



FUNDACJA
SZKOŁA
NA WIDELCU

ŻYWIENIE DZIECI I MŁODZIEŻY W PRAKTYCE

materiały pokonferencyjne

Żywnienie dzieci i młodzieży w praktyce – materiały pokonferencyjne. Praca zbiorowa

© Fundacja Szkoła na Widelcu

Zdjęcie na okładce: Agnieszka Sochal

Zdjęcia prelegentów: zdjęcia przekazane przez prelegentów

Redakcja i korekta: Renata Nowak

Skład i łamanie: Fajne studio kreatywne

Wydanie I, Warszawa 2021

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żaden fragment nie może być publikowany ani reprodukowany bez pisemnej zgody Wydawcy.

Spis treści:

1. Konferencja w liczbach	5
2. Zbigniew Kułaga Diagnoza stanu zdrowia dzieci w Polsce – wyzwania żywieniowe	6
3. Nina Wojtyra Jak modelować nawyki żywieniowe w dzieciństwie – wyzwania dla dietetyków i psychodietetyków	9
4. Patrycja Pietraszek Narzędzia wspierające edukację żywieniową – skąd czerpać inspiracje?	11
5. Alicja Baska Nadmierna masa ciała u dzieci: wyrosną? Dlaczego to podejście jest szkodliwe? O współpracy lekarza dietetyka	14
6. Zuzanna Wędołowska Najważniejsze składniki w diecie dzieci	17
7. Katarzyna Pieczyńska Umiejętności żywieniowo-kulinarne – niedoceniane czy niepotrzebne XXI wieku?	19
8. Marta Baj-Lieder Terapia karmienia u dzieci powyżej 3 roku życia – czy to ma sens?	22
9. Joanna Rogala-Floryan Gdy jedzenie jest wyzwaniem – współczesny obraz zaburzeń odżywiania u młodzieży	25
10. Katarzyna Wojtkowska Uwaga na jedzenie jako jedna z metod pracy z młodym pacjentem	30
11. Urszula Somow Dziecko sportowiec – ułatwienie czy utrudnienie w pracy dietetyka?	33
12. Katarzyna Wolnicka Znaczenie edukacji żywieniowej w szkołach	35
13. Agata Gawska Jak wdrożyć edukację żywieniowo-kulinarą do placówki? Case study programu Dobrze Jemy	38
14. Agnieszka Danielewicz „Tu karmimy przyszłych mistrzów” – żywienie zbiorowe w placówkach oświatowych widziane z różnych perspektyw	41
15. Katarzyna Woźnicka Co zrobić, by nałożone zostało zjedzone, czyli jak wdrożyć zmiany żywieniu zbiorowym?	46
16. Klaudia Wiśniewska Z gabinetu do Internetu, czyli trendy w poradnictwie dietetycznym: szanse, wyzwania, najlepsze praktyki	50
17. Magdalena Hajkiewicz-Mielniczuk Biznes oparty na przekazywaniu wiedzy w Internecie – jak zarabiać na nim satysfakcjonujące pieniądze	53

Szanowni Państwo,

przygotowany przez nas e-book jest zbiorem abstraktów wystąpień ekspertów podczas konferencji „Żywnienie dzieci i młodzieży w praktyce” zorganizowanej przez Fundację Szkoła na Widelcu w dniach 17–18.04.2021 roku. Głównym celem wydarzenia było poszerzenie wiedzy i doświadczeń osób zajmujących się żywieniem dzieci i młodzieży w Polsce. Konferencja była dedykowana w szczególności dietetykom, intendentom i nauczycielom.

Mamy nadzieję, że ta lektura pozwoli na zgłębienie jakże ważnego tematu żywienia dzieci i młodzieży, i będzie dla Państwa inspiracją do działania w tym zakresie. Jako fundacja wierzymy bowiem, że wspólnymi siłami możemy wpływać na to, jak kształtują się nawyki żywieniowe najmłodszych Polaków.

Z życzeniami miłej lektury,
Zespół Fundacji Szkoła na Widelcu

Konferencja w liczbach

Do współtworzenia konferencji zaprosiliśmy 22 specjalistów, ekspertów i praktyków z zakresu żywienia dzieci i młodzieży, którzy przeprowadzili 16 wykładów oraz wzięli udział w 3 panelach dyskusyjnych. W ciągu 2 dni w sumie przeprowadzono 9,5 godziny wykładów oraz 3 godziny paneli dyskusyjnych.

W konferencji udział wzięło 211 uczestników, których aktywność można było obserwować m.in. na czacie, gdzie dyskutowali i zadawali pytania prelegentom. W dyskusji uczestniczyło aż 126 osób.



Zbigniew Kułaga

Diagnoza stanu zdrowia dzieci w Polsce – wyzwania żywieniowe

Aktualnie pandemia COVID jest czynnikiem mającym znaczący wpływ na stan zdrowia całej populacji, w tym dzieci i młodzieży. Od marca 2020 roku wprowadzono w Polsce, na skalę niespotykaną w historii, rozwiązania zmierzające do zablokowania transmisji wirusa (na ile da się ją zablokować). Obostrzenia polegające na zamknięciu żłobków, przedszkoli, szkół, wprowadzeniu ograniczeń w funkcjonowaniu sklepów, przemieszaniu się dużych grup ludności oraz intensywnej promocji przez mass media mycia rąk i dezynfekcji, dystansu oraz noszenia masek mają charakter niespecyficzny, tak więc oddziałują w sensie epidemiologicznym na inne (niż SARS-CoV-2) wirusy i bakterie.

Pandemia COVID a stan zdrowia dzieci i młodzieży

W celu zbadania wpływu interwencji zrealizowanych na skalę populacyjną analizie zostały poddane meldunki o zapadalności na wybrane choroby zakaźne, w tym te wieku dziecięcego. Zachorowalność w okresie od początku stycznia do połowy marca 2021 znacząco się zmniejszyła (z wyjątkiem SARS-CoV-2): od 10% do 40% zapadalności z tego samego okresu roku 2020, a więc przed pandemią COVID – tab. 1.

Tabela 1. Zmiana liczby zachorowań na wybrane choroby zakaźne w okresie od początku stycznia do połowy marca w roku 2020 i 2021

Jednostka chorobowa według meldunków o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce	Liczba zachorowań	
	1.01 – 15.03.2020 r.	1.01 – 15.03.2021 r.
Wirusowe zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2	3169	↓1153
Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelit. BNO, w tym u dzieci do lat 2	2890	↓1224
Płonica (szkarlatyna)	5898	↓607
Ospa wietrzna	46423	↓11720
Grypa i podejrzenia grypy u dzieci w wieku 0–14 lat	821779	↓174583
Zakażenia SARS-CoV-2 (COVID-19)	359	↓607879

Źródło: Meldunki o zachorowaniach, Państwowy Zakład Higieny

Monitorowanie poziomu umieralności jest ważnym elementem oceny stanu zdrowia populacji. W roku 2020 zaobserwowano tzw. nadwyżkę zgonów wynoszącą ponad 67 tysięcy w stosunku do roku 2019. Nadwyżka zgonów, zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia¹, wystąpiła w okresie od października do grudnia 2020 roku, co było związane z drugą falą pandemii COVID. W przypadku dzieci i młodzieży (wiek od urodzenia do 19 r.ż.) nie zaobserwowano nadwyżki zgonów, wręcz spadek umieralności w tej grupie wiekowej, obserwowany w latach 2017–2019, wykazał w roku 2020 (dane GUS) tendencję do umacniania się. Tak więc można konkludować, iż pandemia COVID w grupie wiekowej 0–19 lat nie wpłynęła negatywnie na stan zdrowia dzieci i młodzieży mierzony najbardziej syntetycznym wskaźnikiem, jakim jest umieralność (a także zapadalność na choroby zakaźne). W podsumowaniu danych epidemiologicznych odnośnie do pandemii COVID oraz dzieci i młodzieży, obserwacje z Kanady, USA i Wielkiej Brytanii wskazują, iż zapadalność na COVID jest dużo niższa wśród dzieci w porównaniu z dorosłymi i niższa wśród dzieci poniżej 10 roku życia w porównaniu z nastolatkami; u dzieci częściej występuje przebieg bezobjawowy lub łagodny oraz relatywnie niski jest udział zachorowań poprzez propagację infekcji przez ogniska szkolne. Zgony z powodu COVID są w tej grupie wiekowej bardzo rzadkie².

Stan odżywienia i sposób żywienia dzieci i młodzieży

W latach 2017–2020 Centrum Zdrowia Dziecka prowadziło w Polsce badania w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Miały one charakter reprezentatywny dla populacji polskiej i były oparte na doborze losowym. Łącznie w badaniach wzięło udział 2659 dzieci młodszych i 4650 dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Mierzono wzrost, masę ciała i obwód talii oraz za pomocą kwestionariusza częstotliwości spożycia żywności badano częstotliwość i ilość spożycia 48 grup żywności. Wyniki badań wskazują na rzadkie występowanie niedowagi: 1% i 2,2%, a częste nadwagi z otyłością: 10,8% i 29%, odpowiednio, w przypadku dzieci w wieku 0–6 lat oraz dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

W badaniu sposobu jedzenia zidentyfikowano trzy wzory żywieniowe, które umownie nazwano: słodki-zachodni, prozdrowotny i tradycyjny. W górnym kwintylu wzoru „prozdrowotny” było istotnie więcej: dziewcząt niż chłopców, dzieci i młodzieży mieszkających na obszarach miejskich, których matki miały wyższe wykształcenie oraz uczniów, którzy brali udział w dodatkowych zajęciach sportowych poza szkołą (klub sportowy).

Międzypokoleniowe przenoszenie nadwagi oparte jest na sprzężeniach zwrotnych dodatnich: większa masa ciała kobiety w ciąży sprzyja urodzeniu dziecka o dużej masie, a to zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia nadwagi i otyłości w wieku dziecięcym, a następnie w dorosłości, czyli kobieta w ciąży ma

¹ Raport o zgonach w Polsce w 2020 roku, Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-o-zgonach-w-polsce-w-2020-r> [dostęp: 29.07.2021].

² Public Health Ontario (2021), *COVID-19 Infection in Children, January 15, 2020 to June 30, 2021*, <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/2020/05/covid-19-epi-infection-children.pdf>, [dostęp: 22.05.2021]; S. A. Ismail i. in. (2021), *SARS-CoV-2 infection and transmission in educational settings: a prospective, cross-sectional analysis of infection clusters and outbreaks in England*, „The Lancet Infectious Diseases”, nr 21(3), s. 344–353.

większą masę ciała niż jej matka.

Ważnym wyzwaniem żywieniowym w przypadku dzieci i młodzieży jest picie wody. Większość rekomendacji np. EFSA czy USA informuje na temat zalecanej objętości płynów, natomiast rekomendacje belgijskie wskazują, iż dziecko w wieku przedszkolnym powinno wypijać dziennie 500 ml czystej wody i ograniczać spożycie napojów typu soft drinks. Jest to o tyle istotne, że wyniki międzynarodowych badań prowadzonych z udziałem CZD świadczą o tym, że dzieci polskie, w porównaniu z rówieśnikami z krajów europejskich, piją dużo słodzonych napojów gazowanych i herbaty, a mało wody.

Reklamy mają istotny wpływ na kształtowanie nawyków żywieniowych i spożycie żywności. Wiele dowodów w postaci wyników eksperymentów z udziałem najmłodszych wskazuje, że oglądanie reklam żywności stymuluje jej spożycie zarówno przez dzieci z prawidłową masą ciała, jak i te z otyłością¹.

Spośród sformułowanych w roku 2000 przez United Nations System Standing Committee on Nutrition wyzwań żywieniowych w XXI wieku w Polsce aktualne są: nadwaga i otyłość, jakość żywności i zmiany zwyczajów żywieniowych – HSSF: high fat sugar & salt food oraz odżywianie i zdrowe starzenie się². W sprawie nowego wyzwania żywienia w erze pandemii COVID warto sprawdzić zalecenia WHO³.

¹ J. C. Halford i. in. (2007), *Beyond-brand effect of television (TV) food advertisements/commercials on caloric intake and food choice of 5–7-year-old children*, „Appetite”, nr 49(1), s. 263–267.

² A.D. Dangour, R. Uauy (2006), *Nutrition challenges for the twenty-first century*, „British Journal of Nutrition”, nr 96, s. 2–7.

³ World Health Organization/Europe, *Food and nutrition tips during self-quarantine*, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/food-and-nutrition-tips-during-self-quarantine> [dostęp: 22.05.2021].



Nina Wojtyra

Jak modelować nawyki żywieniowe w dzieciństwie – wyzwania dla dietetyków i psychodietetyków

We współczesnym świecie koncept nauk o żywieniu osadzonych w normach, zaleceniach, piramidach i powtarzanych na okrągło regułkach wyczerpał się. Nasi mali podopieczni mierzą się z otyłością, zaburzoną relacją z jedzeniem, lękami, przeobrażającą się na naszych oczach kulturą, zmieniającymi się stylami wychowawczymi reprezentowanymi przez rodziców. Mówiąc o opiece nad dziećmi i młodzieżą, nie możemy zapominać o rodzicach – ich doświadczeniach, relacjach z jedzeniem, przekonaniach, wartościach, umiejętnościach i wiedzy. To przecież oni będą na co dzień modelować nawyki żywieniowe dzieci.

Palący problem

Wciąż wzrastająca liczba dzieci borykających się z otyłością, zaburzeniami karmienia, restrykcjami związanymi z przebiegiem chorób to nie mało, ale też nie wszystko, z czym się mierzymy. Dodatkowe wyzwania rzucają nam okoliczności, w jakich żyjemy: pandemia i wszystkie związane z nią komplikacje wpływające na codzienne funkcjonowanie całych rodzin: izolacja, osamotnienie, braki systemowe w zarządzaniu oświatą czy ochroną zdrowia, lęk. To wszystko niesie konsekwencje trudne do przewidzenia, ale z pewnością związane także z tak podstawową funkcją, jaką jest jedzenie. A przed nami wyzwania coraz większe, na czele z kryzysem klimatycznym i związanymi z nim zmianami postrzegania żywności, dostępu do niej, korzystania z zasobów naturalnych¹.

Zmiana

To słowo prawdopodobnie najlepiej oddaje to, czego doświadczamy w tej chwili i będziemy doświadczać wciąż i wciąż. W czasie permanentnej zmiany najlepiej poradzą sobie ci, którzy szybko posiadą umiejętność adaptacji. Zmiana

¹ L. Lucarelli i in. (2013), *Feeding disorders of early childhood: an empirical study of diagnostic subtypes*, „The International journal of eating disorders”, nr 46(2), s. 147–155; International Obesity Task Force (2004), *Childhood Report. IASO Newsletter*, nr 6, s. 10–11.

i adaptacja to dwa słowa, które odzwierciedlają także wyzwania przed nami, dietetykami. Naszym zadaniem nie jest rozpisywanie jadłospisów, tak jak uczono nas na studiach. By podjąć problemom, z jakimi już spotykamy się w gabinetach – a będziemy spotykać coraz częściej – potrzebujemy interdyscyplinarnej wiedzy: żywieniowej, pedagogicznej, psychologicznej, terapeutycznej. To wyzwania, ale i wiele możliwości¹.

Dietetyka wymaga zmian

- potrzebujemy specjalizować się w konkretnych dziedzinach żywienia, by móc zaopiekować podstawowe dziedziny: edukację żywieniową i kulinarną, terapię żywieniową, terapię karmienia,
- potrzebujemy współpracować – pomiędzy sobą, a także ze specjalistami innych dziedzin – lekarzami, fizjoterapeutami, logopedami, psychologami, terapeutami,
- potrzebujemy koncentrować się na budowaniu umiejętności związanych z organizacją czasu, planowaniem posiłków, gotowaniem, czytaniem etykiet produktów spożywczych².

Najwyższa pora byśmy, zamiast skupiać się na błędach popełnianych przez naszych podopiecznych, zaczęli koncentrować się na ich rozwiązywaniu.

1 J. Yager, Eating disorders: Overview of epidemiology, clinical features, and diagnosis. UpToDate, Topic 2093 Version 35.0.

2 B. Kerzner i in. (2015), *A practical approach to classifying and managing feeding difficulties*, „Pediatrics”, nr 135(2), s. 344–353; J. C. Wilke van Ansem i in. (2014), *Maternal educational level and children's healthy eating behaviour: role of the home food environment (cross-sectional results from the INPACT study)*, „International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity”, nr 11(113).



Patrycja Pietraszek

Narzędzia wspierające edukację żywieniową – skąd czerpać inspiracje?

Często podkreśla się, że najważniejszy w kształtowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych jest pierwszy okres życia¹. W literaturze można spotkać również określenie „1000 pierwszych dni życia”. To wtedy organizm intensywnie się rozwija. Odpowiednie żywienie może zapewnić nie tylko prawidłowy rozwój, ale również wpłynąć na stan zdrowia w kolejnych latach. Czy w takim razie tylko w tym okresie warto dbać o odpowiednie żywienie? A co później? W 1001 dniu życia i kolejnych?

Znaczenie edukacji żywieniowej

Budowanie właściwej relacji dziecka z jedzeniem, wspieranie go w tym procesie, powinno się odbywać również na kolejnych etapach jego rozwoju. Oczywiście „najważniejszą instytucją, która ma wpływ na zachowania zdrowotne dziecka, jest rodzina, następnie szkoła, która powinna kształtować świadomość dziecka od pierwszego kontaktu z nauką”². Z tego względu wspieranie rodzin, edukowanie dzieci i młodzieży, jak powinny się odżywiać, aby jak najdłużej żyły w zdrowiu, jest niezwykle ważne³.

