

Żywienie dziecka niepełnosprawnego – świadomość rodziców w wyborze produktów spożywczych

Abstrakt

W artykule przedstawiono rolę, jaką odgrywa prawidłowo zbilansowana dieta w życiu dziecka niepełnosprawnego. Zwrócono uwagę na problem związany z otyłością dzieci niepełnosprawnych fizycznie i intelektualnie. Scharakteryzowano najczęściej występujące trudności związane z żywieniem, ponadto zaproponowano przykładowe sposoby ich rozwiązania. Opisano podstawowe zasady racjonalnego odżywiania oraz podkreślono istotność doboru produktów spożywczych do indywidualnych potrzeb i preferencji dziecka niepełnosprawnego.

Słowa kluczowe: dziecko niepełnosprawne, dieta, otyłość, alergie pokarmowe, nietolerancja pokarmowa, racjonalne odżywianie

Nutrition disabled child – awareness of parents in choosing groceries

Abstract

The article presents the role played by properly balanced diet in the life of a disabled child. Attention was drawn to the problem of obesity of disabled children physically and intellectually. Most common problems associated with nutrition have been characterised and examples of how to solve them have been proposed. It describes the basic principles of rational nutrition and emphasizes the importance of the selection of food products to the individual needs and preferences of a disabled child.

Keywords: child with a disability, diet, obesity, food allergies, food intolerance, rational nutrition

Wstęp

W ostatnich latach znacznie wzrosło zainteresowanie dotyczące kwestii zdrowego żywienia, jednakże nadal wiele osób nie zwraca uwagi na to, co je i czym karmi swoją rodzinę aż do momentu, kiedy pojawią się poważne problemy zdrowotne wymagające zmiany nawyków żywieniowych. Słowa „lepiej zapobiegać niż leczyć” w odniesieniu do jedzenia nabierają zupełnie nowego sensu, nad którym warto się zastanowić, bo skoro jest taka możliwość, to nie narażajmy dzieci i „zapobiegajmy” chorobom cywilizacyjnym, takim jak otyłość, miażdżyca, cukrzyca, nadciśnienie i wielu innym możliwie jak najwcześniej. Każdy świadomy rodzic

powinien zdawać sobie sprawę ze skutków źle dobranej diety i jej późniejszego wpływu na funkcjonowanie dziecka, jednak żeby tak było, potrzebna jest tu pomoc specjalistów zajmujących się żywieniem. W przypadku dzieci niepełnosprawnych problem związany z dietą jest bardziej złożony. W zależności od stopnia niepełnosprawności, ilości przyjmowanych leków oraz ogólnego stanu zdrowia dietetyk pomoże rodzicom dobrać odpowiednie menu dla dziecka, tak aby miało ono jak najlepszy wpływ na jego rozwój. Obecnie z powodu niewłaściwie dobranej diety wiele dzieci niepełnosprawnych cierpi z powodu otyłości, alergii, nietolerancji pokarmowej, z której rodzice często nie zdają sobie sprawy. Kolejne problemy wiążą się z niechęcią dzieci do niektórych produktów, np. warzyw czy owoców, ze spożywaniem posiłków o określonej konsystencji czy jedzeniem tylko dwóch-trzech konkretnych potraw. Wielu rodziców podejmuje próby wprowadzenia diety, jednak duża część szybko się zniechęca, widząc, jakie wiążą się z tym problemy i wyrzeczenia. W dalszej części artykułu opisano najczęstsze problemy występujące u dzieci niepełnosprawnych związane z nieprawidłowym żywieniem, zaproponowano przykładowe sposoby ich rozwiązywania oraz przedstawiono podstawowe zasady racjonalnego odżywiania.

Otyłość

Obecnie coraz więcej osób stara się prowadzić zdrowy tryb życia. Społeczeństwo staje się coraz bardziej świadome w kwestii żywienia, jednakże, z drugiej strony, Główny Inspektorat Sanitarny alarmuje, że waga Polaków wzrasta w bardzo szybkim tempie. Według danych GUS i EUROSTATU w chwili obecnej już ponad 54% osób jest otyłych, z czego 64% to mężczyźni, a 46% to kobiety¹. Jednak jeszcze bardziej niepokojące są dane dotyczące dzieci i młodzieży. Szacuje się, że w szkołach podstawowych już 22% chłopców i 18% dziewczynek ma nadwagę, w szkołach gimnazjalnych 15% i 13%, natomiast w szkołach ponadgimnazjalnych 17% i 10%².

