

STRATÉGIE PREVENČIE DETSKEJ OBEZITY

CHILDHOOD OBESITY PREVENTION STRATEGIES

Marek Krška¹

¹Elementary School in Mikušovce 16 / Trnava University in Trnava, Faculty of Education, Department of Biology (Slovakia)

OJPPE 2(1) – Recenzované články/Reviewed Papers**Publikováno/Published 20. 12. 2018****DOI: 10.21062/ujep/226.2018/a/2533-7106/OJPPE/2/1/14**

Abstrakt

Obezita sa stáva jedným z najrozšírenejších problémov ohrozujúcich zdravý vývin detí v 21. storočia. Riešiť už vzniknutý problém je veľmi náročné na čas aj financie. Preto ideálnym spôsobom, ako toto ochorenie eliminovať, zostáva prevencia. Tá je veľmi efektívna, no musí byť vybudovaná na pevných základoch poznatkov a skúseností. Nasledujúci článok preto sumarizuje, ako treba pristupovať k budovaniu takýchto efektívnych prevenčných stratégií, akú podporu vyžadujú a čo by mali obsahovať, nakoľko problematika prevenčných stratégií je rovnako komplexná ako aj samotné ochorenie.

Kľúčové slová: detská obezita, prevencia, prevenčné stratégie

Abstract

Obesity remains one of the most widespread problems endangering the healthy development of the children of the 21st century. It is extremely difficult to deal with a problem that has been in existence for many years, both from a financial and time perspective. The ideal way to eliminate this disease remains in its prevention. Prevention is extremely efficient but it must be built on solid grounds of knowledge and experiences. The following article therefore summarizes how to deal with the making of these effective prevention strategies, the support they require and what should be included in them, since preventing these issues can be as complex as the disease itself.

Keywords: childhood obesity, prevention, prevention strategies

ÚVOD

Výrazný nárast výskytu obezity je možné pozorovať v období posledných troch dekád. Predpokladá sa, že týmto ochorením trpí viac ako 170 miliónov detí. Najviac rozšírená je v krajinách s nadpriemernými príjmami a naopak, v krajinách s nízkym príjmom je jej rozšírenie najmenšie. Celkovo sa však jej prevencia, nanešťastie, zvyšuje všade (WHO, 2012).

Vysoká nadváha neprináša so sebou len problémy vyplývajúce zo zmien telesných proporcií, ale stáva sa pôvodcom mnohých zdravotných komplikácií. Medzi najčastejšie patria kardiovaskulárne ochorenia, diabetes typu 2 a mnoho druhov rakoviny, najmä rakovina kolorekta, obličiek a pažeráka. Ich problémom jej okrem predčasnej úmrtnosti aj dlhodobá chorobnosť. Obezita deťom výrazne redukuje kvalitu života a zvyšuje tiež riziko výsmechu, šikany a sociálnej izolácie (De Pergola, Silvestris, 2013), (WHO, 2012).

Neustály nárast výskytu tohto ochorenia, a vážne komplikácie z neho vyplývajúce, ho zaraďujú medzi jednu z najväčších hrozieb ľudského zdravia začiatku 21. storočia. Preto by práve prevencia tohto ochorenia mala byť našou prioritou, nakoľko je v porovnaní s riešením už vzniknutého ochorenia niekoľko násobne efektívnejšia a menej nákladná (Rossner, 2002), (WHO, 2012).

Zásady vytvárania prevenčných stratégií

Uvedené zásady vychádzajú z princípov vytvorených ako súčasť WHO fóra a technického zasadnutia o prevenčných stratégiách v boji proti detskej obezite v populácii (WHO, 2010).

1. Integrovanosť

- Faktory vplývajúce na rozvoj obezity sú veľmi komplexné a rozmanité. Preto treba mať stále na mysli, že zásah len na jeden z nich by mal iba minimálny význam. Prevencia tak musí byť aplikovaná na mnohé prostredia a využívať širokú škálu prístupov. Efektívne zásahy treba realizovať nielen v školách a komunitných sférach, ale aj v poľnohospodárstve, potravinárskom priemysle, v doprave a inde. Izolované zmeny by mali iba minimálny prínos, no ako súčasť celkovej stratégie však majú nesmiernu hodnotu (Gortmaker et al., 2011).

2. Politická podpora

- Boj s obezitou by mal mať politickú podporu zo všetkých vládnych sfér. Práve vďaka nariadeniam je možné budovať prostredie vhodné na aplikovanie preventívnych stratégií. Dôležitá je opäť kooperácia všetkých strán, nakoľko izolovanosť akýchkoľvek zmien znižuje ich efektivitu (WHO, 2010).

3. Rovnosť a inkluzívnosť

- Mnohé výskumy poukazujú na fakt, že najväčší úžitok z preventívnych programov majú deti z vyššieho ekonomického zázemia. Preto treba stavať všetky prevenčné opatrenia tak, aby neprehľbovali už existujúce rozdiely medzi nimi. Je dôležité, aby boli v nich zahrnuté aj citlivé skupiny obéznych detí, medzi ktoré patria najmä zdravotne postihnutí. Špeciálny prístup, najmä v školskom prostredí, si samozrejme vyžadujú aj deti s poruchami učenia (Garde, 2017).