Edukacja żywieniowa w szkołach

Moment rozpoczęcia szkolnej przygody dla wielu może być trudnym, przełomowym etapem. Z tego względu niezwykle istotne jest, by placówki edukacyjne, ale także osoby zajmujące się indywidualną praktyką, wspierały rodziny w aspekcie zaprzyjaźniania dzieci z jedzeniem. Jedną z możliwości jest prowadzenie działań związanych z edukacją żywieniową. Dzięki niej dzieci już od

1 H. Szajewska i in. (2021), *Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci*, Przegląd Pediatryczny, <https://przeglادpediatryczny.pl/a5380/Zasady-zywienia-zdrowych-niemowlat--Stanowisko-Polskiego-Towarzystwa-Gastroenterologii-i-Hepatologii-i-Zywienia-Dzieci.html> [dostęp: 18.05.2021].

2 J. Kotyrba, I. Wróblewska (2014), *Analiza zachowań żywieniowych dzieci klas III–V szkoły podstawowej*, „Puls Uczelni”, nr 8, s. 11–15.

3 M. Zalewska, E. Maciorkowska (2013), *Rola edukacji żywieniowej w populacji dzieci i młodzieży*, „Medycyna ogólna i Nauki o Zdrowiu”, nr 19(3).

najmłodszych lat mogą poznawać świat warzyw, owoców i innych produktów, odkrywać nowe smaki i poprzez zabawę uczyć się zasad właściwego stylu życia¹. Edukacja żywieniowa to działania, które mogą mieć realny wpływ na zmianę nawyków żywieniowych młodych pokoleń². Bardzo ważne jest jednak, by były one przyjazne dzieciom, zawierały wiele aspektów praktycznych. W dzisiejszych czasach, ze względu na dostępność rzeczy, tak naprawdę sam transfer wiedzy nie wystarczy. Istotne jest, by przekazowi towarzyszył element, który wzbudzi zainteresowanie, zaangażuje wiele zmysłów, a wiedza będzie oparta na wiarygodnych źródłach. Badania wskazują, że połączenie wiedzy i umiejętności daje najlepsze efekty edukacyjne. Ważny jest aspekt rozwijania umiejętności praktycznych, również tych związanych z gotowaniem i jedzeniem³.

W jaki sposób przekazywać wiedzę na temat zdrowego odżywiania

Działań, które możemy podejmować w ramach wdrażania edukacji żywieniowej, jest wiele. Bardzo ważne jest to, by wybrać takie, które będą atrakcyjne zarówno dla odbiorcy, jak i dla realizatorów. Jeżeli sami nie będziemy przekonani do tego, że nauka o dobrym jedzeniu to ważna kwestia, nasz komunikat może stać się mało wiarygodny. Warto mieć również na uwadze fakt, że „edukacja żywieniowa to długotrwały proces, w którym ludzie uczą się praktycznego zastosowania wiedzy o żywności i żywieniu, opartej na wiarygodnych badaniach naukowych i z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb odbiorców”⁴. Narzędziami, które mogą wspierać ten proces, są m.in. programy edukacyjne. Aktualnie mamy spory wybór takich, które dostarczają gotowych materiałów do zajęć. Wystarczą jedynie chęci ich realizacji. I tak, np. najmłodszym z pomocą przychodzi program See & Eat⁵ czy Krecik i warzywa⁶.

Programy edukacyjne wspierające zdrowe nawyki u najmłodszych

Projekt See & Eat zakłada, że preferencje żywieniowe dzieci zależą od ich znajomości i upodobań, a badania pokazują, że wizualne zaznajomienie najmłodszych z jedzeniem przed poznaniem jego smaku zwiększa ich gotowość do spróbowania, polubienia i spożycia nieznanej dotąd żywności. Celem programu jest pomoc we wprowadzeniu warzyw do diety dziecka dzięki wspólnemu czytaniu e-booków i oglądaniu obrazków, a głównym narzędziem jest 27 książeczek o warzywach. Krecik i warzywa to z kolei program, którego podstawę stanowi darmowa aplikacja o tej samej nazwie, dostępna na systemy IOS i Android. Został stworzony w ramach projektu „Food School Network”. Głównym celem programu jest zwiększenie poziomu akceptacji warzyw u dzieci

1 H. Muzaffar, J. J. Metcalfe, B. Fiese (2018), *Narrative review of culinary interventions with children in schools to promote healthy eating: directions for future research and practice*, „Current developments in nutrition”, nr 2(6).

2 R. Rosário i in. (2017), *Health promotion intervention to improve diet quality in children: a randomized trial*, „Health promotion practice”, 18(2), s. 253–262.

3 J. J. Metcalfe, D. Leonard (2018), *The relationship between culinary skills and eating behaviors: Challenges and opportunities for parents and families*, *Physiology & Behavior*, nr 193, s. 302–306.

4 B. Woynarowska red. (2008), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

5 See & Eat, oficjalna witryna internetowa, <https://www.seeandeat.org/pl/> [dostęp: 22.05.2021].

6 Programy edukacji żywieniowej The EIT Food School Network, oficjalna witryna internetowa Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, <http://psych.uw.edu.pl/o-nas/projekty-eit-food/the-eit-food-school-network/programy-edukacji-zywieniowej/> [dostęp: 22.05.2021].

poprzez osvajanie się z nimi. Podczas używania aplikacji najmłodszy są nie tylko zachęcany do zdobywania wiedzy o sezonowych warzywach, ale również trenują wyrażanie i rozpoznawanie emocji oraz rozwijają umiejętność pracy zespołowej i efektywnego komunikowania się. Program został stworzony do przeprowadzania w placówkach przedszkolnych, jednak z aplikacji mogą skorzystać również rodzice z dziećmi w domach.

Programy edukacyjne dla starszych dzieci

Dla klas 0 oraz I-III szkół podstawowych został opracowany program „Dobrze Jemy” ze Szkołą na Widelcu¹, którego celem jest przede wszystkim edukacja w zakresie prawidłowego i świadomego żywienia oraz zachęcenie najmłodszych do gotowania. Programami, z którymi także warto się zapoznać i czerpać inspiracje są: „Uważne jedzenie”⁹ czy „Jedz zdrowo, żeby być zdrowym”. Oczywiście wybór tego typu programów edukacyjnych jest dużo większy, bardzo ważne jest jednak to, by weryfikować informacje w nich zawarte i korzystać z tych opracowanych na podstawie rzetelnej wiedzy. Narzędziami, które również mogą okazać się wsparciem dla edukacji żywieniowej, są filmy edukacyjne czy książki.

Podsumowując, przy budowaniu działań związanych z edukacją żywieniową warto pamiętać o tym, by zdiagnozować problem lub wyzwanie, nad którym chce się pracować. W miarę możliwości należy zdefiniować go szczegółowo, dobrać treści edukacyjne związane z żywieniem, sposób przekazania treści teoretycznych do odbiorcy, biorąc pod uwagę jego możliwości i sposób funkcjonowania, dopasować treści praktyczne pozwalające na zbudowanie umiejętności związanych ze wdrożeniem teorii w życie, a także zaplanować i zrealizować atrakcyjne, ciekawe działania praktyczne.

1 Program Dobrze Jemy, Fundacja Szkoła na Widelcu, <https://dobrzejemy.szkołanawidelcu.pl> [dostęp: 22.05.2021].



Alicja Baska

Nadmierna masa ciała u dzieci: wyrosną? Dlaczego to podejście jest szkodliwe? O współpracy lekarza i dietetyka

Nadwaga i otyłość należą do najistotniejszych wyzwań współczesnej medycyny. Odsetek osób z nieprawidłową masą ciała rośnie od kilkudziesięciu lat, podobnie koszty związane z leczeniem skutków nadwagi i otyłości, która stanowi nie tylko osobną jednostkę chorobową, ale i czynnik ryzyka rozwoju kilkunastu innych chorób nazywanych chorobami zależnymi od stylu życia, w tym: cukrzycy typu 2, choroby niedokrwiennej serca, nowotworów, choroby zwyrodnieniowej stawów, nadciśnienia tętniczego czy dny moczanowej. Szacuje się, że znacznej większości z nich – ponad 90% przypadków cukrzycy typu 2, ponad 80% zawałów mięśnia sercowego, 50% udarów czy blisko 40% nowotworów¹ – moglibyśmy skutecznie zapobiec za pomocą prozdrowotnego stylu życia, w tym prawidłowo zbilansowanej diety czy regularnej aktywności fizycznej.

Profilaktyka – wciąż w mniejszości

Działania profilaktyczne nadal stanowią zdecydowaną mniejszość wśród innych zadań realizowanych przez systemy ochrony zdrowia na całym świecie, w tym również w Polsce. Analiza wydatków Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiona w raporcie Najwyższej Izby Kontroli *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian* z 2018 roku wskazała, że w latach 2012–2015 wydatki MZ i NFZ na profilaktykę chorób i świadczenia udzielane w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych stanowiły odpowiednio zaledwie 1,16% łącznych wydatków oraz 0,25% ogólnych kosztów świadczeń.

Medycyna stylu życia – nowy kierunek?

Aby podkreślić znaczenie interwencji z zakresu modyfikacji stylu życia i zapewnić jej obecność we współczesnej medycynie, kilkanaście lat temu wyodrębniono nową gałąź medycyny – medycynę stylu życia – zajmującą się prewencją oraz

¹ E. S. Ford i in. (2009), *Healthy living is the best revenge: findings from the European prospective investigation into cancer and nutrition – Potsdam study*, „Archives of Internal Medicine”, nr 169(15), s. 1355–1362.

leczeniem za pomocą zmiany codziennych zachowań. Jednym z jej kluczowych założeń jest interdyscyplinarność – współpraca nie tylko pomiędzy lekarzami różnych specjalizacji, ale także przedstawicielami innych zawodów medycznych, m.in. dietetykami, fizjoterapeutami czy psychologami. Jak pokazują liczne badania naukowe oraz rekomendują wytyczne, objęcie pacjenta z otyłością, nadwagą lub innymi jednostkami zależnymi od stylu życia opieką interdyscyplinarną, wzajemnie się uzupełniającą zespołu jest jednym z najistotniejszych elementów modelu skutecznego leczenia i długoterminowego wsparcia.

Nie inaczej jest w przypadku nadmiernej masy ciała u dzieci – problemu szczególnego nie tylko ze względu na jego powszechność i nienapawające optymizmem prognozy (Polska znajduje się na 6. miejscu wśród krajów Unii Europejskiej pod względem procentowej liczby dzieci w wieku 11–15 lat dotkniętych nadwagą klasyfikowaną według BMI¹), ale i znaczące ograniczenie innych możliwości terapeutycznych. Zmiana stylu życia stanowi najważniejszą strategię postępowania i najczęściej powinna obejmować całą rodzinę – najbliższe otoczenie dziecka.

„Wyrośnię” – szkodliwy mit

Powszechnie funkcjonującym mitem jest przekonanie o tym, że z nadmiernej masy ciała dziecko „wyrasta”, nie ma więc potrzeby zajmowania się tym problemem w momencie jego wystąpienia. W opozycji do takiego przekonania stoją wyniki badań naukowych. Otyłość w wieku 6 lat pozwala w 25% przewidzieć otyłość w wieku dorosłym, natomiast otyłość w wieku 12 lat zapowiada otyłość w wieku dorosłym aż w 75%². Dane te w połączeniu z odsetkiem dzieci o nadmiernej masie ciała pozwalają obecnie prognozować, że w kolejnych latach rozpowszechnienie tego problemu u osób dorosłych wzrośnie. Już dziś więcej niż co drugi dorosły Polak ma nadmierną masę ciała. Jedną z konsekwencji, której świadomość społeczna pozostaje na niskim poziomie, jest znaczące zwiększanie ryzyka rozwoju wielu chorób nowotworowych (obecnie związek ten potwierdzono dla 13). Co więcej, choć redukcja masy ciała znacząco zmniejsza ryzyko wystąpienia nowotworów, niektóre zmiany na poziomie epigenetycznym mogą pozostać nieodwracalne – ryzyko osoby z nadmierną masą ciała po normalizacji masy ciała pozostaje wyższe od ryzyka osoby utrzymującej prawidłową masę ciała przez całe życie. Dla obniżenia ryzyka choroby w późniejszym wieku podkreśla się istotność normalizacji masy ciała przed osiągnięciem dojrzałości płciowej³.

Z nadmierną masą ciała w wieku dziecięcym powiązane są nie tylko konsekwencje na dalszych etapach życia. To także realne zagrożenie dla zdrowia w dzieciństwie. Przemawiają za tym między innymi dane dotyczące rozpowszechnienia cukrzycy typu 2 u dzieci. Choroba ta zwana była niegdyś cukrzycą osób dorosłych (ang. *adult onset diabetes*), obecnie średnio 1 na 3 cukrzycę rozpoznawane u dzieci

¹ UNICEF, Biuro Badań (2013). *Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych. Analiza porównawcza*, Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci, Florencja.

² D. Przybylska, M. Kurowska, P. Przybylski (2012), *Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej*, „Hygeia Public Health”, nr 47(1), s. 28–35.

³ A. Baska (2021), *Otyłość a ryzyko nowotworów z perspektywy medycyny stylu życia*, „Onkologia po Dyplomie”, nr 2, s. 8–13.

to cukrzyca tego typu¹. Nie bez znaczenia pozostaje wpływ nadmiernej masy na akceptację ciała, jego postrzeganie, a w konsekwencji negatywne skutki dla zdrowia psychicznego.

Wszystkie ręce na pokład

Choć ogólnie przyjęte rekomendacje dotyczące zdrowego odżywiania czy aktywności fizycznej pozostają uniwersalne i niemal niezmiennie od wielu lat, największą trudnością jest ich praktyczna implementacja. Coraz częściej uwagę zwraca się na czynniki, które w szerszej perspektywie wpływają na styl życia jednostki – od mediów i marketingu, przez poziom wykształcenia, normy społeczne i kulturowe, po dostępność „zdrowych wyborów”. Nie bez powodu ukuto termin „środowiska sprzyjającego otyłości” (ang. *obesogenic environment*), podkreślając sumę czynników wpływających na nadmierną masę ciała – zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Ich mnogość i zróżnicowanie stanowią kolejny argument przemawiający za koniecznością wielopłaszczyznowej, interdyscyplinarnej współpracy na rzecz profilaktyki i leczenia nadmiernej masy ciała u dzieci. Warto podkreślić zdywersyfikowane i wzajemnie się uzupełniające kompetencje profesjonalistów ochrony zdrowia różnych dziedzin – np. lekarza i dietetyka, których współpraca w warunkach dzisiejszego systemu ochrony zdrowia nadal nie stanowi standardu opieki. Nie sposób nie wspomnieć także o działaniach wykraczających poza gabinety medyczne – kompleksowa zmiana stylu życia może i powinna być wsparta zmianami nakierowanymi na tworzenie środowiska sprzyjającego zdrowiu – w szkole, domu, miejscu pracy czy lokalnej społeczności. Stąd interdyscyplinarną współpracę w profilaktyce nadmiernej masy ciała u dzieci warto rozszerzyć między innymi o środowisko szkolne, w którym dziecko spędza znaczną część swojego czasu, na przykład za pomocą edukacji kulinarno-żywnieniowej prowadzonej przez przygotowanych do tego nauczycieli, stołówki serwujące zdrowe posiłki przez przeszkolony w tym kierunku personel czy obejmowanie działaniami edukacyjnymi rodziców.

¹ C. V. Tillotson, S.A. Bowden, S.W. Boktor, *Pediatric Type 2 Diabetes Mellitus*, StatPearls, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613700>, [dostęp: 5.04.2021].



Zuzanna Wędołowska

Najważniejsze składniki w diecie dzieci

Jedzenie pełni w naszym życiu wiele różnych funkcji. Trudno określić, która z nich jest najważniejsza, gdyż wzajemnie na siebie wpływają, kształtując charakterystyczny dla danego człowieka sposób odżywiania się. Od kiedy Kazimierz Funk odkrył cząsteczki życia (witaminy), żywienie postrzegamy głównie z dietetycznego punktu widzenia, przez pryzmat składników odżywczych. Nie powinniśmy jednak zapominać, że jedzenie to również element naszej tożsamości i tradycji, sposób na wyrażanie emocji, celebrowanie ważnych zdarzeń, przyjemność i szansa na doświadczanie oraz dbanie o własne ciało. Zapraszając dzieci do rodzinnych posiłków i ucząc je jedzenia, musimy pamiętać, że celem nie jest tylko wprowadzenie do diety składników istotnych dla ich rozwoju, ale również ukształtowanie dobrej relacji z jedzeniem, bo jak słusznie zauważyła Jo Cormack „Nie chodzi tylko o to, co dzieci jedzą, ale również o to, jak!”¹.

Dziecko i jego wrodzona zdolność do samoregulacji

Wydaje się, że najtrudniejszym zadaniem dla rodziców i opiekunów jest nabranie przekonania, że każde dziecko jest stworzone do jedzenia i kompetentne do samodzielnego wybierania pożywienia oraz spożywania posiłków na każdym etapie życia. Sztywne i autorytarne zalecenia żywieniowe sprawiają, że obawiamy się, czy pozwalając dziecku na wybór, jego dieta będzie wystarczająco dobrze zbilansowana. Tymczasem od kilkudziesięciu lat możemy poprzeć solidnymi dowodami naukowymi intuicyjną wiarę w to, że skoro jesteśmy istotami żywymi, to z natury chcemy jeść dobrze. Historię badań nad samoregulacją rozpoczęła w latach 20. XX wieku doktor Clara Davis². Jej nowatorski eksperyment udowodnił, że w sprzyjających warunkach malutkie dzieci, bez żadnego modelowania prawidłowych zachowań żywieniowych, są w stanie jeść nie tylko wystarczająco dużo, ale również dobierać rodzaj pokarmu do potrzeb swojego organizmu. Choć

¹ J. Cormack (2018), *Helping Children Develop a Positive Relationship with Food. A Practical Guide for Early Years Professionals*, Jessica Kingsley Publishers, London.