Jak wynika z powyższych danych, problem jest duży, pytanie tylko, dlaczego tak się dzieje? Coraz częściej media promują kampanie społeczne informujące o tym, jakie produkty należy jeść, a jakie eliminować z diety, w sklepikach szkolnych jest zakaz sprzedaży tak zwanego „śmieciowego jedzenia”, a w szkolnych stołówkach nie używa się konserwantów, soli i sztucznych ulepszaczy smaków. A jednak problem nie maleje, a wręcz przeciwnie – wzrasta.

Na początek należy odpowiedzieć na pytanie, czym właściwie jest otyłość. *Otyłość jest chorobą przewlekłą cechującą się zwiększoną ilością tłuszczu w ciele*

¹ 1,5 mln Polaków choruje na otyłość olbrzymią, oficjalna strona internetowa niepełnosprawni.pl, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/204076>, [dostęp z dnia: 09.04.2016]

² A. Grabowska, *Otyłość u dzieci – przyczyny, leczenie, zapobieganie*, oficjalna strona internetowa poradnikzdrowie.pl, http://www.poradnikzdrowie.pl/diety/otylosc/otylosc-u-dzieci-przyczyny-leczenie-zapobieganie_43108.html, [dostęp z dnia: 09.04.2016]

u mężczyzny powyżej 25%, a u kobiet powyżej 30% masy ciała. Następuje to w wyniku nadmiernego wypełnienia triacyloglicerolami już istniejących komórek tłuszczowych (hipertrofia) lub tworzenia nowych (hiperplazja) albo jest efektem obydwu zjawisk równocześnie³. Do oceny prawidłowej masy ciała służy wskaźnik masy ciała BMI (body mass index), którego wzór jest następujący:

$$\text{BMI} = \frac{\text{masa ciała (kg)}}{[\text{wzrost (m)}]^2}$$

Zgodnie z przyjętymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) kryteriami, jeżeli wynik mieści się w przedziale 18,5–24,9 jest to norma, nadwaga to przedział 25,0–29,9, natomiast otyłość powyżej 30,0.

Większość badań mających związek z odżywianiem wśród dzieci i młodzieży prowadzonych w Polsce dotyczy osób pełnosprawnych. Należy w takim razie zadać pytanie: a co z osobami niepełnosprawnymi?

Najwięcej badań dotyczących żywienia odnotowuje się w grupie dzieci z autyzmem i ADHD. Potwierdzono, że wyeliminowanie glutenu i kazeiny z diety znacznie poprawia funkcjonowanie i komfort życia dzieci z tymi zaburzeniami. Dr Karl Reichelt (za: R. Kessick) zbadał nieprawidłowe związki chemiczne regularnie pojawiające się w próbkach moczu osób z autyzmem i zauważył, że są one z tej samej grupy substancji, co heroina, porównał też objawy fizyczne występujące u osób używających heroinę i morfinę z tymi występującymi u osób z autyzmem i postawił hipotezę, że po usunięciu z diety produktów mlecznych, pszenicy, żyta, owsa, jęczmienia i orkiszu stan pacjentów powinien się poprawić, co zostało potwierdzone późniejszymi badaniami⁴.

W przypadku dzieci i nastolatków z niepełnosprawnością intelektualną, ruchową oraz z innymi dysfunkcjami problem związany z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi jest poważny. W Norwegii prowadzono badania dotyczące otyłości wśród dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną, z których wynika, że największy problem jest w grupie niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim⁵.

