

Dr hab. Małgorzata Jagodzińska

ORCID 0000-0002-9741-4378

Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku

Wydział Nauk Społecznych

Katedra Pedagogiki

PROBLEMY DZIECKA OTYŁEGO W KLASIE SZKOLNEJ

Streszczenie

Nadwaga i otyłość w Polsce i w wielu krajach ma tendencję zrywkową. Wśród skutków otyłości często wymienia się wiele problemów zaburzących funkcjonowanie w sferze psychicznej i społecznej. Młodzież mająca problemy z nadwagą spotyka się z bardzo silnymi negatywnymi reakcjami otoczenia. Ludzie mają potrzebę szybkiego wyrabiania sobie poglądu o spotykanych osobach, w psychologii znane jako efekt halo, czyli efekt pierwszego wrażenia. Otyłe osoby są postrzegane prawie wyłącznie przez pryzmat jednej cechy, która jest tak dominująca, że przysłania inne ich walory. Można więc mówić o stygmatyzacji jako o zjawisku społecznym będącym skutkiem otyłości. Dla dziecka i młodego człowieka niezwykle ważne jest środowisko rówieśnicze. Poczucie przynależności do grupy, bycie akceptowanym to jedna z potrzeb życiowych człowieka. Aby pomóc dziecku otyłemu w przezwyciężaniu problemów potrzebne są działania holistyczne, kompleksowe, łączące różne interwencje.

Słowa kluczowe: otyłość • nadwaga • stygmatyzacja społeczna.

THE PROBLEMS OF AN OBESE CHILD IN SCHOOL ENVIRONMENT**Abstract**

Childhood obesity in Poland and in many other countries is on the rise. Numerous problems disturbing functioning in the mental and social sphere are often mentioned as the consequences of being overweight. Young people with obesity problems encounter very strong negative reactions from their environment. Most people feel the need to form an immediate overall opinion of someone that is biased by how we perceive one of their traits. Obese people are perceived almost exclusively through the prism of one characteristic, which is so dominant that it obscures their strengths and values. Thus, one can speak of stigmatization as a social phenomenon resulting from obesity. For a child or a young person a peer environment is extremely important. The feeling of belonging to a group, being accepted is one of the basic needs. In order to help an obese child overcome problems, holistic and comprehensive actions combining various interventions are required.

Keywords: obesity • overweight • social stigmatization.

Wprowadzenie

Otyłość i nadwaga to główne problemy zdrowotne, społeczne i indywidualne ludności wielu krajów świata. „Ponad połowa osób dorosłych i co ósme dziecko w Polsce są otyłe lub mają nadwagę”¹. W 1998 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła otyłość epidemią o zasięgu ogólnoswiatowym² i jednym z najmniejbezpieczniejszych zagrożeń dla zdrowia publicznego z powodu znaczącego związku z chorobami przewlekłymi³. Zaistniała sytuacja spowodowana została, między innymi, obecnością wielu czynników środowiskowych związanych z postępowaniem cywilizacyj-

¹ W. S. Zgliczyński, *Nadwaga i otyłość w Polsce*, Biuro Analiz Sejmowych „Infos” 2017, nr 4(227), s. 1.

² P. Fichna, B. Skowrońska, *Powikłania otyłości wśród dzieci i młodzieży* „Endokrynologia, Diabetologia i Choroby Przemiany Materii Wieku Rozwojowego” 2006, 12, 3, s. 223-228.

³ B. Doborowska, R. Żaczek, *Profilaktyka nadwagi i otyłości w populacji wieku rozwojowego*. „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego” 2008/3, s. 258-261.

nym⁴. Nasilające się zewnętrzne wpływy, takie jak: czynniki ekonomiczne, kulturowe i reklama, zakłócają wcześniej nabyte, korzystne dla zdrowia zachowania w tym zakresie⁵. Badania prowadzone w wielu krajach świata wskazują na to, że równocześnie ze wzrostem dostępności żywności o wysokiej gęstości energetycznej, następuje przesunięcie aktywności dzieci i młodzieży w kierunku siedzącego stylu życia i spadku jej aktywności ruchowej⁶.

Otyłość jest traktowana jako odrębna jednostka chorobowa. Stanowi też trzeci, po nadciśnieniu tętniczym i paleniu tytoniu, czynnik ryzyka innych chorób⁷. Tego typu choroba powoduje zaburzenia wszystkich aspektów zdrowia człowieka: fizycznego, psychicznego, emocjonalnego i społecznego, ogranicza potencjał rozwojowy młodego człowieka i jednocześnie obniża jakość życia, a szczególnie wpływa na sposób postrzegania otyłego dziecka przez otoczenie, a także postrzeganie własnego wyglądu i ciała. Sytuacji takiej towarzyszy często krytyka i dokuczanie ze strony rówieśników i osób dorosłych.

Zdrowie i dobre samopoczucie uczniów oraz nauczycieli jest jednym z ważnych warunków skuteczności realizacji zadań szkoły. Dlatego ograniczenie negatywnego nastawienia otoczenia do otyłych dzieci i ich dyskryminacji może pomóc w znacznym stopniu w zapobieganiu urazom psychicznym, w minimalizowaniu, leczeniu i zapobieganiu otyłości wśród dzieci i młodzieży.

Podstawowe definicje

Otyłość definiowana jest jako zaburzenie, które polega na nadmiernym gromadzeniu się w organizmie tkanki tłuszczowej. W otyłości mamy do czynienia z dwoma procesami: hiperplazją, czyli zwiększeniem liczby komórek tłuszczowych lub hipertrofią

⁴ P. Januszewicz., M. Sygit, *Kluczowe problemy zdrowia publicznego: otyłość u dzieci i młodzieży* „Zdrowie Publiczne” 2005, 15, 1, s. 88-91.

⁵ J. Stolarczyk, A. Stolarczyk, P. Socha, *Zachowania żywieniowe – od genetyki do środowiska społeczno-kulturowego*, „Nowa Pediatria” 2003, nr 3, s. 212-217.

