



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic
in zdravstvenih tehnikov Slovenije



DRUŽINSKA OBRAVNAVA ZA ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG

Zbornik prispevkov z recenzijo

Debeli rtič, 10. 6. 2021



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic
in zdravstvenih tehnikov Slovenije



DRUŽINSKA OBRAVNAVA ZA ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG

Zbornik prispevkov z recenzijo

Debeli rtič, 10. 6. 2021

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE
Sekcija medicinskih sester v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji

Zbornik prispevkov z recenzijo

DRUŽINSKA OBRAVNAVA ZA ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG

Debeli rtič, 10. 6. 2021

Urednici: *Majda Šmit, doc. dr. Andreja Kvas*

Recenzenzija prispevkov: *doc.dr.Andreja Kvas*

Jezikovni pregled: Petra Medja

Založila in izdala: *Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*

Sekcija medicinskih sester v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji

Programsko-organizacijski odbor: *Tadeja Bizjak, Sandra Gaber Flegar, Andreja Kvas, Mirna Nemanič, Ksenija Noč, Majda Šmit, Boštjan Viher, Sanja Vrbovšek*

Oblikovanje in priprava za tisk: Majda Šmit

Tiskarna: *Kapušin, Branko Kapušin s.p., Krasinec 55a, 8332 Gradac*

Naklada: *100 izvodov*

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

613:37(082)

DRUŽINSKA obravnava za zdrav življenjski slog (srečanje) (2021 ; Debeli Rtič)

Družinska obravnava za zdrav življenjski slog : zbornik prispevkov z recenzijo : Debeli rtič, 10. 6. 2021 / [urednici Majda Šmit, Andreja Kvas]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji, 2021

ISBN 978-961-273-232-5

COBISS.SI-ID 65797123

KAZALO

UVODNIK.....	5
UČENJE OTROK O ZDRAVI PREHRANI S POMOČJO IGRALNIH KART, DRUŽABNIH IGER IN RISB.....	7
<i>Barbara Ozbič Kirijakopulos, univ. dipl. inž. živ. tehnol., dietetičarka, IBCLC</i>	
DRUŽINSKA OBRAVNAVA ZA ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG V CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA ZDRAVSTVENI DOM PIRAN	15
<i>Tadeja Bizjak, dipl. m. s., mag. zdr. neg., Anja Andrenšek, dipl. kin., Tilen Frangeš, dipl. diet., Sabina Petronio, univ. dipl. psih., Katja Štajner, dipl. m. s.</i>	
OBRAVNAVA OTROK S PREKOMERNO TELESNO MASO IN DEBELOSTJO V CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA.....	25
<i>Andreja Bavčer, dipl. m. s.</i>	
TIMSKI PRISTOP OBRAVNAVE PREKOMERNO HRANJENIH OTROK IN MLADOSTNIKOV.....	39
<i>Breda Prunk Franetič, dr. med., spec. šol. med., vodja zdravstvenega sektorja, doc. dr. Tamara Poklar Vatovec, uni. dipl. ing. živ. teh., mag. dietet.</i>	
OBRAVNAVA OTROŠKE DEBELOSTI V CENTRU ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI OTROK ŠENTVID PRI STIČNI.....	51
<i>Ksenija Pavc Mikec, dipl.m.s., mag. zdrav. nege, doc. dr. Ruža Pandel Mikuš, viš. med. ses., prof. soc. ped., spec. klin. diet., Magdalena Urbančič, dr. med., spec. ped.</i>	
OBRAVNAVA OTROK Z DEBELOSTJO IN ZAPLETI NA TERCIARNI RAVNI ZDRAVSTVENE OSKRBE.....	59
<i>doc. dr. Primož Kotnik, dr. med.</i>	
PNEVMOKOKNE OKUŽBE – PREPREČEVANJE PRI BOLNIKI S KRONIČNIMI BOLEZNIMI	67
<i>Doc. dr. Tatjana Lejko Zupanc, specialistka infektologije in specialistka interne medicine</i>	
KOMUNIKACIJA Z MLADIMI NA TEMO SPOLNOSTI.....	73
<i>Urban Arnič, dipl. zn., viš. pred. dr. Jožica Peterka Novak, viš. med. ses., prof. soc. ped.</i>	

UVODNIK

Spoštovane kolegice in kolegi,

pred petimi leti smo v glasilu Utrip zapisale: „Pa jo imamo!“ Strokovno sekcijo, ki povezuje medicinske sestre, ki delamo na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje. Morda je prav, da se ob tem zapisu spomnimo, da je pomembno prepoznavnost zdravstvene vzgoje na primarni ravni zdravstvenega varstva doprinesla mednarodna konferenca „School Nurse“, ki smo jo leta 2013 uspešno organizirali v Cankarjevem domu v Ljubljani. Udeležile so se je kolegice in kolegi iz 18 držav in vseh celin. Konferenca je bila dobro izhodišče za nadaljnje delovanje Delovne skupine za zdravstveno in zobozdravstveno vzgojo in preventivo. Spomladi leta 2016 pa je s potrditvijo na letni skupščini Zbornice – Zveze z delovanjem pričela Strokovna sekcija medicinskih sester v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji.

V petih letih delovanja, ko smo se med drugim soočili tudi s pandemijo covid-19, smo samostojno organizirali sedem eno- in dvodnevni strokovnih srečanj, štiri v soorganizaciji z drugimi strokovnimi sekcijami, in enajst učnih delavnic, od tega pet z medresorskim sodelovanjem za zaposlene na Ministrstvu za notranje zadeve. Članice izvršilnega odbora smo aktivno sodelovale na dveh mednarodnih konferencah v tujini in na kongresih zdravstvene in babiške nege. Objavljale smo prispevke v glasilu Utrip, v e-novicah Zbornice – Zveze ter strokovne in znanstvene članke v zbornikih kongresov. Sodelovali smo s strokovnjaki s področja zdravstvene vzgoje in preventive z Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) in Ministrstva za zdravje, posredovali smo pripombe k Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni za preventivno zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov, podali pobudo za redefiniranje obsega timov in programov za izvajanje vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov ter podali pripombe in dopolnitve na predlog Specialnih znanj s področja vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov, ki so ga pripravili na NIJZ. Prav tako smo pripravili predlog specializacije za področje preventive na primarni ravni zdravstvenega varstva, ki je bil posredovan Ministrstvu za zdravje.

Leta 2020 so bili slovenski zdravstveni sistem, pa tudi številni družbeni podsistemi postavljeni pred izziv pandemije covid-19, ki je v temeljih zamajal naša vsakdanja življenja. Pandemija je ostro zarezala v izvajanje aktivnosti promocije zdravja in zdravstvene vzgoje na primarni ravni zdravstvenega varstva, saj so bili skoraj vsi izvajalci prerazporejeni na naloge obvladovanja epidemije covid-19.

Sedaj zopet lahko z velikim veseljem zapišemo: „Uspelo nam je!“ Po več kot letu dni nenavadnih razmer zaradi epidemije smo se kljub veliki skepsi organizacijskega odbora in ob pozivih izčrpanih kolegic, naj končno organiziramo srečanje „v živo“ ter področje preventive spet postavimo na prvo mesto, odločili, da volilno strokovno srečanje sekcije organiziramo „v živo“ na Obali.

Ko smo se konec leta 2019 v izvršilnem odboru Sekcije odločili, da bomo naslednje strokovno srečanje namenili področju zdravega življenjskega sloga otrok in mladostnikov, nismo niti slutili, da bo zaradi epidemije covid-19 ta tema še toliko bolj aktualna. Situacija, s katero so se soočili otroci in mladostniki med epidemijo, ob ukrepih za zajezitev okužbe z novim koronavirusom SARS-CoV-2, predstavlja veliko tveganje zaradi porasta debelosti, prav tako je prišlo do upada njihovih gibalnih sposobnosti.

Ob strokovnem srečanju z naslovom „Družinska obravnava za zdrav življenjski slog“ smo pripravili pričujoči zbornik prispevkov. Avtorji so izpostavili različne vidike skrbi za zdravje otrok in mladostnikov, s poudarkom na področju debelosti, predstavili so primere praks na področju zdravstvene vzgoje otrok s prisotno debelostjo in njihovih staršev, na različnih ravneh zdravstvenega varstva. Pomemben doprinos na tem področju predstavljajo delavnice *Družinske obravnave za zdrav življenjski slog*, ki so bile razvite na NIJZ v sodelovanju številnimi strokovnjaki s prakse ter jih izvajajo zdravstveni delavci in sodelavci iz standardnih timov centrov za krepitev zdravja iz zdravstvenih domov. Verjamemo, da bodo prispevki v zborniku doprinesli k poglobljanju znanj izvajalcev zdravstvene vzgoje otrok in mladostnikov.

Z optimizmom zremo v prihodnost in verjamemo, da se bo področje promocije zdravja in zdravstvene vzgoje vse bolj krepilo, tudi v luči vse bolj izpostavljenih potreb po preventivni obravnavi tako otrok in mladostnikov kot odraslih.

Majda Šmit in Sanja Vrbovšek

UČENJE OTROK O ZDRAVI PREHRANI S POMOČJO IGRALNIH KART, DRUŽABNIH IGER IN RISB

*Barbara Ozbič Kirijakopulos, univ. dipl. inž. živ. tehnol., dietetičarka, IBCLC
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Center za krepitev zdravja
barbara.ozbic.kirijakopulos@gmail.com*

Izvleček

Znanje otrok o prehrani se razlikuje glede na njihovo starost in kognitivni razvoj ter učni načrt. V Sloveniji državne šole uporabljajo različne učbenike, zato se znanje otrok istega razreda med letom lahko razlikuje. Pozabiti ne smemo niti na interes učenca o zdravi prehrani, živilih, prebavilih ter socialno-ekonomski status otroka. Zunanjim sodelavcem, ki vstopajo v vrtčevski in šolski prostor, je zato v veliko pomoč, kadar se lahko pri poučevanju otrok o zdravi prehrani oprejo na literaturo ter družabne igre; tako prebijejo začetni led in svoje znanje lažje posredujejo naprej. Težje je pridobljeno znanje otrok v kratkem časovnem obdobju preveriti. Kot dober pripomoček so se izkazale igralne karte »Isti šmorn«, s katerimi otroci preverijo usvojeno znanje in ponovijo naučeno snov.

Ključne besede: isti šmorn, zdrav življenjski slog.

Uvod

Prekomerna telesna teža je eden glavnih povzročiteljev nenalezljivih kroničnih bolezni. V 21. stoletju je reklamiranje živil in raznolikih prehranskih izdelkov del našega vsakdana. Reklame lahko vidimo v časopisih, po televiziji, na velikih reklamnih panojih ob cestah in nenazadnje tudi na spletu, kjer se reklamne pasice vrtijo ob straneh spletnih strani, zato potrošnik težje loči med zdravo in manj zdravo izbiro. Najlažje se je zdravega življenjskega sloga naučiti v mladosti.

S preventivnimi zdravstvenimi programi za otroke in mladostnike, kot je vzgoja za zdravje, želijo zaposleni v zdravstvenih ustanovah otrokom in mladostnikom čim bolj približati zdrav življenjski slog in zdravo prehranjevanje (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016). Pri določenih, že dalj časa trajajočih programih imajo izvajalci na voljo več gradiva, kako otroke motivirati. V novih projektih pa tega ni. Izvajalci programov si morajo zato sami poiskati pripomočke, s katerimi bodo pritegnili pozornost otrok.

