SROVNÁNÍ BRITSKÉHO A ČESKÉHO MODELU ŘEŠENÍ DĚTSKÉ OBEZITY

A comparison of British and Czech models of the solution to children obesity

Helena Šašková, Heather Norris¹

12: 151–158, 2010
ISSN 1212-4117

¹Crompton Health Centre, Bolton, Velká Británie, dětský dietolog

Summary

The purpose of the work presented here is a comparison of two programmes of the solution to children obesity respecting this problem as whole. The authors of materials analyzed are the societies STOB in the Czech Republic and MEND in Great Britain. These are particularly PPS presentations, web sites, promoting materials and also direct communication with representatives of these societies and rich expert experience of one of the present authors. The attention was paid to similar features of and differences in the programmes considered.

The first part of the article is aimed at risks of obesity and alarming statistics exerting the extent of the obesity and overweight in childhood. In this comparison, the Czech Republic has a relatively good position, but this should not lead to underestimating the problem. In the main part of our work, we describe successful methods of the solution to children obesity and present data on the programmes compared. Their methodology is very similar and both programmes achieve good results. The most essential difference can be found in the attitude to the evaluation, which is enviable in the case of the programme MEND – it is long-term and based on evidence. There are also different attitudes of governments and expert public to children obesity problems. The reduction in excess kilograms in Britain is not only matter of individuals, but the healthy life style is supported at the level of the whole society.

It is necessary to start taking our advantages (we are able to take meals within the family at one table to a more considerable extent compared to west culture, we grow vegetable foodstuffs and are used to spend free time in active manner, etc.), which should not be depreciated due to the consumption-oriented style of life.

Key words: MEND programme – STOB programme – multi-component interventions – strategy of behaviour changes – helping relationship based on cooperation

Souhrn

Smyslem této práce je porovnání dvou programů řešení dětské obezity, které respektují problém v jeho celostním měřítku. Autory analyzovaných materiálů jsou společnosti STOB za ČR a MEND za GB. Jedná se zejména o PPS prezentace, webové stránky, propagační materiály, ale i bezprostřední komunikaci se zástupci těchto společností a bohaté odborné zkušenosti jedné z autorek. Pozornost jsme zaměřily na shody a rozdíly posuzovaných programů.

Úvod článku je věnován rizikům obezity a alarmujícím statistikám zachycujícím míru obezity a nadváhy v dětském věku. Z tohoto porovnání vychází Česká republika poměrně dobře, což by nemělo být důvodem k podcenění problému. V hlavní části popisujeme úspěšné postupy řešení dětské obezity a poskytujeme informace o srovnávaných programech. Jejich metodologie je velmi podobná a oba programy dosahují dobrých výsledků. Nejpodstatnější rozdíl je v přístupu k evaluaci, která je v případě programu MEND záviděníhodná – dlouhodobá, založená na důkazech. Rozdílný je také přístup vlády a odborné veřejnosti k problematice dětské obezity. Ztrátu nadměrných kilogramů ve Velké Británii nekladou pouze na bedra jednotlivce, ale zdravý životní styl je podporován na společenské úrovni.

Je potřeba začít stavět na našich silných stránkách (umíme jíst v rámci rodiny u jednoho stolu, ve větší míře než je běžné v západních kulturách pěstujeme potraviny, je zvykem trávit volný čas aktivně apod.) a nenechat si je vzít konzumním způsobem života.