Dzieci i młodzież z różnymi niepełnosprawnościami w porównaniu ze swoimi pełnosprawnymi rówieśnikami przyjmują znacznie więcej leków, przy czym niektóre z nich wpływają na spowolnienie procesu przemiany materii. Co więcej, niewłaściwa dieta w połączeniu z przyjmowanymi lekami może powodować

³ M. Białkowska, W. B. Szostak, *Żywnienie w otyłości*, [w:] *Żywnienie człowieka zdrowego i chorego*, red. M. Grzymisławski, J. Gawęcki, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012, s. 332

⁴ R. Kessick, *Autyzm i dieta. O czym warto wiedzieć*, Warszawa, Wyd. Fraszka Edukacyjna, 2010, s. 13

⁵ K. Matuszak, W. Bryl, D. Pupek-Musialik, *Otyłość u dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym*, „Wybrane Problemy Kliniczne Viva Medica” 2010, t. I, Nr 1, s. 55–62

zmniejszenie wchłaniania leków rozpuszczalnych w tłuszczach, np. zbyt duża zawartość błonnika w diecie może powodować adsorpcję niektórych leków lub zwiększenie ich wchłaniania, np. witaminy z grupy D podawane z dietą bogatą w tłuszczową i popijane mlekiem są lepiej wchłaniane, co wiąże się ze stymulacją ich rozpuszczalności⁶.

Ograniczona aktywność ruchowa oraz brak wiedzy na temat tego, co można, a czego nie wolno jeść jest również dużym problemem. Osoby niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim nie osiągają stadium operacji formalnych, w związku z czym nie rozumieją, że jeżeli będą jadły dużo słodczy i piły dużo napojów gazowanych, to ich stan zdrowia pogorszy się. Nie wiedzą, czym są kalorie i nie są w stanie pojąć, co oznacza słowo zapotrzebowanie energetyczne. Dla dzieci z tą dysfunkcją ważne jest „tu i teraz”, przez co, mając do wyboru zjedzenie czekoladowego batona czy zielonego jabłka, większość z nich wybierze baton i nie będzie się zastanawiać nad tym, jakie będą tego konsekwencje. Zasada myślenia takich osób jest prosta: jeżeli coś jest smaczne, to jest zdrowe.

Z kolei w przypadku dzieci i młodzieży sprawnych intelektualnie, ale niepełnosprawnych fizycznie, powód otyłości może być znacznie bardziej złożony. Dzieci te, często nieakceptowane przez rówieśników, wyśmiewane i napiętnowane, zamykają się w sobie i „zajadają” swoje problemy. Dużo słodczy i niezdrowe jedzenie na chwilę poprawiają samopoczucie, ale w perspektywie długoterminowej powodują jeszcze większą izolację oraz pogłębianie się problemów zdrowotnych.

Pomimo rosnącej świadomości społecznej w kwestiach zdrowego żywienia, wiele osób (szczególnie starszych) nadal uważa, że nie ma nic złego w ziemniakach, zasmażanej kapuście i tłustym schabowym. Wiele babć rozpieszcza swoje wnuki, kupując im słodczy, chipsy i różnego rodzaju przekąski. W przypadku dzieci niepełnosprawnych „dokarmianie” często wynika z błędnego tłumaczenia przez bliskich, że skoro „dziecko ma w życiu tak ciężko” albo „jest takie chore”, to przynajmniej mogą mu sprawić trochę radości, kupując coś słodkiego. Jednak w rzeczywistości to najprostsze i najgorsze rozwiązanie. Niestety, łatwiej jest kupić trochę słodczy niż zabrać dziecko do parku, na basen czy w jakieś inne miejsce.

Nie bez znaczenia jest też tryb życia rodziny. Jeżeli rodzice są osobami aktywnymi, lubiącymi ruch, odżywiający się zdrowo, to prawdopodobieństwo otyłości u ich dzieci jest niewielkie, ale jeżeli rodzice prowadzą „siedzący” tryb życia, nie są zwolennikami ruchu, a wolny czas spędzają przed telewizorem z miską popcornu albo paczką chipsów, to dzieci przejmują niezdrowe nawyki swoich bliskich. Pod tym względem dzieci niepełnosprawne nie różnią się od swoich pełnosprawnych rówieśników, też chcą być jak rodzice, więc ich naśladują, a nie mając prawidłowych wzorców, przejmują zwyczaje swoich najbliższych, bo innych nie znają.