² S. Strauss (2006), *Clara M. Davis and the wisdom of letting children choose their own diets*, „Canadian Medical Association Journal”, nr 175(10).

w dzisiejszych czasach badanie z pewnością zostałoby uznane za nieetyczne, a specyficzny dobór pokarmów umożliwia ekstrapolację jego wyników na żywienie współczesnych dzieci, to nie możemy pominąć go podczas dyskusji na temat wrodzonej zdolności dzieci do samoregulacji.

Karmienie responsywne

Jeśli zatem za punkt wyjścia przyjmujemy, że dzieci nie tylko chcą, ale również potrafią jeść zgodnie z potrzebami swoich organizmów, łatwiej będzie nam zrozumieć nasze najważniejsze zadania w toku kształtowania dobrych nawyków żywnościowych. Jasno o granicach naszej roli mówi zasada podziału odpowiedzialności przedstawiona po raz pierwszy w latach 70. XX wieku przez Ellyn Satter, wybitną psychoterapeutkę i specjalistkę od żywienia. Zachęca ona do karmienia responsywnego, odpowiadającego potrzebom dziecka. Zgodnie z definicją Agnieszki Słoniowskiej¹ responsywność to bycie wrażliwym na potrzeby i komunikaty drugiej osoby oraz odpowiadanie na nie z szacunkiem dla jej możliwości i ograniczeń. To pozostawanie w bezpiecznej relacji z dzieckiem. A przecież to właśnie poczucie bezpieczeństwa umożliwia najmłodszym przejawianie ciekawości i inicjatywy, tak ważnej w trakcie poznawania jedzenia. Karmienie responsywne często jednak zostaje zaburzone przez lęk o właściwe zbilansowanie diety dziecka, a obawa ta zachęca do wywierania presji i w konsekwencji może pogłębiać wybiórczość pokarmową u dziecka². Dobrym kierunkiem wydaje się zachęcanie rodziców i opiekunów do przejęcia odpowiedzialności za otoczenie posiłków, dzięki czemu dziecko ma szansę poczuć się przy stole pewnie i bezpiecznie, a jednocześnie pojawi się przestrzeń na rozwijanie jego naturalnej chęci do poznawania pokarmów. Taki styl żywieniowy nazywamy autorytatywnym (lub demokratycznym)³.

Obserwacja innych trakcie jedzenia posiłków

Ostatnim, często pomijanym i niedocenianym, czynnikiem sprzyjającym rozwojowi u dzieci pozytywnej relacji z jedzeniem jest możliwość obserwacji innych dorosłych w sytuacjach jedzenia posiłków⁴. Najważniejszymi modelami żywieniowymi z pewnością będą rodzice, jednak również przedszkole czy szkoła to idealna przestrzeń do prezentowania dzieciom tego, jak mogą wyglądać prawidłowo zbilansowane posiłki, w jaki sposób dbać o własne ciało, jak się o nim wyrażać i co to znaczy dobra relacja z jedzeniem.

Choć składniki odżywcze są tymi elementami żywienia, które dominują w dyskursie na temat kształtowania dobrych nawyków żywieniowych dzieci, często dobrze zbilansowana dieta jest raczej efektem ogólnej pozytywnej relacji z jedzeniem niż jej podstawą. Poszerzenie perspektywy patrzenia na rolę jedzenia w naszym życiu może pomóc zmniejszyć lęk rodziców i pomóc im zaufać, że ich dziecko jest kompetentnym „jadkiem” od momentu narodzin.

¹ A. Słoniowska red. (2019), *Podejście responsywne w pracy terapeutycznej z niemowlęciem*, w: *Karmienie małego dziecka – wieloaspektowość w terapii. Podejście interdyscyplinarne*, red. A. Piechnik, Warszawa.

² P. M. Emmett, N. P. Hays, C. M. Taylor (2018), *Antecedents of picky eating behaviour in young children*, „Appetite”, nr 130, s. 163–173.

³ J. Ogden (2011), *Psychologia odżywiania się. Od zdrowych do zaburzonych zachowań żywieniowych*, Wydawnictwo UJ, Kraków.

⁴ M. Paroche M. i in. (2017), *How Infants and Young Children Learn About Food: A Systematic Review*, „Frontiers in Psychology”, nr 8(1046).



Katarzyna Pieczyńska Umiejętności żywieniowo-kulinarne – niedoceniane czy niepotrzebne w XXI wieku?

Żyjemy szybko, pracujemy dużo i regularnie korzystamy z nowych technologii. Mamy dostęp do produktów spożywczych z całego świata i możemy zamawiać praktycznie wszystko z dostawą do domu. Niezmiennie musimy jednak jeść, by żyć. Zakładając, że spożywamy od 3 do 5 posiłków dziennie, to w ciągu roku każdy z nas zjada ich nawet 1000–1800. Tymczasem, jak wynika z raportu „Future of Food”, aż 61% badanych stwierdziło, że dziś umiejętność gotowania nie jest nam wcale niezbędna¹. Warto tu również wspomnieć o tym, że niestety niezmiennie mierzymy się z wieloma wyzwaniami związanymi z żywieniem i odpowiednią relacją z jedzeniem. W Polsce spożycie owoców i warzyw przez dzieci i młodzież jest niewystarczające, i niestety zmniejsza się wraz z wiekiem². Polskie dziewczęta uważają siebie za zbyt grube o wiele częściej niż ich rówieśniczki z 42 innych krajów, chociaż nie jest to potwierdzone we wskaźnikach BMI³. Tych przygnębiających przykładów można podać wiele, ale tak naprawdę dużo osób zdaje sobie sprawę z powagi sytuacji. To zaś, czego warto szukać, to rozwiązań, najlepszych praktyk, które mają szansę realnie poprawić sytuację. Jednym z nich, coraz częściej wskazywanym i poddawany badaniom, jest edukacja żywieniowo-kulinarne.

Czas na praktyczne zajęcia z „dobrego jedzenia”

Już kilka lat temu w Raporcie WHO „Ending childhood obesity” podkreślono znaczenie edukacji żywieniowej i zdrowotnej. Wskazano, że ta forma kształcenia powinna być obowiązkowa w toku nauczania. Zaznaczono również, że powinna składać się z zajęć rozwijających umiejętność przygotowywania posiłków, zarówno dla dzieci, jak i ich rodziców czy opiekunów⁴.

Nawyki żywieniowe kształtują się i utrwalają w okresie dzieciństwa oraz młodości

¹ Infuture hatalska foresight institute (2017), *Future of Food*, https://hatalska.com/wp-content/uploads/2017/07/Raport_Future_Of_Food_2017.pdf [dostęp: 30.07.2021].

² K. Wolnicka i in. (2017), *Częstotliwość spożycia warzyw i owoców przez dzieci i młodzież w szkołach podstawowych i gimnazjach w Polsce*, „Żywność Człowieka i Metabolizm”, nr 44(4).

³ J. Mazur, A. Małkowska-Szkućnik red. (2018), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.

⁴ World Health Organization (2016), *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*, <https://www.who.int/end-childhood-obesity/en/>, [dostęp: 30.07.2021].

i trudno je później zmienić (nie jest to oczywiście niemożliwe, ale wymaga wysiłku). Najważniejszą rolę w modelowaniu zachowań żywieniowych dziecka odgrywa rodzina lub opiekunowie. Kolejnymi, które powinny wspierać budowanie prawidłowych nawyków, są placówki edukacyjne¹. Wpływ na wybory żywieniowe dzieci mogą wywierać również rówieśnicy, media i rządzący. Konieczne wydaje się prowadzenie działań edukacyjnych, które podniosą poziom wiedzy i świadomości żywieniowej Polaków. Przy projektowaniu działań warto pamiętać o tym, że sama informacja to zbyt mało, aby zmienić zachowanie. Potrzebna jest bardziej zaawansowana wiedza i umiejętności z zakresu planowania zakupów i posiłków czy interakcji społecznych, które umożliwią trwałą zmianę nawyków żywieniowych oraz pomogą nabyć umiejętność przygotowania w domu wartościowych posiłków². Takim działaniem, które może dawać dobre rezultaty, jest ćwiczenie praktycznych umiejętności kulinarnych. Jedno z badań wykazało, że dzieci, których rodzice, byli pewni swoich umiejętności kulinarnych (piekli, gotowali, grillowali itp.) rzadziej spożywały żywność wysokoprzetworzoną³. Edukacja żywieniowa powinna być postrzegana jako inwestycja, która może wpłynąć na poprawę zdrowia Polaków. Działania edukacyjne należy kierować do dzieci od najmłodszych lat i realizować na różnych płaszczyznach⁴.

Angażowanie dzieci w przygotowanie posiłków ma znaczenie

Przegląd badań nad programami edukacyjnymi skierowanymi do dzieci w wieku szkolnym (5–12 lat) potwierdza, że nauka przez gotowanie (przygotowywanie potraw własnoręcznie przez najmłodszych) może korzystnie wpływać na preferencje, nawyki i zachowania żywieniowe dzieci⁵. W jednym z badań zauważono, że dzieci, które codziennie przygotowywały posiłek, zjadały o 1 porcję warzyw i owoców więcej na dzień w porównaniu z tymi, które nigdy nie pomagały⁶. Częstsze gotowanie i dobra samoocena własnych umiejętności kulinarnych związane są z większym spożyciem warzyw i owoców oraz lepszą ogólną jakością diety⁷. Potrzebne są jednak kolejne, szczegółowe badania, które dokładnie określą, jak powinien być skonstruowany skuteczny program edukacji żywieniowo-kulinarnej np. w placówce oświatowej.

Niech będzie prosto i z ogólnodostępnych produktów

Nie ma jednak wątpliwości, że wspólne gotowanie z dziećmi niesie wiele korzyści. Prowadząc zajęcia z zakresu edukacji żywieniowo-kulinarnej, warto pamiętać, aby wybierać produkty ogólnodostępne, w niskiej cenie. Warto

¹ J. Kotyrbą, I. Wróblewska (2014), *Analiza zachowań żywieniowych dzieci klas III – V szkoły podstawowej*, „Puls Uczelni”, nr 8(3), s. 11–15.

² L. Hollywood i in. (2018), *Critical review of behaviour change techniques applied in intervention studies to improve cooking skills and food skills among adults*, „Critical Reviews in Food Science and Nutrition”, nr 58(17), s. 2882–2895.

³ C. A. Martins (2020), *Parents' cooking skills confidence reduce children's consumption of ultra-processed foods*, „Appetite”, nr 144.

⁴ M. Zalewska, E. Maciorkowska (2013), *Rola edukacji żywieniowej w populacji dzieci i młodzieży*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, nr 19(3), s. 375–378.

⁵ D. Hersch i in. (2014), *The impact of cooking classes on food-related preferences, attitudes, and behaviors of school-aged children: a systematic review of the evidence, 2003–2014*, „Preventing chronic disease”, nr 11.

⁶ Y. Chu (2013), *Involvement in home meal preparation is associated with food preference and self-efficacy among Canadian children*, „Public Health Nutrition”, nr 16(1), s. 108–112.

⁷ J. J. Metcalfe, D. Leonard (2018), *The relationship between culinary skills and eating behaviors: Challenges and opportunities for parents and families*, „Physiology & Behavior”, nr 191, s. 95–99.

pokazywać jak, wykorzystując produkty niskoprzetworzone, przygotować szybki i nieskomplikowany posiłek. Warto również angażować w warsztaty całe rodziny i prowadzić zajęcia międzypokoleniowe. Podczas uczenia nowych rzeczy, również jeśli chodzi o gotowanie, należy pamiętać o tym, że zajęcia te powinny nieść radość i pozytywne skojarzenia¹. W czasie ich trwania warto wykorzystać fakt, że warsztaty kulinarne to zajęcia polisensoryczne, podczas których możemy angażować wiele zmysłów: węch, dotyk, smak, wzrok i słuch. Odpowiednio zaprojektowane zajęcia są ciekawe dla różnych grup wiekowych i można je przeprowadzać również online.

„Powiedz mi, a zapomnę, pokaż mi, a zapamiętam, pozwól mi zrobić, a zrozumiem” – przywołane słowa Konfucjusza są idealnym podsumowaniem tego, dlaczego warto dać szansę edukacji żywieniowo-kulinarnej. Nie pozostaje więc nic innego, jak znajdować czas na wspólne gotowanie w domu i w placówce oświatowej, podczas którego dzieci będą się zapoznawać z różnorodnymi produktami spożywczymi i ich wpływem na zdrowie.

¹ F. Lavelle i in. (2017), *Increasing intention to cook from basic ingredients: A randomised controlled study*, „Appetite”, nr 116, s. 502–510.



Marta Baj-Lieder

Terapia karmienia u dzieci powyżej 3 roku życia – czy to ma sens?

Być może terapia karmienia w przypadku dzieci do 3 roku życia nie wydaje się nikomu niczym dziwnym. To przecież właśnie w tym czasie najmłodszy etapami uczą się jednej z bardziej złożonych czynności, jaką jest przyjmowanie pokarmów. Ssanie, potykanie, pobieranie pokarmu z łyżeczki, odgryzanie, gryzienie, żucie, picie z kubka otwartego to nie są proste czynności, bo jak wiadomo, jedzenie to nie jest bułka z masłem.

Terapia karmienia dzieci starszych

Dosyć często terapia dotyczy jednak również dzieci powyżej 3 roku życia. Część z nich nadal boryka się z nauką jedzenia. Nie wszystkie dzieci bowiem w wieku przedszkolnym czy szkolnym bez problemu zjadają posiłki o konsystencji mieszanej czy produkty wymagające żucia. Nie wszystkie też radzą sobie z obróbką pokarmu. Niektóre w dalszym ciągu reagują nadmiernie odruchem wymiotnym na konsystencję, widok czy zapach jedzenia i bezwzględnie wymagają pomocy. Wsparcie powinno być prowadzone interdyscyplinarnie i zawsze być indywidualnie dopasowane do dziecka.

Różne powody odmawiania jedzenia

Na terapię karmienia trafiają również wszystkie przystawowe niejadki, a ponieważ, jak wiadomo „niejadek niejedno ma imię”, problem jest dosyć złożony. W tej grupie bowiem będą dzieci, które z racji etapu rozwoju, na którym się znajdują, jedzą inaczej. Stronią od nowości czy chociażby warzyw i owoców, a wszystko przez naturalną fazę w rozwoju, czyli neofobię pokarmową. Zazwyczaj nie wymagają jednak terapii, bardziej monitorowania, a ich rodzice ukierunkowania i wsparcia. W grupie niejadków znajdują się również dzieci, które w opinii rodziców jedzą za mało, za wolno, niezgrabnie, niesamodzielnie czy wybiórczo. Zaliczymy do niej także dzieci z awersją pokarmową, które z racji wcześniejszych, negatywnych doświadczeń, unikają jedzenia. Wreszcie w tej grupie mogą się znaleźć dzieci z poważnym zaburzeniem odżywiania, jakim jest ARFID. To stosunkowo nowe zaburzenie, które nadal nie za często bywa diagnozowane poprawnie, a szkoda. Dziecko z ARFID nie jest zwykłym niejadkiem, zarówno ono, jak i jego rodzina czy rodzeństwo wymagają wsparcia i pomocy. Dziecko z ARFID powinno mieć

dostęp do preferowanych przez siebie pokarmów, nawet jeżeli są to produkty odgórnie zaliczane do kategorii tych niezdrowych. W przypadku dziecka z ARFID liczenie na to, że jak zgłodnieje, to zacznie jeść lub zadziała moc grupy, nie ma najmniejszego sensu, to po prostu nie przyniesie oczekiwanego rezultatu. ARFID jest zaburzeniem zagrażającym zdrowiu, które wymaga specjalistycznego, interdyscyplinarnego podejścia. Rodzice dziecka z ARFID muszą wiedzieć, że zaburzenie to nie jest ich winą, muszą też zdawać sobie sprawę, że złote rady dawane przez otoczenie nie zawsze są skuteczne. W przypadku dziecka, które wykazuje problemy z przyjmowaniem pokarmów, bardzo ważne jest unikanie wywierania presji, jak również odpowiedni styl karmienia¹.

Jedzenie a zaburzenia integracji sensorycznej

Obecnie obserwuje się tendencję do tłumaczenia wielu problemów w zakresie przyjmowania pokarmów zaburzeniami integracji sensorycznej. Słusznie, ponieważ część dzieci z takimi problemami faktycznie je wybiórczo. Niestusznie, ponieważ nie każde dziecko z zaburzeniami integracji sensorycznej ma problem z jedzeniem, jak również nie każde wybiórcze jedzenie jest spowodowane czynnikami sensorycznymi. Jednocześnie bardzo często zachowania dzieci przy stole wyglądają jak typowe zachowania dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej, np. dziecko reaguje odruchem wymiotnym na widok jedzenia, skarży się na zapach pokarmu, ale nie mają związku z wspomnianymi zaburzeniami przetwarzania sensorycznego, a stresem, który towarzyszy porze posiłku i często jest generowany przez nieustanne zmuszanie, namawianie, stosowanie dystraktorów czy nawet karmienie na siłę².

Jaki jest cel terapii karmienia?

Być może za każdym razem będzie się nieco różnił, jednak z całą pewnością nadrzędnym celem terapii karmienia będzie budowanie pozytywnych relacji na linii dziecko – jedzenie. Terapia karmienia nie polega na tym, że dziecko ma próbować, czy od razu jeść, bez relacji nie osiągniemy sukcesu. Celem terapii powinno być również niwelowanie wszelkich przeszkód uniemożliwiających nam sprawne, bezpieczne i przyjemne spożywanie pokarmów. Tego wszystkiego nie da się osiągnąć bez wsparcia terapeuty integracji sensorycznej, logopedy zajmującego się karmieniem, psychologa, fizjoterapeuty, dietetyka czy lekarzy różnych specjalizacji. Celem terapii karmienia będzie również obniżanie lęku nie tylko u dziecka, ale też u samego rodzica. Prerażony i zatroskany rodzic to rodzic, który wywiera presję, który zapomina o jakże ważnej responsywności³.

Jak prawidłowo prowadzić terapię karmienia?