⁶ *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi*, A. Oblacińska, I. Tabak (red.), Warszawa 2006, s. 7.

⁷ W. S. Zgliczyński, *Nadwaga i otyłość w Polsce ...*, op. cit, s. 1.

polegającą na tym, że istniejące już komórki tłuszczowe zwiększają swoją objętość. Najczęściej obydwie zjawiska występują łącznie. O otyłości mówimy wówczas, gdy masa ciała przekracza 20% prawidłowej masy. Według Oblacińskiej jest to ogólnoustrojowa, przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzenia równowagi między poborem a wydatkowaniem energii, objawiająca się zwiększeniem ilości tkanki tłuszczowej w organizmie⁸. Lange natomiast definiuje otyłość jako stan patologicznie zwiększonego udziału tkanki tłuszczowej w organizmie człowieka, którego skutkiem są uszkodzenia czynności i struktury poszczególnych narządów lub układów, a także zakłóceń w przebiegu procesów biochemicznych i fizjologicznych organizmu oraz problemów psychologicznych, co może prowadzić do skrócenia czasu życia⁹. Łuczak w publikacji „Nowe oblicza uzależnień”¹⁰ powołuje się na słowa S. Gilberta, który wprowadza pojęcie nadmiernego jedzenia, jako „zachowania jedzeniowego, którego efektem jest wzrost wagi powyżej średniej dla danej populacji wiekowej oraz dyskomfort i obniżony nastrój”. Większa ilość pożywienia w diecie, ponad optymalne zapotrzebowanie człowieka zagraża bezpieczeństwu organizmu. Dzieje się tak wtedy, gdy pożywienie staje się stałym i niekontrolowanym rytuałem, albo ucieczką przed pojawiającymi się problemami wymagającymi pilnego rozwiązania¹¹. Nadmierna dieta może być też konsekwencją zaburzeń łaknienia. Jabłow uważa, że „zaburzenia łaknienia są widoczne wówczas, gdy jedzenie i waga ciała stają się obsesją i ratunkiem na niezaspokajanie psychicznych potrzeb człowieka”¹². Z zaburzeniami odżywiania wiążą się takie pojęcia jak: anoreksja, bulimia, bulimarexia, anoreksja z, albo bez stosowania diet eliminacyjnych, psychogenne zaburzenie pokarmowe (DAP), syndrom jedzenia kompulsywnego, obżarstwo, czy zaburzenie kontroli jedzenia (Binge

⁸ Definicja, etiologia i klasyfikacja otyłości, [w:] *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi?* A. Oblacińska, Tabak I. (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006, s. 9.

⁹ E. Lange, *Dietoterapia i dietoprofilaktyka*, [w:] *Dietoterapia*, D. Włodarek, E. Lange, L. Kozłowska, D. Głabska (red.), Warszawa 2009, s. 125.

¹⁰ *Nowe oblicza uzależnień*, E. Łuczak (red.), Wyd. UWM, Olsztyn 2009, s. 125.

¹¹ N. Ogińska-Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia*, Łódź 2004, s. 10.

¹² M. Jabłow, *Anoreksja, bulimia i otyłość*, GWP, Gdańsk 2000, s. 26-28.

Eating Disorder – BED)¹³. Autor zaznacza, że są to pojęcia niejednorodne, a mylne ich stosowanie wynika z małej konsekwencji na etapie ich definiowania.

Metody rozpoznawania otyłości

Otyłość obecnie jest najczęściej mierzona i klasyfikowana wg tzw. Wskaźnika Masy Ciała BMI (ang. Body Mass Index), którego wartość oblicza się wg poniższego wzoru:

$$\text{BMI} = \text{masa ciała (kg)} / \text{wzrost}^2 \text{ (m}^2\text{)}.$$

„Podstawą tej metody jest założenie, że osoby o tej samej wysokości mają podobną, beztłuszczową masę ciała, a więc różnice w ich całkowitej masie ciała wynikają z różnej zawartości tkanki tłuszczowej”¹⁴. Wynik otrzymany interpretuje się następująco (według Światowej Organizacji Zdrowia):

- BMI <18,5 kg/m² niedowaga,
- BMI 18,5–24,9 kg/m² masa prawidłowa,
- BMI 25,0–29,9 kg/m² nadwaga,
- BMI ≥ 30,0 kg/m² otyłość.
- Wyróżnia się trzy stopnie otyłości:
 - BMI 30,0–34,9 I stopień, otyłość średniego stopnia
 - BMI 35,0–39,9 II stopień, otyłość znacznego stopnia
 - BMI ≥ 40,0 III stopień, otyłość olbrzymia lub śmiertelna.

Należy pamiętać, że BMI nie ma zastosowania u osób o rozbudowanej tkance mięśniowej, u kobiet ciężarnych, u dzieci szybko rosnących.

W przypadku dzieci i młodzieży, ze względu na dynamikę rozwojową tej grupy, do oceny BMI stosuje się siatki i tabele rozkładu centylowego. BMI w przedziale pomiędzy 90-97 centylem oznacza nadwagę, a BMI powyżej 97 centyla oznacza otyłość¹⁵. Badania populacyjne nad otyłością często są prowadzone w kontekście nadmiaru masy ciała w stosunku do wysokości, czyli

¹³ F. Do, *Gdy jedzenie jest problemem*, Warszawa 2003, s. 9.

¹⁴ I. Palczewska, *Ocena nadmiaru masy ciała i rozmieszczenia tkanki tłuszczowej*, [w:] *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*, A. Oblacińska, B. Woynarowska (red.), Warszawa 1995, s. 23-28.

¹⁵ H. Ciborowska, A. Rudnicka, *Dietetyka. Żywienie zdrowego i chorego człowieka*, Warszawa 2007, s. 612.

w kontekście nadwagi. Ciborowska wskazuje, że nawet gdy nie każdy nadmiar masy ciała jest wynikiem nadmiernego otluszczenia, bo może przecież być spowodowany większą ilością masy mięśniowej, kostnej czy chociażby ilości wody w organizmie, to łatwość wykonania w masowej skali prostych pomiarów antropometrycznych usprawiedliwia to uproszczenie. Autorka zauważa, że otyłość często traktuje się jako wyższy stopień nadwagi¹⁶.