Namen prispevka je opisati pristope motivacije otrok s pomočjo otroške in mladinske literature, družabnih iger in risb ter podati informacije, kateri pripomočki se najboljše obnesejo.

Družinska obravnava za zmanjševanje ogroženosti zaradi debelosti in zmanjšane telesne zmogljivosti oz. Družinska obravnava za zdrav življenjski slog

Družinska obravnava za zmanjševanje ogroženosti zaradi debelosti in zmanjšane telesne zmogljivosti oz. Družinska obravnava za zdrav življenjski slog (DOD) je pilotni projekt, financiran s strani evropskih socialnih skladov, in je v 25 zdravstvenih domovih po Sloveniji prvič potekal v šolskem letu 2018/19. V obravnavo so bili vključeni učenci tretjega in šestega razreda osnovnih šol, spadajočih pod okoliše, ki jih pokrivajo zdravstveni domovi, ki so med letoma 2017 in 2019 vzpostavili Centre za krepitev zdravja. Gre za nadgradnjo preventivnih pregledov za otroke in mladostnike v sklopu zagotavljanja celostne obravnave otrok, ki so bili

v okviru rednih sistematičnih pregledov prepoznani kot ogroženi zaradi prevelike telesne mase. V obravnavo je bila vključena celotna družina – otrok, njegovi starši ter sorojenci. Pri obravnavi je sodeloval multidisciplinarni tim, ki ga sestavljajo: zdravnik pediater, diplomirane medicinska sestra, psihologinja, kineziologinja in dietetičarka. V vsakem zdravstvenem domu smo obravnavali po eno skupino učencev tretjega in eno skupino učencev šestega razreda (10–15 otrok v skupini). Tedensko so izmenično potekala predavanja o ustreznem načinu prehranjevanja ter pogovori s psihologinjo v ločenih skupinah staršev in otrok. Telovadba je bila vsak teden po 2 uri.

Obravnava otrok v DOD je bila pilotni projekt. Na voljo so bila le skopa navodila, kaj je treba otrokom predstaviti in katere teme je treba obravnavati. Za izvajalce ni bilo na voljo literature, didaktičnih pripomočkov, delovnih listov ipd. Vse naštetu si je vsak član tima pripravil sam. Dodaten problem so predstavljale razlike med udeleženci, kajti otroci so prihajali iz različnih šol in okolij, razlikovali so se tudi v socialnem statusu, osebnostnih težavah, šolskem znanju ter različnih hobijih in željah. Za izvajalce, ki niti ne poznajo šolskega kurikulumu niti nimajo pedagoškega znanja, je težko oceniti in predvideti, kako najprimerneje podati potrebne vsebine. V Sloveniji si lahko vsaka šola ne glede na enoten učni program izbere svoje učbenike in delovne zvezke (npr. za slovenščino imajo otroci v 3. razredu na voljo 21 različnih beril, učbenikov in delovnih zvezkov – to je razvidno s spletnega seznama Državne založbe Slovenije). Zaradi slednjega je še toliko težje oceniti znanje otrok, saj izvajalci delavnic ne vedo, katere učbenike učenci uporabljajo. Med šolami lahko namreč prihaja do več razlik. Po katerih učbenikih so se otroci, udeleženi v projekt, učili v vseh treh oz. šestih letih šolanja in kje – če sploh kje – je bila zajeta vsebina o zdravi prehrani ter prebavi, bi bilo brez natančnega raziskovanja nemogoče izvedeti. Časa za takšne raziskave pa nihče izmed izvajalcev v Sloveniji ni imel. Informacije o učbenikih učencev tretjega in šestega razreda so podale razredničarke Osnovne šole Janka Glazerja Ruše in tako pomagale ovrednotiti, kaj lahko izvajalci projekta pričakujejo od otrok.

V projektu družinske obravnave smo v Zdravstvenem domu Ormož na delavnicah pod vodstvom dietetičarke v prvih 4 srečanjih obravnavali prebavo človeka (kajti brez osnovnega znanja o prebavilih je težko razumeti pomen raznolike prehrane), hranila, ki jih poznamo, in skupine živil, deklaracije na izdelkih in prehranski semafor, vsebnost hranil v živilih, predvsem sladkorja, soli in maščob, razporeditev obrokov čez dan, prehranski krožnik ter načine, kako sestaviti primerne dnevne obroke. Snovi, ki naj bi jo otroci obdelali, je bilo veliko. Prav tako je bilo potrebno za vsako starostno skupino pripraviti poseben načrt za podajanje informacij, saj glede na stopnjo predznanja ni mogoče enačiti učencev tretjega in šestega razreda ter njihovih staršev. Na zadnjem srečanju smo želeli preveriti usvojeno znanje, zato smo otrokom predstavili igralne karte »Isti šmorn«, ki so jih z veseljem igrali.

Schultz in Danford (2016) sta v integrativnem pregledu literature raziskovala vedenja, povezana s prehranjevanjem, ki kot eden izmed številnih dejavnikov vplivajo na razvoj otroške debelosti. Predvidevata, da vedenja vodijo osebna prepričanja in skrita znanja, ki izhajajo iz interpretacije čutno-motoričnih izkušenj. Skrita znanja se razlikujejo od deklarativnega znanja ali dejanskih informacij, pridobljenih med formalnim izobraževanjem. Znanih raziskav, ki bi preučevale skrito in deklarativno znanje o prehranjevanju otrok in mladostnikov, še ni. Raziskovalca sta v integrativnem pregledu prelistala 548 enot literature, napisane v angleškem jeziku. Glede na kriterije se je v ožji izbor uvrstilo 30 raziskav, pri katerih sta preučila dokaze o znanju otrok in mladostnikov o prehrani. Ugotovila sta, da so otroci predšolske starosti razumeli koncepte, povezane z užitnostjo, prehrano in prebavo, kot rezultat svojih izkušenj s hrano in prehranjevanjem. Otroci in mladostniki v šolski dobi so

pravilno ugotovili ne samo dejstva o hrani, prehrani in zdravju, temveč tudi dejavnike, ki so vplivali na njihove odločitve o prehranjevanju. Izrazili so tudi zaskrbljenost zaradi svoje prehrane, ovir zdravega prehranjevanja in videza. Avtorja sta ugotovila, da otroci – tudi predšolski – vedo veliko o prehranjevanju. Dokazala sta, da prepričanja in skrita znanja bolj vplivajo na usmerjanje vedenja prehranjevanja kot deklarativno znanje ali poznavanje dejstev o hrani, prehrani, telesu in zdravju. Pri preprečevanju nastanka debelosti otrok in mladostnikov bo zato potrebno preučevati tudi verovanje in skrita znanja otrok o prehrani in prehranjevanju.

Otroška in mladinska književnost s tematiko hrane ali prehranjevanja

Ker je šlo pri DOD za pilotni projekt, smo si izvajalci morali sami pripraviti pripomočke, s katerimi smo otroke vzpodbudili h kritičnemu razmišljanju o prehrani. Za prebijanje ledu so se mi prvo uro zdele najprimernejše pravljice o hrani. Na voljo je več različnih – od ljudskih, slovenskih in tudi pravljič tujih avtorjev.

Rioux in sodelavci (2018) so se v raziskavi osredotočili na učinkovitost vizualne izpostavljenosti zelenjave in zmanjšanju neofobije ter izbirčnosti pri uživanju zelenjave pri mlajših otrocih. V štiritedensko raziskavo je bilo vključenih 70 otrok, starih med 3 in 6 let. Raziskava je bila sestavljena iz treh faz. Ključno obdobje raziskave je bila dvotedenska uporaba pogrinjkov s slikami zelenjave v vrtčevskih oz. šolskih jedilnicah. Raziskovalci so preučevali vnos zelenjave pred intervencijo, med njo in po njej. Za vsakega otroka so ocenili pripravljenost za poskusanje zelenjave ter njegov kognitivni razvoj. Raziskava je pokazala, da je vizualna izpostavljenost v intervencijskem obdobju povečala vnos zelenjave. Kadar so bili otroci izpostavljeni zelenjavi v različnih barvah, le-to ni vplivalo na večjo zaužito količino. Raziskovalci so povzeli, da lahko že enostavna izpostavljenost zelenjavi povzroči njen večji vnos. Ugotovitve kažejo, da bi lahko slike zelenjave pomagale staršem pri težavah uvajanja novih vrst zelenjave, poleg tega pa bi lahko osredotočanje na konceptualni razvoj učinkovito reševalo prehranske neofobije in izbirčnost pri prehrani.

Achern in sodelavci (2019) so v raziskavi primerjali vpliv ponudbe raznolikosti zelenjave ter večkratno izpostavljenost zelenjavi v času malice. V raziskavo je bilo vključenih 95 predšolskih otrok, starih od 24 do 55 mesecev. Znano je, da večkratna izpostavljenost zelenjavi spodbuja njen večji vnos. Prav tako večja in raznolika ponudba zelenjave pri otroku lahko vzpodbudi uživanje le-te. Rezultati te raziskave so pokazali, da ponudba raznovrstne zelenjave ne daje prednosti pred znano, večkrat izpostavljeno zelenjavo. Za povečanje vnosa pri otrocih se torej priporoča ponavljajoča se izpostavljenost zelenjavi (predvsem tisti, ki jo že poznamo; lokalnim živilom). Pomembno je torej otroku večkrat ponuditi zelenjavo, ni pa potrebno ponujati več njenih vrst. To je še posebej treba upoštevati pri otrocih, ki s težavo sprejemajo nova živila, saj se tako postopoma navadijo na znane okuse in posledično zaužijejo več.

De Droog in sodelavci (2013) so proučevali vpliv interaktivnega branja na uživanje zelenjave pri otrocih. V raziskavo so bili vključeni 104 otroci, stari med 4 in 6 let. Raziskovalce je zanimalo, ali bo zgodba, v kateri se promovira uživanje korenja, vplivala tudi na uživanje količine le-tega pri otrocih. Otroci so sodelovali pri bralnih uricah, kjer so zgodbico iz slikanice samo poslušali (pasiven bralni slog) ali pa so ob branju odgovarjali tudi na vprašanja (aktiven bralni slog). Rezultati so pokazali, da so otroci, ki so sodelovali v bralnih uricah, zaužili skoraj dvakrat več korenja (sorazmerno z drugimi zaužitimi živilmi) v primerjavi z vrstniki, ki se bralnih uric niso udeležili. Še posebej učinkovit se je izkazal aktiven slog

branja, pri katerem so otroci sodelovali in odgovarjali na vprašanja o zgodbi. Avtorji predvidevajo, da majhni otroci uživajo v interaktivnem slogu branja, ki sproža pozitivne občutke, povečuje všečnost in uživanje zdrave hrane, ki jo spodbuja knjiga (de Drog, et al., 2013). Predvidevamo lahko, da bi skupno interaktivno branje s starši v domačem okolju imelo še pozitivnejši učinek; zaradi takšnega načina bi otroci tudi pojedli več zelenjave. Učinek bi bil še boljši, če bi otroku po branju opisano zelenjavo tudi ponudili. De Droog in sodelavci (2013) zato predlagajo ob uradnih učbenikih v šolski kurikulum vključiti tudi dodatno literaturo, ki promovira uživanje zelenjave. Raziskovalci so ugotovili tudi, da so otroci z večjim veseljem posegli le po korenčku, ki je bil v njihovi raziskavi posebej izpostavljen, ni pa se povečalo njihovo uživanje drugih vrst zelenjave. Zato predlagajo, da bi bilo smiselno poiskati več zgodbic in basni, ki vključujejo različne vrste zelenjave in ne samo ene.