Dużą część terapii stanowi osvajanie. Dzieci, które były zmuszane do jedzenia, które wielokrotnie w trakcie lub po jedzeniu wymiotowały, które były karmione przez zgłębnik, potrzebują czasu i stopniowego osvajania z pokarmami, dlatego

¹ L. Marino (2021), *ARFID: An Introduction to diagnosis & management*, materiały szkoleniowe.

² K. Rowell (2020), *Getting to WHY in Early and Persistent Feeding and Eating Challenges Common Misperceptions and Opportunities for Healing*, materiały pokonferencyjne.

³ K. Rowell, J. McGlothlin (2020), *Jak pomóc dziecku ze skrajną wybiórczością pokarmową? Przewodnik krok po kroku o przewycięzaniu wybiórczego jedzenia, awersji pokarmowej i zaburzeń odżywiania*, tłum. S. Maciejka, Warszawa.

wszelkie zabawy jedzeniem, gry tematycznie związane z pokarmami, stymulacje zapachowe i smakowe będą tutaj bardzo pomocne. Terapia karmienia to jednak bardzo często praca z samym rodzicem, który nie tylko musi zrozumieć, z czego wynika trudność jego dziecka oraz dowiedzieć się, jak mu pomóc, ale też rozumieć możliwości dziecka, które nie zawsze są adekwatne do jego metrykalnego wieku. Rodzic musi umieć reagować na potrzeby dziecka i sygnały, które ono wysyła. Musi zdawać sobie sprawę, że każde jego zachowanie to komunikat. Krzyk, ucieczka od stołu, wyrzucanie talerza to sposoby komunikacji dosyć często wynikające z bezradności, to wołanie o pomoc, bo boję się, nie mogę lub nie potrafię. Terapia karmienia się nie powiedzie, jeżeli nie będzie współpracy między terapeutą a rodziną, jak również placówką, do której uczęszcza dziecko. Nadal problem z jedzeniem postrzegany jest przez wielu nauczycieli jako błąd wychowawczy, jako rozpieszczanie, co krzywdzi dziecko i samego rodzica. Wciąż dzieci z ARFID czy wybiórczością pokarmową o podłożu sensoryczno-motorycznym traktowane są na równi z dziećmi, które od czasu do czasu kręcą nosem na groszek lub pietruszkę na swoim talerzu. Takie postrzeganie problemu nie pomoże, dziecko zawsze musi czuć się bezpiecznie przy stole, nieważne, czy jest to posiłek w domu, na wakacjach czy w placówce oświatowej.

Co jest najważniejsze w terapii karmienia?

To tysiące małych kroków, które pokonujemy wspólnie z dzieckiem i jego rodziną. I chociaż tempo nie zawsze bywa satysfakcjonujące, musimy pamiętać, że to kierunek w tym przypadku jest najbardziej istotny. Podczas konferencji skierowanej do specjalistów zajmujących się żywieniem w 2019 roku, w Birmingham, wykład wygłosiła dorosła dziewczyna, która do 14 roku życia miała ogromne problemy z jedzeniem. Z czasem zdiagnozowano je jako ARFID. Zapytana o to, co chciałaby przekazać zgromadzonym na sali specjalistom, odpowiedziała: „Spróbujcie nas zrozumieć”. Z takim przesłaniem chciałabym zostawić każdego, kto pracuje z dzieckiem, niekoniecznie w terapii karmienia. Zanim ocenisz, zanim skrytykujesz, zanim udzielisz rady, spróbuj zrozumieć dziecko.

¹ R. Scowcroft (2019), *Memoirs of the Wotsits Girl*, materiały pokonferencyjne.



Joanna Rogala-Floryan Gdy jedzenie jest wyzwaniem – współczesny obraz zaburzeń odżywiania u młodzieży

Aktualnie obserwuje się u dzieci i młodzieży ciągły wzrost poziomu zapadalności na zaburzenia odżywiania oraz obniżanie się wieku dzieci doświadczających po raz pierwszy ich symptomów¹. Zaburzenia odżywiania zagrażają zdrowiu, a jednocześnie są niezwykle trudne w leczeniu z uwagi na złożoną etiologię i brak motywacji do leczenia uwarunkowany zgodnością z normami kultury². Do najlepiej opisanych zaburzeń należą: anoreksja (anorexia nervosa) i bulimia (bulimia nervosa) – z uwagi na łatwo dostępną literaturę tematu zaburzenia te nie będą tu szerzej opisywane. Omówione zostaną natomiast niektóre mniej znane oraz problematyka występowania subklinicznych postaci zaburzeń odżywiania – takich, które nie spełniają ścisłych kryteriów diagnostycznych zawartych w klasyfikacjach medycznych³, a stanowią źródło cierpienia, zaburzają funkcjonowanie oraz rozwój dziecka. Nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania ma charakter kontinuum – od mało nasilonych, często jeszcze nieobserwowalnych przez otoczenie – do skrajnie wyniszczających i utrzymujących się latami. Do zaburzonych wzorców odżywiania należy np. ortoreksja czy jedzenie emocjonalne. Mówi się także umownie o zaburzonym odżywianiu w odróżnieniu od pełnoobjawowych zaburzeń odżywiania ujętych w klasyfikacjach diagnostycznych (ICD-11, DSMV).

Zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów (ARFID)

Skrót pochodzi od angielskiej nazwy zaburzenia (Avoidant/restrictive food intake disorder), które, choć od lat znane klinicystom z doświadczenia, jest nową jednostką diagnostyczną (po raz pierwszy sformułowano kryteria w DSMV).

¹ J. Myszkowska-Ryciak, E. Gago, A. Harton (2015), *Wiedza żywieniowa oraz postrzeganie własnej masy ciała przez nastoletnie dziewczęta*, w: A. Wolska-Adamczyk (red.), *Znaczenie racjonalnego żywienia w edukacji zdrowotnej*, Wyższa Szkoła Infrastruktury i Zarządzania, Warszawa.

² I. Namysłowska (2014), *Podstawowe grupy zaburzeń odżywiania*, „Psychiatria po dyplomie”, nr 1, <https://podyplomie.pl/psychiatria/16026.podstawowe-grupy-zaburzen-odzywiania> [dostęp: 15.05.2021].

³ C. Żechowski (2012), *Zaburzenia odżywiania się – problem współczesnej młodzieży*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, <https://docplayer.pl/903279-Zaburzenia-odzywiania-sie-problem-wspolczesnej-mlodziezy.html> [dostęp: 15.05.2021].

Często mylone jest np. z neofobią lub jadłowstrętem¹. Objawy ARFID obejmują: brak zainteresowania jedzeniem, robienie długich przerw między posiłkami, ograniczenie repertuaru żywieniowego do wąskiej liczby produktów. Często w wyniku tych zachowań dochodzi do niedoborów substancji odżywczych i braku przyrostów masy ciała (te ostatnie mogą nie wystąpić, jeśli dostarczane są akceptowane produkty w odpowiedniej ilości). Sztywność dotyczy zarówno liczby (5–10 różnych produktów), ich jakości (np. produkt określonej marki i żaden inny), właściwości sensorycznych (najczęściej produkty suche i „beżowe”), a także sposobu spożywania (np. tylko w domu). Jeśli akceptowany produkt nie jest dostępny, osoba dotknięta zaburzeniem nie zje nic. ARFID zaburza funkcjonowanie psychospołeczne – towarzyszy mu silny lęk przed wszystkim, co jest związane z jedzeniem (pory posiłków, przedmioty, spotkania towarzyskie), co obniża jakość ich życia². Zaburzenie dotyczy osób obojga płci (częściej chłopców) i w różnym wieku – nie mija w okresie dorastania. Często towarzyszy diagnozie autyzmu lub Zespołu Aspergera. ARFID należy różnicować od jadłowstrętu psychicznego – nie towarzyszy mu lęk przed przybieraniem na wadze ani zaburzony obraz własnego ciała.

Pica

Jest utrwalonym (powyżej 1 miesiąca), powtarzającym się spożywaniem substancji niejadalnych (np. piasku, gliny, fragmentów tkanin, tynku, włosów etc.). Zdarza się, że to zaburzenie związane z niedoborami np. wapnia lub żelaza, ale jest to rzadki przypadek³. Pica, wymaga szczegółowej diagnostyki i leczenia – zagraża zdrowia zdrowiu (np. może powodować zatrucie, zaburzenia wchłaniania, perforację przewodu pokarmowego etc.).

Zespół napadowego objadania się

Zaburzenie sklasyfikowane w DSM V (ang. binge eating disorder). Uważa się, że obecnie jedno z najczęściej diagnozowanych⁴. Polega na nawracających epizodach przejadania się – spożywania zbyt dużej porcji posiłku w krótkim czasie – aż do subiektywnego uczucia przepełnienia i przykrego pogorszenia samopoczucia. Przejadanie się związane jest z poczuciem ograniczenia kontroli nad własnym zachowaniem i silną komponentą niezadowolenia z siebie. W zaburzeniu tym nie występują czynności kompensacyjne (wymioty, przeczyszczanie się) – charakterystyczne dla bulimii. Szczególnie często występuje u osób praktykujących restrykcyjne diety i odmawiających sobie pewnych produktów. Może prowadzić do otyłości.

Ortoreksja

Jest zaburzonym wzorcem jedzenia (nie zaburzeniem odżywiania) polegającym na obsesyjnym przestrzeganiu domniemanych (choć często dla każdego innych) zasad zdrowego odżywiania⁵, np. spożywanie tylko produktów ekologicznych,

1 M. Baj-Lieder (2019), *ARFID, czyli coś więcej niż zwykły niejadek*, „Food Forum”, nr 5, <https://food-forum.pl/artukul/arfid-czyli-cos-wiecej-niz-zwykly-niejadek> [dostęp: 15.05.2021].

2 B. Ziółkowska (2017), *Zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów – rozważania w świetle wyników badań*, „Pediatria Polska”, nr 6, s. 733–738.

3 G. Jagielska (2010), *Dziecko z zaburzeniami odżywiania w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.

4 I. Namysłowska, dz.cyt.

5 M. Janas-Kozik i in. (2012), *Ortoreksja – nowe rozpoznanie?*, „Psychiatria Polska”, t. XLVI, nr 3, s. 441–450.

tylko warzyw i produktów pełnoziarnistych, weganizm itd. Jest trudna do zdiagnozowania, ponieważ objawy są dobrze ukryte pod „ptaszczykiem” dbałości o zdrowie. Z czasem osoba dotknięta sztywnym myśleniem o odżywianiu skupia się tylko o na skomponowaniu idealnie „zdrowego” jadłospisu. Paradoksalnie dieta staje się drastycznie ograniczona i prowadzi do niedoborów pokarmowych. Istotnemu zaburzeniu ulega też rozwój psychiczny jednostki i jej funkcjonowanie społeczne.

Jedzenie emocjonalne

Pod tym określeniem kryją się zachowania, w których jedzenie nie jest związane z głodem fizycznym, a sposobem na zastępcze zaspokojenie emocjonalne. Używając tego określenia, specjaliści mają najczęściej na myśli zachowania, które nie spełniają kryteriów diagnostycznych dla zespołu napadowego objadania się, a jednocześnie silnie wiążą się z kondycją psychiczną jednostki – np. w obliczu stresu, aby się uspokoić, osoba sięga po przekąski, słodczyce itp.

Zaburzone jedzenie związane z zaburzeniem dysmorficznym

Istotą zaburzenia dysmorficznego jest subiektywne przekonanie o defekcie własnego ciała¹. Może ono dotyczyć jakiegoś szczegółu wyglądu lub części ciała (np. przekonanie o wyjątkowej nieatrakcyjności ramion albo brzucha). Istotą jest zaburzony obraz własnego ciała i działania mające na celu zmodyfikowanie wyglądu – częste są tu restrykcje dietetyczne prowadzące do nieprawidłowych nawyków żywieniowych. Jest to typowy wzorzec zaburzonego odżywiania towarzyszącego innej jednostce diagnostycznej.

Przyczyny wzrostu zapadalności na zaburzenia, a także na kształtowanie się zaburzonych nieodpowiednich wzorców jedzenia u dzieci i młodzieży, są złożone. W diagnostyce uwzględnia się przede wszystkim: jakość wczesnodziecięcej relacji, przeżyte doświadczenia urazowe, czynniki biologiczne – w tym wyposażenie genetyczne, epigenetyczne i neurologiczne. Wskazuje się także na wpływ współczesnej kultury masowej stawiającej na kult ciała i spełnianie wygórowanych standardów piękna – jako jeden z czynników wyzwalających i podtrzymujących zaburzenia². Nie bez znaczenia jest także aktualna sytuacja izolacji i stresu związanego z pandemią – statystyki z ostatniego roku wskazują, na istotny duży wzrost zapadalności przez dzieci i młodzież na zaburzenia psychiczne – w tym zaburzenia odżywiania³.

Kiedy zacząć się martwić?

Zaburzenia odżywiania często rozwijają się „po cichu”, istnieje jednak wiele występujących u dzieci i młodzieży zachowań, które powinny wzbudzić czujność rodzica lub nauczyciela. U młodszych dzieci należą do nich: spożywanie za małych – w stosunku do wieku – porcji pożywienia, regularne odmawianie jedzenia i brak zainteresowania nim, obronne reakcje przed karmieniem, wypluwanie

¹ T. Cash, L. Smolak (2012), *Body Image. A Handbook of Science, Practice and Prevention*, Nowy Jork.

² B. Józefik red. (1999), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Wydawnictwo UJ, Kraków.

³ G. Castellini i in. (2020), *The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls*, „International Journal of Eating Disorders”.

i wyjmowanie jedzenia z buzi, odruch wymiotny, niesygnalizowanie głodu, odmowa urozmaicenia diety, lęk w porze posiłków, obawa przed potykaniem. W przypadku starszych dzieci i młodzieży należy zwrócić uwagę na: unikanie jedzenia w towarzystwie, koncentrację na jedzeniu i/lub zdrowym odżywianiu, chudnięcie/brak przyrostu masy ciała, zahamowanie rozwoju, zmniejszanie porcji, próby kontrolowania sposobu przyrządzania posiłków lub przejmowanie kontroli nad gotowaniem w domu, zainteresowanie tematyką kulinarną, chęć przygotowywania posiłków dla innych i jednocześnie odmowa spożycia ich wspólnie („najadłam się w czasie przyrządzania jedzenia”).

Prawdy i mity

Na temat zaburzeń odżywiania funkcjonuje wiele społecznie utrwalonych przekonań, które jednak nie mają uzasadnienia w specjalistycznej wiedzy. Warto wyjaśnić najczęściej powtarzane z nich.

Mit 1: Zaburzenia odżywiania dotyczą białych z klasy średniej.

Nieprawdą jest, że z zaburzeniami odżywiania borykają się wyłącznie przedstawiciele jednej grupy ludzi, np. zamożnych, białych lub młodych, lepiej lub gorzej wykształconych, że pojawiają się tylko w rodzinach, gdzie dochodzi do zaniedbań lub przeciwnie – mamy do czynienia z nadopiekuńczością rodziców. Takie przekonania mogą prowadzić do stygmatyzacji rodzin i tak dotkniętych silnym stresem związanym z chorobą dziecka. W praktyce zaburzenia odżywiania mają bardzo egalitarny charakter, a ich pojawienie się jest uwarunkowane wieloprzyczynowo i powinno być rozpatrywane indywidualnie¹. Krzywdzące jest także myślenie o zaburzonego odżywiania jak o fanaberii, gdyż wiele wskazuje na silny udział wyposażenia biologicznego i czynników środowiskowych, na które jednostka ma bardzo ograniczony wpływ.

Mit 2: Każdy kiedyś wyrasta z wybredności / jak poczuje głód, to zje

Pogląd o przemijającym charakterze wybiórczości pokarmowej lub niechęci/lęku wobec jakichś pokarmów mogą prowadzić do nadmiernego bagatelizowania problemu, który powinien być konsultowany ze specjalistą zawsze, gdy rodzic czuje się zaniepokojony. Należy odróżnić rozwojową neofobię pokarmową od zaburzeń takich jak ARFID.

Mit 3: Z zaburzeń odżywiania nie można się całkowicie wyleczyć

Terapia zaburzeń odżywiania jest złożona, zwykle wymaga czasu i wsparcia wielospecjalistycznego (lekarz, terapeuta, dietetyk), nie oznacza to jednak, że zaburzenia nie można pokonać.

Mit 4: Zaburzenia odżywiania dotyczą jedynie dziewcząt w okresie dorastania

Najwięcej symptomów zaburzeń odżywiania dotyczy nastolatków w wieku 13–17 lat², jednak współcześnie obserwuje się obniżenie wieku dzieci, u których występują pierwsze objawy. Przybywa także chłopców i młodych mężczyzn doświadczających symptomów zaburzonego stosunku do jedzenia. Ponadto zaburzenia związane z odżywianiem mogą rozwinąć się w każdym wieku – nawet

¹ B. Józefik red., dz. cyt.

² M. Baj-Lieder (2019), *ARFID, czyli...*

u dorosłych po 40. roku życia.



Katarzyna Wojtkowska

Uważność jedzenia jako jedna z metod pracy z młodym pacjentem

Obecnie funkcjonują dwie koncepcje dotyczące optymalnych stylów jedzenia, czyli zapewniających prawidłowe, zdrowe żywienie i wpływających korzystnie na zdrowie psychiczne: uważne jedzenie (*mindful eating*) i intuicyjne jedzenie (*intuitive eating*). Oba style opierają się na założeniu, że prawidłowe jedzenie kształtowane jest dzięki wsłuchiwaniu się w sygnały wewnętrzne głodu i sytości. Rozwijanie wrażliwości na te sygnały i dostosowywanie się do nich jest celem „antydietyetycznych” podejść do jedzenia.

Czym jest optymalny styl jedzenia?

