

Spółeczny wymiar żywienia – zadania dla promocji zdrowia w Polsce

Social determinants of nutrition – health promotion targets for Poland

DOROTA CIANCIARA^{1,2/}

^{1/} Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

^{2/} Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

W artykule przedstawiono szacunki ŚOZ nt. liczby zgonów na świecie oraz globalnego obciążenia z powodu sześciu dietozależnych czynników ryzyka. Przedstawiono determinanty zachowań i decyzji dotyczących żywienia, takie jak predyspozycje wrodzone, doświadczenia związane z żywnością i żywieniem, czynniki personalne wewnętrzne i międzyludzkie oraz szeroko rozumiane uwarunkowania środowiskowe (fizyczne, społeczne, kulturowe, ekonomiczne i powiązane z informacją). Omówiono 5 podstawowych kierunków działania promocji zdrowia i podkreślono, że recepta promocji zdrowia na rozwiązanie dowolnego problemu dotyczącego zdrowia jest niezmienna: stwórz politykę – zmień środowisko – pomóż ludziom zorganizować się – naucz ich, co mają robić – zmień sposób działania tzw. służby zdrowia. Zaproponowano utworzenie krajowej polityki żywieniowej oraz podjęcie innych działań koniecznych do poprawy zwyczajów żywieniowych w Polsce.

Słowa kluczowe: determinanty żywienia, promocja zdrowia, edukacja żywieniowa

The article presents the WHO estimates for 2004 and figures on deaths and DALYs attributable to diet-related risks and physical inactivity, by region. Determinants of diet-related behavior and food choice are mentioned: biologically determined behavioral predispositions, experience with food, intra and interpersonal factors as well as environmental determinants (physical, social, cultural and economic and informational) are described. Five basic health promotion actions are discussed (build healthy public policy – create supportive environments – strengthen community action – develop personal skills – reorient health services) and considered as a universal remedy for any health problem. Some actions to improve dietary-related behaviors are recommended including the development of a nation-wide nutritional policy.

Key words: determinants of nutrition, health promotion, nutritional education

© Hygeia Public Health 2011, 46(1): 21-24

www.h-ph.pl

Nadesłano: 29.12.2010

Zakwalifikowano do druku: 30.12.2010

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr hab. n. med. Dorota Cianciara
Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia
Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa
tel. (022) 56 01 150, e-mail: dorotac@cmkp.edu.pl

Wstęp – wpływ żywienia na stan zdrowia

Niewłaściwe żywienie jest przyczyną wielu rodzajów chorób, powstających zarówno na tle niedoborów jak nadmiaru niektórych składników odżywczych w diecie. Do najważniejszych chorób dietozależnych (żywieniowozależnych) należą nadwaga i otyłość, choroby sercowo-naczyniowe (np. zawał serca, udar mózgu), niektóre nowotwory, cukrzyca typu 2 oraz osteoporoza. Określa się je mianem przewlekłych chorób niezakaźnych [1]. Szacuje się, że 20% Polaków cierpi na choroby i odchylenia stanu zdrowia związane z nieprawidłową dietą [2]. Od lat zdecydowanie najważniejszym zagrożeniem życia Polaków są choroby układu krążenia, które np. w 2006 r. były przyczyną

46% wszystkich zgonów w Polsce [3]. Większość z nich jest ściśle związana z żywieniem.

W skali świata sześć czynników ryzyka powiązanych z dietą powoduje około 19% zgonów oraz 7% obciążenia chorobami mierzonego jednostką DALY, która wyraża utratę lat życia w wyniku niepełnosprawności (tab. I) [4].

Uwarunkowania sposobu żywienia

Każdego dnia ludzie podejmują kilkakrotnie decyzję co zjeść, ile zjeść, kiedy, gdzie i z kim. Decyzje te są czasem impulsywne, a czasem przemyślane, ale zawsze u ich podłoża jest wiele powiązanych ze sobą czynników [5]. Rozpoznanie i zrozumienie tych czyn-

Tabela I. Zgony i obciążenie chorobami (DALY) związane z dietozależnymi czynnikami ryzyka i brakiem aktywności fizycznej wg regionów świata w 2004 r. (szacunki ŚOZ)

Table I. Deaths and DALYs attributable to diet-related risks and physical inactivity, and to all six risks combined, by region, 2004 (WHO estimates)