Hrana je v Sloveniji, tako kot drugod po svetu, del kulture, zato se že stoletja pojavlja v naših pesmih, basnih in pripovedkah. Znani so ljudski reki, ki nakazujejo na pomen hrane in kakšen odnos naj bi posameznik do nje imel. Hrano so naši predniki spoštovali, saj so se dobro zavedali, da se lahko blagostanje spremeni; da je dovolj le močna suša ali deževno obdobje in polja postanejo prazna – kajže pa tudi. Dober primer je rek »Če ti pade kruh na tla, poberi in poljubi ga«. Drugi znani reki so tudi »Brez dela ni jela« (Bojc, 1974), »Eno jabolko na dan odžene zdravnika stran« ter rek, ki še danes drži tudi glede na načela zdravega prehranjevanja in dietetike, a se ga večina premalo drži »Jej zjutraj kot kralj, opoldne kot kmet, zvečer kot berač« (znana je tudi različica opoldne kot meščan) (Zorec, 2006).

V Sloveniji poznamo več pravljic, v katerih se otroka nagovarja, da naj poje jed, ki mu je ponujena oz. da je imeti dovolj hrane za otroke in celotno družino sreča. Tako se že najmlajši srečajo z Zlatolasko in tremi medvedi, kjer na mizi diši opojna kaša. Kaša ima glavno vlogo tudi v pripovedki Lonček, kuhaj!, kjer čarobni lonček poskrbi za sito družino. V koroški ljudski, sedaj že ponarodeli pripovedki Mojca Pokrajculja zgodba govori o slastnem medu in posledicah požrešnosti zvite lisice. Slovenske ljudske pravljice govorijo tudi o treh pomarančah, zlatem jabolku oz. zlatih jabolkih, treh grahih, kako so pulili repo (znana tudi kot ruska ljudska pripovedka Repa velikanka), o hvaležnem medvedu ... Naši pisatelji so hrano vključevali v svoja literarna dela; tako Svetlana Makarovič v pravljici Pekarna Mišmaš piše o Sapramiški, ki si zlomi zobek na trdi lupini lešnika in je zato lačna, dokler ji ne pomagajo druge živali. Med bolj znane pravljice in pripovedke lahko prištejemo še Cankarjevo literarno delo Pehar suhih hrušk ter delo Milčinskega Zlata hruška.

Tudi v naši okolici so pisatelji v svoje zgodbe vključevali hrano, predvsem brata Grimm, ki sta svoj navdih iskala v ljudskih pripovedkah. Zagotovo večina pozna pravljico Janko in Metka (Hansel & Gretel, 1812), Rdeča kapica (Rotkäppchen, 1853, original po ljudskem izročilu je prvi zapisal Charles Perrault leta 1695) odnese bolni babici košaro dobrot, v Sneguljčici (Schneewittchen, 1857) pa želi zlobna kraljica glavno junakinjo zastrupiti z jabolkom. Hans Christian Andersen je napisal pravljico Princeska na zrnju graha (Prinsessen på ærten, 1837). Novodobni pisatelji so izdali knjige, kot je Nikoli sita gosenica avtorja Erica Carle (The Very Hungry Caterpillar, 1969) ali pa slikanica Oblačno z možnostjo mesnih kroglic avtorice Judith Barrett (Cloudy with a Chance of Meatballs, 1984), pri nas sicer bolj poznana kot animirani film.

V zadnjem času se na slovenskem tržišču pojavljajo literarna dela o prehrani, ki kritično ponazarjajo hiter tempo življenja in naš odnos do hrane. Takšne knjige so npr. Krompirjevo popotovanje avtorice Matos (2016), ki opisuje razliko med lokalno pridelano in uvoženo hrano, Kruhek je šel po svetu avtorice Jamnik Pocaajt (2011), ki opisuje preudarno delo s

surovinami (kruhom). Za delo z otroki se je kot dober pripomoček izkazala tudi knjiga Pripovedke avtoric Yolen in Stemple (2006), v kateri so pravljam in basnim o hrani dodani recepti za pripravo opisanih jedi.

Družabne igre o prehrani in hrani

Rivera in sodelavci (1999) navajajo, da je Barojas (1999, cited in Rivera, 2015) ter kasneje Cardenas Silva (2006, cited in Rivera, 2015) zagovarjala uporabo iger in umetnosti kot pripomoček za spodbujanje večje udeležbe, samozavedanja ter učenja. Rivera in sodelavci (2015) so objavili raziskavo Healthy Being, v kateri je sodelovalo približno 39.000 udeležencev, med katerimi so bili starši, učitelji in predstavniki lokalnih skupnosti iz Chimaltenanga v državi Gvatemala. Projekt so podprli ministrstvo za izobraževanje, lokalna oblast ter fundacija Fomento Económico Mexicano (FEMSA). Gre za območje s kronično otroško podhranjenostjo otrok (53,9 %), ki obiskujejo osnovno šolo, ali mladostnikov v celotni Latinski Ameriki. V raziskavi so preučevali prehranski status 4.310 otrok starih od 6 do 12 let. Da bi izboljšali stanje prehranjenosti, so uporabili inovativne pristope, ki so temeljili na gledališču, poeziji, pesmih in risbah. Načrtovanih je bilo šest izobraževanj za starše in učitelje v obdobju enega meseca. Želja je bila s pomočjo ustvarjalnih iger in umetniških tekmovanj izboljšati znanje o varni hrani in prehrani ter o prehranjevanju, ki vključuje več vode, sadja, zelenjave ter živil živalskega porekla. Ob zaključku projekta so ugotovili, da otroci in njihovi starši sicer poznajo načela zdravega prehranjevanja, vendar je v obrokih za otroke kljub temu primanjkovalo sadja, zelenjave, beljakovin in pitne vode.

Allirot in sodelavci (2018) ugotavljajo, da lahko vključevanje otrok v nakup živil pomaga pri usmerjanju k izbiri zdravih živil, vključno z zelenjavo. V raziskavi je sodelovalo 86 otrok, starih od 8 do 10 let. Polovica otrok je sodelovala na delavnici, namenjeni nakupu živil na spletu ter pripravi neznanih živil, ki so vsebovala zelenjavo (jabolčni sok, sok rdeče pese, bučkin tortilja sendvič ter kekse s špinačo), druga polovica je sodelovala na ustvarjalni delavnici. Otroci, ki so bili na delavnici o nakupovanju, so za popoldansko malico izbrali bolj zdrava živila. Raziskovalci povzamejo, da je pomembno vključevanje otrok v različne korake priprave obrokov, saj tako otroci izboljšajo znanje o prehrani in živilih, poveča se uživanje zelenjave ter zmanjša izbirčnost otrok in prehranske neofobije.

Pri projektu The Nutriscience Project so Azevedo in sodelavci (2019) ocenjevali vpliv spletnega programa na prehransko pismenost družin glede na njihov socialno-ekonomski status. Sodelovalo je 27 portugalskih vrtcev (59 vrtčevskih skupin) in 877 družin z otroki, starimi od 3 do 5 let. Zanimalo jih je predvsem znanje udeležencev o hranilih, porcijah obrokov, portugalskih tradicionalnih živilih ter označevanju živil. Tako družine kot predstavnike vrtčevskih skupin so raziskovalci prosili, da v računalniški program vpisujejo podatke, kot so npr. recepti različnih jedi, primerjave dveh različnih živil ipd. Za vsako opravljeno nalogo je družina prejela značko. Avtorji so ugotovili, da je računalniška digitalna interaktivna platforma lahko koristno in enostavno izobraževalno orodje za poučevanje o zdravi prehrani ter da bo izvajanje programa v prihodnje imelo daljše koristi za ocenjevanje prehranjevalnih navad družin.

Chow in sodelavci (2019) so pri pregledu literature 43 raziskav, ki so vključevale družabne in video igre, ugotovili, da se le-te čedalje pogosteje uporabljajo kot pripomoček za izboljšanje znanja o prehrani pri otrocih ali kot pripomoček, kako otroke prepričati k večjemu vnosu zdravih živil – sadja, zelenjave in polnozrnatih živil. Raziskovalci so se osredotočili na 4 vedenja: kako izboljšati vnos sadja in zelenjave, kako spremeniti odnos otroka do prigrizkov,

kako spodbuditi raziskovanje hrane, kako vzpodbuditi zdrav način prehranjevanja. Ob igranju družabnih in video iger se je odnos otrok do hrane spremenil. Pri otrocih se je povečal vnos sadja ter zelenjave, izboljšalo pa se je tudi znanje o prehrani. Igre so vzpodbudile raziskovanje hrane pri otrocih, povečalo se je sprejemanje nove hrane in zmanjšalo izbirčno prehranjevalno vedenje. V igrah so bile za spodbujanje sprememb vedenja večkrat uporabljene nagrade. Avtorji so opazili, da je treba biti pozoren na video igre, ki jih sponzorirajo živilska podjetja (npr. podjetja, ki ponujajo priboljške), saj so otroci po prenehanju igranja takšnih iger pogosteje posegali po sladkih ali slanih prigrizkih. Učinkovitost iger oz. pristopov učenja o zdravem načinu prehranjevanja je bila odvisna tudi od starosti otrok. Za otroke, stare šest let ali manj, so bile primernejše preproste igre in kratek igralni čas, kot na primer pri igri spomin. Pri otrocih, starih med 6 in 12 let, pa so bile uporabljene zapletenejše družabne igre ter video igre z večjim številom navodil in več elementi. Glede na rezultate lahko povzamemo, da je kompleksnost in trajanje iger potrebno prilagoditi otrokovi kognitivni sposobnosti ter starosti. Avtorji so ugotovili, da ima opisan način učenja o prehrani več prednosti v primerjavi s klasičnimi pristopi (učenjem), zato bi jih lahko uporabili tudi med poukom kot podporo šolskemu kurikulumu.

Družabne igre o prehrani v Sloveniji

Mateja Dobovšek je v okviru projekta Izzivaj – uživaj! (2017–2019), ki je sofinanciran s strani Ministrstva za zdravje Republike Slovenije v sklopu nacionalnega programa prizadevanj Dober tek, Slovenija! za več gibanja in bolj zdravo prehrano (Nacionalni program o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025), leta 2018 razvila in izdala družabno igro ZdravKo skavt. Družabna igra je sestavljena iz igralne plošče, knjižice z navodili in nasveti za zdrav življenjski slog, v knjižici je tudi karton, iz katerega se izdelata banko in kovance. V igri so nasveti za zdravo prehranjevanje in načine gibanja. Medtem ko igralec potiska svojo figuro po igralni plošči, mora opravljati različne naloge. Igra je namenjena otrokom in mladostnikom, igrajo pa se lahko tudi odrasli (Dobovšek, 2018).

Na Debelem rtiču so v sklopu poučevanja otrok o zdravem načinu življenja uporabljali tujejezično družabno igro »My plate«, ki pa jo je mogoče kupiti le preko spleta. Drugih iger v Sloveniji o prehrani oz. pomenu prehrane ni mogoče kupiti. Dobi se sicer igre, v katerih so naslikana živila (npr. spomin), ter igre, ki ponazarjajo nakupovanje (plastične košarice z replikami živil) ipd., posebnih iger na temo prehranjevanja pa v Sloveniji ni.

Na spletu je mogoče najti večje število iger o prehranjevanju, pri nekaterih je celo oznaka, da bi bile primerne za pedagoško delo. Ker navodil iger ni mogoče najti na spletu, o kakovosti le-teh ne moremo soditi.