Uważne jedzenie to nieocenijająca świadomość doznań fizycznych i emocjonalnych związanych z jedzeniem oraz umiejętność rozpoznawania i reagowania na uczucie sytości lub rozpoznawania niewłaściwych wskazówek dotyczących jedzenia, takich jak reklama, nuda lub niepokój, ale niereagowania na nie¹. Intuicyjne jedzenie to również świadomość i ufność wobec wewnętrznych wskazówek głodu i sytości pochodzących ze swojego ciała². Właśnie te wskazówki określają, kiedy i ile jeść. Chociaż smak jest ważny, to żywność jest wybierana w celu usprawnienia funkcjonowania organizmu. Osoby, które jedzą intuicyjnie, nie są zaabsorbowane jedzeniem ani dietą i nie kategoryzują pewnych potraw jako dobre lub złe.

Jaka jest różnica pomiędzy uważnym a intuicyjnym jedzeniem?

Uważne jedzenie kładzie nacisk na walory jedzenia i bycie świadomym procesu jedzenia jako całości (nierozpraszanie się podczas spożywania posiłków). Z kolei intuicyjne jedzenie zakłada, by bezwarunkowo pozwalać sobie na jedzenie i kierować się potrzebami organizmu przy wyborze posiłków. Badania pokazują, że oba podejścia są skuteczne na poziomie biologicznym i psychologicznym przy zastosowaniu interwencji zazwyczaj 8-tygodniowych w przypadku uważnego jedzenia³ i 24-tygodniowych przy intuicyjnym jedzeniu⁴. Jednak

¹ C. Framson i in. (2009), *Development and validation of the mindful eating questionnaire*, „Journal of the American Dietetic Association”, nr 109(8), s. 1439–1444.

² T. L. Tylka, A. M. Kroon Van Diest (2013), *The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men*, „Journal of Counseling Psychology”, nr 60(1), s. 137.

³ J. Dalen i in. (2010), *Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity*, „Complementary Therapies in Medicine”, nr 18(6), s. 260–264.

⁴ L. Bacon i in. (2002), *Evaluating a ‘non-diet’ wellness intervention for improvement of metabolic fitness, psychological well-being and eating and activity behaviors*, „International journal of Obesity”, nr 26(6), s. 854–865.

L. Bacon i in. (2005), *Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters*,

wyniki metaanalizy¹ podkreślają skuteczność podejścia opartego na uważności jako najbardziej skutecznego w radzeniu sobie z napadowym objadaniem, emocjonalnym jedzeniem i jedzeniem w odpowiedzi na sygnały zewnętrzne. To podejście może zapobiegać zwłaszcza przybieraniu na wadze. Zmniejszone spożycie pokarmu zostało zaobserwowane w niektórych badaniach w populacjach z nadwagą i otyłością, ale było to mniej widoczne w badaniach w populacjach o prawidłowej masie ciała. Dane naukowe z zakresu intuicyjnego jedzenia są ograniczone i to podejście wymaga dalszych badań.

Dlaczego warto uczyć dzieci i młodzież uważnego jedzenia?

Alarmujący jest fakt, że polskie dzieci są obecnie w czołówce najszybciej tyjących w Europie – 22,3%². Dodatkowo otyłość w dzieciństwie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia nadwagi o 94% i otyłości o 76% w wieku dorosłym³. Z tych powodów istotne jest, aby szukać sposobów przeciwdziałania temu niepokojącemu trendowi. Jedną z metod jest właśnie uważne jedzenie.

Badania w zakresie uważnego jedzenia

Badania dotyczące skuteczności programów uważnego jedzenia prowadzone są głównie wśród dorosłych, jednak same programy oparte na uważności pozostają adekwatne dla dzieci i młodzieży⁴. Jedno z nielicznych badań przeprowadzonych w tym obszarze wśród amerykańskich nastolatków przyniosło rezultaty w postaci spadku masy ciała w porównaniu z grupą kontrolną, gdzie wystąpił wzrost⁵. Uważne jedzenie uzupełnia tradycyjne podejście o elementy psychologiczne⁶. Kluczowym elementem jest samoregulacja, która uwrażliwia na sygnały wewnętrzne głodu/sytości, prawidłowe ich odczytywanie i odpowiednie reagowanie na nie. Nieprawidłowości w samoregulacji we wczesnym dzieciństwie mogą predysponować dzieci do nadmiernego przyrostu masy ciała we wczesnym okresie dojrzewania⁷.

Praca z młodym pacjentem w podejściu uważnego jedzenia

1. Uwrażliwienie na sygnały wewnętrzne.
 - a. Zwracanie uwagi na oddech jako dobry początek ćwiczenia świadomości introceptywnej.
2. Zwiększenie umiejętności różnicowania stanów: głodu, najedzenia w połowie,

¹ „Journal of the American Dietetic Association”, nr 105(6), s. 929–936.

² J. M. Warren, N. Smith, M. Ashwell (2017), *A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms*, „Nutrition research reviews”, nr 30(2), s. 272–283.

³ M. Jarosz, L. Kłosiewicz-Latoszek (2015), *Otyłość. Zapobieganie i leczenie: porady lekarzy i dietetyków*, Warszawa.

⁴ D. S. Freedman i in. (2005), *The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa Heart Study*, „Pediatrics”, nr 115(1), s. 22–27.

⁵ C. A. Burke (2010), *Mindfulness-based approaches with children and adolescents: a preliminary review of current research in an emergent field*, „Journal of child and family studies”, nr 19(2), s. 133–144.

⁶ P. Daly i in. (2016), *A mindful eating intervention: A theory-guided randomized anti-obesity feasibility study with adolescent Latino females*, „Complementary therapies in medicine”, nr 28, s. 22–28.

⁷ J. Dalen i in. (2010), *Pilot... dz. cyt.*

⁸ L. A. Francis, E. J. Susman (2009), *Self-regulation and rapid weight gain in children from age 3 to 12 years*, „Archives of pediatrics & adolescent medicine”, nr 163(4), s. 297–302.

- najedzenia i przejedzenia. Kończenie jedzenia przy odczuciu sytości.
- Poznanie wysyłanych przez organizm sygnałów i odczuć związanych z głodem i sytością.
 - Uwrażliwienie na pierwsze oznaki głodu i sytości.
3. Zwiększenie umiejętności odróżniania stanów: fizjologicznego głodu od psychologicznego. Jedzenie z przyczyn fizjologicznych.
- Poznanie czynników z otoczenia wpływających na odczucie głodu psychologicznego.
 - Rozbudowanie słownika emocjonalnego i rozumienia emocji.
 - Poszerzanie repertuaru strategii radzenia sobie z emocjami.
4. Świadomość cech jedzonego pożywienia i uważność w jedzeniu.
- Odróżnianie wrażenia związane z jedzeniem – różny smak, temperatura, wielkość kęsów, konsystencja, ostrość.
 - Monitorowanie swojego nasycenia i myślenie tylko o tu i teraz.

By wyjść naprzeciw potrzebom polskich dzieci w ramach międzynarodowego grantu EIT Food, organu Unii Europejskiej, „The EIT Food School Network: Integrating solutions to improve eating habits and reduce food wastage” powstał pierwszy polski program edukacyjny dla przedszkoli i szkół „Uważne Jedzenie”¹. Program jest darmowy, przystosowany dla nauczycieli każdej specjalizacji i uwzględnia 3 grupy wiekowe. Dla rodziców może stanowić inspirację do wspólnej praktyki uważnego jedzenia dzięki przygotowanym rekomendacjom dla rodzin. W tworzeniu skutecznych programów edukacyjnych w każdej dziedzinie kluczowa jest wieloaspektowość i systemowość podejścia², na przykład poprzez włączenie w działania najważniejszych osób jak rodzice, nauczyciele i rówieśnicy.

1 Programy edukacji żywieniowej The EIT Food School Network, oficjalna witryna internetowa Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, <http://psych.uw.edu.pl/o-nas/projekty-eit-food/the-eit-food-school-network/programy-edukacji-zywniowej/> [dostęp: 22.05.2021].

2 D. C. Gottfredson i in. (2015), *Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next generation*, „Prevention science”, nr 16(7), s. 893–926.



Urszula Somow

Dziecko sportowiec – ułatwienie czy utrudnienie w pracy dietetyka?

Z obserwacji wynika, że w czasie ostatnich 15 lat liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w wyspecjalizowanym treningu sportowym zwiększyła się przy jednoczesnym obniżeniu wieku specjalizacji treningu. Sport dziecięcy często przestaje być rywalizacją dla przyjemności, a staje się ustrukturyzowanym, szczegółowo zaplanowanym treningiem wykonywanym w celu rozwoju specyficznych zdolności wysiłkowych. Ponadto zauważa się, że pomimo wyższego poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka, odsetek dzieci z nieprawidłową masą ciała wzrasta. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że nadmierna masa ciała jest tak samo niebezpieczna jak zbyt niska i niedożywienie, które może wystąpić także u dzieci, których masa ciała jest prawidłowa. Jednocześnie w badaniach z udziałem młodych sportowców udowodniono, że ich dieta wykazuje wiele nieprawidłowości, m.in. zbyt duży udział cukru rafinowanego, tłuszczu, zwłaszcza izomerów „trans” KT przy niedoborze węglowodanów złożonych, zbyt wysokim spożyciu fast foodów, słodzonych napojów, potraw smażonych, dań na bazie koncentratów i zbyt małej ilości warzyw, owoców, wody i produktów mlecznych. Nieprawidłowe żywienie młodych zawodników może wpływać nie tylko na zdrowie i prawidłowy rozwój, ale także możliwości wysiłkowe i dalszą karierę zawodniczą.

Problem z rekomendacjami dla młodych sportowców

Przyjmuje się, że dorośli sportowcy, jako ludzie o znacząco zwiększonej aktywności fizycznej, poddawani ukierunkowanemu treningowi sportowemu, stanowią grupę wymagającą specjalnych rekomendacji żywieniowych, gdyż zalecenia dla populacji ogólnej nie są dla nich adekwatne, a także w celu zwiększenia specyficznych zdolności wysiłkowych. W związku z tym dietetykowi pracującemu z młodymi zawodnikami wchodzącymi w trening specjalizacyjny nasuwa się pytanie: na jakich rekomendacjach należy opierać zalecenia żywieniowe kierowane do młodego sportowca. Młodzi zawodnicy mają znacząco wyższe zapotrzebowanie na energię i makroskładniki zarówno od swoich rówieśników, jak i od dorosłych sportowców.

Różnice między młodym a dorosłym sportowcem

Stwierdza się, że występują różnice fizjologiczne w wydatkowaniu energii przez osoby młode oraz dorosłe (wyższy wydatek energetyczny związany z treningiem oraz wyższe zapotrzebowanie kaloryczne w przeliczeniu na kilogram masy ciała) – im młodsze dziecko, tym wyższy relatywny koszt energetyczny wykonywanej czynności. Ponadto sportowcom dorosłym, wyliczając zapotrzebowanie kaloryczne, powinno się zalecać periodyzację, czyli dostosowanie do obciążeń treningowych w skali dnia, a nie jak zazwyczaj na bazie wyliczenia opierającego się na wskaźniku aktywności fizycznej PAL – w skali tygodniowej. Nie wiadomo jak powinno się postępować przy wyliczaniu zapotrzebowania kalorycznego u aktywnych dzieci. Dodatkowo jedną z większych różnic fizjologicznych między zawodnikiem dorosłym a tym w wieku rozwojowym jest inne wydatkowanie substratów energetycznych podczas ćwiczeń oraz charakter podejmowanego wysiłku. U dzieci większa ilość energii pochodzi z metabolizmu tłuszczu, natomiast możliwość pozyskania energii ze źródeł węglowodanowych jest niższa. Dodatkowo zapotrzebowanie na węglowodany jest zależne od długości trwania i intensywności wysiłku, a te są zazwyczaj mniejsze u dzieci. Co ciekawe i niestety mało zbadane, adaptację do treningu wyczynowego, w tym poprawę wykorzystania źródeł węglowodanowych (zwiększenie aktywności fosfofruktokinazy i dehydrogenazy bursztynianowej) wraz z treningiem obserwuje się u młodych zawodników już po 6 tygodniach. Wszystkie te dane pokazują, że dietetyk współpracujący z młodym sportowcem musi mieć dużą wiedzę i racjonalnie, ale samodzielnie dobierać odpowiednie zalecenia żywieniowe, monitorując prawidłowy wzrost i rozwój dziecka oraz mając na uwadze kształtowanie korzystnych nawyków żywieniowych na przyszłość.

Mocne i słabe strony pracy z młodym sportowcem

Zaletami w pracy z młodym zawodnikiem mogą być wykorzystanie dodatkowej, silnej motywacji, jaką jest ambicja sportowa oraz prowadzenie zajęć w grupie rówieśniczej o podobnych zainteresowaniach (a nie wyłącznie indywidualnie lub z rodzicami). Do największych trudności należy brak oficjalnych rekomendacji żywieniowych, mała liczba danych naukowych dotyczących metabolizmu energii i adaptacji treningowej u młodych sportowców, a także duże obciążenie rozwijającego się organizmu, generujące szczególny rodzaj odpowiedzialności na dietetyku prowadzącym. Ponadto dietetyk współpracujący z młodym zawodnikiem musi być odporny na stres i presję generowaną ambicjami zarówno młodego zawodnika, jak i rodziców, trenerów, często nastawioną na maksymalizację zdolności do wysiłku, a niekoniecznie kierowaną zdrowiem zawodnika. Wiele dyscyplin sportowych wymaga również innych norm referencyjnych dla masy i składu ciała, nawet u młodych zawodników, dlatego dietetyk prowadzący musi wykazać się zrozumieniem dyscypliny i umiejętnie optymalizować te parametry.

Warto edukować

Badania wskazują jednak, że edukacja żywieniowa przynosi efekty wśród młodych zawodników, dlatego zaleca się skupienie na promowaniu korzystnych nawyków, wiedzy na temat źródeł i funkcji składników pokarmowych, roli najważniejszych posiłków oraz ich kompozycji, a także dbałości o jakość produktów.



Katarzyna Wolnicka

Znaczenie edukacji żywieniowej w szkołach

Najsukuteczniejsze programy edukacyjne z zakresu prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej prowadzone są środowisku szkolnym. Tworzą je nie tylko uczniowie, ale też nauczyciele, rodziny czy lokalna społeczność. Rolą edukacji żywieniowej jest motywowanie do podejmowania zachowań prozdrowotnych. Szkoła, w której uczeń przebywa przez wiele godzin, nie może pozostać obojętna wobec wymogów rozwojowych i zdrowotnych dzieci lub młodzieży. W szkole, gdzie naturalnym procesem jest zarówno nauczanie, jak i kształtowanie postaw, istnieje wiele możliwości wdrażania zasad prawidłowego stylu życia poprzez m.in.:

- działania edukacyjne,
- organizację wspólnych śniadań na jej terenie,
- zwiększenie liczby dzieci korzystających z prawidłowo zbilansowanych obiadów szkolnych,
- zmianę asortymentu produktów spożywczych dostępnych na jej terenie na prozdrowotne,
- wprowadzanie różnych codziennych form aktywności fizycznej wśród młodzieży.

W kształtowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych w szkole doskonale sprawdzają się działania włączające dzieci aktywnie w naukę, takie jak prowadzenie ogródków szkolnych czy warsztaty kulinarne. W ramach edukacji żywieniowej ważne jest, aby przekazywać odpowiednie umiejętności, które dają nie tylko wiedzę (o prawidłowym żywnieniu), ale również możliwość przełożenia jej na praktykę (przygotowanie zdrowych posiłków).

Edukacja żywieniowa w szkole – podstawy prawne

Szkoły są zobligowane do prowadzenia edukacji zdrowotnej na podstawie zapisów rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz

podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. poz. 356). Regulacja ta wskazuje na istotne znaczenie edukacji zdrowotnej, tym żywieniowej, dla całościowego nauczania i wychowania ucznia, ale także zaleca placówkom edukacyjnym prowadzenie systematycznych działań w celu utrzymywania i wzmacniania zdrowia uczniów. W preambule rozporządzenia czytamy: „Ważną rolę w kształceniu i wychowaniu uczniów w szkole podstawowej odgrywa edukacja zdrowotna. Zadaniem szkoły jest kształtowanie postaw prozdrowotnych uczniów, w tym wdrażanie ich do zachowań higienicznych, bezpiecznych dla zdrowia własnego i innych osób, a ponadto ugruntowanie wiedzy z zakresu prawidłowego odżywiania się, korzyści płynących z aktywności fizycznej, a także profilaktyki”. Podstawą do realizacji edukacji zdrowotnej jest również ustawa z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017, poz. 59, z późn. zm.) określająca zakres działań w celu tworzenia optymalnych warunków nauki.

Istotą edukacji zdrowotnej w szkole jest zatem nie tylko przekazywanie wiedzy, ale kształtowanie właściwych postaw wobec zdrowia oraz umiejętności życiowych umożliwiających uczniom (teraz i w przyszłości) dokonywanie wyborów sprzyjających zdrowiu oraz podejmowaniu działań na rzecz zdrowia własnego i innych ludzi oraz tworzenia zdrowego środowiska. Na mocy rozporządzenia MEN przedmiotem głównym w edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i we wszystkich szkołach ponadpodstawowych: liceum ogólnokształcącym, technikum i szkołach branżowych I i II stopnia jest wychowanie fizyczne. Treści z zakresu edukacji zdrowotnej powinny być także włączone do wielu innych przedmiotów szkolnych.

Szkoły mają możliwość realizacji edukacji żywieniowej na terenie budynku w ciągu całego dnia.

W sali lekcyjnej

Edukacja żywieniowa może odbywać się w ramach samodzielnych zajęć z edukacji zdrowotnej albo w połączeniu z innymi przedmiotami, i uwzględniać np. takie aktywności jak:

- liczenie z obrazkami owoców i warzyw,
- nauka ułamków poprzez odmierzanie składników zgodnie z przepisem,
- obserwowanie, jak rosną rośliny,
- poznawanie kulturowych tradycji żywieniowych,
- edukacja uczniów na temat środowiska, zdrowia i prawidłowego odżywiania.