4. Podpora prostredia

- Rozvoj obezity je podmienený najmä prostredím, v ktorom dieťa vyrastá a žije. Preventívne opatrenia preto musia byť realizované v sférach, ktoré ovplyvňujú správanie celej populácie. Nevyhnutné sú zmeny v potravinovej sfére, v možnostiach aktívneho pohybu, ale aj v socioekonomickom pozadí, kde patrí napríklad výška daní, vzdelanie, či zamestnanosť. Okrem komplexných opatrení treba využívať aj špecifickejšie programy, ktoré sú zamerané na konkrétne cieľové skupiny. Tam patria okrem škôl aj detské centrá, voľnočasové inštitúcie, ale aj domácnosti a náboženské zariadenia. Zabúdať sa nesmie ani na individuálny prístup, ktorý je využívaný najmä v oblasti zdravotných služieb (Sacks, Swinburn, Lawrence, 2009).

5. Monitoring a dozeranie

- Na zistenie podstaty problému a miery efektivity prevenčných opatrení je nevyhnutný monitoring a dozor na globálnej, národnej i lokálnej úrovni. Všetky zistenia je možné využiť na modifikáciu už rozbehnutých prevenčných zásahov, vďaka čomu je možné neustále zvyšovať ich efektivitu (WHO, 2010).

6. Zapájanie viacerých sektorov

- Efektívna prevencia vychádza z podpory rozmanitých sfér. Veľký význam má urbánne plánovanie, školstvo, šport, doprava a podobne. Aj zmeny aplikované na úpravu stravovacích návykov si vyžadujú mnohé zásahy, od zmien potravinových štandardov, cez marketing, predaj, investície a zmeny v poľnohospodárstve, až po úpravy vo sfére finančníctva a iných oblastiach (WHO, 2010), (Powell, Chaloupka, 2009).

7. Transparentnosť

- Kľúčovým faktorom, ktorý vplyva na úspech implementácie týchto opatrení, je zaistenie transparentnosti a angažovanosti zainteresovaných strán. Prístupy, ktoré minimalizujú vznik konfliktov záujmu, spočívajú najmä vo verejnej dostupnosti informácií o spolupráci, najmä pri účasti súkromných sektorov. Práve tie vzbudzujú najväčšie obavy z vplyvu organizácií, ktoré sú súčasťou preventívneho programu, za účelom zisku (Kumanyika, Parker, Sim, 2010).

8. Kontextualizácia

- Mnohé zavedené opatrenia sú v závislosti od oblasti a regiónu vhodnejšie a zvláduteľnejšie než iné. Preto musia byť všetky oblasti starostlivo preskúmané a analyzované. Do úvahy treba brať aj historické, ekonomické, kultúrne, sociálne a mnohé iné faktory, no i už existujúce nariadenia a systémy. V mnohých prípadoch je totiž veľmi ťažké skĺbiť podstatu riešenia problému s kultúrnymi a sociálnymi faktormi, ktoré ovplyvňujú zdravotné a voľnočasové návyky ľudí (O'Dea, Eriksen, 2010).

9. Udržateľnosť

- Ako najefektívnejšie kroky v boji s detskou obezitou sa ukazujú tie, ktoré majú dlhodobé pôsobenie. Takéto pôsobenie je možné dosiahnuť len budovaním nových odporúčaní na existujúcich systémoch, vytváraním komunitných vlastníctiev a ovplyvňovaním sociálnych noriem.

Dlhodobé plánovanie vhodného systému, rozpočtu a realizovanie efektívnych zásahov, výrazne zlepšuje implementačnú efektivitu a programovú udržateľnosť (WHO, 2010).

10. Koordinácia

- Ako súčasť procesov nastavujúcich priority by mali byť určené aj jednotlivé zodpovedné útvary. Ich úlohou je následne so záujmom riešiť zdieľané ciele a zabezpečiť koordináciu medzi sebou. Práve jasné stanovenie kompetencií a zodpovednosti je kľúčovým bodom pre efektívnu spoluprácu medzi sektormi. Toto všetko by sa malo realizovať nielen medzi jednotlivými oblasťami vlády, ale aj medzi verejnou a súkromnou sférou. Jasne stanovené ciele potom pomáhajú rozvíjať politické rozhodnutie a zvyšujú tiež podporu verejnosti (Illinois Department of Public Health, 2010).

11. Jasné vyjadrenie priorít

- Napriek tomu, že je prevencia stále viac podporovaná a oceňovaná, jednotlivé kroky pre jej realizáciu bývajú zavedené chaoticky a za behu. Navrhnuté opatrenia však bývajú najviac efektívne vtedy, ak sú kompaktné, založené na dôkazoch a zainteresovaní majú dostatočný prístup k všetkým informáciám. Je naozaj veľmi zložitá nájsť najvhodnejšiu kombináciu riešení a prístupov, najmä pre rozmanitosť prostredia a ľudí, ktorí v ňom žijú. No práve stanovenie jasných priorít prináša v tomto ohľade významný úžitok a všetky rozhodnutia potom fungujú ako súčasť dlhodobého plánu (WHO, 2012a).

