

Dzieci i dorośli
PRZECIWKO OTYŁOŚCI



OTYŁOŚĆ TO CHOROBA

Nie oceniaj, nie odchudzaj, tylko lecz.



FUNDACJA NA RZECZ
LECZENIA OTYŁOŚCI

OTYŁOŚĆ U DZIECI I MŁODZIEŻY

PRAKTYCZNY PORADNIK



*Wersję cyfrową poradnika
znajdziesz na stronie
www.flo.org.pl w zakładce Materiały Edukacyjne*



*Patronat merytoryczny nad poradnikiem objęło
Polskie Towarzystwo Otyłości Dziecięcej*



Spis treści

Słowo wstępne – Ewa Godlewska	4
Słowo wstępne – prof. SUM dr hab. n. med. Paweł Matusik.....	7
Historia Oliwii, która zmieniła wszystko	10
Jak diagnozować i leczyć otyłość u dzieci i młodzieży? Od czego zacząć? lek. med. Magdalena Marcinişzyn	14
Poradnik żywienia dzieci. Przepisy – dr hab. n. med. i n. o zdr. Agnieszka Koziół-Kozakowska	52
Aktywność fizyczna – prof. dr hab. n. med. i o zdr. Anna Brzęk.....	100
Komunikacja z dzieckiem – Katarzyna Kucewicz.....	113
O Fundacji FLO – Fundacji na rzecz Leczenia Otyłości – Ewa Godlewska	125



Ewa Godlewska

Prezes Zarządu FLO – Fundacji na rzecz Leczenia Otyłości, Mama Oliwii chorującej na otyłość.

Szanowni Czytelnicy,

jeśli sięgacie po ten poradnik, istnieje duże prawdopodobieństwo, że w Waszej rodzinie, najbliższym otoczeniu lub wśród przyjaciół jest dziecko chorujące na otyłość. Być może właśnie usłyszeliście diagnozę. Być może od pewnego czasu obserwujecie niepokojące zmiany w masie ciała swojego dziecka i zastanawiacie się, czy wymagają one konsultacji ze specjalistą. A może szukacie odpowiedzi na pytania, na które nikt wcześniej nie umiał Wam odpowiedzieć?

Niezależnie od tego, w jakim miejscu dziś jesteście, ten poradnik został przygotowany właśnie dla Was.

Piszę te słowa nie tylko jako Prezes Fundacji na rzecz Leczenia Otyłości, lecz także, przede wszystkim, jako mama. Moja córka od ponad 14 lat choruje na otyłość. Kiedy rozpoczynaliśmy naszą drogę, bardzo brakowało nam rzetelnych informacji, wskazówek i wsparcia. Nie wiedzieliśmy, od czego zacząć, gdzie szukać pomocy i komu zaufać. Tak jak wielu rodziców słyszeliśmy, że „dziecko z tego wyrośnie”, że „wystarczy mniej jeść i więcej się ruszać”, że „to tylko taki etap”. Dziś wiem, że wiele z tych przekonań nie tylko nie pomaga, ale może też opóźniać rozpoznanie i leczenie choroby otyłościowej.

Pamiętam swoją bezradność, liczne pytania, które pozostawały bez odpowiedzi, i poczucie zagubienia. W tamtym czasie nie było miejsc, do których rodzice mogliby zwrócić się po wsparcie. Nie było poradników takich jak ten, infolinii dla pacjentów, grup wsparcia ani szeroko dostępnej wiedzy o chorobie otyłościowej u dzieci.

Dziś sytuacja wygląda inaczej, ale jedno pozostaje niezmienne – rodzice nadal potrzebują rzetelnej wiedzy.

Choroba otyłościowa jest jednym z najpoważniejszych wyzwań zdrowotnych XXI wieku. Liczba dzieci z nadmierną masą ciała i otyłością rośnie w alarmującym tempie. Według danych Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości nadwaga lub otyłość występuje już u 12,2% chłopców i 10% dziewcząt w wieku przedszkolnym oraz u 18,5% chłopców i 14,3% dziewcząt w wieku szkolnym. Z kolei raport Światowej Organizacji Zdrowia wskazuje, że nadwagę lub otyłość ma aż 32% polskich dzieci w wieku 7–9 lat, co plasuje Polskę w niechlubnej czołówce krajów europejskich.

Mimo tak dużej skali problemu wiedza na temat choroby otyłościowej nadal jest niewystarczająca. Dane pokazują, że około 40% rodziców dzieci z nadwagą lub otyłością nie dostrzega problemu u własnego

dziecka. Jedynie połowa rodziców zna podstawowe zalecenia dotyczące zdrowego żywienia, a blisko 38% uważa, że dziecko „wyrośnie” z otyłości.

To jeden z najgroźniejszych mitów, z którymi spotykamy się w naszej codziennej działalności.

Tymczasem wiemy, że około 80% nastolatków chorujących na otyłość będzie zmagало się z tą chorobą również w wieku dorosłym. Im dłużej choroba pozostaje nierozpoznana i nieleczone, tym większe jest ryzyko rozwoju poważnych powikłań zdrowotnych, takich jak cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, stłuszczenie wątroby, choroby sercowo-naczyniowe czy problemy natury psychologicznej.

Otyłość nie jest wyborem. Nie jest efektem braku silnej woli ani wynikiem „słabego charakteru”. Jest przewlekłą, złożoną chorobą uznaną przez Światową Organizację Zdrowia i wpisaną do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób. Tak jak każda inna choroba przewlekła wymaga diagnozy, leczenia i długoterminowego wsparcia.

Jednocześnie nie możemy zapominać, że dzieci i rodzice funkcjonują dziś w środowisku, które nie sprzyja

zdrowym wyborem. Reklamy żywności, działania marketingowe i wszechobecna promocja produktów wysokokalorycznych mają ogromny wpływ na codzienne decyzje najmłodszych. Badania prezentowane podczas międzynarodowych kongresów poświęconych otyłości pokazują, że już pięciominutowa ekspozycja na reklamy żywności może zwiększyć dzienne spożycie energii przez dziecko średnio o około 130 kcal.

W Fundacji FLO każdego dnia rozmawiamy z rodzicami, którzy chcą pomóc swoim dzieciom, ale często nie wiedzą, od czego zacząć. Słyszą sprzeczne komunikaty, próbują kolejnych diet, szukają odpowiedzi w Internecie, również w mediach społecznościowych. Nie dlatego, że brakuje im zaangażowania czy troski, ale dlatego, że brakuje im wiarygodnych informacji oraz wsparcia opartego na aktualnej wiedzy medycznej.

Ten poradnik powstał właśnie w odpowiedzi na te współczesne potrzeby.

Jego celem jest dostarczenie rodzicom wiedzy opartej na aktualnych rekomendacjach medycznych, a jednocześnie przedstawionej w sposób zrozumiały i praktyczny. Chcemy pomóc Wam zrozumieć, czym jest choroba otyłościowa u dzieci, jak ją rozpoznać, kiedy zgłosić się po pomoc, jak wspierać dziecko w procesie leczenia i jak budować zdrowe nawyki całej rodziny.

Jako mama dziecka chorującego na otyłość wiem, jak trudno jest przyjąć diagnozę i jak wiele emocji może ona wywołać. Chciałabym, aby ten poradnik stał się dla Was drogowskazem. Nie zastąpi lekarza ani specjalistycznej opieki, ale pomoże zrobić pierwszy krok i lepiej zrozumieć drogę, którą będziecie podążać razem ze swoim dzieckiem.

Życzę Wam, aby ten poradnik stał się praktycznym przewodnikiem i wsparciem na tej drodze.



**Prof. SUM, dr hab. n. med.
Paweł Matusik**

Kierownik Oddziału Klinicznego Pediatrii, Otyłości Dziecięcej i Chorób Metabolicznych Kości Katedry Pediatrii i Medycyny Rodzinnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Ordynator Oddziału Pediatrii, Otyłości Dziecięcej i Chorób Metabolicznych Kości Szpitala Miejskiego w Tychach; Prezes Polskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej; Konsultant Wojewódzki ds. Pediatrii.

Szanowni Państwo,

publikacja, którą trzymają Państwo w rękach – *Otyłość u dzieci i młodzieży. Praktyczny poradnik* – to pozycja wyjątkowa. Piszę te słowa z pełną świadomością lekarza, który tą chorobą zajmuje się już od 28 lat. Przez ten czas miałem okazję obserwować, jak zmienia się podejście do otyłości wśród pracowników ochrony zdrowia, polityków, rodziców oraz samych dzieci.

W 2005 roku brałem udział w pierwszych ogólnopolskich badaniach epidemiologicznych dotyczących częstości występowania tej choroby u dzieci w wieku 7–9 lat. Już wówczas 15% z nich miało nadmierną masę ciała (nadwagę lub otyłość). Mimo to temat ten niezwykle rzadko pojawiał się w przestrzeni publicznej, a powszechny mit, że „dziecko z otyłości wyrasta”, był na porządku dziennym. W większości przypadków otyłość traktowano wtedy jedynie jako objaw innej choroby (np. niedoczynności tarczycy czy zaburzeń pracy nadnerczy) albo ignorowano ją, uznając za „urodę” dziecka. Rzadko mówiono o jej leczeniu, a zespoły interdyscyplinarne z udziałem dietetyka, psychologa czy fizjoterapeuty należały do rzadkości. Kluczową barierą w skutecznym wspieraniu rodzin był wówczas brak tzw. kompetencji miękkich – umiejętności rozmawiania o tej chorobie we właściwy, niestygmatyzujący sposób.

Ostatnie lata to ogromny postęp cywilizacyjny, który – obok wielu korzyści – stworzył środowisko sprzyjające otyłości (tzw. środowisko otyłościogenne). Warto pamiętać, że czynniki ryzyka rozwoju tej choroby u dzieci to nie tylko wysokoprzetworzona żywność czy spadek aktywności fizycznej na rzecz czasu spędzanego przed ekranami. Coraz częściej mówimy o tzw. wielopokoleniowej transmisji otyłości. Do kluczowych uwarunkowań zwiększających to ryzyko zalicza się dziś m.in.: otyłość u rodziców, nadmierny przyrost masy ciała w ciąży, poród przez cięcie cesarskie, brak karmienia naturalnego czy niewłaściwe rozszerzanie diety. Często na etapie rozwoju choroby dochodzi do samonapędzającego się mechanizmu, nazywanego programowaniem metabolicznym.

Z tych powodów w ostatnich latach obserwujemy stały wzrost zachorowalności wśród najmłodszych. Według najnowszych danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) częstość występowania nadwagi i otyłości u dzieci w Polsce wzrosła w ciągu ostatnich 4 lat o 1,6%. Obecnie problem nadmiernej masy ciała dotyczy ponad 30% dzieci w wieku wczesnoszkolnym, a samej otyłości – 15%.

Na szczęście ostatnie lata przyniosły także znaczny wzrost świadomości na temat tej choroby. W 2021 roku powołaliśmy Polskie Towarzystwo Otyłości Dziecięcej, które zrzesza nie tylko lekarzy, lecz także innych specjalistów tworzących zespoły interdyscyplinarne: dietetyków, fizjoterapeutów, psychologów oraz wszystkie osoby, które chcą włączyć się w proces skutecznej profilaktyki i leczenia otyłości wieku dziecięcego.

Niniejszy poradnik będzie dla Państwa źródłem praktycznej, nowoczesnej i obalającej mity wiedzy. Dowiedzą się z niego Państwo, jak prawidłowo rozpocząć leczenie – od postawienia diagnozy, przez ustalenie realnych celów, aż po to, co najważniejsze: skuteczne utrzymanie efektów i zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby.

Struktura poradnika odpowiada przebiegowi nowoczesnego leczenia otyłości, które opiera się na **czterech podstawowych filarach**:



- » **Filar medyczny/lekarski:** postawienie diagnozy, ocena przyczyn i potencjalnych powikłań, zaproponowanie dostępnych metod leczenia, monitorowanie efektów oraz podtrzymanie remisji.
- » **Filar żywieniowy/dietetyczny:** zaplanowanie i monitorowanie właściwego modelu żywienia, z dużym naciskiem na edukację całej rodziny.
- » **Filar fizjoterapeutyczny/aktywnościowy:** ocena możliwości dziecka i indywidualne dobranie efektywnej aktywności fizycznej, dopasowanej do etapu leczenia, a także utrwalanie zdrowych nawyków.
- » **Filar psychologiczny/komunikacyjny (samoocena i samoakceptacja):** budowanie właściwej komunikacji ułatwiającej podjęcie decyzji o leczeniu, wsparcie i motywowanie do kontynuowania terapii (także w chwilach niepowodzeń), a w razie potrzeby – wskazanie konieczności poszerzenia diagnostyki i leczenia (np. w przypadku wystąpienia stanów lękowych czy depresji).

Poradnik może stać się dla Państwa punktem wyjścia do rozpoczęcia leczenia u swojego dziecka, ale będzie też nieocenioną pomocą w trakcie trwania całej terapii. Wiele miejsca poświęcono tu również wczesnemu wykrywaniu problemu – już na etapie nadwagi – m.in. poprzez regularne zgłaszanie się na badania biolansowe. Znajdą Państwo tu również listę ośrodków, do których można zwrócić się po profesjonalną pomoc.

W obszarze profilaktyki i leczenia otyłości u dzieci dzieje się obecnie bardzo wiele dobrego. Kluczowym elementem – poza zmianami systemowymi zwiększającymi dostęp do nowoczesnych terapii – jest szeroko pojęta edukacja zdrowotna, w którą ten poradnik doskonale się wpisuje.

Zapraszam Państwa do lektury. Świadomy i wyedukowany Rodzic to dla lekarza oraz całego zespołu terapeutycznego ogromne wsparcie i najważniejszy partner w drodze do sukcesu.

Historia Oliwii, która zmieniła wszystko

Przez wiele lat byłam przekonana, że choroba otyłościowa dotyczy innych rodzin. Byłam mamą aktywnej dziewczynki, która od najmłodszych lat kochała sport. Oliwia trenowała pływanie, jeździła na rowerze, chodziła do klasy sportowej, próbowała swoich sił w biathlonie. Ruch był naturalną częścią jej życia. Nic nie wskazywało na to, że kilka lat później będziemy szukać odpowiedzi na pytanie, dlaczego nasze dziecko choruje na otyłość.

Wszystko zaczęło się, gdy Oliwia miała czternaście lat. Poważna kontuzja na wiele miesięcy wyłączyła ją z aktywności. Najpierw był wózek, później były kule, rozpoczęła się rehabilitacja i nastąpił długi proces powrotu do sprawności. Zbiegło się to z okresem dojrzewania. Pojawiły się pierwsze dodatkowe kilogramy. Potem kolejne. I kolejne.

Jak wielu rodziców myślałam, że to przejściowe. Że kiedy znów zacznie uprawiać sport, wszystko wróci do normy. Że organizm dojrzewa. Że „z tego wyrośnie”. Dziś wiem, że był to jeden z najgroźniejszych mitów, które słyszą rodzice dzieci chorujących na otyłość.

Patrzyłam, jak moja córka zmienia się na moich oczach i nie rozumiałam, dlaczego. Szukałam odpowiedzi wszędzie. Rozmawialiśmy godzinami. Pytałam, czy

jest smutna, czy ma problemy, czy wydarzyło się coś, o czym nie chce mówić. Byłam nie tylko mamą, lecz także dietetykiem. Wydawało mi się, że wiedza może nam znaleźć rozwiązanie. Tymczasem choroba okazała się znacznie bardziej skomplikowana, niż mogłam przypuszczać.

Po latach Oliwia powiedziała mi zdanie, którego nigdy nie zapomnę:

„Mamo, ja nie potrzebowałam wtedy dietetyka. Potrzebowałam mamy”.

To jedno zdanie zmieniło moje spojrzenie na wszystko.

Dziś Oliwia wspomina tamten okres bardzo świadomie. Mówi, że nie pamięta uczucia głodu ani sytości. Pamięta natomiast nieustanną potrzebę jedzenia. Jakby organizm przestał wysyłać sygnały, które dla większości ludzi są czymś naturalnym. Jadła często w samotności. Ukrywała jedzenie, opakowania po batonach i własny wstyd. Nie dlatego, że chciała kogokolwiek oszukać. Po prostu sama nie potrafiła tego wyjaśnić.

Oliwia: *Najtrudniejsze było to, że nie rozumiałam, co się ze mną dzieje. Potrafiłam przez cały dzień prawie nic nie jeść, a potem zjeść ogromne ilości jedzenia. Nie czułam głodu, ale nie czułam też sytości. Jakby ktoś wyłączył we mnie mechanizm, który mówi człowiekowi: „wystarczy”.*

Jako matka obserwowałam to z rosnącym przerażeniem. Widziałam cierpienie mojej córki, ale widziałam również, jak choroba odbiera jej zdrowie. Pojawiły się nadciśnienie tętnicze, insulinooporność, stan przedcukrzycowy, zaburzenia lipidowe, depresja, problemy ze skórą i zespół policystycznych jajników. Coraz częściej brakowało jej energii. Coraz trudniej było jej wejść po schodach bez zadyszki. A ja coraz częściej zadawałam sobie pytanie, co będzie za kilka lat.

Kiedy Oliwia studiowała, co dwa tygodnie wracała do domu. Przez cały weekend gotowałam dla niej posiłki na kolejne dni. Przygotowywałam obiady, porcjowałam jedzenie, mroziłam, pakowałam do pojemników. Chciałam jej pomóc najlepiej, jak potrafiłam. Chciałam zdjąć z niej ten ciężar. Chciałam znaleźć rozwiązanie. Dziś wiem, że żadna matka nie jest w stanie wyleczyć dziecka samą miłością. Tak samo jak żadna ilość dobrych rad nie wyleczy choroby.

Oliwia: *Najgorsze było poczucie, że zawodzę wszystkich wokół. Wiedziałam przecież, jak powinnam się odżywiać. Wiedziałam, co jest zdrowe. A mimo to miałam wrażenie, że przegrywam każdego dnia.*

Pamiętam moment, kiedy po raz pierwszy pomyślałam nie o kilogramach, ale o przyszłości mojego dziecka. Przestałam bać się tego, ile waży. Zaczęłam bać się o jego zdrowie, marzenia i życie.

Najtrudniejsze było poczucie bezradności. Szukaliśmy pomocy u kolejnych specjalistów. Próbowaliśmy różnych rozwiązań. Wydawało się, że robimy wszystko, co możemy. A mimo to choroba postępowała. Dziś wiem, że przez długi czas walczyliśmy z objawami, nie znając prawdziwego przeciwnika i nie lecząc przyczyny.

Przełom przyszedł dopiero wtedy, gdy ktoś wreszcie nazwał problem po imieniu.

To była choroba otyłościowa. Nie lenistwo. Nie brak silnej woli. Nie efekt złego wychowania. Nie porażka rodziców. Choroba!

Paradoksalnie właśnie wtedy obie poczułyśmy ulgę. Po raz pierwszy ktoś zdjął z mojej córki ciężar winy, który nosiła przez lata, a ze mnie – przeświadczenie o popełnieniu błędów wychowawczych.

Oliwia: *Przez bardzo długi czas myślałam, że problemem jestem ja. Dopiero diagnoza pozwoliła mi zrozumieć, że problemem była choroba.*

Nasza droga nie zakończyła się wraz z diagnozą ani wraz z leczeniem. W pewnym sensie wtedy dopiero się zaczęła.

Rozpoczęcie leczenia nie sprawiło, że wszystko zmieniło się z dnia na dzień. Dokonało jednak czegoś znacznie ważniejszego – przywróciło nadzieję. Oliwia po raz pierwszy od wielu lat zaczęła odczuwać sytość. Dla większości ludzi brzmi to zwyczajnie. Dla niej było to czymś niezwykłym.

Do dziś pamiętam moment, kiedy podczas posiłku został jej ostatni kawałek kanapki i nie mogła go zjeść, bo była najedzona.

Oliwia: *Pamiętam, że siedziałam i patrzyłam na tę kanapkę. Pierwszy raz nie dlatego, że walczyłam ze sobą, ale dlatego, że naprawdę nie chciałam już więcej jeść. Wtedy zrozumiałam, jak czują się inni ludzie – zdrowi ludzie.*

Wyniki badań zaczęły stopniowo się poprawiać. Ustępowały kolejne powikłania. Wracało zdrowie. Ale wracało również coś jeszcze – radość życia, poczucie sprawczości i wiara w przyszłość.

Dziś Oliwia jest dorosłą, 28-letnią kobietą. Nadal żyje z chorobą otyłościową, bo jest to choroba przewlekła. Wie, że leczenie może trwać przez całe życie. Ale odzyskała coś, co przez lata wydawało się niemożliwe – odzyskała siebie.

Kiedy patrzę dziś na moją córkę, nie widzę kilogramów, które straciła. Widzę młodą, bardzo aktywną i dbającą o siebie dziewczynę, która odzyskała zdrowie, marzenia i poczucie własnej wartości. Widzę osobę, która ma odwagę opowiadać swoją historię po to, aby pomóc innym.

To właśnie dzięki Oliwii powstała Fundacja FLO. To dzięki niej zrozumiałam, jak wielu rodziców przechodzi przez dokładnie tę samą drogę. To dzięki niej postanowiłam zrobić wszystko, aby inne rodziny nie musiały szukać odpowiedzi tak długo jak my.

Każde dziecko chorujące na otyłość zasługuje na pomoc, zrozumienie i leczenie. Tak samo jak kiedyś zasługiwała na nie moja córka.

Oliwia jest dziś jedną z Ambasaderek Fundacji FLO i współtworzy ruch społeczny o nazwie FLOwersi. Otwiera się przed innymi, opowiada o swojej chorobie, doświadczeniach i leczeniu. Robi to po to, aby dzieci chorujące na otyłość nie musiały dorastać w poczuciu winy, wstydu i osamotnienia. Jej historia, która przez lata była źródłem cierpienia, stała się źródłem siły dla innych.

Jeśli dzięki naszej historii choć jedno dziecko szybciej otrzyma diagnozę, choć jeden rodzic zrozumie, że otyłość jest chorobą, a nie porażką wychowawczą, i choć jedna rodzina odzyska nadzieję, wszystkie nasze trudne doświadczenia zyskają nowe znaczenie.

Ewa Godlewska

Jak diagnozować i leczyć otyłość u dzieci i młodzieży?

Od czego zacząć?



Lek. med. Magdalena Marcinişzyn

Lekarka, pediatrka, psychodietetyczka dziecięca, Certyfikowana Doradczyni Laktacyjna (CDL) oraz certyfikowana lekarka Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości (PTLO). Absolwentka Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, członkini Polskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej i Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości.

***Po wielu latach pracy
stwierdzam,
że studia medyczne
uczą o chorobach,
ale nie uczą o zdrowiu.***

***Wyleczenie choroby ma
prowadzić do zdrowia.***

Ale czym jest zdrowie?

Brakiem choroby?

Dziecko bez gorączki, kataru, biegunki, wysypki czy bólu brzucha jest powszechnie uważane za zdrowe. Czyli dziecko bez kaszlu, ale z nadmiarem masy ciała, leżące pół dnia z telefonem, podjadające przekąski, jest zdrowym dzieckiem?

W ostatnich kilku latach świadomość, dostęp do wiedzy i potrzeby bardzo się zmieniły. Gdy kończyłam studia ponad 20 lat temu, moja wiedza na temat karmienia najmłodszych oraz żywienia starszych dzieci była znikoma. Gdyby nie praca na Oddziale Noworodków, zapewne nadal pozostałaby na podstawowym poziomie.

Jesteś zdziwiony(-a), że małe dziecko może zmienić sposób postrzegania pediatrii?

Już Ci tłumaczę.

W momencie narodzin dziecka rodzi się również matka. I to powoduje, że od tego momentu kobieta zaczyna martwić się, czy jej dziecko zjadło i czy nie jest głodne. To uczucie jest tak silne, że wpływa na wiele aspektów związanych z karmieniem dziecka w przyszłości.

Dopóki dziecko jest niesamodzielne i całkowicie zależne od dorosłych (czyli przez kilka pierwszych lat życia), je to, co dostanie. Je tyle, ile dostanie. Je tak często, jak często dostanie. Wyjdzie na spacer czy plac zabaw tak często, jak często zostanie tam zabrane. Będzie patrzyło w telewizor, jeśli będzie on włączony. Będzie oglądało treści w telefonie czy tablecie, jeśli ten ekran dostanie do ręki.

Pierwsze lata Twojego macierzyństwa i ojcostwa „wdrukowują” w dziecko dane o smaku, objętości posiłków, pochodzeniu jedzenia, emocjach związanych z jedzeniem, spaniem, komunikowaniem swoich potrzeb oraz możliwościach zabawy i sposobach odpoczynku.

Dziecko robi się coraz starsze i coraz bardziej samodzielne. Ale to nie znaczy, że przestajesz być rodzicem.

To nie jest łatwa droga, ponieważ dziecko stale rośnie, rozwija się i zmienia. Nadal martwisz się, czy zjadło, czy jest bezpieczne, czy nie ma gorączki.

Od około 10 lat uczę się ze wszystkich dostępnych źródeł, jak karmić i żywić dzieci oraz jakie są konsekwencje zdrowotne u dzieci i młodzieży związane z jedzeniem. Jedną z tych konsekwencji jest otyłość – przewlekła choroba metaboliczna, która wpływa na zdrowie, funkcjonowanie społeczne, poczucie własnej wartości, wygląd, dojrzewanie oraz możliwości dziecka i nastolatka.





*A teraz usiądź i zastanów się:
dziecko bez gorączki, kaszlu, biegunki,
ale z nadmiarem masy ciała
to dziecko zdrowe czy chore?*

Wstęp

Dlaczego trzymasz w ręku ten poradnik?

- » *Dostałeś go od koleżanki?*
- » *Szukałeś informacji o otyłości wśród mężczyzn i po prostu wpadł Ci w ręce?*
- » *Twoje dziecko ma nadmierną masę ciała?*
- » *Uczysz w szkole i kilkoro Twoich uczniów choruje na otyłość?*
- » *Jesteś rodzicem, a Twoje dziecko ostatnio znacznie zwiększyło masę ciała?*
- » *Jesteś w remisji choroby otyłościowej po leczeniu farmakologicznym i/lub zabiegowym i boisz się, że Twoje dziecko przejdzie tę samą drogę, jeśli w tej chwili nie zaczniesz działać?*
- » *Jesteś dietetyczką/dietetykiem? Matką? Ojcem? Babcią? Psychologiem? Kucharką? Dyrektorem?*

Bez względu na to, kim jesteś dla świata, około 30% naszych 8-latków zмага się z nadmiarem masy ciała!

Statystyki są różne w zależności od grupy wiekowej:

- 1.–3. r.ż.** 10% dzieci ma nadmierną masę ciała.
- 8. r.ż.** 32% dzieci ma nadmierną masę ciała, z czego ponad 13% choruje na otyłość.
- 13. r.ż.** nadmierną masę ciała ma 18% dziewczynek i 35% chłopców.
- 15. r.ż.** nadmierną masę ciała ma 13% dziewczynek i 28% chłopców.

Ogólnie w Polsce z otyłością zмага się 13% chłopców i 5% dziewczynek, a nadwaga dotyczy 31% chłopców i 21% dziewcząt.

Gdy podzielimy dzieci według wieku, choroba otyłościowa występuje u:

12,2% chłopców i 10% dziewcząt w wieku przedszkolnym oraz 18,5% chłopców i 14,3% dziewcząt w wieku szkolnym

Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży to nie problem wyłącznie wizualny ani stan, z którego dziecko po prostu wyrasta.

Otyłość to choroba, która powoduje różne komplikacje zdrowotne.

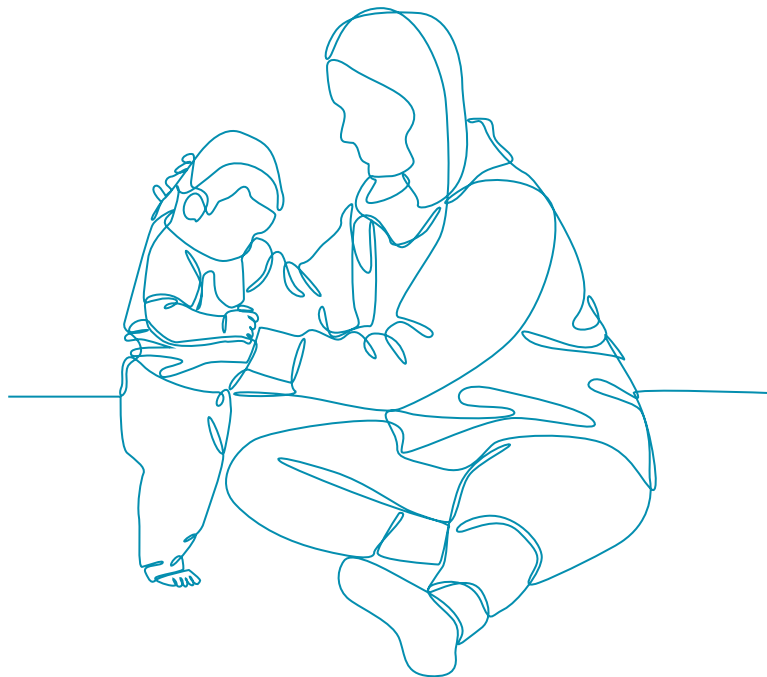
Dzieci i młodzież zmagają się z powikłaniami metabolicznymi (m.in. zaburzeniami gospodarki lipidowej i/lub węglowodanowej), mechanicznymi, związanymi z nadmiernym naciskiem masy ciała bądź tkanki tłuszczowej (jałowa martwica kości czy refluks żołądkowo-przełykowy) oraz poważnymi wyzwaniami w sferze emocjonalnej (negatywny stosunek do siebie, odrzucenie przez rówieśników, osamotnienie czy uczucie smutku).