⁶ H. Gertig, *Interakcje leków z żywnością*, [w:] *Żywność człowieka zdrowego i chorego*, red. M. Grzymisławski, J. Gawęcki, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012, s. 423

Problemy związane z żywnieniem dziecka niepełnosprawnego

Zrozumienie i zauważenie problemu otyłości u swojego niepełnosprawnego dziecka to dopiero początek długiej drogi, którą będą musieli przebyć rodzice. W Polsce na wizytę u dietetyka czeka się około 3 miesięcy, po konsultacji i przeprowadzeniu odpowiednich badań, dietetyk ustala jadłospis dla dziecka, przekazuje rodzicom, jakie produkty należy wyeliminować, a jakie wprowadzić do diety dziecka. Często rodzice przeżywają szok, ponieważ nagle okazuje się, że nie wystarczy ograniczyć dziecku słodyczy, ale trzeba zmienić wszystkie dotychczasowe przyzwyczajenia żywieniowe. Niestety, już na tym etapie wielu rodziców rezygnuje. Jak wynika z badań autorki, najczęstsze powody, dla których rodzice nie chcą nawet podjąć próby wprowadzenia nowych produktów, są następujące: zbyt wysokie ceny proponowanych przez dietetyka produktów, problem z dostępnością do artykułów żywnościowych oraz brak czasu na przygotowywanie posiłków.

W przypadku diety bezglutenowej i bezkazeinowej ceny żywności są znacznie wyższe (np. 1 kg mąki pszennej kosztuje około 2 zł, z kolei 1 kg mąki bezglutenowej to koszt około 8 zł). Z dostępnością również jest problem: w dużych miastach takie produkty można kupić w każdym większym markecie, natomiast w mniejszych miejscowościach nie są one dostępne, więc pozostaje korzystanie ze sklepów internetowych oferujących zdrową żywność. Najbardziej jednak dziwi problem związany z brakiem czasu na przygotowywanie posiłków, skoro rodzice mają czas na wożenie dzieci na zajęcia korekcyjno-kompensacyjne czy rehabilitację, to przeznaczenie kilkunastu minut na przyrządzenie posiłku nie powinno być problemem. Oczywiście na początku zawsze jest najtrudniej, zanim rodzice poznają nowe przepisy i nauczą się przyrządzać nowe potrawy minie trochę czasu, ale później, kiedy jadłospis stanie się częścią codziennej rutyny żywieniowej, efekty, jakie będą widzieli opiekunowie, skompensują wysiłek, jaki musieli włożyć na samym początku. Jeżeli rodzice decydują się na podjęcie takich działań, bardzo ważna jest współpraca między matką i ojcem. Z obserwacji autorki wynika, że kobiety, które mają wsparcie ze strony partnerów i mogą liczyć na ich pomoc, zdecydowanie chętniej podejmują próby wyprowadzania diety.

Kolejnym i najtrudniejszym problemem związanym z wprowadzaniem diet i nowych nawyków żywieniowych do jadłospisu dzieci niepełnosprawnych jest ich niechęć do spożywania nowych potraw. W zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności dzieci mają swoje fiksacje związane z jedzeniem, niektóre najchętniej jadłyby tylko mięso, inne nie wezmą do ust żadnego warzywa, jeszcze inne będą jadły produkty tylko i wyłącznie w określonych kolorach – takich przypadków jest bardzo wiele. Tak naprawdę zmiana produktów spożywczych z dnia na dzień może okazać się niemożliwa, jeżeli dziecko jest przyzwyczajone do spożywania dużych ilości słodyczy i nagle rodzice odstawią je całkowicie, u dziecka