Igralne karte »Isti šmorn«

Ime družabne igre je iz narečnega reka oz. frazema »isti šmorn« – ísti šmór(e)n nižje pog.; pren., tudi v medm. rabi; pomeni nekaj, kar je enakovredno čemu, kot je v knjigi Slovar slovenskih frazemov zapisal Keber (2011). Šmorn je nižje pogovorni narečni izraz za močnato jed praženec; to je jed iz jajc, mleka in moke, pečena z malo maščobe v ponvi in s kuhalnico ali lopatko zdrobljena na manjše kose. Izvira iz časa Habsburžanov, zato ima tudi v Sloveniji dolgoletno tradicijo.

»Isti šmorn« je družabna igra, ki vsebuje 54 igralnih kart. Na sprednji strani vsake karte sta fotografiji dveh živil ter znak vprašaj. Na zadnji strani karte je napisano ime obeh živil s

sprednje strani in vprašanje, ali sta živili »isti šmorn«. Pod vprašanjem je odgovor (DA ali NE) z razlago, zakaj sta oz. nista živili »isti šmorn«. V igri lahko sodelujeta dva ali več igralcev. Igra je namenjena otrokom in mladostnikom od 2. razreda dalje, igrajo pa se lahko tudi odrasli. Karte se pred začetkom igre premeša. Vsak sodelujoči dobi enako število kart (ostanek kart se vrne v škatlo). Najmlajši od sodelujočih osebi na svoji levi zastavi vprašanje s karte. Če vprašani odgovori pravilno, karto kot nagrado položi pred seboj. Če je odgovor napačen, karto pred seboj položi izpraševalec. Zmaga tisti, ki je zbral več kart. Igra se lahko tudi v dvojicah ali v skupinah po 3, 4 ali več igralcev – odvisno od velikosti skupine. Ker je na vsaki igralni karti odgovor na zastavljeno vprašanje, je primerna tudi za delo v vrtcu ali šoli, saj nadrejena oseba ne pride v dilemo, kaj odgovoriti. Osnutek igre je bil prvič predstavljen aprila 2019 zaposlenim na osnovni šoli Janka Glazerja Ruše ter zaposlenim Centra za krepitev zdravja v Zdravstvenem domu Ormož. Pri odraslih je bil odziv zelo dober. Kasneje je bila igra predstavljena otrokom 3. razreda, ki so obiskovali DOD. Otroci so bili razdeljeni v 3 skupine po 2. V skupini so bili pretežno dečki. Po 4 urah delavnice o zdravem načinu prehranjevanja nas je zanimalo, česa so se otroci naučili in katera znanja so usvojili. Zadovoljni smo bili, da so igrico otroci igrali z veseljem, med seboj tekmovali, razmišljali, kakšen »je že pravilen odgovor«. Na koncu igre je imela zmagovalna ekipa 2 karti več od ostalih. Pri otrocih iz šestega razreda smo bili pred predstavitvijo skeptični. Gre za starejše otroke, na začetku pubertete, katerim se družabne igre morda ne zdijo zanimive. V skupini so bila tisti dan le dekleta. V nasprotju z dvomi so tudi dekleta ob igri uživala in tekmovala med seboj. Čeprav so med delavnicami misli otrok včasih odtavale, pa smo po igri spoznali, da so se marsičesa naučili. Otroci so bili kritični, ne samo da so iskali odgovor (da ali ne) ampak so tudi razmišljali, zakaj je odgovor takšen, kot je.

Diskusija

Nepravilen izbor živil in močno reklamiranje nezdravih živilskih izdelkov otežujeta ozaveščanje otrok o zdravi prehrani. Čeprav je število otrok glede na podatke Nacionalnega inštituta za javno zdravje, nižje kot pred nekaj leti, je otrok s prekomerno telesno težo še zmeraj preveč (Gabrijelčič Blenkuš & Robnik, 2016). S čim ustrežnejšim pristopom učenja otrok o prehrani se ukvarja več raziskovalcev (de Drog 2014; Chow 2016; Azevedo, 2019), ki bi radi otroke na zanimiv način poučili o dobrih in slabših izbirah živil in vplivu le-teh na njihovo zdravje. Družabne igre je glede na prve izkušnje primerno uporabiti pri poučevanju o zdravi prehrani. Smiselno bi bilo raziskovanje uporabe otroške in mladinske književnosti ter družabnih iger na izboljšanje znanja o prehrani, razvoj novih iger pa še nadaljevati.

Zaključek

Otroci so vedoželjni pridobivanja novih znanj. Učenje o prebavi in (zdravi) prehrani ni nujno med najbolj zaželenimi temami, ki bi se jo otroci radi učili. Kljub temu pa je zgodaj usvojeno znanje potrebno za preprečevanje tako otroške debelosti kot izbirčnosti. Ob šolskih učbenikih si za boljšo motivacijo vzgojitelji, učitelji in zunanji sodelavci pomagajo z različnimi risbami, slikanicami in knjigami o prehrani ter družabnimi igrami. Za starejše otroke so se kot dober pripomoček izkazale računalniške igre, ki pa ne smejo vsebovati nezdravih izbir živil. Ne glede na to, kateri pripomoček bomo izbrali, je pomembno, da otroci in mladostniki usvojijo znanje o prehrani, ki ga sicer morda ne bi, saj lahko z usvojenim znanjem vplivajo na svoje zdravje in počutje.

Literatura

- Ahern, S. M., Caton, S. J., Blundell-Birtill, P., & Hetherington, M. M., 2019. The effects of repeated exposure and variety on vegetable intake in preschool children. *Appetite*, 132, pp. 37–43.
- Allirot, X., Maiz, E., & Urdaneta, E., 2018. Shopping for food with children: a strategy for directing their choices toward novel foods containing vegetables. *Appetite*, 120, pp. 287–296.
- Bojc, E., 1974. *Pregovori in reki na slovenskem*. Ljubljana: DZS.
- Chow, C. Y., Riantiningtyas, R. R., Bojer Kanstrup, M., Papavasileiou, M., Djin Liem, G., & Olsen, A., 2019. Can games change children's eating behaviour? A review of gamification and serious games. *Food Quality and Preference*, 80, Article 103823. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2019.103823>
- de Droog, S. M., Buijzen, M., & Valkenburg, P. M., 2014. Enhancing children's vegetable consumption using vegetable-promoting picture books. The impact of interactive shared reading and character-product congruence, *Appetite*, 72, pp. 73–80.
- Državna založba Slovenije, 2020. *Katalog šolskih učbenikov in delovnih zvezkov 2019/20*. Available at: http://icarus.dzs.si/index.php?menu_id=54&content_id=139&par_id=0 [28. 1. 2020].
- Gabrijelčič Blenkuš, M., & Robnik, M., 2016. *Prekomerna prehranjenost in debelost pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji*. Ljubljana: NIJZ. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/debelost_pri_o-m_daljsa_spletna_avg2016_final_01082016.pdf [28. 1. 2020].
- Jamnik Pocajt, T., 2011. *Kruhek je šel po svetu*. Jezero: Morfem.
- Keber, F., 2011. *Slovar slovenskih frazemov*. Ljubljana: Založba ZRC. Available at: https://fran.si/192/janez-keber-frazeoloski-slovar-slovenskega-jezika/4217756/smoren-smorn?View=1&Query=%c5%a1moren*&All=%c5%a1moren*&FilteredDictionaryIds=192 [28. 1. 2020].
- Matos, P., 2016. *Krompirjevo popotovanje*. Ljubljana: Epistola.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. *Preventivni zdravstveni programi za otroke in mladostnike*. Available at: <https://www.nijz.si/sl/preventivni-zdravstveni-programi-za-otroke-in-mladostnike> [28. 1. 2020].
- Rioux, C., Lafraire, J., & Picard, D., 2018. Visual exposure and categorization performance positively influence 3- to 6-year-old children's willingness to taste unfamiliar vegetables, *Appetite*, 120, pp. 32–42.
- Rivera, E., Lopez, M., & Cottrell, W. B., 2015. Healthy being – improving nutrition practices among children and teens through art and games, *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(4) (Suppl), S6.
- Schultz, C. M., & Danford, C. M., 2016. Children's knowledge of eating: an integrative review of the literature. *Appetite*, 107, pp. 534–548.
- ZdravKo Skavt, 2018. Available at: <https://issuu.com/skavtinjeinskavti/docs/navodilozaigro> [28. 1. 2020].
- Zorec, M., Pečnik, A., & Gaspari, M., 2006. *Slovenski pregovori in reki*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Yolen, J., & Stemple, E. H., 2006. *Priposedke*. Maribor: Založba Pivec.

DRUŽINSKA OBRAVNAVA ZA ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG V CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA ZDRAVSTVENI DOM PIRAN

Tadeja Bizjak, dipl. m. s., mag. zdr. neg., Anja Andrenšek, dipl. kin., Tilen Frangeš, dipl. diet., Sabina Petronio, univ. dipl. psih., Katja Štajner, dipl. m. s.

*Zdravstveni dom Piran, Center za krepitev zdravja
tadeja.bizjak@zd-piran.si*

Izvleček

V okviru projekta »Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih« so v obdobju 2018/19 potekali nadgradnja preventivnih pregledov šolskih otrok, identificiranje ogroženosti zaradi debelosti in zmanjšane telesne zmogljivosti ter ustrezno ukrepanje za celotno družino. Za prepoznavo problema in ustrezno obravnavo je nujno usklajeno delovanje multidisciplinarnega tima, ki ga vodi zdravnik specialist pediater, enakovredno pa mu pomagajo strokovnjaki Centra za krepitev zdravja. Strukturirana zdravstvena obravnava otroka in družine poteka skupinsko ter individualno. Delavnice izvajajo psiholog, dietetik in kineziolog, ki pri svojem delu uporabljajo poučevanje z gibanjem; le-to je dopolnitev programa, ki sicer poteka po smernicah iz priročnika. Namen prispevka je prikazati primer izvedbe družinske obravnave za zdrav življenjski slog po strokovnih usmeritvah Nacionalnega inštituta za javno zdravje, ki so jih sodelujoči strokovnjaki Centra za krepitev zdravja nadgradili z lastnimi idejami, kako pridobiti znanje in veščine s pomočjo gibanja. Program je dejansko zahteval več vloženi delovnih ur, kot so to predvideli v strokovnih smernicah Nacionalnega inštituta za javno zdravje; pri tem je bila izpostavljena vloga medicinske sestre, izvajalke vzgoje za zdravje. Z dopolnitvijo so strokovnjaki izvedli pester in uporabnikom prilagojen, všečen program, ki je bil med otroki in starši dobro sprejet.

Ključne besede: debelost, otroci in mladostniki, nadgradnja programov, primarna raven.

Uvod

Center za krepitev zdravja (CKZ) Zdravstveni dom (ZD) Piran je bil od marca 2018 do decembra 2019 vključen v projekt »Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih« (nadgradnja), katerega del je »Družinska obravnava za zmanjševanje ogroženosti zaradi debelosti in zmanjšane telesne zmogljivosti«, krajše imenovana »Družinska obravnava za zdrav življenjski slog«, kot dopolnjena različica predhodnega poimenovanja »Družinska obravnava debelosti«.

Namen izvajanja nadgradenj pri preventivnih pregledih otrok in mladostnikov je bil zgodnje odkrivanje ogroženih za nastanek kroničnih bolezni, ki so povezane z neustreznimi prehranjevalnimi in gibalnimi navadami, ter ustrezno ukrepanje, vključno z informiranjem in motiviranjem za aktivno skrb za zdravje (Pribaković Brinovec, 2017).