Dlaczego powstał ten informator? Przemawia za tym kilka kluczowych powodów:

- » stale wzrastająca skala problemu z nadwagą i otyłością u najmłodszych,
- » utrwalony mit, że nadmiar masy ciała u dziecka świadczy o tym, że jest zdrowe,
- » brak jednolitego i powszechnie dostępnego systemu leczenia,
- » brak odpowiedniej profilaktyki i edukacji zdrowotnej.

Pamiętaj!

Otyłość u dzieci i młodzieży to choroba, która dotyka dzieci, ale jest wyzwaniem dla całego społeczeństwa.



Początek, czyli do czego służą definicje?

Wróćmy na chwilę do szkoły.

Definicje – zmora każdego ucznia. Klepanie na pamięć, recytowanie, nauka bez zrozumienia.

Wraz z wiekiem zaczynam dostrzegać, że dobra definicja odpowiada na (prawie) wszystkie początkowe pytania.

Jaka jest definicja otyłości?

Otyłość to nieprawidłowe, nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w organizmie człowieka, które jest efektem utrzymującego się przez dłuższy czas dodatniego bilansu energetycznego.

Jest to choroba przewlekła, nawracająca, bez tendencji do samoistnego ustępowania, a w swoim przebiegu może prowadzić do wielu powikłań. Otyłość jest związana z nadmiarem tkanki tłuszczowej, a nie ogólnie pojętą nadmierną masą ciała.

Powiesz: no dobrze, ale to jest dziecko!

Jeszcze z tego wyrośnię! A powikłania?! Nadciśnienie to jest u babci. Wątroba? Dziecko ma zdrową wątrobę! Miażdżyca u dziecka?! To są choroby dorosłych, a nie dzieci!

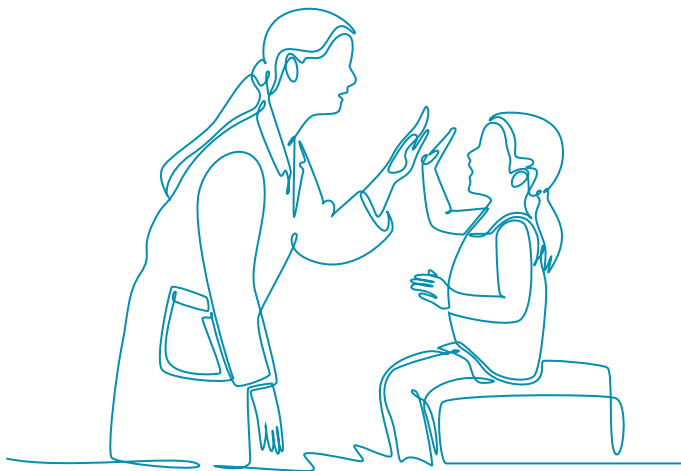
A zatem od początku.

Angina, kaszel, ból brzucha, biegunka, wysypka. Tysiąc powodów do wizyty u pediatry. A w gabinecie: recepta, kontrola, probiotyk, skierowanie. Sytuacje nagłe, pilne i te zwyczajne, codzienne.

„... bo tyle razy byliśmy z nim u lekarza. I nikt nie powiedział, że Kacper ma nadmierną masę ciała!”.

W przepełnionych poczekalniach, w sezonie zachorowań, przy płaczu dzieci i wysokiej gorączce rozmowa o tempie przyrostu masy ciała u dziecka nie jest najlepszym pomysłem.

Nadwaga i otyłość przychodzą powoli, skrycie, niezauważalnie, każdego dnia. Rodzic, który widzi dziecko codziennie, nie zawsze dostrzega dyskretne zmiany w jego wyglądzie. A gdy już je zauważy, to znaczy, że sprawę wymknęły się spod kontroli.



***Tylko...
Kto tam chodzi?***

Według raportu NIK z 2021 roku* bilanse zdrowia są wykonywane u około 50% dzieci. Więc tylko połowa dzieci ma szansę na wczesne wykrycie zaburzeń w rozwoju. Druga połowa dzieci, które odwiedzają lekarza tylko w momencie nagłego zachorowania, ma tę szansę ograniczoną.



***Najlepszym sposobem na
wychwycenie początku przyrostu
kilogramów są profilaktyczne wizyty
w gabinecie pediatrii podczas badań
bilansowych.***

***A pamiętasz?
Nadwaga i otyłość lubią ciszę i luźne ubrania.***

Dlatego rozmowa o nadmiernej masie ciała u dziecka czy nastolatka musi odbywać się w spokoju, powoli. Lekarz musi mieć czas, a rodzice i dziecko potrzebują przestrzeni na zadanie pytań.

Przecież nie chcesz, żeby pediatra rzucił na odchodne: „Za 7 dni po anginie nie będzie śladu, ale Kacper ostatnio strasznie się roztył! Niech pani coś z tym zrobi!”.

A gdybyś na definicję otyłości spojrział(a) w ten sposób?

Nieprawidłowe,

nadmierne

nagromadzenie tkanki tłuszczowej

w organizmie człowieka, które jest efektem
utrzymującego się przez dłuższy czas

dodatniego bilansu energetycznego

→ *tkanka tłuszczowa to aktywny
metabolicznie narząd*

→ *rozwija się powoli*

Jest to choroba: ← **rola lekarza**

przewlekła,

nawracająca,

bez tendencji do samoistnego ustępowania,

w swoim przebiegu może prowadzić do wielu
powikłań

związana z nadmiarem tkanki tłuszczowej,

a nie ogólnie pojętą nadmierną masą ciała

→ *trudna do leczenia, wymaga
zaangażowania, pacjent będzie wracał,
regularne kontrole*

→ *wpływ na rozwój dziecka*

→ *celem nie jest redukcja masy ciała, ale
leczenie/wyleczenie choroby i jej powikłań*

Zrozumienie choroby otyłościowej u dzieci polega na zanotowaniu kilku faktów:

- » Choroby rozpoznaje lekarz.
- » Otyłość jest chorobą metaboliczną, ponieważ metabolizm tkanki tłuszczowej wpływa na funkcjonowanie całego organizmu dziecka.
- » Leczenie trwa długo, długotrwała remisja jest możliwa, ale konieczność kontroli samej choroby i jej powikłań zostaje z pacjentem na całe życie.
- » Odchudzanie to zmniejszanie masy ciała. Leczenie otyłości to redukcja tkanki tłuszczowej, budowanie masy mięśniowej oraz utrzymanie prawidłowego rozwoju dziecka na każdym etapie jego życia.

Otyłość to przewlekła choroba metaboliczna, a nie „wina rodziców”, czy „taka uroda”. Z otyłości się nie wyrasta, otyłość u dzieci się leczy.

Gabinet nr 2, czyli idziemy się mierzyć

BMI to wskaźnik. Wskaźnik masy ciała.

Dorosły już nie rośnie, więc na wynik jego BMI ma wpływ tylko masa ciała. U dzieci i nastolatków jest inaczej. Dziecko rośnie!

Dlatego na BMI dziecka mają wpływ i wzrost, i masa ciała. Z tego powodu, dodatkowo, wynik BMI oznaczamy na siatkach centylowych – osobno dla chłopców, osobno dla dziewczynek. A kolejną składową niezbędną do oceny BMI u dzieci jest... wiek dziecka.

Czyli w podsumowaniu:

BMI służy do określenia prawidłowej masy ciała, nadmiaru bądź niedoboru masy ciała, ale u dzieci i młodzieży niezbędnymi elementami oceny są:

- » masa ciała,
- » wzrost,
- » wiek,
- » płeć,
- » siatki centylowe (aktualne!), czyli dla polskich dzieci siatki OLA i OLAF 3.–18. r.ż.

Prostym i ogólnie dostępnym narzędziem upraszczającym pomiary i monitorowanie masy ciała, wzrostu i BMI u dzieci i młodzieży, dostępnym dla rodziców, jest aplikacja Antek:

<https://www.czd.pl/aktualnosci/aplikacja-antek-do-monitorowania-rozwoju-dziecka>

<https://antek.exploreit.io/pl>

I jeszcze jedno:



do ok. 1,5–2. r.ż. mierzymy dziecko na leżąco (stąd mowa o długości ciała). Dopiero zazwyczaj dwulatek jest w stanie na moment stanąć prawidłowo do pomiaru wzrostu. Jak już wiemy, dokładnie zmierzony wzrost ma wpływ na wartość BMI, więc otyłość u dzieci możemy rozpoznać od ukończenia 2. r.ż.

Dla dzieci w pierwszych 3 latach życia bezpiecznie możemy wykreślać centyle masy ciała w stosunku do długości/wzrostu według standardów WHO, bo (jak było napisane wyżej) polskie siatki są dla dzieci od 3. do 18. r.ż.

Jak rosnę, czyli skąd wiadomo, że ważę zbyt dużo?

W pediatrii ustalone są normy przyrostu masy ciała i wzrostu dzieci. Oczywiście siatki centylowe są najbardziej dostępnym i najszybszym narzędziem oceny, ale każdy pediatra potrafi ocenić „na oko”, czy dziecko wchodzące do gabinetu waży i mierzy prawidłowo ☺.

Dlaczego?

- » W 1. r.ż. dziecko przybiera na wadze ok. 6 kg i rośnie ok. 24 cm.
- » W 2. i 3. r.ż. dziecko przybiera na wadze po ok. 2–2,5 kg rocznie, a wzrasta ok. 12 cm w 2. r.ż. i ok. 8 cm w 3. r.ż.
- » Od 4. do 6. r.ż. dzieci przybierają na wadze po ok. 2 kg rocznie i rosną po 6–8 cm rocznie.
- » Od 7. do 9. r.ż. zwiększają masę ciała o 3 kg rocznie, a rosną po ok. 5–6 cm rocznie.
- » Od mniej więcej 10. r.ż. zaczyna się wiele zmian!
- » O ile nastolatki od 10. do 15. r.ż. przybierają na wadze po ok. 5 kg rocznie, o tyle przyrost wysokości ciała zaczyna być uzależniony od płci.

Dojrzewanie

To istna burza w wyglądzie fizycznym, gospodarce hormonalnej oraz zachowaniu. Połączenie tych trzech elementów u nastolatków może piętrzyć trudności ze zrozumieniem własnego ciała: emocje wyprzedzają rozsądne myślenie, a rodząca się niezależność i potrzeba sprawdzania mogą prowadzić do eksperymentów związanych z jedzeniem i ruchem.

Pierwsze objawy dojrzewania płciowego pojawiają się u dziewczynek 1–2 lata wcześniej niż u chłopców. U dziewczynek w 8.–9. r.ż. zaczynają powiększać się gruczoły sutkowe, a u chłopców w 9.–10. r.ż. powiększają się jądra.

I dziewczynki, i chłopcy nadal rosną, ale jest to około 4–11 cm rocznie do 15. r.ż. i około 7–12 cm rocznie od 14. do 18. r.ż.

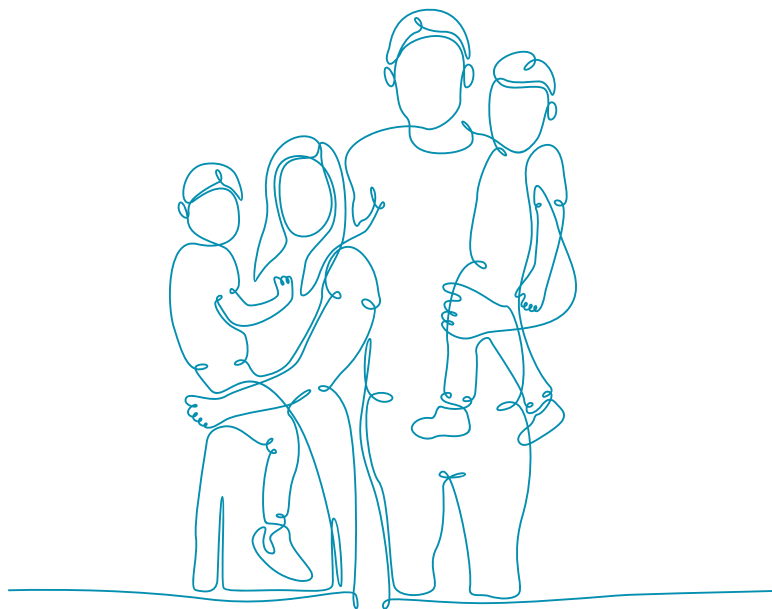
Skąd te rozbieżności?

Ponieważ u obu płci dojdzie niebawem do pokwitaniowego skoku wzrostowego!

U dziewcząt pod koniec skoku wzrostowego pojawi się pierwsza miesiączka.

Od tego momentu nastolatka urośnie jeszcze około 4–9 cm.

U chłopców pokwitaniowy skok wzrostowy pojawi się, gdy będzie już trochę zarostu na twarzy i nastąpi mutacja głosu. Od tego momentu chłopcy mogą jeszcze rosnać nawet kilkanaście centymetrów rocznie!



U nas to rodzinne. Babcia też taka większa była. A on taki po tatusiu.

Rodzina numer 1

W weekendy na śniadanie jest jajecznica na boczku. Do tego herbata z miodem i chleb z masłem. Przed obiadem, podczas powrotu z zakupów, wpada drożdówka zjedzona po drodze ze sklepu do domu. W niedzielę u babci schabowy na smalcu, ziemniaki tłuczone ze śmietaną, marchewka z groszkiem na zasmażce. Blacha serniczka, tak na popołudnie do kawy. Parówki na kolację i bułka z zapiekany serem. I herbatka z sokiem. Chipsy albo orzeszki do filmu wieczorem. Cały dzień zajęty zakupami, szykowaniem jedzenia i sprzątaniami po jedzeniu. Dlatego w nagrodę należy się serial.

Co myśli o sobie Rodzina numer 1?

„Jemy wyłącznie domowe potrawy (oprócz drożdżówek i chipsów), więc przyrost masy ciała u dzieci nie może wynikać z niezdrowego jedzenia i braku ruchu, tylko z genów albo hormonów”.

Rodzina numer 2

Brak śniadań. Na obiad mrożona pizza z piekarnika, z sosem czosnkowym ze sklepu, do tego cola zero. Batonik. Soczek. Mus. Dwa kabanosy. Na kolację zupka chińska.

To już wygląda bardziej niezdrowo, ale „my jemy jak ptaszki, tylko 2 posiłki w ciągu dnia. Nie gotujemy, bo nie mamy czasu. Nie lubimy rano wstawać, ale wieczorkiem chętnie sobie siedzimy do późna. Jak jemy przekąski, to tylko zdrowe: chipsy z ciecierzycy, sok zero cukru, jogurty bez tłuszczu, ale wysokobiałkowe”.

Co myśli o sobie Rodzina numer 2?

„Tycie u naszych dzieci musi wynikać z genów albo hormonów”.

Nadszedł czas na kilka faktów:

1. Jeżeli nadmiar masy ciała utrzymuje się przez cały okres dzieciństwa i dojrzewania, to ponad 30% chłopców i 40% dziewczynek jest narażona na pozostanie dorosłymi z otyłością.
2. Prawie wszystkie dzieci gwałtownie przybierające na wadze przed ukończeniem 6. r.ż. utrzymują nadmierną masę ciała w okresie dojrzewania.
3. Jeśli oboje rodzice są szczupli, to ryzyko wystąpienia otyłości u dziecka wynosi około 7–10%. Gdy jedno z rodziców choruje na otyłość, ryzyko zwiększa się do 40%. Gdy oboje rodzice chorują na otyłość, ryzyko otyłości u dziecka wynosi około 70–80%.

A teraz wystarczy mniej jeść i więcej się ruszać – czyli dlaczego to nie działa?

Przestraszony rodzic będzie postrzegał nadmiar masy ciała u swojego dziecka jako wynik innej choroby. Stąd częste próby poszukiwania przyczyn otyłości u dziecka w genetyce lub w gospodarce hormonalnej.

Niestety, nie pocieszę Cię: tylko około 10% przypadków otyłości u dzieci ma podłoże genetyczne lub hormonalne. W tej grupie są też rzadkie i poważne zaburzenia, jak np. zespół Pradera-Williego, mutacja w pojedynczym genie, guz lub wady mózgu.

Pozostałe 90% przypadków otyłości u dzieci wynika z... nadmiaru kalorii spożywanych w stosunku do wydatkowanych.

Czyli co?

Brak ustalonego rytmu posiłków, brak warzyw, liczne przekąski, zbyt duża ilość cukru w diecie, późno zjadany, obfity ostatni posiłek.

Ale też: jedzenie przed ekranem, w swoim pokoju, jedzenie na stojąco, w pośpiechu, jedzenie z nudy, stale i głośno włączony telewizor.

Brak ruchu to nie tylko niechęć dziecka do zorganizowanych zajęć ruchowych. To również brak wspólnego planowania czasu wolnego, leniwe weekendy, brak wspólnych spacerów, brak hobby i zainteresowań.

Choroba otyłościowa u dzieci ma charakter wieloczynnikowy i wymaga całościowego spojrzenia. Jedzenie nie istnieje bez ruchu, a ruch nie istnieje bez jedzenia. A co z nudą lub strachem?

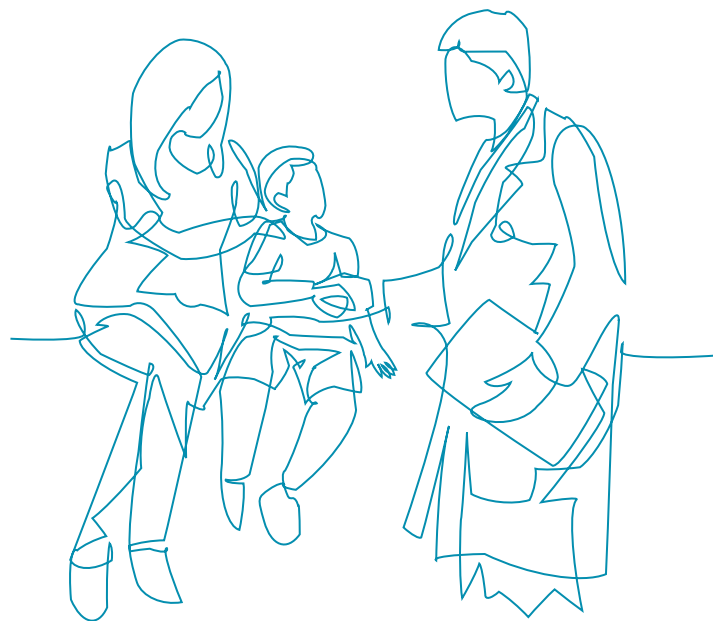
Leczenie otyłości u dzieci i młodzieży

Informacje ogólne

Leczenie ma charakter wielospecjalistyczny i obejmuje:

- » opiekę lekarską (pediatra w przychodni, opieka specjalistyczna),
- » wsparcie dietetyka,
- » wsparcie psychologa,
- » opiekę fizjoterapeuty,
- » modyfikację stylu życia całej rodziny,
- » leczenie farmakologiczne, a nawet chirurgiczne dla dzieci z najbardziej zaawansowaną chorobą.

Proces leczenia prowadzony jest zespołowo i wymaga regularnych kontroli.



A może najpierw dietetyk? Jak powinno wyglądać leczenie choroby otyłościowej u dzieci i młodzieży?

Wsparcie dietetyka w leczeniu otyłości u dzieci i młodzieży jest niezbędne! Ale czy ustalenie zbilansowanej, smacznej diety, adekwatnej do wieku i potrzeb dziecka jest wystarczającym działaniem w przypadku choroby otyłościowej?

Bazą, podstawą, najważniejszą rzeczą i fundamentem są jedzenie i ruch.

Kolejny, tak samo ważny element to szeroko pojęte emocje. Wbrew pozorom dziecko i nastolatek bardzo głęboko przeżywają pozytywne i negatywne wydarzenia w swoim życiu. Te sytuacje mogą być związane z krzywdzeniem przez rówieśników, problemami w domu czy szkole.

Nuda, stres, negatywne komentarze, brak zrozumienia – to ogromny obszar życia dzieci, a szczególnie młodzieży.

Dopóki nie poświęcimy odpowiedniej uwagi jedzeniu, ruchowi i emocjom, nie ma mowy o farmakoterapii.

Tak, farmakologiczne leczenie choroby otyłościowej u dzieci i młodzieży jest możliwe, ale nie od razu.

Wszyscy, jak wiadomo, oczekujemy trwałej redukcji masy ciała. Leki pozwalają uzyskać i utrzymać efekt zmian w stylu życia, które zostały wprowadzone jako baza całego działania.

A chirurgia bariatryczna?

Tak, jest możliwa u dzieci, ale dopiero po odpowiednim przygotowaniu w ośrodku, zazwyczaj klinicznym, który nadzoruje dziecko przed zabiegiem i długo po nim.

Jaki lekarz powinien rozpoznawać otyłość u dziecka?

Odpowiedź brzmi: każdy.

Zmierzenie i zważenie dziecka, obliczenie BMI i ocena na siatkach centylowych jest możliwa u każdego lekarza, do którego trafi dziecko:

- » pediatry w przychodni,
- » ortopedy przy skręceniu kostki,
- » gastroenterologa dziecięcego podczas konsultacji bólów brzucha,

- » kardiologa dziecięcego podczas diagnostyki szmeru nad sercem,
- » alergologa przy badaniu dziecka,
- » endokrynologa przy konsultowaniu niedoczynności tarczycy.

Nie ważne, który specjalista to zrobi. Najważniejsze, aby wskaźnik BMI, wzrost i masa ciała zostały odnotowane w dokumentacji medycznej dziecka.



Otyłość to choroba – ma swój kod: E66.0 – i jak każda inna choroba ma zasady rozpoznawania, leczenia i monitorowania. Wnioski z diagnostyki, stwierdzonych ewentualnych powikłań choroby i postępów w jej leczeniu muszą być opisywane w systemie medycznym.

Zespół specjalistów w leczeniu choroby otyłościowej u dzieci i nastolatków.

Lekarz, który rozpoznaje otyłość u dziecka, nie musi być jednocześnie lekarzem, który będzie poszerzał diagnostykę czy leczył powikłania.

Najlepszym wyborem jest szczerą rozmowa z pediatrą w Waszej przychodni oraz ustalenie, jak szerokiej pomocy potrzebują dziecko i rodzina. Ważne jest, by sprawdzić, co można zrobić w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Zazwyczaj skierowanie dziecka na badania laboratoryjne i USG jamy brzusznej, zmierzenie ciśnienia tętniczego, zważenie i zmierzenie oraz – przy istnieniu niektórych powikłań – skierowanie do poradni specjalistycznej (poradnia endokrynologiczna dla dzieci, poradnia lipidologiczna dla dzieci itp.) nie powinno być problemem.

W przypadku powikłań mechanicznych związanych z nieprawidłową postawą można w ramach POZ skorzystać z pomocy fizjoterapeuty.

Nie we wszystkich przychodniach jest dostęp do dietetyka. Porozmawiaj ze swoim pediatrą o możliwości skorzystania z pomocy dietetyka lub psychologa.

Bo, jak już wiesz, leczenie otyłości u dzieci i młodzieży to praca całego zespołu. Taki podstawowy zespół to: pediatra, dietetyk dziecięcy, fizjoterapeuta i psycholog dziecięcy.

Wszyscy zdajemy sobie sprawę, że mało jest jednostek POZ, które mają wszystkich specjalistów, ale jeśli nie zapytasz – nie dowiesz się.

Często wykorzystywaną opcją diagnostyki jest skierowanie dziecka do oddziału pediatrycznego w najbliższym szpitalu lub – w dużych miastach – do oddziału endokrynologii lub metabolicznego dla dzieci. Pozwala to nie tylko na szybkie wykonanie badań, ale też daje szansę na konsultację z dietetykiem i psychologiem.



Część oddziałów kontynuuje opiekę nad dzieckiem w ramach swoich poradni przyszpitalnych.

Gdzie jeszcze, oprócz pediatry w przychodni, szukać pomocy?

Warto śledzić lokalne programy profilaktyczne – miejskie, powiatowe lub wojewódzkie. To doskonała okazja do podjęcia leczenia pod okiem pełnego zespołu terapeutycznego.

Informacje o takich akcjach trafiają zazwyczaj bezpośrednio do szkół oraz przychodni, dlatego warto zwracać uwagę na szkolne komunikaty i regularnie dopytywać o nie swojego lekarza.

Kolejnym miejscem kompleksowego leczenia choroby otyłościowej u dzieci są ośrodki kliniczne.

Oddział i poradnię leczenia otyłości znajdziemy w niemal każdym mieście wojewódzkim, w którym działa uniwersytet medyczny.

Wszystkie wspomniane miejsca nie pobierają opłat za diagnostykę i leczenie, ale wymagane jest rozpoznanie otyłości u dziecka oraz skierowanie do oddziału lub poradni.

Teraz już wiesz, że pierwszym miejscem, do którego należy kierować kroki własne i dziecka, jest pediatra w Twojej przychodni.

Ośrodki kliniczne

1. Warszawa

<https://www.czd.pl/strony/dzialalnosc-kliniczna/program-leczenia-otylosci>

2. Kraków

<https://usd.krakow.pl/molod/>

3. Szczecin

<https://usk1.szczecin.pl/jednostki-medyczne/szczecin-ul-unii-lubelskiej-1/kl-pediiatrii-endokrynologii-diabetologii-chorob-metabolicznych-i-kardiologii-wieku-rozwojowego>

4. Wrocław

https://usk.wroc.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1307&Itemid=71

5. Poznań

<https://szoz.pl/2025/08/07/interdyscyplinarne-leczenie-choroby-otylosciowej-u-dzieci-i-mlodziezy/>

6. Lublin

<https://www.uszd.lublin.pl/klinika-endokrynologii-i-diabetologii-dzieciecej-z-pracownia-endokrynologiczno-metaboliczna.php>

7. Łódź

<https://csk.umed.pl/program-profilaktyki-nadwagi-i-otylosci-dla-dzieci/>
<https://www.kopernik.lodz.pl/profilaktyka-nadwagi-i-otylosci-u-dzieci/>

8. Gdańsk

<https://uck.pl/jednostki-szpitala/poradnie-dla-dzieci/program-6-10-14-dla-zdrowia--.html>

9. Białystok

<https://udsk.pl/jednostki-szpitala/kliniki-i-oddzialy/klinika-pediiatrii-reumatologii-immunologii-i-chorob-metabolicznych-kosci/>
<https://udsk.pl/jednostki-szpitala/kliniki-i-oddzialy/klinika-pediiatrii-endokrynologii-diabetologii-z-pododdzialem-kardiologii/>

10. Katowice

<https://gczd.katowice.pl/index.php/home/jednostki-szpitala/oddzialy/oddzial-pediiatrii-endokrynologii-dzieciecej-z-pododdzialem-zaburzen-rozwoju-plci/>

11. Tychy

<https://www.szpitalmiejskitychy.pl/uslugi-medyczne/oddzialy-szpitalne/oddzial-dzieciecy/>

Poradnie endokrynologiczne i metaboliczne dla dzieci

Są to zazwyczaj poradnie przyszpitalne i przykliniczne. Nie zawsze prowadzenie choroby otyłościowej u dziecka musi być poprzedzone pobytem w szpitalu. Rozwiązaniem w takim przypadku są właśnie takie poradnie. Skierowanie do poradni otrzymasz od swojego lekarza w przychodni.

Inne możliwości leczenia

Poza miejscami świadczeń bezpłatnych dostępne są również centra, poradnie lub indywidualne praktyki lekarzy zajmujących się dziećmi, które leczą otyłość komercyjnie. Natomiast zanim skorzystasz z tego typu porady, najpierw sprawdź, czy dany specjalista ma doświadczenie w leczeniu choroby otyłościowej u dzieci (posiada certyfikat, ma odbyte aktualne szkolenia, uczestniczy w konferencjach, pracuje w oddziale leczącym otyłość u dzieci, współpracuje z dietetykiem, fizjoterapeutą, psychologiem dziecięcym).