prawdopodobnie wystąpi syndrom odstawienia⁷, który może objawiać się ciągłym płaczem lub krzykiem trwającym nawet kilka tygodni, dlatego też rodzice muszą być zdeterminowani i silni psychicznie. Są również dzieci, które odmówią spożywania posiłków i nawet głód nie zmusi ich do sięgnięcia po coś do jedzenia, dlatego ważne, żeby stosować stopniową eliminację szkodliwych produktów (w przypadku diety bezglutenowej i bezkazeinowej) lub ograniczyć spożywanie niezdrowej żywności do minimum. Ważne, żeby pamiętać, że czasami różnorodność nie jest najlepszym rozwiązaniem, większość ludzi ma ulubione potrawy, w przypadku dzieci niepełnosprawnych jest podobnie i nawet w przypadku jedzenia rutyna jest dla nich bardzo ważna, ponieważ daje im poczucie bezpieczeństwa, więc jeżeli tylko jest taka możliwość, warto poszukać „zamienników” lubianych dań i przekąsek, a gdy dziecko je zaakceptuje, to nie ma potrzeby wymyślenia czegoś zupełnie nowego. W niektórych przypadkach warto też zastosować strategię „konia trojańskiego”, jak piszą Pamela Compart i Dana Laake. Ten sposób polega na dodawaniu do jedzenia dziecka bardzo małych ilości nowych produktów poprzez ich wmiiksowywanie do potrawy, którą dziecko je z przyjemnością, np. do puree ziemniaczanego; kiedy nowy smak zostanie zaakceptowany, sukcesywnie zwiększamy dodawaną ilość⁸. Rodzice nie powinni też martwić się powrotem do jedzenia w postaci „papek”, ponieważ zmiksowane produkty mogą być lepiej przyswajane przez te dzieci, które mają problemy z produktami o zróżnicowanej fakturze, przypuszczalnie zdolność odczuwania smaków jest u nich opóźniona⁹.

Niektóre dzieci mogą być fizycznie uzależnione od pewnych pokarmów, a w momencie, kiedy zostaną one całkowicie wykluczone z diety u dziecka, mogą wystąpić symptomy odstawienia objawiające się na przykład drażliwością, złością, a czasami także atakami furii, w niektórych przypadkach może dojść nawet do czasowego regresu rozwojowego¹⁰. Jednakże taka sytuacja powinna być pozytywnie postrzegana przez rodziców, ponieważ jest to sygnał, że szkodliwa substancja została wyeliminowana z organizmu dziecka, a objawy powinny ustąpić najpóźniej po tygodniu od momentu usunięcia z diety konkretnych produktów.

Alergie pokarmowe i nietolerancja pokarmowa to kolejny coraz częstszy problem występujący u dzieci niepełnosprawnych.

Alergie pokarmowe to stany chorobowe, w których dolegliwości uwarunkowane są mechanizmami immunologicznymi, w przeciwieństwie do nietolerancji pokarmowej, w której dolegliwości, zarówno te subiektywne, jak i obiektywne powstają w wyniku działania mechanizmów nieimmunologicznych¹¹.

⁷ P. Compart, D. Laake, *Jak ugryźć ADHD*, Warszawa, Grupa Wydawnicza Foksal, 2015, s. 81

⁸ Tamże, s. 83

⁹ Tamże

¹⁰ Tamże, s. 89–90

¹¹ J. Socha, *Żywność w chorobach wieku dziecięcego*, [w:] *Żywność człowieka zdrowego i chorego*, red. M. Grzymisławski, J. Gawęcki, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012, s. 164

Zarówno alergie pokarmowe, jak i nietolerancja pokarmowa współtowarzyszą dzieciom z różnymi chorobami genetycznymi, u których stosowanie diety jest konieczne w celu poprawy jakości ich życia. O ile alergię pokarmową jest stosunkowo łatwo rozpoznać, ponieważ objawy często pojawiają się zaraz po spożyciu jakiegoś produktu, np. wysypka, obrzęk naczynioruchowy, czyli pokrzywka, grudzik uczuleniowy, kolka brzuszna, wymioty, biegunka, brak apetytu, nieżyt nosa, obrzęk krtani, powracające zapalenie górnych lub/i dolnych dróg oddechowych, wstrząs anafilaktyczny, itd., o tyle w przypadku nietolerancji pokarmowej sprawa jest nieco bardziej skomplikowana, ponieważ reakcja nie pojawia się od razu, tylko występuje z opóźnieniem, wywołując przewlekły stan zapalny. Symptomy nietolerancji to m.in. przewlekłe zmęczenie, bóle głowy, zatok, migreny, cienie pod oczami, zaburzenia widzenia, dzwonienie w uszach, podatność na przeziębienia, uczucie kołatania serca, przyspieszone tętno, ból brzucha, wzdęcia, niestrawność, zgaga, zespół jelita drażliwego, łuszczyca, grzybica, nadmierne pocenie się, przebarwienia skórne, itd. Produkty, które uczulają najczęściej, to: mleko i jego przetwory, białko jaj, alergeny pochodzenia roślinnego, orzechy, ryby i owoce morza, soja i pszenica¹².