Po algoritmu, ki zajema strokovne kriterije za opredelitev otrok, ki imajo večjo verjetnost za zdravstvene težave, povezane z debelostjo, so otroci usmerjeni v programe spodbujanja zdravega življenjskega sloga (individualno zdravstvenovzgojno svetovanje za utrditev zdravega življenjskega sloga, skupinska vzgoja za zdravje po programu), nadgrajeno sodelovanje s šolo ter klinično obravnavo čezmerne teže in debelosti za poglobljeno oceno in diagnostiko ter usmeritev v skupinsko intervencijo v CKZ (Truden Dobrin, et al., 2019).

Namen prispevka je prikazati primer izvedbe družinske obravnave za zdrav življenjski slog po strokovnih usmeritvah Nacionalnega inštituta za javno zdravje, ki so jih sodelujoči strokovnjaki CKZ nadgradili z lastnimi idejami pridobivanja znanja in veščin s pomočjo gibanja. V prispevku bodo prikazane tudi dodatne delovne obremenitve sodelujočih strokovnjakov, ki se v dodatnih delovnih urah bistveno razlikujejo od strokovnih usmeritev NIJZ in zajemajo vložene ure v strokovno izobraževanje, strokovno učno pripravo, organizacijo in administracijo programa. Ravno tako bo prikazana vloga medicinske sestre, izvajalke vzgoje za zdravje, saj strokovne smernice NIJZ vloge medicinske sestre niso predvidele. Kot bo v prispevku prikazano, je bil odziv sodelujočih otrok in njihovih staršev dober, ravno tako je bilo dobro vzpostavljeno sodelovanje med šolami, kjer je imela ključno vlogo izvajalka vzgoje za zdravje. Na podlagi dobre izkušnje pri izvedbi želimo v prihodnje nadaljevati z izvajanjem programa na tak način.

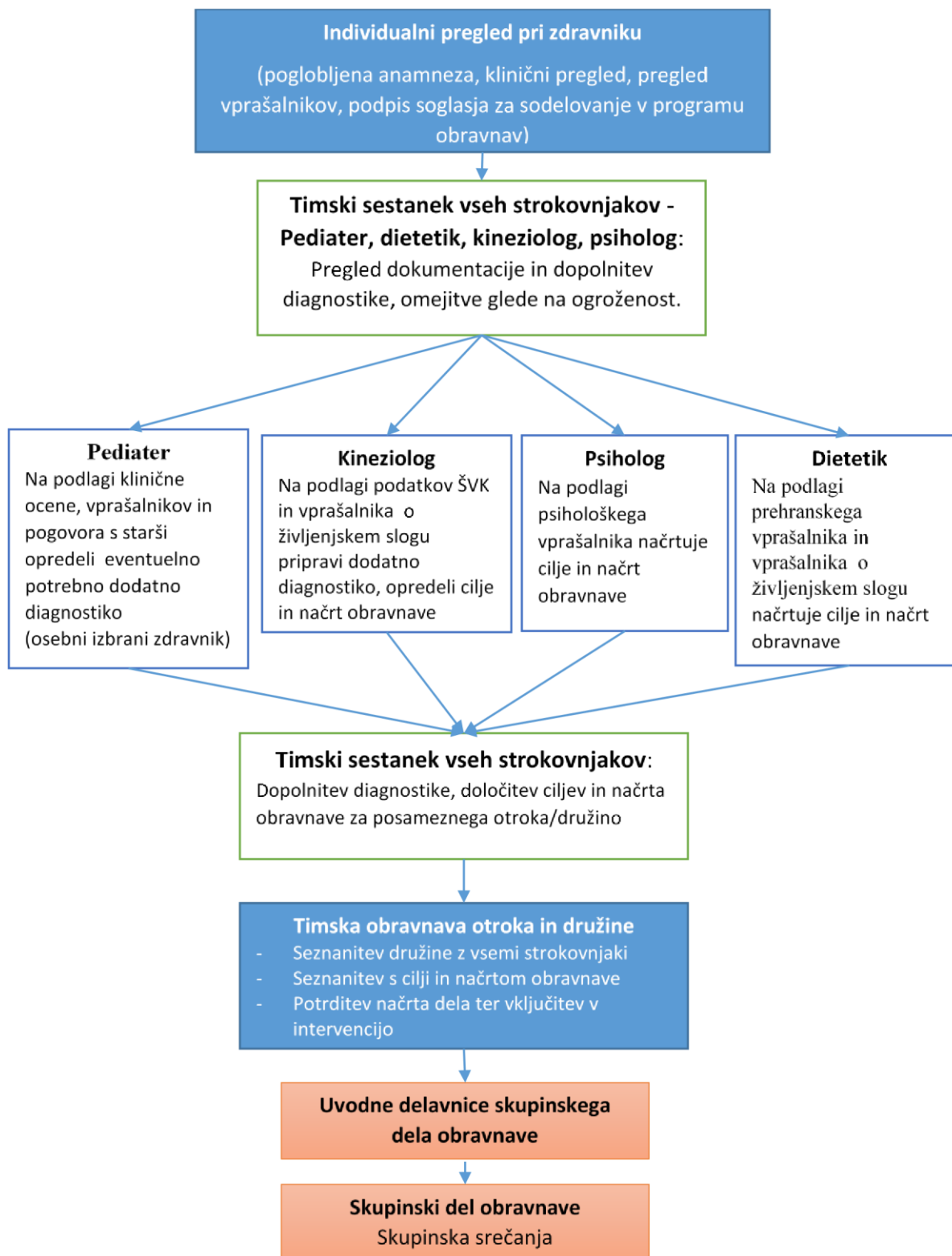
Družinska obravnava za zdrav življenjski slog

Za prepoznavo problema in ustrezno izvajanje intervencije družinske obravnave za zdrav življenjski slog je nujno usklajeno delovanje multidisciplinarnega tima. Zdravnik specialist pediater je osrednji član, ki tim vodi in usklajuje njegovo delovanje. Pri prepoznavi vzrokov za čezmerno prehranjenost mu enakovredno pomagajo drugi strokovnjaki s subspecialnim znanjem s tega področja: dietetik, kineziolog in psiholog. Pri načrtovanju in izvedbi ustreznih ukrepov se v tim vključi tudi medicinska sestra – izvajalka vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov (Truden Dobrin, et al., 2019).

Aktivnosti pediatra, medicinskih sester (iz pediatričnih ambulant in CKZ), psihologa, kineziologa in dietetika, ki sestavljajo tim intervencije, so (slika 1) (prav tam):

- timski sestanki vseh sodelujočih strokovnjakov,
- timske obravnave otroka,
- individualni posveti z otrokom in starši pri vseh sodelujočih strokovnjakih,
- kontrolni pregledi otrok v spremstvu staršev (samo pediater),
- skupinske delavnice v CKZ posebej za otroke in posebej za starše,
- pogovorne ure sodelujočih strokovnjakov CKZ,
- aktivnosti v lokalni skupnosti,
- sodelovanje v preventivnih telesih ZD,
- vnos podatkov in spremljanje izvajanja,
- poročanje,
- udeležba vseh strokovnjakov na usposabljanju,
- udeležba na delovnih sestankih in strokovnih srečanjih ter
- sodelovanje pri evalvaciji intervencije.

Avtorji programa (Truden Dobrin, et al., 2018) niso dodelili posebne vloge medicinski sestri kot izvajalki intervencije. Predvideli so le njeno koordinativno vlogo izvajalke vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov v šolah.



Slika 1: Elementi Družinske obravnave za zmanjševanje ogroženosti zaradi debelosti in zmanjšane telesne zmogljivosti (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019)

Zdravstvena obravnava otroka je lahko skupinska ali individualna. Po timski obravnavi otroka in družine sledi vključitev otrok v skupino (skupina otrok 3. razreda in skupina otrok 6. razreda) ter skupinski del intervencije, ki je sestavljen iz (Truden Dobrin, et al., 2017):

- delavnice Zdrav življenjski slog otroka in družine: uvodni del na temo prehrane, telesne dejavnosti, psiholoških vidikov, spanja, uporabe elektronskih naprav;
- skupinskega dela obravnave: skupinska srečanja, ki jih vodijo dietetik, psiholog in kineziolog po programu (družine skupaj, vzporedno posebej za otroke in posebej za starše).

Po potrebi se vzporedno s skupinskimi srečanji posamezni strokovnjaki lahko odločijo tudi za individualne posvete s posameznimi otroki in njihovimi starši z namenom dodatne motivacije, pojasnil in svetovanja.

V času trajanja intervencije se vsi strokovnjaki redno srečujejo na sestankih (vsakih 14 dni), kjer spremljajo izvajanje intervencije in sproti razrešujejo odprta vprašanja. Po zaključku skupinskih obravnav se tim sestane in za posameznega otroka pregleda rezultate meritev, vprašalnike in dokumentacijo ter se dogovori o ukrepih za vzdrževanje zdravega življenjskega sloga v času poletnih počitnic in v naslednjem šolskem letu.

Vloge posameznih strokovnjakov v timu

Projektni pediater je ključna oseba v zdravstvenovzgojnem timu pri družinski obravnavi otrok, ogroženih zaradi povečane telesne teže in zmanjšane telesne zmogljivosti. Njegova vloga je koordinativna; povezuje in vodi tim pri obravnavi otroka in družine. Medicinska sestra, zaposlena v CKZ, sodeluje s timom, ki izvaja intervencijo, pri koordinaciji, spremljanju izvajanja, vnosu podatkov in evalvaciji. Udeležuje se timskih sestankov in se povezuje s šolo. Vključuje se tudi medicinska sestra, ki na šolah, kjer se šolajo otroci, vključeni v intervencijo, izvaja vzgojo za zdravje z namenom izboljšanja sodelovanja in zagotavljanja učinkovitega izvajanja intervencije (Truden Dobrin, et al., 2019).

Redne preventivne preglede izvaja obstoječi tim imenovanega zdravnika šole. Medicinska sestra izvede meritve, pediater zbere vprašalnike, ki so jih izpolnili otrokovi starši, rezultate meritev interpretira in ob upoštevanju anamnestičnih podatkov pripravi oceno ogroženosti. Identificirane ogrožene otroke pediater usmeri na individualni pregled ob prisotnosti staršev za izvedbo poglobljene diagnostike.

»Projektni« pediater od imenovanega zdravnika šole pridobi seznam otrok, ki so bili na podlagi opredeljenih kriterijev na rednem preventivnem pregledu identificirani kot ogroženi. Otroke skupaj s starši povabi na individualni pregled. Vsebina individualnega pregleda otrok ob prisotnosti staršev je podrobneje predstavljena v priročniku Klinični pregled za ugotavljanje stanja prehranjenosti in oceno telesne zmogljivosti (Truden Dobrin, et al., 2018).

Pediater na podlagi anamneze, meritev, pogovora in rezultatov vprašalnikov ter glede na strinjanje otrokovih staršev napoti družino v intervencijo. Od družine pridobi kontaktne podatke (telefonske številke) in privolitev, da jih lahko osebe kontaktira po telefonu (Truden Dobrin, et al., 2019).