Prístupy v prevencii obezity je možné podľa WHO (2010) začleniť do troch základných úrovní:

- Vládne štruktúry na podporu nariadení a zásahov v boji proti detskej obezite. Práve tie podporujú a zvyšujú efektivitu priamych iniciátorov a aplikovaných opatrení v komunite.
- Podnety a nariadenia na úrovni celej populácie. Medzi ne patrí obmedzovanie marketingu nezdravých jedál, nealkoholických nápojov pre deti, označovanie potravín, určenie výšky daní, dotácií a podobne. Jedná sa najmä o zmeny, vplývajúce na vnímanie jedla a fyzickej aktivity.
- Komunitné zásahy. Tieto programy a intervencie sú následne aplikované na konkrétne cieľové skupiny. Sú preto upravené, prispôbené a aplikované s ohľadom na ich konkrétne potreby.

Vládne štruktúry na podporu nariadení a zásahov v boji proti detskej obezite

Mnohokrát sa v prevencii obezity prehliada kritický význam vlády. Práve štruktúry v jej vnútri dávajú základ priamym prevenčným zásahom. Jej najväčší význam sa ukázal v krajinách s nízkym a stredným príjmom a práve tam je preto nevyhnutnosťou posilniť štruktúry podporujúce rozvoj všeobecného verejného zdravia formou osvetu a už spomínaných priamych zásahov (WHO, 2010).

1. Vedenie

- Strategické vedenie na vysokej úrovni je kľúčovým prvkom na získanie nevyhnutnej podpory k implementácii prevenčných opatrení a aj pre zachovanie ich správnej rýchlosti implementácie a intenzity. V ideálnom prípade sú vedúcimi osobami tohto vedenia vysoko postavení politici, napríklad predseda vlády alebo prezident (Koplan et al., 2005).

2. Zdravie ako priorita

- Nariadenia vlády bývajú iba málo hodnotené z pohľadu ich vplyvu na zdravie. Preto by mali byť zavedené povinné kontroly všetkých nariadení a prehodnotený ich možný dosah naň. V prípade podozrení ich je potom možné upraviť ešte pred vstupom do platnosti. Týka sa to najmä nariadení z oblasti potravinárstva, poľnohospodárstva, verejnej dopravy, ale aj sociálnej podpory či iných (Gortmaker, 2011).

3. Financovanie podpory zdravia

- Prevenčné aktivity v boji s detskou obezitou vyžadujú okrem mnohých zdrojov podpory aj špecializované financovanie. Preto by mala vláda racionálne vyčleniť ročný rozpočet na všetky realizované činnosti. Medzi hlavné prvky by mali patriť podpora a propagácia zdravého životného štýlu pomocou dotácií alebo vytvorením špeciálnych organizácií. Financovanie môže byť tiež podporené z vybraných poplatkov za tabak, alkohol či iných komodít ohrozujúcich zdravie (Swinburn, 2008).

4. Monitorovacie systémy neprenosných chorôb

- Je nevyhnutné, aby vláda zabezpečila zriadenie monitorovacích systémov a ich fungovanie. Tieto systémy budú sledovať trendy vo vývoji obezity u detí i dospelých, a tiež kľúčové aspekty výživy a pohybových aktivít (výživové dotazníky, nutričné vyváženie jedál, vplyv marketingu na deti atď.). Práve tieto systémy poskytujú kľúčové informácie na úpravu a implementáciu nových, efektívnejších opatrení. Mali by mať spoju oporu aj v akademických inštitúciách, ktoré môžu prezentovať svoje najnovšie zistenia a skúsenosti (WHO, 2011).

5. Kapacita pracovnej sily

- Orgány štátnej správy musia zabezpečiť, aby zamestnanci prevenčných opatrení boli školení dostatočne a v adekvátnej počte, nakoľko nevyhnutné zručnosti a nové vedomosti je možné poskytovať len vzdelávaním. Takéto efektívne školenia a podpora profesijného rozvoja však vyžadujú významnú finančnú podporu (Boyle, 2016).

6. Partnerstvá a spolupráca

- Na koordináciu a zvýšenie podpory v boji s detskou obezitou je potrebné zriadenie viacsektorových riadiacich štruktúr, nakoľko najefektívnejšie prevenčné stratégie sú medzisektorovej povahy. Navyše, vláda musí prevziať koordináciu skrz všetky jej odvetia, ministerstvá, nevládne organizácie a privátny sektor, najmä riadenie mechanizmov slúžiacich na obmedzovanie komerčných ziskov a potenciálnych konfliktov záujmov v procese tvorby nových nariadení (Sekhobo, 2017).