Praktyczne zajęcia – nauka poprzez lekcje gotowania

Każde dziecko powinno mieć możliwość nauki gotowania w szkole. Dzieci rozwijają w czasie takich lekcji umiejętność przygotowywania zdrowych posiłków, a także dokonywania korzystnych dla zdrowia wyborów żywieniowych. Badania pokazują, że osoby, które umieją gotować, lepiej się odżywiają niż osoby, które

tęgo nie potrafią. Dzieci, które uczą się gotować/gotują, częściej deklarują, że lubią to robić, a także wykazują zwiększoną chęć próbowania nowych potraw. Nauka gotowania w szkole przenosi korzyści do domu – dzieci chętniej pomagają w kuchni, częściej sięgają po wcześniej nieznane lub nie lubiane a prozdrowotne produkty. Uczniowie, którzy uczęszczają do szkół z dobrze rozwiniętymi programami edukacji żywieniowej, z uwzględnieniem zajęć gotowania czy prowadzenia ogródków szkolnych, jedzą więcej warzyw i owoców niż uczniowie szkół, w których takie programy nie są realizowane.

Szkolne ogródki

Prowadzenie z uczniami szkolnych ogródków pomaga poszerzyć wiedzę uczniów na temat odżywiania, pochodzenia żywności, zwiększyć chęć próbowania oraz zbudować pozytywne nastawienie do owoców i warzyw. Uczniowie mogą sadzić nasiona, zbierać owoce i warzywa oraz degustować. Produkty ze szkolnych ogrodów mogą być włączone do szkolnych posiłków.

Stołówki szkolne i sklepiki

W ramach posiłków szkolnych uczniowie mają okazję poznać nowe produkty żywnościowe, widzą, jak wyglądają zbilansowane posiłki, a także mogą być mobilizowani do próbowania nowych produktów przez zachęty słowne ze strony pracowników przygotowujących posiłki lub poprzez organizowane degustacje. Miejsca spożywania posiłków mogą być również udekorowane plakatami promującymi zdrowe żywienie lub pracami plastycznymi uczniów o tej tematyce. Sklepiki mogą stanowić ważny element w nauce dokonywania korzystnych dla zdrowia wyborów przez młodego konsumenta.

Współpraca szkoły z rodzicami – ważny element sukcesu

Aby osiągnąć sukces, niezbędna jest też stała współpraca z rodzicami. W jej ramach mogą się odbywać spotkania grupy rodziców i nauczycieli, na których rodzic dowiaduje się o programach realizowanych w placówce, spotkania z ekspertami na temat zasad zdrowego żywienia dzieci i jego znaczenia dla rozwoju i zachowania zdrowia, można też wykorzystywać materiały edukacyjne w formie ulotek edukacyjnych skierowanych do rodziców i opiekunów.

Tęgo typu aktywne działania na terenie placówek szkolnych, a także przedszkolnych, są sprawdzoną formą wprowadzania zmian niekorzystnych nawyków żywieniowych wśród dzieci, co ma ogromne znaczenie dla ich rozwoju, zdolności do nauki, ale też zdrowia w wieku dorosłym.



Agata Gawska

Jak wdrożyć edukację żywieniowo-kulinarną do placówki? Case study programu Dobrze Jemy

Powiedz mi, a zapomnę.

Pokaż mi, a zapamiętam.

Pozwól mi zrobić, a zrozumiem.

Problem otyłości i nadwagi u dzieci w Polsce nie jest nowym zjawiskiem, wyniki kolejnych badań są zatrważające. Według badania HBSC¹ z roku 2019, 30% chłopców i 14% dziewczynek w Polsce jest otyłych lub zagrożonych otyłością; polska młodzież jest na 1. miejscu w postrzeganiu siebie jako grubej.

Program Dobrze Jemy

Kilka lat doświadczeń Fundacji Szkoła na Widelcu w edukacji żywieniowo-kulinarnej dzieci i młodzieży, a także wiedza o tym, że problem otyłości u dzieci narasta, skłonił fundację do podjęcia inicjatywy i uruchomienia w 2017 roku ogólnopolskiego programu Dobrze Jemy skierowanego do zerówek oraz klas I–III.

Najważniejsze założenia programu

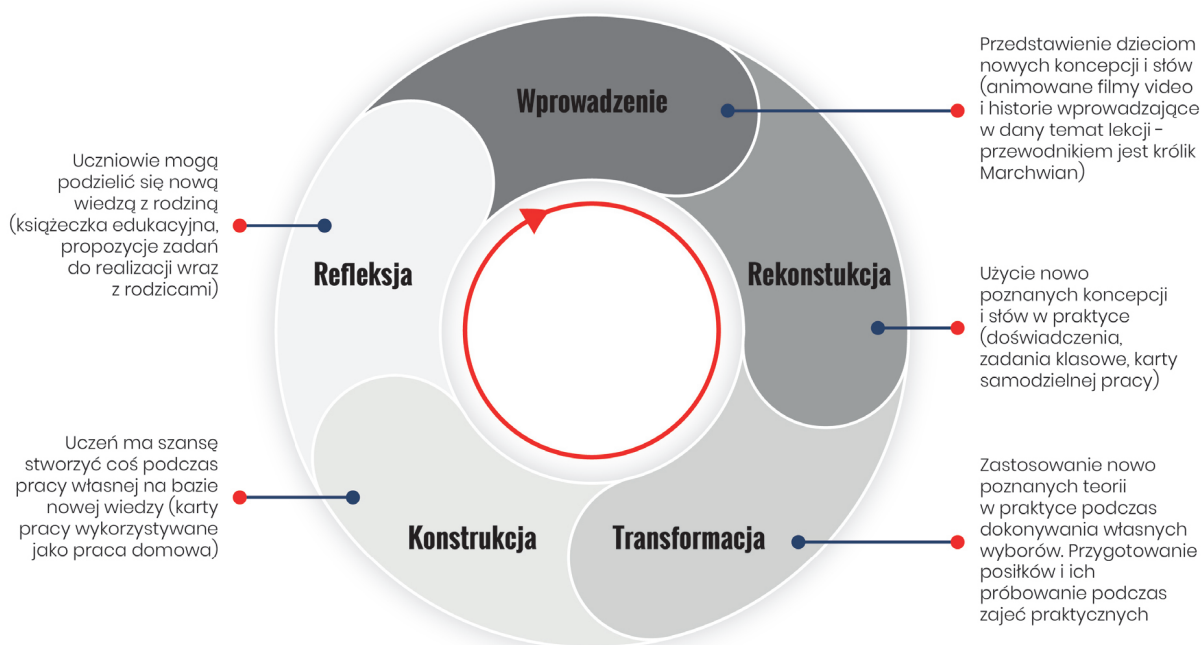
Edukacja żywieniowo-kulinarna, która jest realizowana w ramach programu, to połączenie przekazywania wiedzy teoretycznej dotyczącej zasad zdrowego odżywiania, sposobu komponowania diety, wiedzy dotyczącej tego, w jaki sposób mądrze robić zakupy i jak jedzenie wpływa na nasz organizm z praktycznymi zajęciami, dzięki którym dzieci zdobywają umiejętności, takie jak krojenie, siekanie, poznają sprzęty kuchenne, uczą się zasad higieny i pracy w kuchni. W opinii 75% nauczycieli² dzięki uczestnictwu w programie dzieci zmieniają swoje nawyki żywieniowe, uczą się m.in. kroić, mieszać, a także częściej pomagają w domu – uważa tak ponad 60% badanych.

¹ J. Mazur, A. Małkowska-Szkućnik red. (2018), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> [dostęp: 15.04.2021].

² Fundacja Szkoła na Widelcu (2021), *Oddziaływanie edukacji żywieniowo-kulinarnej na zmianę nawyków żywieniowych dzieci w wieku 5-10 lat*, Warszawa, www.dobrzejemy.szkołanawidelcu.pl.

Program zbudowany jest na bazie 5 faz nauki nowego zagadnienia.

5 faz nauki nowego zagadnienia



Wszystkie elementy programu są przygotowane przez dietetyków, edukatorów kulinarnych i pedagogów.

Każda placówka, która bierze udział w programie, otrzymuje materiały drukowane, na które składają się:

- scenariusze dla nauczycieli,
- plakat osiągnięć wraz z kompletem naklejek,
- miniksiążeczki dla uczniów i rodziców,
- plakat do zawieszenia przez klasę z informacją o udziale w projekcie.

Dodatkowo na platformie programu: www.dobrzejemy.szkolanawidelcu.pl, w strefie dedykowanej nauczycielom, każdy, kto realizuje program, może pobrać dodatkowe materiały, wśród których są:

- karty pracy,
- filmy video,
- dodatkowe scenariusze zajęć.

Badanie przydatności programu

W badaniu¹ programu zrealizowanym wiosną 2021 ogólna ocena materiałów

¹ Fundacja Szkoła na Widelcu, *Oddziaływanie...* dz.cyt.

pod względem wsparcia treści programowych i przydatności dla nauczycieli do realizacji lekcji w skali 1–5 wyniosła aż 4,85, a ogólna ocena programu w skali 1–5 to 4,85. Dane te pokazują, jak bardzo potrzebne są takie programy.

Do końca czerwca 2021 fundacja zrealizowała czwartą edycję programu, która objęła niemal 2000 szkół z całej polski, ponad 200 tys. dzieci i ponad 7 tys. nauczycieli i dietetyków.

Opinie nauczycieli o programie

”

Program super, zawiera wiele potrzebnych treści. Dzięki niemu poruszamy ważne zagadnienia, czyli wpływ tego, co spożywamy, na nasze samopoczucie. Wiele uczniów odżywia się "gotowcami", na tych zajęciach dostrzegli, że jest alternatywa.

• • • • •

Publiczna Szkoła Podstawowa, woj. Wielkopolskie

• • • • •

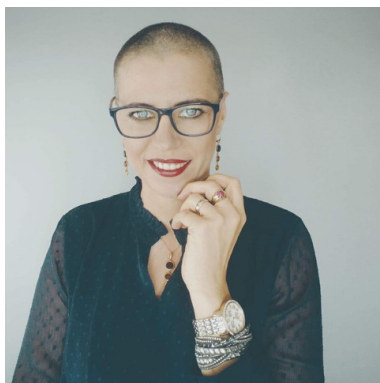
”

Uczniowie bardzo lubią tego typu zajęcia praktyczne, chętnie pieką, gotują i jedzą to co przygotowują. Niektóre dzieci pierwszy raz wykonywały czynności związane z obieraniem, krojeniem warzyw i owoców. Nie mogą doczekać się kolejnych zajęć. Dziękujemy za pomysł na taki Program. U nas w szkole wszyscy wiedzą co znaczy hasło Szkoła na widelcu ;-).

• • • • •

Publiczna Szkoła Podstawowa, woj. Świętokrzyskie

• • • • •



Agnieszka Danielewicz **„Tu karmimy przyszłych mistrzów” –** **żywienie zbiorowe w placówkach** **oświatowych widziane z różnych** **perspektyw**

Od autora: „Pomiń, proszę, ten rozdział. Nie czytaj go!”

Zastanawiam się, co Państwo poczuli w pierwszym momencie. Przecież opłaciłem dostęp. Dlaczego? O co chodzi? A właśnie, że przeczytałem! Kiedy zmiany nie poprzedza informacja, możemy napotkać opór, niezrozumienie, sprzeciw czy sceptycyzm. I taka też jest nasza codzienność w zakresie szkoleń dla osób dorosłych. Jednak w rzeczywistości zachowania związane z oporem mogą stanowić zasób wprowadzający nową jakość i działanie zmierzające do zmiany¹. W tym artykule chciałbym odpowiedzieć na pytanie, dlaczego podczas wprowadzania zmian w swoich placówkach możecie napotkać opór ze strony zespołu, dyrekcji czy rodziców, jak go dostrzec, przeformułować i spowodować, by stał się siłą napędzającą zmianę. W ramach mojego wystąpienia nie poruszałam złożonego problemu, jakim jest niespożywanie przez dzieci przygotowanych przez Państwa posiłków, gdyż temat „Dlaczego dzieci nie jedzą, tak jak by chcieli dorośli” jest przedmiotem innego szkolenia.

Rozporządzenia regulujące żywienie w szkołach

W 2015 roku weszło w życie pierwsze Rozporządzenie Ministra Zdrowia regulujące wymagania dotyczące żywienia zbiorowego. Były to uszczegółowione wytyczne, które odnosiły się zarówno do częstotliwości serwowania poszczególnych środków spożywczych, jak i ich różnorodności. Dodatkowo wyłączono m.in. stosowanie substancji słodzących zdefiniowanych w rozporządzeniu (WE) nr 1333/2008. Wejście regulacji na cztery dni przed początkiem roku szkolnego spowodowało opór, a brak szczegółowych wytycznych dotyczących interpretacji wybranych zapisów – rozczarowanie.

Dziś aktualnym i obowiązującym jest zmienione Rozporządzenie z dnia 26 lipca 2016 roku w sprawie środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach.

¹ K. W. Vopel. (2006), *Poradnik dla prowadzących grupy*, w: A. Kozak, *Proces grupowy, Poradnik dla trenerów, nauczycieli i wykładowców*, Gliwice, s. 55–57.

W ramach aktualnego Rozporządzenia w drugiej jego części (§2) dowiadujemy się, co powinno wchodzić w skład danego zestawu obiadowego z uwzględnieniem częstotliwości występowania np. technik obróbki termicznej czy podawania porcji ryby. Przygotowując posiłki w przedszkolu czy szkole, musimy uwzględnić kryteria określone w §2.

Obejmują one:

1. Zastosowanie środków spożywczych z uwzględnieniem wymagań dla grupy wiekowej wynikających z aktualnych norm żywienia dla populacji polskiej. Aktualne normy żywienia dla populacji polskiej zostały wydane przez jednostkę podlegającą Ministrowi Zdrowia – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (NIZP PZH). Normy pod nazwą „Normy żywienia dla populacji polskiej i ich zastosowanie” zostały znowelizowane i wydane w grudniu 2020 roku. Aktualnie są dostępne nieodpłatnie na stronach www.ncez.pl.
2. Na całodienne żywienie mają składać się środki spożywcze pochodzące z różnych grup.
3. Posiłki zasadnicze (śniadanie, obiad, kolacja) mają zawierać produkty z następujących grup środków spożywczych:
 - a. produkty zbożowe lub ziemniaki (**od autora:** zgodnie z rekomendacjami Narodowego Centrum Edukacji Zdrowotnej, która opublikowała Talerz Zdrowia – jako formę graficzną zasad żywienia dzieci i młodzieży – rekomenduje się zamianę jasnych produktów wysokooczyszczonych na pełnoziarniste, włączenie grubych i średnich kasz, pieczywa pełnoziarnistego. Jeśli w drugim daniu są serwowane ziemniaki – do zupy należy podać produkt zbożowy),
 - b. warzywa lub owoce (**od autora:** warzywa i owoce są cennym źródłem witamin i składników mineralnych oraz błonnika. Zgodnie z rekomendacjami NCEZP warto włączać więcej warzyw niż owoców. Można podawać porcje w kawałkach, słupkach, ćwiartkach – to nie muszą być surówki),
 - c. mleko lub produkty mleczne (**od autora:** rekomenduje się produkty półtłuste, bez dodatku substancji słodzących – najlepiej naturalne),
 - d. mięso, ryby, jaja, drób, nasiona roślin strączkowych (**od autora:** to grupa wymienna. Zgodnie z rekomendacjami, należy dążyć do zwiększania udziału nasion roślin strączkowych kosztem zmniejszania udziału wieprzowiny),
 - e. inne nasiona i tłuszcze (**od autora:** rekomenduje się ograniczanie tłuszczów odzwierzęcych na rzecz tłuszczów roślinnych),
4. Zupy i sosy mają być przygotowane z naturalnych składników, bez użycia koncentratów spożywczych z wyłączeniem naturalnych.
5. Od poniedziałku do piątku mogą być podane nie więcej niż dwie porcje potrawy smażonej (smażymy na oleju rzepakowym).
6. Napoje przygotowane na miejscu nie powinny mieć więcej niż 10 g cukrów na 250 ml produktu gotowego do spożycia (**od autora:** rekomenduje się

podawanie naturalnych naparów herbacianych, wody bez dodatku cukru, można podawać wodę z owocem).

7. Każdego dnia należy podać:
 - a. w bursach i przedszkolach przynajmniej dwie porcje mleka lub przetworów mlecznych (**od autora:** w posiłku obiadowym w szkole można uwzględnić dodatek mleka lub przetworów mlecznych, ale nie jest to warunek konieczny. Zaleca się stosowanie produktów mlecznych naturalnych, bez dodatku cukrów¹).
 - b. co najmniej jedna porcja z grupy: mięso, ryby, jaja, drób, nasiona roślin strączkowych,
 - c. warzywa i owoce w każdym posiłku (**od autora:** interpretujemy ten zapis dosłownie, czyli poza posiłkami zasadniczymi: śniadanie, obiad, kolacja – owoc lub warzywo podajemy również w czasie II śniadania i podwieczorku).
8. W żywieniu całodziennym (bursa) podajemy pięć porcji warzyw lub owoców, z zachowaniem proporcji.
9. Co najmniej raz w tygodniu (od poniedziałku do piątku w przypadku przedszkoli i szkół; w przypadku burs od poniedziałku do niedzieli) była podana porcja ryby.

Ważne. Planując jadłospisy i odnosząc się do rozporządzenia², norm³ oraz talerza zdrowia⁴, musimy pamiętać, iż w celu obliczenia wartości energetycznej zestawów obiadowych bądź wyżywienia w przedszkolu czy burasach należy zebrać szczegółowe dane (wiek, płeć, poziom aktywności fizycznej) dzieci i młodzieży podlegającej wyżywieniu, a następnie wyliczyć normę na energię i składniki odżywcze.