Listę takich miejsc i ośrodków możesz sprawdzić tutaj:

<https://flo.org.pl/index.php/leczenieotylosci/>

Pamiętaj! Nie wszystkie wymienione placówki prowadzą leczenie dzieci i młodzieży!

Sanatorium

Zapewne wiesz o istnieniu sanatoriów dla dzieci, w których można leczyć otyłość.

Tak, takie placówki istnieją.

Zaletą tego typu leczenia jest działanie w grupie rówieśników, pod opieką wykwalifikowanej kadry. Dodatkowo, poza edukacją żywieniową, dzieci mają zapewniony odpowiedni poziom ruchu.

Jedyną niedogodnością jest brak jednoczesnej edukacji rodziny dziecka chorującego na otyłość. Bo co z tego, że podczas turnusu dziecko dostało zbilansowane posiłki oraz odpowiednią dawkę ruchu? Oczywiście redukcja masy ciała zazwyczaj jest zauważalna, ale czy trwała?

Żeby utrzymać efekty i kontynuować proces zapoczątkowany w uzdrowisku, potrzeba wsparcia i zrozumienia rodziców i domowników. Jeśli dziecko wróci do „starych” potraw, rytmu dnia, bez wsparcia i bez odpowiedniej aktywności otyłość błyskawicznie wróci.

Czy jest to sytuacja bez wyjścia?

Absolutnie nie! Rodzice mogą wykorzystać swój urlop i pojechać na taki turnus z dzieckiem. Nie dość, że wszyscy odpoczną i zyskają wiedzę, to jeszcze będą mogli nowe nawyki przenieść do codziennego życia w domu. Bo otyłość u dziecka leczy się w rodzinie.

Zachęcam do zajrzenia tutaj:

1. Rabka-Zdrój
<https://uzdrowisko-rabka.pl/obiekty/uzdrowiskowy-szpital-dzieciocy-olszowka.html>
<https://uzdrowisko-rabka.pl/oferty/leczenie-otylosci-u-dzieci.html>
2. Kudowa-Zdrój
<https://jagusia.pl/uzdrowisko-dla-dzieci/>
3. Ciechocinek
<https://odchudzaniedzieci.pl/ciechocinek-pobyty-odchudzajace-i-rehabilitacyjne-dla-dzieci-i-mlodziezy-w-szpitalu-markiewicza/>
4. Karpacz
<https://www.cmkarpacz.pl/oferta/turnusy-rehabilitacja/turnusy-odchudzajace>
<https://odchudzamydzieci.pl/>

Jakie badania wykonać?

O zakresie badań decyduje lekarz prowadzący dziecko. Młody człowiek, oprócz otyłości, może zmagać się z innymi schorzeniami, takimi jak alergia, padaczka czy depresja. Często współwystępują również zaburzenia ze spektrum autyzmu, które wymagają wyjątkowo szerokiego, wielospecjalistycznego wsparcia.

Fundamentem jest kompleksowa ocena stanu zdrowia dziecka i leczenie kilku schorzeń jednocześnie. Tak jak otyłość daje powikłania i wymaga diagnozowania z uwzględnieniem tych konsekwencji, tak leczenie choroby otyłościowej i jej powikłań nie może być odewane od innych dolegliwości małego pacjenta.

Dlatego nie szukaj „kompletu badań na otyłość u dziecka” – kluczem jest znajomość jego historii zdrowia i choroby, a nie tylko jednego aspektu zdrowotnego, którym jest choroba otyłościowa.

Fantastycznym badaniem jest ocena składu ciała. Takie badanie wykonuje się w wielu gabinetach lekarskich i dietetycznych, więc obecnie stało się dość powszechne.

Dlaczego to proste badanie jest tak wyjątkowe?

Ponieważ pozwala ocenić ilość tkanki tłuszczowej i tkanki mięśniowej w ciele. Regularne pomiary składu ciała przeprowadzane w gabinecie podczas wizyt kontrolnych doskonale obrazują, w jakim kierunku zmierza proces terapeutyczny.

Powikłania – dlaczego otyłość u dzieci i młodzieży jest niebezpieczna?

Otyłość to poważna choroba, która – podobnie jak u dorosłych – może prowadzić do licznych komplikacji dotyczących wielu narządów.

Zacznijmy od najważniejszego:

otyłość u dzieci jest zaburzeniem metabolicznym. Oznacza to, że wpływa na funkcjonowanie całego organizmu!



Powikłania choroby otyłościowej możemy podzielić na 3 grupy:

1. Powikłania metaboliczne:

- » zaburzenia metabolizmu glukozy,
- » dyslipidemie,
- » nadciśnienie tętnicze,
- » stłuszczeniowa choroba wątroby,
- » zaburzenie funkcji nerek,
- » powikłania endokrynologiczne:
 - subkliniczna niedoczynność tarczycy,
 - przedwczesny rozwój owłosienia łonowego i pachowego,
 - przedwczesne powiększenie piersi,
 - rzekomy hipogonadyzm u chłopców,
 - ginekomastia,
 - zaburzenia miesiączkowania u dziewcząt,
 - zwiększone ryzyko rozwoju zespołu policystycznych jajników.

2. Powikłania mechaniczne:

- » spowodowane nadmiernym gromadzeniem się tłuszczu trzewnego:
 - refluks żołądkowo-przełykowy, przepuklina rozworu przełykowego,
 - zaburzenia wentylacji płuc (obturacyjny bezdech senny),
- » spowodowane nadmiernym obciążeniem układu kostno-stawowego:
 - koślawość kolan, płaskostopie, skrzywienie kręgosłupa, złuszczenie głowy kości udowej,
 - zwiększona podatność na urazy, złamania.

3. Powikłania psychosocjalne, które mogą prowadzić do depresji, trudności ze snem czy kłopotów w nauce:

- » obniżona samoocena,
- » izolacja społeczna,
- » stygmatyzacja,
- » brak akceptacji ze strony rówieśników.

4. Inne konsekwencje otyłości u dzieci:

- » zaburzenia mikrobioty jelitowej,
- » zwiększone ryzyko rozwoju nowotworów,
- » zaburzenia wypróżniania (w tym biegunki),
- » włókniaki miękkie skóry,
- » rozstępny,
- » hiperkeratoza podeszwowa,
- » zaburzone gojenie się ran.

***Jak widzisz, zakres powikłań może być naprawdę szeroki!
Nie wszystkie z nich widać od razu gołym okiem, dlatego tym bardziej
potrzebna jest przemyślana diagnostyka.***

Największe wyzwania, z którymi na początku najtrudniej jest sobie poradzić.

Powiem Ci w tajemnicy, że podczas mojej, bardzo już długiej, pracy z rodzicami i dziećmi zmagającymi się z problemem nadmiaru lub niedoboru masy ciała u dzieci i nastolatków, zauważam trzy najtrudniejsze obszary. To one na początku wymagają poświęcenia im dużej ilości czasu.



Harmonogram posiłków i organizacja dnia – tu niezbędne jest zaangażowanie całej rodziny.



Czas ekranowy – nuda, odreagowywanie, brak zainteresowań, kłopoty, potrzeba bycia „na bieżąco”. Powodów ucieczki przed ekrany jest wiele. Pamiętaj, że korzystanie z mediów oznacza kontakt z reklamami. W tym reklamami żywności i przekąsek!



Ruch – tu bez rodziny również się nie uda. Nie chodzi o kolejne zorganizowane zajęcia, ale o to, że dziecko potrzebuje wzorca. Jeśli wiesz je na zajęcia samochodem, a potem przez godzinę siedzisz w fotelu i przeglądasz telefon, to niestety przykład nie idzie z góry.

Co mogę zrobić już teraz, natychmiast, żeby nie czekać?

W pierwszej kolejności wyciągnij spod łóżka zakurzoną wagę i przygotuj miarkę. Wszyscy, absolutnie wszyscy domownicy muszą się zważyć, zmierzyć swój wzrost oraz obwody brzuchów w najszerszym miejscu.

Wyliczcie swoje BMI. Wyniki dorosłych odnieś do norm dla dorosłych, w przypadku dzieci – skorzystaj z kalkulatora Antek. Szczerze zapiszcie rezultaty i podsumujcie: kto ma masę ciała w normie, kto ma nadwagę, otyłość, a kto niedowagę.

Od następnego dnia, przez minimum 4 dni, **spisujcie swoje posiłki i napoje (szczegółowo!)**, ich godziny, pory snu i drzemek, czas spędzony w szkole lub pracy, zajęcia dodatkowe oraz dzienną liczbę kroków. Każdy z Was musi mieć swój własny dzienniczek.

Następnego dnia **umów dzieci do pediatry**, a dorosłych do lekarza rodzinnego. Każdy z Was powinien omówić ze swoim lekarzem zapisane pomiary oraz dzienniczki. Specjalista oceni wskazania do poszerzenia diagnostyki i ustali dalsze działania.

Wymień tylko jeden najważniejszy element, bez którego nie da się prowadzić dziecka z otyłością.

Rodzina



Każdy z nas zna przysłowie: „Czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci”. Przyzwyczajenia, nawyki, wzorce wyniesione z domu zostają w nas bardzo długo, niejednokrotnie całe życie. W przypadku choroby otyłościowej dotyczy to w szczególności organizacji posiłków, kupowania produktów spożywczych i tego, w jaki sposób w rodzinie spędza się wolny czas. Dziecko uczy się przez obserwację, a rolą rodziców jest wspieranie, motywowanie i edukowanie.

Według aktualnych wytycznych nie wystarczy skupić się na samym dziecku. Najlepsze wyniki i najwięcej korzyści przynosi pomoc całej rodzinie. Zmiana stylu życia wszystkich domowników jest szansą na skuteczną remisję choroby u dziecka.

Leczenie farmakologiczne

O tak zwanych „zastrzykach na otyłość” słyszał już chyba każdy. Niemniej podawanie leków redukujących masę ciała u dzieci wciąż budzi u wielu rodziców spore kontrowersje. Czy jest się czego bać?

Obecnie (sierpień 2026 r.) dostępne są dwa główne leki stosowane w tej grupie wiekowej: **liraglutyd** oraz **semaglutyd**. Oba podaje się w formie podskórnych wstrzyknięć.

- » **Liraglutyd** można zastosować u dzieci od 6 r.ż. do 18 r.ż. i podaje się go raz dziennie. Choć codzienne zastrzyki bywają dla młodszych dzieci trudne do zaakceptowania, w grupie wiekowej 6–12 lat jest to obecnie jedyna dostępna opcja farmakologiczna.
- » **Semaglutyd** można stosować u dzieci od 12 r.ż. do 18 r.ż. i wymaga tylko jednego zastrzyku w tygodniu.

Po ukończeniu 18 lat leczenie można kontynuować na zasadach dotyczących dorosłych.

Warto pamiętać, że dzieci i młodzież w okresie dojrzewania wymagają szczególnego nadzoru medycznego. Z tego powodu w Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL) znajduje się jasna adnotacja: leczenie powinno być rozpoczynane i prowadzone wyłącznie przez lekarza doświadczonego w terapii otyłości u dzieci.

Lek to wsparcie, nie zastępstwo.

Oba wspomniane preparaty są zalecane wyłącznie jako **UZUPEŁNIENIE** zdrowego żywienia i zwiększonej aktywności fizycznej. **Leki nie zastępują diety ani ruchu** – ich zadaniem jest wspomaganie efektów zmian wprowadzanych przez dziecko i całą jego rodzinę.

Należy też podkreślić, że nie każde dziecko z nadmiarem masy ciała kwalifikuje się do farmakoterapii. O zasadności wdrożenia leku zawsze decyduje lekarz na podstawie dokładnego wyliczenia wskaźnika BMI oraz ogólnej oceny stanu zdrowia pacjenta.





Możliwe działania niepożądane

Jak każdy lek preparaty te mogą wywoływać **skutki uboczne**. Do najczęstszych należą:

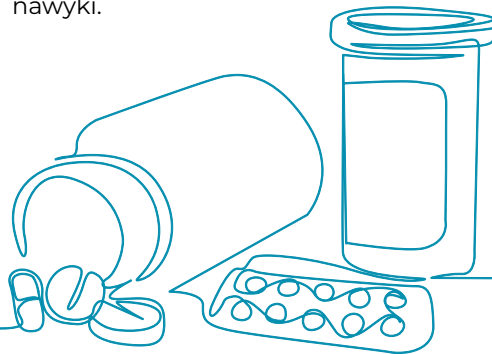
- » nudności i wymioty,
- » biegunki lub zaparcia,
- » bóle brzucha (w okolicy żołądka),
- » bóle głowy,
- » niewielkie siniaki w miejscu ukłucia.

Czy leczenie trwa już do końca życia?

To jedno z najważniejszych i najczęściej zadawanych pytań. Odpowiedź brzmi: nie.

Farmakoterapia **pomaga w kontroli uczucia głodu i sytości**. Dzięki temu dziecku łatwiej jest zapanować nad chęcią podjadania i zmobilizować się do zmiany nawyków. Głównym filarem leczenia pozostaje jednak stała praca nad dietą i ruchem – nie tylko samego dziecka, lecz także całego jego otoczenia.

Gdy pacjent osiągnie prawidłową masę ciała i cel terapeutyczny wyznaczony przez lekarza, lek można stopniowo odstawić. Długotrwała remisja choroby otyłościowej jest jak najbardziej możliwa – pod warunkiem, że dziecko i rodzice zrozumieją, iż **otyłość to przewlekła choroba**, która wymaga stałej dbałości o zdrowe nawyki.



Case study





Franelek

11-letni chłopiec, uczęszcza do V klasy szkoły podstawowej. Uczy się dobrze, jest pogodny. Bardzo lubi budować z klocków, dwa razy w tygodniu chodzi na zajęcia z piłki nożnej. Jest bardzo lubiany w szkole i pełni funkcję przedowniczącego.

Ma młodszą siostrę (chodzącą do przedszkola), rodzina jest pełna. Tata pracuje w trybie zmianowym, a mama wraca do domu przed godziną 17:00.

Siostra jest szczupła, rodzice – według własnej opinii – mają „lekką nadwagę”. Nikt z rodziny nie choruje na nic przewlekłe.

Franelek był raczej szczupły, gdy chodził do przedszkola. Według mamy pod koniec pierwszej klasy nieco się „zaokrąglił”. Po pierwszych szkolnych wakacjach (trzy tygodnie u dziadków i dziesięciodniowy wyjazd z rodziną) proces ten się pogłębił. Mama ma wrażenie, że od tamtej pory chłopiec ciągle przybiera na wadze.

Zaniepokojeni rodzice przy okazji wizyty w przychodni spytali lekarza o przyrost masy ciała syna. Pediatra uspokajał jednak, że Franek rozwija się prawidłowo, rośnie szybko (jest wyższy od rówieśników) i z nadmiaru kilogramów po prostu wyrośnie. Dodał, że nie ma potrzeby wykonywania badań, a chłopiec powinien się jedynie więcej ruszać.

Odpowiedź ta nie uspokoiła rodziców, dlatego postanowili zasięgnąć rady innego specjalisty. Zgłosili się do lekarza z doświadczeniem w leczeniu choroby otyłościowej u dzieci.

Po rozszerzeniu wywiadu okazało się, że:

- » Franek nie je śniadań w domu;
- » nie zawsze zjada drugie śniadanie, bo kanapka mu nie smakuje (jest dla niego zbyt sucha);
- » podjada słodczy i przekąski od kolegów;
- » zjada obiad w szkole (nie zawsze cały);
- » w świetlicy (w klasach I–III) bywał głodny;
- » po powrocie ze szkoły sam szuka w szafkach jedzenia;
- » obiad domowy jada około godziny 17:00–18:00 (zależy to od trybu pracy taty – gdy ma wolny poranek, gotuje wcześniej; jeśli pracuje na ranną zmianę, mama przygotowuje posiłek po powrocie z pracy);
- » po obiedzie Franek prosi o kolejne przekąski;
- » przed snem zgłasza, że jest głodny (ponieważ stale dopomina się o jedzenie, mama przypuszcza, że syn ma zaburzenia hormonalne);
- » rodzice deklarują, że gotują w domu i rzadko sięgają po półprodukty, a w weekendy mama piecze ciasto;
- » po powrocie ze szkoły Franek je to, co znajdzie i przegląda treści w telefonie (aż do powrotu kogoś dorosłego);
- » buduje z klocków tylko w weekendy, bo rodzice ograniczają mu wtedy czas przed ekranem;
- » w miesiącach jesienno-zimowych Franek nie wychodzi na dwór, bo po powrocie rodziców jest już ciemno; latem zdarza mu się spędzać czas na zewnątrz;

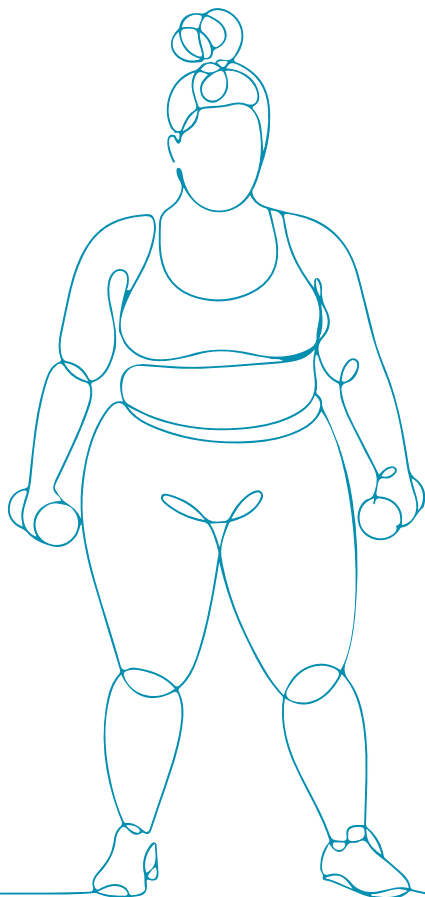
- » chłopiec lubi zajęcia z piłki nożnej, ale ostatnio zgłasza, że szybciej się męczy i nie ma siły biegać (rodzice martwią się, czy chłopiec nie ma anemii);
- » Franek kładzie się do łóżka około 21:00–21:30, ale czasami nie może zasnąć. Rano powinien wstać o 7:00, lecz mama nie może go dobudzić. Do szkoły i przedszkola dzieci jadą z rodzicami samochodem;
- » Franek ma kolegów w szkole, ale nie spotyka się z nimi po lekcjach;
- » w rozmowie z chłopcem nie stwierdzono zaburzeń w sferze emocjonalnej;
- » badania wykazały zaburzenia w lipidogramie, niski poziom ferrytyny i witaminy D;
- » na podstawie wskaźnika BMI rozpoznano u niego otyłość;
- » u Franka stwierdzono steatomastię oraz koślawość kolan – zalecono konsultację u fizjoterapeuty;
- » rozwój płciowy przebiega prawidłowo;

Podsumowanie:

- » *Choroba otyłościowa u Franka jest powikłana zaburzeniami metabolicznymi oraz mechanicznymi.*
- » *Chłopiec nie ma zaburzeń hormonalnych.*
- » *Franek wymaga kompleksowej opieki i zespołowego leczenia otyłości.*
- » *Priorytetem jest zmiana nawyków żywieniowych całej rodziny, wprowadzenie regularnej aktywności fizycznej oraz ograniczenie czasu przed ekranem.*
- » *Na tym etapie nie ma wskazań do leczenia farmakologicznego – kluczowa jest praca nad stylem życia rodziny.*

Zalecenia:

1. Wprowadzenie śniadania przed wyjściem do szkoły.
2. Na drugie śniadanie tortilla (Franek zaakceptował skład) oraz pomidorki koktajlowe w osobnym pojemniku.
3. Sprawdzanie przez rodziców jadłospisu szkolnego – rozmowa z Frankiem, czy taki obiad zje (bez dodatków), czy go nie zje (w tym przypadku rodzice przygotowują dla niego alternatywę do szkoły lub zostawiają posiłek do odgrzania w domu).
4. Obiad domowy dopasowany składem i objętością do posiłku zjedzonego w szkole.
5. Posiłek przygotowywany przez mamę lub tatę dzień wcześniej, aby po powrocie z pracy można go było tylko odgrzać.
6. Zjadanie lekkiej kolacji.
7. Objętość i skład posiłków do omówienia z dietetykiem (z uwzględnieniem potrzeb rodziców oraz siostry po jej powrocie z przedszkola).
8. Codzienny spacer z mamą, tatą i siostrą.
9. Aktywny udział w lekcjach WF-u (Franek bardzo je lubi).
10. Kontynuacja treningów piłki nożnej.
11. Zabieranie dzieci na basen dwa razy w tygodniu (deklaracja taty).
12. Ograniczenie czasu przed ekranem do maksymalnie 2 godzin dziennie.
13. Kontrolne badania laboratoryjne co najmniej po 6 miesiącach od wprowadzenia zmian w stylu życia rodziny.
14. Regularne wizyty lekarskie i ocena efektów raz w miesiącu.



Julka

15-letnia dziewczyna, aktualnie uczęszcza do I klasy szkoły branżowej. Julia marzyła o technikum, jednak nie dostała się do wybranej placówki. W nowym środowisku nie znalazła przyjaciół, a profil klasy i sama szkoła zupełnie jej się nie podobają.

Julia jest jedynaczką. Urodziła się jako wcześniak i pierwsze tygodnie życia spędziła w szpitalu. Po powrocie do domu rodzice zmagali się z dużymi trudnościami podczas karmienia – dziewczynka krztusiła się i płakała, jednak ze względu na niedobór masy ciała musiała zjadać wyznaczone porcje. Posiłki trwały właściwie bez przerwy – zanim skończyło się jedno karmienie, nadchodziła pora na kolejne. Rozszerzanie diety stało się dla rodziców pasmem udręki: obejmowało ciągle blendowanie pokarmu, chodzenie za Julią z łyżeczką, „przemycanie” warzyw i przygotowywanie w kółko tych samych, ulubionych potraw.

Do 7. roku życia dziewczynka bardzo często chorowała i wielokrotnie trafiała do szpitala. Do tego dochodziły regularne kontrole w poradniach specjalistycznych, wynikające z wcześniactwa i niskiej masy ciała. Przełom nastąpił około III–IV klasy szkoły podstawowej, kiedy Julia zaczęła jeść wyraźnie więcej. Sięgała jednak wyłącznie po wybrane, ulubione produkty: płatki z mlekiem, naleśniki, ciastka, nuggetsy, frytki, rosół, bułki, parówki, serki waniliowe, popcorn, a z owoców wybierała jedynie banany i musy. W jej diecie brakowało natomiast świeżych warzyw.

Rodzice cieszyli się z poprawy apetytu, lecz martwili ich brak warzyw w jadłospisie córki. Wiedząc, że są one niezbędne dla zdrowia, próbowali wprowadzić je do diety wszelkimi sposobami: prośbą, groźbą, blendując je lub przemycając w potrawach.

Z czasem wysokokaloryczna dieta sprawiła, że Julia zaczęła gwałtownie przybierać na wadze, wkrótce wzbudziło to niepokój rodziców. Dziewczyna stale dopominała się o swoje ulubione jedzenie, a próby serwowania jej nowych dań kończyły się awanturami.

Sytuację pogarszały trudności społeczne. W szkole podstawowej rówieśnicy określali Julię jako „inną”. Miała tylko jedną koleżankę, która po podstawówce dostała się do technikum, a ze względu na dużą od-

ległość ich kontakt się rozluźnił. Julia nie miała też żadnych zainteresowań – każda próba podjęcia nowej aktywności szybko kończyła się zniecierpliwieniem i rezygnacją.

Również atmosfera w domu nie sprzyjała zmianom. Mama rezygnowała z pracy zawodowej po narodzinach córki i na co dzień jadła to samo co Julia. Tata pracował w trybie wyjazdowym i często nie było go w domu przez kilka dni. Gdy wracał, mama gotowała tradycyjne obiady, których nastolatka nie chciała jeść. Oboje rodzice mieli nadwagę, ale uważali się za zdrowych i od dawna nie odwiedzali lekarzy.

Sama Julia pozostawała pod stałą opieką medyczną. Chorowała na niedoczynność tarczycy (przyjmowała leki) oraz miała rozpoznaną insulinooporność. Latem rodzice rezygnowali z podawania jej witaminy D, wychodząc z założenia, że wystarczy jej przebywanie na świeżym powietrzu w ogródku.

Lekarka z lokalnej przychodni bardzo wspierała rodzinę. Rozumiała złożoność problemów wynikających z wcześniactwa Julii, jednak w najbliższej okolicy brakowało specjalistycznych placówek. Odpowiednie ośrodki znajdowały się kilkadziesiąt kilometrów dalej, co przy braku samochodu stanowiło dla rodziny barierę nie do przebycia. Szansą okazał się program

leczenia choroby otyłościowej u dzieci, uruchomiony w szpitalu oddalonym o kilka kilometrów. Lekarka poinformowała o nim rodziców i przygotowała kompletną dokumentację, by ułatwić Julii kwalifikację do leczenia.

Program rozpoczynał się krótkim pobytem w szpitalu, podczas którego u Julii szukano powikłań choroby otyłościowej oraz przeprowadzono konsultacje z dietetykiem, psychologiem i fizjoterapeutą. Lekarze postawili diagnozy i zmodyfikowali leczenie niedoczynności tarczycy. Po wypisie nastolatka została skierowana do poradni przyszpitalnej w celu kontynuacji leczenia otyłości.

Największym wyzwaniem okazało się to, że specyficzne podejście Julii do jedzenia miało znacznie głębsze podłoże. Dziewczyna wymagała stałej opieki dietetyka – który z akceptowanych przez nią produktów ułożyłby wartościowy jadłospis – a także wsparcia psychologa i logopedy. Diagnoza wykazała u niej poważne zaburzenia przetwarzania sensorycznego, co skłoniło lekarzy do zaplanowania obserwacji w kierunku spektrum autyzmu. Wybiórczość pokarmowa Julii nie była zwykłym „wybrzydzeniem”, lecz jasnym sygnałem, że dziewczyna potrzebuje kompleksowej pomocy terapeutycznej.

Jak widzisz, każde dziecko to osobna historia i osobna rodzina – nie istnieją dwa takie same schematy działania.

Na tym polega piękno indywidualizacji leczenia.

Możesz mieć niemal pewność, że proces terapii u Twojego dziecka będzie wyglądał zupełnie inaczej niż u rówieśnika tej samej płci i o podobnej masie ciała.

Bo dziecko to nie mały dorosły.

Podsumowanie

1. Rozpoznawanie i leczenie otyłości u dzieci jest bardziej złożone niż u dorosłych. Na każdym etapie trzeba uwzględniać wiek rozwojowy dziecka, a wyniki pomiarów odnosić do norm na siatkach centylowych.
2. Wskaźnik BMI to podstawa diagnozy, ale nie koniec postępowania. Otyłość jest złożoną chorobą, która wymaga wielokierunkowego podejścia i w pełni indywidualnego planu.
3. Dziecko nie działa w odosobnieniu. Za jego decyzjami i nawykami stoją rodzice oraz opiekunowie, a fundamentem sukcesu jest trwała zmiana stylu życia całej rodziny.
4. Z otyłości się nie wyrasta! Bez odpowiedniego wsparcia i leczenia choroba ta postępuje wraz z wiekiem.
5. Powikłania choroby otyłościowej dotyczą także dzieci. Problemy metaboliczne czy mechaniczne mogą rozwijać się na bardzo wczesnym etapie życia.
6. Farmakoterapia pomaga w kontroli uczucia głodu i sytości. Kluczem do sukcesu jest jednak trwała zmiana nawyków żywieniowych i większa aktywność fizyczna – przy pełnym wsparciu ze strony najbliższych.

Bibliografia:

1. Noczyńska A., Zubkiewicz-Kucharska A.: *Otyłość wieku rozwojowego*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020.
2. Rowicka G.: *Nadmiar masy ciała u dzieci i młodzieży*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2021.
3. Czepczor-Bernat K., Brytek-Matera A.: *Psychologiczne aspekty nadwagi i otyłości*. Difin SA, Warszawa 2020.
4. Mazur A.: *Przesiewowe badania w endokrynologii*. Wydawnictwo Naukowe PWN S.A., Warszawa 2023.
5. Szajewska H., Horvath A.: *Żywnienie i leczenie żywieniowe dzieci i młodzieży*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2024.
6. Ostrowska L., Bogdański P., Mamcarz A.: *Otyłość i jej powikłania*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2021.
7. Czerwonogrodzka-Senczyna A., Brzeziński M.: *Dietetyka pediatryczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN S.A., Warszawa 2025.
8. Sińska B.: *Żywnienie dzieci i młodzieży z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej*. Wydawnictwo Naukowe PWN S.A., Warszawa 2025.
9. Dutkiewicz A.: *Dietetyka w zaburzeniach odżywiania dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Naukowe PWN S.A., Warszawa 2024.
10. Banaszkiewicz A., Pituch-Zdanowska A.: *Żywnienie w gastroenterologii dziecięcej*. Wydawnictwo Naukowe PWN S.A., Warszawa 2025.
11. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej, Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością: *Otyłość dziecięca*. Medycyna Praktyczna Pediatria, wydanie specjalne 1/2023.
12. Wójcik M., Brzeziński M.: *Choroba otyłościowa u dzieci i młodzieży*. Pediatria po Dyplomie, PPD 2024, 1(10).
13. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości: *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość* 2024. Medycyna Praktyczna, wydanie specjalne, wrzesień 2024.