7. Štandardy a smernice

- Základným pilierom v boji s detskou obezitou zostávajú národné smernice týkajúce sa zdravého stravovania a pohybu. Tie musia byť založené na dôkazoch, pravidelne aktualizované, prispôbené pre všetky skupiny ľudí v populácii (deti, dospelí, či minoritné skupiny) a následne efektívne šírené. Je potrebná celá rada štandardov a smerníc na implementáciu akýchkoľvek prevenčných stratégií. Systémy určujúce, ktoré potraviny považujeme za zdravé a ktoré naopak nie, musia byť podporené napríklad doplnkovými nariadeniami o semaforovom označovaní predných obalov potravín, reguláciami marketingu a podobne (Stockley, Rayner, Kaur, 2008).

Podnety a nariadenia na úrovni celej populácie

Zásadným komponentom v tvorbe prevenčných opatrení v boji s detskou obezitou je vytvorenie prostredia, ktoré podporuje zdravé stravovanie a dostatok pohybovej aktivity. To si vyžaduje zmeny v nariadeniach najmä v oblastiach marketingu a označovania potravín, fiškálnej politiky, plánovania, prepravy a poľnohospodárstva. Viacnásobné zásahy a opatrenia následne dosahujú vyšší potenciál, v porovnaní s izolovanými zmenami a často vedú aj k úspore nákladov (WHO, 2010).

1. Nariadenia v potravinárskych oblastiach

Základom pre všetky nariadenia týkajúce sa potraviny a výživy sú smernice z oblasti stravovania, výberu jedla, ale aj dojčenia a výživy dojčiat. Z nich by mali vychádzať ostatné predpisy ovplyvňujúce životný štýl a kvalitu potravín, medzi ktoré patrí aj využívanie pôdy, poľnohospodárstvo, výroba potravín, ich distribúcia, či marketing jedla, jeho predaj a služby s ním spojené. Za väčšinu z nich rozhoduje vláda, no niektoré aspekty môžu byť ovplyvnené aj miestnymi orgánmi. Škála možných politických zásahov v oblasti stravovania a potravín je veľmi široká. Z hľadiska prevencie obezity sa však najčastejšie vyzdvihuje nasledujúcich 5 bodov (Sacks, Swinburn, Lawrence, 2009):

- *Marketing nezdravých jedál a nealkoholických nápojov pre deti* – vplyv marketingu na stravovacie návyky detí je veľmi veľký. Najmä televízne reklamy hrajú veľkú úlohu vo vedomostiach detí o jedle, ich preferenciách, v požiadavkách na to, čo im majú rodičia kúpiť i na vzorke stravovania. Televízne reklamy sa tiež spájajú so zvýšenou konzumáciou maškrty a nápojov bohatých na cukor. To potom vedie k narušeniu energetickej bilancie medzi prijatými a vydanými kalóriami. Obmedzovanie takýchto reklám je jedným z najefektívnejších a finančne nenáročných prevenčných opatrení. Okrem obezity by redukcia príjmu týchto potravín mohla viesť aj k obmedzovaniu ostatných neprenosných ochorení, ktoré vplývajú najmä na kardiovaskulárny systém (Cairns, Angus, Hastings, 2009).
- *Označovanie výživových hodnôt* – základné informácie o výživových hodnotách výrobku poskytuje práve etiketa na jeho obale. V mnohých krajinách je na ňom povinné uvádzať energetickú hodnotu, množstvo bielkovín, celkového tuku, nasýtených mastných kyselín, sacharidov a sodíka. Práve informácie na etikete pomáhajú ľuďom s výberom zdravších potravín a podporujú tak rozvoj vhodných stravovacích návykov. Označenia s vysvetlivkami a grafickými symbolmi, či použitie farieb, percent, log, sa ukazuje ako jedno z najsľubnejších opatrení v prevencii obezity. Jeden z takýchto systémov na označovanie potravín je založený na farbách semafora. Obsahy jednotlivých nutričov sú vložené do farebných podkladov, ktoré symbolizujú úroveň ich celkových denných odporúčaných dávok, od veľmi vysokých, po veľmi nízke. Perspektívnym sa tiež javí uvádzanie energetických hodnôt jedál v reštauráciách. Všetky spomínané nariadenia sú ale v rukách vlády a malo by byť jej prioritou zaviesť

jednotný systém označovania, ktorý zákazníkom zjednoduší výber toho najvhodnejšieho (Hawkes, 2004).