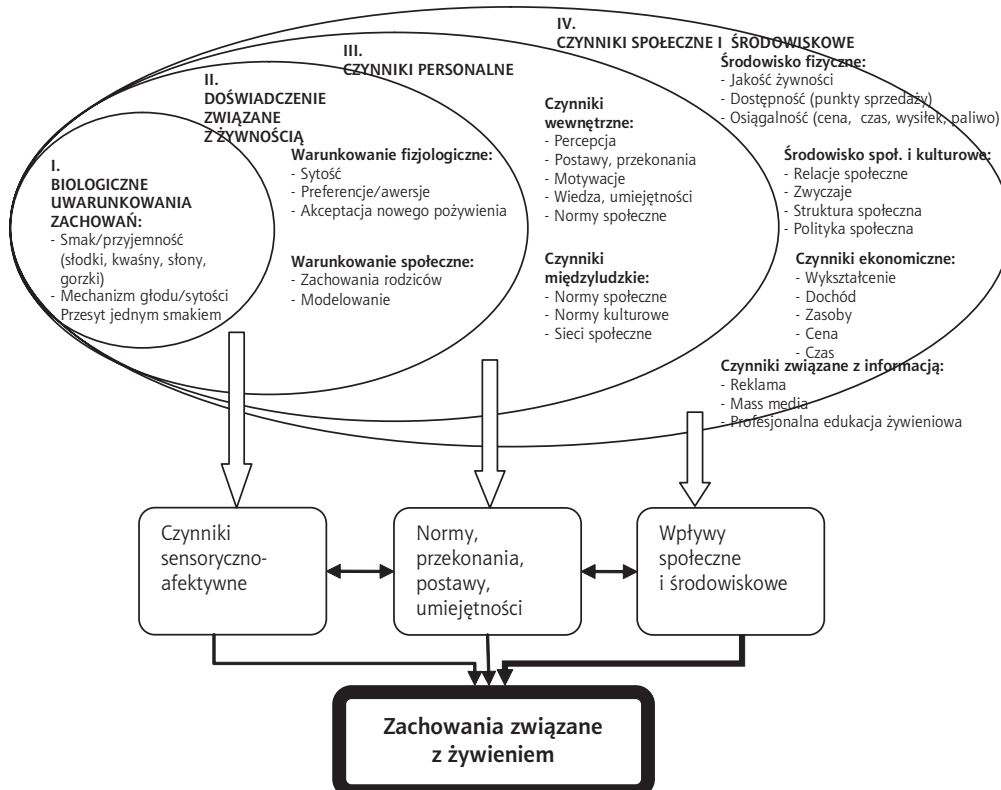
| Czynnik ryzyka związany z dietą | Świat | Kraje o niskim i średnim dochodzie | Kraje o wysokim dochodzie |
|---|-------|------------------------------------|---------------------------|
| Odsetek zgonów | | | |
| Nadciśnienie tętnicze | 12,8 | 12,1 | 16,8 |
| Wysokie stężenie glukozy we krwi | 5,8 | 5,6 | 7,0 |
| Brak aktywności fizycznej | 5,5 | 5,1 | 7,7 |
| Nadwaga i otyłość | 4,8 | 4,2 | 8,4 |
| Wysokie stężenie cholesterolu we krwi | 4,5 | 4,3 | 5,8 |
| Małe spożycie warzyw i owoców | 2,9 | 2,9 | 2,5 |
| Razem | 19,1 | 18,1 | 25,2 |
| Odsetek utraconych lat życia na skutek niepełnosprawności (DALY) | | | |
| Nadciśnienie tętnicze | 3,8 | 3,5 | 6,1 |
| Wysokie stężenie glukozy we krwi | 2,7 | 2,5 | 4,9 |
| Brak aktywności fizycznej | 2,1 | 1,9 | 4,1 |
| Nadwaga i otyłość | 2,4 | 2,0 | 6,5 |
| Wysokie stężenie cholesterolu we krwi | 2,0 | 1,8 | 3,4 |
| Małe spożycie warzyw i owoców | 1,1 | 1,0 | 1,3 |
| Razem | 7,0 | 6,5 | 12,6 |

ników stanowi punkt wyjścia do modyfikacji decyzji i zwyczajów żywieniowych (ryc. 1).

Pierwszą grupę uwarunkowań stanowią czynniki zdeterminowane genetycznie i z tego powodu uznawane są za takie, które są niezmiennie – niemodyfikowalne.