14. <https://knozcp.pan.pl/app/uploads/2025/06/Stano-wisko-Komitetu-Nauki-o-Zywieniu-Czlowieka-w-sprawie-zasad-zywienia-dzieci-w-wieku-1-3-lat.pdf>
15. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8ee17a15-aa52-421e-94d1-892c3cf191e8/content>
16. https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2025/RPT/25.01.31_RAPORT_48aa_Oty%C5%82o%C5%9B%C4%87_Uzupe%C5%82nienie.pdf
17. <https://imid.med.pl/pl/aktualnosci/nowe-wyniki-badania-pitnuts-2024-zdrowie-dzieci-w-polsce>
18. <https://www.standardy.pl/artykuly/id/2153>
19. <https://ncez.pzh.gov.pl/zdrowe-odchudzanie/skuteczne-odchudzanie/nadwaga-i-otylosc-malymi-krokami-do-zdrowia-bezplatny-e-book-do-pobrania/>
20. <https://www.novonordisk.pl/content/dam/hncorp/pl/pl/pdfs/products/wegovy-chpl.pdf>
21. <https://www.novonordisk.pl/content/dam/hncorp/pl/pl/pdfs/products/saxenda-chpl.pdf>
22. *Najwyższa Izba Kontroli (NIK): *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych – informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2021.

Poradnik żywienia dzieci. Przepisy



Dr hab. n. med. i n. o zdr. Agnieszka Koziół-Kozakowska

Członkini i założycielka Polskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej. Dietetyczka kliniczna, specjalistka zdrowia publicznego, absolwentka Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Adiunktka w Klinice Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia, kierowniczką Pracowni Dietetyki Pediatricznej UJ CM. Zastępczyni koordynatora Międzyklinicznego Ośrodka Leczenia Otyłości Dziecięcej w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie. Członkini Polskiego Towarzystwa Dietetyki. Autorka licznych publikacji naukowych oraz popularnonaukowych o tematyce żywienia dziecka, dietetyki i zdrowia publicznego. Wykładowczyni na krajowych i międzynarodowych konferencjach naukowych oraz szkoleniowych, organizatorka cyklicznej konferencji naukowo-szkoleniowej „Żywienie Dziecka Wczoraj i Dziś”. Członkini grupy roboczej HyperChildNet oraz EPROBES. Należy do grup eksperckich współpracujących m.in. z Najwyższą Izbą Kontroli oraz Małopolskim Urzędem Marszałkowskim.

Jak żywić dziecko z otyłością?

Zdrowe żywienie to nie dieta!

Kiedy rodzice słyszą diagnozę otyłości u dziecka, często zastanawiają się, jaką dietę zastosować. Warto jednak podkreślić, że leczenie otyłości u dzieci nie polega na stosowaniu restrykcyjnych diet odchudzających, eliminowaniu całych grup produktów czy liczeniu każdej kalorii. Takie działania mogą utrudniać prawidłowy wzrost i rozwój dziecka oraz prowadzić do nieprawidłowych relacji z jedzeniem.

Podstawą postępowania jest wprowadzenie zdrowych, trwałych nawyków żywieniowych, które będą możliwe do utrzymania przez wiele lat. Zmiany powinny obejmować całą rodzinę, ponieważ dziecko uczy się przede wszystkim poprzez obserwację najbliższych.

W praktyce oznacza to, że dla dziecka z otyłością nie przygotowujemy osobnych posiłków!

Cała rodzina powinna jeść zdrowiej, a dziecko nie powinno czuć się karane ani wyróżniane z powodu swojej choroby.

Regularność posiłków ma znaczenie

Jednym z najważniejszych elementów zdrowego żywienia jest regularność. Długie przerwy między posiłkami sprzyjają nadmiernemu uczuciu głodu, a w konsekwencji – przejadaniu się i częstszemu sięganiu po wysokokaloryczne przekąski.

Większości dzieci zaleca się spożywanie 4–5 posiłków dziennie:

- » śniadania,
- » drugiego śniadania,
- » obiadu,
- » podwieczorku,
- » kolacji.

Odstępy pomiędzy posiłkami powinny wynosić około 3–4 godzin. Pozwala to utrzymać stabilny poziom energii oraz ogranicza występowanie napadów głodu.

Szczególnie ważne jest śniadanie. Dzieci, które regularnie jedzą ten pierwszy posiłek, lepiej się koncentrują, mają bardziej stabilny apetyt i rzadziej podjadają w ciągu dnia.

Co musi znaleźć się na talerzu dziecka?

Jedną z najważniejszych zasad zdrowego żywienia jest różnorodność. Nie istnieje pojedynczy produkt ani grupa produktów, które dostarczyłyby wszystkich składników niezbędnych do prawidłowego wzrostu i rozwoju dziecka. Dlatego warto dbać o to, aby dieta była urozmaicona i obejmowała produkty z różnych grup żywności. Im większa różnorodność na talerzu, tym większa szansa na dostarczenie organizmowi odpowiedniej ilości białka, witamin, składników mineralnych, błonnika oraz zdrowych tłuszczów.

Różnorodność warto wprowadzać również w obrębie pojedynczego posiłku. Zamiast dużej porcji jednego produktu lepiej zaproponować dziecku kilka mniejszych porcji różnych składników, np. jajko, kromkę pełnoziarnistego pieczywa, pokrojone warzywa oraz owoce. Taki posiłek jest nie tylko bardziej atrakcyjny wizualnie, lecz także skuteczniej zapewnia uczucie sytości dzięki połączeniu różnych składników odżywczych i smaków.



***Złota zasada zdrowej diety:
jedz różnorodnie.***

***Im więcej kolorów, smaków i grup
produktów pojawia się na talerzu,
tym łatwiej dostarczyć organizmowi
wszystkie składniki potrzebne
do prawidłowego wzrostu i rozwoju.***

Każdy główny posiłek powinien zawierać:

Warzywa lub owoce – najlepiej jeśli są obecne przy każdym posiłku. Warzywa powinny pojawiać się częściej niż owoce.

Źródło białka – np. jajka, chude mięso, ryby, produkty mleczne, tofu oraz nasiona roślin strączkowych.

Produkty zbożowe – najlepiej pełnoziarniste, takie jak pieczywo razowe, płatki owsiane, grube kasze.

Zdrowe tłuszcze – np. oliwa z oliwek, olej rzepakowy, orzechy, pestki i nasiona.

Taki sposób komponowania posiłków sprzyja dłuższemu uczuciu sytości i ułatwia kontrolowanie apetytu.



Wielkość talerza ma znaczenie – im mniejsze dziecko, tym mniejszy talerzyk. Warto zwrócić uwagę na to, że w ostatnich latach zastawa stołowa bardzo urosła, a nasze dzieci często jedzą na takich samych talerzach jak dorośli.

W praktyce dla dziecka w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym powinien to być talerzyk o średnicy 19 cm (można kupić talerzyk z podziałkami, jak te powyżej na ilustracji), a dla dzieci starszych – o średnicy 21 cm.

Tłuszcze – nie takie straszne

Wielu rodziców próbuje ograniczać tłuszczy do minimum, sądząc, że pomoże to zmniejszyć masę ciała dziecka. Tymczasem tłuszcz jest niezbędny do prawidłowego rozwoju organizmu, zwłaszcza układu nerwowego.

Najważniejsze jest wybieranie odpowiednich źródeł tłuszczu:

- » nierafinowanego oleju rzepakowego,
- » oliwy z oliwek,
- » orzechów,
- » pestek i nasion,
- » tłustych ryb morskich.

Warto natomiast ograniczać produkty bogate w tłuszcze nasycone i trans, takie jak dania typu fast food, chipsy, wyroby cukiernicze czy słone przekąski.

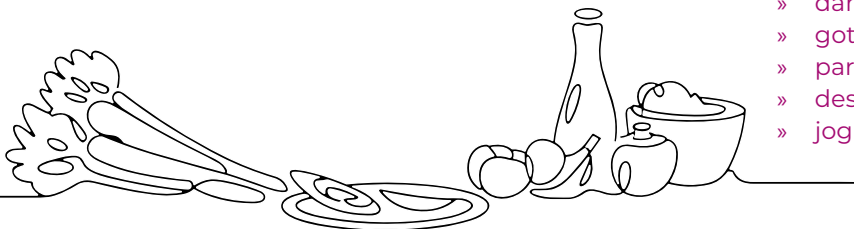
Produkty przetworzone

Dlaczego tak ważne jest, by ograniczać produkty wysokoprzetworzone?

Żywność wysokoprzetworzona to taka, która podczas produkcji została poddana wielu procesom technologicznym i zawiera liczne dodatki, takie jak cukier, sól, tłuszcze, aromaty, barwniki czy substancje poprawiające smak i trwałość. Artykuły te często dostarczają bardzo dużo kalorii, a jednocześnie niewielu składników odżywczych.

Do produktów wysokoprzetworzonych zaliczamy m.in.:

- » słodzone napoje i wody smakowe,
- » napoje energetyczne,
- » chipsy, chrupki i paluszki,
- » batoniki, ciastka i wyroby cukiernicze,
- » słodkie płatki śniadaniowe,
- » dania typu fast food,
- » gotowe dania do odgrzania,
- » parówki i wysokoprzetworzone wędliny,
- » desery mleczne z dodatkiem cukru,
- » jogurty smakowe zawierające duże ilości cukru.



Regularne spożywanie takich produktów może utrudniać kontrolowanie apetytu. Zawarte w nich wysokie stężenia cukru, tłuszczu i soli sprawiają, że są bardzo smaczne, ale jednocześnie słabo sycą. W efekcie dziecko może szybciej odczuwać głód i częściej sięgać po kolejne przekąski.

Warto pamiętać, że nie wszystkie produkty przetworzone są niekorzystne. Do żywności o niewielkim stopniu przetworzenia należą m.in.:

- » mrożone warzywa i owoce,
- » płatki owsiane,
- » pieczywo pełnoziarniste,
- » jogurty naturalne (bez dodatku cukru),
- » mleko,
- » sery,
- » konserwowe warzywa strączkowe bez dodatku cukru,
- » passata pomidorowa.

Takie składniki mogą stanowić wartościowy element codziennej diety i często ułatwiają przygotowanie zdrowych posiłków.

Zamiast całkowicie zakazywać dziecku jedzenia ulubionych produktów, lepiej stopniowo zwiększać w jego diecie udział żywności o wysokiej wartości odżywczej.

Przykładowo:

- » zamiast słodzonego jogurtu można wybrać jogurt naturalny z dodatkiem owoców,
- » zamiast słodkich płatków śniadaniowych – płatki owsiane z owocami,
- » zamiast chipsów – warzywa z hummusem lub pieczoną ciecierzycę,
- » zamiast słodzonych napojów – wodę z dodatkiem owoców lub mięty.

Najważniejszą zasadą **nie jest całkowita eliminacja** produktów wysokoprzetworzonych, lecz sprawienie, aby nie stanowiły one podstawy codziennego żywienia. Dieta dziecka powinna opierać się przede wszystkim na posiłkach jak najmniej przetworzonych, bogatych w składniki odżywcze wspierające wzrost, rozwój i zdrowie.



Zapamiętaj!

Im krótsza lista składników i im bardziej produkt przypomina swoją naturalną postać, tym częściej powinien pojawiać się w diecie dziecka. Artykuły wysokoprzetworzone mogą być spożywane okazjonalnie, ale nie powinny zastępować pełnowartościowych posiłków i przekąsek.

Jak sprawić, aby posiłki były bardziej sycące?

Jednym z najczęstszych problemów zgłaszanych przez rodziców jest ciągłe uczucie głodu u dziecka. W wielu przypadkach nie wynika ono z konieczności zwiększenia ilości jedzenia, ale z nieprawidłowego składu posiłków, po których dziecko szybko czuje głód.

Większą sytość zapewniają:

- » warzywa,
- » produkty pełnoziarniste,
- » dania i potrawy będące dobrym źródłem białka,
- » odpowiednie ilości płynów.

Przykładowo kanapka z pszennego pieczywa z dżemem będzie sycić znacznie krócej niż kanapka z pieczywa pełnoziarnistego z twarogiem i dżemem.

Warto również zachęcać dziecko do spokojnego jedzenia. **Mózg potrzebuje około 20 minut, aby zarejestrować sygnał o sytości.** Spożywanie posiłku w pośpiechu sprzyja zjadaniu nadmiernych porcji.

Nie bez znaczenia jest wielkość talerza, na małym talerzu porcja wydaje się większa.

Zamiast dużej porcji jednego składnika, lepiej zaproponować dziecku kilka mniejszych racji, np. jajko, kromkę pełnoziarnistego pieczywa, pokrojone warzywa oraz porcję owoców lub jogurt naturalny. Taki posiłek jest bardziej atrakcyjny, dostarcza większej liczby składników odżywczych i pomaga dłużej utrzymać uczucie sytości.

Jedzenie przy ekranach – pierwszy krok do rozwoju otyłości

Posiłki spożywane przed telewizorem, komputerem czy smartfonem utrudniają rozpoznawanie sygnałów głodu i sytości. Dziecko skupione na ekranie zwykle zjada więcej, niż potrzebuje.

Dlatego warto:

- » spożywać posiłki przy stole,
- » nie korzystać z telewizora podczas jedzenia,
- » odkładać telefon na czas posiłku,
- » stworzyć spokojną atmosferę podczas wspólnego jedzenia.

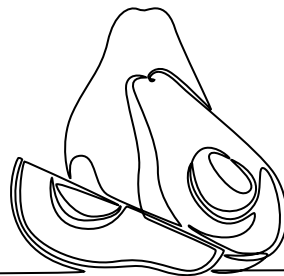
Regularne rodzinne posiłki wpływają nie tylko na lepszą jakość diety, lecz także na lepsze samopoczucie dzieci i młodzieży.

Przekąski: wróg czy sprzymierzeniec?

Czy dziecko potrzebuje przekąsek?

Przekąski często kojarzą się z chipsami, słodyczami czy słonymi paluszkami. Tymczasem sama przekąska nie jest niczym złym. Może stanowić wartościowy element diety dziecka, pod warunkiem że jest odpowiednio zaplanowana.

Nie każde dziecko potrzebuje przekąsek. Ich liczba zależy przede wszystkim od wieku, odstępu między głównymi posiłkami, poziomu aktywności fizycznej oraz apetytu dziecka. Młodsze dzieci, które mają mniejszą pojemność żołądka, zwykle lepiej funkcjonują, kiedy spożywają 4–5 posiłków dziennie, natomiast u starszych dzieci często wystarczają trzy główne posiłki i jedna lub dwie przekąski.



Warto odróżnić zaplanowaną przekąskę od podjadania.

Zaplanowana przekąska

- » jest niewielkim, **pełnowartościowym posiłkiem** spożywanym pomiędzy głównymi daniami. Jej zadaniem jest uzupełnienie energii, dostarczenie cennych składników odżywczych oraz zapobieganie nadmiernemu uczuciu głodu przed kolejnym posiłkiem.

Podjadanie

- » polega na częstym sięganiu po jedzenie **bez odczuwania głodu** – podczas oglądania telewizji, grania na komputerze, odrabiania lekcji czy po prostu z nudów. Najczęściej są to produkty wysoko przetworzone, bogate w cukier, sól i tłuszcz, które dostarczają dużo kalorii, a niewiele składników odżywczych.

To właśnie podjadanie, a nie dobrze zaplanowane przekąski, może utrudniać leczenie otyłości.

Kiedy warto podać przekąskę?

Przekąska może być dobrym rozwiązaniem, gdy:

- » między głównymi posiłkami upływa więcej niż 3–4 godziny,
- » dziecko wraca ze szkoły lub treningu i do obiadu bądź kolacji pozostało jeszcze trochę czasu,
- » dziecko jest bardziej aktywne fizycznie i potrzebuje uzupełnienia energii.

Jeżeli jednak dziecko sięga po jedzenie co kilkadziesiąt minut, warto zastanowić się, czy rzeczywiście odczuwa głód. Często przyczyną bywają nuda, zmęczenie, stres lub po prostu łatwa dostępność przekąsek.



Jak rozpoznać głód?

Zanim podamy dziecku przekąskę, warto zadać sobie kilka pytań:

- » Czy od ostatniego posiłku minęły co najmniej 2–3 godziny?
- » Czy dziecko zjadło pełnowartościowy posiłek?
- » Czy dziecko prosi o jedzenie niezależnie od tego, co zostanie mu zaproponowane, czy ma ochotę tylko na słodczy?
- » Czy dziecko nie jest spragnione? Czasami pragnienie bywa mylone z głodem.

Jeżeli dziecko ma ochotę wyłącznie na słodczy lub chipsy, a od obiadu minęła zaledwie godzina, nie jest to głód fizjologiczny.



Najważniejsze informacje:

- » Nie stosuj rygorystycznych ograniczeń ilości jedzenia.
- » Dbaj o regularne spożywanie 4–5 posiłków dziennie.
- » Zwróć uwagę, by każdy posiłek zawierał warzywa lub owoce oraz źródło białka.
- » Wybieraj produkty jak najmniej przetworzone.
- » Nie eliminuj zdrowych tłuszczów z diety dziecka.
- » Zachęcaj do spokojnego jedzenia bez telefonu i telewizora.
- » Wprowadzaj zmiany w żywieniu całej rodziny, a nie tylko dziecka.

Talerz zdrowego żywienia w praktyce

Już wiesz, że na „zdrowym talerzu” powinny znaleźć się produkty, które są źródłem białka, węglowodanów i tłuszczów. Dlaczego są one ważne?

Prawidłowo skomponowany posiłek powinien dostarczać wszystkich najważniejszych składników odżywczych. Każdy z nich pełni w organizmie dziecka określone funkcje i jest niezbędny do prawidłowego wzrostu, rozwoju oraz utrzymania zdrowia.

Białko – budulec rosnącego organizmu

Białko jest niezbędne do wzrostu i rozwoju organizmu. Bierze udział w budowie mięśni, kości, skóry oraz wielu innych tkanek. Wspiera również funkcjonowanie układu odpornościowego. Dodatkowo produkty bogate w białko pomagają utrzymać uczucie sytości po posiłku, dlatego warto uwzględniać je w każdym głównym posiłku.

Dobrymi źródłami białka są:

- » jaja,
- » mleko i produkty mleczne,
- » ryby,
- » chude mięso,
- » nasiona roślin strączkowych (np. soczewica, fasola, ciecierzycą),
- » tofu.

Węglowodany – podstawowe źródło energii dla organizmu dziecka

Węglowodany dostarczają paliwa niezbędnego do nauki, zabawy, aktywności fizycznej oraz prawidłowego wzrostu i rozwoju. Nie należy ich eliminować z diety dziecka nawet wtedy, gdy choruje ono na otyłość. Kluczowe znaczenie ma jednak wybór odpowiednich składników będących ich źródłem.

Warto wiedzieć, że nie wszystkie węglowodany wpływają na organizm w taki sam sposób. Różnią się budową, tempem ich trawienia oraz wpływem na poziom glukozy we krwi i uczucie sytości. Dlatego ważne jest, aby odróżniać **węglowodany proste, węglowodany złożone i cukry dodane** oraz wiedzieć, które z nich powinny dominować w codziennej diecie dziecka.

Węglowodany proste (cukry proste) występują naturalnie w wielu wyrobach spożywczych. Znajdują się m.in. w owocach (fruktoza), mleku i produktach mlecznych (laktoza) oraz niektórych warzywach.

Żywność zawierająca naturalnie występujące cukry jest jednocześnie źródłem wielu cennych składników odżywczych, takich jak witaminy, składniki mineralne, błonnik pokarmowy czy białko. Z tego powodu nie należy eliminować jej z diety dziecka.

Węglowodany złożone (cukry złożone) są zbudowane z wielu połączonych cząsteczek cukrów prostych. Organizm trawi je wolniej, dzięki czemu energia uwalnia się stopniowo, a uczucie sytości utrzymuje się dłużej.

Ich najlepszym źródłem są:

- » pełnoziarniste pieczywo,
- » płatki owsiane,
- » kasze,
- » ryż,
- » makarony,
- » ziemniaki,
- » nasiona roślin strączkowych.

Produkty te dostarczają również błonnika pokarmowego, witamin z grupy B oraz składników mineralnych, dlatego powinny stanowić ważny element codziennej diety dziecka.

Cukry dodane to cukry, które producenci dodają do żywności podczas jej produkcji lub które dodajemy sami podczas przygotowywania potraw. Najczęściej są to cukry proste. Nie pełnią one istotnej funkcji odżywczej, a ich nadmierne spożycie zwiększa ryzyko rozwoju otyłości, próchnicy zębów oraz innych chorób dietozależnych.

Do cukrów dodanych zaliczamy m.in.:

- » cukier biały i brązowy,
- » syrop glukozowo-fruktozowy,
- » syrop glukozowy,
- » syrop kukurydziany,
- » syrop z agawy,
- » syrop klonowy,
- » miód dodawany do produktów lub napojów,
- » koncentraty soków owocowych stosowane jako substancja słodząca.

Najwięcej cukrów dodanych znajduje się w:

- » słodzonych napojach,
- » słodyczach, m.in. ciastach i ciasteczkach,
- » płatkach śniadaniowych,
- » deserach mlecznych,
- » jogurtach smakowych,
- » gotowych sosach i ketchupach.

Czy wszystkich cukrów trzeba się bać?

Naturalnie występujące cukry obecne w owocach czy mleku są częścią wartościowej diety, choć ich ilość powinna być kontrolowana. Z tego powodu w zaleceniach dotyczących żywienia dzieci znajdują się konkretne wielkości porcji owoców, np. 150–200 g owoców na dobę. Zdecydowanie należy unikać cukrów dodanych.

Z kolei produkty będące źródłem węglowodanów złożonych powinny być obecne w codziennym jadłospisie dziecka, ponieważ dostarczają energii, błonnika oraz wielu cennych składników odżywczych.

Tłuszcze – potrzebne każdego dnia

Tłuszcze są niezbędne do prawidłowego rozwoju mózgu i układu nerwowego. Umożliwiają wchłanianie wielu witamin. Nie należy ich nadmiernie ograniczać, nawet jeśli dziecko choruje na otyłość.

Najlepiej wybierać tłuszcze pochodzące głównie z produktów roślinnych oraz ryb.

Ich źródłem są m.in.:

- » oliwa z oliwek,
- » olej rzepakowy,
- » orzechy,
- » pestki i nasiona,
- » awokado,
- » tłuste ryby morskie.



Jak połączyć te wszystkie składniki w jednym posiłku?

Najbardziej sycące i wartościowe posiłki to takie, które zawierają jednocześnie warzywa lub owoce, źródło białka, produkty dostarczające węglowodanów oraz niewielki dodatek zdrowych tłuszczów.

Przykładowo śniadanie może składać się z jajka, kromki pełnoziarnistego pieczywa, pokrojonych warzyw oraz porcji owoców lub jogurtu naturalnego. Taka kompozycja dostarcza wielu składników odżywczych, zapewnia dłuższe uczucie sytości i pomaga ograniczyć podjadanie między posiłkami.

Warto pamiętać, że dzieci często lepiej reagują na posiłki składające się z kilku mniejszych elementów niż jednej dużej potrawy. Różnorodność smaków, kolorów i konsystencji zwiększa atrakcyjność posiłku i sprzyja kształtowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych.

Jak komponować śniadanie, obiad i kolację?

Regularne spożywanie posiłków pomaga utrzymać stabilny poziom energii, ogranicza napady głodu i wspiera kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych. Każdy posiłek pełni określoną funkcję i powinien być odpowiednio skomponowany.

Śniadanie

najważniejszy posiłek
na dobry początek dnia

Śniadanie powinno dostarczać około 25–30% dziennej energii. Jest pierwszym posiłkiem po nocnej przerwie i stanowi źródło energii niezbędnej do nauki, zabawy oraz codziennej aktywności. Dzieci regularnie jedzące śniadania lepiej koncentrują się w szkole i rzadziej podjadają w ciągu dnia.

Śniadanie powinno być sycące i zawierać:

- » źródło białka (np. jajka, twaróg, jogurt naturalny),
- » produkty zbożowe, najlepiej pełnoziarniste,
- » warzywa lub owoce,
- » niewielki dodatek zdrowych tłuszczów.

Przykład:

**jajecznica,
pieczywo pełnoziarniste,
pomidor i ogórek z dodatkiem oliwy,
owoc.**

Drugie śniadanie

energia do południa

Drugie śniadanie powinno dostarczać około 10–15% dziennej energii. Jego zadaniem jest uzupełnienie energii pomiędzy śniadaniem a obiadem oraz zapobieganie nadmiernemu głodowi.

Warto, aby było łatwe do spakowania i zjedzenia poza domem.

Dobrym wyborem są:

**kanapki z pełnoziarnistego pieczywa,
wrapy pełnoziarniste z kurczakiem
i warzywami,
jogurt naturalny z owocami,
owoce i orzechy,
warzywa z hummusem,
koktajle na bazie mleka
lub jogurtu naturalnego.**

Obiad

główny posiłek dnia

Obiad powinien dostarczać około 30–35% dziennej energii. To najczęściej największy posiłek dnia, który powinien zapewniać uczucie sytości na kilka godzin.

Warto tu stosować zasadę zdrowego talerza:

- » połowę talerza powinny zajmować warzywa,
- » jedną czwartą – produkty zbożowe lub ziemniaki,
- » jedną czwartą – produkty będące źródłem białka.

Przykład:

**pieczona ryba,
ziemniaki z wody,
surówka z warzyw.**

Podwieczorek

niewielki posiłek między obiadem a kolacją

Podwieczorek powinien dostarczać około 5–10% dziennej energii. Nie jest obowiązkowy dla każdego dziecka, jednak może być pomocny szczególnie wtedy, gdy między obiadem a kolacją występuje długa przerwa.

Dobrym wyborem są:

**owoce,
jogurt naturalny,
koktajl mleczny z owocami,
garść orzechów,
warzywa pokrojone w słupki.**

Kolacja

lekka, ale sycąca

Kolacja powinna dostarczać około 20–25% dziennej energii i być spożywana około 2–3 godziny przed snem. Często można spotkać się ze stwierdzeniem, że kolacja powinna być lekka. Nie oznacza to jednak konieczności kładzenia dziecka spać głodnego ani ograniczania posiłku wyłącznie do warzyw.

Lekka kolacja to taka, która nie jest nadmiernie obfita, tłusta ani ciężkostrawna. Powinna zapewniać uczucie sytości, ale jednocześnie nie powodować dyskomfortu i nie utrudniać zasypiania.

W praktyce oznacza to, że warto ograniczać:

- » potrawy smażone,
- » dania typu fast food,
- » słodcze, m.in. ciasta, ciasteczka,
- » chipsy i słone przekąski,
- » odgrzewane posiłki z obiadu.

Warto pamiętać, że celem kolacji nie jest ograniczanie jedzenia, ale zapewnienie dziecku odpowiedniej ilości składników odżywczych oraz komfortowego snu bez uczucia głodu.

Przykładowe kolacje:

kanapki z pieczywa pełnoziarnistego
z twarogiem i warzywami,
sałatka z jajkiem i pieczywem,
tortilla pełnoziarnista z kurczakiem
i warzywami,
owsianka z jogurtem naturalnym i owocami,
pasta z tuńczyka podana
z warzywami i pieczywem.



Jak planować zakupy i posiłki dla całej rodziny?

Jednym z najczęstszych powodów sięgania po wysokoprzetworzone produkty jest brak planu. Gdy wracamy zmęczeni z pracy lub szkoły, znacznie łatwiej zdecydować się na gotowe potrawy, dania typu fast food lub przypadkowe przekąski. Tymczasem **już kilkanaście minut poświęconych na zaplanowanie posiłków na kilka kolejnych dni może ułatwić zdrowe odżywianie całej rodziny.**

Pamiętajmy, że dziecko z otyłością nie potrzebuje specjalnej diety przygotowywanej tylko dla niego. Najlepsze efekty są wtedy, gdy wszyscy domownicy jedzą te same, zdrowe posiłki. Dzięki temu dziecko nie czuje się wykluczone, a zdrowe nawyki stają się naturalnym elementem życia całej rodziny.

Zacznij od planu!

Raz w tygodniu warto zaplanować obiady oraz zastanowić się, jakie produkty będą potrzebne do przygotowania śniadań, kolacji i przekąsek. Nie oznacza to konieczności dokładnego rozpisywania każdego posiłku – wystarczy prosty plan na kilka dni.