- *Dotácie a dane na potraviny* – veľký vplyv na výber potravín zohráva ich cena a práve zmeny cien potravín majú vplyv na celkové zdravie ľudí. V súvislosti s detskou obezitou prebiehajú mnohé výskumy sledujúce vplyv cien na stravovacie návyky detí, najmä o efektívnosti zvyšovania cien nezdravých potravín a naopak, zníženia ceny tých zdravých. Pozitívne zmeny prinieslo aj zaradenie nízko-kalorických masník v predajných automatoch a vydávanie ovocia a zeleniny na zľavové kupóny. Modelové štúdie sa prikláňajú k súbežnému využitiu oboch stratégií. Vyššie dane na nezdravé jedlá tiež znamenajú vyššie príjmy z nich. Zmeny cien však nesmú viesť k zvýšeniu socio-ekonomických rozdielov, pretože akékoľvek zvýšenie býva sprevádzané tlakom na ľudí s nižším príjmom. Z toho dôvodu je preto vhodné prísť s možnosťou tento tlak vyvážiť, najmä úľavami pre zdraviu prospešné potraviny (Epstein et al., 2006).
- *Iniciatíva v konzumácii ovocia a zeleniny* – práve ovocie a zelenina sú neodmysliteľnou súčasťou potravy ľudí. Všeobecné odporúčanie je ho denne skonzumovať aspoň 400g v 5 porciách. Konzumácia ovocia a zeleniny pomáha v boji s obezitou vďaka ich nízkej energetickej hustote. Aj veľké porcie obsahujú relatívne málo energie a prispievajú tak k potlačeniu pocitov hladu. Vďaka tomu je možné obmedziť potraviny s vysokou energetickou hustotou. Ľudia majú zvyk denne jesť rovnaký objem jedla, bez ohľadu na obsah energie v ňom, a preto má energetická hustota význam v celkovom množstve prijatej energie za deň. Ovocie a zelenina preto pomáhajú zlepšovať celkový pocit nasýtenia, znižujú príjem energie a zlepšujú kvalitu stravy. Prevenčné zásahy by mali byť zamerané na zvýšenie ich dostupnosti pre deti a tiež by mali zvyšovať ich náklonnosť k nim. Vhodne v tomto pomáhajú sociálne médiá, no najvyšší vplyv má stále prostredie v ktorom dieťa vyrastá, okrem rodiny, najmä škola (Tohill, 2005), (Pomerleau et al, 2005).
- *Ostatné nariadenia v potravinárstve* – existuje nespočetné množstvo návrhov, ktorými by sa vlády vo svete, v prevencii obezity, mohli riadiť. Dôležité je však, aby boli všetky založené na dôkazoch podporujúcich ich efektívnosť z hľadiska účinnosti aj nákladov. Medzi takéto nariadenia patrí napríklad aj redukcia trans-mastných kyselín v potravinách či využívanie stratégie o dodávaní iba zdravých potravín do všetkých zdravotníckych inštitúcií ako sú nemocnice, rehabilitačné centrá a podobne (WHO, 2010).

2. Nariadenia v oblasti aktívneho pohybu

- Svetová zdravotnícka organizácia odporúča, aby deti vo veku 5-17 rokov trávili aktívnym pohybom minimálne 60 minút denne. Medzi takéto aktivity patrí hranie sa, športovanie, transport, telesná výchova a mnoho iného v rodine, škole a ostatných spoločenských. Nariadenia na prevenciu obezity by mali zaistiť podporu a rozvoj aktívnych a bezpečných možností prepravy do a zo škôl, poskytovať adekvátne športové zariadenia, oddychové zóny a ďalšie miesta na aktívne hry, ktoré sú pre deti bezpečné. Je dôležité nezabúdať na to, aby aj pri plánovaní a budovaní nových častí miest, bola podporená fyzická aktivita ľudí. Treba redukovať už existujúce bariéry brániace aktívnemu pohybu, upraviť spôsoby prepravy ľudí a zvyšovať miesta a lokality, kde je možné tráviť voľný čas aktívnym spôsobom. Zaujímavé riešenie je tiež vyvesenie informačných letákov pri výťahoch. Tie informujú o zdravotných benefitoch chôdze po schodoch. Ďalším nápadom sú uzávierky ciest v určitých hodinách, ktoré sú prístupné iba chodcom a cyklistom. To vedie aj k redukcii miestneho znečistenia a dopravných zápch. V školskom prostredí je dôležité vedenie telesnej výchovy kvalifikovanými odborníkmi a dostatočne vybavenými priestormi. Dôležitá je aj osвета rodičov, ktorí v ideálnom prípade spolupracujú so školou a dieťa tak nemusí byť vystavené dvom rozdielnym prístupom. Veľmi efektívne je vytvárať podmienky pre skupinový pohyb, ktoré sú následne prispôbené zúčastneným členom a podporovať tak efektívnejšie možnosti pre fyzické aktivity (Queensland Health, 2010), (WHO, 2009).

3. Sociálny marketing

- Sociálne marketingové kampane využívajú platené a neplatené formy médií na zvýšenie vedomostí a zmien postojov k stravovaniu a pohybovým aktivitám. Tieto kampane bežia často súbežne s komunitnými zásahmi a slúžia ako ich doplnok. Kampane sú efektívne aj z hľadiska nákladov a aj výskumy potvrdzujú ich efektívnosť v zmene správania smerom k obezite. Najviac efektívne sa ukázali krátke správy s častou frekvenciou opakovania. Ich účinnosť bude

narastať s podporou vlády a ostatných komunitných zásahov (WHO, 2009), (Reger et al., 1999).