Ludzie rodząc się lubią już smak słodki, a unikają kwaśnego i gorzkiego, mają więc umiejętność rozpoznawania smaków oraz niewyuczoną predyspozycję do niektórych. Lubienie smaku słodkiego trwa całe życie i występuje u ludzi z różnych kultur. Upodobania dotyczące smaku słonego pojawiają się kilka miesięcy po urodzeniu. Wykrywanie tych smaków oraz smaku białka (umami) i tłuszczów zależy od funkcjonowania receptorów smakowych i węchowych. Ponadto posiadamy wrodzone, fizjologiczne mechanizmy kontroli uczucia głodu i sytości, dzięki którym możliwe jest kierowanie spożyciem substancji pokarmowych i energii oraz magazynowaniem zapasów energetycznych. Współcześnie, zwłaszcza tam, gdzie istnieje duża podaż żywności, która jest osiągalna i wysokoenergetyczna, mechanizm ten ulega zaburzeniu i konieczne staje się wspomaganie mechanizmów wrodzonych poprzez zwiększanie wydatków energetycznych i aktywności fizycznej. Poza tym wydaje się, że organizm ludzki ma wbudowany mechanizm szybkiego znudzenia jednym smakiem. Pierwotnie był to ważny mechanizm adaptacyjny, który zmuszał naszych przodków do poszukiwania urozmaiconej diety. Współcześnie sprzyja to zwiększeniu dziennej racji pokarmowej i wielkości posiłku.

Druga grupa uwarunkowań związana jest z doświadczeniami życiowymi, uczeniem się, ale nie w sensie poznawczym, tylko uczeniem fizjologicznym, warunkowaniem pawłowskim związanym ze spożyciem żywności. Przypuszczalnie uczenie takie zaczyna się jeszcze w okresie prenatalnym, a po urodzeniu ma zwią-



Ryc. 1. Uwarunkowania zachowań dotyczących wyboru żywności i sposobu żywienia

Fig. 1. Determinants of food choice and diet-related behavior

zek z zapachem pokarmu matki, w którym rozpoznaje się np. zapach czosnku i alkoholu. Istotne znaczenie ma także fizjologiczny skutek spożycia przez dziecko danego rodzaju żywności (np. nudności czy biegunka). Wydaje się przy tym, że awersje rodzą się szybciej niż preferencje, te ostatnie bowiem powstają w wyniku powtarzanych korzystnych doświadczeń. Ponadto, jak u innych organizmów wszytkożernych, u dzieci w wieku 2-5 lat obserwuje się niechęć do nowych produktów i potraw, co przypuszczalnie ma służyć temu, aby dziecko nie poszukiwało samodzielnie nowych pokarmów. Reasumując – jeśli dziecku będzie dawany pokarm z dużą zawartością cukru, soli czy tłuszczu, to pokarmy te, jako bardziej znane, będą preferowane. Prawidłowość ta stanowi podstawę różnorodnych działań zmierzających do racjonalnego żywienia dzieci w rodzinie, żłobkach, przedszkolach oraz szkołach. Ponadto nie wolno zapominać, że dzieci uczą się zwyczajów żywieniowych nie tylko poprzez badanie i degustację zawartości własnego talerza, ale również poprzez obserwację tego co robią inni. Kolejnym bodźcem są zachowania rodziców dotyczące wielkości porcji lub wprowadzania systemu nagród i kar związanych z jedzeniem (np. dostaniesz batona na deser, jeśli zjesz buraczki).

Trzecia grupa, to czynniki personalne i interpersonalne. Decyzje i zwyczaje żywieniowe mogą być pochodną posiadanych przekonań, np. takich, że chory musi zjeść rosół, zdenerwowany wypić drinka, zieleninę jedzą króliki, zanim gruby schudnie, to chudego szlag trafi, lepiej być grubym i pięknym niż chudym i brzydkim. Ponadto ogromne znaczenie odgrywają postawy (np. wobec karmienia piersią czy zdrowia), motywacje, posiadana wiedza i umiejętności. Czynniki te są powiązane ze sobą i kształtują się w wymiarze indywidualnym, ale dzieje się to pod wpływem relacji z innymi osobami. Zwyczajowo, w większości działań ukierunkowanych na zmianę zwyczajów żywieniowych nacisk położony jest na kształtowanie wiedzy odbiorców, czasem ich postaw. Nie wyczerpuje to wszystkich składowych, które determinują zachowania prozdrowotne na poziomie personalnym i interpersonalnym i dlatego rzadko przynosi zakładane efekty. Należy też powiedzieć, że działania edukacyjne, które są oderwane od rzeczywistości i nie respektują warunków życia odbiorców prowadzą do tzw. „obwiniania ofiary”, czyli złożenia na barki chorego pełnej odpowiedzialności za stan zdrowia i przeświadczenia, że ludzie chorują na własne życzenie.