Inną metodą jest pomiar otyłości za pomocą zaawansowanej aparatury medycznej, polegający na elektronicznym pomiarze procentowej zawartości tkanki tłuszczowej w organizmie. Wynik powyżej 25–30% u kobiet oraz powyżej 15–20% u mężczyzn świadczy o nadwadze. Jednak ze względu na duży koszt takie metody nie znalazły zastosowania w codziennej praktyce.

Innym pomiarem antropometrycznym stosowanym w ocenie określonego typu otyłości, jest mierzenie obwodu pasa i bioder (WHR¹⁷). W ten sposób można określić rodzaj otyłości, głównie czy jest to brzuszna (charakteryzuje się większą liczbą powikłań metabolicznych), czy pośladkowo-udowa (mniejsza skala powikłań). Nadmiar w okolicy brzucha znacznie bardziej zwiększa ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia i innych groźnych powikłań niż w przypadku tkanki tłuszczowej obficie występującej w okolicy pośladkowej i udowej. Tego typu otyłość (pośladkowo-udowa) jest częściej spotykana u kobiet. Maksymalna wartość WHR dla kobiet wynosi 0,8, natomiast dla mężczyzn 0,9. U dzieci wskaźnika tego nie wykorzystuje się, a u młodzieży tak, jednak nie ma określonych norm w tej grupie populacji¹⁸. Do oceny stopnia otyłości, po zdiagnozowaniu już tego problemu, służy fałdomierz (pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych, głównie na ramieniu, pod łopatką i na brzuchu). Metoda ta jednak wymaga wyskalowania specjalistycznego sprzętu (fałdomierza), a także profesjonalnego podejścia do mierzenia przez osobę doświadczoną w wykonywaniu tego typu pomiarów¹⁹.

¹⁶ Ibidem, s. 9.

¹⁷ Wskaźnik talia-biodra (*waist-hip ratio*, WHR) jest obliczany po to, by umożliwić ocenę typu sylwetki i otyłości. *Waist-hip ratio* nie stanowi wartości ostatecznej, trzeba go traktować z ostrożnością.

¹⁸ K. Doleżał-Ołtarzewska, M. Rybakowa, *Otyłość prosta młodocianych*, [w:] *Medycyna wieku młodzieńczego*, M. Rybakowa (red.), Kraków 2009, s. 146.

¹⁹ Ibidem, s.10.

Skala zjawiska

W ciągu ostatnich kilku dekad w wielu krajach świata²⁰, w tym w Europie²¹ i w niektórych regionach Polski²² obserwuje się systematyczny wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości (ogólnie nadmiaru masy ciała) u dzieci i młodzieży. Według wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) w 2014r. osoby z nadwagą i osoby otyłe w Polsce stanowiły odpowiednio 36,6% i 16,7% populacji osób w wieku 15 lat i więcej, czyli łącznie 53,3%²³. Problem nadmiernej masy ciała w Polsce dotyczy częściej mężczyzn (44% nadwaga i 18,1% otyłość) niż kobiet (odpowiednio 30,1% i 15,6%)²⁴. Badania antropometryczne, polegające na pomiarach masy ciała i wzrostu dokonywanych przez wykwalifikowany personel, które były prowadzone podczas Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności w latach 2003–2005 oraz 2013–2014, wskazują, że odsetek osób z nadwagą w Polsce w grupie wieku 20–74 lata wzrósł w przypadku mężczyzn z 40,2% do 43,1%, a u kobiet z 27,7% do 29,5%. Z kolei odsetek osób otyłych wśród mężczyzn wzrósł z 20,0% do 24,2%, a wśród kobiet z 22,3% do 23,4%²⁵. Częstość występowania nadwagi i otyłości w Polsce ma więc tendencję zwyżkową. Aż 25,2 % populacji Polski jest otyła. Dane uzyskane z na podstawie Światowego Indeksu Bezpieczeństwa Żywnościowego, opracowanego przez Economist Intelligence Unit (EIU) na zlecenie firmy

²⁰ D. Jolliffe, *Extent of overweight among US children and adolescents from 1971 to 2000*. International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 2004 28 (1): 4-9 oraz Zhang Y., Wang S., *Prevalent change in overweight and obesity in children and adolescents from 1995 to 2005 in Shandong, China*. Asia-Pacific Journal of Public Health, 2011, 23 (6), s. 904-916.

²¹ B. Werner, L. Bodin, *Obesity in Swedish schoolchildren is increasing in both prevalence and severity*. Journal of Adolescent Health, 2007, 41 (6), s. 536-543.

²² E. Chabros, J. Charzewska, B. Wajszczyk, *Częstość występowania nadwagi i otyłości u młodzieży warszawskiej w wieku pokwitania*, [w:] *Otyłość epidemią XXI wieku*, J. Charzewska, P. Bergman, K. Kaczanowski, H. Piechaczek (red.), AWF, Warszawa 2006, s. 54-62., M. Chrzanowska, S. Koziel, S. J. Uliaszek, *Changes in BMI and the prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in Cracow, Poland, 1971-2000*. Economics & Human Biology, 2007, 5 (3), s. 370-378.

²³ *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2016.

²⁴ W. S. Zgliczyński, *Nadwaga i otyłość w Polsce...*, op. cit.

²⁵ „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 2016, nr 126(9), s. 662–671.

DuPont²⁶ pokazują, że jest to o 2,9% więcej niż średnia w Europie, która wynosi 22,3%. Pod względem odsetka osób otyłych Polska wyprzedza Rosję, w której na otyłość cierpi 24,1% społeczeństwa, a także Białoruś (23,4), Niemcy i Ukrainę (20,1% osób otyłych w obu krajach). Spośród sąsiednich narodów od Polaków bardziej otyli są tylko Czesi (26,8%) i Słowacy (25,7%)²⁷.

W przypadku nadwagi i otyłości dzieci występują różnice ze względu na płeć oraz sytuację rodzinną. Nadwaga i otyłość występowały zdecydowanie częściej wśród polskich chłopców niż dziewcząt (odpowiednio 19,2% oraz 10,4%). Odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością istotnie maleje wraz z wiekiem badanych. Wśród 11-latków wynosi 31% dla chłopców i 21% dla dziewcząt (średnia dla krajów objętych badaniem HBSC odpowiednio 27% i 17%), wśród 13-latków wynosi odpowiednio 26% i 13% (HBSC 24% i 15%), a wśród 15-latków odpowiednio 22% i 7% (HBSC 22% i 13%)²⁸.

Problemy dzieci i młodzieży

Wśród skutków otyłości, oczywiście oprócz licznych powikłań somatycznych, często wymienia się wiele problemów zaburzających funkcjonowanie w sferze psychicznej i społecznej²⁹. Kształty ciała, które wykraczają poza wzorzec propagowany przez kulturę i społeczeństwo spotykają się z osądzaniem i nierzadko z dyskryminacją³⁰. Ze względu na społeczne stereotypy dotyczące otyłych osób, postrzeganych jako nieatrakcyjne zewnętrznie, ale także jako powolne, dochodzi do poczucia osamotnienia i odrzucenia, co z kolei generuje brak wiary we własne siły i możliwości, a także obniżenie zadowolenia z życia.

²⁶ Światowy Indeks Bezpieczeństwa Żywnościowego – Badania 2016.

²⁷ <https://www.focus.pl/artykul/polska-na-5-miejscu-w-europie-pod-wzgledem-otyloci> [Dostęp: 12.06.2018].

²⁸ J. Inchley i in., *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*, Health policy for children and adolescents 7, WHO, 2016.

²⁹ B. Jugowar, *Dzieci somatycznie odmiennie*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Obuchowska I. (red.), WSiP, Warszawa 1995, s. 445-446.

³⁰ E. Pietrzykowska, B. Wierusz-Wysocka, *Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się*, „Pol. Merk. Lek.”, 2008, 24, s. 472.

Młodzież mająca problemy z nadwagą spotyka się z bardzo silnymi negatywnymi reakcjami otoczenia, które wynikają także z uprzedzeń definiowanych jako " [...] zespół wyuczonych przekonań, wartości i postaw danej osoby wobec innych, który [...] jest ukształtowany na podstawie niekompletnych informacji [...] "³¹. Ludzie mają potrzebę szybkiego wyrabiania sobie poglądu o spotykanych osobach, w psychologii znane jako efekt halo, czyli efekt pierwszego wrażenia. Polega on na dokonywaniu bardzo szybkiej oceny nowo poznanej osoby na podstawie pierwszych wrażeń, które tworzą się po zetknięciu z nią i tworzą jej obraz, który potem trudno jest zmienić. Właśnie nieatrakcyjność fizyczna i elementy wyglądu zewnętrznego są najważniejszymi atrybutami, które posiadają moc wywoływania efektu halo. W tym momencie można mówić o stygmatyzacji jako o zjawisku społecznym będącym skutkiem otyłości. Otyłe osoby postrzegane są prawie wyłącznie przez pryzmat jednej cechy, która jest tak dominująca, że przysłania inne ich walory. Naukowcy zajmujący się problematyką społecznego naznaczenia mówią, że „stygmat” najogólniej spycha inne cechy osoby, takie jak inteligencja, uczciwość, dobroć na dalszy plan, eksponując tylko te, związaną z naznaczeniem³².

Dzieci otyłe są często mniej atrakcyjne dla rówieśników, są negatywnie oceniane przez kolegów i mają mniej przyjaciół³³. One same czują się nie lubiane i nieakceptowane przez rówieśników. Doznają poczucia odrzucenia, osamotnienia, braku wiary we własne siły, smutku, żalu, co w konsekwencji sprzyja przyjęciu postawy pasywnej, a nawet może się pojawić depresja. Symptomy depresji mogą być jednocześnie skutkiem otyłości, rezultatem negatywnego postrzegania swojej osoby, jak i jej przyczyną. Ryzyko pojawienia się otyłości u nastolatków przeżywających nastroje depresyjne jest dwukrotnie wyższe niż u ich rówieśników³⁴.

³¹ P.G. Zimbardo, *Psychologia i życie*, Warszawa 1994, s. 568.

³² K. Szewetowska, *Stygmatyzacja społeczna*, „Edukacja i Dialog” 2009, nr 4.

³³ G. Jagielska, *Dziecko z zaburzeniami odżywiania w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*. Ośrodek Rozwoju Edukacji. Warszawa 2010.

³⁴ I. Tabak, *Psychosomatyczne skutki otyłości*, [w:] *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi. Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością. Poradnik dla pielęgniarek szkol-*

Sytuacja społeczna dziecka otyłego w środowisku szkolnym może być determinowana jego poczuciem winy. „Im bardziej osoba stygmatyzowana czuje się winna z powodu naznaczenia, tym silniej wpływa to na obniżenie jej poczucia własnej wartości”³⁵. Autorka uważa, że dziecko spodziewając się negatywnych reakcji otoczenia, zaczyna dążyć do unikania kontaktów z rówieśnikami.

Badania Instytutu Matki i Dziecka z 2005 roku dowodzą, że ponad 1/4 otyłych nastolatków było niezadowolonych z życia, natomiast 1/3 miało niskie poczucie własnej wartości, istotnie częściej niż ich nieotyli rówieśnicy³⁶. Otyła młodzież często też była obiektem przewisk i żartów związanych z nadwagą ze strony rówieśników (66%) oraz osób dorosłych (32% ze strony rodziców, 18% – nauczycieli)³⁷. Otyli nastolatki są także częściej niż ich rówieśnicy bez nadwagi, sprawcami, jak i ofiarami przemocy rówieśniczej. „Są oni spychani na margines uwagi kolegów, bywa także, że stają się oni kozłami ofiarnymi i skupiają na sobie ich agresję. W skrajnych przypadkach mogą zostać wręcz wykluczeni z rówieśniczej grupy”³⁸. Badania prowadzone przez Witek i zespół wśród młodzieży gimnazjalnej ujawniły, że młodzież postrzega otyłych kolegów jako osoby leniwe (48,97%), ociężałe i flegmatyczne (36,73%) zamknięte w sobie (28,75), chore i dlatego należy ich leczyć (18%). Ci sami uczniowie, gimnazjaliści potrafią też dostrzec pozytywne cechy niektórych osób otyłych, między innymi pozytywne nastawienie do życia (12,5%)³⁹. Złe nastawienie do otyłych rówieśników werbalizowane są nie tylko negatywnymi myślami opiniami, ale jak podają autorki „Co dziesiąty badany dokuczał otyłemu koledze (...) krytykowanie stylu ubierania się, obraźliwe epitety, niepocholebne informacje na Facebook`u, stosowanie przemocy fizycznej, tj. przewracanie otyłego kolegi, kopa-

nych i nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach, A. Oblacińska, I. Tabak (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006.

³⁵ K. Szewetowska, *Stygmatyzacja ...*, op. cit.

³⁶ *Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej*, A. Oblacińska (red.), Warszawa 2016, s. 12.

³⁷ Ibidem, s. 12.

³⁸ M. Sokołowska, *Dziecko z nadwagą i otyłością w szkole*, [w:] *Wspieranie dziecka...*, op. cit., s. 13.

³⁹ A. Witek, T. Lewandowska-Kidoń, A. Pawluk-Skrzypek, *Percepcja otyłego rówieśnika a przekonania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2012, Tom 18, Nr 4, s. 276

nie, szturchanie, itp.⁴⁰. Badania Zakładu Medycyny Szkolnej (Tabak, 2006) pokazują, iż docinkami, uwagami i przezwiskami ze strony ze strony rówieśników, związanymi z nadwagą spotykało się 66% badanych otyłych nastolatków, a ze strony nauczycieli – 18%. Młodzież otyła, częściej niż jej rówieśnicy z wagą w normie, spotykała się z dręczeniem ze strony kolegów (dokuczaniem, przemocą, krzywdzeniem), a ponad 1/3 badanych otyłych uczniów była co najmniej raz dręczona przez rówieśników w ciągu kilku miesięcy poprzedzających badanie⁴¹.

W okresie dorastania bardzo ważnym celem życiowym młodego człowieka wynikającym z potrzeby akceptacji społecznej, jest chęć wyróżnienia się na tle grupy rówieśniczej „chęć bycia popularnym”. Taki kierunek działań wpływa na własną samoocenę a także kształtuje własną tożsamość. Tomaszek uważa, że „problem odtrącenia czy dezaprobaty środowiska rówieśniczego jest bardzo ważny na etapie rozwoju młodego człowieka, gdyż doświadczenia takie mogą pociągać za sobą objawy nieprzystosowania społecznego, a nawet całkowitej marginalizacji w późniejszym życiu”⁴².

Niezadowolenie z własnego wyglądu wynikające z niemożności sprostania wewnętrznym standardom atrakcyjności w połączeniu z brakiem akceptacji i negatywnym nastawieniem środowiska prowadzą do negatywnych sądów o sobie, prowadzi do społecznego i psychologicznego doświadczenia „bycia otyłym”⁴³. Dziecko czy nastolatek, który ocenia swoje ciało jako brzydkie, niezgrabne, nieatrakcyjne przypisuje mu rolę czynnika odpowiedzialnego za odrzucenie i izolację ze strony innych⁴⁴.

Badania prowadzone przez M. Solę, E. Gajewską i W. Manińskiego na temat wpływu otyłości na jakość życia związaną ze stanem zdrowia wśród dziewcząt i chłopców, ujawniły niższy poziom sprawności w funkcjonowaniu szkolnym (choć był on naj-

⁴⁰ *Ibidem*, s. 278.

⁴¹ I. Tabak, *Psychosomatyczne skutki otyłości ...*, op. cit.

⁴² K. Tomaszek, *Alienacja szkolna – psychologiczna charakterystyka zjawiska*, „Annales” T. XXIV 2011/2, s. 63.

⁴³ A. Oblacińska, I. Tabak, *Wstęp*, [w:] *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi?* A. Oblacińska, I. Tabak (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006, s. 8.

⁴⁴ B. Jugowar, *Dzieci somatycznie odmiennie*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Obuchowska I. (red.), WSiP, Warszawa 1995, s. 445-446.

mniej zaburzony) w porównaniu z grupą kontrolną⁴⁵. Tabak twierdzi, iż początkowy etap przystosowania tych dzieci do nauki szkolnej jest trudniejszy niż ich zdrowych rówieśników⁴⁶.

Wśród konsekwencji zdrowotnych nadwagi i otyłości wskazuje się: powikłania sercowo-naczyniowe (m.in. nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zaburzenia lipidowe), oddechowe (m.in. bezdech senny i astma), neurologiczne (m.in. udar mózgu i demencja), żołądkowo-jelitowe i wątrobowe (m.in. cukrzyca typu II i stan przedcukrzycowy), endokrynologiczne (m.in. zaburzenia płodności i przedwczesne dojrzewanie), kostno-szkieletowe (m.in. choroby zwyrodnieniowe stawów, bóle pleców), nerkowe, a także konsekwencje psychospołeczne (m.in.: niska samoocena, lęk, depresja, zaburzenia odżywiania, obniżone wyniki w nauce) oraz liczne nowotwory⁴⁷.

Rozwiązywanie problemów otyłości dzieci i młodzieży

Leczenie otyłości

Leczenie otyłości jest trudne, pochłania dużo czasu a skuteczność wszelkich działań jest często niewielka. U wielu osób występuje tzw. czynnik genetyczno-wielogenowy, który powoduje, że leczenie dietetyczne oraz zwiększony wysiłek fizyczny nie zawsze w pełni usuwają przyczyny tzw. zwiększonego popędu żywieniowego oraz metabolicznych mechanizmów nadmiernej lipogenezy⁴⁸. Potrzebne są długofalowe programy z zastosowaniem

⁴⁵ M. Sola, E. Gajewska, W. Manikowski, *Wpływ otyłości na jakość życia związaną ze stanem zdrowia wśród dziewcząt i chłopców*, „Nowiny Lekarskie” 2012, 81, 4, s. 321–329.

⁴⁶ I. Tabak, *Opieka i wsparcie młodzieży z otyłością prostą w okresie dojrzewania*, [w:] *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi?* A. Oblacińska, I. Tabak (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006, s. 78–84.

⁴⁷ *Zachowaj równowagę. Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej. Projekt KIK/34 w Szwajcarsko-Polskim Programie Współpracy*, oprac. M. Jarosz, M. Siuba-Strzelińska, Warszawa 2016.

⁴⁸ J. Tatoń, A. Czech, M. Bernas, *Otyłość. Zespół metaboliczny*, Warszawa 2007, s. 94–95.

kompleksowego leczenia interdyscyplinarnego⁴⁹, które dają powolny, ale bardziej trwały skutek. Interdyscyplinarność polega na synergii oddziaływań dietetycznych, terapii behawioralnej oraz zwiększonej aktywności fizycznej.

Rola rodziców w minimalizowaniu otyłości

Pojawiający się w życiu dziecka problem związany z nadwagą a później z otyłością jest możliwy do wychwycenia na wczesnym etapie jego powstania w środowisku domowym. Jeżeli okresowe przyrosty masy ciała są kontrolowane i korygowane, to nie prowadzą do żadnych problemów, natomiast w przypadku bagatelizowania problemu nadwagi, uznając go za normalny objaw w danym wieku, konieczna jest zmiana myślenia. Powszechnie wiadomo, że dziecko, często bezwiednie, przejmuje sposób myślenia rodziców w tej kwestii. Jeśli w rodzinie jest zaburzona norma tzw. dobrego wyglądu lub istnieje od pokoleń otyły rodzic, przekonanie dziecka do podjęcia jakichkolwiek działań w kierunku korekty sylwetki nie jest skuteczne. Zdaniem Oblacińskiej, w takiej sytuacji odchudzanie dziecka świadczy o występowaniu przeciwko rodzicom. Utrata wagi przez nastoletnie dziecko może być przejawem separacji, braku lojalności i być przyczyną utraty możliwości doświadczania identyfikacji z rodzicami⁵⁰. Zauważa się również grupę rodziców, którzy wobec problemu otyłości swoich dzieci przyjmują bierną postawę. Z góry rezygnują z determinacji, wychodząc z założenia, że nie mogą nic na to poradzić. W tym zakresie niezbędna jest współpraca ze szkołą. Dobrym pomysłem jest pedagogizacja rodziców, przy współudziale pedagoga, psychologa i dietetyka.

Rodzice powinni wspierać nastolatka w zmianie jego nawyków żywieniowych, gdyż to właśnie oni decydują o kupowanych produktach, rodzajach spożywanych posiłków oraz o formach spędzania czasu wolnego. Rodzice mogą zadbać o regularność posiłków, ich skład, eliminować zwyczaj podjadania między po-

⁴⁹ A. Oblacińska, H. Weker, M. Barańska, B. Woynarowska, *Propozycje modelu ambulatoryjnej, kompleksowej opieki zdrowotnej nad młodzieżą otyłą jako elementu profilaktyki chorób układu krążenia*, „Zdrowie Publiczne” 1998, nr 58(9), s. 346-353.

⁵⁰ Ibidem, s. 79.

siłkami, czy dokładania do porcji. Ważne jest także świadome dokonywanie zakupów⁵¹, na co ma zdecydowany wpływ rodzina dziecka.

Rola nauczyciela we wspieraniu dzieci z nadwagą i otyłością

Dużą rolę w walce z nadwagą i otyłością ma szkoła, której działania koncentrują się wokół dwóch głównych kierunków działań:

- zapobieganie wystąpieniu nadmiernej masy ciała u uczniów poprzez edukację zdrowotną uczniów, rodziców i nauczycieli, promowanie zdrowego żywienia, zaspokajanie odpowiedniej aktywności ruchowej.
- wspieranie uczniów z nadmierną masą ciała.

Zadania w tym zakresie są wpisane w sferę działalności wychowawczej szkoły oraz w sferę działalności edukacji zdrowotnej. Projektowane one są w ramach Programu Wychowawczo-Profilaktycznego oraz w ramach programu kształcenia wychowania fizycznego.

A. Oblacińska uważa, że nauczyciel wspierający dziecko może podjąć działania w czterech obszarach:

- budowanie poczucia własnej wartości,
- oddziaływanie na pozycję społeczną dziecka,
- rozwijanie umiejętności życiowych,
- motywowanie do osiągnięcia optymalnej masy ciała⁵².

Głównym zadaniem szkoły jest wspieranie ucznia w taki sposób, aby mógł czuć się wartościowym człowiekiem i budować swoje poczucie własnej wartości. Dziecko z otyłością, które nie akceptuje swojego wyglądu ma obniżony nastrój i poczucie winy, wynikające z faktu, że nie potrafi zapanować nad swoim apetytem, a negatywne oceny ze strony otoczenia jedynie nasilają problem. To wpływa na niższe poczucie własnej wartości⁵³.

⁵¹ *Opieka i wsparcie młodzieży z otyłością prostą w okresie dojrzewania*, [w:] *Jak pomóc...*, op. cit., s. 79-80.

⁵² A. Oblacińska, *Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej*, ORE Warszawa, 2013, s. 16-17.

⁵³ A. Gutowska-Wyka, *Pedagog wobec potrzeb dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością*, [w:] *Pedagog we współczesnym świecie*, V. Tanaś, W. Welskop, (red.) WSBiNoZ, Łódź 2015, s. 185.

W następnej kolejności bardzo ważna jest pomoc uczniom otyłym w budowaniu motywacji do redukcji nadmiernej masy ciała. Motywacja składa się z dwóch komponentów: komponentu „chcę” – czyli dziecko jest zainteresowane osiągnięciem celu, który jest dla niego ważny, wartościowy, wykazuje zainteresowanie zmianą swego zachowania oraz komponentu – „potrafię”, który zakłada, że dziecko ma poczucie, iż jest w stanie osiągnąć cel, a więc ma odpowiednie predyspozycje, możliwości. Ma poczucie własnej skuteczności. Oba te aspekty wpływają na postawę dziecka, decydując o tym, czy podejmie ono określone działanie, czy nie⁵⁴. Nauczycieli powinien mieć na ten temat wiedzę i dążyć, w sposób profesjonalny, do osiągnięcia wyżej wymienionych celów.

Rozwijanie umiejętności życiowych to kolejny priorytet pracy nauczyciela na rzecz walki z otyłością u dzieci i młodzieży. Badania Gutowskiej – Wyki⁵⁵ ukazują, iż „dziecko z nadmierną masą ciała, częściej od swoich rówieśników z prawidłową wagą ciała, sięga po jedzenie w sytuacjach, gdy przeżywa silne emocje czy stres. Wysoki poziom lęku i duża tendencja do tłumienia gniewu, a także stosowanie w sytuacji stresu strategii unikowych, wpływa, poprzez określone zachowania jedzeniowe (tj. przejadanie się) czy brak aktywności ruchowej, na wzrost masy ciała. Z drugiej strony nadwaga, a szczególnie otyłość, powoduje nasilanie się wymienionych wyżej zmiennych psychologicznych, a to znów skutkuje wzrostem masy ciała”. Dlatego rolą nauczyciela jest wykształcenie u dzieci otyłych umiejętności rozpoznawania i wyrażania emocji, w efektywne sposoby radzenia sobie ze stresem i kształtowanie zasobów osobistych. Celem priorytetowym w tym zakresie jest wypracowanie u młodego człowieka przeświadczenia, iż jedzenie nie jest jedyną przyjemnością i antidotum na pojawiające się problemy.

⁵⁴ M. Sokołowska, *Dziecko z nadwagą i otyłością w szkole*, [w:] *Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej*, A. Oblacińska (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2013.

⁵⁵ A. Gutowska-Wyka, *Psychologiczny model błędnego koła – przyczyny czy konsekwencje nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży*, [w:] *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychospołeczne następstwa chorób somatycznej u dzieci i młodzieży*, A. Kulik, L. Szewczyk (red.), Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2007.

Zakończenie

Analizy wielu działań na rzecz przeciwdziałania nadmiernej masie ciała, prezentowane w różnych opracowaniach, zwracają uwagę na wiele kwestii w tym zakresie. Dla dziecka i młodego człowieka niezwykle ważne jest środowisko rówieśnicze. Poczucie przynależności do grupy, bycie akceptowanym to jedna z potrzeb życiowych człowieka. „Znalezienie się w grupie rówieśniczej, w której czuje się akceptowany jest bardzo istotne z punktu widzenia zdrowia psychicznego otyłego nastolatka, a możliwość osiągnięcia sukcesów poprawia samoocenę⁵⁶. Jest wiele różnych form aktywności, w których wygląd i masa ciała nie odgrywają znaczenia (np. działalność w organizacjach charytatywnych, koła naukowe czy twórczość artystyczna). Osoby otyłe czują się w takich grupach potrzebne i doceniane. Dlatego należy zrobić wszystko, aby grupa rówieśnicza akceptowała kolegów otyłych. Pomocne w tym względzie są oddziaływania pedagogiczne i psychologiczne mające na celu budowanie poczucia własnej wartości i skuteczności otyłego ucznia, które przyczyniają się do pozytywnego spojrzenia na siebie jako osobę, a przez to ułatwiają normalne funkcjonowanie w grupie.

Aby pomóc dziecku otyłemu w przezwyciężaniu problemów potrzebne są działania holistyczne, kompleksowe, łączące różne interwencje. Edukowanie i wzmacnianie osobistej odpowiedzialności są konieczne, ale nie są wystarczające – konieczna jest zmiana całego otoczenia jednostek, które kształtowałyby ich aktywność fizyczną i wybory żywieniowe. Dlatego przy projektowaniu działań należy brać pod uwagę występujące różnice społeczno-demograficzne; grupy społeczne szczególnie narażone na ryzyko otyłości powinny otrzymywać inny rodzaj edukacji zdrowotnej i wsparcia.

⁵⁶ I. Tabak, *Opieka i wsparcie młodzieży z otyłością prostą...*, op. cit., s. 78-84.

Bibliografia

Wydawnictwa zwarte:

1. Ciborowska H., Rudnicka A., *Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka*, Warszawa 2007.
2. Chabros E., Charzewska J., Wajszczyk B., *Częstość występowania nadwagi i otyłości u młodzieży warszawskiej w wieku pokwitania*, [w:] *Otyłość epidemią XXI wieku*, J. Charzewska, P. Bergman, K. Kaczanowski, H. Piechaczek (red.), AWF, Warszawa 2006.
3. Chrzanowska M., Koziel S., Ulijaszek S.J., *Changes in BMI and the prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in Cracow, Poland, 1971-2000*, *Economics & Human Biology*, 2007, 5 (3).
4. *Definicja, etiologia i klasyfikacja otyłości*, [w:] *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi?* Oblacińska A., Tabak I. (red.). Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006, ISBN 978-83-88767-43-2.
5. Doborowska B., Żaczek R., *Profilaktyka nadwagi i otyłości w populacji wieku rozwojowego*. „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego”, 2008/3.
6. Do F., *Gdy jedzenie jest problemem*, Warszawa 2003.
7. Doleżal-Ołtarzewska K., Rybakowa M., *Otyłość prosta młodocianych*, [w:] *Medycyna wieku młodzieńczego*, M. Rybakowa (red.), Kraków 2009, ISBN 83-89534-00-2.
8. Fichna P., Skowrońska B., *Powikłania otyłości wśród dzieci i młodzieży*. „Endokrynologia, Diabetologia i Choroby Przemiany Materii Wieków Rozwojowych”, 2006, 12, 3.
9. Gutowska-Wyka A., *Psychologiczny model błędnego koła – przyczyny czy konsekwencje nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży*, [w:] *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychospołeczne następstwa choroby somatycznej u dzieci i młodzieży* A. Kulik, L. Szewczyk (red.), Towarzystwo Naukowe KUL Lublin 2007.
10. Gutowska-Wyka A., *Pedagog wobec potrzeb dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością*, [w:] *Pedagog we współczesnym świecie* pod red. V. Tanaś, W Welskop, WSBiNoZ, Łódź 2015.
11. Inchley J. i in., *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*, Health policy for children and adolescents 7, WHO, 2016.
12. Jugowar B., *Dzieci somatycznie odmienne*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Obuchowska I. (red.), WSiP, Warszawa 1995.
13. Jablow M., *Anoreksja, bulimia i otyłość*, GWP, Gdańsk 2000, ISBN 83-87957-19-4.

