżywienia i aktywności fizycznej polskiej populacji, identyfikująca nieprawidłowości w tym zakresie (m.in. częstość występowania nadwagi i otyłości, niedożywienia oraz czynniki ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych), będzie podstawą kreowania polityki żywieniowej i zdrowotnej oraz definiowania działań niezbędnych dla poprawy stanu zdrowia poprzez żywienie i aktywność fizyczną.

NAJWAŻNIEJSZE CELE SZCZEGÓŁOWE

1. Kompleksowa ocena stanu odżywienia i częstości występowania zaburzeń odżywiania w badanej populacji, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży jako populacji najbardziej wrażliwej.
2. Określenie wielkości spożycia energii i składników odżywczych oraz ocena występowania ryzyka ich niedoborów lub nadmiarów zagrażających zdrowiu w poszczególnych grupach demograficznych.
3. Ocena poziomu aktywności fizycznej populacji, określenie zwyczajowego wydatku energetycznego badanych oraz dokonanie ich klasyfikacji według kategorii przyjętych w normach żywienia (aktywność fizyczna: mała, umiarkowana, duża).
4. Dostarczenie istotnych informacji dla polskiego rządu, w szczególności dla resortu zdrowia, oraz dla Komisji Europejskiej, Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA).

SPOSÓB REALIZACJI

Badanie reprezentatywnej grupy około 4000 osób wybranych losowo, w wieku od 4 do powyżej 70 lat, w tym:

1. Badanie sposobu żywienia metodą wywiadu o spożyciu z ostatnich 24 godzin, zgodnie z metodyką opracowaną w Instytucie Żywności i Żywienia.
U każdej z badanych osób wywiad zostanie przeprowadzony 2-krotnie (1 dzień roboczy i 1 dzień wolny od pracy). Zastosowana metoda umożliwi ocenę wartości energetycznej diety i zawartości w niej składników pokarmowych oraz spożycia produktów spożywczych. Zastosowanie 2-krotnego wywiadu umożliwi ocenę spożycia każdej badanej osoby w stosunku do średniego zapotrzebowania grupy, górnego tolerowanego spożycia oraz identyfikację osób o niedostatecznym spożyciu lub osób o nadmiernym spożyciu danego składnika. Konwersja spożytych produktów do zawartości energii i składników odżywczych dokonana będzie za pomocą znowelizowanego programu DIETA 5, opracowanego w IŻŻ, zawierającego najnowsze normy żywienia, aktualne tabele składu i wartości odżywczej produktów, ponad 1000 suplementów diety, nowe receptury potraw i dane o wielu nowych produktach spożywczych obecnych na rynku.
2. Ocena stanu odżywienia na podstawie pomiarów antropometrycznych badanej populacji.
Wykonane będą następujące pomiary: wysokości i masy ciała oraz obwody: ramienia, talii i bioder. Wyniki pomiarów umożliwią:

- identyfikację osób niedożywionych i wykazujących nadwagę lub otyłość,
 - wskazanie osób wykazujących ryzyko rozwoju zespołu metabolicznego,
 - ocenę zaawansowania rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży,
 - ocenę poziomu aktywności fizycznej.
3. Zbadanie poziomu aktywności fizycznej we wszystkich planowanych grupach demograficznych na podstawie międzynarodowego kwestionariusza IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) polecanego przez Komisję Europejską do zastosowania w badaniach narodowych i regionalnych.

PRZEWIDYWANE EFEKTY

- ✓ Uzyskanie wyników badania sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej u reprezentatywnej grupy 4000 osób, jako podstawy identyfikacji częstości występowania żywieniowych czynników ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych (m.in. otyłości, chorób układu sercowo-naczyniowego) w poszczególnych grupach ludności.
- ✓ Opracowanie diagnozy nt. sposobu żywienia, stanu odżywienia, aktywności fizycznej, nierówności w zdrowiu i występowania przewlekłych chorób niezakaźnych w Polsce.
- ✓ Możliwość oceny podejmowanych przez państwo działań zmierzających do poprawy żywienia i aktywności fizycznej oraz występowania nadwagi i otyłości w społeczeństwie.
- ✓ Włączenie się do kompleksowej oceny dotyczącej epidemii otyłości w Europie prowadzonej przez Komisję Europejską (High Level Group – HLG, Grupa Robocza Wysokiego Szczebla ds. odżywiania i aktywności fizycznej).