Klíčová slova: program MEND – program STOB – mnohasložkové intervence – strategie změn chování – pomáhající vztah vystavěný na spolupráci

Rizika obezity

Obezita je nadměrné hromadění tuku v těle, způsobené zejména nepoměrem v příjmu a výdeji energie. Existuje více způsobů, jak množství tuku v těle určit. Nejrozšířenějším je zanesení zjištěných hodnot do grafu, který je např. součástí zdravotního a očkovacího průkazu dítěte. Některé průkazy obsahují grafy zaznamenávající poměr mezi výškou a váhou dítěte, jiné body mass index (BMI, kg/m²). Lisá et al. (2008) doporučují pro posouzení hmotnosti používat BMI až od věku 5 let. Referenční grafy platné pro ČR byly zkonstruovány podle výsledků 5. celostátního antropologického výzkumu z roku 1991. Pokud by se používala data získaná v současnosti, kritéria nadváhy/obezity by byla „změkčována“, protože ve srovnání s rokem 1991 v populaci dětí a dorostu přibýlo těch s nadváhou. Hodnoty její dolní hranice by se tak posunuly a byly by považovány za „ještě v mezích normy“.

Za nadváhu jsou považovány hodnoty mezi 90–97 percentily, více než 97 percentilů odkazuje na obezitu. Některé prameny hovoří o nadváze, je-li v grafu zanesena hodnota mezi 85 a 95 percentily, o obezitě, přesahuje-li záznam měření 95 percentilů. Tyto přísnější parametry vycházejí z dat naměřených v USA a jsou používány i ve Velké Británii (Cole, 2000).

Příčiny obezity jsou komplexní a multifaktoriální. Problematické společenské trendy vytvářejí „obezogenické“ prostředí, tj. přibývá používání automobilů jako hlavního způsobu přepravy, lidé méně často aktivně tráví svůj volný čas, nakupují energeticky vydatné potraviny, které jsou mnohem dostupnější a zviditelněvané v reklamě. Nevhodné stravovací návyky a pasivní životní styl se odrážejí nejen v míře nadváhy a obezity dospělých, ale také formují postoje nastupující generace. Porce prodáváných hotových jídel jsou nadměrně veliké a ubývá rodin, které vaří doma.

Zdravotní dopady obezity jsou významné

a jejich výčet je dlouhý – kardiovaskulární choroby, inzulinová rezistence a diabetes II. typu, dyslipémie, hypertenze a metabolický syndrom, syndrom polycystických ovárií, astma, časný nástup puberty a první menstruace, ortopedické potíže (problémy s kyčlemi a kotníky), potíže s dýcháním či steatóza jater, psychické a společenské obtíže – stigmatizace, diskriminace, posměch, nespokojenost s vlastním vzhledem, horší kvalita života, nižší sebevědomí, deprese, poruchy příjmu potravy. Obézní děti mají 40–70procentní pravděpodobnost být obézní i v dospělosti (Reilly et al., 2003). Tato pravděpodobnost se zvyšuje, pokud také oba rodiče jsou obézní, a zejména jedná-li se o vážnou obezitu.

Ve Spojeném království bylo provedeno mnoho výzkumů usilujících o vyřešení tohoto problému. Dokonce v roce 2004 se obezita stala politickou prioritou a vláda si stanovila zastavit každoroční nárůst dětské obezity do roku 2010 (Department of Health, 2004). Vládní strategie pro potlačení dětské obezity má čtyři hlavní složky: pomáhat lidem činit zdravější rozhodnutí, vytvářet prostředí podporující zdravou váhu, provozovat kvalitní služby pro lidi ohrožené obezitou – na úrovni jejich vyhledávání, poskytování poradenství, doporučení vhodných řešení a zajištění péče – a nakonec posilování dostupnosti služeb. Nejde tedy o nic menšího než o zapojení celé společnosti do úplného přehodnocení svých společenských a ekonomických priorit, a to od základu.

Nárůst dětské obezity v zemích EU

Podle Zelené listiny vydané Komisí evropských společenství rozšíření obezity ve věku 5–11 let prudce stoupá. Např. v roce 1990 bylo v ČR 10 % dětí s nadváhou a obézních, zatímco v roce 2000 byl jejich počet o 3 % vyšší. V Anglii bylo v roce 1975 8 % dětí s nadváhou a obézních, ale v roce 2000 již 22 %. Ostatní země Evropské unie jsou na tom podobně: Špa-

nělsko v r. 1985 – 12 % dětí s nadváhou a obézních, ale v r. 1995 18 %; Nizozemí v r. 1980 – 10 %, v r. 1998 – 18 %; Polsko v r. 1995 – 8 %, v r. 2000 – 18 % (Green Paper, 2005). Graf 1 demonstruje míru dětské obezity v celosvětovém měřítku.