Czwarta grupa uwarunkowań związana jest ze środowiskiem fizycznym oraz warunkami społecznymi, politycznymi, a także ekonomicznymi. Czynniki te mają w istocie największy wpływ na zwyczaje żywieniowe, ponieważ decydują o mechanizmach kształtowania się uwarunkowań osobistych i międzyludzkich, które – z kolei – określają rodzaj doświadczeń związanych z żywnością. To one tworzą kulturowy i społeczny kontekst oraz podłoże żywienia. Społeczny wymiar żywienia powinien stanowić memento dla wszystkich podmiotów

zainteresowanych poprawą zwyczajów żywieniowych – bez ingerencji w tę grupę uwarunkowań nie można marzyć o powszechnej i trwałej zmianie diety.

Kierunki działania promocji zdrowia

Promocja zdrowia jest procesem, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad zdrowiem oraz poprawę zdrowia. Definicja ta, używana m.in. w Europie, Kanadzie i Australii, pochodzi z tzw. Karty Ottawskiej nt. promocji zdrowia [6], którą proklamowano w 1986 r. pod egidą Światowej Organizacji Zdrowia. W Karcie Ottawskiej wskazano pięć podstawowych kierunków działania promocji zdrowia. Są to:

- Kreowanie polityki prozdrowotnej, czyli podniesienie rangi zdrowia we wszystkich tzw. politykach sektorowych (dotyczących np. rolnictwa i produkcji żywności, środowiska, edukacji czy mieszkalnictwa) i takie tworzenie tych polityk, aby sprzyjały zdrowiu ludności. Polityka w tym znaczeniu jest odpowiedzią na pytanie „co zrobić, aby rozwiązać dany problem?”, polega zatem na określaniu i wyborze ogólnych oraz szczegółowych sposobów postępowania, a także kryteriów, które posłużą do pomiaru efektów działań. Kierunek ten jest opisywany także za pomocą nazw takich jak: „międzysektorowe działania na rzecz zdrowia” oraz „zdrowie we wszystkich politykach”.
- Tworzenie środowisk wspierających zdrowie, czyli troska o przestrzeń życia, pracy i wypoczynku człowieka, poprawa stanu środowiska naturalnego i antropogenicznego, zapewnienie dostępu do czystego powietrza, bezpiecznej wody, dobrej jakościowo żywności i innych zasobów ważnych dla zdrowia. Kierunek ten polega na tym, aby środowisko życia było tak zorganizowane, że wybory korzystne dla zdrowia stają się najłatwiejsze.
- Wzmocnienie działania społeczności, czyli zwiększenie udziału społeczeństwa w decyzjach dotyczących zdrowia oraz działaniach na rzecz zdrowia, poszerzenie samopomocy i wsparcia społecznego, tworzenie koalicji oraz sieci różnych instytucji i organizacji, wykorzystanie istniejącego potencjału ludzkiego, organizacyjnego i materialnego.
- Rozwój umiejętności indywidualnych, czyli umożliwienie ludziom ustawicznego uczenia się sposobów dostosowania do potrzeb związanych z różnymi okresami życia i różnymi sytuacjami. Proces ten powinien odbywać się przede wszystkim w szkole, domu, pracy oraz w organizacjach społecznych.
- Reorientacja świadczeń zdrowotnych i tzw. służby zdrowia, czyli poszerzenie ich rutynowego pola działania, jakim jest medycyna naprawcza, o działania profilaktyczne, edukacyjne, zmierzające do uzyskania ciągłości opieki i wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej. Uważa się, że fachowy personel opieki medycznej powinien być orędownikiem spraw zdrowia i uczestnikiem działań międzysektorowych.

Podsumowując można powiedzieć, że wskazane kierunki aktywności (stwórz politykę – zmień środowisko – pomóż ludziom zorganizować się – naucz ich, co mają robić – zmień sposób działania tzw. służby zdrowia) są receptą promocji zdrowia na rozwiązanie dowolnego problemu zdrowotnego oraz społecznego, który ma związek ze zdrowiem. Po latach doświadczeń związanych z implementacją promocji zdrowia wiadomo, że wykorzystanie kombinacji metod odpowiadających pięciu obszarom jest bardziej efektywne niż działanie jednorowe, w jednym tylko kierunku.