Dobrym rozwiązaniem jest wykorzystanie tych samych składników w różnych potrawach. Przykładowo pieczony kurczak przygotowany na obiad może następnego dnia stać się dodatkiem do kanapek lub sałatki, a ugotowane warzywa można wykorzystać do przygotowania zupy lub zapiekanki.

Rób zakupy z listą

Zakupy warto planować po przygotowaniu jadłospisu. Lista zakupów pomaga kupować tylko potrzebne produkty i ogranicza spontaniczne sięganie po słodkie czy słone przekąski.

Podstawą koszyka zakupowego powinny być:

- » warzywa i owoce,
- » produkty zbożowe pełnoziarniste,
- » mleko i naturalne produkty mleczne,
- » jaja,
- » ryby i chude mięso,
- » nasiona roślin strączkowych,
- » zdrowe tłuszcze, np. oliwa z oliwek lub olej rzepakowy.

Żywność wysokoprzetworzoną najlepiej kupować świadomie i okazjonalnie, a nie pod wpływem impulsu.

Dbaj o to, by zdrowe produkty były zawsze pod ręką!

Znacznie łatwiej przygotować wartościowy posiłek, gdy w domu znajdują się podstawowe składniki.

W lodówce i spiżarni warto mieć:

- » świeże i mrożone warzywa,
- » owoce,
- » jogurt naturalny,
- » twaróg,
- » jaja,
- » pełnoziarniste pieczywo,
- » płatki owsiane,
- » kasze i ryż,
- » konserwową ciecierzycę lub fasolę bez dodatku cukru,
- » orzechy i nasiona.

Dzięki temu nawet w zabieganym dniu można w kilkanaście minut przygotować pełnowartościowy, zdrowy posiłek.

Zaangażuj dziecko!

Planowanie posiłków i wspólne zakupy mogą być doskonałą okazją do nauki zdrowych nawyków. Pozwól dziecku wybrać warzywo lub owoc, wspólnie przeczytajcie etykietę produktu albo zapytaj, jaki zdrowy posiłek chciałoby zjeść w kolejnym tygodniu.

Warto również angażować pociechy w przygotowywanie posiłków. Dzieci, które pomagają w kuchni, są bardziej otwarte na nowe produkty i uczą się, że zdrowe jedzenie może być smaczne i atrakcyjne.

Nie kupuj na zapas

Jeżeli w domu znajdują się duże zapasy słodczy, chipsów czy słodzonych napojów, dziecku znacznie trudniej jest oprzeć się pokusie. Nie oznacza to, że produkty te muszą być całkowicie zakazane, nie powinny jednak być dostępne każdego dnia.

Najłatwiej wybierać zdrowe przekąski wtedy, gdy są one łatwo dostępne. Pokrojone warzywa, umyte owoce czy przygotowany wcześniej jogurt z dodatkiem owoców to produkty, po które dziecko chętniej sięgnie, jeśli będą gotowe do spożycia.



Zapamiętaj!

Zdrowe odżywianie zaczyna się nie przy stole, lecz podczas planowania zakupów. To, co znajduje się w lodówce i szafkach kuchennych, w dużej mierze decyduje o codziennych wyborach żywieniowych całej rodziny. Im lepiej zaplanowane zakupy i posiłki, tym łatwiej utrzymać zdrowe nawyki i ograniczyć spontaniczne sięganie po produkty wysokoprzetworzone.

Dziecko dobrze odżywione

Dziecko może spożywać zbyt dużo kalorii, a jednocześnie otrzymywać zbyt mało witamin, składników mineralnych, błonnika czy pełnowartościowego białka. Taką sytuację określa się jako niedożywienie jakościowe lub ukryte niedobory pokarmowe. Z tego powodu leczenie otyłości u dzieci nie polega na głodzeniu ani znacznym ograniczaniu obfitości posiłków, lecz na poprawie jakości diety.

U dzieci z otyłością częściej niż u ich rówieśników obserwuje się niedostateczne spożycie:

- » witaminy D,
- » wapnia,
- » żelaza,
- » kwasu foliowego,
- » błonnika pokarmowego,
- » wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3.

Nie oznacza to jednak, że każde dziecko chorujące na otyłość wymaga suplementacji. W większości przypadków niedobory można wyrównać poprzez odpowiednio zbilansowaną dietę. Suplementy powinny

być stosowane wyłącznie wtedy, gdy zaleci je lekarz lub dietetyk.

Składniki odżywcze szczególnie ważne w okresie wzrastania

Organizm dziecka intensywnie rośnie i rozwija się, dlatego każdego dnia potrzebuje odpowiedniej ilości wszystkich składników odżywczych.

Białko jest podstawowym budulcem organizmu. Bierze udział w budowie mięśni, kości, narządów i układu odpornościowego. Jego dobrym źródłem są jaja, mleko i produkty mleczne, ryby, chude mięso oraz nasiona roślin strączkowych.

Wapń i witamina D są niezbędne do prawidłowego rozwoju kości i zębów. Wapń znajduje się przede wszystkim w mleku i jego przetworach. Witamina D powstaje w skórze pod wpływem promieni słonecznych, a jej skromne dawki dostarczają tłuste ryby i jaja. Ze względu na powszechne niedobory witaminy D u dzieci w Polsce jej suplementację należy prowadzić zgodnie z aktualnymi zaleceniami lekarza.

Żelazo odpowiada za prawidłowy transport tlenu w organizmie i wspiera rozwój układu nerwowego. Jego najlepszym źródłem są mięso i jaja.

Najlepiej przyswajalne jest **żelazo hemowe**, które znajduje się w produktach pochodzenia zwierzęcego, takich jak chude mięso, drób, ryby i jaja. Żelazo obecne w produktach roślinnych (m.in. w nasionach roślin strączkowych, kaszach, pełnoziarnistych produktach zbożowych, pestkach dyni czy zielonych warzywach liściastych) wchłania się słabiej, jego przyswajanie jednak można znacząco zwiększyć.

Warto pamiętać, że **witamina C poprawia wchłanianie żelaza**, dlatego do posiłków zawierających ten składnik warto podawać świeże warzywa lub owoce, np. paprykę, pomidory, natkę pietruszki, brokuły, truskawki czy owoce cytrusowe.

Z kolei niektóre składniki mogą ograniczać wchłanianie żelaza. Należą do nich m.in. herbata i kawa, dlatego nie powinny być podawane dzieciom do posiłków. Jeśli pociecha lubi napoje herbaciane, może pić wersje owocowe, a w przypadku czarnej herbaty – słaby, lekki napar.

Błonnik pokarmowy wpływa na prawidłową pracę przewodu pokarmowego, pomaga utrzymać uczucie sytości i wspiera rozwój korzystnej mikroflory jelitowej. Ta odpowiada za odporność na infekcje, ale wspiera też proces leczenia otyłości. Jego głównymi źródłami są warzywa, owoce, produkty pełnoziarniste oraz nasiona roślin strączkowych.

Zdrowe tłuszcze, zwłaszcza **kwasy tłuszczowe omega-3**, wspierają rozwój mózgu, narządu wzroku oraz układu nerwowego. Ich źródłem są przede wszystkim tłuste ryby morskie, orzechy oraz nasiona. Warto jeść ryby kilka razy w tygodniu.

Jak uniknąć niedożywienia podczas leczenia otyłości?

Najczęstszym błędem popełnianym podczas leczenia otyłości jest zbyt duże ograniczanie ilości jedzenia lub eliminowanie całych grup składników odżywczych. Takie postępowanie może prowadzić do niedoborów pokarmowych i zaburzać prawidłowy wzrost dziecka.

Leczenie otyłości nie powinno oznaczać głodówki ani restrykcyjnej diety. Znacznie ważniejsze jest zwiększenie wartości odżywczej posiłków niż ich radykalne zmniejszanie.

Aby zapobiegać niedoborom pokarmowym:

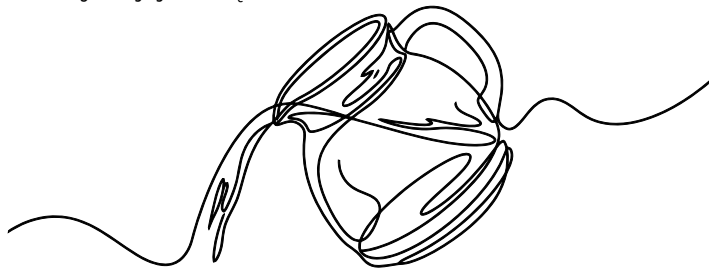
- » podawaj dziecku regularne, urozmaicone posiłki,
- » dbaj o obecność warzyw i owoców każdego dnia,
- » wybieraj produkty pełnoziarniste zamiast oczyszczonych,
- » uwzględniaj źródło białka w każdym głównym posiłku,
- » nie eliminuj bez wskazań medycznych mleka, produktów zbożowych ani innych grup żywności,
- » ograniczaj produkty wysokoprzetworzone, zastępując je żywnością o dużej wartości odżywczej.

W większości przypadków celem leczenia nie jest szybki spadek masy ciała, lecz poprawa jakości diety i stopniowa zmiana nawyków żywieniowych. Dzięki temu młody człowiek może prawidłowo rosnąć, rozwijać się i jednocześnie poprawiać swój stan zdrowia.

Woda i napoje w diecie dziecka

Dlaczego nawodnienie jest ważne?

Woda jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania organizmu i stanowi jego podstawowy składnik. U dzieci i młodzieży odgrywa szczególnie ważną rolę, ponieważ ich organizm zawiera więcej wody niż organizm osoby dorosłej, a jednocześnie jest bardziej narażony na jej utratę.



Odpowiednie nawodnienie wpływa na:

- » utrzymanie prawidłowej temperatury ciała,
- » transport składników odżywczych do komórek,
- » prawidłową pracę mózgu i koncentrację,
- » wydolność podczas aktywności fizycznej,
- » sprawne funkcjonowanie przewodu pokarmowego i brak zaparć.

Nawet niewielkie odwodnienie może powodować zmęczenie, bóle głowy, rozdrażnienie, trudności z koncentracją oraz pogorszenie samopoczucia.

Najlepszym napojem dla najmłodszych jest woda, która świetnie gasi pragnienie i nie dostarcza dodatkowych kalorii ani cukru.

Ile wody powinno pić dziecko?

Zapotrzebowanie na wodę nie jest jednakowe u wszystkich dzieci. Zależy od wielu czynników, przede wszystkim wieku, masy ciała, poziomu aktywności fizycznej oraz temperatury otoczenia.

- » **Wiek** – wraz ze wzrostem dziecka zwiększa się jego zapotrzebowanie na wodę. Starsze dzieci i nastolatki mają większą masę ciała oraz wyższe potrzeby metaboliczne, dlatego powinny spożywać więcej płynów niż dzieci młodsze.
- » **Masa ciała** – im większa waga, tym większa ilość wody jest potrzebna do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Dzieci o większej masie ciała mają zwykle wyższe zapotrzebowanie na płyny.

» **Aktywność fizyczna** – podczas wysiłku organizm traci wodę wraz z potem. Im dłużej i intensywniej dziecko jest aktywne, tym więcej płynów powinno wypić przed aktywnością, w jej trakcie i po jej zakończeniu. Nawet umiarkowany wysiłek, taki jak jazda na rowerze, zabawa na placu zabaw czy trening sportowy, zwiększa zapotrzebowanie na wodę.

» **Temperatura otoczenia** – w upalne dni oraz podczas przebywania w ogrzewanych pomieszczeniach organizm traci więcej wody przez skórę i drogi oddechowe. Dlatego latem, podczas wyjazdów, a także w czasie gorączki lub biegunki należy zwrócić szczególną uwagę na regularne nawadnianie dziecka.

Warto pamiętać, że dzieci nie zawsze odczuwają pragnienie odpowiednio wcześnie. Dlatego zamiast czekać na ich prośbę o picie, należy zachęcać je do regularnego spożywania niewielkich ilości wody przez cały dzień.



Całkowita ilość wody z uwzględnieniem zarówno napojów, jak i wody zawartej w żywności (*Normy żywienia dla populacji Polski*, 2024)

Wiek	Dziewczęta	Chłopcy
1–3 lata	1250 ml/dobę	1250 ml/dobę
4–6 lat	1600 ml/dobę	1600 ml/dobę
7–9 lat	1750 ml/dobę	1750 ml/dobę
10–12 lat	2100 ml/dobę	2400 ml/dobę
13–15 lat	2300 ml/dobę	3000 ml/dobę
16–18 lat	2300 ml/dobę	3300 ml/dobę

Do całkowitej ilości płynów wlicza się nie tylko wodę, lecz także mleko, zupy czy wodę zawartą w owocach i warzywach. To właśnie czysta woda powinna jednak stanowić podstawowe źródło nawodnienia.

Nie warto czekać, aż dziecko zgłosi pragnienie. Jest ono już pierwszym sygnałem, że organizm potrzebuje płynów. Lepsze wyniki daje proponowanie dziecku picia wiele razy w ciągu dnia.

Dobrym nawykiem jest:

- » rozpoczynanie dnia od szklanki wody,
- » zabieranie bidonu do szkoły,
- » picie wody przed aktywnością fizyczną i po niej,
- » podawanie wody do każdego głównego posiłku.

Jak ograniczyć słodzone napoje?

Słodzone napoje są jednym z największych źródeł cukrów prostych w diecie najmłodszych. Szklanka napoju gazowanego lub smakowego może zawierać nawet 5–7 łyżeczek cukru. Co ważne, kalorie pochodzące z napojów nie dają takiego uczucia sytości, jak pokarmy stałe, dlatego łatwo zwiększają całkowitą kaloryczność diety.

Do napojów, które warto ograniczać, należą:

- » napoje gazowane,
- » napoje owocowe,
- » nektary,
- » wody smakowe z dodatkiem cukru,
- » gotowe mrożone herbaty,
- » napoje energetyczne (nie są zalecane dzieciom i młodzieży),
- » słodzone napoje mleczne.

Soki owocowe również, mimo że zawierają witaminy, są źródłem naturalnych cukrów i nie powinny zastępować wody. Najlepszym wyborem jest spożywanie całych owoców, które dostarczają dodatkowo błonnika pokarmowego.

Jeżeli dziecko jest przyzwyczajone do słodkich napojów, warto ograniczać je stopniowo. Nagła zmiana bywa trudna do zaakceptowania, natomiast stopniowe zmniejszanie ilości zwykle przynosi lepsze efekty.

Pomocne mogą być proste rozwiązania:

- » podawanie schłodzonej wody z dodatkiem plasterków cytryny, pomarańczy, truskawek lub listków mięty,
- » przygotowywanie niesłodzonych naparów owocowych lub ziołowych,
- » zabieranie bidonu z wodą do szkoły i na zajęcia sportowe,
- » niekupowanie słodzonych napojów na co dzień.

Najważniejsze jest to, aby w domu woda była zawsze pierwszym wyborem. Najmłodszy uczeń się przez obserwację, dlatego jeśli rodzice regularnie piją wodę zamiast słodzonych napojów, znacznie łatwiej im będzie wykształcić taki nawyk również u dziecka.

Artykuły bardziej i mniej kaloryczne – praktyczne wskazówki

Gęstość energetyczna produktów

Nie wszystkie posiłki o tej samej masie dostarczają takiej samej ilości energii. Niektóre już w niewielkiej porcji zawierają dużo kalorii, podczas gdy inne mają niewiele kalorii, a jednocześnie zajmują dużą objętość i zapewniają uczucie sytości.

To zagadnienie określamy mianem gęstości energetycznej.

Przykładowo 150 kcal to:

- » 1 niewielki batonik czekoladowy (około 30–35 g),
- » kubek jogurtu naturalnego (200–250 g) z garścią truskawek lub borówek.

Choć obie przekąski dostarczają podobną liczbę kalorii, jogurt z owocami ma znacznie większą objętość, zawiera białko, wapń, witaminy i błonnik, dzięki czemu syci na dłużej. Batonik natomiast dostarcza głównie cukru i tłuszczu, a uczucie głodu zwykle pojawia się znacznie szybciej.

Z kolei 100 kcal to:

- » około 20 g chipsów (jedna mała garść),
- » około 500 g ogórków (kilka całych ogórków).

Oba produkty dostarczają podobną ilość energii, ale ich objętość, wartość odżywcza i wpływ na sytość są zupełnie różne.

Żywność o wysokiej gęstości energetycznej dostarcza dużo kalorii w małej objętości.

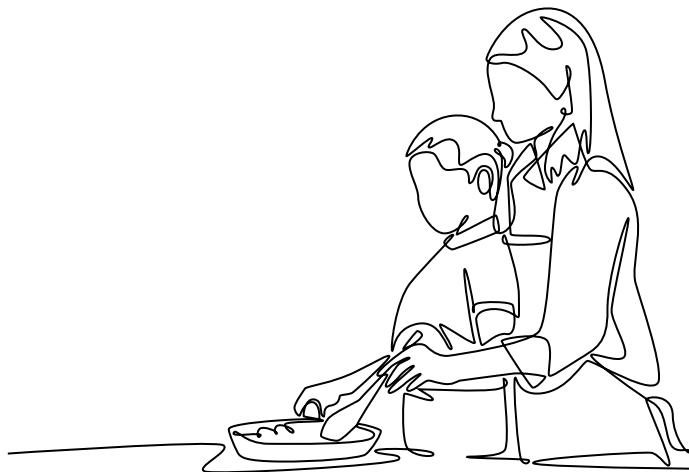
Są to najczęściej produkty bogate w tłuszcz i cukier, np.:

- » chipsy,
- » czekolada,
- » batoniki,
- » ciasta,
- » dania typu fast food,
- » słone przekąski.

Natomiast grupy spożywcze o niskiej gęstości energetycznej zawierają dużo wody i błonnika, dzięki czemu dostarczają mniej kalorii, a jednocześnie skuteczniej zaspokajają głód. Należą do nich przede wszystkim:

- » warzywa,
- » owoce,
- » zupy warzywne,
- » naturalne produkty mleczne,
- » gotowane ziemniaki,
- » rośliny strączkowe.

Nie oznacza to, że bardziej kaloryczne składniki diety są złe. Orzechy, pestki, awokado czy oliwa z oliwek również są kaloryczne, ale jednocześnie dostarczają wielu cennych składników odżywczych. Kluczowe znaczenie ma odpowiednia **wielkość porcji** oraz częstotliwość ich spożywania.



Zdrowe zamienniki popularnych przekąsek

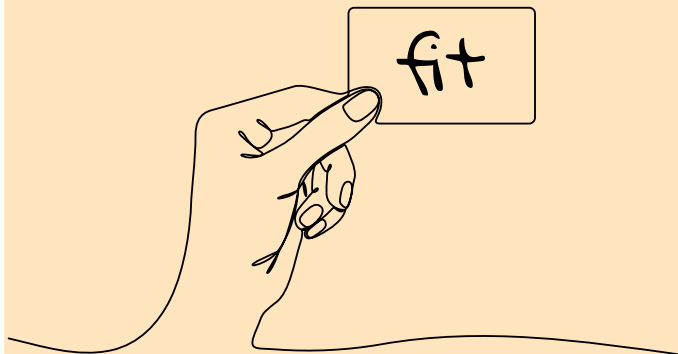
Nie chodzi o całkowite zakazywanie ulubionych produktów, ale o stopniowe zastępowanie ich bardziej wartościowymi odpowiednikami.

Zamiast...	Warto wybrać...
chipsów ➡	warzywa z hummusem, prażoną ciecierzycę, popcorn bez dodatku masła
batonika ➡	banana z garścią orzechów, jogurt naturalny z owocami
ciastek ➡	owoce, domowe muffiny owsiane
słodzonych płatków ➡	płatki owsiane z owocami i orzechami
słodzonego jogurtu ➡	jogurt naturalny z dodatkiem świeżych owoców
napoju słodzonego cukrem ➡	wodę z cytryną, miętą lub owocami
lodów ➡	mrożony jogurt naturalny z owocami lub domowy sorbet

Pamiętajmy jednak, że nawet zdrowe przekąski dostarczają energii. Najlepiej, jeśli są elementem zaplanowanego posiłku, a nie nagrodą lub sposobem na walkę z nudą.

Nauucz się czytać etykiety produktów

Nie wszystkie artykuły spożywcze reklamowane jako „fit”, „dla dzieci”, „bez dodatku tłuszczu” czy „naturalne” są dobrym wyborem. Dlatego warto poświęcić chwilę na przeczytanie etykiety.



Podczas zakupów zwróć uwagę przede wszystkim na:

1. Listę składników

Składniki na etykiecie są wymienione w kolejności od tego, którego w produkcie jest najwięcej, do tego, którego jest najmniej. Im krótsza lista składników, tym lepiej. Warto wybierać artykuły, których skład jest prosty i łatwy do zrozumienia.

Jeżeli na początku listy znajdują się cukier, syrop glukozowo-fruktozowy lub inne substancje słodzące, oznacza to, że produkt zawiera ich dużo.

2. Zawartość cukrów

Sprawdź tabelę wartości odżywczej i zwróć szczególną uwagę na zawartość cukrów w 100 g lub 100 ml produktu.

Pamiętaj jednak, że w tej wartości znajdują się zarówno cukry naturalnie występujące (np. w mleku czy owocach), jak i cukry dodane. Dlatego zawsze należy przeczytać listę składników w poszukiwaniu cukru.

3. Błonnik

Produkty bogate w błonnik zapewniają większą sytość i korzystnie wpływają na pracę przewodu pokarmowego. Dobrym wyborem są artykuły zawierające co najmniej 3 g błonnika w 100 g. Za żywność o wysokiej zawartości błonnika uznaje się tę, która dostarcza 6 g lub więcej na 100 g produktu.

4. Białko

Posiłki i składniki będące dobrym źródłem białka pomagają utrzymać uczucie sytości. Warto zwracać uwagę na zawartość białka szczególnie przy wyborze przetworów mlecznych, pieczywa czy gotowych przekąsek.

5. Sól

Większość dzieci spożywa zbyt dużo soli. Jej nadmiar znajduje się nie tylko w chipsach, lecz także w pieczywie, serach, wędlinach, gotowych daniach i sosach.

Warto wybierać produkty o niższej zawartości soli i ograniczać żywność wysokoprzetworzoną.

Prosta zasada podczas zakupów: wybieraj produkty z krótkim składem, większą zawartością błonnika i białka oraz mniejszą porcją cukrów dodanych i soli.

Dziecko nie lubi warzyw – co robić?

Skąd bierze się niechęć do warzyw?

Wielu rodziców martwi się, że ich dziecko nie chce jeść warzyw. Warto jednak wiedzieć, że jest to zjawisko bardzo częste i w większości przypadków stanowi naturalny etap rozwoju.

Dzieci rodzą się z preferencją smaku słodkiego, natomiast smak gorzki i kwaśny, charakterystyczny dla wielu warzyw, jest początkowo mniej akceptowany. Dodatkowo między 2. a 6. rokiem życia często pojawia się neofobia żywieniowa, czyli niechęć do próbowania nowych produktów. Jest to naturalny mechanizm ochronny, który z czasem stopniowo zanika.

Na stopień akceptacji warzyw wpływają również:

- » sposób ich przygotowania,
- » wygląd i zapach,
- » wcześniejsze doświadczenia dziecka,
- » atmosfera podczas posiłków,
- » przykład dawany przez rodziców i rodzeństwo.

To, że maluch raz odmówi zjedzenia brokułów czy papryki, nie oznacza, że nie polubi ich w przyszłości.

Jak zachęcać bez zmuszania?

Jednym z najczęstszych błędów jest zmuszanie dziecka do jedzenia warzyw lub nagradzanie go za ich zjedzenie deserem. Takie działania mogą przynieść efekt odwrotny do zamierzonego i utrwalać niechęć do nowych produktów.

Znacznie lepsze efekty przynosi cierpliwość i regularne proponowanie warzyw.

Pamiętaj o kilku prostych zasadach:

- » Podawaj warzywa codziennie, nawet jeśli dziecko ich nie zjada.
- » Nie zmuszaj do jedzenia ani nie zachęcaj do „zjedzenia choć jednego kęsa”.
- » Pozwól dziecku samodzielnie zdecydować, czy i ile zje.
- » Chwal za odwagę spróbowania nowego smaku, a nie za opróżnienie talerza.
- » Nie komentuj negatywnie zachowania dziecka przy stole.

Badania pokazują, że dziecko może potrzebować nawet 10–15, a czasem więcej kontaktów z nowym produktem, zanim zdecyduje się go spróbować i zaakceptować jego smak.

Praktyczne sposoby zwiększania spożycia warzyw

Najlepszym sposobem na zwiększenie spożycia warzyw jest uczynienie z nich naturalnego elementu każdego posiłku.

Staraj się być przykładem. Dzieci uczą się przede wszystkim przez obserwację. Jeżeli rodzice regularnie jedzą warzywa i robią to z przyjemnością, młody człowiek znacznie chętniej będzie po nie sięgał.

Podawaj warzywa w różnych formach. Nie każdy lubi surową marchew, ale być może dziecko zaakceptuje ją w wersji pieczonej lub dodaną do zupy. Warto próbować różnych sposobów przygotowania warzyw. Serwuj je:

- » surowe,
- » gotowane,
- » pieczone,
- » grillowane,
- » w zupach krem,
- » jako dodatek do kanapek czy tortilli.

Pozwól decydować. Dziecko chętniej zje warzywa, które samo wybrało w sklepie lub na targu. Dobrym pomysłem jest zaproponowanie wyboru, np.: „Dzisiaj do obiadu wybieramy brokuły czy fasolkę szparagową?”.

Zaangażuj dziecko w przygotowanie posiłków. Mycie warzyw, mieszanie sałatki czy układanie kolorowych kanapek to nie tylko dobra zabawa, lecz także sposób na oswojenie nowych produktów.

Korzystaj z zasady kolorowego talerza. Im więcej kolorów znajduje się na talerzu, tym większa różnorodność składników odżywczych. Zachęcaj dziecko do tworzenia kolorowych posiłków z wykorzystaniem warzyw o różnych barwach.

Warzywa zawsze na stole. Najłatwiej wyrobić nawyk ich jedzenia, jeśli są obecne przy każdym głównym posiłku. Mogą być podawane jako surówka, sałatka, pokrojone w słupki lub jako dodatek do kanapek.

Nie ukrywaj warzyw. Dodanie warzyw do sosu czy zupy jest dobrym sposobem na zwiększenie ich spożycia, jednak nie powinno zastępować podawania ich w widocznej formie. Maluch powinien uczyć się rozpoznawać warzywa, poznawać ich smak i stopniowo je akceptować.

Najczęściej spotykane mity dotyczące żywienia dzieci z otyłością

Wokół żywienia dzieci z otyłością narosło wiele mitów, które mogą utrudniać skuteczne leczenie. Część z nich jest przekazywana z pokolenia na pokolenie, inne pojawiają się w mediach społecznościowych. Warto oddzielić fakty od niepotrzebnych ograniczeń i błędnych przekonań.

Mit 1. „Dziecko wyrośnie z otyłości”.

FAKT: Otyłość jest przewlekłą chorobą i nie ustępuje samoistnie wraz z wiekiem. Choć w okresie dojrzewania młody człowiek intensywnie rośnie, nadmiar tkanki tłuszczowej zwykle utrzymuje się również w dorosłości. Im wcześniejsze rozpoznanie otyłości i wdrożenie odpowiedniego postępowania, tym większa szansa na poprawę stanu zdrowia i zapobiegnięcie powikłaniom.

Mit 2. „Owoce tuczą”.

FAKT: Owoce są ważnym elementem zdrowej diety dziecka. Dostarczają witamin, składników mineralnych, błonnika pokarmowego oraz wielu związków o działaniu przeciwutleniającym. Zawierają naturalnie występujące cukry, jednak dzięki obecności błonnika nie działają na organizm tak jak słodczy czy słodzone napoje.

Nie ma potrzeby eliminowania owoców z diety dziecka z otyłością. Zaleca się jednak, aby warzywa spożywać częściej niż owoce.

Mit 3. „Trzeba całkowicie wyeliminować słodczy”.

FAKT: Całkowity zakaz spożywania słodczy często prowadzi do odwrotnego efektu – zwiększa ochotę na produkty zakazane i utrudnia budowanie zdrowej relacji z jedzeniem.

Znacznie lepiej uczyć dziecko, że słodczy mogą pojawiać się okazjonalnie i w niewielkich ilościach, ale nie powinny zastępować pełnowartościowych posiłków ani być codziennym elementem diety.

Mit 4. „Produkty light są zawsze lepszym wyborem”.

FAKT: Określenia „light”, „fit” czy „0% tłuszczu” nie oznaczają automatycznie, że dany artykuł jest zdrowy. W wyrobach o obniżonej zawartości tłuszczu produkcji często zwiększają zawartość cukru, skrobi lub innych dodatków poprawiających smak.