Ve Spojeném království probíhá od roku 2008 Národní program měření dětí, který sbírá data o váze a výšce všech dětí ve věku 4/5 let a 10/11 let. Tato data jsou zanášena do růstových škál a umožňují podrobný monitoring obezity a růstových změn. To však neznamená, že všechny děti podchycené tímto měřením jsou ochotné zapojit se do léčebného programu. To platí i pro jejich rodiny – obvykle nejsou připravené učinit žádoucí změnu životního stylu.

V roce 2007 bylo v České republice 23 524 dětí mezi 0–14 roky a 15 359 adolescentů (15–18 let) s diagnózou obezity v péči lékařů

(Zdravotnická ročenka ČR, 2008). Celá populace těchto věkových skupin čítá 1 476 923 dětí a 511 481 dospívajících (Věkové složení obyvatel v ČR, 2009), tedy pouze 1,6 % dětí a 3 % adolescentů byla léčena, a to navzdory skutečnosti, že dětské lékaři mají za úkol provádět screening. Ani programy pro snižování nadváhy přizpůsobené specifickým potřebám dětí, které popíšeme dále, nejsou veřejností příliš využívány. Dá se soudit, že obezita a nadváha v dětském věku jsou profesionály opomíjeny a jimi dotčené děti nedostávají odpovídající pozornost. Snižování dětské nadváhy je komplikováno mylným předpokladem, že dítě ze své tloušťky vyrostle. Navíc samotné děti mají malou motivaci pro hubnutí, nemluvě o vazbě obezity dítěte na životní styl rodiny – dítě má nepatrný vliv na rodinný jídelníček.

Zdroj: IOTF 2006

Graf 1 Dětská nadváha a obezita – celosvětové srovnání

Řešení dětské nadváhy a obezity

V ČR dětský lékař zanáší při preventivní prohlídce váhu a výšku dítěte do percentilového pásma grafu. Pokud se výsledná hodnota nachází mezi 90.–97. percentilem, mluvíme o nadváze, přesahuje-li 97. percentil, jedná se o obezitu. V těchto případech pediatr doporučí změnu životního stylu, zejména ve složce příjmu vysokoenergetických potravin a nedostatečné fyzické aktivity, a behaviorální terapii. Jestliže nejsou přítomny další zdravotní komplikace, je dítě s nadváhou či obezitou zváno na pravidelné kontroly každých 6 týdnů a v případě zlepšení se interval prodlužuje na 3 měsíce. Je doporučena účast celé rodiny. Jen zřídka jde o indikovanou lázeňskou či medikamentózní léčbu. Pokud je zvoleno toto řešení, hraje se zdravotní pojišťovna. Bohužel často úspěšná lázeňská léčba vezme za své kvůli nevhodnému životnímu stylu rodiny (Lisá et al., 2008).

Celá řada důkazů prokázala, že se vyplácí mnohasložkové intervence. Programy snižování nadváhy by měly zahrnovat nejenom úpravu stravovacích a pohybových návyků ve smyslu jíst méně a hýbat se více, ale také vést účastníky k výběru kvalitnějších nízkonoenergetických potravin. Zvláště u dětí je nutno zapojit celou rodinu a intervence směřovat i širší veřejnosti, tak aby vzniklo prostředí podporující změnu (kampaně za zdravý životní styl, racionální výživa ve školních jídelnách a kontrolovaný prodej potravin ve školních bufetech apod.). Je žádoucí, aby se dospělí i děti naučili kontrolovat stimuly iniciující jídlo, sledovat a řídit své stravovací rituály, stanovovat dosažitelné cíle, oceňovat dosažení mety a problémové a stresové situace řešit odpovídajícími způsoby a prostředky namísto „zajídání problémů“.