Komunitné zásahy

Až doteraz boli mnohé prevenčné programy zamerané len na pôsobenie v jednom type prostredia, napríklad škola, zdravotné zariadenia a podobne. Boli vytvorené odborníkmi alebo zákonodarcami, bez účasti komunity. Výskumy však dokazujú, že najviac efektívne zásahy sú tie, ktoré sa skladajú z viacerých komponentov a sú adaptované pre lokálne potreby. Komponenty, ktoré sú vhodné pre dané prostredie a prispôsobené danej kultúre sú ľahšie implementované a tiež ľahšie udržateľné. Je dôležité naslúchať potrebám komunity a zapracovať zistené fakty do prevenčných programov. Aj keď tieto multi-komponentové zásahy majú výrazne väčšiu efektívnosť, aj jednozložkové programy majú svoj význam, napríklad ako prvý krok k zavedeniu tých ostatných (WHO, 2009), (WHO, 2010).

1. Najlepší spôsob zavádzania komunitných zásahov

Pri zavádzaní komunitných opatrení v boji s obezitou je nevyhnutné zamyslieť sa nielen nad účinnosťou zvoleného programu, ale aj nad integritou a jeho kvalitou. Práve špecifický kontext, podľa ktorého sú tieto opatrenia vytvárané a implementované, je v komunite najdôležitejší, nakoľko všetky komunity sú veľmi rozmanité a fungujú ako komplexný systém s bohatým kultúrnym, ekonomickým, demografickým a sociálnym pozadím. Medzi základné zásady komunitnej prevencie obezity možno zahrnúť (King, 2011):

- *Angažovanosť komunity* – slovo komunita má mnoho významov, preto existuje aj mnoho rozdielnych spôsobov, ako ju zapojiť do prevenčných programov. Tie varujú od popredu vytvorených zásahov v lokálnom prostredí až po celkovú účasť komunity v ich vytváraní a realizácii. Je dôležité, aby všetky programy jasne poukazovali na ich zámer o zapojenie celej komunity, s vyzdvihnutím jeho silných stránok a slabín. Práve takéto angažovanie vedie k udržateľnosti zmien a výsledkov (King, 2011).
- *Programová tvorba a plánovanie* – pri analýze problému, a následnom určovaní prevenčného cieľu, je odporúčané zhromaždiť všetky informácie o probléme a danej skupine ľudí, ktorých sa týka. Takýto program je efektívnejší ak je prepojený s národnými plánmi, ktoré mu dodávajú ďalšiu podporu. Jeho ciele musia byť zamerané na úpravu hmotnosti, musia byť špecifické, merateľné a relevantné. Aj cieľové skupiny musia byť jasne vymedzené a zaistené, aby z nich nebol nikto vyčlenený. Programy treba zakladať na dostupných dôkazoch a spolu s teóriou môžu byť použité ako hnacia sila na dosiahnutie zámerov prevencie. Naopak, nedostatočné dôkazy z určitých sfér môžu slúžiť ako motivácia na vytváranie inovatívnych prístupov (King, 2011), (WHO, 2010).
- *Implementácia* – je veľmi žiaduce, aby všetky prístupy, odkazy a zdroje, ktoré budú súčasťou programu, boli popredu otestované ľuďmi, ktorých sa týkajú, či už v predchádzajúcich programoch alebo lokálnymi kontrolami a konzultáciami. Aj keď je dôležité, aby implementácia prebiehala podľa plánu, veci treba prispôsobiť podľa danej situácie a nových faktov. Z toho dôvodu je dôležitý monitoring a kontrola všetkých zmien, ktoré odbočili od neho odbočili (WHO, 2010), (King 2011).
- *Udržateľnosť* – pri plánovaní prevenčných opatrení treba myslieť na fakt, aby boli efektívne nielen v detstve, ale aj následne, počas dospelosti. Potom zostávajú udržané v komunite aj v budúcnosti, pre ďalšie generácie. Kľúčom k udržateľnosti je vytvoriť lokálne možnosti, ktoré budú realizovať všetky zmeny, ktoré sú súčasťou prvotného implementačného procesu, integrovať schválené zásahy do už existujúcich systémov a štruktúr, a zdieľať pozorované zistenia medzi ostatnými skupinami v komunite (Swinburn et al., 2011).
- *Riadenie a transparentnosť* – aby sa minimalizovali všetky riziká, je dôležité vytvoriť jasné štruktúry pre manažment a proces tvorby rozhodnutí, ku ktorým majú členovia komunity prístup a môžu naň reagovať. Aby bolo zamedzené konfliktom záujmom, programy by mali mať explicitne vymedzené smernice na príjem sponzorských darov a na zaobchádzanie s nimi (King, 2011).
- *Hodnotenie* – hodnotenie programu je dôležitou vecou, ktorá poskytuje okrem vzniku zodpovednosti aj dôkazy o jeho efektívnosti. Miera hodnotenia musí byť úmerná veľkosti projektu a mala by byť stanovená už pri plánovaní samotného programu, kedy treba určiť aj indikátory hodnotenia, ich miery a metódy zberu dát. Hodnotenie programu však má úžitok aj z ďalších informačných systémov, ktoré majú súvis s cieľmi programu (WHO, 2010).