Najważniejsze jest czytanie etykiet i wybieranie produktów o prostym składzie.

Co robić? Nie kieruj się wyłącznie hasłami na opakowaniu. Sprawdź listę składników oraz tabelę wartości odżywczych.

Mit 5. „Im mniej dziecko zje, tym szybciej schudnie”.

FAKT: Leczenie otyłości u dzieci nie polega na głodzeniu ani stosowaniu bardzo niskokalorycznych diet. Organizm dziecka nadal intensywnie rośnie i rozwija się, dlatego potrzebuje odpowiedniej ilości energii oraz wszystkich składników odżywczych.

Zbyt duże ograniczenie jedzenia może prowadzić do niedoborów pokarmowych, zaburzeń wzrastania oraz napadów głodu, które znacząco utrudniają trwałą zmianę nawyków.

Mit 6. „Dziecko z otyłością powinno jeść osobne posiłki”.

FAKT: Zdrowe żywienie powinno dotyczyć całej rodziny. Przygotowywanie osobnych posiłków dla dziecka może sprawić, że będzie ono czuło się wykluczone lub ukarane.

Mit 7. „Zdrowe jedzenie jest niesmaczne”.

FAKT: Preferencje smakowe kształtują się przez całe dzieciństwo. Młody człowiek może potrzebować wielu prób, zanim zaakceptuje nowy smak. Zdrowe potrawy mogą być smaczne, kolorowe i atrakcyjne, jeśli są odpowiednio przygotowane.

Mit 8. „Soki są tak samo zdrowe jak owoce”.

FAKT: Chociaż 100-procentowe soki owocowe zawierają witaminy i składniki mineralne, nie zastępują świeżych owoców. Podczas wyciskania soku lub jego produkcji usuwana jest większość błonnika pokarmowego, który odpowiada za uczucie sytości i korzystnie wpływa na pracę przewodu pokarmowego. Dodatkowo sok można wypić bardzo szybko, dostarczając jednorazowo znacznie więcej cukrów niż podczas zjedzenia całego owocu.

Przykładowo do przygotowania jednej szklanki soku pomarańczowego potrzeba około 2–3 pomarańczy. Zjedzenie takiej ilości owoców zajmuje więcej czasu i zapewnia większą sytość dzięki zawartości błonnika.

Mit 9. „Dziecko zawsze powinno zjeść wszystko z talerza”.

FAKT: Zachęcanie dziecka do zjedzenia całej porcji, mimo że czuje się już najedzone, może zaburzać jego zdolność rozpoznawania sygnałów głodu i sytości. Dzieci rodzą się z naturalną umiejętnością regulowania ilości spożywanego pokarmu, jednak nadmierna presja podczas posiłków może stopniowo ją osłabiać.

Rolą rodzica jest zdecydowanie, co, kiedy i gdzie dziecko zje, natomiast młody człowiek powinien mieć możliwość zdecydowania, czy i ile zje z podanych produktów.

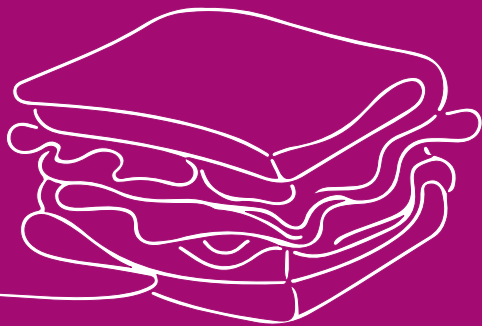


Praktyczne inspiracje kulinarne

Przykładowy jadłospis dla dziecka w wieku szkolnym odpowiada wartości energetycznej 1600–1700 kcal.



Dzień 1



Śniadanie: Owsianka z truskawkami i migdałami

Składniki:

- » 4 łyżki płatków owsianych (40 g)
- » 1 szklanka mleka 2% (250 ml)
- » 2 szczypty cynamonu
- » 2 garści truskawek (140 g)
- » 1 łyżka płatków migdałowych (10 g)

Przygotowanie:

Płatki ugotować na mleku do miękkości. Przyprawić cynamonem. Dodać pokrojone truskawki i posypać płatkami migdałowymi.

Drugie śniadanie: Kanapka z pastą jajeczną, rzodkiewką i szczypiorkiem

Składniki:

- » 2 kromki chleba razowego
- » 2 małe jajka
- » 3 rzodkiewki
- » 1 łyżka posiekanego szczypiorku
- » 1 łyżeczka musztardy
- » sól, pieprz

Przygotowanie:

Jajka ugotować na twardo. Jajka, rzodkiewkę i szczypiorek posiekać, następnie wymieszać z musztardą i przyprawami. Pastę rozsmarować na pieczywie.

Obiad: Łosoś na parze z brokułami i kaszą pęczak**Składniki:**

- » 100 g filetu z łososia
- » 200 g brokułów
- » 50 g kaszy jęczmiennej pęczak
- » 1 łyżeczka oliwy z oliwek
- » sól, pieprz

Przygotowanie:

Łososia doprawić solą i pieprzem, następnie gotować na parze około 25 minut. Brokuły ugotować al dente. Kaszę ugotować zgodnie z instrukcją na opakowaniu. Całość polać oliwą.

Podwieczorek: Jogurtowa galaretka z malinami**Składniki:**

- » 1 opakowanie jogurtu naturalnego (150 g)
- » 1 opakowanie galaretki owocowej bez dodatku cukru

- » 170 ml wody
- » 2 garści malin (świeżych lub mrożonych)

Przygotowanie:

Galaretkę rozpuścić w 170 ml wrzącej wody i odstawić do przestudzenia. Wymieszać z jogurtem. Przełożyć do miseczek i schłodzić. Podawać z malinami.

Kolacja: Tosty z pieczarkami i mozzarellą**Składniki:**

- » 2 kromki chleba pełnoziarnistego
- » 4 małe pieczarki
- » 30 g mozzarelli
- » 1 łyżeczka oliwy z oliwek
- » 2 łyżeczki ketchupu bez dodatku cukru
- » sól
- » świeże warzywa (np. pomidor, ogórek, papryka)

Przygotowanie:

Pieczarki pokroić, posolić i podsmażyć na oliwie. Pieczarki i startą lub pokrojoną mozzarellę ułożyć na pieczywie. Zapiec w tosterze lub opiekaczu. Podawać z ketchupem i porcją świeżych warzyw.

Dzień 2



Śniadanie: Delikatny omlet z warzywami i mozzarellą

Składniki:

- » 2 jajka
- » ½ małej cebuli
- » 80 g cukinii
- » 50 g mozzarelli light (3 plasterki)
- » 1 łyżeczka oliwy z oliwek
- » 1 łyżka posiekanej natki pietruszki
- » 1 kromka chleba pszenno-żytniego
- » sól, pieprz

Przygotowanie:

Na oliwie podsmażyć posiekaną cebulę i pokrojoną w kostkę cukinię. Jajka roztrzepać, przyprawić solą i pieprzem i wylać na warzywa. Smażyć pod przykryciem około 3–4 minuty. Na wierzchu ułożyć plasterki mozzarelli, przyprawić i złożyć omlet na pół. Posypać natką pietruszki i podawać z pieczywem.

Drugie śniadanie: Bagietka pełnoziarnista z serkiem, łososiem i awokado

Składniki:

- » 60 g bagietki pełnoziarnistej
- » 45 g serka naturalnego

- » 50 g wędzonego łososia
- » 30 g awokado
- » garść szpinaku
- » szczypta pieprzu

Przygotowanie:

Bagietkę posmarować serkiem. Ułożyć łososia, szpinak i plasterki awokado. Przyprawić świeżo mielonym pieprzem.

Obiad: Indyk zapiekany z pomidorami i mozzarellą

Składniki:

- » 100 g filetu z indyka
- » 30 g mozzarelli (2 plasterki)
- » 1 mały pomidor (ok. 90 g)
- » 10 g świeżej bazylii (1 garść)
- » 50 g kaszy bulgur (ok. 5 łyżek przed ugotowaniem)
- » 40 g rukoli (2 garści)
- » 100 g pomidorków koktajlowych (1 garść)
- » 10 g oliwy z oliwek (2 łyżeczki)
- » 2 ząbki czosnku
- » 1 łyżeczka słodkiej papryki
- » szczypta soli
- » szczypta pieprzu

Przygotowanie:

Naczynie żaroodporne posmarować łyżeczką oliwy. Filet z indyka oczyścić, ponacinać i natrzeć przeciśniętym przez praskę czosnkiem, słodką papryką, solą oraz pieprzem. W nacięcia włożyć plasterki mozzarelli, pomidora i listki bazylii. Piec w temperaturze 180°C przez około 35–40 minut. Kaszę bulgur ugotować zgodnie z instrukcją na opakowaniu. Rukolę i przekrojone na pół pomidorki koktajlowe wymieszać z pozostałą łyżeczką oliwy i podawać jako sałatkę. Indyka podawać z kaszą bulgur i sałatką.

Podwieczorek: Koktajl malinowy

Składniki:

- » 1 szklanka mleka 2%
- » 2 łyżki płatków owsianych
- » 1 garść malin

Przygotowanie:

Wszystkie składniki zblendować na gładką masę i przelać do szklanki. W razie potrzeby dodać odrobinę wody.

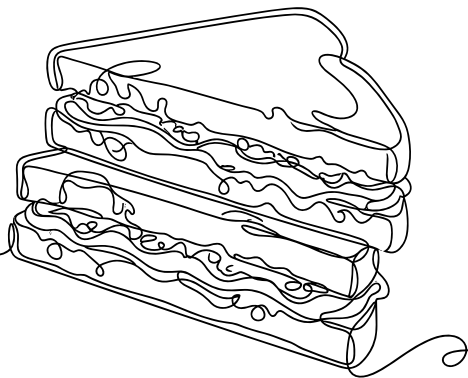
Kolacja: Kanapki z mozzarellą i pomidorem

Składniki:

- » 2 kromki chleba pełnoziarnistego
- » 100 g mozzarelli light
- » ½ pomidora
- » liście sałaty
- » 30 g serka naturalnego (np. Bieluch)
- » świeże warzywa do podania

Przygotowanie:

Pieczewo posmarować serkiem. Ułożyć sałatę, plasterki mozzarelli oraz pomidora. Podawać z porcją świeżych warzyw.



10 propozycji drugich śniadań do szkoły



1. Kanapka z pastą jajeczną, rzodkiewką i szczypiorkiem

Składniki:

- » 2 kromki chleba pszenno-żytniego (60 g)
- » 2 małe jajka
- » 3 rzodkiewki
- » 1 łyżka posiekanego szczypiorku
- » 1 łyżeczka musztardy
- » sól, pieprz

Przygotowanie:

Jajka ugotować na twardo i ostudzić. Jajka, rzodkiewkę i szczypiorek posiekać. Połączyć z musztardą, przyprawić solą i pieprzem. Pastę rozsmarować na pieczywie.

2. Śniadaniowy wrap z jajecznicą i serem

Składniki:

- » 1 tortilla pełnoziarnista
- » 1 jajko
- » 1 plaster sera gouda light
- » 1 garść sałaty
- » 1 plaster cebuli
- » 1 łyżeczka oliwy

Przygotowanie:

Posiekaną cebulę zeszklić na oliwie. Dodać jajko i przygotować jajecznicę. Na tortilli ułożyć sałatę, jajecznicę i ser. Zwinąć wrap i lekko podgrzać na suchej patelni.

3. Bułka razowa z serkiem, wędliną i ogórkiem kiszonym

Składniki:

- » 1 mała bułka grahamka
- » 50 g serka śmietankowego
- » 2 plastry szynki z indyka
- » 1 garść liści sałaty
- » 1 ogórek kiszony

Przygotowanie:

Bułkę przekroić i posmarować serkiem. Ułożyć sałatę, szynkę i plasterki ogórka.

4. Bułka z jajkiem i warzywami

Składniki:

- » 1 bułka grahamka
- » 1 jajko ugotowane na twardo
- » 1 łyżka serka (np. Almette)
- » ¼ papryki
- » ½ ogórka kiszonego

Przygotowanie:

Bułkę przekroić i posmarować serkiem. Ułożyć plasterki jajka i pokrojone warzywa.

5. Skyr z owocami i płatkami owsianymi**Składniki:**

- » 1 opakowanie skyru naturalnego
- » 2 plastry ananasa
- » 1 kiwi
- » 4 łyżki płatków owsianych
- » 1 łyżka płatków migdałowych

Przygotowanie:

Owoce pokroić. Wymieszać ze skyrem i płatkami owsianymi. Posypać płatkami migdałowymi. Posiłek przechowywać w szczelnym pojemniku (np. śniadaniówce z chłodzącym wkładem).

6. Kanapki z serkiem Almette i wędliną**Składniki:**

- » 2 kromki chleba pełnoziarnistego
- » 1 łyżka serka (np. Almette)
- » 4 plastry szynki z indyka
- » 2 plastry awokado
- » 2 garści roszponki

Przygotowanie:

Pieczewo posmarować serkiem. Ułożyć szynkę, awokado i roszponkę.

7. Bagietka pełnoziarnista z serkiem, łososiem i awokado**Składniki:**

- » 60 g bagietki pełnoziarnistej
- » 3 łyżeczki serka naturalnego
- » 2 plastry wędzonego łososa
- » 2 plastry awokado
- » garść szpinaku
- » pieprz

Przygotowanie:

Bagietkę posmarować serkiem. Ułożyć łososa, awokado i szpinak. Przyprawić świeżo mielonym pieprzem.

8. Babeczki jaglane z cukinią**Składniki:**

- » 3 łyżki ugotowanej kaszy jaglanej
- » ½ małej cukinii
- » ½ czerwonej papryki
- » 1 jajko
- » 1 łyżka oleju rzepakowego

- » ½ łyżeczki suszonej bazylii
- » ¼ łyżeczki czosnku granulowanego
- » ½ łyżeczki słodkiej papryki
- » szczypta soli
- » szczypta pieprzu

Przygotowanie:

Cukinię zetrzeć na tarce o dużych oczkach (i lekko odcisnąć z nadmiaru wody), a paprykę drobno pokroić w kostkę. Wymieszać z kaszą, jajkiem, olejem i przyprawami. Przełożyć do foremek. Piec około 30 minut w temperaturze 190°C.

9. Kanapki z wiosennym twarożkiem

Składniki:

- » 2 kromki chleba żytniego
- » 30 g chudego twarogu
- » 3 rzodkiewki
- » 2 łyżki posiekanego szczypiorku
- » 1 łyżka jogurtu naturalnego
- » 1 ogórek

Przygotowanie:

Twaróg wymieszać z jogurtem, posiekaną rzodkiewką i szczypiorkiem. Przyprawić do smaku. Posmarować pieczywo twarożkiem i podać z pokrojonym ogórkiem.

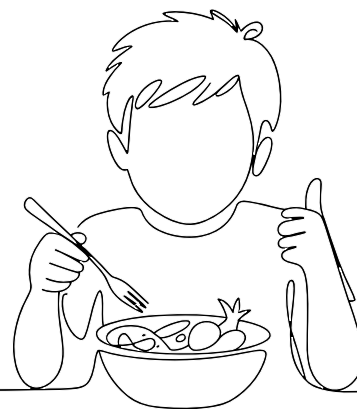
10. Placki twarogowe z owocami

Składniki:

- » 60 g chudego twarogu
- » 2 jajka
- » 1 łyżka mąki pszennej
- » 1 łyżeczka oleju rzepakowego
- » 1 garść truskawek
- » listki świeżej mięty

Przygotowanie:

Twaróg, jajka i mąkę zmiksować na gładką masę. Usmażyć niewielkie placuszki na rozgrzanej patelni z niewielką ilością oleju. Podawać z truskawkami lub innymi owocami.



10 pomysłów na zdrowe przekąski



1. Skyr z owocami i migdałami

Składniki:

- » 1 opakowanie skyru naturalnego (150 g)
- » 100 g borówek, malin lub truskawek
- » 1 łyżka płatków migdałowych

Przygotowanie:

Owoce umyć i dodać do skyru. Posypać płatkami migdałowymi.

2. Jabłko z masłem orzechowym

Składniki:

- » 1 średnie jabłko
- » 1 łyżka 100-procentowego masła orzechowego

Przygotowanie:

Jabłko pokroić na cząstki i podawać z masłem orzechowym jako dipem.

3. Warzywa z hummusem

Składniki:

- » 1 marchew
- » ½ ogórka
- » ½ czerwonej papryki
- » 3 łyżki hummusu

Przygotowanie:

Warzywa pokroić w słupki i podawać z hummusem.

4. Koktajl owocowo-jogurtowy

Składniki:

- » 200 ml jogurtu naturalnego, mleka lub kefiru
- » 100 g malin lub truskawek
- » 2 łyżki płatków owsianych
- » opcjonalnie ½ banana

Przygotowanie:

Wszystkie składniki umieścić w blenderze i zmiksować na gładki koktajl.

5. Serek wiejski z pomidorem

Składniki:

- » 1 opakowanie serka wiejskiego
- » 1 pomidor
- » 1 łyżka posiekanego szczypiorku
- » pieprz

Przygotowanie:

Pomidor pokroić w kostkę i wymieszać z serkiem oraz szczypiorkiem. Doprawić pieprzem.

6. Garść orzechów z owocem

Składniki:

- » 20–30 g niesolonych orzechów
- » dowolny owoc (np. jabłko, gruszka, mandarynka lub kiwi)

Przygotowanie:

Przekąska nie wymaga obróbki – owoce umyć i podawać razem z orzechami.

7. Domowe kulki mocy

Składniki:

- » 100 g płatków owsianych
- » 150 g miękkich daktyli
- » 2 łyżki masła orzechowego
- » 1 łyżka kakao
- » 1–2 łyżki wody (jeśli masa jest zbyt gęsta)

Przygotowanie:

Daktyle zblendować z masłem orzechowym na gładką masę. Dodać płatki owsiane i kakao. Całość ponownie zblendować. Uformować małe kulki i schłodzić je przez około 30 minut w lodówce.

8. Kanapeczki z twarogiem i warzywami

Składniki:

- » 2 kromki chleba pełnoziarnistego
- » 50 g twarogu
- » 1 łyżka jogurtu naturalnego
- » 2–3 rzodkiewki
- » szczypiorek

Przygotowanie:

Twaróg wymieszać z jogurtem i posiekany szczypiorkiem. Posmarować pieczywo, następnie ułożyć plasterki rzodkiewki.

9. Pieczona ciecierzycza

Składniki:

- » 1 puszka ciecierzycy (lub 250 g ugotowanej)
- » 1 łyżeczka oliwy
- » 1 łyżeczka słodkiej papryki
- » ½ łyżeczki czosnku granulowanego
- » szczypta oregano lub ziół prowansalskich

Przygotowanie:

Ciecierzycę odsączyć i osuszyć. Wymieszać z oliwą i przyprawami. Piec około 25–30 minut w temperaturze 190°C, w połowie czasu pieczenia wymieszać.

10. Pudding chia z owocami

Składniki:

- » 200 ml mleka lub napoju roślinnego wzbogaconego w wapń
- » 2 łyżki nasion chia
- » 100 g świeżych owoców
- » opcjonalnie 1 łyżeczka miodu

Przygotowanie:

Nasiona chia wymieszać z mlekiem oraz ewentualnie miodem. Odstawić na 10 minut, ponownie wymieszać i schłodzić przez minimum 2 godziny lub całą noc. Przed podaniem udekorować świeżymi owocami.



Warto zapamiętać!

Zdrowa przekąska powinna zawierać źródło białka (np. jogurt, twaróg, skyr), błonnika (owoce, warzywa, produkty pełnoziarniste) lub zdrowych tłuszczów (orzechy, nasiona, awokado). Dzięki temu zapewnia uczucie sytości na dłużej, pomaga utrzymać prawidłowy poziom energii i ogranicza chęć sięgania po słodczy między głównymi posiłkami.



Podsumowanie

Pamiętaj o kilku najważniejszych zasadach:

1. Nie odchudzaj dziecka. Lecz otyłość.

Celem terapii jest poprawa zdrowia, a nie szybka utrata masy ciała. Dziecko nadal rośnie i rozwija się, dlatego potrzebuje odpowiednio zbilansowanej diety.

2. Zadbaj o regularne posiłki.

Staraj się, aby dziecko spożywało 4–5 posiłków dziennie o stałych porach. Regularność pomaga kontrolować apetyt i ogranicza podjadanie.

3. Niech warzywa będą obecne każdego dnia.

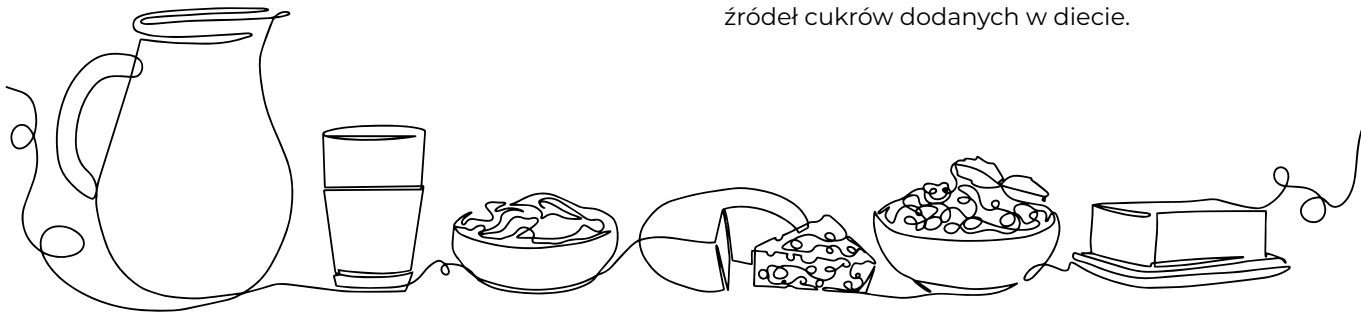
Dodawaj warzywa do każdego głównego posiłku, a owoce podawaj jako wartościową przekąskę lub element posiłku.

4. Stawiaj na różnorodność.

Zdrowa dieta nie opiera się na jednym „superprodukcie”. Im bardziej różnorodne posiłki, tym większa szansa na dostarczenie wszystkich niezbędnych składników odżywczych.

5. Woda to najlepszy napój.

Zachęcaj dziecko do regularnego picia wody i ograniczaj słodzone napoje, które są jednym z głównych źródeł cukrów dodanych w diecie.



6. Wybieraj jak najmniej przetworzone produkty.

Podstawę codziennego jadłospisu powinny stanowić warzywa, owoce, produkty pełnoziarniste, nabiał, jaja, ryby, chude mięso oraz nasiona roślin strączkowych.

7. Nie wprowadzaj zakazów, ucz mądrych wyborów.

Całkowita eliminacja ulubionych produktów zwykle nie przynosi trwałych efektów. Zdecydowanie ważniejsze jest uczenie dziecka umiaru oraz dokonywania zdrowych wyborów.

8. Dawaj dobry przykład.

Dzieci uczą się przede wszystkim przez obserwację. Jeśli cała rodzina zdrowo się odżywia, pije wodę i jest aktywna fizycznie, dziecku znacznie łatwiej będzie utrwalić nowe nawyki.

9. Chwal za wysiłek, nie za kilogramy.

Doceniaj każdą pozytywną zmianę – spróbowanie nowego warzywa, wypicie wody zamiast słodkiego napoju czy wspólny spacer. Budowanie zdrowych nawyków jest ważniejsze niż wartość na wadze.

Największym prezentem, jaki możesz dać swojemu dziecku, nie jest idealna dieta, ale zdrowe nawyki, które pozostaną z nim na całe życie. Nie dąż do perfekcji, lecz do konsekwencji. Każdy wspólnie zjedzony posiłek, każda szklanka wypitej wody, każdy spacer i każda pozytywna zmiana przybliżają Twoje dziecko do lepszego zdrowia i samopoczucia.

Nie musisz zmieniać wszystkiego od razu. Zacznij od jednego małego kroku. To właśnie drobne, codzienne decyzje budują wielką zmianę.



Aktywność fizyczna



Prof. dr hab. n. med. i o zdr. Anna Brząk

Nauczycielka akademicka, kierowniczka Katedry i Zakładu Fizjoterapii oraz Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Fizjoterapeutka i badaczka specjalizująca się w ergonomii oraz fizjoprofilaktyce, ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń postawy ciała oraz choroby otyłościowej u dzieci i młodzieży. Pomysłodawczyni i współautorka innowacyjnych rozwiązań wspierających zdrowy kręgosłup uczniów, realizowanych we współpracy z Akademią Sztuk Pięknych w Katowicach, w tym nowatorskiego plecaka szkolnego. Inicjatorka działań w nurcie Action Research, w których łączy badania naukowe z praktycznym wdrażaniem i popularyzacją ich wyników. W pracy zawodowej aktywnie propaguje zasady zdrowego stylu życia, w tym prawidłowego doboru i noszenia plecaka szkolnego, ergonomii nauki i zabawy oraz bezpiecznego korzystania z urządzeń elektronicznych, realnie zwiększając świadomość zdrowotną dzieci, rodziców i nauczycieli. Jest współautorką projektów i materiałów profilaktycznych oraz ekspertką programów zdrowotnych o znaczeniu społecznym z zakresu fizjoprofilaktyki oraz profilaktyki nadwagi i otyłości. Autorka licznych publikacji naukowych i popularnonaukowych o zasięgu krajowym oraz międzynarodowym, aktywnie współpracująca z naukowcami na całym świecie. Członkini Zarządu Polskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej (PTOD) oraz członkini PTK, ESC, PTP, PTFM i PTMSŻ.

e-mail: abrzek@sum.edu.pl

Kluczowe wskazówki dotyczące aktywności fizycznej dzieci z chorobą otyłościową

Aktywność fizyczna u dziecka z chorobą otyłościową powinna być wspierana mądrze. Nie chodzi o szybkie efekty ani sztywne wymagania, ale o stopniowe budowanie sprawności, pewności siebie i pozytywnego nastawienia do ruchu. Poniższe wskazówki pomogą Ci bezpiecznie planować codzienną aktywność dziecka, dostosowywać ją do jego możliwości oraz budować rodzinne zaangażowanie.

Opiekunie, pamiętasz swoją pierwszą praktyczną lekcję na kursie prawa jazdy?

Trzeba było jednocześnie kontrolować kierunkowskaz, lusterka, sprzęgło, hamulec, sytuację na drodze i jeszcze odpowiadać na pytania instruktora. Czy było to łatwe i przyjemne? Skądże. Większość rzeczy wydawała się trudna i stresująca. Miałeś jednak obok siebie instruktora, który krok po kroku przeprowadzał Cię przez ten proces.

Dokładnie tak samo czuje się Twoje dziecko. Nie oczekuj, że samo poradzi sobie z rozpoczęciem aktywności fizycznej – zwłaszcza jeśli ruch kojarzył mu się dotąd z wysiłkiem, porażką, wstydem i potężnym zmęczeniem. **Bądź jego przewodnikiem.** Dzięki Twojej spokojnej obecności to, co trudne, stanie się możliwe.



Jak mądrze zaplanować pierwsze kroki?

Wspólny wybór stroju

Przejrzyj z dzieckiem szafę i przygotujcie strój sportowy, który mu się podoba. Nie narzucaj swoich wyborów – zachęcaj i podpowiadaj, ale nie krytykuj. Niech to będzie suwerenna decyzja dziecka, nawet jeśli zestaw kolorów nie do końca Ci się spodoba. Zadbaj przede wszystkim o bezpieczne i stabilne obuwie. Dziecko musi sprawdzić, w czym czuje się dobrze podczas wysiłku fizycznego, szczególnie jeśli wcześniej nie uprawiało sportu. Gdy dany sport wymaga sprzętu ochronnego, np. kasku czy ochraniacza, dopilnuj, by dziecko zawsze miało go ze sobą przed startem.

Budowanie nawyku poprzez ubiór

Ćwiczenia, nawet te najkrótsze, powinny być zawsze wykonywane w stroju sportowym. W ten sposób kodujemy w głowie właściwe przyzwyczajenia. Przypomnij dziecku o przygotowaniu bidonu z wodą oraz małego ręcznika.

Wyznaczanie celów częściowych

Ustal z dzieckiem mały, bliski cel. Na początku może to być po prostu codzienne wejście po schodach (np. 10 stopni), 10 przysiadów, 10 naprzemiennych uniesień kolan do klatki piersiowej lub 10 wspięć na palce. Z czasem możecie łączyć dwa ćwiczenia po 12 powtórzeń.

Zasada małych kroków i dobór słów

Szczególnie na samym początku, gdy ruch nie jest ulubionym zajęciem dziecka, nigdy nie wyznaczajcie celów trudnych do osiągnięcia. Używajcie zwrotów typu „dałeś(-aś) radę”, a nie „udało Ci się” – słowo „udało” sugeruje przypadek, a nie realne przygotowanie i wysiłek. Cele modyfikujcie na bieżąco – krok do przodu, a gdy jest taka potrzeba – krok w tył.