MEND program

Největším programem zaměřeným na dětskou obezitu v Anglii je MEND (Mind, Exercise, Nutrition and Do it). Předávání informací o zdravých stravovacích návycích probíhá prostřednictvím her a praktických úkolů a je kombinováno s technikami ovlivňujícími chování. Jejich smyslem je pomoci rodičům a dětem zlepšit dietu a vzorce pohybových aktivit. K teoretické části neodmyslitelně patří pohybová složka – cvičení upravené na míru dětem, které se nerady hýbou. Základní kurz má své pokračování (MEND pro pokročilé) nabízející

dlouhodobou podporu změny životního stylu a udržení motivace.

Program MEND probíhá dvakrát týdně po dobu deseti týdnů. Zařazeny jsou děti ve věku 7–12 let, jejichž váha překročila 91. percentil BMI. Je určen celé rodině, tj. minimálně jeden z rodičů musí být přítomen, sourozenci jsou vítáni. Důraz je kladen na změnu životního stylu celé rodiny, nikoli na péči o obézní dítě. Každé setkání obnáší hodinu interaktivní práce ve společné skupině rodičů a dětí zaměřené na výživu nebo změny v chování a hodinu cvičení pro děti, zatímco rodiče se dále vzdělávají a dělají se o nabyté zkušenosti, obavy či radosti.

Účastníci se do programu dostávají na základě doporučení lékaře, health visitor (zdravotník provádějící zdravotní prevenci v domácím prostředí), školní zdravotní sestry apod. Mnozí přicházejí z vlastní vůle, protože se o programu dozvěděli z letáků a propagačních plakátů, od přátel či z médií. Náklady programu jsou hrazeny z prostředků veřejných zdravotních služeb, místní samosprávy a sponzorovány jedním obchodním řetězcem.

Dosud program MEND dokončilo více než 10 000 rodin. Kurzy probíhají každé čtvrtletí na více než 320 místech po celé Velké Británii. Posledních osm let jsou systematicky sbírány důkazy o efektivitě programu a více než dvacet let program participuje na výzkumech realizovaných Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust a UCL Institute of Child Health.

Randomizovaný experiment č. 1 (2005–7) přinesl slibné výsledky, zachycené v sadě příložených grafů 2–5. Na konci každého MEND programu pro rodiny bylo prováděno měření, z něhož vyplynulo, že obvod v pase, BMI a srdeční frekvence významně klesly, zatímco sebevědomí účastníků podstatně vzrostlo. Tyto výsledky byly prokázány i při měření v následujících třech a šesti měsících. Zlepšení dovedností nezdravotnických pracovníků (každý zapojený dobrovolník dostává kompletní trénink bez ohledu na svou původní profesi) je dalším z přínosů programu. Také je třeba zmínit zkvalitnění komunikačních dovedností frekventantů, podpoření dobrých vztahů v rodině, rozvinutí rodičovských dovedností v cílové skupině, převzetí odpovědnosti za svůj zdravotní stav a uvědomění si součinnosti poskytovaných veřejných služeb.

MEND má tedy pozitivní výsledky na úrovni chování i klinických projevů. V řeci čísel (ověřených s odstupem tří měsíců) se jeho organizátoři i účastníci mohou pochlubit:

- snížením BMI o 0,8 kg/m²;
- obvodem pasu menším o 2,7 cm;
- navýšením fyzické aktivity účastníků kurzů v průměru o 3,4 h;
- snížením srdeční frekvence o 8,5 úderů za minutu;
- zkvalitněním emočního i sociálního života;
- významným zlepšením stravovacích návyků a nutričního složení konzumovaných jídel;
- 79 % účastí na setkáních a pouhými 5 % frekventantů, kteří kurz opustili předčasně (Sacher et al., 2010).