2. Efektivita v rozdielnych prostrediach

Väčšina dôkazov týkajúcich sa prevencie obezity v komunitách pochádza zo štúdií z krajín s vysokým príjmom. To čo bolo zistené je však hodnotné aj na začlenenie podobných opatrení v ostatných kontextoch (King, 2011).

- *Predškolské prostredie* – štúdie, skúmajúce multikomponentné prevenčné zásahy, potvrdzujú efektivitu zavádzania zdravého stravovania v škôlkach a ostatných detských zariadeniach. V porovnaní s tými, kde tieto opatrenia zavedené neboli, zvyšujú konzumáciu ovocia a zeleniny, znižujú príjem potravín bohatých na rýchlu energiu s nízkou nutričnou hodnotou a tiež obmedzujú príjem nevhodných nápojov. A tiež už u detí predškolského veku zvyšujú celkové vedomosti o zdravých návykoch. Dôležitá je aj účasť rodičov a podpora týchto návykov aj v mimoškolskom čase (Hesketh, Campbell, 2010), (De Silva-Sanigorski, 2010).
- *Prostredie pre primárne a sekundárne vzdelávanie* – najviac prevenčných programov bolo implementovaných práve s školách. Týkajú sa predovšetkým stravovania a samotného začlenenia prevencie do obsahu vzdelávania. Mnohé však kombinujú aj zmeny v pohybových aktivitách a podporujú zapájanie rodičov. Takéto programy kontinuálne zvyšujú poznanie o danom probléme, upravujú správanie detí a pri testovaní detí preukazujú aj zlepšenie fyzických schopností. V školskom prostredí by teda mali byť začlenené komponenty týkajúce sa zdravého stravovania, pohybovej aktivity, zlepšovania pohybových zručností, zlepšenia kvality školskej stravy, vytvárania vhodných priestorov na pohyb a stravovanie, začlenenia zamestnancov školy do boja s obezitou a zapojenia rodičov v snahe podporovať tieto návyky detí aj v ich rodinnom prostredí (WHO, 2008), (WHO, 2009).
- *Ostatné prostredia* – aj v prostredí mimo školy je dôležité podporovať boj s detskou obezitou. Rovnako aj tieto opatrenia súvisia s komponentami vplyvujúcimi na stravovanie a pohyb detí a ich vzdelávanie mimo školy. Vhodné je podporovať aj opatrenia, ktoré súvisia so zdravotníckymi zariadeniami, napríklad pravidelné preventívne prehliadky, poradenstvo a podobne (WHO, 2009), (WHO, 2010).

ZÁVER

Nie je ani možné vymenovať všetky odporúčania, ktoré súvisia s bojom s detskou obezitou, nakoľko sú rovnako komplexné ako samotné ochorenie. Dôležité však je, aby boli vytvárané s ohľadom na cieľové skupiny a mali podporu vo vláde a nariadeniach, ktoré vydáva. Všetky komplexné stratégie by však mali vychádzať od všeobecných potrieb a smerovať ku konkrétnym cieľom, mali by využívať legislatívne možnosti a možnosti sprístupnenia zdravých potravín a aktívneho pohybu. Prevenciu treba zapojiť aj do už existujúcich štruktúr v spoločnosti, podporovať jej prepojenie medzi jednotlivými prostrediami, v ktorých sa deti pohybujú, a najmä podporiť všetky prevenčné opatrenia v ostatných sektoroch spoločnosti, pretože problém obezity sa netýka len zdravotníctva a škôl, ale aj ostatných oblastí, ktoré ovplyvňujú vývin našich detí (WHO, 2010).

Zdroje

- [1] A Report to the Illinois General Assembly. In: *Obesity Prevention Initiative Act (PA 96-0155)*. December 2010. Dostupné 4. 11. 2017 na: http://www.idph.state.il.us/pdf/obesity_report.pdf
- [2] Boyle, M. A. 2016. *Community Nutrition in Action: An Entrepreneurial Approach*. Brooks Cole; 7 edition (May 3, 2016). 797 s. ISBN 1305637992.
- [3] Cairns G., Angus K., Hastings G. (2009). *The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence to December 2008*. Geneva, World Health Organization, 2009. 117 s. ISBN 978 92 4 159883 5.
- [4] De Pergola, G., & Silvestris, F. (2013). Obesity as a Major Risk Factor for Cancer. *Journal of Obesity*, 2013, 291546. <http://doi.org/10.1155/2013/291546>
- [5] De Silva-Sanigorski, A. M. et al. 2010. Reducing obesity in early childhood: results from Romp & Chomp, an Australian community-wide intervention program. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2010, 91(4):831–40
- [6] Epstein, L. H. et al. (2006). Purchases of Food in Youth. Influence of Price and Income. *Psychological science*. 17. 82-9. 10.1111/j.1467-9280.2005.01668.x.