Przyczyny nietolerancji pokarmowej mogą mieć różne podłoże, m.in. **enzymatyczne** – nadwrażliwość może wynikać z niedoborów enzymów prowadzących do złego wchłaniania węglowodanów, **farmakologiczne** – problemy pojawiają się w wyniku oddziaływania na organizm chemicznych składników żywności i **toksykologiczne** – działanie substancji zawartych w wybranych produktach, np. w niedogotowanym grochu lub fasoli¹³.

W momencie, kiedy u dziecka pojawia się reakcja alergiczna na pokarm, rodzice natychmiast i bez zastanowienia eliminują ten produkt z diety i nie ugną się nawet, kiedy dziecko krzyczy i płacze, ponieważ wiedzą i rozumieją, że zagraża to jego zdrowiu, a w skrajnych przypadkach nawet życiu, informują najbliższych oraz placówkę, do której dziecko uczęszcza, co wywołuje alergię i jakich produktów nie wolno dziecku podawać, czyli są w stanie tego dopilnować. Należy w takim razie postawić pytanie, dlaczego nie reagują w ten sam sposób w przypadku nietolerancji pokarmowej. Odpowiedzi jest kilka, po pierwsze nietolerancję pokarmową jest dość ciężko zdiagnozować, rodzice bardzo często nie potrafią skojarzyć, że zjedzenie jakiegoś produktu powoduje gorsze samopoczucie i problemy dziecka, szczególnie jeżeli reakcje te są odroczone i pojawiają się po dwóch, a czasami trzech dniach od spożycia pokarmu. Po drugie, mała świadomość rodziców, którzy nie znają zasad dotyczących prawidłowego żywienia dzieci. Po trzecie, rodzice zupełnie inaczej reagują, kiedy pojawia się natychmiastowa i silna reakcja alergiczna, w momencie, w którym dziecko zaczyna robić się czerwone, puchnie i nie

¹² M. Bojanowska, A. Ciołek, R. Czeczko i in., *Żywienie a rozwój dziecka*, Lublin, Towarzystwo Wydawnictw Naukowych LIBROPOLIS, 2015, s. 47

¹³ Tamże, s. 48–49

może oddychać, rodzice często wpadają w panikę i nie chcą już więcej dopuścić do takich sytuacji. Z kolei jeżeli chodzi o nietolerancję pokarmową, część rodziców nie wierzy, że jedzenie może w jakikolwiek sposób wpływać na rozwój i zachowanie dziecka, twierdząc, że kiedyś nikt nie słyszał o glutenie czy o kazeinie i ludzie żyli normalnie, w związku z czym cała ta dieta to wymysł czasów współczesnych. Inna grupa rodziców podchodzi do sprawy w sposób nieco lekceważący i jeżeli nie widzą gwałtownych reakcji organizmu dziecka na dany produkt, to „nie będą popadać w paranoję”.

Podstawowe zasady racjonalnego odżywiania

1. Pierwszą zasadą prawidłowego żywienia jest pokrycie całkowitego zapotrzebowania organizmu na energię i niezbędne składniki pokarmowe (dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym potrzebują od 1500 do 2000 kcal na dobę)¹⁴.
2. Ważne, żeby dziecko jadło posiłki regularnie, dzięki czemu jego przemiana materii będzie unormowana, a poziom glukozy we krwi właściwy¹⁵.
3. Dzieci powinny spożywać 5 posiłków dziennie: śniadanie, drugie śniadanie, obiad, podwieczerek i kolację. Z czego każdy z trzech głównych posiłków powinien pokrywać od 25% do 30% dziennego zapotrzebowania energetycznego, natomiast drugie śniadanie i podwieczerek to posiłki uzupełniające, dlatego nie powinny być one obfite, przypada na nie od 10% do 15% zapotrzebowania¹⁶.
4. Dziecięcemu organizmowi trzeba dostarczać pełnowartościowego białka, węglowodanów i tłuszczów w proporcjach: 12%-15%/50%-60%/25%-30%, jednakże w przypadku białka zapotrzebowanie zmienia się w zależności od wieku, masy ciała, stanu metabolicznego i intensywności wzrastania organizmu¹⁷. Źródła białka z produktów pochodzenia zwierzęcego to m.in. mleko i produkty mleczne (jogurty, kefiry, ser biały, ser żółty), mięso wieprzowe, wołowe i przetwory mięsne, drób, ryby, jaja. Źródła białka z produktów roślinnych to m.in. nasiona roślin strączkowych, produkty zbożowe, ziemniaki¹⁸. Źródłem tłuszczów są masło, smalec, łój wołowy, oliwa i wszelkiego rodzaju oleje, np. olej rzepakowy, słonecznikowy, kokosowy, krokoszowy, kukurydziany, itd.¹⁹. Z kolei węglowodany złożone można