Zdroj: Paul Sacher, 2009

Graf 2 Výsledky programu MEND – změna obvodu pasu

Zdroj: Paul Sacher, 2009

Graf 3 Výsledky programu MEND – změna BMI

Zdroj: Paul Sacher, 2009

Graf 4 Výsledky programu MEND – změna srdeční frekvence

Zdroj: Paul Sacher, 2009

Graf 5 Výsledky programu MEND – změna sebehodnocení

STOB – rodinné kurzy snižování nadváhy

V českých poměrech pracuje na podobných principech společnost STOB, resp. partnerské občanské sdružení Hravě žij zdravě, které organizují programy snižování nadváhy pro rodiny od roku 2004. Děti se do programu dostanou na základě volby vlastní či rodičů nebo na doporučení lékaře. Kurzy jsou určeny dětem ve věku 8–14 let v doprovodu nejméně jednoho z rodičů. Aranžmá setkání se mírně liší – začíná hodinou

pohybové aktivity pro děti, během níž probíhá i rodičovská skupina, a po té následuje společná hodina. V té rodiče a děti procházejí edukačně-motivačními aktivitami, které jsou zaměřené jak na vzdělávání v oblasti výživy, pohybu, stravovacích návyků apod., tak i na upevňování vztahu rodiče a dítěte.

Záměrem organizátorů je naučit rodiče plánovat způsob, jakým se jejich rodina stravuje, sestavit si vhodný jídelníček nabízející chutná,

ale nízkokalorická jídla, s menším obsahem cukrů i tuků, takový, aby byl pro rodinu zajímavý dlouhodobě. Vedle změn ve výživě podporují rodiny v zařazování různých pohybových aktivit do každodenního života, ale usilují i o změnu nežádoucích emocí spojených s jídlem. Kurzy si platí účastníci sami (Informace o rodinných kurzech snižování nadváhy, 2009).

Podle sdělení Mgr. Jany Divoké ze společnosti STOB, resp. občanského sdružení Hravě žij zdravě (e-mail ze dne 24. 11. 2009) za 6 let existence programu proběhlo 17 kurzů, kterými prošlo cca 200 rodin. Statistika a evaluace nejsou zpracovávány, protože kurzy si hradí sami účastníci a hodnocení kurzů by zvyšovalo jejich cenu. To nemění nic na skutečnosti, že děti i rodiče v průběhu programu ztrácejí průměrně 2–3 kg, objem pasu je na konci kurzu o 4–5 cm menší. Organizátoři kladou důraz zejména na změnu životního stylu, a tak připravili dotazník zaměřený na sběr dat kvalitativního charakteru. Jeho používání začalo od prosince 2009.

V roce 2009 byly kurzy finančně podpořeny MZČR z Národních projektů podpory zdraví, proto mohlo být zahájeno i podrobnější hodnocení efektivity kurzu z hlediska zvyšování kvality života rodin i jednotlivců.

Jak rodiny motivovat ke změně životního stylu?

Činnosti spojené s příjmem potravy jsou ovlivňovány celou řadou faktorů, ale v podstatě jsou chováním, které lze měnit. Poskytování informací samo o sobě nemusí vést ke změně chování a po pravdě řečeno může mít přesně opačný efekt. Proto „zdravotníci potřebují vystavět pomáhající vztah s pacienty na spolupráci, která podporuje rozvíjení nového adaptivního učení a dovedností potřebných pro řešení problémů“ (Pearson, 2009, str. 14).

Dietetici používají dovednosti z různých oborů na řešení orientované terapie, kognitivně-behaviorální terapie a neurolingvistického programování. Je třeba, aby se rodiny cítily povzbuzované a podporované, nikoli souzené a odsuzované; sdělované informace mají odpovídat cílům, které byly stanoveny ve spolupráci s rodinou s ohledem na kontext životního stylu a světový pohled rodiny. Takové změny jsou realistické a dosažitelné, jsou malými kroky vedoucími k dlouhodobým cílům. Jen programy, které jsou intenzivní a jdou do hloubky, mohou do-

sáhnout pozitivních zdravotních dopadů na úrovni celé rodiny a s přetrvávajícím efektem.