Zadania dla promocji zdrowia w Polsce

Omówienie przedsięwzięć, które zmierzają do zmiany sposobu żywienia Polaków i są ważne z punktu widzenia promocji zdrowia wymaga dużo większego opracowania. Z tego powodu omówione będą tylko niektóre kwestie.

Punktem wyjścia powinno być sformułowanie zasad polityki żywieniowej w Polsce w perspektywie krótko i długoterminowej i w odniesieniu do różnych grup społecznych, a następnie opracowanie bardziej szczegółowych programów operacyjnych zmierzających do realizacji takiej polityki. Ogólne ramy takich przedsięwzięć są już wyznaczone w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015, zwłaszcza w celu operacyjnym 3, który dotyczy poprawy sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości [7]. Innym znaczącym dokumentem jest Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym, zwłaszcza moduł I – Program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej POL-HEALTH na lata 2007-2011 – oba będące odpowiedzią na dokumenty i strategie Światowej Organizacji Zdrowia i Unii Europejskiej. Ważne jest przy tym, aby polityka żywieniowa była efektem uzgodnień wielu partnerów oraz akceptowana społecznie.

Zgodnie z promocją zdrowia i zasadą społecznej odpowiedzialności biznesu należy koncentrować się na ochronie interesów społecznych poprzez poprawę

jakości żywności oferowanej na rynku. Podstawowe znaczenie ma tutaj ograniczenie zawartości soli, wolnych cukrów, nasyconych kwasów tłuszczowych oraz izomerów typu trans kwasów nienasyconych. Niemniej ważne jest, aby żywność była bezpieczna i dobra jakościowo, wolna od zanieczyszczeń chemicznych i mikrobiologicznych, opakowana w odpowiednie materiały, mało przetworzona oraz pozbawiona zbędnych substancji dodatkowych. Najważniejsze jest poprawienie jakości żywności taniej, osiągalnej dla ludzi ubogich, których dieta jest skromniejsza, bardziej monotonna, a przez to ryzykowna dla zdrowia. Bardzo efektywne byłoby obniżenie cen żywności kluczowej dla utrzymania zdrowia, w tym np. warzyw i owoców czy produktów zbożowych z grubego przemiału. Ważne jest również wzmacnianie nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem żywności, w tym także suplementów diety, w produkcji, obrocie i marketingu.

Edukacja zdrowotna powinna być dostosowana do możliwości odbiorców, a szczególnej troski wymaga edukacja kierowana do osób ubogich. Edukacja żywieniowa, która uwzględnia kryteria zdrowotne i możliwości ludzi powinna oferować wiele wariantów postępowania, przynajmniej według wieku odbiorców i kosztów diety. Zalecenia takie powinny być formułowane i propagowane przez jedno ciało, aby uniknąć wątpliwości z interpretacją wskazań. Należy podkreślić, że edukacja żywieniowa kierowana głównie do dzieci i młodzieży, z zaniedbaniem intensywnych działań adresowanych do dorosłych, nie może doprowadzić do istotnej zmiany jakościowej. Edukacja żywieniowa powinna wykorzystywać wiele metod, dostosowanych do sposobu pozyskiwania informacji przez dane grupy odbiorców oraz być prowadzona „wielokanałowo” – w wielu miejscach przez wykwalifikowanych edukatorów-doradców. Ważne miejsce zajmuje tu również sposób oznakowania żywności, przynajmniej zrozumiałość i widoczność komunikatu na opakowaniu. Na koniec warto jeszcze przestrzec, aby edukacja zdrowotna nie wpadła w pułapkę obwiniania ofiary i piętnowania osób otyłych.

Piśmiennictwo / References

1. Kłosiewicz-Latoszek L. Zalecenia żywieniowe w prewencji chorób przewlekłych. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90(4): 447-450.
2. Szponar L, Stoś K, Ołtarzewski MG. Suplementy diety w żywieniu dzieci i młodzieży. *Pediatr Współcz Gastroentrol Hepatol Żyw Dziecka* 2007, 9(1): 41-44.
3. Wojtyniak B, Goryński P (red). Sytuacja zdrowotna ludności Polski. NIZP-PZH, Warszawa 2008: 8.
4. World Health Organization. Global Health Risks. Mortality and burden of diseases attributable to selected major risks. World Health Organization 2009:16-18. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
5. Contento IR. Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice. Jones & Bartlett, Sudbury 2010: 26-39.
6. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion 1986. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
7. Narodowy Program Zdrowia 2007-2015. Warszawa 2007. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf