

Gyermekkori elhízás

A járványos méretű gyermekkori (valamint a belőle származó fiatalkori és felnőttkori) elhízás megelőzéséhez nélkülözhetetlen, hogy ez a törekvés nemzeti közegészségügyi prioritássá váljék. Politikai-kormányzati akaratra és koordinációra is szükség van ahhoz, hogy az egész nemzetre kiterjedő akciók, programok sikerrel járjanak. Ezeknek ugyanis meg kell teremteni a szervezeti (személyi) és anyagi feltételeit, s mindazokat az intézményeket és cégeket (élelmiszergyártókat, ételkészítőket és -forgalmazókat, élelmiszereket és ételeket reklámozó médiát stb.) összehangoltan be kell vonni a közös cselekvésbe, amelyeknek alapvető szerepük van az elhízást megakadályozó étkezési kultúra (habitus, szokások) formálásában.

■ NEMCSAK EGYÉNI PROBLÉMA

Az Egyesült Államokban meghúzták a vészharangot, mert az ország történetében először az előrejelzések szerint a jelenlegi kisgyermekek átlagosan rövidebb ideig fognak élni, mint a szüleik. Ezért a járványos méretet öltő gyermekkori elhízást tesszik felelőssé, hiszen napjainkra a két és öt év közötti amerikai gyermekek körében megkétszereződött, míg a hat és tizenegy év közöttiek táborában megháromszorozódott az elhízottak aránya a három évtizeddel ezelőttihez képest.¹ Ennek alapján arra lehet számítani, hogy ha az elhízott gyermekek testtömegét nem csökkentik az életkoruk és a nemük (pontosabban az életkorhoz és a nemhez igazított testtömegindexnek) megfelelő egészséges szintre, a fiúk harminc, míg a lányok negyven százaléka válik élete későbbi szakaszában cukorbetegséggel, s ez a betegség megrövidíti az életüket. (A testtömegindex – nemzetközileg elfogadott angol elnevezésének kezdőbetűivel BMI – úgy számítható ki, hogy a kilogrammban megadott testtömeget elosztjuk a méterben megadott testmagasság négyzetével.) De rövidebb életre számíthatnak azok is, akik a gyermekkori elhízásból eredendően felnőttkori szív- és érrendszeri betegségekkel (magas vérnyomással, érelmeszesedéssel, szívinfarktus és agyi érkatasztrófa szövődésével) és mozgásszervi, főleg ízületi bajokkal küszködnek. Ekképp az elhízás nemcsak egyéni probléma, hanem a társadalom számára is nagy teher, hiszen 2004-es becslések szerint csupán az Egyesült Államokban 98–129 milliárd dollárba került a túlsúlyosak egészségügyi ellátása. Nem véletlen, hogy világszerte kutatják a fejlett országok XXI. századi közegészségügyi csapásának ígéretes gyermekkori elhízás okait, valamint sikeres kezelésének és megelőzésének lehetőségeit, s a politikusok is egyre jobban érdeklődnek e nagy társadalmi (közegészségügyi, etnikai, szociokulturális, környezeti) és gazdasági vonzatú kérdés iránt. Nemcsak egyéni-családi (örökletes) hajlamnak van ugyanis szerepe benne, hanem annak is, hogy mind gyakrabban dolgozni kényszerül mindkét szülő, ekképp a kettőtől kevesebbet tudnak foglalkozni a gyermekükkel (étkezésével és fizikai aktivitásával). Változás állt be a szülői házon kívüli (iskolai, gyorséttermi stb.) étkezésben, valamint az enni- és innivalók reklámozásában is, márpedig ez közvetlenül és közvetve – a társas környezet révén – is előnytelenül hat a gyermekekre. Ez, valamint a gyermekeknek a tévé és számítógép képernyője előtti napi sokórás ücsörgése (fizikai inaktivitása, magyarul testi téltelenség) nemegyszer meghiúsítja az egészséges élet-

módra neveléssel kapcsolatos szülői és szakértői törekvéseket. Holott a társadalomnak az az érdeke, hogy a lakosság, különösen az új nemzedék minél egészségesebben éljen (a korszerű táplálkozási előírásoknak megfelelően étkezzen, rendszeresen eddze magát, ne italozzon, ne dohányozzon és ne drogozzon), még ha ezt köztudomásúan nehéz is elérni. De pozitív példák ismeretében nem reménytelenek az erőfeszítések, ekképp a saját jövője szempontjából egyetlen ország sem tevesztheti szem elől azt a célt, hogy minél egészségesebbé tegye polgárait.

Bizonyos élelmiszer-ipari vezetőknek köszönhetően már vannak olyan kezdeményezések, hogy egészséges (kiegyensúlyozott) tápanyag-összetételű, csökkentett energiatartalmú, nagy telítéértékű termékek kerüljenek forgalomba, s ha ezt a felfogást sikerülne elterjeszteni, általánossá tenni, az élelmiszeripar (a multinacionális is) profitcsökkenés nélkül lenne képes nemzeti érdeket képviselő ügyet sikerrel szolgálni. A fogyasztó ugyanis csak a kínálatból válogat, s ha az megfelel az egészségügyi követelményeknek, már csak arra kell gondot fordítani, hogy az elfogyasztott étel és ital mennyisége ne haladja meg a kívánatos mértéket.

A családi élet változásának egyik fő jellemzője, hogy a nőknek megnőtt a szerepük a társadalomban, amit egyre nagyobb mérvű munkavállalásuk is jelez. A statisztikák azt mutatják, hogy míg a munkát vállaló amerikai férfiak aránya 1975-től napjainkig 78%-ról 74%-ra csökkent, addig a munkaviszonyban levő gyermekes nők aránya 47%-ról 72%-ra nőtt, s mindössze 7%-ot tett ki azoknak a gyermekes családoknak a száma, ahol csak a férfi volt állásban.² A fokozott női munkavállalás miatt egyrészt fogyatkozik a családonkénti gyermekszám (ez alól az afroamerikaiak, a spanyol ajkúak és az ázsiai bevándorlók kivételek), másrészt kevesebb idő jut arra (az Egyesült Államokban az 1965. évi napi átlagos negyvennégy perc helyett 1999-ben már csak harminckét perc³), hogy a dolgozó nő (anya) maga készítsen ételt a családnak. Ekképp az óvodás- és iskoláskorú gyermek a tízórát, az ebédet és az uzsonnát (már amennyiben naponta ötször étkezik) munkanapokon rendszerint a szülői házon kívül eszi. Az óvodai és az iskolai étkeztetés úgy-ahogy megfelel az egészségügyi követelményeknek. Nagyobb gond, ha a gyermek maga dönt arról, hogy mit eszik, mert ilyenkor erős a dietetikailag kifogásolható, viszonylag olcsó, energiadús gyorséttermi ételek és nassolnivalók, valamint a cukrozott üdítőitalok általi kísértés, különösen akkor, ha a barátok is példát mutatnak

rá, s a média (főleg a leghatásosabb televízió) szintén ezt sugallja. Az még rendjén lenne, hogy a gyermek ilyesmiket eszik és iszik (bár az kifogásolható, hogy eszébe sem jut gyümölcsöt és zöldségfélét enni), csakhogy többet eszik és iszik belőlük, mint kellene, azaz több energiához jut a szervezete, mint amennyit a fizikai aktivitás révén elhasználna (napjainkban ugyanis nemcsak a tornaórán kívüli testedzés egyre kevésbé divatos, hanem városokban a gyalog vagy kerékpárral való iskolába járás is). Ennek azután előbb-utóbb fölös testtömeg lesz a következménye. Sajnos, sok gyermek és felnőtt véli úgy, hogy a gyermekkori „duci-ság” kinőhető, s bár erre valóban sok példa akad, gyakran lesz a kövér gyermektől kövér felnőtt, annak minden testi, társadalmi és lelki-érzelmi hátrányával együtt (egy felmérés szerint a nem kövér szülők kövér gyermekének 25%, míg az elhízott szülők elhízott gyermekének 60% esélye van arra, hogy felnőttkorában is túlsúlyos lesz⁴). Ekképp a gyermekkori elhízás megakadályozásával ugyanolyan céltudatosan és szervezeten kell foglalkozni, mint a gyermekkori fertőző betegségek, italozás, dohányzás, drogozás vagy közúti balesetek megelőzésével.

■ SZÖVŐDMÉNYKÉNT HÁTRÁNYOK

A gyermekkori elhízással kapcsolatos háromféle – testi, társadalmi és lelki-érzelmi – hátrányt számos kutató vizsgálta.⁵ A testiek közül a szív- és érrendszeri, valamint a mozgásszervi szövődményeket, továbbá a cukorbetegséget már említettük (de a miatta kialakuló ideg-, vese- és renehártya-bántalmat még nem), amelyekhez egyebek között májelzsírosodás és epeköveség, alvási légzéskimaradás, illetve a lányoknál havivérzési zavar társulhat. De arra is van adat, hogy a gyermekkori elhízással összefüggő hormonális rendellenességek következtében az élet későbbi szakaszában rosszindulatú daganat alakul ki.⁶

Szerencsére (ha a szerencse szó itt helyénvaló) az elég gyakori gyermekkori cukorbetegségen kívül a többi szövődmény valamikor az élet későbbi szakaszában jelenik meg. Ekképp az elhízott gyermek, serdülő elsősorban lelki-érzelmi és társadalmi hátrányt szenved, mégpedig egyrészt azzal, hogy a rendes testtömegű társai ugratják, kicsúfolják, bosszantják, gyötrik, megbélyegzik, sőt, nemegyszer kiközösítik maguk közül. Másrészt a felnőttek (szülők, ismerősök, tanárok, egészségügyiek stb.) részéről is csak lehangelő hatású véleményekkel szembesül, s ez a negatív, elutasító, stigmatizáló, marginalizáló magatartás frusztrálja őt, előnytelenül hat az érzésvilágára és a személyiségére.⁷ Emiatt nemcsak a testével lesz elégedetlen, hanem megcsappan az önbecsülése, s depresszió lehet úrrá rajta. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a kövér gyermekek arányának növekedése nem javít a helyzeten, ettől nem lesznek elfogadottabbak a rendes testtömegűek számára.⁸ A társak és a felnőttek általi negatív megítélést a lányok sokkal jobban a szívükre veszik, mint a fiúk, ami abban is tükröződik, hogy rövidebb ideig járnak oktatási intézményekbe, rosszabbul fizető munkahelyeket találnak maguknak, s gondjaik vannak a férjhezmenetellel is.

Megemlítjük azt is, hogy lelki-érzelmi problémák nemcsak szövődményei, hanem előidéző is lehetnek a gyermekkori elhízásnak. Többnyire a depresszióra való hajlamot marasztalják el ebből a szempontból, de újabbán mind több adat sugallja azt is, hogy a köznapi életben egyre gyakoribb stresszekre való reagá-

lás a köztiagybeli hipotalamuszt, az agyalapi mirigyet és a mellékvesekérgyet (esetleg a nemi mirigyet is) magában foglaló hormonális mechanizmus révén szintén beleavatkozik a testtömeg alakulásába. Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy a gyermeket és a serdülőt a lehetőségekhez képest óvni kell a különböző stresszektől, az ennek mikéntjét felvázoló megelőzési stratégiák azonban még kimunkálásra várnak.

■ AKCIÓTERVEK

A gyermekkori, következőképp a serdülő-, ifjú- és felnőttkori elhízást illetően nem a kezelés (gyógyítás), hanem a megelőzés (prevenció) a legfontosabb teendő. E fogalom az egészségügyben olyan beavatkozást jelöl, amely megakadályozza valamilyen kóros folyamat vagy esemény kialakulását, nevezetesen a betegségekre vezető állapotok (kockázatok) és a betegségek létrejöttét. Közelebbről a betegség kifejlődésének, az idejében való kórismézéssel (diagnosztizálással) súlyosbodásának, valamint szövődményessé válásának a megállítását jelenti. Mindezt egyéni, családi, közösségi (iskolai, munkahelyi, lakóhelyi) és össz társadalmi szinten egyaránt. Ennek fontos feltétele az egészségügyi felvilágosítás és az egészségre nevelés. Fertőző betegség esetén látványos eredmény érhető el, hiszen ha a páciens nem kerül kapcsolatba a kórokozójával, akkor nem fertőződik meg vele. Ilyenkor a megelőzés során egyetlen kiváltó okra kell összpontosítani. Más a helyzet a sokokú elhízás esetén, amikor – mint láttuk – testi, lelki-érzelmi és társadalmi (környezeti) tényezők egyaránt számításba jönnek bajkeltőként, következőképp mindezeknek a számításba vétele vezethet csak sikerre. A megelőzési programnak (akciótervnek) az összes rendes testtömegű gyermeket célba kell vennie, hogy ne szedjen a kelletténél többet magára. Természetesen a nagy kockázatú gyermekekre, például akiknek a szülei elhízottak, több figyelmet kell fordítani, mert az ő esetükben örökletes és életmódi tényezők is elhízásra hajlamosíthatnak. Az örökletes tényezőket azonban nem szabad túlértékelni (annak ellenére, hogy több mint négyszáz génnek és markernek van köze az elhízáshoz, s hat olyan génhibát azonosítottak, amely elhízásra vezet), mert az elmúlt három évtizedben semmi olyan változás sem következett be a szülők örökítőanyagában, amellyel napjaink gyermekkorsztyálynak járványos méretű elhízása magyarázható lenne. A környezet és az életmód (étkezési magatartás) elsődlegességét az egypetjű ikrekkel és az örökbe fogadott gyermekekkel kapcsolatos vizsgálatok is mutatják. Nem egy példa van rá, hogy a más-más környezetben nevelkedő ikerpár egyike elhízik, míg a másik nem (holott a szüleiktől azonos génkészletet örökölték). Illetőleg az örökbe fogadott gyermek testtömege gyakran a tőle örökletesen különböző nevelőszülőket „utánozza”: bőségesen étkező és keveset mozgó családban a genetikailag idegen gyermek is testtömegtöbbletet szed fel magára, míg a testalakjára adó, azaz egészségesen és mértékletesen étkező, a testedzést fontosnak tartó családban rendes testtömegű marad.

Míg a végleges testmagasságát elérő felnőtt esetében a szervezet energia-egyensúlyának fenntartása a cél, amely úgy érhető el, hogy az étellel és itallal a testbe jutó energia mennyisége azonos az anyagcsere-folyamatok és a testmozgás révén felhasznált energiáéval, mert ilyenkor a testtömeg nem változik, addig

a növéfélben levő gyermekekre energia-egyensúlytalanságnak (más szóval pozitív energiaegyensúlynak) kell jellemzőnek lennie, hiszen testmagasságának és -tömegének gyarapodásához az energia-felvételnek meg kell haladnia az energiafelhasználást. Ez az egyensúlytalanság azonban nem lehet nagyobb bizonyos mértéknél, mert a kelletnél több energia zsír formájában felhalmozódik a szervezet zsírraktáraiban. Minden gyermek esetében egyénileg kell meghatározni (a testmagasságot és a hozzá viszonyított testtömeget, azaz a testtömegindexet figyelembe véve), hogy mennyi energiára van szüksége testének rendszeres (egészséges) gyarapodásához, s az étrendjét és fizikai aktivitását ehhez kell tervezni. Az étrend az energiát adó anyagokon (elsősorban zsírokon és szénhidrátokon, kisebb részben fehérjéken) kívül természetesen energiaforrásként számításba nem jövő vitaminokat, ásványi anyagokat és élelmi rostokat is kellő mennyiségben kell tartalmazzon. A tápanyagok és az üdítítalok energiatartalmát ismerve kiszámítható, hogy az elfogyasztott étellel és itallal mennyi energia jut a testbe (a fehérje és a szénhidrát négy, míg a zsír kilenc kilokalóriát jelent grammonként). S ugyancsak kiszámítható az is, hogy a fizikai aktivitás során mennyi energiát használ fel a szervezet (például az óránként négy és fél kilométeres sebességű járás percnként három, míg az óránként kilenc kilométer sebességű futás percnként tíz kilokalóriát emészt fel). Ennek ismeretében megállapítható, hogy mennyi fizikai aktivitással tüntethető el a szervezetből a fölös energiamennyiség. Nyilvánvaló, hogy testtömegfölösleg és elhízás akkor következik be, ha a fizikai aktivitás nem elégséges a bőséges étkezéssel a szervezetbe jutó fölös energiamennyiség feldolgozásához.

Az elhízás megelőzését célzó akciótervek készítői nincsenek könnyű helyzetben a kóros testtömeg-gyarapodás sokokú természetete miatt, mert nincs egyetértés a tekintetben, hogy pontosan mit foglaljanak magukban az egészséges étkezési és test-edzési útmutatók. Minthogy különböző etnikai-kulturális és gazdasági helyzetű csoportokat kell megcélolni, az irányelveknek csak akkor lesz fogamatjuk, ha ilyen csoportok részvételével folyó kísérletek és felmérések eredményein (azaz bizonyítékokon) alapulnak. A tapasztalatok azt mutatják, hogy az akciótervek akkor számíthatnak sikerre, ha pontosan körvonalazzák a célt, s nem vesznek el a részletekben. Ha arra hívják fel a figyelmet, hogy milyen minőségű (tápanyag-összetételű) és mennyiségű étel meg ital fogyasztása kívánatos, s nem azt helyezik a középpontba, hogy milyen típusú ételeket és italokat szabad és nem szabad enni, inni. Ha a minőséget és a mennyiséget szem előtt tartjuk, akkor az sem egészségtelen, ha a gyermek gyorséttermi hamburgert vagy chipset eszik, s édes üdítítalt iszik hozzá, ha ügyel a mennyiségre. Testtömegtöbblet ugyanis csak fölös energiából szedhető fel.

■ NEMZETI PRIORITÁS

Fontosságára, sőt, egyre inkább sorskérdéssé válására tekintettel a járványos méretű gyermekkori elhízás (és általában az elhízás) megelőzésének és kezelésének – mint említettük – nemzeti közegészségügyi prioritássá kell válnia. Ugyanúgy, akár csak a gyermek- és fiatalkori dohányzásnak vagy italozásnak. Igen ám, csak hogy míg a dohányzás és az italozás különbö-

ző okokra hivatkozva tiltható és szankcionálható, az evés és az ivás (az energiadús üdítítalt is beleértve) – életszükséglet lévén – ily módon nem korlátozható, s adminisztratív eszközökkel az sem akadályozható meg, hogy a gyermek annyit egyen és igyon, amennyit csak bír. Csak az szabályozható rendeletileg, hogy például az iskolai büfében milyen termék forgalmazható, az viszont nem, hogy mennyit vehet és ehett belőle a gyermek. Eképp a felvilágosítás, az érvelés, a meggyőzés, a tanácsadás áll az e tekintetben tenni akarók rendelkezésére. S ez nem kevés, ugyanis vannak jelei annak, hogy a jól szervezett egészségnevelési programok nem hatástalanok. Több fejlett országban észlelhető az étkezéssel és a testmozgással kapcsolatos társadalmi normák jó irányba való módosulása, s ez hosszú távon a lakosság egészségesebbé válását eredményezheti. Ennek előmozdításában az állami, a társadalmi és a civil szervezeteknek összehangoltan kell együttműködniük.*

A gyermekkori elhízás elleni küzdelem nemzeti prioritássá minősítése ugyanolyan fontos, mint az, hogy annak idején (például az Egyesült Államokban a múlt század harmincas éveitől) az éhezés és a hiányos táplálkozás felszámolása is sok helyütt azzá vált, s évégett kormányzati intézkedéseket fogantatosítottak. Most Amerikában az az egyik legfontosabb célkitűzés, hogy az Egészséges népeiséget 2010-re elnevezésű program keretében 5% alá csökkentsék az elhízott gyermekek és serdülők arányát. Ebben a programban nemcsak egészségügyiek vesznek részt, hanem az iskolaügy, a mezőgazdaság, az élelmiszeripar és még jó néhány szakterület illetékesei is, hiszen csak az együttműködés vezethet eredményre, amelyet magas állami szinten hangolnak össze. Az akciókról és az eredményekről évente írásos beszámolót adnak közre, amelyben egyebek között közlik a gyermekkori elhízás epidemiológiai adatait, valamint a megelőzésére és a vele kapcsolatos kutatási, illetve felvilágosítási programokra fordított kormányzati összegek nagyságát. Ettől függetlenül természetesen folytatódnak az elhízás megelőzését célzó egyéb kutatások (például az amerikai Nemzeti Egészségügyi Intézet keretében folyó, 2003-ban háromszázhetvenkilencmillió dollárt igénylő,⁹ illetve az Étkezési Irányelvek Tanácsadó Bizottsága által irányított vizsgálatok) is, amelyek nélkülözhetetlenek ahhoz, hogy a lakosság a legújabb tudományos eredményeken nyugvó étkezési ajánlásokhoz jusson.

Magától értődik, hogy egyetlen nemzeti prioritású preventív programban sem elhanyagolható a helyi közösségek szerepe, hiszen az állami szintnél jobban ismerik a helyi népesség etnikai, szociális és környezeti helyzetét, valamint szokásait, szükségleteit és lehetőségeit. Ez az étkezésre, következésképp az elhízásra vezető magatartásra is vonatkozik. Minthogy a közösségeknek jól felfogott érdekük, hogy gyermekeik testileg és lelki-legerzelmileg minél egészségesebbek legyenek, nem hunyhatnak szemet afelett, hogy az utóbbi évtizedekben járványos méretű elhízás veszélyezteti jövő nemzedékük egészségét. A jól

* Magyarországon is ismert már jó néhány kezdeményezés a diákok egészséges étkezési szokásainak megváltoztatására – túl a sulibüféügyeken. Ilyen a 2006-ban a főváros újbudai részén elinduló reformétkéztetési program – az új rendszer alapja, hogy a diákok csak egészséges alapanyagból készült, a reformkonyha szabályai szerint elkészített ételeket kapnak –, amely az önkormányzati fenntartású iskolákat érinti, ahol a diákok aktív bevonásával, véleményük meghallgatása után döntenek a menüről. (A szerk.)

szervezett közösségnek hajlamának kell lennie arra, hogy tegyen ez ellen. Arra kell bírnia az „eltelődött”, a többlettömegűeket és az elhízottakat, hogy saját és közösségük érdekében változtassanak étkezési és fizikai aktivitási szokásaikon. Eképp nemcsak az elhízottak szabadulhatnak meg fölös testtömegüktől, hanem az elhízás is megelőzhető.

Először is azt kell tudatosítani az emberekben, hogy az elhízás nem testi szépséghiba, hanem betegség vagy betegség előállapota, következképp kezelésre szorul. Még jobb azonban megelőzni. A gyermekkori elhízás megelőzése terén nemcsak az egészségügy és az iskola tehet sokat, hanem a közösség szervezetei (civil és egyházi gyermek- és ifjúsági körök, sportegyesületek, fitnessklubok stb.) is tevékenyen közreműködhetnek benne, hiszen az egészséges életmódot (étkezést és fizikai aktivitást) célként kitűző magatartásra való otthonon és iskolán kívüli motiválás sokszor hatásosabb.¹⁰ De fontos szerepük van azoknak az üzleteknek és éttermeknek is, ahol a gyermekek ételeket és üdítőitalokat vásárolnak vagy fogyasztanak, hiszen egy 2002-es felmérés szerint az amerikai gyermekek huszonnégy milliárd dollárt költöttek ételre és italra.¹¹

■ KÖZÖSSÉGI ERŐFESZÍTÉSEK

Míthogy az elhízás és a szövődémei elleni siker nagyban múlik a környezet megváltoztatásán, ez a cselekvés „ökológiai keretként” fogható fel, amelyben a közösség több szereplőjének (egyéneknek és szervezeteknek) több szinten kell együttműködniük. A cselekvési program (akcióterv) nemcsak a fizikai (otthoni és iskolai) környezet módosítását tűzi ki célul, hanem fontos szerepet szán a médiakampánynak, az egészséges életre nevelésnek és a szűrővizsgálatoknak is. A felnőttekkel szerzett tapasztalatok azt sugallják – erre a finnországi észak-karéliai projekt a legismertebb példa, amelynek során az étrend és a fizikai aktivitás módosításával csökkent az elhízásban és a koszorúér-betegségben szenvedők aránya¹² –, hogy a gyermekkori elhízás megelőzésében is beválhat a közösségi összefogás, ahhoz hasonlóan, ahogy a gyermek- és fiatalok dohányzás és italozás visszaszorítása terén is több helyütt sikert értek el.

Bár a társadalmi, a civil és az egyházi megelőzési programok külön-külön is hatásosak lehetnek, a közös célra – a közösség egészségére – tekintettel célszerű valamilyen szinten összehangot teremteni közöttük. Ezáltal elkerülhető, hogy tudományosan eltérő megítélésű ismeretekhez jussanak a programokban résztvevők. (Gondoljunk csak a gombamódra szaporodó fogyókúrás programokra, amelyek között szakmailag jók és elfogadhatatlanok egyaránt akadnak.) Elsősorban az olyan családokban élő gyermekekre kell figyelmet fordítani, amelyekben a szülők elhízottsága, az etnikai alapú „duci” testalakideál és a rossz jövedelmi viszonyok veszélyeztető tényezők a gyermek számára. Az Egyesült Államokban elsősorban a társadalmilag bizonyos mértékig izolálódott, egészséges életviteli modellt nélkülöző afroamerikaiak, spanyol ajkúak, indiánok és a csendes-óceáni térségből bevándorlók bizonyos populációi a célcsoportok, s mint hogy a népességeik eléggé vallásosak, körükben főleg az egyház által szervezett életmód- (elhízás és testi inaktivitás elleni) programoknak van foganatjuk. Beválnak az egészséges étkezésre és a fizikai aktivitásra nevelési tanácsadások, a kóstolóval egybe-

kötött csoportos főzőtanfolyamok, valamint a zöldségek és a gyümölcsök nagyobb arányú fogyasztására buzdító szakmai útmutatások. Különösen a nők és a lányok fogékonyak az egészséges étkezésre és a rendszeres fizikai aktivitásra sarkalló kezdeményezésekre, ha sikerül az önbecsülésüket és a testalakjuk iránti igényességüket növelni, s étkezési attitűdjüket a kívánalmaknak megfelelően módosítani. Sikert előmozdító hatású, ha bevonják őket a programok tervezésébe, kivitelezésébe és az eredmények értékelésébe is. Tartós sikerre azonban csak akkor lehet számítani, ha a reális célokat kitűző megelőzési programok (akciótervek) nem kampányszerűek, hanem folyamatosak, s irányítóik gondoskodnak arról, hogy ne váljanak monotonokká, megunhatókká. Évétől időre megújításra szorulnak, új elemekkel kell bővíteniük, mert a változatosság ébren tartja a résztvevők érdeklődését. Fontos szempont az is, hogy az eredmények az egész közösség számára ismeretessé váljanak, mert egyetlen program sem nélkülözheti a szűkebb-tágabb közösség erkölcsi és anyagi támogatását.

A gyermekkori elhízás elleni programok szervezéséből, kivitelezéséből, ellenőrzéséből és értékeléséből a közösséget képviselő egészségügynek az eddiginél fokozottabban ki kell vennie a részét. E tekintetben ugyanis még nem áll a helyzet magaslatán. Kezdve azzal, hogy az orvosi egyetemeken kevés táplálkozástani, elhízásmelelőzési és testedzésre vonatkozó ismeretet szereznek a leendő orvosok, holott majdan nekik (is) kellene szakmailag megalapozottan végezniük, irányítaniuk és összefogniuk a lakosság étkezésével és fizikai aktivitásával kapcsolatos tanácsadást. Sajnos, még a fejlett egészségügyű Egyesült Államokban sem általános gyakorlat, hogy a gyermekorvosi rendelés alkalmával rutinszerűen megállapítják (kiszámítják) a testtömegindexet (jóllehet a testtömeget és a testmagasságot rendszerint megméri), noha az Amerikai Gyermekgyógyászok Akadémiája ezt határozottan ajánlja a gyermekorvosoknak.¹³ Az Amerikai Családorvosok Akadémiája pedig arra hívta fel a háziorvosok figyelmét, hogy törődjenek a saját testtömegükkel és testük rendszeres edzésével, mert az elhízott, tunya orvos szájából nem hangzanak hitelesen az egészséges életvitelre vonatkozó tanácsok.¹⁴

A közösségi egészségügyi szolgálatoknak átgondolt, jól megtervezett, realista programjuknak kell lenniük a gyermekkori elhízás megelőzésére és kezelésére, amely az egyéni magatartást ugyanúgy tekintetbe veszi, mint a családi és a tágabb (társadalmi, gazdasági és fizikai) környezetet, egyebek között a gyermek- és ifjúsági létesítmények (köztük óvodák, iskolák, sport- és egyéb szervezetek) lehetőségeit. A legfőbb szempont a gyermekek egészséges étkezése (minőségi és mennyiségi szempontból egyaránt) és a vele összhangban levő testmozgás. Az étkezést illetően nagy gond, hogy – mint említettük – a dietetikailag kifogásolható, egészségtelen (nagy zsiradék- és energiatartalmú) ételek gyakran olcsóbbak, ezért vásárláskor előnybe kerülnek, mint azok (sovány húskok, halak, gyümölcsök, zöldség- és főzelékfélék), amelyeknek a fogyasztása kívánatos volna.¹⁵

■ AZ ISKOLA SZEREPE

Az iskola a tapasztalatok szerint a gyermekkori elhízás megelőzésének fontos közösségi színtere, hiszen iskolába járni köte-

lező, ekképp ott minden gyermek étkezéssel és testmozgással kapcsolatos egészségügyi felvilágosításban részesül. Minthogy a gyermekek sok évig járnak iskolába, a jól átgondolt iskolai felvilágosítási program és gyakorlat előnyösen befolyásolhatja étkezési és testmozgási magatartásukat. A tanulók nemcsak az elméleti tudnivalókkal ismerkednek meg, hanem az iskolai étkezés, étkeztetés (a büfét és az étel-ital automatákat is beleértve) és testedzés révén hozzászokhatnak az egészséges életmódhoz. Olyannyira, hogy összeütközésbe kerülhetnek az otthoni (családi) életmódi szokásokkal, ha azok az iskolában ajánlottaktól eltérők.

A legellenőrizhetőbb helyzetben azok a diákok vannak, akik szervezeten reggeliznek, tízóraiznak, ebédelnek és uzsonnáznak az iskolában, ugyanis ismert összetételű (energia-, tápanyag-, ásványianyag- és vitamintartalmú) és adagú ételt megittal fogyasztanak, s ha napközben nem nassolnak, az egészségesnek minősített energiafelvételükön csak a bőséges otthoni vacsora ronthat. Az iskolai étkeztetésnek olyannak kell lennie, hogy a gyermek tejhez vagy tejtermékhez, húshoz vagy húskészítményhez, kenyérhez vagy péksüteményhez és gyümölcshöz vagy zöldséghez mindennap kellő adagban hozzájusson. (Sajnos, még a fejlett országokban sem általános, hogy az iskolai étkeztetés hiánytalanul megfelel e kívánalomnak.) Az már problémásabb, ha a gyermek otthonról hozza az ételét és italát, illetve csak az iskolai büfét látogatja vagy az iskolai automatákból eszik-iszik (még ha azokban sok helyütt csak előírt minőségű termékek helyezhetők el), mert ilyenkor nem okvetlenül érvényesül a mennyiségi korlát, s a pénzzel jól „eleresztett” diák többet ehet-ihat annál, mint amennyire a szervezetének szüksége van.

Sokat javít a helyzeten, ha az iskola vezetése törődik azzal, hogy a diákok milyen ételekhez és italokhoz juthatnak hozzá az iskolában. Az igazgatónak ugyanis beleszólása van abba, hogy a büfében vagy az automatákból milyen ételek és italok vásárolhatók. Sok külföldi példa van rá, hogy az általános vagy középiskolai büfében többféle gyümölcsöt és zöldséges étket kínálnak, s nem árulnak cukorral vagy mesterséges édesítőszerrel édesített üdítőitalt, csak olyan gyümölcslevet, amelynek a gyümölcstartalma meghaladja a 20%-ot. Néhol az is elvárás, hogy egyetlen étel energiatartalmának se származzon 30%-nál nagyobb hányada zsiradékból, ezen belül 10%-nál ne tegyen ki többet a telített zsírsavak aránya.¹⁶ A főiskolák és egyetemek diákjai sokkal szabadabbak, mert ők tanítási időben is elhagyhatják intézményüket, s a közeli büfékben, gyorséttermekben vagy automatákból olyan ételeket és italokat vásárolhatnak, amilyet csak akarnak. Sajnos, egy részük előnyben részesíti a kelleténél nagyobb zsír- és cukortartalmú ételeket, különösen akkor, ha azokat intenzíven reklámozzák. Ugyanakkor biztató, hogy ha a szabadon választható ételek és italok közül a kis zsír- és energiatartalmúak 10–50%-kal olcsóbbak, mint azok, amelyek egészségtelennek minősülnek, a pénzzel nem bőségesen ellátott diákok nagy hányada az olcsóbb, egészségesebb termékeket vásárolja.¹⁷ Jó lenne, ha ez arra buzdítaná az iskolák vezetését, hogy rábírra a büféket vagy automatákat üzemeltetőket termékeik versenyztetésére. A profitot ugyanis nem apasztja, ha az olcsóbb termékből sok, míg a drágábból kevés fogy. Ennek az üz-

letpolitikának akkor lenne nagy sikere és jövője, ha meg lehetne oldani az olcsóbb és egészségesebb termékek iskolai forgalmazásának pénzügyi támogatását.

Az iskolára azonban nemcsak a gyermekkori elhízás megelőzésében és mérséklésében fontos szerepű egészséges étkezésre nevelés terén hárul nagy feladat, hanem az ehhez nélkülözhetetlen fizikai aktivitásra serkentésben is. Az iskolában rendelkezésre álló tornaterem, sportpályák és -eszközök, valamint szakképzett testnevelők, edzők olyan környezetet jelentenek, amely lehetőséget teremt a gyermekek és fiatalok számára testük megmozgatására. A célnak annak kellene lennie, hogy ez életelemmüké váljon. Amerikai tapasztalatok szerint nem elérhető, hogy az iskolások naponta egy órát eddzék a testüket, hiszen napjuknak csaknem a felét az iskolában töltik.¹⁸ A gyakorlat azonban nem igazolja ezt. Például a negyvenöt perces testnevelési órának jó ha a felét töltik testedzéssel, s minthogy egy héten két, legfeljebb három testnevelési óra van, ez kevés ahhoz, hogy a diákok edzetteké váljanak. Ehhez ausztráliai ajánlás szerint naponta legalább hetvenöt perces erőteljes edzésre volna szükség, amely egészséges és mértékletes étkezés esetén megakadályozza a testtömeg nemkívánatos gyarapodását.¹⁹ Ilyesmire jobbára a gyermek- és fiatalokú sportolók vállalkoznak, míg a nem sportolók közül annál kevésbé hajlandók rá a fiatalok, különösen a lányok, minél idősebbek. S ez nemcsak az iskolai, hanem az iskolán kívüli testedzési lehetőségekre (kerékpározásra, teniszezésre, tollaslabdázásra, gördeszkázásra stb.) is vonatkozik.

Az iskolai testedzés elégtelenségében, elszabotálásában, persze, nemcsak a diákok ludasak, hanem azok a testnevelő tanárok is, akik nem kellő hivatástudatukból fakadóan nem vagy nemigen törődnek azzal, hogy diákjaik mit csinálnak a testnevelési órán. Holott a testnevelő tanárnak fontos szerepe van (kellene lennie) a diákoknak a rendszeres testedzésre motiválásában, szoktatásában és annak tudatosításában, hogy a test megdolgoztatása (a fizikai aktivitás) az egészséges élet egyik alapfeltétele. Egyidejűleg arra is fel kell hívnia diákjainak a figyelmét, még ha ez nem a szakterülete is, hogy a testedzésen kívül egészségesen és mértékletesen étkezzenek (ne hízzanak el), ne italozzanak, ne dohányozzanak, ne kábítószeressenek, s ügyeljenek testi és lelki higiéniájukra is. Sajnos, egy felmérésből az derült ki, hogy a tanárok összesen öt órán át foglalkoztak a diákok egészséges étkezésére és négy órán át a rendszeres testedzésre nevelésével a tanév folyamán.²⁰ Mentségükre szolgál, hogy nincsenek kiképezve egészségügyi felvilágosító és magatartásmódosító feladatra, hiszen mindkét szakterület sajátos (egészségnevelői, pszichológusi) végzettséget igényel. Arra viszont az iskoláknak rendszerint nincs lehetőségük, hogy ilyen képzettségű szakembereket alkalmazzanak. Az iskolákat alkalmanként meglátogató egészségnevelő, pszichológus vagy iskolaorvos pedig idő hiányában nem képes arra, hogy tanácsaival érdemben beavatkozhasson a diákoknak az egészséges étkezéshez és a rendszeres testedzéshez való viszonyulásába. Holott ez nagyon fontos volna, hiszen csupán az Egyesült Államokban több mint kilencmillió gyermek és fiatal él olyan családban, amelyeknek nincs egészségbiztosítása, következésképp a családtagok nem kerülnek rendszeresen orvos elé.²¹



■ SZÜLŐI HOZZÁÁLLÁS

A gyermekkori elhízás megelőzését és idejében való kezelését előmozdítani szándékozó kutatásokból az is kiderült, hogy bármilyen fontos szerepe van is mindebben az egészségügynek, az iskolának, a különböző szervezeteknek stb., a legdöntőbb tényezők a szülők (a szülő kategóriába a nagyszülő vagy más családtag is beleértendő, ha ő neveli a gyermeket). Mint-hogy a kisgyermeket kevés kivételtől eltekintve a szülő étkezeti, vagyis rajta múlik, hogy mit és mennyit eszik, a gyermekkori elhízás megelőzésében és kezelésében érdekelt szakemberek (elsősorban orvosok és dietetikusok) csak a szülő bevonásával érhetnek el sikert. De akkor is sok múlik a szülőn, amikor a gyermek iskoláskorúvá válik, amikor már maga dönt arról, hogy házon kívül mit eszik. Ha ugyanis a szülő nem fordít kellő figyelmet gyermeke étkezésére és ezzel szoros kapcsolatban arra, hogy a fizikai aktivitása is megfelelő legyen, egy 1994-es dániai felmérés szerint a jó anyagi körülmények között élő, zsebpénzzel kellően ellátott gyermek nagy valószínűséggel túlsúlyossá válik.²²

A tapasztalatok azt mutatják, hogy az otthoni környezet (a szülői életstílus, értékrend, azaz minta) meghatározó a gyermek életmódja és étkezési szokása szempontjából. Ha a szülő egészségesen (mértékletesen és változatosan) étkezik, azt a gyermek – sok más szokáshoz hasonlóan – „eltanulja”, s fogékony lesz arra, hogy akkor is tartsa magát hozzá, amikor már önállóan étkezik. Csak így tud ellenállni annak a csábításnak, amely kalóriadús étkeket (chipseket, olajos magvakat stb.) nassoló és cukrozott üdítőitalokat fogyasztó társai részéről fenyegeti. Amikor ellenben a szülő elhízott, s nem törődik vele, hogyan néz ki, nem meglepő, ha a gyermeke is elhízik, s a családban halmozódnak azok az idült, felnőttkori betegségek, amelyeknek ugyan örökletes alapjuk is lehet, ám jobbára a többlettömeg miatt alakulnak ki. Ilyenkor nem az elhízott gyermek, hanem az elhízott család szorul kezelésre. Ha sikerül a szülőt az ügynek megnyerni, pozitív mintaként a gyermek elé állítani (ebben a dietetikusra hárul a legfőbb feladat, de az orvos, a média, az iskola, a társadalmi-etnikai környezet stb. szerepe sem elhanyagolható), akkor arra is remény van, hogy a gyermek testtömege rendessé válik.²³ A gyermek étkezési magatartásának szülő általi megváltoztatásával javarészt az étkezési zavarok is megelőzhetők.²⁴

Ami az üres lakásba hazaérkező gyermeket illeti, ugyan azt és annyit ehet, amit és amennyit akar, ezt azonban a szülő azzal szabályozhatja, hogy csak egészséges ételt (élelmiszert) tart otthon, s akkora adagban, amennyi az éhséget csillapítja, de többletkalória-felvételt nem eredményez.

A szülőnek azonban már ennél jóval hamarabb meghatározó szerepe van a gyermekkori elhízás megelőzésében. A tapasztalatok ugyanis azt mutatják, hogy a szoptatott csecsemők kisebb hányada lesz túlsúlyos hatéves korában, mint a tápszerral cumiztatottaké.²⁵ Ugyanerre a következtetésre jutottak annak az amerikai felmérésnek a végzői is, akik tizenkét és fél ezer négyéves gyermeket vontak be vizsgálatukba, de csak a fehér gyermekek esetében figyelték meg a szoptatás jótékony hatását, míg az afroamerikaiak esetében nem,²⁶ s az utóbbit tapasztalták egy másik vizsgálat során is, amelybe húsz és fél ezer gyermeket vontak be²⁷ (ennek az etnikai különbségnek az okát még

nem tisztázták). A szoptatás előnyös (elhízásra nem vezető) hatását azzal magyarázzák a kutatók, hogy a nélkülözhetetlen tápanyagokat tartalmazó anyatejből rendszerint annyit eszik a csecsemő, amennyi az éhségét csillapítja, míg a cumisüvegből szoptatott gyermek látja, hogy még van tápszer az üvegben, s akkor is kiszívja a maradékot, ha már a jóllakottság jelei mutatkoznak rajta.²⁸

Az elválasztás megkezdésekor (az anyatejes vagy az azt pótló tápszeres etetés egyeduralmának befejeződésekor) nemcsak a védőnő, hanem a dietetikus is nagy segítségére lehet a szülőnek abban, hogy a csecsemő tápláló, de nem hizlaló kiegészítő ételeket kapjon, s azokban bőségesen legyenek zöldség- és főzelékfélék meg gyümölcsök. Bár a csecsemő eleinte mindenféle szokatlan íztől idegenkedik, márpedig az anyatej vagy a tápszer után minden íz új a számára, előbb-utóbb – általában ötszöri-tízszöri próbálkozás után – azonban megbarátkozik velük.²⁹ Leginkább a nagy zsír- és energiatartalmú édes és sós ízű étkekkel, s ebben benne rejlik az a veszély, hogy túlságosan is megkedveli őket.³⁰ Ha nem ügyel a szülő, s nem kap a gyermek bőségesen kis energiatartalmú, nagy telítőkertű zöldségeket, főzelékeket és gyümölcsöket is, már csecsemőkorban megalapozódhat a gyermekkori elhízás. E tekintetben nem rózsás a kép, ugyanis egy valamivel több mint háromezer csecsemő és kisgyermek bevonásával végzett felmérés során azt tapasztalták a kutatók, hogy a csecsemők 23%-a és a kisgyermek 33%-a nem evett a kérdezés időpontja előtti huszonnégy órában gyümölcsöt, míg a csecsemők 18%-a és a kisgyermek 33%-a nem kapott ez idő alatt zöldség- és főzelékféléket.³¹

A szülőnek nemcsak az ételek összetevőire kell ügyelnie, hanem a gyermeke által megevett mennyiségre is. Nem egy kisgyermek hajlamos ugyanis arra, hogy addig eszik, amíg el nem telik. Erre azért kell odafigyelni, mert ha ez az étkezési minta mélyen rögzül benne (s mindig bőségesen áll rendelkezésre étel), akkor a későbbiekben is nagyevő lesz, s ennek hamar elhízás lesz a következménye.³² Több felmérés mutatja, hogy a kisgyermek, de a nagyobbak többsége is (a nyolc és tizenhét év közöttiek 78%-a) hallgat az egészséges étkezést szem előtt tartó szülő szavára, s megfogadja az ételek minőségére és mennyiségére vonatkozó tanácsait.³³ Különösen akkor, ha rendszeresen (munkanapon reggel és este, míg munkaszüneti napon délben is) együtt étkezik a család, amikor is a szülő látja, mennyit eszik a gyermeke, s arra buzdítja, hogy zöldség- és gyümölcsféléből is vegyen. Nagy gond ugyanakkor, ha megfelelően összeválogatott nyersanyagokból készült étel helyett tévézés közben pizzát, szendvicset, sós snacket (chipszet, pattogatott kukoricát, amerikai mogyorót stb.) és aprósüteményeket nassol a család, s nem százszázalékos gyümölcslevet, hanem kalóriadús üdítőitalt iszik, mert ilyenkor a mennyiség másodlagos szempont, s ez hosszú távon megbosszulja magát.³⁴ Több kutató is elszomorítónak tartja, hogy három évtized alatt megháromszorozódott a gyermekek által naponta megivott üdítőital mennyisége, s ez idő alatt 36%-kal csökkent a tejfogyasztásuk³⁵ – ez kritikaként is felróható a szülőknél.

Aligha meglepő, hogy a sovány vagy a rendes testtömegű gyermek étkezését jobban tudja a szülő irányítani, mint az elhízott gyermekét. Az előbbi esetben ugyanis gyakran még noszo-

gatni is kell a gyermeket arra, hogy egyen, míg az utóbbiban a korlátozás és a tiltás kerül előtérbe, de ügyes szülői taktikával ez is különösebb gond nélkül megvalósítható. A legjobb azonban elkerülni ezt, ügyelve arra, hogy a gyermek ne szedjen fel többletsúlyt magára. Ennek a szülőt állandó ellenőrzésre kell készítenie, s közben nevelnie is kell a gyermeket arra, hogy mikor, hol, mit, mennyit egyen és igyon. Ekképp a gyermek bizonyos életkortól képes arra, hogy meghatározza az adagját (akár olyan áron is, hogy étel marad a tányérján), s korlátozza a főétkezések közötti nassolást.

Ugyanilyen fontos az is, hogy az egészséges étkezéshez testileg (fizikailag) aktív élet társuljon. A televízió, a videójáték és a számítógép térhódításával igen elterjedt ülő életmód (egy hét évvel ezelőtti felmérés szerint a két és hét év közöttiek két és fél, a nyolc és tizenhárom év közöttiek négy és fél, míg a tizennégy és tizennyolc év közöttiek három és fél órát töltenek naponta átlagosan képernyő előtt³⁶) ugyanis kedvez a gyermekkori elhízásnak. Nemcsak azért, mert ülés közben a test kevés energiát használ fel, hanem mert tévézés, videójáték és számítógép-használat közben a gyermek rendszerint nassol is.³⁷ A napi sokórás tévézést azért is károsnak tartják a kutatók, mert az adók bőségesen reklámoznak dietetikailag kifogásolható (sok cukrot és zsírt, azaz tetemes mennyiségű energiát tartalmazó) rágcsálnivalókat és üdítőitalokat, amelyek a gyermeket akarva-akaratlan motiválják. Nemegyszer tapasztalható, hogy a gyermek tanácsalanná válik: kinek higgyen, az egészséges étkezésre buzdító szülőnek, vagy a csábító reklámnak? Nem véletlen, hogy az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémiának az ülő életmóddal és tévézéssel kapcsolatos elhízás megelőzését szem előtt tartó szakértői azt ajánlják a szülőknek: a kétévesnél fiatalabb gyermeket ne tévéztessék, a nagyobbak pedig legfeljebb egy-két órát üljenek naponta képernyő előtt (a számítógépet is beleértve), s a hálószobájukban ne legyen készülék.³⁸ Ha más szempontból is, de ugyanilyen értelmű állásfoglalást tett közzé az Amerikai Pszichológiai Társaság, az Amerikai Orvostársaság és az Amerikai Gyermek- és Serdülőpszichiátriai Akadémia is.³⁹

A gyermek elhízása és ülő életmódja elleni szülői fellépés hatékonyságában meghatározó szerepe van annak, hogy a szülő miképp él (mit és mennyit eszik, s fizikailag aktív-e, vagy hajlamos a tunyaságra). A szülő ugyanis minta, modell a gyermek számára.⁴⁰ Mégpedig pozitív és negatív értelemben egyaránt. Az egészségesen élő, étkező szülő jó irányba befolyásolja a gyermek étkezési és fizikai aktivitással kapcsolatos magatartását, míg a magára nem adó, hacsak lehet meg sem mozduló, elhízott szülő rossz példát sugall gyermekének. Több felmérés is egybehangzóan mutatja, hogy ha a szülő fontosnak tartja a zöldegek, főzelékek és gyümölcsök fogyasztását, a gyermek is megkedveli őket.⁴¹ Ugyanez mondható a gyermek – különösen a leánygyermek – tejivásáról is.⁴² Már csak azért is, mert az ilyen, elhízásra nem hajlamosító (nem obezogén) életvitelű család otthonában ezek az étkek mindig rendelkezésre állnak. Ezzel szemben az energiadús ételeket és italokat fogyasztó, a testmozgásra nem adó, obezogén családban nemcsak a szülő, hanem a gyermek is bőségesen szed fel kilókat magára.⁴³ Aligha kell bizonygatni, hogy a pozitív szülői életviteli minta elterjesztése a megoldás kulcsa, ám a gyakorló szakemberek (főleg dietetikusok)

nagyon jól tudják, milyen nehéz e téren eredményt elérni. Különösen akkor, ha a rossz életviteli, étkezési szokások erősen rögzültek a szülőben. Pedig az egészséges életvitelre nevelés elengedhetetlen ahhoz, hogy a gyermekkori elhízást – a vele társuló gyermek- és felnőttkori testi és lelki panaszokkal, betegségekkel együtt – meg lehessen előzni.

■ AZ ELHÍZÁSI JÁRVÁNY KEZELÉSE

A gyermekkori elhízás járványos méretet öltött, s napjainkban is egyre terjed. Bár rövid távon korántsem olyan veszedelmes, mint a lépfene vagy az Ebola-vírus okozta fertőzés, felnőttkorban azonban olyan szövődményei támadhatnak, amelyek rontják az életminőséget, s megrövidítik az életet. Emiatt nehezen érthető, hogy míg az életet fenyegető fertőző betegségeket illetően a gyors és hatékony beavatkozás mellett áll ki a társadalom és a család egyaránt, addig az életet szintén megrövidítő elhízás megelőzése és kezelése terén általában közömbösség tapasztalható. Úgy vagyunk vele is, mint a hosszú távon gyilkos dohányzással vagy alkoholizálással. A gyors halál eshetősége megrémíti az embereket, a húsz-harminc-negyven év múlva fenyegető ellenben nem olyan rémisztő. Egyszer ugyanis, ha tetszik, ha nem, mindenkinek meg kell halnia.

A gyermekkori elhízás megelőzését a nem kis mérvű közönyön túl az is nehezíti, hogy összetett biológiai, magatartási, társadalmi, gazdasági, kulturális és környezeti tényezők olyan viszonyokat teremtenek, amelyeknek közepette nehéz kordában tartani a testtömeget. A gyermekek annak ellenére szednek többletsúlyt magukra, hogy ez nem áll szándékukban. Valójában az élelmiszeriparnak és a kereskedelemnek sem az a közvetlen célja, hogy hizlalja a lakosságot, hanem csupán a profitját szándékozik növelni, s ezt jól szolgálják az emberek által kedvelt energiadús ételek és italok. Az egyre nagyobb hányadra tekintettel lassan kulturálisan is elfogadottá válik az átlagosnál kövérebb test, s a megelőzési törekvések mindaddig nem számíthatnak sikerre, amíg a beletörődésen felül nem kerekedik a józan ész, annak belátása, hogy az egészséges társadalom fő pillére az egészséges ember. Nem véletlen, hogy az Egészséges embereket 2010-re programnak is ez a fő célkitűzése. Tudatosítani kell az embereket, hogy a többletsúlyból, az elhízásból semmi jó sem származik. A megoldás tehát nem biológiai (genetikai), hanem társadalmi (családi, iskolai, közösségi, kereskedelmi stb.) beavatkozást igényel. E téren azonban egyelőre még nem sejlenek fel biztató megoldások, aminek nem kis részben az az oka, hogy a kutatások nem kínálnak bizonyítékokon alapuló hatékony megoldási módokat. Ennek ellenére azt szorgalmazzák az elhízási járvány megfékezésén munkálkodó szakemberek, hogy minden szinten haladéktalanul cselekedni kell. Mindenekelőtt a kelletnél energiadúsabb étkezés, a testedzés elmulasztása és az ülő életmód terjedése ellen kell küzdeni. Kezdeti eredmények csekély költségekkel is elérhetők, az igazán nagy áttöréshez azonban tetemes társadalmi-gazdasági befektetésekre van szükség. De meg kell érnie, mert a gyermekkori elhízás a jövő nemzedék egészségét, következésképp az emberiség jövőjét fenyegeti.

Dr. Pécsi Tibor



JEGYZETEK

- 1 Preventing childhood obesity: health in balance. Szerk.: Koplan, J. P., Liverman, C. T., Kraak, V. I. National Academy Press, New York, 2005.
- 2 US Department of Labor: Women in the labor force: a databook. Bureau of Labor Statistics, Report 973, 2004. www.bls.gov/cps/wlf-databook.pdf.
- 3 Robinson, J. P., Godbey, G.: Time for life. The surprising ways that Americans use their time. The Pennsylvania State University Press, University Park, 1999.
- 4 Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D., Dietz, W. H.: Predicting obesity of young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 1997, 337, 869–873. l.
- 5 Dietz, W. H.: Childhood weight affects adult morbidity and mortality. *Journal of Nutrition*, 1998, 128, 411S–414S. l.; Dietz, W. H.: Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 1998, 101, 518–525. l.; Must, A., Strauss, R. S.: Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity*, 1999, 23, S2–S11. l.; Puhl, R., Brownell, K. D.: Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 2001, 9, 788–805. l.
- 6 Gascon, F., Valle, M., Martos, R., Zafra, M., Morales, R., Castano, M. A.: Childhood obesity and hormonal abnormalities associated with cancer risk. *European Journal of Cancer Prevention*, 2004, 13, 193–197. l.
- 7 Schwartz, M. B., Ouhl, R.: Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obesity Review*, 2003, 4, 57–71. l.; Strauss, R. S., Pollack, H. A.: Social marginalization of overweight children. *Archiv of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2003, 157, 746–752. l.
- 8 Latner, J. D., Stunkard, A. J.: Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obesity Research*, 2003, 11, 452–456. l.
- 9 National Institutes of Health: Estimates of funding for various diseases, conditions, research areas. www.nih.gov/news/fundingresearchareas.htm.
- 10 Pate, R. R., Trost, S. G., Mullis, R., Sallis, J. F., Wechsler, H., Brown, D. R.: Community interventions to promote proper nutrition and physical activity among youth. *Preventive Medicine*, 2000, 31, S138–S148. l.
- 11 U. S. market for kids foods and beverages. 2003. Report summary. www.marketresearch.com/researchindex/849192.htm.
- 12 Puska, P., Pietinen, P., Uusitalo, U.: Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme – experiences from Finland. *Public Health Nutrition*, 2002, 5, 245–251. l.
- 13 American Academy of Pediatrics: Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*, 2003, 112, 424–430. l.
- 14 American Academy of Family Physicians: Americans in motion. 2004. www.aafp.org/x22874.xml.
- 15 Drewnowski, A., Specter, S. E.: Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 79, 6–16. l.
- 16 United States Department of Agriculture: Menu planner for healthy school meals. 2004. www.schoolmeals.nal.usda.gov/recipes/menuplan/menuplan.html.
- 17 French, S. A., Jeffery, R. W., Story, M., Breitlow, K. K., Baxter, J. S., Hannan, P., Snyder, M. P.: Pricing and promotion effects on low-fat vending snack purchases. The CHIPS study. *American Journal of Public Health*, 2001, 91, 112–117. l.
- 18 Burgeson, C. R., Wechsler, H., Brener, N. D., Young, J. C., Spain, C. G.: Physical education and activity. Results from the School Health Policies and Program Study 2000. *Journal of School Health*, 2001, 71, 279–293. l.
- 19 Dwyer, T., Coonan, W. E., Leitch, D. A., Hetzel, B. S., Baghurst, R. A.: An investigation of the effects of daily physical activity on the health of primary school students in South Australia. *International Journal of Epidemiology*, 1983, 12, 308–313. l.
- 20 Kann, L., Brener, N. D., Allensworth, D. D.: Health education. Results from the School Health Policies and Program Study 2000. *Journal of School Health*, 2001, 71, 266–278. l.
- 21 Bhandari, S., Gifford, E.: Children with health insurance: 2001. www.census.gov/prod/2003pubs/p60-224.pdf.
- 22 Lissau, I., Sorensen, T. I.: Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet*, 1994, 343, 324–327. l.
- 23 Golan, M., Crow, S.: Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: long-term results. *Obesity Research*, 2004, 12, 357–361. l.
- 24 Graber, J. A., Brooks-Gunn, J.: Prevention of eating problems and disorders: including parents. *Eating Disorders*, 1996, 4, 348–363. l.
- 25 Dewey, K. G.: Is breastfeeding protective against child obesity? *Journal of Human Lactation*, 2003, 19, 8–18. l.; Bergmann, K. E., Bergmann, R. L., Kries, R., Bohm, O., Richter, R., Dudenhausen, J. W., Wahn, U.: Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: role of breast-feeding. *International Journal of Obesity*, 2003, 27, 162–172. l.
- 26 Grummer-Strawn, L. M., Mei, Z.: Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *Pediatrics*, 2004, 113, e81–e86. l.
- 27 Bogen, D. L., Hanusa, B. H., Whitaker, R. C.: The effect of breast-feeding with and without concurrent formula use on the risk of obesity at 4 years of age. *Obesity Research*, 2004, 12, 1528–1536. l.
- 28 Fisher, J. O., Birch, L. L., Smiciklas-Wright, H., Picciano, M. F.: Breast-feeding through the first year predicts maternal control in feeding and subsequent toddler energy intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 2000, 100, 641–646. l.
- 29 Beauchamp, G. K., Cowart, B. J.: Congenital and experimental factors in the development of human flavor preferences. *Appetite*, 1985, 6, 357–372. l.; Mennella, J. A., Beauchamp, G. K.: Early flavor experiences: research update. *Nutritional Review*, 1998, 56, 205–211. l.
- 30 Johnson, S. L., McPhee, L., Birch, L. L.: Conditioned preferences: young children prefer flavors associated with high dietary fat. *Physiological Behavior*, 1991, 50, 1245–1251. l.
- 31 Fox, M. K., Pac, S., Devaney, B., Jankowski, L.: Feeding infants and toddlers study: what foods are infants and toddlers eating? *Journal of the American Dietetic Association*, 2004, 1 Suppl., S22–S30. l.
- 32 Rolls, B. J.: The supersizing of America. Portion size and the obesity epidemic. *Nutrition Today*, 2003, 38, 42–53. l.
- 33 Roper Youth Report. New York, 2003. www.roperasw.com/newsroom/press/p031002.html.
- 34 Coon, K. A., Goldberg, J., Rogers, B. L., Tucker, K. L.: Relationships between use of television during meals and children's food consumption patterns. *Pediatrics*, 2001, 107, E7. l.
- 35 French, S. A., Lin, B. H., Guthrie, J. F.: National trends in soft drink consumption among children and adolescents age 6 to 17 years: prevalence, amounts, and sources, 1977/1978 to 1994/1988. *Journal of the American Dietetic Association*, 2003, 103, 1326–1331. l.; Cavadini, C., Siega-Riz, A. M., Popkin, B. M.: US adolescent food intake trends from 1965 to 1996. *Archives of Diseases in Childhood*, 2000, 83, 18–24. l.
- 36 Roberts, D., Foehr, V., Rideout, V., Brodie, M.: Kids and media at the new millennium. The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1999. www.kff.org/content/1999/1535/KidsReport%20FINAL.pdf.
- 37 Robinson, T. N.: Television viewing and childhood obesity. *Pediatric Clinics of North America*, 2001, 48, 1017–1025. l.; Matheson, D. M., Killen, J. D., Wang, Y., Varady, A., Robinson, T. N.: Children's food consumption during television viewing. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 79, 1088–1094. l.
- 38 American Academy of Pediatrics: children, adolescents, and television. *Pediatrics*, 2001, 107, 423–426. l.
- 39 Raising children to resist violence: what you can do. American Psychological Association, 1995.; Physician guide to media violence. American Medical Association, 1996.; Children and watching TV: facts for families. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001. www.aacap.org/publications/factsfam/tv.htm.
- 40 Cutting, T. M., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Birch, L. L.: Like mother, like daughter: familial pattern of overweight are mediated by mother's dietary disinhibition. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1999, 69, 608–613. l.
- 41 Cullen, K. W., Baranowski, T., Rittenberry, L., Cosart, C., Hebert, D., de Moor, C.: Child-reported family and peer influences on fruit, juice, and vegetable consumption: reliability and validity of measures. *Health Education Research*, 2001, 16, 187–200. l.; Nicklas, T. A., Baranowski, T., Baranowski, J. C., Cullen, K., Rittenberry, L., Olvera, N.: Family and child-care provider influences on preschool children's fruit, juice, and vegetable consumption. *Nutritional Review*, 2001, 59, 224–235. l.; Fisher, J. O., Mitchell, D. C., Smiciklas-Wright, H., Birch, L. L.: Parental influences on young girl's fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102, 58–64. l.
- 42 Fisher, J. O., Mitchell, D. C., Smiciklas-Wright, H., Birch, L. L.: Maternal milk consumption predicts the tradeoff between milk and soft drinks in young girls' diet. *Journal of Nutrition*, 2001, 131, 246–250. l.
- 43 Davison, K. K., Birch, L. L.: Obesigenic families: parents' physical activity and dietary intake pattern predict girls' risk of overweight. *International Journal of Obesity*, 2002, 26, 1186–1193. l.