Eden ključnih ciljev intervencije je sprememba gibalnih navad tako otrok kot tudi njihovih staršev, saj lahko le tako pričakujemo trajnejše učinke intervencije. Za spremembo gibalnih navad otroka je potrebnih več ukrepov, ki jih z medsebojnim sodelovanjem izvajata šolski in zdravstvenovzgojni tim. Na podlagi teh izhodišč kineziolog avtonomno glede na svoje strokovne kompetence pripravi program dela za otroka in njegove starše. Na osnovi rezultatov diagnostike kineziolog v sodelovanju s športnim pedagogom iz otrokove šole zdravstvenemu timu predlaga cilje intervencije s področja telesne dejavnosti in telesnega fitnesa. Skupaj z otrokom in starši se določi tudi vsaj enega od praktičnih ciljev, ki je dovolj poljuden, nazoren in atraktiven, da lahko pritegne zanimanje otroka in njegovih staršev (npr. v 6 mesecih bo otrok sposoben prikolesariti na bližnji hrib, se povzpeti na goro v sredogorju, brez pomoči splezati na domače drevo ipd.). Posebno vlogo pri tem ima psiholog, zato se pri oblikovanju tega cilja in spremljanju njegovega uresničevanja kineziolog poveže z njim (Truden Dobrin, et al., 2019).

Vključitev psihologa v multidisciplinarni tim za obravnavo debelosti je ključen že pri spoznavanju otroka, saj lahko psiholog s psihodiagnostičnim znanjem pomaga prepoznati, ali ima otrok poleg težav s prekomerno telesno težo tudi čustvene oziroma vedenjske težave. V prvi vrsti je potrebno v okviru psihološke obravnave izpeljati diagnostični postopek, kjer se oceni čustveno stanje posameznika, njegove osebne značilnosti, spoznavne (po potrebi tudi motorične in prilagoditvene) sposobnosti, oceni se tudi njegovo funkcioniranje v družini in družbi ter prepozna morebitne motnje hranjenja ali ostala psihopatološka stanja. Psiholog predstavi psihološke vidike nezdrave telesne teže otrok in mladostnikov ter ključne vidike, ki jih bo obravnaval na delavnicah. Otrokom in staršem približa pristope psihološke podpore, ki jim bodo pomagali pri doseganju ciljev. Izpostavi tudi pomen spanja in zmanjševanja tvegane rabe elektronskih naprav (Truden Dobrin, et al., 2019).

Tudi prehranska obravnava terja celosten pristop. Potrebna je pozornost, da se ne komunicira neustrezno s predpostavko, da je način prehrane premo sorazmeren s posameznikovo ozaveščenostjo o zdravi prehrani in s prehrano poveznimi tveganji za zdravje. Količina in kakovost podanih informacij morata biti ustrezni. Pri prehranski obravnavi je potrebno upoštevati tudi starost in kognitivno stopnjo razvoja otroka. Ključna je sprememba življenjskih navad, ki gredo v smeri sprememb veččin izbire ter priprave živil in sestavljanja zdravih obrokov ter ritma prehranjevanja (redni obroki). Spremembe naj zajemajo manjše korake, saj spreminjanje utečenih navad in vedenj poteka po postopnem, predvidljivem zaporedju, kjer posameznik najprej spreminja odnos, mišljenje, nato konkretno vedenje in šele zatem se sprememba odrazi na merljivih posledicah. Dietetik predstavi koristi in prednosti zdrave prehrane za zdravje, zdravo rast in razvoj otroka ter osnove prehranske obravnave. Izpostavi tudi vprašanja o šolski prehrani, zdravi prehrani družine in vlogi staršev pri tem (Truden Dobrin, et al., 2019).

Izvajanje programa v Centru za krepitev zdravja Piran

Projekt nadgradnje je potekal v letih 2018 in 2019; intervencijo smo izvajali v šolskem letu 2018/19, z večino izpeljanih aktivnosti v letu 2019. Do zamika programa v drugo polovico izvajanja projekta je prišlo zaradi zamud s potekom izobraževanj iz projekta »Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih« (akronim: MoST) in poznejše dostopnosti do priročnikov s strokovnimi usmeritvami Nacionalnega inštituta za javno zdravje za samo izvedbo programa. Sodelujoči strokovnjaki so opravili skupno 416 ur izobraževanj. Tim strokovnjakov so sestavljali:

- izvajalci programa pediatričnih ambulant (dve redno zaposleni pediatrijni s koncesijo v timu z medicinsko sestro in zunanja sodelujoča pediaterinja v timu z medicinsko sestro ZD Piran),
- strokovni tim CKZ ZD Piran (kineziologinja, dietetik, psihologinja ter medicinski sestri, vodja CKZ in izvajalka vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov).

Sodelovali smo z dvema pediaterinjama s koncesijo in eno redno zaposleno pediaterinjo v drugi ustanovi; vse so bile pogodbeno vključene v projekt. Nemogoče je bilo stalno zaposliti projektne pediaterje, kot je bilo prvotno predvideno v projektu.

Sodelujoče pediaterinje in medicinske sestre, zaposlene v pediatričnih ambulanzah, so do konca leta 2018 opravile načrtovane poglobljene preventivne preglede otrok 3. in 6. razreda treh sodelujočih osnovnih šol (izvzete so bile osnovna šola z italijanskim učnim jezikom z dvema podružnicama in dve osnovni šoli s prilagojenim učnim programom). V običajen preventivni pregled šolarja v 3. in 6. razredu, ki se izvaja po priporočilih Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998), se v projektih aktivnostih doda še meritve obsega trebuha, izpolnjevanje vprašalnikov, izračun razmerja med obsegom trebuha in telesno višino ter določitev ogroženosti za prisotnost prekomerne telesne teže (tabela 1).

Tabela 1: Pregledi otrok v pediatričnih ambulanzah v času intervencije

Vrsta pregleda	Pediater 1	Pediater 2	Pediater 3	SKUPAJ
Poglobljen sistematski pregled 3. razred	73	23	33	129
Poglobljen sistematski pregled 6. razred	75	19	35	129
Prvi individualni pregled	14	6	26	46
Kontrolni individualni pregledi	27	7	26	60
Vsi pregledi skupaj				364

ZD Piran že desetletja dobro sodeluje s šolami v občini Piran preko izvajalke vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov. Medicinska sestra redno izvaja program, financiran s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), v vseh osnovnih in srednjih šolah, v dveh centrih za usposabljanje s prilagojenim učnim programom za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami ter v zadnjih dveh letih tudi v vseh vrtcih v občini. V obdobju od junija do septembra 2018 sta medicinski sestri obiskovali sodelujoče osnovne šole v občini Piran (osnovne šole v Piranu, Luciji in Sečovljah z njihovimi podružnicami) ter ravnateljem in strokovnim delavcem šol predstavili potek intervencije ter se dogovorili za predstavitev na roditeljskih sestankih in svetu staršev, kar je bilo izvedeno v septembru 2018. Medicinski sestri in tudi drugi člani tima so pripravili vso potrebno dokumentacijo za projekt (vabila, obrazce, vprašalnike) za vse tri sodelujoče pediatrične ambulante, kar je znašalo približno 1900 listov kopiranega gradiva. Večino gradiva smo razdelili staršem na roditeljskih sestankih, nekaj so jih razdelili tudi učitelji razredniki; vse to je potekalo v organizaciji izvajalke vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov.

Med samo izvedbo programa se je izpostavila pomembna vloga medicinske sestre, izvajalke vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov, v povezovanju s šolo, pediatričnimi timi ter otroki in njihovimi starši.

V CKZ smo pripravili terminski raspored delavnic, nato še prostorski raspored in se dogovorili za najem prostorov, ker nismo imeli lastnih prostorskih kapacitet za izvajanje vadbe in delo skupine. Po strokovnih usmeritvah NIJZ, ki smo jih prejeli v elektronski obliki

(Truden Dobrin, et al., 2019), in z nekaterimi usmeritvami, pridobljenimi na strokovnih izobraževalnih projekta MoST (Truden Dobrin, et al., 2018), smo pripravili vsebinski načrt delavnic.

Začetek izvedbe delavnic je bil marca 2019. Po izvedbi uvodnega skupnega srečanja za starše in otroke, ločene po razredih (3. in 6. razred), smo pripravili 10 srečanj, ki so se izmenično izvajala posebej za otroke in posebej za starše ter ločeno za oba razreda. Že na prvem srečanju z otroki smo ugotovili, da je delo v skupini otrok težko izvajati; ena oseba težko obvlada tako veliko skupino, motivacija za delo in zbranost sta hitro upadali, predvsem pri mlajši skupini otrok je bila izražena velika potreba po gibanju, saj so bili v skupini precej nemirni.

Tako smo v razgovorih z drugimi izvajalci po Sloveniji, z regijsko koordinatrico iz območne enote NIJZ in v timu samem prišli na idejo o učenju preko gibanja na skupinskih srečanjih otrok. Pred vsakim skupinskim srečanjem z otroki so izvajalci pripravili:

- vsebinsko pripravo strokovnih vsebin po priročniku NIJZ,
- pripravo inovativnih didaktičnih pripomočkov,
- pripravo gradiv ter
- pripravo izvedbe v zaprtem prostoru in/ali na prostem.

Izvedba skupin s starši je vsebinsko in organizacijsko potekala po strokovnih smernicah NIJZ. Izvajalci so poročali o znatnem izboljšanju sodelovanja, zavzetosti in motivacije za sodelovanje po uvedbi skupnih srečanj za otroke s kineziologinjo ter izmenično s psihologinjo in dietetikom. Nekaj srečanj v aprilu in maju so izvedli na prostem, v bližjem parku ali po krajšem pohodu v naravnem okolju, saj se v okolici najetih prostorov ob stavbi ZD nahaja veliko možnosti v rne vadbe na prostem. Udeležba je do konca izvedbe programa upadla zaradi različnih razlogov (dolgotrajna bolniška odsotnost otroka, brez navedbe razloga), tako da je v posamezni skupini intervencijo zaključilo 8 oz. 7 otrok (tabela 2).

Tabela 2: Število otrok v intervenciji

Skupina	Vključeni otroci	Zavrnilo udeležbo	Individualna obravnava	Skupinska obravnava	Zaključili	Delež udeležbe v skupini
3. razred	16	3	3	10	8	80 %
6. razred	18	3	2	13	7	54 %

Na skupnem zaključnem srečanju za vse otroke in starše smo pripravili gibalne aktivnosti tudi za starše, ne samo za otroke. Starši so pod strokovnim vodstvom strokovnjakov CKZ izvedli 6-minutni test hoje in odziv je bil dober, starši so sodelovali. Otroci so se zabavali ob gibalnih aktivnostih. Zaključek je bil slavnosten s podelitvijo priznanj, kjer so sodelovali vsi izvajalci programa – vse tri pediatrijke in strokovni tim CKZ.

Po zaključenih delavnicah so bili otroci in njihovi starši povabljeni na kontrolne preglede v pediatrične ambulante. Preglede so izvedle pediatrijke in zbirale odzive staršev in otrok o zadovoljstvu s potekom intervencije; to so nam predstavile na timskih sestankih.

Veliko delovnih ur smo vložili v administrativno delo. Obsežne vprašalnike smo morali vnašati v informacijski sistem, ki ga je vzpostavil NIJZ z veliko zamudo, zato smo to opravljali po zaključeni izvedbi delavnic v poletnih mesecih. Kineziologinja je morala vnesti vse športnovzgojne kartone in vprašalnike o življenjskem slogu, dietetik prehranski

vprašalnik, psihologinja psihološki vprašalnik, medicinske sestre pa vprašalnike obravnav v pediatričnih ambulantah – tako začetne kot obravnave kontrolnih pregledov, kjer je največ delovnih ur vložila izvajalka vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov.

Diskusija

Z namenom prikaza dodatnih delovnih obremenitev sodelujočih strokovnjakov in prikazom vloge medicinske sestre smo v CKZ Piran izvajali dodatno evidentiranje opravljenih delovnih ur za program Družinske obravnave za zdrav življenjski slog. Sodelavec s področja informatike je oblikoval računalniški program za elektronsko evidentiranje storitev, kamor smo vnašali opravljene aktivnosti z osnovnimi podatki.