Jde právě o přístup, který buduje „pomáhající vztah na principu spolupráce“, protože ten umožní rodině převzít zodpovědnost za svůj život, sníží riziko vzniku závislosti na zdravotnících a docílí žádoucích změn. Dalšími motivačními činiteli jsou složky programu zaměřené na posilování sebevědomí a sebeuvědomění, především se však účastníci musí bavit.

ZÁVĚR

Srovnáme-li ČR a GB co do množství obézních dětí, je na tom ČR lépe. Bohužel, trend nárůstu nadměrné hmotnosti je více než zřejmý, což by mělo burcovat odborníky nejen na úrovni léčby obezity, ale především prevence. Dostupné statistiky bohužel žádné burcování nedokládají. Oproti tomu britská vláda si uvědomila rizika obezity a její masové rozšíření do té míry, že řešení tohoto problému zařadila do svého programu již v roce 2004.

Samostatnou kapitolou jsou programy snižování dětské nadváhy se zapojením rodiny dítěte. Ty jsou po metodologické stránce velmi podobné a oba mají dobré výsledky. V anglickém programu je větší důraz kladen na sbírání důkazů o efektivitě. Nejen, že evaluační studie tu mají pevné kořeny, ale svou roli hraje i nezisková povaha programu. Finance jsou získávány z veřejných prostředků a od sponzorů, tudíž je nutné prokázat, že je dosahováno cílů, za které společnost platí. V Čechách si účastníci hradí program sami, a tak je dostatečné, pokud sami vidí dosažené výsledky.

V České republice bychom měli (na základě všech výše uvedených důvodů) věnovat patřičnou pozornost nárůstu obezity, ať dětské či dospělých, a být připraveni uplatnit účinné strategie boje proti ní jak na společenské úrovni, tak na úrovni léčebných programů, jež budou stavět na důkazech úspěšnosti a budou dobře evalnovány.

LITERATURA

COLE, T. J.: Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. [online], 2000 [cit. 2010-03-04]. Dostupné z: http://www.bmj.com/cgi/reprint_abr/320/7244/1240
Department of Health; Objectives and Performance Targets. [online], 2004 [cit. 2009-24-11]. Dostupné z: http://www.hm-treasury.gov.uk/d/sr04_psa_ch3.pdf

Green Paper; Promoting Healthy Diets and Physical Activity: An European Dimension for the Prevention of Overweight, Obesity and Chronic Diseases. [online], 8. 12. 2005 [cit. 2009-14-11]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_en.pdf

Informace o rodinných kurzech snižování nadváhy. [online]. 30. 10. 2009 [cit. 2009-14-11]. Dostupné z: <http://www.hravezijzdrave.cz/>

LISÁ, L. et al.: Doporučený postup prevence a léčby dětské obezity. *DMEV: Diabetologie, metabolismus, endokrinologie a výživa* [online]. 2008, roč. 11, č. 3 [cit. 2009-11-14], s. 140–144. Dostupné z WWW: <<http://www.tigis.cz/dmev/>>. ISSN 1211-9326.

PEARSON, D.: *Weight Management*. Hertford: CN focus, 2009, vyd. 1, č. 3, s. 13–15, s. 2.

REILLY, J. et al.: *Health Consequences of Obesity Arch Dis Child*. London: H. Bauchner, 2003, vol. 88, s. 748–752.

SACHER, P. M.: Randomized controlled trial of the MEND Program: a family-based community intervention for childhood obesity. Los Angeles: R. Bergman, 2010.

Věkové složení obyvatel v ČR k 1. 1. 2008. [online]. 30. 4. 2009 [cit. 2009-14-11]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/4003-09>

Zdravotnická ročenka České republiky 2007. [online], listopad 2008 [cit. 2009-14-11]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ro%20E8enka®ion=100&mnu_id=5300

Helena Šášková, Heather Norris
saskova.helena@seznam.cz