Zaznaczenie w kalendarzu 12 tygodni

Okres 12 tygodni jest określany w badaniach naukowych jako najbardziej skuteczny terapeutyczny. Przygotujcie planszę i codziennie odhaczajcie zrealizowany cel. Nie neguj i nie krytykuj, gdy coś pójdzie nie tak. Jeśli danego dnia dziecku nie wyjdzie – odpuść i zaproponuj symboliczne 3–4 powtórzenia następnego dnia.

Budowanie świadomości efektów ruchu

Konieczne jest uświadomienie dziecku, że lekka, ale systematyczna aktywność przynosi najlepsze efekty terapeutyczne w redukcji masy tłuszczowej. Warto pokazać mu konkretne liczby z badań naukowych: aktywność lekka to utrata -3,6 g/min, umiarkowana to -2,8 g/min, wysoka to zaledwie -1,3 g/min, podczas gdy siedzenie oznacza przyrost tłuszczu o +1,3 g/min.

Wprowadzenie rytuału po treningu

Po każdym zaplanowanym wysiłku wprowadźcie stały rytuał: szybki prysznic, zmianę stroju i czas na odpoczynek, bez względu na to, jak krótki był trening. Dzięki temu buduje się przewidywalność, poczucie bezpieczeństwa i pozytywną „kulturę wysiłku fizycznego”. Dzieci czują się bezpieczniej, gdy znają stałą kolejność zdarzeń.



Jak zachęcić dziecko z chorobą otyłościową do aktywności?

Jeżeli pozostaniemy tylko przy zachęceniu, to szybko poniesiemy porażkę. Musimy zdawać sobie sprawę, że to, co widzimy w mediach – uśmiechnięte, idealnie wysportowane osoby – to tylko obrazek, który w zderzeniu z rzeczywistością przyniesie dziecku jedynie rozczarowanie. Przyjemność z bycia w ruchu i wydzielanie endorfin (hormonów szczęścia) pojawia się dopiero po pewnym czasie (i jest to kwestia bardzo indywidualna). Na początku na pierwszy plan wysuwają się negatywne skutki fizjologiczne: **zmęczenie, zadyszka, ból i zakwasy**, które mogą utrudniać codzienne funkcjonowanie przez kilka kolejnych dni. To naturalnie zniechęca dziecko.

Do czego tu zatem zachęcać? To oczywiście pytanie retoryczne. Należy w pierwszej kolejności podkreślać wagę ćwiczeń oraz uświadamiać dziecku, że początkowo efekty w postaci „gubienia kilogramów” mogą być niewielkie. Warto mówić o skutkach aktywności, które mogą wystąpić i które nie należą do przyjemnych, a także podpowiadać, jak sobie z nimi radzić i je przezwyciężać.



Zasada nadrzędna:

**UZYSKUJ CEL MAŁYMI KROKAMI –
najpierw ten najłatwiejszy,
np. „Przespaceruj się od ławki do
ławki, a na kolejnej usiądź, dbając
o swój kręgosłup”.**

Unikaj zwrotów: „ruszaj się więcej...”, „musisz ...” itd., zbyt duża presja wywołuje bowiem odwrotny skutek.

Nie porównuj dziecka do rówieśników. Pokaż cele odległe, do których będziecie zmierzać, zgodnie z wytycznymi światowych organizacji i towarzystw naukowych, pod kontrolą specjalistów, **RAZEM.**

Rozmawiaj ze swoim dzieckiem na temat rodzaju aktywności fizycznej, jaką lubi. Pytaj, dlaczego czegoś nie lubi lub czego się obawia. Skorzystaj z porady fizjoterapeuty zajmującego się fizjoprofilaktyką choroby otyłościowej. Profesjonalista pomoże przygotować organizm do obciążenia wysiłkiem i pokaże sposoby na regenerację. W przypadku różnych dysfunkcji, np. mniejszej elastyczności tkanek czy ograniczeń ruchu, przedstawi sposoby ich łagodzenia lub całkowitego wyeliminowania.



Wykonuj ćwiczenia z dzieckiem, ale w taki sposób, by czuło się wspierane, a nie kontrolowane. Wspólnie spędzany czas buduje relacje. Zaproponuj spacer, grę w piłkę, jazdę na rowerze czy rolkach z rówieśnikiem – kolegą czy koleżanką dziecka. To sprawi, że młody człowiek nie będzie się później wstydził potu czy zaczerwienienia skóry przed innymi dziećmi.

Jakie powinno być zdrowe i bezpieczne tętno przy różnej intensywności wysiłku fizycznego?

Zaleca się stosowanie mierników, np. zegarków sportowych, które pomagają monitorować aktualne tętno. Przy codziennej aktywności kluczowa jest jednak przede wszystkim obserwacja dziecka – daje ona możliwość wczesnej interwencji, np. przerywania wysiłku.

Poziom wysiłku	Obserwacja dziecka
LEKKI WYSIŁEK	oddech szybszy, dziecko swobodnie rozmawia
UMIARKOWANY WYSIŁEK	dziecko mówi krótszymi zdaniami, lekko się poci
ZBYT DUŻY WYSIŁEK	dziecko nie może mówić, pojawiają się np.: zawroty głowy, ból w klatce piersiowej, silna duszność, bladość, mdłości, silny ból stawów
BEZWZGLĘDNE WSKAZANIE DO PRZERWANIA ĆWICZEŃ	

Intensywność wysiłku można orientacyjnie odnosić do wartości tętna.

Wysiłek/intensywność	Tętno/skóra
LEKKI (intensywność niska)	HR < 120/min skóra sucha
UMIARKOWANY (intensywność średnia)	120 < HR < 150/min skóra wilgotna
CIEŻKI (intensywność wysoka)	HR > 150/min skóra mokra
MŁODZIEŻ	HR < 130/min

Pamiętaj też, że świetnie sprawdza się bezpośredni pomiar na tętnicy promieniowej trzema palcami przez 30 sekund lub wykorzystanie zegarka monitorującego tętno przed aktywnością, w jej trakcie i po jej zakończeniu. Nie zapominaj o pomiarach powyśilkowych, pokazują one, jak szybko tętno dziecka powraca do wartości spoczynkowych (po wysiłku umiarkowanym czas ten wynosi zazwyczaj 3–6 min). **Naucz swoje dziecko samokontroli, kiedy nie ma Cię w pobliżu, np. w szkole na lekcjach WF-u. Będzie się wtedy czuło bezpiecznie.** Nie zapomnij o ocenie

poziomu zmęczenia, a także poziomu zadowolenia po ćwiczeniach – warto notować obie te wartości, stosując skalę od 0 do 10.

Przykładowe ćwiczenia, które można wykonać w domu i poza domem

W tym poradniku omawiam jedynie to, co można robić z dzieckiem na co dzień. Warto jednak pamiętać, że otyłość jest chorobą obciążającą układ ruchu (powodującą m.in. przeciążenia stawów kolanowych, płaskostopie czy wady postawy) oraz negatywnie wpływającą na wydolność, co prowadzi do gorszej tolerancji podejmowanego wysiłku. Dlatego też, aby bezpiecznie zaplanować ruch i przygotować do niego organizm dziecka, likwidując ograniczenia funkcjonalne, bezwzględnie należy skonsultować się z fizjoterapeutą.

Zaproponowane poniżej wskazówki nie są sztywnymi regułami. Mają one jedynie pomóc w bezpiecznym planowaniu zajęć ruchowych z uwzględnieniem wskazań i przeciwwskazań, na podstawie najnowszej wiedzy oraz doświadczeń.

Zacznij od najprostszych ćwiczeń

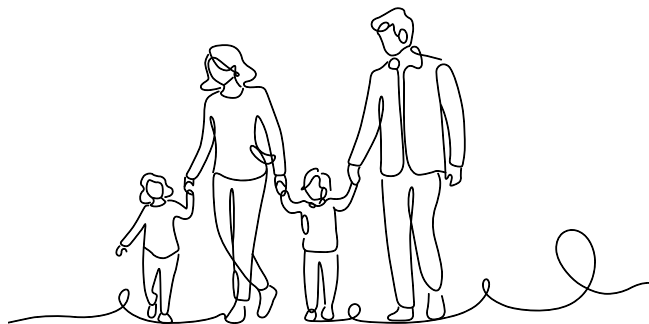
Marsz w różnym tempie jest bardzo korzystną formą aktywności, niestety bywa nieco nudny dla dziecka. Warto więc wprowadzić element zabawy, np. poprzez liczenie kroków – biorąc pod uwagę poniższe zalecenia i mając w pamięci, że kroki dziecka są znacznie krótsze niż dorosłego.

Liczba kroków	Ocena aktywności
< 5 000	MAŁA AKTYWNOŚĆ
5 000 – 7 000	PRZECIĘTNA AKTYWNOŚĆ
> 7 000	OPTYMALNA AKTYWNOŚĆ

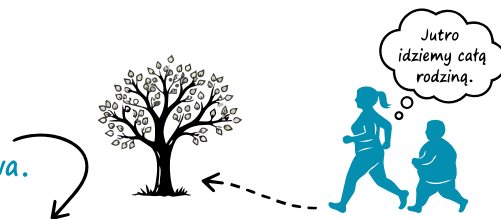
U młodszych dzieci wprowadź wyzwania, np. „Biegniemy razem do tamtego drzewa”, „A teraz idziemy tyłem do tamtej lampy”, „Liczmy kroki do tamtego samochodu”, „Teraz ty prowadzisz”. Takie zabawy skutecznie odwracają uwagę od wysiłku i analizy własnego zmęczenia.

Zaangażuj w ruch całą rodzinę, a nie tylko jedną osobę (np. fizjoterapeutę czy trenera). Aktywność fizyczna to nie lekcja matematyki czy historii, którą dziecko ma po prostu odrobić z nauczycielem. Ruch powinien być naturalną częścią Waszego wspólnego, rodzinnego życia. Zalecenia WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) obejmują przecież wszystkie grupy wiekowe – od maluchów poniżej 5. r.ż. po seniorów. Dlatego nie warto szukać wymówki, nawet jeśli jako rodzic lub opiekun nie przepadasz za sportem. Wspólna aktywność daje dziecku poczucie wsparcia, wzmacnia relacje i zwiększa szansę na trwałą zmianę nawyków.

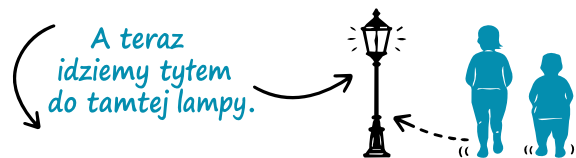
Nie chodzi o idealny trening, ale o wspólne działanie, obecność i pokazanie dziecku, że ruch może stać się stałym elementem codzienności.



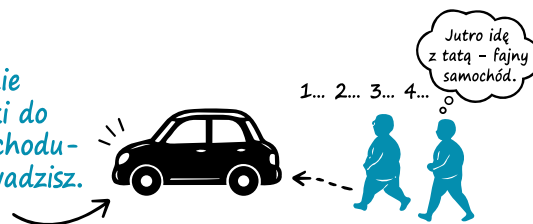
Biegniemy razem do tamtego drzewa.



A teraz idziemy tyłem do tamtej lampy.



A następnie liczymy kroki do tamtego samochodu - teraz ty prowadzisz.



Najważniejsze jest wykonywanie ćwiczeń w bezpiecznych pozycjach wyjściowych, by w trakcie aktywności nie dochodziło do przeciążenia aparatu ruchu (zwłaszcza stawów kończyn oraz kręgosłupa). Pozycja ta musi być stabilna, a jednocześnie powinna umożliwiać dziecku wykonywanie ruchu w pełnym, anatomicznym zakresie.

Pozycje wyjściowe do ćwiczeń w przypadku choroby otyłościowej dziecka

POZYCJE NISKE



**leżące,
siedzące**



leżąca

dobra stabilizacja,
największe
odciążenie



siedząca

dobra stabilizacja,
duże obciążenie odcinka L

**najlepsza pozycja
dla kręgosłupa**



zwiszy

korekcja postawy w grawitacji (rozciąganie odciążające i aktywne wzmacnianie)

zwiszy z podparciem stóp na podłożu, unikanie np. zwisów na drabince z pełnym obciążeniem własnego ciała

POZYCJE PÓŁWYSOKIE



**klęki,
przysiady,
podpory**



klęki

dobra korekcja – stabilizacja
obróczy,
stabilna pozycja



podpory

dobra stabilizacja,
trudna pozycja

**obciążenie stawów –
zalecane w kolejnych tyg.**

POZYCJE WYSOKIE



**stojące,
podpory postawne**



stojąca

naturalna pozycja ciała,
równoważna



podpora postawna

dobra korekcja w grawitacji

**gorzej tolerowane
u młodszych dzieci < 7 r.ż.**

Przykładowe ćwiczenia w chorobie otyłościowej u dzieci

NISKIE



Na leżąco

Nogi na piłce – unoszenie
pośladków do góry

2 serie po 10 powtórzeń



Na siedząco

W rękach guma –
rozciąganie na boki

3 serie po 10 powtórzeń

PÓŁWYSOKIE



Przysiady

Opuszczanie bioder
w dół z zachowaniem
prostych pleców

2 serie po 10 powtórzeń



Podpór na ramionach

Deska (plank)

3 serie po 20–30 sekund

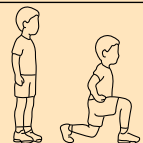
WYSOKIE



Step

Wchodzenie
na step
i schodzenie z niego

3 serie po 30 sekund



Na stojąco

Przejsięcie do wykroku

3 serie po 10 powtórzeń
na każdą stronę

Wsparcie rodziny w budowaniu nawyku aktywności fizycznej u dziecka z chorobą otyłościową

Najczęściej **na chorobę otyłościową choruje cała rodzina**, toteż najlepsze efekty uzyskuje się wtedy, gdy dziecko ma skąd czerpać dobre wzorce i kiedy czuje autentyczne wsparcie ze strony najbliższych. Przejmowanie tych wzorców zaczyna się już od najwcześniejszych lat życia – im wcześniej dziecko je zaobserwuje, tym wprowadzane zmiany będą trwalsze. Zasada bycia aktywnym, aktywnego spędzania czasu wolnego, unikania zbyt długiej pasywności oraz ograniczania czasu spędzanego przed ekranami obowiązuje **WSZYSTKICH CZŁONKÓW RODZINY!**

Należy bezwzględnie unikać przerzucania obowiązku bycia aktywnym wyłącznie na dziecko, argumentując: „Ty musisz, a ja już jestem dorosły, jak byłem mały, to się ruszałem, a teraz po pracy jestem zmęczony”. Takie komunikaty z góry skazują proces leczenia na niepowodzenie. Rzadko kiedy motywują, za to niemal zawsze wywołują w dziecku głębokie poczucie niesprawiedliwości. Dlaczego miałoby mu się chcieć, skoro jego najważniejsze autorytety – rodzice i bliscy – również nie wykazują chęci do ruchu?

Towarzystwa naukowe jednoznacznie wskazują, że największą skuteczność mają **działania o charakterze rodzinnym**, a nie przerzucanie odpowiedzialności za zmianę stylu życia wyłącznie na najmłodszych. Amerykańska Akademia Pediatrii podkreśla, że leczenie otyłości u dzieci powinno opierać się na podejściu długofalowym, wspierającym całą rodzinę. Szczególnie duży nacisk kładzie się na wspólną aktywność fizyczną oraz zdecydowaną redukcję czasu spędzanego przed telewizorem czy smartfonem.

W tym kontekście bardzo ważne jest podejście do lekcji wychowania fizycznego. **Nie należy zwalniać dziecka z WF-u tylko dlatego, że ma nadmierną masę ciała, szybciej się męczy, wstydzi się ćwiczyć lub wykazuje niższą sprawność niż rówieśnicy.** Zwolnienie z tych zajęć powinno być rozważane wyłącznie wtedy, gdy istnieją ku temu rzeczywiste wskazania medyczne. Decyzję w tej sprawie zawsze podejmuje lekarz.

Warto również skonsultować się z fizjoterapeutą, który może precyzyjnie określić, jakich ćwiczeń dziecko powinno unikać z uwagi na występujące u niego zaburzenia funkcjonalne. Dzięki temu nauczyciel WF-u może świadomie i bezpiecznie zastąpić dane ćwiczenia innymi aktywnościami, zamiast sadzać dziecko na ławce.

Jako rodzic nie bój się o tym rozmawiać podczas indywidualnych spotkań z nauczycielem czy na szkolnych zebraniach. Jeśli nie weźmiesz spraw w swoje ręce, dziecko pozostanie bez wsparcia, którego tak bardzo potrzebuje. Brak reakcji i zrozumienia ze strony szkoły często uruchamia mechanizm „błędnego koła”: dziecko zaczyna unikać lekcji WF-u, czuje się coraz mniej pewnie w grupie, wycofuje się z kontaktów z rówieśnikami, przez co powrót do aktywności staje się jeszcze trudniejszy. W efekcie dziecko doświadcza ogromnego stresu, wstydu i społecznego wykluczenia. Rodziny potrzebują w tym zakresie mądrego prowadzenia, a ten poradnik to świetny punkt wyjścia do wprowadzania zmian – małymi, bezpiecznymi dla młodego człowieka krokami.



Bibliografia:

1. Agbaje A.O., Perng W., Tuomainen T.P.: *Effects of accelerometer-based sedentary time and physical activity on DEXA-measured fat mass in 6059 children*. *Nat. Commun.*, 2023, 14: 8232.
2. Al-Khudairy L., Loveman E., Colquitt J.L. i wsp.: *Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese adolescents aged 12 to 17 years*. *Cochrane Evidence* (Plain Language Summary), 2017 [dostęp: 05.09.2025]. Dostępne w: <https://www.cochranelibrary.com/>.
3. American Academy of Pediatrics: *Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity*. *Pediatrics*, 2023, 151(2): e2022060640.
4. Brzęk A., Famuła A., Sołtys J.: *Kształtowanie zdolności motorycznych w procesie ontogenezy – aspekty teoretyczne i wskazówki praktyczne. Skrypt dla studentów fizjoterapii*. Wyd. Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, 2013.
5. Brzęk A.: *Leczenie otyłości dziecięcej – aktywność fizyczna*. [w:] Wójcik M., Brzeziński M. (red.): *Choroba otyłościowa u dzieci i młodzieży*. Wyd. Medical Tribune Polska, Warszawa, 2024, s. 80–85.
6. European Childhood Obesity Group (ECOG): *The Free Obesity eBook*. Rozdział: „Physical Activity Intervention in Overweight/Obese Children and Adolescents”. [dostęp: 05.09.2025]. Dostępne w: <https://ebook.ecog-obesity.eu/>.
7. Godoy-Cumillaf A., Fuentes-Merino P., Giakoni-Ramírez F. i wsp.: *The effects of a physical activity intervention on adiposity, physical fitness and motor competence: A school-based, non-randomized controlled trial*. *Children (Basel)*, 2024, 11(1): 137.
8. Hampl S.E., Hassink S.G., Skinner A.C. i wsp.: *Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity*. *Pediatrics*, 2023, 151(2): e2022060640.
9. Kazeminasab F., Sharafifard F., Miraghajani M. i wsp.: *The effects of exercise training on insulin resistance in children and adolescents with overweight or obesity: a systematic review and meta-analysis*. *Front. Endocrinol.*, 2023, 14: 1178376.

10. Koziół-Kozakowska A., Wójcik M., Mazur-Kurach P. i wsp.: *Teenagers with Obesity at the Gym: Recommendations for Physical Activity, Diet, and Supplementation – A Narrative Review*. *Nutrients*, 2025, 17(11): 1798.
11. Laurier C., Boudreault-Bouchard A.M., Dion J. i wsp.: *Physical activity and its benefits on adolescents' mental health: The mediating role of self-esteem*. *Front. Child Adolesc. Psychiatry*, 2024, 2: 1503920.
12. Liu X., Li Q., Lu F., Zhu D.: *Effects of aerobic exercise combined with resistance training on body composition and metabolic health in children and adolescents with overweight or obesity: Systematic review and meta-analysis*. *Front. Public Health*, 2024, 12: 1409660.
13. Martínez-Vizcaíno V., Cañete García-Prieto J., Nottario-Pacheco B. i wsp.: *Effectiveness of a school-based physical activity intervention on adiposity, fitness and blood pressure: The MOVI-KIDS study*. *Prev. Med.*, 2014, 67: 134–139.
14. Moeller N.C., Oestergaard L., Rasmussen M.G.B. i wsp.: *How to get children moving? The effectiveness of school-based interventions promoting physical activity in children and adolescents – A systematic review and meta-analysis*. *Health Place*, 2024, 89: 103333.
15. Tremblay M.S., Carson V., Chaput J.P. i wsp.: *Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Children and Youth: An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep*. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.*, 2016, 41(6 Suppl 3): S311–S327.
16. van de Pas K.G.H., de Krom M.A.P., Winkens B. i wsp.: *Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents with Overweight, Obesity, and Severe Obesity: A Cross-Sectional Study*. *Obes. Facts*, 2023, 16(3): 282–292.
17. World Health Organization: *Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva: WHO, 2020. [dostęp: 05.09.2025]. Dostępne w: <https://www.who.int/>.
18. Zhang X., Liu J., Ni Y. i wsp.: *Global Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *JAMA Pediatr.*, 2024, 178(8): 800–813.

Komunikacja z dzieckiem



Katarzyna Kucewicz

Psycholożka, psychoterapeutka, seksuolożka. Autorka bestsellerowego poradnika dla pacjentów w trakcie redukcji masy ciała „Waga z głowy” oraz e-booka „Jak rozmawiać z pacjentem o redukcji masy ciała?”. Od lat aktywnie wspiera pacjentów w trakcie leczenia choroby otyłościowej, prowadząc grupy wsparcia i specjalistyczne warsztaty. Szkoli psychoterapeutów w zakresie pracy z osobami borykającymi się z otyłością. Jest wykładowczynią na Uniwersytecie WSB Merito na kierunku Leczenie Otyłości oraz ambasadorką FLO – Fundacji na rzecz Leczenia Otyłości.

Od czego zacząć rozmowę z dzieckiem o leczeniu otyłości?

Najważniejsze jest, żeby dziecko nie usłyszało: „Musimy poradzić sobie z twoim problemem – otyłością”. Młody człowiek nie powinien odczuć, że coś jest z nim „nie tak”, że jest wadliwy lub że cała sytuacja to jego wina. Dzieci są niezwykle wrażliwe na krytykę i często biorą do siebie nawet najbardziej neutralne komunikaty. Dlatego tak ważne jest, by zacząć tę rozmowę z **ogromną delikatnością**. Dziecko musi poczuć, że choroba nie jest jego winą, a leczenie to nie próba „naprawiania go”. Choć zmiana nawyków wymaga dyscypliny, powinna być wprowadzana w formie wspólnej przygody i ciekawego rodzinnego planu, a nie kary, męczarni czy presji.

Warto zacząć od pełnego życzliwości zapewnienia: *„Twoje ciało potrzebuje teraz opieki, a my jesteśmy po to, żeby Ci pomóc. Mamy na to superplan!”*.

Poniżej znajdziesz propozycje zdań, które pozwolą otworzyć rozmowę z troską – bez straszenia, poniżania czy bagatelizowania problemu. Warto ubrać je we własne słowa, pamiętając o najważniejszym przekazie: mierzymy się z chorobą, ale **przejdziemy przez to razem**, dbając o dobrą atmosferę, bez robienia z tego gehenny.

Propozycje komunikatów wspierających:

- » Chcę z Tobą pogadać o zdrowiu. Taki(-a), jaki(-a) jesteś, jesteś super! Chcemy jednak zatroszczyć się o Twoje ciało, żebyś czuł(a) się jeszcze lepiej i miał(a) więcej siły.
- » Otyłość to choroba, ale poradzimy sobie z nią razem. Nauczymy się jeść trochę inaczej niż do tej pory. Zobaczysz, że testowanie nowych smaków może być naprawdę fascynujące!
- » Nie zamierzamy z Tobą walczyć. Chcemy pomóc Twojemu ciału sprawnie funkcjonować. Zróbmy z tego naszą rodzinną przygodę!
- » Nie chodzi o to, żebyś nagle stał(a) się idealnie szczupły(-a). Masz naszą pełną akceptację, jesteś ok. Leczenie jest po to, żeby żyło Ci się lżej i zdrowiej.
- » To nie jest kara. To wynika z naszej troski. Razem wprowadzimy zmiany, które dadzą Ci energię do realizowania marzeń!

Słowa kluczowe, które warto powtarzać

W narracji na temat choroby otyłościowej musimy bezwzględnie wykluczyć stygmatyzujące sformułowania i słowa, które kojarzą leczenie otyłości z „dbaniem o ładny wygląd”. Proponuję, aby słowa wywołujące presję konsekwentnie zastępować takimi, które **dają nadzieję i są zachętą** do nowej codzienności. To właśnie one budują bezpieczny klimat. Dzięki nim dziecko zaczyna postrzegać ten proces jako **fascynującą zmianę stylu życia**, a nie jako przykry obowiązek „doprowadzenia się do ładu”. Kiedy słyszy, że jest „za duże”, „za grube” i „musi schudnąć”, momentalnie się dystansuje. Odbiera to bowiem jako komunikat: „jesteś nie taki, jak trzeba, musimy Cię naprawić”. Nikt z nas nie lubi czuć się „wadliwy” czy „zepsuty” – reakcją na takie samopoczucie niemal zawsze jest bunt i podświadome sabotowanie starań.



Zdrową, pełną wsparcia narrację budują następujące zestawienia:

- » Zdrowie, nie wygląd.
- » Leczenie, a nie odchudzanie.
- » Nawyki rodzinne, a nie problem dziecka.
- » Ciało do opieki, nie ciało do naprawienia.
- » Mały postęp, a nie perfekcja.
- » Ciekawość, nie kontrola.
- » Troska, a nie ocena.
- » Wsparcie, a nie zawstydzanie.
- » Małe kroki, a nie rewolucja.
- » Bezpieczeństwo, a nie presja.
- » Relacja z jedzeniem, a nie wojna z jedzeniem.

To rozróżnienie jest fundamentalne. Stygmatyzacja z powodu wagi drastycznie zwiększa u dzieci ryzyko społecznej izolacji, znacząco obniża ich dobrostan psychiczny, a także prowadzi do unikania aktywności fizycznej. Upokarzanie zawsze szkodzi, a w skrajnych przypadkach staje się prostą drogą do poważnych zaburzeń odżywiania. Dziecko musi czuć, że zmiany, które wprowadzacie, niosą ze sobą **coś dobrego i ciekawego**, a nie reżim, męczarnię czy karę. Rozmawiaj z nim tak, aby miało niezbitą pewność, że w tej nowej drodze nie jest pozostawione samo sobie – że idziecie przez nią ramię w ramię, jako cała rodzina.

Dlaczego nie „odchudzamy”, tylko „leczymy”?

„O odchudzanie” to słowo, którego wydźwięk nie pozostawia złudzeń – kojarzy się z dążeniem do chudości i opresyjną walką o jak najmniejszy rozmiar. Skupianie się wyłącznie na cyfrach wyświetlanych na wadze często popycha ludzi w stronę głodówek oraz szukania coraz bardziej drastycznych metod modyfikowania swojego ciała. Z tego powodu pojęcie to uznawane jest dziś za przestarzałe i nieprzyjazne. W zamian eksperci proponują terminy takie jak **„redukcja masy ciała”** lub **„zmiana nawyków żywieniowych”**, które kładą nacisk na utratę tkanki tłuszczowej przy jednoczesnym dbaniu o zdrowie i masę mięśniową.

W kontekście rozmowy z dzieckiem warto posłużyć się właśnie taką retoryką:

- » *Diety uczą ludzi, że ciało jest wrogiem, a smaczne i kaloryczne jedzenie jest zakazane. My nie chcemy, żebyś bał(a) się jedzenia. Chcemy, żebyś nauczył(a) się, co Twojemu ciału pomaga, a co, mimo że jest pyszne, bardzo mu szkodzi.*
- » *To nie będzie działanie na chwilę. Będziemy uczyć się rzeczy, które pomagają na całe życie: zadbamy o sen, ruch, regularne posiłki, rozpoznawanie uczucia głodu i sytości oraz radzenie sobie ze stresem i zdenerwowaniem.*
- » *Leczenie otyłości nie polega na tym, że ktoś ma stać się idealny. To raczej robienie wszystkiego, by jeść zdrowo i wypracować supernawyki, które zapewnią dobrą kondycję na długie lata.*
- » *Wartość człowieka nie zależy od cyferek na wadze łazienkowej. One pomagają tylko lekarzowi ocenić stan Twojego zdrowia, my nie musimy się na nich skupiać.*

Empatia zamiast oceny

W procesie leczenia empatia jest na wagę złota, ponieważ potrafi skutecznie podtrzymać motywację, która z biegiem czasu naturalnie maleje. Wielu rodziców żywi wobec dziecka ogromną troskę i współczucie, jednak nie zawsze potrafi ubrać te emocje we właściwe słowa. Poniżej znajdziesz kilka **wspierających komunikatów**, które pomagają budować porozumienie.