- [7] GARDE, A. et al. (2017). For a Children's Rights Approach to Obesity Prevention: The Key Role of an Effective Implementation of the WHO Recommendations. *European Journal of Risk Regulation*, 8(2), 327-341. doi:10.1017/err.2017.26
- [8] Gortmaker, S. L. et al. (2011). Changing the Future of Obesity: Science, Policy and Action. *Lancet*, 378(9793), 838–847. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60815-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60815-5)
- [9] Hawkes, C. 2004. Nutrition labels and health claims: the global regulatory environment. WHO, 2004. ISBN 92 4 159171 4.
- [10] Hesketh, K. D., Campbell, K. J. 2010. Interventions to prevent obesity in 0–5 year olds: an updated systematic review of the literature. *Obesity (Silver Spring)*, 2010, (Suppl 1):S27–35.
- [11] Illinois Department of Public Health. (2010). *OBESITY PREVENTION INITIATIVE - A Report to the Illinois General Assembly*. December 2010. Dostupné 4. 11. 2017 na: http://www.idph.state.il.us/pdf/obesity_report.pdf
- [12] King, L. et al. 2011. Best practice principles for community-based obesity prevention: development, content and application. *Obesity Reviews*, 2011, 12(5):329–38.
- [13] Koplan, J. P. et al. 2005. *Preventing Childhood Obesity Health in the Balance*. The National Academies Press, 2005. 434 s. ISBN 0-309-09196-9.
- [14] Kumanyika, S. K., Parker, L., Sim, L. J. (2010). *Bridging the Evidence Gap in Obesity Prevention: A Framework to Inform Decision Making*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2010. 336 s. ISBN 978-0-309-14989-1.
- [15] O'Dea, J. A., Eriksen, M. (2010). *Childhood Obesity Prevention: International Research, Controversies, and Interventions*. Oxford University Press, 2010. 429 s. ISBN: 9780199572915.
- [16] Pomerleau, J. et al. 2005. *Effectiveness of interventions and programmes promoting fruit and vegetable intake*. Geneva, World Health Organization, 2005. 133 s. ISBN 9241592869.
- [17] Powell, L. M., Chaloupka, F. J. (2009). Food Prices and Obesity: Evidence and Policy Implications for Taxes and Subsidies. *The Milbank Quarterly*, 87(1), 229–257. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00554.x>
- [18] Queensland Health. 2010. A Better Choice – Healthy Food and Drink Supply Strategy for Queensland Health Facilities: Evaluation Report. Queensland Health, Brisbane, 2010. 45 s. ISBN 978-1-921447-86-0.
- [19] Reger B. et al. 1999. Using mass media to promote healthy eating: a community-based demonstration project. *Preventive Medicine*, 1999, 29(5):414–21.
- [20] Rossner, S. (2002). Obesity: the disease of the twenty-first century. *Int J Obese*. 2002;6:S2–S4. doi: 10.1038/sj.ijo.0802209.
- [21] Sacks G, Swinburn B, Lawrence M. (2009). Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obesity Reviews*, 2009, 10(1):76–86.
- [22] Sekhobo, J. P. (2017), Estimation of WIC effects in multilevel, cross-sector obesity prevention interventions. *Obesity – A Research Journal*, 25: 1157–1158 July 2017. doi:10.1002/oby.21891
- [23] Stockley L., Rayner M., Kaur A. 2008. *Nutrient profiles for use in relation to food promotion and children's diet: Update of 2004 literature review*. Food Standard Agency, London. 2008. Dostupné 18. 09. 2017 na : https://www.researchgate.net/publication/267198176_Nutrient_profiles_Options_for_definitions_for_use_in_relation_to_food_promotion_and_children's_diets_Final_report
- [24] Swinburn, B. A. 2008. Obesity prevention: the role of policies, laws and regulations. *BioMed Central*. 2008. doi: <https://doi.org/10.1186/1743-8462-5-12>.
- [25] Swinburn, B. A. et al. 2011. The Pacific Obesity Prevention in Communities project: project overview and methods. *Obesity Reviews*, 2011, 12 (Suppl 2):3–11.
- [26] Tohill, B. 2005. *Dietary intake of fruit and vegetables and management of body weight*. Geneva, World Health Organization, 2005. 52 s. ISBN 9241592842.
- [27] WHO. 2008. School policy framework: implementation of the WHO global strategy on diet, physical and health. Geneva, World Health Organization, 2008. 53 s. ISBN 978 92 4 159686 2.

- [28] WHO. (2009). Interventions on diet and physical activity: what works: summary report. WHO 2009. 48 s. ISBN 978 92 4 159824 8.
- [29] WHO. (2010) *Population-based prevention strategies for childhood obesity*. [Online] Dostupné 18. 09. 2017 na : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44312/1/9789241599344_eng.pdf?ua=1 ISBN 978 92 4 159934 4
- [30] WHO (2011). *Global school-based student health survey (GSHS)*. 2011. Dostupné 4. 11. 2017 na: <http://www.who.int/chp/gshs/en>.
- [31] WHO. (2012) Population-based approaches to CHILDHOOD OBESITY PREVENTION. [Online] Dostupné 18. 09. 2017 na : http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/WHO_new_childhoodobesity_PREVENTION_27nov_HR_PRINT_OK.pdf ISBN 978 92 4 150478 2
- [32] WHO. (2012a) Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity. Geneva, 2012. 86 s. ISBN 978 92 4 150327 3.