Aktivnosti medicinskih sester zajemajo aktivnosti dveh zaposlenih medicinskih sester v CKZ; od tega ena opravlja 60 % delovnega časa kot vodja CKZ, druga je 50 % delovnega časa izvajalka vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov. Iz prikaza aktivnosti ugotavljamo, da se predvidene delovne obremenitve posameznih strokovnjakov, izražene v delovnih urah (Truden Dobrin, 2018), razlikujejo od dejansko izvedenih. Predvsem je bistveno več aktivnosti izvajala medicinska sestra – izvajalka vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov. Velik del delovnih obremenitev so predstavljale administrativne in organizacijske aktivnosti.

Med izvajanjem programa DOD smo ugotavljali neskladje v dejanski delovni obremenjenosti sodelujočih strokovnjakov. Medicinska sestra, izvajalka vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov, je bila najbolj obremenjena; koordinirala je sodelovanje s šolami in pediatričnimi ambulantami, največ dela je imela z administrativnimi opravili, saj je tako razbremenila sodelujoče pediatrične ambulante, bila je povezovalni člen med vsemi sodelujočimi zunanjimi izvajalci. Kineziologinja je bila naslednja po obremenitvah s koordinacijo s šolami in administrativnimi opravili. Psihologinja in dietetik sta imela največ obremenitev z izvedbo in pripravo strokovnih vsebin, nekoliko manj z organizacijo in koordinacijo dela; ponovno je bila kineziologinja tista, ki je morala strokovne smernice NIJZ popolnoma prilagoditi novemu načinu izvajanja programa. Velik delež delovnih obremenitev vodje CKZ je bil neposredno vezan na organiziranje in izvedbo programa: koordinacija s šolami, koordinacija s službami ZD, administrativna opravila, organizacija dela celotnega strokovnega tima, povezovanje z NIJZ v območni in centralni enoti in strokovno svetovanje strokovnemu timu.

Zaradi zahtevnosti izvedbe in pomanjkljivih strokovnih navodil NIJZ smo veliko časa namenili timskim posvetom, tako v širši (pediatri, izvajalci intervencije, celoten tim CKZ) kot v ožji sestavi (izvajalci intervencije, izvajalka vzgoje za zdravje, vodja CKZ). Vse ure, namenjene tem posvetom, je nemogoče ovrednotiti, saj je bilo na vseh rednih timskih sestankih celotnega tima CKZ vedno obravnavano tudi izvajanje programa DOD kljub rednim timskim posvetom v samem programu DOD. Na teh srečanjih smo izvajalci podali nekaj predlogov za nadaljevanje izvedbe programa.

Predlogi sodelujočih strokovnjakov za izvedbo programa

V timu CKZ smo imeli veliko razgovorov o pripravi delavnic za otroke v novi obliki z vključenim gibanjem, kjer smo sodelovali vsi strokovnjaki tima s svojimi idejami. Vloženo delo med samim potekom programa smo zaključili s pripravo priročnika »Družinska obravnava za zdrav življenjski slog – primer dobre prakse ZD Piran« kot dopolnitev

priročnika Družinska obravnava za zmanjševanje ogroženosti zaradi debelosti in zmanjšane telesne zmogljivosti.

Delavnice, namenjene otrokom, je veliko lažje izvajati, če jih vodita dva strokovnjaka hkrati (kineziolog in psiholog za psihološke vsebine ter kineziolog in dietetik za prehranske vsebine); tako se psihološke oz. prehranske vsebine podajajo preko gibanja. Veliko lažje je voditi in obvladati skupino, individualno prilagajati vsebine ter se posvetiti posamezniku. Predvidene prehranske in psihološke vsebine smo izvajali preko didaktičnih iger/nalog, saj ima podajanje prehranskih in psiholoških vsebin preko gibanja oz. v kombinaciji z gibanjem večji učinek. Predlogi za prehranske vsebine: vključiti več praktičnih vsebin (priprava in sestava zdravih obrokov s pomočjo praktičnih kuharskih delavnic, tako za starše kot tudi za otroke), obisk trgovine (praktično spoznavanje novih živil, zdravih in nezdravih prehranskih izbir), več individualnih srečanj – skupaj s starši določiti prehransko anamnezo otroka in ustrezno individualno izvesti prehransko intervencijo. Z rednim izvajanjem individualnih srečanj je omogočeno lažje spremljanje na začetku zastavljene prehranske intervencije, večji je poudarek na vsebinah, ki predstavljajo problematiko prekomernega dnevnega vnosa enostavnih sladkorjev (predelana in procesirana živila, sladke in gazirane pijače). Smiselno bi bilo vključiti vadbo za starše s fizioterapevtom v istočasno izvajanje aktivnosti za otroke; tako bi lahko naredili 120-minutne delavnice za starše in otroke ločeno (60 min teorije, 60 min gibanja). V skupini staršev bi bil prisoten en strokovnjak, pri otrocih bi bila prisotna dva hkrati vseh 120 min.

Zaključek

Medicinska sestra je ključni povezovalni člen med imenovanimi pediatri posameznih šol in šolami, vključenimi v projekt nadgradnje. Aktivnosti, ki jih je izvajala po šolah za potrebe intervencije, so bile: koordinacija in prenos informacij med pediatri in šolami, posveti z ravnatelji, učitelji in šolsko svetovalno službo, organizacija roditeljskih sestankov, redno povezovanje s pediatričnimi ambulantami, koordinacija dela in neformalni timski sestanki (ki niso zajeti v evidentiranih timskih sestankih intervencije), predstavitev programov vsem učencem med rednimi urami programirane vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov.

Intervencija družinske obravnave za zdrav življenjski slog otrok in družine se je izvajala po strokovnih usmeritvah NIJZ, dopolnjena je bila z uporabo učenja z gibanjem in je bila v našem zdravstvenem domu dobro sprejeta s strani sodelujočih otrok in njihovih staršev, pa tudi sodelujočih strokovnjakov, zato predlagamo in upamo, da se bo v nadgrajeni in posodobljeni obliki nadaljevala tudi v prihodnje.

Literatura

Bizjak, T. et al. *Družinska obravnava za zdrav življenjski slog – Primer dobre prakse ZD Piran*.

Nacionalni inštitut za javno zdravje. Skupaj za zdravje. Available at: www.skupajzazdravje.si [10. 3. 2020].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021. *Program ZDAJ – Zdravje danes za jutri: program preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov*. Available at: www.zdaj.net [6. 4. 2021].

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998. Uradni list Republike Slovenije št. 19.

- Pribaković Brinovec, R., 2017. *Predstavitev projekta za Sklop 1*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Truden Dobrin, P., 2018. *Delovno gradivo projekta MoST*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Truden Dobrin, P. et al., 2019. *Klinični pregled za ugotavljanje stanja prehranjenosti in oceno telesne zmogljivosti. Priročnik za izvajalce. Delovno gradivo*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Truden Dobrin, P. et al., 2019. *Družinska obravnava za zmanjševanje ogroženosti zaradi debelosti in zmanjšanje telesne zmogljivosti. Priročnik za izvajalce. Delovno gradivo*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

OBRAVNAVA OTROK S PREKOMERNO TELESNO MASO IN DEBELOSTJO V CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA

Andreja Bavčer, dipl. m. s.

*Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica, Center za krepitev zdravja Nova Gorica
andreja.bavcer@zd-go.si*

Izvleček

Obravnava otrok in mladostnikov s prekomerno telesno maso in debelostjo na primarni ravni v Centrih za krepitev zdravja je velik doprinos v zdravstvenem varstvu v slovenskem prostoru. Program »Družinska obravnava za zmanjšanje ogroženosti zaradi debelosti in zmanjšane telesne zmogljivosti« je namenjen otrokom in mladostnikom 3. in 6. razreda, pri katerih so ob rednem sistematskem pregledu prepoznali vključitvene kriterije. Velika prednost programa je multidisciplinarni tim, ki ga sestavljajo pediater, dietetik, kineziolog, psiholog in medicinska sestra. Z medsebojnim sodelovanjem vključenim otrokom in družinam nudijo celostno obravnavo. Celoten tim skozi posamezna skupinska srečanja v programu staršem in otrokom približa koncept zdravja ter nudi podporo pri spreminjanju načina življenja. Ključna vloga dietetičarke in kineziologa je ozaveščati nezdrave prehranjevalne in gibalne navade, naloga psihologinje pa predvsem ta, da vključenim otrokom in staršem pomaga pri vzdrževanju motivacije ter zastavljanju in doseganju ciljev. Nepogrešljivi del tima je tudi medicinska sestra, ki s širokim pogledom na delovanje vseh ostalih strokovnjakov povezuje člane tima in skrbi za pretok informacij med njimi. Poleg tega skrbi za usklajevanje predvidenih dejavnosti, v izvedbo katerih se tudi vključuje, ter za obveščanje družin in organizacijo dela v timu. Z ocenjevanjem potreb lahko izvajalci z dodatnimi pristopi in vsebinami v programu pripomorejo k še kakovostnejši obravnavi in boljšemu izidu programa. Poleg multidisciplinarnega tima je velika prednost programa tudi spremljanje otrok po zaključku skupinskih srečanj, izvajanje programa v domačem okolju in tudi dejavno vključevanje staršev. Posledica dobrega sodelovanja ter povezovanja med člani tima, ki program izvajajo, in izvajalkami zdravstvene vzgoje za otroke in mladino je vključitev izvajalcev programa v šolski prostor z dodatnimi vsebinami – to predstavlja pomembno dodano vrednost že obstoječim vsebinam. Dodatna ponudba zajema vsebine tako za osnovnošolce kot pedagoške delavce.

Ključne besede: primarna raven zdravstvenega varstva, multidisciplinarni tim, mladostniki, družina, celostna obravnava, spreminjanje navad.

Uvod

Center za krepitev zdravja (CKZ) Nova Gorica je eden izmed 25 centrov, ki so bili v obdobju 2018–2019 vključeni v projekt »Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih«. Znotraj projekta se je med drugim začela izvajati tudi nadgradnja preventivnih pregledov otrok in mladostnikov v 3. in 6. razredu izbranih osnovnih šol ter pilotno izvajanje programa »Družinska obravnava za zmanjšanje ogroženosti zaradi debelosti in zmanjšane telesne zmogljivosti«.