¹⁴ Tamże, s. 18, 21

¹⁵ Tamże, s. 19

¹⁶ J. Ryżko, P. Socha, *Żywienie niemowląt, dzieci i młodzieży*, [w:] *Żywienie człowieka zdrowego i chorego*, red. M. Grzymisławski, J. Gawęcki, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012, s. 33

¹⁷ M. Bojanowska, A. Ciołek, R. Czeżko i in., *Żywienie a rozwój dziecka*, Lublin, Towarzystwo Wydawnictw Naukowych LIBROPOLIS, 2015, s. 23

¹⁸ J. Biernat, *Żywienie, żywność a zdrowie*, Wrocław, Wydawnictwo ASTRUM, 2001, s. 29

¹⁹ Tamże, s. 36

- znaleźć w produktach pełnoziarnistych (np. chleb, bułki, makaron, płatki śniadaniowe, proso, owies, kielki pszenicy, jęczmienia, brązowy ryż, kasza gryczana, otręby owsa, mąka kukurydziana), w warzywach (np. brokuły, szpinak, ziemniaki, bataty, marchewka, kukurydza, kalafior, seler, ogórek, karczochy), w owocach (np. morele, pomarańcze, śliwki, gruszki, grejpfruty), a także w roślinach strączkowych (np. soczewica, fasola, groszek, soja).
5. Robiąc zakupy, warto pamiętać, aby kupować produkty zawierające dużo witamin, wapnia, fosforu i żelaza.
 6. Bardzo ważne, żeby jak najwcześniej nauczyć dzieci picia dużych ilości wody, zamiast podawania im sztucznie słodzonych soków czy napojów gazowanych.
 7. Powinno się ograniczyć sól, zamiast solić przygotowywane dania, można dodawać naturalne przyprawy.
 8. Warto w miarę możliwości wspólnie kupować, przygotowywać i spożywać posiłki, dzięki temu dzieci uczą się gotować i wiedzą, jakie produkty wybierać, co więcej, czasami przełamują się i próbują nowych potraw, ponieważ pomagały przy ich przygotowywaniu.
 9. Z dziecięcej diety należy całkowicie wyeliminować chipsy, kolorowe napoje gazowane, jedzenie typu fast food (np. hamburgery, tłuste frytki, kebaby, itd.) oraz ograniczyć spożywanie słodczy (nie ma potrzeby dawać dziecku do szkoły batona czy drożdżówki; zamiast takich produktów można włożyć do lunchboxa na przykład samodzielnie przygotowany baton muesli lub kawałek upieczonego w domu ciasta). Jednakże najlepiej zamienić słodkie przekąski na owoce, które są zdecydowanie zdrowsze.
 10. Nie należy zapominać o aktywności fizycznej, którą trzeba dostosować do możliwości dziecka, nie wolno dziecka przeforsować, ale też trzeba zapewnić mu odpowiednią ilość ruchu. Jest wiele sekcji, które organizują zajęcia sportowe dla dzieci niepełnosprawnych, warto się nimi zainteresować nie tylko ze względów zdrowotnych, ale także ze względów psychologicznych, bowiem akceptacja grupy, pokonywanie barier i osiąganie sukcesów to dla dziecka najlepsza forma rehabilitacji.