14. Jagielska, G., *Dziecko z zaburzeniami odżywiania w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, Ośrodek Rozwoju Edukacji. Warszawa 2010.
15. Januszewicz P., Sygit M., *Kluczowe problemy zdrowia publicznego: otyłość u dzieci i młodzieży*, „Zdrowie Publiczne”, 2005, 15, 1, ISSN 0044-2011.
16. Jolliffe D., *Extent of overweight among US children and adolescents from 1971 to 2000*. International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 2004 28 (1), 4-9 oraz Zhang Y., Wang S., *Prevalent change in overweight and obesity in children and adolescents from 1995 to 2005 in Shandong, China*. Asia-Pacific Journal of Public Health, 2011 23 (6).
17. Jugowar B., *Dzieci somatycznie odmierne*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Obuchowska I. (red.), WSiP, Warszawa 1995, ISBN 83-02-07257-5.
18. Lange E., *Dietoterapia i dietoprofilaktyka*, [w:] *Dietoterapia*, D. Włodarek, E. Lange, L. Kozłowska, D. Głabska (red.), Warszawa 2009, ISBN 978-83-200-4861-2.
19. *Nowe oblicza uzależnień*, E. Łuczak (red.), Wyd. UWM, Olsztyn 2009.
20. Oblacińska A., Tabak I., *Wstęp*, [w:] *Jak pomóc otyłemu nastolatko wi?* Oblacińska A., Tabak I. (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006, ISBN 978-83-88767-43-2.
21. Oblacińska A., Weker H., Barańska M., Woynarowska B., *Propozycje modelu ambulatoryjnej, kompleksowej opieki zdrowotnej nad młodzieżą otyłą jako elementu profilaktyki chorób układu krążenia*, „Zdrowie Publiczne” 1998, nr 58(9), ISSN 0044-2011.
22. Ogińska-Bulik N., *Psychologia nadmiernego jedzenia*, Łódź 2004, ISBN 978-83-79692-96-2.
23. Palczewska I., *Ocena nadmiaru masy ciała i rozmieszczenia tkanki tłuszczowej*, [w:] *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*, red. A. Oblacińska, B. Woynarowska, Warszawa 1995.
24. Pietrzykowska E., Wierusz-Wysocka B., *Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się*, „Pol. Merk. Lek.”, 2008.
25. Sola M., Gajewska E., Manikowski W., *Wpływ otyłości na jakość życia związaną ze stanem zdrowia wśród dziewcząt i chłopców*, „Nowiny Lekarskie” 2012, 81, 4, ISSN 0860-7397.
26. Sokołowska M., *Dziecko z nadwagą i otyłością w szkole*, [w:] *Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej*, A. Oblacińska (red.), Instytut Matki i Dziecka Warszawa 2013, ISBN 978-83-62360-47-5.
27. *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2016.

28. Stolarczyk J., Stolarczyk A., Socha P., *Zachowania żywieniowe – od genetyki do środowiska społeczno-kulturowego*, „Nowa Pediatria” 2003 nr 3, ISSN 1731-2493.
29. „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 2016, nr 126(9), ISSN 0032-3772.
30. Szewetowska K., *Stygmatyzacja społeczna*, „Edukacja i Dialog”, nr 4 2009.
31. Tabak I., *Psychosomatyczne skutki otyłości*, [w:] *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi. Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością. Poradnik dla pielęgniarek szkolnych i nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach*, A. Oblacińska, I. Tabak (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006, ISSN 1426-9686.
32. Tabak I., *Opieka i wsparcie młodzieży z otyłością prostą w okresie dojrzewania*, [w:] *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi?* Oblacińska A., Tabak I. (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006, ISBN 978-83-88767-43-2.
33. Tatoń J., Czech A., Bernas M., *Otyłość. Zespół metaboliczny*, Warszawa 2007.
34. Tomaszek K., *Alienacja szkolna – psychologiczna charakterystyka zjawiska*, „Annales” T. XXIV 2011/2.
35. Werner B., Bodin L., *Obesity in Swedish schoolchildren is increasing in both prevalence and severity*. Journal of Adolescent Health, 2007, 41 (6).
36. Witek A., Lewandowska-Kidoń T., Pawluk-Skrzypek A., *Percepcja otyłego rówieśnika a przekonania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2012, Tom 18, Nr 4.
37. *Zachowaj równowagę. Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej. Projekt KIK/34 w Szwajcarsko-Polskim Programie Współpracy*, oprac. M. Jarosz, M. Siuba-Strzelińska, Warszawa 2016.
38. Zgliczyński W, S., *Nadwaga i otyłość w Polsce*, Biuro Analiz Sejmowych „Infos”, nr 4(227), 2017.
39. Zimbardo P. G., *Psychologia i życie*, Warszawa 1994.

Źródła internetowe:

40. <https://www.focus.pl/artykul/polska-na-5-miejscu-w-europie-podwzgladem-otyoci> [Dostęp: 12.06.2018].