Zwróć uwagę, jak chłodne i wywołujące presję zdanie: „Musisz się bardziej postarać”, można zamienić na wypowiedź pełną zrozumienia:

- » *Widzę, że to jest dla Ciebie trudne.*
- » *Rozumiem, że możesz mieć już dość rozmów o jedzeniu i ciele.*
- » *Nie mam zamiaru Cię zawstydzać. Chcę po prostu zrozumieć, co Ci pomaga, a co przeszkadza.*
- » *Możesz mieć gorszy dzień. Jeden słabszy moment nie przekreśla całego leczenia.*
- » *Nie oczekuję perfekcji. Chcę, żebyśmy wspólnie szukali rozwiązań, które będą choć trochę lepsze niż dawne przyzwyczajenia.*

Niezwykle ważne jest, by **dobierać słowa w sposób wyważony, życzliwy i spokojny**. Za zachowaniami dziecka, które dorośli często błędnie odbierają jako sabotaż (podjadanie, unikanie aktywności, kłamstwa czy wycofanie), najczęściej kryje się głęboki wstyd, lęk przed surową oceną i strach przed odrzuceniem.

Wsparcie jest dziecku potrzebne nie tylko w momentach kryzysu, lecz także wtedy, gdy odnosi ono sukcesy. Zdecydowanie odradzam jednak koncentrowanie pochwał wokół samej utraty wagi. Uczymy wtedy dziecko, że jest akceptowane głównie za to, jak wygląda, co buduje w nim przeświadczenie, że masa ciała decyduje o jego ludzkiej wartości. **Znacznie lepiej jest chwalić sam proces, włożony wysiłek, przełamywanie barier oraz pracę nad sobą.**

Przykłady empatycznych wzmocnień:

- » *Cieszę się, że mimo trudnego dnia i deszczowej pogody idziemy razem na spacer. Wiem, ile kosztowało Cię to wysiłku.*
- » *Dzisiaj jeździliśmy na rowerze krócej, niż planowaliśmy, ale najważniejsze, że w ogóle wyruszyliśmy. To się naprawdę liczy.*
- » *Zauważyłam, że spróbowałeś(-aś) czegoś nowego. Rozumiem, że średnio Ci smakowało, ale najważniejsze, że dałeś(-aś) sobie szansę.*

Przykłady złych i dobrych komunikatów

Komunikat zawstydzający	Komunikat empatyczny
Znowu jesz?	 Zatrzymajmy się na chwilę: czujesz głód, jesteś zdenerwowany(-na), znudzony(-a) czy po prostu zmęczony(-a)?
Nie możesz jeść słodkości, bo jesteś za gruby(-a).	 Te słodczyce możemy zjeść od czasu do czasu, ale na co dzień potrzebujemy posiłków, które dadzą Twojemu ciału prawdziwą energię.
Musisz schudnąć.	 Chcemy wspólnie zadbać o Twoje zdrowie, siłę, sen i świetne samopoczucie.
Popatrz na brata, on umie się opanować.	 Każde ciało działa trochę inaczej i ma inne potrzeby. Nie będziemy Was porównywać.
Jak będziesz tak jeść, to zobaczysz...	 Zastanówmy się razem, co możemy zrobić dziś, żeby było Ci trochę łatwiej.
Nie kłam, przecież widzę, że zjadłeś(-aś).	 Widzę, że trudno było Ci o tym powiedzieć. Chcę zrozumieć, czego się przestraszyłeś(-aś).
Wstydz się.	 Nie chcę, żebyś był(a) sam(a) z tym wstydem. Jestem tu.
Od jutra koniec ze słodyczami.	 Ustalimy zasady, które są realne do spełnienia i będą obowiązywać wszystkich domowników.
Musisz ćwiczyć, bo jesteś za ciężki(-a).	 Poszukajmy takiego ruchu, który daje Ci choć trochę przyjemności albo poczucia sprawczości.

Co robić, gdy dziecko kłamie i dlaczego to robi?

Wielu rodziców automatycznie interpretuje kłamstwo dziecka jako przejaw „bezczelności” lub „manipulacji”. Tymczasem dzieci kłamią przeważnie dlatego, że panicznie boją się kary, nie chcą nas rozczarować, czują zażenowanie, są przytłoczone nadmierną kontrolą lub po prostu wolą uniknąć kolejnej bolesnej rozmowy o swoim ciele. Kłamstwo pojawia się również wtedy, gdy jedzenie służy dziecku do regulowania emocji – staje się sposobem na rozładowanie napięcia, uciszenie impulsów czy załagodzenie trudnych uczuć. Kiedy jedzenie staje się dla młodego człowieka „strategią przetrwania” (np. w obliczu rówieśniczego *bullyingu*), będzie on robił wszystko, by tę strategię utrzymać, ponieważ przynosi mu ona chwilową ulgę. W takich sytuacjach **kluczem są empatia oraz życzliwe wsparcie w radzeniu sobie z narastającym problemem.**

Co możesz powiedzieć dziecku, kiedy widzisz, że nie mówi prawdy?

- » Nie chcę prowadzić śledztwa. Chcę zrozumieć, co się stało.
- » Jeśli zjadłeś(-aś) coś poza naszym planem, możesz mi o tym śmiało powiedzieć. Wspólnie zastanowimy się, co było wcześniej: głód, stres, nuda, a może smutek?
- » Prawda jest dla mnie o wiele ważniejsza niż utrzymanie wzorowej diety.
- » Nie mam zamiaru Cię karać za powiedzenie prawdy. Chcę, żebyśmy grali w jednej drużynie.
- » Kiedy jesz w ukryciu, to dla mnie sygnał, że w naszym domu pojawiło się za dużo presji. Musimy to wspólnie naprawić.

Czego bezwzględnie unikać:

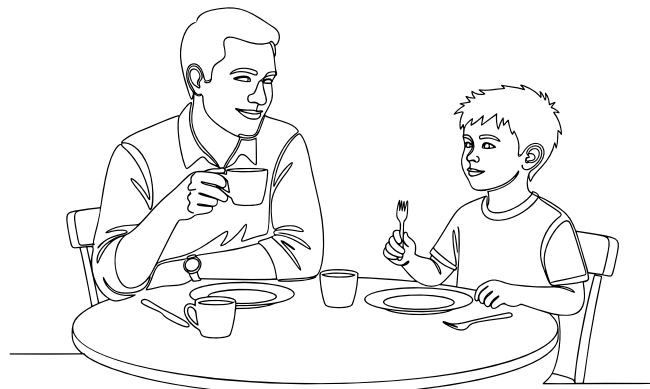
- » Nie przeszukuj plecaka ani pokoju przy dziecku – to buduje atmosferę głębokiego upokorzenia.
- » Nie zawstydzaj ani nie krzycz, że dziecku nie można już ufać.
- » Nie rób ze znalezionych papierków czy słodyczy „dowodu zbrodni”.

Warto spokojnie **ustalić jasną, rodzinną zasadę**: „Słodycze są w domu, ale nie trzymamy ich w pokojach. Jemy je wspólnie przy stole, a nie w ukryciu”.

Jak wytłumaczyć, co to jest „zmiana stylu życia”?

Rodzice często po usłyszeniu diagnozy wychodzą z gabinetu lekarskiego przerażeni i ten lęk natychmiast przelewają na dziecko. Mówią wtedy: „Koniec z obżarstwem, bo będziesz ciężko chory!” albo straszą: „Umrzesz, jak tak dalej pójdzie”.

Zamiast tego o wiele lepiej jest utrzymywać w wypowiedziach **ton dający nadzieję**, a nawet **nutę pozytywnej ekscytacji**. Warto jednak dobitnie podkreślać, że to, co teraz wspólnie robicie, nie jest chwilową dietą, lecz **planem na całe życie**.



W tym celu można sformułować następujące komunikaty:

- » *Tak jak mycie zębów nie jest karą, lecz codzienną troską o zdrowie, tak samo zdrowe jedzenie i ruch są po prostu elementem dbania o siebie.*
- » *Nie robimy tego na chwilę, m.in. przed wakacjami. Uczymy się stylu życia, który ma pomagać Ci przez lata zachować dobrą kondycję.*
- » *To nie znaczy, że już nigdy nie zjesz pizzy czy urodzinowego tortu. Po prostu na co dzień budujemy solidną bazę, która wzmocni Twoje zdrowie.*
- » *Nie chodzi o życie bez przyjemności. Chodzi o życie, w którym przyjemność nie niszczy naszego zdrowia ani nie odbiera nam sprawności.*

Jak wyposażać dziecko na wypadek hejtu w szkole?

Niestety *bullying* z powodu masy ciała to wciąż powszechne zjawisko w szkołach. To realny problem, który potrafi rzutować na samoocenę dziecka na całe lata. Wiele dzieci samotnie boryka się z hejtem, ponieważ nie czuje wystarczającego wsparcia ze strony dorosłych. Warto wyciągnąć do syna lub córki rękę i pokazać, że w razie jakichkolwiek nieprzyjemności **zawsze będziemy stać po ich stronie**.

Dziecko potrzebuje naszej konkretnej deklaracji i jasnego stanowiska.

Pomocne mogą być tu następujące sformułowania:

- » *To nie Twoja wina, że ktoś Cię wyśmiewa.*
- » *Komentarze o masie ciała są przemocą, nie żartem.*
- » *Nie musisz sam(a) tego dźwigać. Jestem tu, by Ci pomóc.*

Część rodziców wspiera dzieci w przygotowywaniu **gotowych ripost** na wypadek przykrych komentarzy. Daje to młodemu człowiekowi **poczucie bezpieczeństwa** i pozwala uniknąć bolesnego stanu „zamrożenia” oraz bezradności (a właśnie tak dzieci najczęściej reagują na hejt). Chodzi o to, by dziecko potrafiło w asertywny sposób **stawiać granice** za każdym razem, gdy czuje się obrażane.

Przykłady skutecznych zwrotów:

- » *Nie życzę sobie takich tekstów.*
- » *Zajmij się sobą.*
- » *Masz prawo mnie nie lubić, ale nie masz prawa mnie poniżać.*
- » *Komentowanie mojego ciała źle świadczy o Tobie, nie o mnie.*

Z psychologicznego punktu widzenia kluczowe jest stworzenie z dzieckiem **konkretnego planu działania** krok po kroku: „Jeśli ktoś Cię obrazi po raz pierwszy – możesz użyć krótkiego, asertywnego zdania i po prostu odejść. Jeśli zrobi to drugi raz – idziesz prosto do wychowawcy lub pedagoga. Jeśli szkoła nie zareaguje odpowiednio – my, jako Twoi rodzice, natychmiast wchodzimy do gry”.

Warto pamiętać, by pod żadnym pozorem nie zachęcać dziecka do traktowania *bullyingu* jako żartu ani nie proponować dystansowania się od niego. **Bullying to przemoc**, więc żadnego dziecka nie powinno się uczyć, że ma mieć dystans do agresji. Uczmy je raczej, że **ma pełne prawo do obrony i ochrony swoich granic**. Stygmatyzacja dzieci i młodzieży z powodu nadmiernej masy ciała to problem obecny w szkołach, mediach, a nawet w domach rodzinnych. Jej bolesne konsekwencje mogą odbijać się na zdrowiu psychicznym przez całe lata.

Dziecko z otyłością w domu i rodzinie. Jak je wspierać i go nie dyskryminować?

Co zrobić, jeśli brat lub siostra mają prawidłową masę ciała i chcą jeść niezdrowe rzeczy? W domu najważniejsza jest zasada, by nie robić z jednego dziecka „pacjenta”, podczas gdy reszta rodziny żyje na zupełnie innych prawach. Dziecko borykające się z chorobą otyłościową nie powinno nigdy słyszeć komunikatów typu: „Ty nie możesz, a brat może”, „To jest dla nas, a to dietetyczne dla Ciebie” albo „Przez Ciebie musimy zmienić nawyki zakupowe”. Takie komunikaty budują w nim potężne poczucie wstydu, odmienności i wykluczenia.

Dużo lepiej opierać domową narrację na takich komunikatach:

- » *W naszym domu wszyscy uczymy się dbać o zdrowie.*
- » *Nie dzielimy jedzenia na to, które jest nagrodą, i to, które kojarzy się z karą.*
- » *Słodycze mogą się czasem pojawiać, ale nie są podstawą codziennej diety.*
- » *Nie porównujemy ciał, bo każde ciało ma inne potrzeby.*

Leczenie choroby otyłościowej u dziecka zawsze powinno być **projektem rodzinnym**, a nie próbą „naprawiania” jednej osoby.

Szczególnym wyzwaniem może być sytuacja, w której rodzeństwo ma prawidłową masę ciała i domaga się produktów, które nie wspierają procesu leczenia chorego dziecka. Nie chodzi o to, aby zdrowym dzieciom absolutnie wszystkiego zakazywać, ale o to, żeby **dom nie stawał się środowiskiem pełnym pokus**, napięcia i poczucia niesprawiedliwości.

Warto rozmawiać z rodzeństwem w ten sposób:

- » *Nie będziemy robić z jedzenia tajemnicy ani wprowadzać zakazów, ale dbamy o to, żeby w domu wszystkim nam było łatwiej.*
- » *To, że Twoje ciało inaczej reaguje na jedzenie, nie daje Ci prawa do komentowania wyglądu brata czy siostry.*
- » *W naszym domu nie ma miejsca na żarty z czyjegoś wyglądu, porcji posiłku czy wagi.*

Należy natychmiast reagować i zwracać uwagę reszcie dzieci, że zdania typu: „Ja mogę, bo jestem chudy” są głęboko raniące i utrwalają toksyczny podział na „lepszych” i „gorszych”.

Słodycze, chipsy czy słodkie napoje nie powinny stale leżeć na widoku. Nie powinno się tworzyć osobnej, „dietetycznej” półki dla jednego dziecka, bo to wzmacnia poczucie odmienności i upokarza. Lepiej **zmienić domowe zwyczaje** tak, aby wszystkim było łatwiej podejmować zdrowe decyzje. Nie komentuj wielkości porcji żadnego z domowników, nie nagradzaj jedzeniem, nie rozmawiaj przy dzieciach o „grzeszeniu jedzeniem”, „spalaniu kalorii”, „byciu grubszym po pizzie”. Aktywność fizyczna powinna być przyjemnością i wspólną formą troski o kondycję, energię i do-

bre samopoczucie, a nie formą odpokutowania za posiłek. Pamiętajmy, że **dzieci uważnie nas obserwują** i modelują swoje zachowania na podstawie naszych postaw.

Jak reagować na dziecięcy ból oraz nienawiść do własnego ciała?

Bardzo ważne jest to, jak zachowamy się, kiedy dziecko mówi: „jestem gruby(-a)”, „nienawidzę siebie” albo „moje ciało jest okropne”. Automatyczne, instynktowne zaprzeczanie w stylu: „Nie przesadzaj, wcale tak nie jest!” w ogóle nie pomaga, a jedynie wzmacnia poczucie osamotnienia. Dziecko odbiera to tak, że dorosły unika jego bólu i nie chce go zrozumieć.

Zamiast zaprzeczać, lepiej odpowiedzieć z empatią:

- » *Bardzo mi przykro, że tak o sobie myślisz. Słyszę, jak bardzo Ci z tym ciężko.*
- » *Twoje ciało zasługuje na pełen szacunek także wtedy, kiedy przechodzisz trudniejszy czas i go nie lubisz.*

Warto uświadamiać dziecku, że ma pełne prawo dążyć do zmian w swoim ciele, ale jednocześnie wcale nie musi siebie za to nienawidzić. Dobrymi i leczącymi komunikatami są zdania: „Nie jesteś problemem. Problemem jest choroba, społeczna presja i to, jak bezwzględnie ludzie potrafią ranić innych. Będziemy wspólnie dbać o Twoje zdrowie, ale nigdy nie pozwolimy na obrażanie Ciebie i Twojego ciała”.

Podobny, wolny od stygmatyzacji język powinni stosować lekarze, psycholodzy i dietetycy. W rozmowie z młodym pacjentem warto zacząć od partnerskiego ustalenia zasad:

- » *Czy mogę Cię zapytać, jak wolisz, żebyśmy rozmawiali o masie Twojego ciała?*
- » *Nie jestem tutaj po to, żeby Cię oceniać. Interesuje mnie, jak wygląda Twój dzień, co jest dla Ciebie najtrudniejsze i jak mogę Ci realnie pomóc.*

Dobrze jest jasno wyjaśniać dziecku, że **otyłość stanowi skomplikowaną chorobę**, na którą wpływa mnóstwo niezależnych od niego czynników: biologia, środowisko, emocje, jakość snu, poziom aktywności, sytuacja rodzinna, a czasem przyjmowane leki. Dziecko nie może czuć, że specjalista z góry zarzuca mu lenistwo czy brak silnej woli.

Zdaniami dużo bardziej wspierającymi i budującymi przymierze terapeutyczne są: „Nie zakładam, że brakuje Ci motywacji. Chcę po prostu sprawdzić, co w tym procesie jest dla Ciebie największym wyzwaniem”.

Pamiętajmy: **celem każdej takiej rozmowy ma być poprawa zdrowia, jakości życia i poczucia bezpieczeństwa dziecka**, a nie dążenie do tego, by za wszelką cenę dopasować je do mitycznego wzorca „normalności”.



O Fundacji FLO – Fundacji na rzecz Leczenia Otyłości



Ewa Godlewska

Fundacja powstała z inicjatywy Ewy Godlewskiej, której córka od 14 lat choruje na otyłość. Od samego początku misją Fundacji FLO jest poprawa świadomości społecznej na temat choroby otyłościowej oraz metod jej leczenia. Organizacja aktywnie wspiera pacjentów i ich rodziny, przeciwdziała stygmatyzacji oraz dyskryminacji, a także angażuje się w tworzenie rozwiązań systemowych w publicznej opiece medycznej. Fundacja FLO od 3 lat prowadzi ogólnopolską kampanię „Otyłość to choroba. Nie oceniaj, nie odchudzaj, tylko lecz”. Jej głównym celem jest edukacja na temat realiów tej choroby w społeczeństwie, w środowisku medycznym oraz wśród decydentów mających wpływ na kształt polskiej ochrony zdrowia.

e-mail: ewa.godlewska@flo.org.pl

Działania na rzecz pacjentów i ich rodzin

Fundacja prowadzi szeroką działalność edukacyjną skierowaną do pacjentów, bliskich oraz rodziców dzieci chorujących na otyłość. W ramach Akademii Pacjenta Chorującego na Otyłość organizuje spotkania w różnych miastach Polski. Podczas tych wydarzeń uczestnicy mogą zdobywać wiedzę od czołowych ekspertów, poznawać nowoczesne możliwości leczenia oraz otrzymywać realne wsparcie w planowaniu dalszej terapii.

Ważnym filarem działalności organizacji jest pierwsza w Polsce Infolinia FLO dla pacjentów z chorobą otyłościową i ich bliskich. Powstała ona w odpowiedzi na potrzeby osób zagubionych w systemie ochrony zdrowia, które nie wiedzą, od czego zacząć i gdzie szukać ratunku.



**INFOLINIA DLA OSÓB Z CHOROBA
OTYŁOŚCIOWĄ I ICH BLISKICH**
oraz dla rodziców dzieci chorujących na otyłość

+48 537 030 555

Dzwoniąc pod ten numer, pacjenci oraz ich rodziny mogą uzyskać rzetelne informacje na temat choroby, dowiedzieć się, do jakich specjalistów zgłosić się w pierwszej kolejności oraz gdzie znajdują się certyfikowane ośrodki leczenia otyłości.

Fundacja regularnie tworzy również bezpłatne materiały edukacyjne: poradniki, broszury, filmy, podcasty, webinary oraz infografiki, które pomagają zrozumieć mechanizmy choroby i skutecznie z nią walczyć.

Jednym z najbardziej wyjątkowych projektów jest stworzenie społeczności Ambasadorów FLO – tzw. FLOwersów. To unikatowy na skalę Polski i Europy ruch społeczny osób z doświadczeniem choroby otyłościowej. FLOwersi działają jako społeczni rzecznicy pacjentów: wspierają innych chorych, edukują społeczeństwo, uczestniczą w debatach publicznych i angażują się w działania rzecznicze Fundacji.

Dziś tworzą ogólnopolską, silną społeczność ludzi, którzy zamienili własną historię choroby w siłę zmieniającą powszechne postrzeganie otyłości. Ich zaangażowanie udowadnia, że pacjenci mogą być nie tylko odbiorcami pomocy, ale przede wszystkim kluczowymi partnerami w procesie tworzenia zmian społecznych i systemowych.

Działania systemowe i rzecznicze

Od początku swojego istnienia Fundacja FLO aktywnie reprezentuje głos pacjentów w debacie publicznej oraz uczestniczy w pracach nad rozwiązaniami systemowymi związanymi z opieką medyczną nad osobami chorującymi na otyłość.

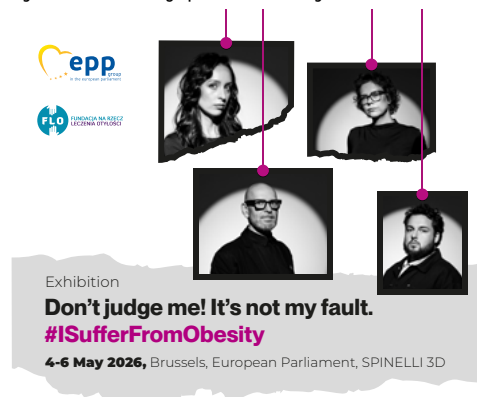
Jednym z najważniejszych osiągnięć Fundacji było doprowadzenie do powołania Zespołu ds. Przeciwdziałania Otyłości przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego. Prezes Fundacji, Ewa Godlewska, jest stałym członkiem tego Zespołu i dba o to, by perspektywa pacjentów oraz ich rodzin była w nim zawsze słyszalna.

Fundacja regularnie bierze udział w pracach Komisji Zdrowia Sejmu i Senatu, zespołów parlamentarnych, debatach eksperckich oraz konsultacjach dotyczących polityki zdrowotnej. Dzięki temu zaangażowaniu temat choroby otyłościowej po raz pierwszy wybrzmiał w polskim życiu publicznym z tak ogromną siłą.

Maj 2024 roku – przełomowe otwarcie wystawy edukacyjnej w Senacie RP pod hasłem „**Nie oceniaj mnie! To nie moja wina. #Choruję na otyłość**”. Po raz pierwszy w historii polskiego parlamentu pacjenci mogli osobiście opowiedzieć o swoich doświadczeniach i problemach, z którymi mierzą się każdego dnia.

Marzec 2025 roku – prezentacja wystawy w Sejmie RP podczas obchodów Światowego Dnia Otyłości. Wydarzeniu towarzyszyły intensywne działania edukacyjne, spotkania z Marszałkiem Sejmu i parlamentarzystami oraz rozmowy na temat koniecznych reform w opiece zdrowotnej.

Kolejny historyczny krok – zorganizowanie wystawy „**Don't judge me! It's not my fault. #I Suffer From Obesity**” w siedzibie Parlamentu Europejskiego w Brukseli. Dzięki temu głos polskich pacjentów został usłyszany na forum międzynarodowym. Bohaterami ekspozycji byli Ambasadorzy FLO – FLOWersi, których poruszające historie zwróciły uwagę na skalę stygmatyzacji oraz potrzebę systemowego leczenia otyłości jako choroby przewlekłej.



Fundacja była również inicjatorem ustanowienia oficjalnego symbolu choroby otyłościowej – białej wstążki z kolorowymi elementami, które symbolizują liczne powikłania tego schorzenia. Symbol, zaprezentowany oficjalnie w Senacie RP, stał się bardzo ważnym narzędziem budowania świadomości społecznej i walki z dyskryminacją.



Fundacja FLO ściśle współpracuje z najważniejszymi instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz zdrowia publicznego, w tym m.in. z:

- » Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia,
- » Rzecznikiem Praw Pacjenta oraz Rzecznikiem Praw Dziecka,
- » Polskim Towarzystwem Leczenia Otyłości (PTLO), Polskim Towarzystwem Otyłości Dziecięcej (PTOD) oraz Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej (PTMR),
- » licznymi organizacjami pacjenckimi i ekspertami.

Fundacja jest także dumnym członkiem Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Partnerstwa na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości „STOP Otyłości”.

Razem dla dzieci i dorosłych chorujących na otyłość

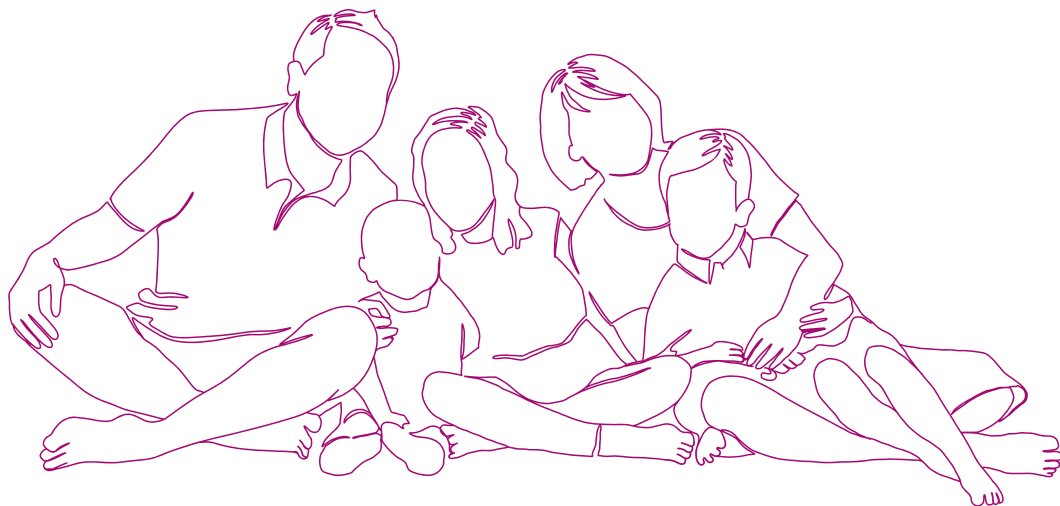
Fundacja FLO działa na rzecz wszystkich pacjentów chorujących na otyłość – zarówno dorosłych, jak i dzieci. Szczególną uwagę poświęca najmłodszym i ich rodzicom, którzy często pozostają bez odpowiedniego wsparcia oraz jasnej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej.

Poprzez edukację, wsparcie, działalność rzeczniczą oraz współpracę z ekspertami i instytucjami publicznymi Fundacja dąży do tego, aby każda osoba choru-

jąca na otyłość mogła otrzymać profesjonalną pomoc, była traktowana z szacunkiem i miała realny dostęp do skutecznego leczenia.

Chcemy, aby żaden pacjent nie czuł się samotny w swojej walce oraz żeby każdy chorujący wiedział, że ma prawo do szacunku, równego traktowania i profesjonalnej opieki medycznej.

Dla wielu pacjentów Fundacja FLO staje się pierwszym miejscem, w którym otrzymują nie tylko ekspercką wiedzę, ale przede wszystkim głębokie zrozumienie, wsparcie, autentyczną empatię i bezpieczną przystań.



ORGANIZATOR:



Dzieci i dorośli **PRZECIWKO OTYŁOŚCI**



OTYŁOŚĆ TO CHOROBA

Nie oceniaj, nie odchudzaj, tylko lecz.

PATRONAT HONOROWY:



PATRONAT HONOROWY:



Minister
Zdrowia



Minister
Edukacji



Minister
Nauki
i Szkolnictwa
Wyższego



Wiceprezes
Rady Ministrów

Minister
Obrony Narodowej



Ministerstwo
Rolnictwa
i Rozwoju Wsi

Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi
Sławomir Krupański



Ministerstwo
Sportu i Turystyki



Rzecznik
Praw Pacjenta



Rzecznik
Praw Dziecka



Narodowy Fundusz Zdrowia



Narodowa
Izba Lekarzy



Narodowa Rada
Politycznej i Politycznej



WARSZAWSKI
UNIWERSYTET
MEDYCZNY

PARTNERZY MERYTORYCZNI:



PATRONI MEDIALNI:



PARTNERZY GŁÓWNI:



PARTNERZY:





FUNDACJA NA RZECZ
LECZENIA OTYŁOŚCI



@FundacjaFLO



@fundacjaflo



@FundacjaFLO



Fundacja na rzecz
Leczenia Otyłości

FLO – Fundacja na rzecz Leczenia Otyłości

✉ sekretariat@flo.org.pl

ISBN 978-83-953807-2-3



9 788395 380723