Zakończenie

Bez względu na rodzaj i stopień niepełnosprawności dziecka powinno być ono pod stałą opieką dietetyka, który pomoże rodzicom ustalić odpowiedni jadłospis nie tylko dla dziecka, ale i dla całej rodziny, gdyż trzeba mieć świadomość, że wprowadzenie diety lub zmiana nawyków żywieniowych dotyczy nie tylko dziecka niepełnosprawnego, ale także jego rodzeństwa i rodziców. Stosowanie się do zaleceń specjalistów w kwestii żywienia jest też swoistą inwestycją w lepszą przyszłość dziecka, ponieważ dzięki przestrzeganiu zbilansowanej diety można

znacznie ograniczyć późniejsze problemy zdrowotne wynikające ze spożywania niezdrowych produktów. Przestrzeganie diety i przygotowywanie potraw będzie na początku wymagało od rodziców dużego zaangażowania, wielu wyrzeczeń i cierpliwości, możliwe, że pojawi się kryzys i przygnębienie, ponieważ efekty nie będą widoczne natychmiast, stan dziecka po odstawieniu dotychczasowych produktów może się pogorszyć i minie trochę czasu, zanim organizm poradzi sobie z syndromem odstawienia. W takich momentach zarówno matka, jak i ojciec będą potrzebowali nie tylko wzajemnego wsparcia, ale także pomocy i zrozumienia ze strony swoich najbliższych. Rodzice muszą mieć świadomość, że dieta nie rozwiąże wszystkich problemów dziecka, ale jeżeli będą jej przestrzegać, na pewno poprawi komfort jego życia. Warto też pamiętać, że największą nagrodą dla dziecka jest nie kolejny czekoladowy baton, czy paczka chipsów, ale czas spędzony wspólnie z najbliższą rodziną.

Bibliografia

- Białkowska M., Szostak W. B., *Żywność w otyłości*, [w:] *Żywność człowieka zdrowego i chorego*, red. Grzymisławski M., Gawęcki J., Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012
- Biernat J., *Żywność, żywienie a zdrowie*, Wrocław, Wydawnictwo ASTRUM, 2001
- Bojanowska M., Ciołek A., Czeżko R. i in., *Żywność a rozwój dziecka*, Lublin, Towarzystwo Wydawnictw Naukowych LIBROPOLIS, 2015
- Compart P., Laake D., *Jak ugryźć ADHD*, Warszawa, Grupa Wydawnicza Foksal, 2015
- Czerwionka-Szaflarska M., Zielińska-Duda H., *Alergia a nietolerancja pokarmowa u dzieci*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2010, Nr 11(33)
- Gertig H., *Interakcje leków z żywnością*, [w:] *Żywność człowieka zdrowego i chorego*, red. Grzymisławski M., Gawęcki J., Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012
- Grzymisławski M., Gawęcki J., *Żywność człowieka zdrowego i chorego*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012
- Hasik J., Gawęcki J., *Żywność człowieka zdrowego i chorego*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004
- Kessick R., *Autyzm i dieta. O czym warto wiedzieć*, Warszawa, Wyd. Fraszka Edukacyjna, 2010
- Matuszak K., Bryl W., Pupek-Musialik D., *Otyłość u dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym*, „Wybrane Problemy Kliniczne Viva Medica” 2010, t. I, Nr 1
- Ryżko J., Socha P., *Żywność niemowląt, dzieci i młodzieży*, [w:] *Żywność człowieka zdrowego i chorego*, red. Grzymisławski M., Gawęcki J., Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012
- Socha J., *Żywność w chorobach wieku dziecięcego*, [w:] *Żywność człowieka zdrowego i chorego*, red. Grzymisławski M., Gawęcki J., Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012

Netografia

Grabowska A., *Otyłość u dzieci – przyczyny, leczenie, zapobieganie*, oficjalna strona internetowa poradnikzdrowie.pl, http://www.poradnikzdrowie.pl/diety/otylosc/otylosc-u-dzieci-przyczyny-leczenie-zapobieganie_43108.html, [dostęp z dnia: 09.04.2016]

1,5 mln Polaków choruje na otyłość olbrzymią, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/204076>, [dostęp z dnia: 09.04.2016]