Poza powyższymi wymogami osoba planująca wyżywienie jest zobowiązana również uwzględnić:

1. Wymogi Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 roku w sprawie przekazywania konsumentom informacji. Zgodnie z nim do każdej potrawy muszą zostać podane zawarte w niej alergeny. W jadłospisach przy posiłkach powinien być podany skład z oznaczeniem składników zawierających alergeny. Alergeny podane są ww. rozporządzeniu.

2. Wymogi Rozporządzenia Ministra Rolnictwa w Rozwoju Wsi z dnia 23 grudnia

¹ K. Wolnicka, A. Taraszeńska red. (2020), *Obiady szkolne*, Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej, Warszawa, <https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/obiady-szkolne-web-21-12-final-1.pdf> [dostęp: 12.04.2021].

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych..., <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20160001154/O/D20161154.pdf> [dostęp: 12.04.2021].

³ M. Jarosz i in. red. (2020), *Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Polski Zakład Higieny, <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/normy-zywienia-2020/> [dostęp: 12.04.2021].

⁴ K. Wolnicka (2020), *Talerz zdrowego żywienia*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Polski Zakład Higieny, <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/talerz-zdrowego-zywienia/> [dostęp: 12.04.2021].

2014 roku w sprawie znakowania poszczególnych rodzajów środków spożywczych, gdzie według §19 ww. rozporządzenia jadłospisy powinny uwzględniać wykaz składników poszczególnych potraw. Nie jest konieczne podawanie w jadłospisie wartości odżywczej.

W powyższym artykule nie odnoszę się do kwestii związanych z wymogami prawnymi w odniesieniu do wymogów funkcjonowania kuchni czy cateringów stawianych przez Główny Inspektorat Sanitarny (GIS)¹.

Jak czytamy powyżej, zmiany, wymogi, nowe przepisy, aktualizacje to działania, które mogą zaburzyć pracę w dotychczas dobrze funkcjonującym zespole.

Zadajmy zatem sobie pytanie: dlaczego? Wejścia regulacji nie poprzedziła informacja. Jak powinien być zbudowany jej przekaz?

diagnoza → fakty → wnioski → priorytety → cele → współpraca → planowanie → działania → ewaluacja → implementacja

Bariera w zmianie zachowań żywieniowych, może mieć związek z żywnością, konsumentem oraz jego otoczeniem². Odnosząc się do faktów, iż wytyczne wprowadzone w sposób dyrektywny, zaakcentowane karą finansową za nieprzestrzeganie regulacji, kierowane były do osób dorosłych, nie trudno było o wywołanie konfliktu. Uczący się dorośli inaczej niż dzieci w procesie uczenia się odbierają informacje. Do głównych problemów, z którymi borykają się ludzie dorośli, którzy znaleźli się w sytuacji zadaniowej (zmiany), należą:

- strach przed porażką („nie wiem, czy ta receptura się sprawdzi – ma mieć mniej soli, zamiast cukru mam dodać miód”).
- obawa dotycząca poziomu i jakości wykonania zadania („czy dzieci to zjedzą? Wśród spożywających posiłki jest kadra nauczycielka – a co jeśli im nie zasmakuje?”).
- obawa przed zawstydzeniem („masz tyle lat doświadczenia i tego nie zrobisz?”).
- obawa przed brakiem określonych umiejętności („nie potrafię optymalnie wykorzystać naszego pieca”).
- negatywne doświadczenia z przeszłości („już próbowaliśmy, to się nie udało”)³.

Dla każdej z placówek zmiana miała inny wymiar. Problemy związane z jej wprowadzaniem mogły mieć związek z brakiem wyposażenia w odpowiedni sprzęt do przygotowania posiłków gotowanych, pieczonych (nowe wymogi ograniczyły smażenie do 2 potraw na 5 dni), brakiem zasobów personalnych, brakiem dostępu do szkoleń, brakiem wyposażenia intendentów w programy wspomagające wyliczanie wartości odżywczej zestawów dekadowych. I w związku z tym nie można było założyć, iż w każdej z placówek zmiana zostanie przyjęta za potrzebną i możliwą do realizacji.

Rozwiązania ułatwiające wprowadzenie zmian w placówkach szkolnych

1. Diagnoza stanu wyjściowego

¹ Główny Inspektorat Sanitarny, oficjalna witryna internetowa, <https://www.gov.pl/web/gis> [dostęp: 12.04.2021].

² M. Jeżewska-Zychowicz (2011), *Zmiana zachowań żywieniowych a profilaktyka zdrowotna*, Warszawa.

³ A. Kozak (2010), *Proces grupowy. Poradnik dla trenerów, nauczycieli i wykładowców*, Gliwice.

Czym jest diagnoza¹? Ustaleniem stanu rzeczywistego. Diagnozę powinny poprzedzić fakty – czyli ustalenie poziomu najwyższego, zwanego standardem – jak jest najlepiej. Czyli nasz zespół powinien przejść szkolenie, w którego zakresie byłoby przedstawienie aktualnych wytycznych dotyczących prawidłowych zasad żywienia dzieci i młodzieży. Następnie należałoby odnieść normy do realizowanych w placówce posiłków (ocena jakościowa i ilościowa).

2. Wnioski, czyli konkretne obiektywne dane, co robimy dobrze, jakie obszary są do zmiany

Jest wiele placówek oświatowych, które oferują dzieciom zbilansowane posiłki. Czasem po dokonaniu samooceny dostrzegają, że zbyt mało jest porcji warzyw surowych lub stosunek warzyw do owoców jest nieproporcjonalny. Działanie związane z samooceną pozwala na podjęcie w zespole zredefiniowania celów, zaplanowanie nowych działań i współdziałanie w ich realizacji. Współdziałanie polega na określeniu co, z kim, jak i kiedy.

3. Prawidłowa informacja zwrotna, czyli inny wymiar ewaluacji

Ewaluacja odnosi się do zbierania i analizowania informacji w odniesieniu do celów, jakie założyliśmy. Możemy podjąć się zebrania informacji w liczbach, np. zwrotów surówek, ile było, ile jest, możemy przeliczyć *food cost*, czy zwiększyła/zmniejszyła się liczba wydawanych posiłków. „Ludzie tworzą miejsca, a miejsca tworzą ludzi” (John Green, *Papierowe miasta*), zatem i zmiana, przed którą stoicie, dotyczy zespołu, z którym pracujesz. Czyż nie lepiej jest spojrzeć na ewaluację z perspektywy pozytywnego feedbacku? W informacji zwrotnej chodzi o to, by to Twój zespół „podjął nowe decyzje oraz zmienił swoje zachowania i przekonania”².

Krok 1: Docerń wysiłek.

Krok 2: Wskaż, co można zmienić/poprawić – używaj sformułowań: „następnym razem” zamiast: „nie zrobiles”.

Krok 3: Formułuj pytania, by wskazać rozwiązania: np. co mogłoby pomóc nam następnym razem...

Krok 4: Wskaż pozytywną emocję, np. „masz potencjał, by to zrobić”, „jestem pozytywnie zaskoczona, że spróbowaliśmy”.

Podsumowując, chciałam zwrócić uwagę na fakt, iż zespół planujący, przygotowujący i realizujący posiłki w placówkach oświatowych stanowi integralną część społeczności przedszkolnej/szkolnej. Powinien mieć dostęp do ustawicznego podnoszenia swoich kwalifikacji, regularnego doposażania miejsca pracy, dostępu do inspiracji kulinarnych i wymiany doświadczeń, a także personalizacji. Moim marzeniem jest, by wchodząc do placówki, oprócz dyplomów, pucharów, widzieć piękną gablotę z napisem „Tu karmimy przyszłych mistrzów” Janka, Agnieszka, Zofia i Tadeusz – to nasz zespół. My, każdego dnia dbamy, byś stał się Mistrzem Życia.

¹ Interpretacja na podstawie: Z. Słońska, B. Wojnarowska red. (2002), *Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej*, Warszawa.

² *Kunst feedbacku – jak budować zaufanie w relacji z grupą* – szkolenie w ramach Master Business Trainer, projektu współfinansowanego przez UE w ramach EFS.



Katarzyna Woźnicka

Co zrobić, by nałożone zostało zjedzone, czyli jak wdrożyć zmiany w żywieniu zbiorowym?

Dzieciństwo to czas, w którym organizm i psychika dziecka intensywnie się kształtują i rozwijają. To właśnie ten okres jest kluczowy do zbudowania prawidłowych nawyków żywieniowych na resztę życia. Właściwe odżywianie wpływa na rozwój i sprawność biologiczną organizmu, zdolności uczenia się, ogólne samopoczucie oraz jakość życia¹. Najbardziej narażone na błędy żywieniowe są dzieci w pierwszych latach swego życia, a sposób ich żywienia jest determinowany przez wiele czynników, między innymi środowisko rodzinne, nawyki żywieniowe rodziców, wspólnie spożywane posiłki oraz dostępność żywności i czynniki środowiskowe, takie jak żywienie zbiorowe w placówkach edukacyjnych². Dlatego tak ważne jest, aby jedzenie podawane dzieciom w ramach żywienia zbiorowego było odpowiedzią na fizjologiczne potrzeby wyznaczone poprzez normy i zapotrzebowania wyliczone dla danych grup wiekowych, ale również było przygotowywane w sposób, który zachęci dzieci do spożywania serwowanych im dań.

Żywność zbiorowa dzieci i młodzieży – bazowe zasady

Dzieci powinny spożywać 4–5 posiłków dziennie. Są to 3 posiłki główne (śniadanie, obiad, kolacja) i 1–2 posiłki uzupełniające (drugie śniadanie i podwieczorek). W przypadku dzieci uczęszczających do przedszkola placówka powinna zapewnić 3 posiłki o łącznej wartości energetycznej pokrywającej 75% dziennej racji pokarmowej³, co pokazuje, jak duży wpływ na nawyki żywieniowe dzieci i młodzieży mają osoby odpowiedzialne za żywienie zbiorowe oraz sposób, w jaki jest ono prowadzone. Głównymi błędami w diecie dzieci i młodzieży definiowanymi w badaniach od wielu lat jest z jednej strony nadmiar cukrów prostych, zbyt

¹ I. Roszko-Kirpsza i. in. (2011), *Wybrane nawyki żywieniowe a stan odżywienia dzieci i młodzieży regionu Podlasia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 92(4), s. 799–805.

² M. Jarosz, K. Woźnicka, J. Kłosowska (2011), *Czynniki środowiskowe związane z występowaniem nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży*, „Postępy Nauk Medycznych”, nr 9, s. 770–777.

³ J. Charzewska red. (2011), *Rekomendacje dla realizatorów żywienia z zakresu zasad prawidłowego żywienia dzieci w przedszkolach*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa.

duża ilość soli oraz produktów wysokoprzetworzonych¹, a z drugiej zbyt mała ilość spożywanych owoców i warzyw oraz produktów pełnoziarnistych². Należy pamiętać, że makroskładniki oraz witaminy i składniki mineralne dostarczane wraz z pożywieniem mają szansę odżywić organizm dopiero w momencie, w którym zostaną przez dziecko skonsumowane pod postacią posiłku. Właśnie dlatego tak ważne jest nie tylko wprowadzanie zmian w rodzaju podawanych posiłków, tworzenie jadłospisów i weryfikowanie ich zgodności z normami i zaleceniami, ale też zwracanie uwagi również na to, w jakim stopniu podawane dzieciom posiłki są realnie spożywane oraz identyfikowanie nieprawidłowości na etapie decyzji dziecka co do skłonności do zjedzenia serwowanych produktów lub dań i stosowanie strategii zwiększających szansę na spożycie ich przez dzieci. Główne wyzwania dotyczące żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży są zbieżne z zaleceniami NIZP-PZH przedstawionymi w formie „Talerza zdrowia”³. Wdrażanie zmian w żywieniu zbiorowym powinno przebiegać etapowo i spokojnie, tak by personel stołówki miał szansę przygotować się do zmian, a uczniowie czy rodzice czuli się komfortowo z wprowadzanymi modyfikacjami. Wdrażanie zmian w żywieniu etapowo rekomenduje również NIZP-PZH w formie 3 kroków do zdrowia⁴, które z powodzeniem można wykonać jako inspirację i kierunek ewolucji jadłospisów w żywieniu zbiorowym.

Zmiany w żywieniu zbiorowym

Wprowadzając nowe produkty do jadłospisów dzieci oraz modyfikując te dotychczasowe, warto znać i próbować wykorzystywać strategie zwiększające szansę na spotęgowanie apetytu na posiłki i produkty, których spożycie należy zwiększyć w ich diecie. Jednym z kluczowych czynników wpływających na ilość spożywanych produktów jest czas, który dzieci mają na zjedzenie posiłku podczas pobytu w placówce. Badania wykazały, że uczniowie, którzy mają mniej niż 20-minutową przerwę obiadową, są mniej skłonni do spożywania owoców, a przy podobnych preferencjach do wyboru danych produktów, uczniowie, którzy mieli mniej niż 20 minut na zjedzenie, zjadali 13% mniej swojego dania ogółem, 10% mniej mleka, i 12% mniej warzyw w porównaniu z uczniami, którzy mieli co najmniej 25 minut na posiłek⁵. Kolejną rzeczą wartą uwagi jest sposób podania oraz walory organoleptyczne posiłków. Wygląd i zapach serwowanych dań są istotnymi czynnikami wyboru jedzenia przez uczniów, a zmysły poprzedzają zdolność smakowania potraw⁶, dlatego tak ważne jest zwracanie uwagi na jakość oraz sposób podawania posiłków i dążenie do

¹ M. Jarosz, E. Rychlik (2008), *Najczęstsze wady w żywieniu dzieci i młodzieży*, w: M. Jarosz, red., *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa, s. 17–25.

² M. Jarosz i in. (2016), *Stan odżywienia dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce – badania w ramach projektu KIK/34 „Zachowaj Równowagę” realizowanego w Szwajcarsko-Polskim Programie Współpracy*, „Żywność Człowieka i Metabolizm”, nr 43(4), s. 231–238.

³ K. Wolnicka (2020), *Talerz zdrowego żywienia*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Polski Zakład Higieny, <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/talerz-zdrowego-zywienia> [dostęp: 24.03.2021].

⁴ K. Wolnicka (2020), *Talerz...*

⁵ J. Cohen i in. (2016), *Amount of Time to Eat Lunch Is Associated with Children’s Selection and Consumption of School Meal Entrée, Fruits, Vegetables, and Milk*, „Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics”, nr 116(1), s. 123–128.

⁶ M. Murimi i in. (2016), *A Qualitative Study on Factors that Influence Students’ Food Choices*, „Journal of Nutrition and Health”, nr 2(1).

tę, aby dania były uznawane przez dzieci za apetyczne i warte spróbowania. Pozytywne efekty w zwiększaniu skłonności do spożywania konkretnych warzyw i owoców ma edukacja żywieniowo-kulinarna realizowana w formie cyklicznych zajęć dotyczących zdrowego odżywiania, ale i wprowadzająca elementy takie jak np. warsztaty kulinarne czy zajęcia z ogrodnictwa pozwalające dzieciom poznać dane produkty spożywcze, zanim zobaczą je pierwszy raz na talerzu¹.

Od wielu lat prowadzonych jest wiele badań dotyczących preferencji do spożywania danych produktów mające na celu znalezienie skutecznych strategii zwiększających konsumpcję, w szczególności warzyw i owoców oraz produktów pełnoziarnistych. Warto wziąć pod uwagę te związane z „nudgingiem”, czyli oparte na wiedzy i obserwacjach tego, w jaki sposób ludzie podejmują decyzje na poziomie kognitywnym, afektywnym i behawioralnym. Zalicza się do nich między innymi metody wymienione poniżej.

Metody kognitywne – pozwalające na poznanie właściwości

- Wykaz wartości odżywczych.
- Ocena wartości (etykietowanie posiłków).
- Ekspozycja propozycji zdrowszych na pierwszym planie, zwiększenie ich widoczności w menu.

Metody afektywne – oparte na emocjach, uczuciach

- Odniesienie do wartości zdrowotnych i ich wpływu mające na celu zachęcenie do dokonania zdrowszego wyboru (zdrowe jabłko, odżywcza owsianka).
- Odniesienie do pobudek hedonistycznych, żywe i interesujące, atrakcyjne opisy (wybuchowy buraczek, zakręcone, cytrusowe glazurowane marchewki, szpinak pełen mocy itp.).

Metody behawioralne – oparte na zachowaniu

- Zwiększanie dostępności produktów, na których konsumpcji nam zależy poprzez formę podania (pokrojone w ćwiartki, nakładane w pierwszej kolejności, porcjowane, niewymagające użycia sztućców i zmniejszanie dostępności produktów niepożądanych).
- Złudzenie talerza – większe porcje produktów zdrowych oraz mniejsze porcje produktów niepożądanych².

Dodatkowo, wprowadzając zmiany w procesie przygotowywania posiłków, warto zastosować techniki zmiany dotyczące technologii przygotowywanych posiłków pozwalające na dopasowanie wartości odżywczych posiłków do obecnych zaleceń żywieniowych.

Zwiększenie ilości podawanych warzyw i owoców i zachęcenie uczniów do ich spożywania. Szczególnie pomocne mogą być następujące strategie:

¹ E. Jarpe-Ratner i in. (2016), *An Experiential Cooking and Nutrition Education Program Increases Cooking Self-Efficacy and Vegetable Consumption in Children in Grades 3–8*, „Journal of nutrition education and behavior”, nr 48(10), s. 697–705.

² R. Cadario, P. Chandon (2018), *Which healthy eating nudges work best? A meta-analysis of field experiments*, „Appetite”, nr 130, s. 300–301.

- dawanie uczniom wyboru spośród kilku warzyw¹,
- nakładanie warzyw w pierwszej kolejności na talerz²,
- podawanie warzyw w formie atrakcyjnej, łatwej do spożycia,
- stosowanie interesujących, ciekawych dla dzieci opisów dań takich jak np. zakręcona marchewka, wybuchowy buraczek pełen mocy, czy nawiązujących do atrakcyjnych dla dzieci bohaterów, np. bajek.

Zwiększenie liczby podawanych produktów pełnoziarnistych

- poprzez stopniowe zastępowanie części produktów z mąki oczyszczonej produktami pełnoziarnistymi,
- wprowadzanie produktów bogatobłonnikowych do receptur dań lubianych przez dzieci, takich jak np. naleśniki.

Zamianę mięsa czerwonego oraz przetworów mięsnych na inne źródła białka, takie jak ryby, drób, nasiona roślin strączkowych, orzechy

- stosowanie zasady dwóch źródeł białka (część białka z mięsa, część białka z nasion roślin strączkowych) w kotletach, sosach do makaronu,
- przygotowywanie zup i gulaszy na wywarach warzywnych i podawanie ich z dodatkiem nasion roślin strączkowych,
- częściową zamianę masła oraz wędliny zwyczajowo podawanych na śniadanie na różnego rodzaju pasty kanapkowe przygotowywane na bazie nasion roślin strączkowych czy ziaren lub pestek.

Badania oraz doświadczenia własne pokazują, że podejmowanie prób wdrażania wyżej opisanych zmian może przynieść pozytywne efekty. Nie ma jednego, preferencyjnego sposobu lub reguły, które zasady są najbardziej pomocne w strategii zwiększania spożycia przez dzieci w stołówkach szkolnych bardziej zbilansowanych posiłków, jednak warto podejmować te próby, mając na uwadze synergiczne działanie i współpracę wielopłaszczyznową na linii dyrekcja – placówka – personel pedagogiczny – personel stołówki szkolnej – rodzice. Należy również pamiętać, że wdrożenie zmian w żywieniu zbiorowym musi być procesem długofalowym, spokojnym, kontrolowanym i przede wszystkim angażującym nie tylko personel szkolnej stołówki, ale również pozostałych dorosłych, którzy mają wpływ na nawyki żywieniowe, postawy, świadomość żywieniową dzieci i młodzieży. Wspólne działania na rzecz lepszego jedzenia powinny być ważnym tematem każdej społeczności szkolnej czy przedszkolnej.

¹ K. W. Cullen (2015), *Differential improvements in student fruit and vegetable selection and consumption in response to the new National School Lunch Program regulations: a pilot study*, Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, nr 115(5), s. 743–750.

² S. L. Elsbernd i in. (2016), *Serving vegetables first: A strategy to increase vegetable consumption in elementary school cafeterias*, „Appetite”, nr 96, s. 111–115.



Klaudia Wiśniewska

Z gabinetu do Internetu, czyli trendy w poradnictwie dietetycznym: szanse, wyzwania, najlepsze praktyki

Poradnictwo dietetyczne w Polsce w ostatnich latach rozwijało się bardzo dynamicznie, dodatkowo pandemia COVID-19 wyraźnie wytyczyła pewien trend. Wraz ze wzrostem aktywności w Internecie znacznie zwiększyło się zapotrzebowanie na specjalistów świadczących usługi w formie hybrydowej lub wyłącznie zdalnie.

Trendy w branży

Zachowania Internautów można w prosty sposób sprawdzić za pomocą narzędzia – Google Trends. Jest to serwis Google, który udostępnia informacje na temat liczby, pochodzenia, zapytań wpisywanych w wyszukiwarkę Google. Dzięki temu możemy porównać między innymi częstość różnych zapytań na wykresie. Analiza trendów wyszukiwań Internautów podczas pandemii wykazała:

- ogólny spadek zainteresowania usługami dietetycznymi na początku pierwszego i drugiego lockdownu,
- wzrost zainteresowania usługami dietetycznymi świadczonymi przez specjalistów, takich jak psychodietetyk, dietetyk kliniczny, dietetyk dziecięcy,
- wzrost zainteresowania usługami cateringu dietetycznego w porównaniu z usługami dietetycznymi,
- wzrost zainteresowania darmowymi poradami dotyczącymi diety i odchudzania w porównaniu z usługami dietetycznymi,
- wzrost zainteresowania usługami dietetycznymi świadczonymi zdalnie¹.

Cyfrowa rewolucja w branży dietetycznej

Pandemia COVID-19 była niewątpliwie ogromnym impulsem do jeszcze dynamiczniejszego rozwoju e-usług². Dietetycy działający w sposób tradycyjny, czyli przyjmujący pacjentów do tej pory głównie w gabinecie, wprowadzili

¹ Google Trends, oficjalna witryna internetowa, <https://trends.google.pl/trends/?geo=PL>, [dostęp: 05.04.2021].

² Amerykańskie Stowarzyszenie Telemedycyny, oficjalna witryna internetowa, <http://www.americantelemed.org/main/about/telehealth> [dostęp: 07.04.2021].

możliwość zdalnego świadczenia porad z użyciem rozwiązań z pogranicza telemedycyny i dostosowali swoją ofertę do potrzeb rynku. Istnieje wiele narzędzi i sposobów kontaktu z pacjentem, które można wykorzystać w pracy zdalnej. Jednakże mimo powszechności tych rozwiązań wielu dietetyków i pacjentów nadal ma wątpliwości dotyczące ich skuteczności. Czy te obawy są słuszne, czy jednak warto sięgnąć po nowe rozwiązania technologiczne?

Konsultacja w gabinecie czy konsultacja zdalna: co na to badania naukowe?

Do tej pory powstało wiele badań, które sprawdzają skuteczność interwencji z zakresu e-zdrowia mających na celu redukcję masy ciała i zmianę nawyków żywieniowych. Jeden z pierwszych większych przeglądów systematycznych na ten temat kilka lat temu ukazał się na łamach czasopisma naukowego „Obesity Review”¹. Interwencje w analizowanych badaniach prowadzone były głównie z wykorzystaniem Internetu, poczty elektronicznej, wiadomości tekstowych, urządzeń monitorujących, aplikacji mobilnych, programów komputerowych, podcastów i osobistych asystentów cyfrowych. Ponad 40% interwencji wykorzystywało więcej niż jeden rodzaj technologii. Metaanaliza wykazała, że zastosowanie nawet niewielkich interwencji w zakresie e-zdrowia (np. korzystanie z dedykowanych dla osób odchudzających się stron internetowych lub aplikacji mobilnych) prowadzi do redukcji masy ciała o 2,7 kg w porównaniu z brakiem interwencji. Co ciekawe, wykazano również, że najskuteczniejsze jest połączenie interwencji z zakresu e-zdrowia z opieką dietetyczną *face to face* (F2F) świadczoną w czasie rzeczywistym za pomocą wideorozmowy lub rozmowy w gabinecie. Takie rozwiązanie jest efektywniejsze w kontekście redukcji masy ciała i zmiany nawyków żywieniowych w porównaniu z usługami dietetycznymi, które ograniczają się do samych konsultacji w gabinecie. Do podobnych wniosków doszli autorzy opublikowanej w 2020 roku metaanalizy² – interwencje z zakresu e-zdrowia są skuteczne, ale ważna jest ich personalizacja. Treści przekazywane pacjentom zdalnie dla uzyskania lepszych efektów powinny być indywidualnie dostosowane m.in. do stanu zdrowia i stylu życia oraz osobistych preferencji.

Ciekawych danych dostarcza również praca Beleigoli i zespołu³ opublikowana w 2020 roku, która skupiła się na porównaniu skuteczności porad dostarczanych za pomocą dedykowanej platformy internetowej z udziałem dietetyka lub bez niego. Oceniano masę ciała oraz nawyki żywieniowe łącznie przez 24 tygodnie. Do badania zrekrutowano osoby dorosłe z nadwagą i otyłością. Najkorzystniejsze wyniki odnotowano w grupie osób korzystających ze spersonalizowanych materiałów dietetycznych (zalecenia dotyczące diety i aktywności fizycznej dostarczane za pośrednictwem e-bookletów i filmów) zamieszczonych na platformie w połączeniu z konsultacjami dietetycznymi. Zaobserwowano m.in. większy spadek masy ciała, wzrost spożycia warzyw i owoców, mniejsze spożycie żywności wysokoprzetworzonej oraz większe zaangażowanie uczestników

1 M. J. Hutchesson i. in. (2015), *eHealth interventions for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults: a systematic review with meta-analysis*, „Obesity Review”, nr 16(5), s. 376–392.

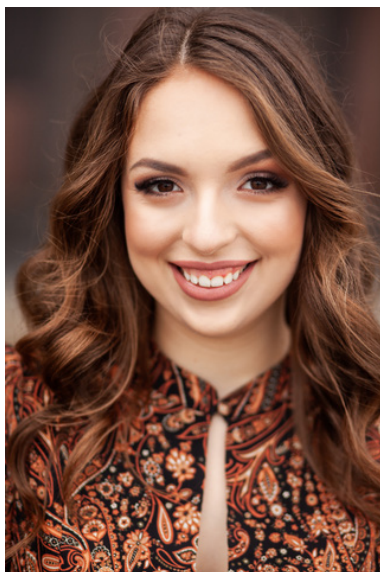
2 Y. Lau i. in. (2020), *Personalised eHealth interventions in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*, „Preventive Medicine”, nr 132.

3 A. Beleigoli i. in. (2020), *Personalized Web-Based Weight Loss Behavior Change Program With and Without Dietitian Online Coaching for Adults With Overweight and Obesity: Randomized Controlled Trial*, „Journal of medical Internet research”, nr 22(11).

w proces zmiany stylu życia. W badaniu tym nie zaobserwowano jednak różnic w aktywności fizycznej między grupami.

Rozwiązania hybrydowe – ważny trend w rozwoju usług dietetycznych

Podsumowując, interwencje z zakresu e-zdrowia mogą być równie skuteczne lub nawet skuteczniejsze w procesie redukcji masy ciała niż konsultacje stacjonarne w gabinecie, pod warunkiem, że są spersonalizowane. Należy jednak podkreślić, że brakuje danych (w szczególności zbieranych przez długi czas) dotyczących skuteczności interwencji z zakresu e-zdrowia w utrzymaniu zredukowanej masy ciała oraz ich zastosowania dla innych jednostek chorobowych niż otyłość. Dobrej jakości usługa dietetyczna zdalna niewątpliwie jest przyszłością. Potrzebujemy jednak rozwiązań hybrydowych, uwzględniających kontakt *face to face*, który w pewnych przypadkach jest wręcz niezbędny.



Magdalena Hajkiewicz-Mielniczuk

Biznes oparty na przekazywaniu wiedzy w Internecie – jak zarabiać na nim satysfakcjonujące pieniądze

Jako specjaliści poświęcamy dużo czasu na zdobywanie fachowej wiedzy. Często jednak zdecydowanie mniej angażujemy się w zgłębianie tajników marketingu i sprzedaży. Stajemy wtedy przed wyzwaniem – mamy wiedzę, ale nie potrafimy jej spieniężyć. Jak dotrzeć do potencjalnych klientów i pomóc im w rozwiązaniu ich problemów? Wierzę, że odpowiedzią na to pytanie jest stworzenie biznesu opartego na wartości i przekazywaniu wiedzy.

Co nie pozwala nam zacząć?

W projekcie Przedsiębiorczy Dietetyk, który prowadzę wspólnie z Justyną Świetlicką i Violą Urban, uczymy dietetyków, jak prowadzić biznes, który zarabia. Wielu kursantów zgłasza nam, że sprzedaż jest dla nich trudna. Opisują dwie główne obawy przed tym, by w ogóle zacząć działać na własną rękę w Internecie.

1. W sieci jest już wszystko
2. Sprzedaż to wciskanie

W sieci jest już wszystko

Pierwsza obawa wynika oczywiście z prostej obserwacji. Trudno zaprzeczyć, że niezależnie od tego, co wpisujemy do wyszukiwarki, czeka na nas setki wyników. Tutaj dochodzimy do sedna – tak, wiedzy w Internecie jest mnóstwo, ale niewyselekcjonowanej. Naszym zadaniem jest przedstawić ją w taki sposób, aby była dopasowana do potrzeb i możliwości odbiorcy. Selekcjonując treść, musimy kierować się potrzebami naszej grupy docelowej, tym, z jakimi problemami boryka się klient, jak próbował je rozwiązać do tej pory, co w tej strategii zawiodło i w jaki sposób nasz produkt czy usługa pomoże mu przezwyciężyć trudności.

Sprzedaż to wciskanie

Przekonanie, że sprzedaż to wciskanie, często wynika ze skojarzenia z call center. Gdy dzwoni do nas ktoś, kogo nie znamy, w nieodpowiednim momencie, a do

tę proponuje produkt, którego nie potrzebujemy, to zrozumiałe jest, że czujemy irytację. Biznes oparty na wartościach i przekazywaniu wiedzy to jednak coś wręcz odwrotnego. Sprzedający w takim modelu ma na uwadze dobro i interes klienta, daje mu wartość, buduje relację, zaufanie. To podejście dalekie od odhaczania wyniku sprzedażowego czy realizowania planów rocznych.

Dlaczego nie zarabiasz?

Wiara w to, że wszystko w Internecie zostało już powiedziane, a sprzedaż to wciskanie sprawiają, że specjaliści nie działają w sieci, nie docierają do szerszego grona odbiorców, a co za tym idzie, nie zarabiają satysfakcjonujących pieniędzy. Takie przekonania bezpośrednio sabotują sukces biznesowy. Dlatego warto zmienić swoje myślenie o zarabianiu. Skoro zależy nam na dotarciu do osób, których problemy potrafimy rozwiązać, to nie ma tu mowy o wciskaniu. Zarabiamy, ponieważ umiemy pomóc naszemu klientowi. W takim rozumieniu produkt lub usługa stają się narzędziem do rozwiązania pewnego problemu. Cena to koszt, jaki jest w stanie ponieść klient, abyśmy przeprowadzili go z punktu a do punktu b. Dzięki naszej pomocy odbiorca, który boryka się z danym problemem, dochodzi do miejsca, w którym tego problemu już nie ma. Nie sprzedajesz zatem tylko e-booka z przepisami, ale wizję tego, jak poczuje się klient, gdy już nie będzie musiał poświęcać czasu na szukanie przepisów, myślenie o tym, co kupić do jedzenia i jak zbilansować posiłek, żeby był zdrowy i smaczny. Aby tak się stało, musimy dotrzeć do osób, którym potrafimy pomóc.

Jak dotrzeć do swoich idealnych klientów?

Na początek warto zdefiniować, jakie problemy potrafimy rozwiązywać. To od nas zależy, czy zawężymy, czy poszerzymy swoją grupę docelową. Niezależnie od tego, którą strategię wybierzemy, kluczowe jest skupienie się na budowaniu relacji. Stanowi ona podstawę zarabiania w Internecie. Dlatego tak ważne jest to, aby odbiorca darzył nas zaufaniem i wierzył, że z naszą pomocą jest w stanie rozwiązać swój problem. W tym kontekście sprzedawanie czegoś, w co nie wierzymy, nigdy w dłuższej perspektywie nie będzie opłacalne – niezadowolony klient straci do nas zaufanie i nie kupi ponownie. Osoba, która nam ufa, z czasem zamieni się w stałego klienta, a nawet ambasadora naszej marki. Jak tego dokonać krok po kroku?

1. Buduj więź. Pokaż, że wiesz, z jakimi trudnościami borykają się Twoi odbiorcy.
2. Wypracuj rozwiązanie problemu klienta i komunikuj ideę stojącą za produktem lub usługą (taki sposób myślenia ilustruje przykład z e-bookiem).
3. Docieraj do osób, którym możesz pomóc – twórz darmowe treści, załóż bloga, profile w mediach społecznościowych i dziel się swoją wiedzą ekspercką.
4. Buduj zaufanie i sympatię – pokazuj, że potrafisz rozwiązywać problemy i prezentuj sposób, w jaki pracujesz.
5. Zaoferuj klientowi lead magnet, czyli małą próbkę swojego produktu. Jeśli sprzedajesz np. e-booka z 30 przepisami, to stwórz 3 przepisy do pobrania za darmo, aby odbiorca mógł zapoznać się z Twoją metodą przekazywania wiedzy.

6. Zbuduj strategię swoich produktów opartą na problemach i potrzebach klientów.

Dlaczego nie warto docierać do wszystkich?

Wróćmy do przykładu z początku – kiedy chcemy dotrzeć do wszystkich, wybieramy strategię call center. Precyzyjne treści i rozwiązania konkretnych problemów pomagają zbudować trwałą więź, która będzie wartościowa dla klienta i opłacalna dla nas. Pamiętaj, że jeśli nie promujesz swoich produktów i usług, krzywdzisz ich potencjalnego odbiorcę. Dlaczego? Wyobraź sobie, że Twój klient chce schudnąć i wpisuje w wyszukiwarkę frazę „skuteczne odchudzanie”. Twoja strona, moja czy innego, dobrego specjalisty nie wyświetla się jednak na górze wyników wyszukiwania. Użytkownik klika w jeden z pierwszych linków: dietę sokową czy post Dąbrowskiej. Przez to, że nie pojawiliśmy się we właściwym miejscu i czasie, klient podejmuje nieudane próby zmiany, wpada w błędne koło diet i boryka się z efektem jo-jo. Kiedy trafia do nas po 2 latach, jest fizycznie i psychicznie wyczerpany. Gdybyśmy to my stali się jego pierwszym wyborem, dzięki skutecznemu marketingowi i umiejętnej sprzedaży, mógłby oszczędzić sobie bólu, cierpienia, zmartwień. Dlatego tak ważne jest, aby specjaliści potrafili się promować i umieli sprzedawać, bo dzięki temu mogą skuteczniej pomagać.



FUNDACJA
SZKOŁA
NA WIDELCU

www.dobrzejemy.szolanawidelcu.pl

KONFERENCJA ŻYWIENIE DZIECI I MŁODZIEŻY W PRAKTYCE

17-18 KWIETNIA 2021