Nadgradnja preventivnih pregledov otrok in mladostnikov zajema dejavnosti za zgodnje odkrivanje in obravnavo otrok s čezmerno telesno maso in debelostjo ter otrok z zmanjšano telesno zmogljivostjo. Algoritem obravnave predvideva, da imenovani zdravnik šole v okviru rednih preventivnih pregledov šolskih otrok na podlagi diagnostike oceni stanje prehranjenosti in telesne zmogljivosti posameznega otroka. V del rednih preventivnih

sistematskih pregledov je dodana meritev obsega pasu ter izračun razmerja – obseg trebuha/telesna višina – pri vseh otrocih, katerih starši so pristali na izvedbo nadgrajenega preventivnega pregleda. Ob izvedbi rednih preventivnih sistematskih pregledov je potrebna pridobitev izpolnjenih soglasij o vključitvi v intervencijo in vprašalnikov (CEBQ-SLO, SDQ, vprašalniki o življenjskem slogu in rezultati športnovzgojnega kartona oziroma SLOfit) s strani staršev otrok, ki obiskujejo šole, vključene v intervencijo. Prisotnost vključitvenih kriterijev je pogoj za usmeritev ogroženih otrok in mladostnikov na individualni pregled, kjer so družine seznanjene z možnostjo vključitve v nadaljnjo obravnavo v programu znotraj zdravstvenovzgojnega tima v zdravstvenem domu (Truden Dobrin, et al., 2019). Vodenje otrok in mladostnikov na primarni ravni zdravstvenega varstva določajo kriteriji, ki zajemajo čezmerno prehranjenost, ki jo opredeljuje indeks telesne mase (ITM) med 91. in 98. percentilom brez kakršnihkoli sumov na morebitne zaplete debelosti, in debelost, ki jo opredeljuje ITM nad 98. percentilom. Prav tako pa imajo vključitvene kriterije tudi otroci z normalnim ITM, pri katerih je med zadnjima preventivnima pregledoma prišlo do spremembe ITM za dve percentilni krivulji (Kotnik, et al., 2016). S pomočjo omenjenih izhodišč se strokovnjaki iz zdravstvenovzgojnega tima – kineziolog, psiholog in dietetik –, ki delujejo v Centru za krepitev zdravja, povežejo z otroki in starši na timski obravnavi. Postavijo si cilje ter načrtujejo individualni program, prilagojen za vsakega otroka. Pomembno vlogo ima tudi povezovanje zdravstvenovzgojnega tima s strokovnjaki šolskega tima (športni pedagog, svetovalec, organizator prehrane) (Truden Dobrin, et al., 2019). Hoyer (2005) navaja, da je pri vsebinah zdravstvene vzgoje treba upoštevati, da so le-te uresničljive in povezane oziroma izhajajo iz problemov, ki jih posamezniki prepoznavajo.

Namen prispevka je predstaviti vsebino in strukturo programa »Družinska obravnava za zmanjšanje ogroženosti zaradi debelosti in zmanjšane telesne zmogljivosti«, ki poteka v CKZ, ter vlogo posameznih članov multidisciplinarnega tima.

Struktura programa »Družinska obravnava za zmanjšanje ogroženosti zaradi debelosti in zmanjšane telesne zmogljivosti«

Pri strukturi programa in teoretičnih izhodiščih za posamezna srečanja je bil izvajalcem v pomoč priročnik Družinska obravnava za zmanjšanje ogroženosti zaradi debelosti, ki ga je za izvajalce pripravil Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ).

Timski obravnavi otroka in družine s člani multidisciplinarnega tima sledi skupinski del programa, ki ga sestavlja delavnica Zdrav življenjski slog otroka in družine. Ta predstavlja uvodni del na temo prehrane, telesne dejavnosti, psiholoških vidikov, spanja in uporabe elektronskih naprav. Namenjena je vsem otrokom 3. in 6. razreda izbranih šol, ki so prepoznani zaradi čezmerne prehranjenosti in zmanjšane telesne zmogljivosti, ter njihovim staršem. Omenjena delavnica je prav tako namenjena vsem tistim otrokom in njihovim staršem, ki so zavrnilo vključitev v program. Delavnici Zdrav življenjski slog otroka in družine sledijo skupinska srečanja, ki jih vodijo dietetik, psiholog in kineziolog po programu vzporedno posebej za otroke in posebej za starše (Truden Dobrin, et al., 2019).

Pred začetkom rednih skupinskih srečanj programa je predvideno uvodno skupinsko srečanje za otroke in njihove starše. Namen srečanja je, da otroci spoznajo vsakega izmed izvajalcev. Nadaljnji potek programa je zasnovan tako, da vključuje 10 skupinskih srečanj, trajajočih od 45 do 60 minut, z vsebinami, ki jih izmenjuje – posebej otrokom in staršem – predstavita psiholog in dietetik. Tudi kineziolog vzporedno s skupinskimi srečanji izvaja srečanja z družinami. Za starše in otroke so predvidene enake vsebine srečanj, le količina informacij in

pristopi so prilagojeni ciljni populaciji (Truden Dobrin, et al., 2019). Pri učenju je poleg tega, da je poskrbljeno za primerno časovno in strukturno razporeditev vsebine, pomembno upoštevati tudi dejavnike, kot so pravo razmerje novosti, usmerjena pozornost in prijetno vzdušje (Hoyer, 2005).

V času izvajanja programa so v namen spremljanja otrokovega napredka redno predvideni kontrolni pregledi pri pediatru. Kontrolni pregled zajema merjenje telesne višine in telesne teže, izračun ITM, merjenje obsega pasu ter izračun razmerja med obsegom pasu in telesno višino (Truden Dobrin, et al. 2019). Spremljanje debelosti in opredelitev deleža maščevja v telesu ter posledično pojavnost zapletov debelosti najnatančneje opredelimo s podvodnim tehtanjem, ki pa v vsakodnevni praksi ni najbolj praktično, zato se poslužujemo posrednih metod, kot je izračun ITM. Verjetnost zapletov debelosti narašča z večanjem ITM. Pri ocenjevanju verjetnosti zapletov ima zelo pomembno vlogo tudi razporeditev maščobe v telesu posameznika, česar pa z izračunom ITM ne moremo ugotoviti. Verjetnost zapletov je še posebej povezana z deležem maščevja v trebušni votlini, katerega prisotnost ugotavljamo z merjenjem obsega pasu. Z meritvama telesne višine in obsega pasu lahko izračunamo tudi razmerje med njima, pri čemer velja, da vrednost več kot 0,5 napoveduje zaplete na srčno-žilnem sistemu tako pri odraslih kot pri otrocih in mladostnikih (Kotnik, 2017). Prvi kontrolni pregled je predviden mesec dni po prvem skupinskem srečanju, kasneje si pregledi sledijo na dva meseca. Kontrolni pregledi so predvideni tudi za otroke, ki se v program ne želijo ali ne morejo vključiti. Takšni posamezniki se z namenom spremljanja obravnavajo pri projektne pediatru na tri mesece. Vsaka dva meseca se z namenom spremljanja sprememb v vsebnosti maščobe in mišične mase izvaja tudi analiza telesne sestave otrok, ki jo izvaja ustrezno strokovno usposobljeno osebje, ki rezultate preda projektne pediatru (Truden Dobrin, et al., 2019).

Del programa so tudi timske obravnave družin. Dietetičarka, kineziolog in psihologinja s pomočjo pogovora pridobijo informacije o dosedanjih prehranjevalnih in gibalnih navadah ter motivirajo otroke in starše za spremembo le-teh. Po pogovoru z otroki in starši postavijo cilje, ki so osnova za pripravo načrta programa, ki je posebej prilagojen posameznemu otroku. Nadaljnje timske obravnave so namenjene dogovoru o ukrepih za vzdrževanje zdravega življenjskega sloga, pogovoru o uspešnosti vzdrževanja le-tega, morebitnih težavah pri tem, nudenju podpore, spremljanju napredka in dogovoru o nadaljnjem izvajanju zastavljenih ciljev (Truden Dobrin, et al., 2019). Pri spreminjanju navad velikokrat največjo preizkušnjo za posameznika predstavlja vzdrževanje novega vedenja, saj se ob tem sreča s številnimi izzivi in ovirami (Poljanec Bohnec, 2019). Poleg tega so tekom izvajanja programa vključenim na voljo tudi individualni posveti s posameznimi člani tima, katerih namen je dodatno svetovanje glede na potrebe družine ter dodatna pojasnila, razrešitev morebitnih dilem ali vprašanj (Truden Dobrin, et al. 2019).

V času trajanja intervencije se celoten tim na vsakih 14 dni redno srečuje na timskih sestankih z namenom spremljanja izvajanja aktivnosti intervencije ter razreševanja odprtih vprašanj in dilem. Tim programa skupaj z vodstvom vključenih šol načrtuje sodelovanje za naslednje šolsko leto, tako da so aktivnosti, vezane na program, pravočasno umeščene v letni delovni načrt šole (Truden Dobrin, et al., 2019).

Vloga članov multidisciplinarnega tima pri izvedbi programa

Multidisciplinarni tim je skupina strokovnjakov z različnih strokovnih področij. Vsi

strokovnjaki v timu zasledujejo enak skupen cilj in vsak s svojega vidika posameznika obravnavajo isti problem, na katerega se vsi osredotočajo (Živič, 2000). Živič (2000) navaja, da sta ključni lastnosti članov interdisciplinarnega tima poleg komunikativnosti, asertivnosti, pripravljenosti za sodelovanje in skupinsko delo ter fleksibilnosti tudi kreativnost in pogum za uvajanje novih pristopov. V timu programa za spremembo življenjskega sloga čezmerno prehranjenih, debelih in telesno manj zmogljivih otrok in mladostnikov kot tudi njihovih družin je prisoten zdravnik specialist pediater, ki predstavlja osrednjega člana. V programu pri odkrivanju čezmerne hranjenosti se enakovredno vključujejo še dietetik, kineziolog in psiholog. Del multidisciplinarnega tima je tudi medicinska sestra.

Aktivnosti pediatra zajemajo vključitev v uvodno in zaključno srečanje, povezovanje s sodelujočimi šolami, izvajanje kontrolnih pregledov, rednih timskih sestankov s člani tima ter nudenje podpore ostalim članom pri obravnavi posameznih otrok in njihovih staršev (Truden Dobrin, et al., 2019). Kljub temu da je zdravnik nosilec procesa zdravstvene obravnave, to še ne pomeni, da mora obvladati zdravstveno nego, psihologijo itd. Pomembno pa je, da te dejavnosti toliko pozna, da jih lahko usklajuje (Košnik, et al., 2006). Pediater ima poglobljeno vlogo pri nadzoru in spremljanju uspešnosti izvajanja dejavnosti s področja prehrane in gibanja (Gros, et al., 2017).

Dietetičarka svoje vsebine predstavi na učnih delavnicah, ki temeljijo na izkustvenem učenju. Pristopi izkustvenega učenja se vse bolj uveljavljajo, kajti takšno učenje predstavlja način povezovanja teorije s prakso (Garvas, 2010). Za izkustveno učenje je ključna osebna izkušnja, saj se najbolje učimo prav takrat, ko nekaj samostojno naredimo. Izkustveno učenje posamezniku pomaga razvijati sposobnosti, ki jih ljudje potrebujemo in jih bomo uporabili tudi v prihodnosti – to so sposobnosti opazovanja, logičnega razmišljanja ter prilagajanja novim okoliščinam (Garvas, 2010). Z upoštevanjem izkušenj posamezniku damo veljavo, kar ima zelo veliko motivacijsko noto. Tudi z metodami dela, kot so ekskurzije in praktične vaje, učenje približamo resničnim življenjskim situacijam, kar je precej več vredno kot podajanje neživljenjskih nasvetov, ki motivacijo zelo zmanjšajo (Hoyer, 2005).

Pri izpeljavi delavnic si dietetičarka pomaga s pripomočki, v kolikor so na voljo (prehranski krog, plastični modeli živil, kocke sladkorja, karte »Uživajmo zdravo«, aplikacija »Veš, kaj ješ« ali »Prehranski navigator«). Na učnih delavnicah udeleženci spoznajo osnove uravnotežene prehrane, najprimernejše načine priprave obrokov, pomen branja deklaracij izdelkov in načrtovanje obrokov (Truden Dobrin, et al., 2019). Poudarjeno je skupno uživanje obrokov v družini, saj pripomore k večji podpori pri doseganju in ohranjanju zdravja. Ugotovljeno je bilo, da družine, ki imajo redne obroke, vključijo v obrok več zelenjave in sadja (Gros, et al., 2017).

Poglaviten dejavnik za povečanje telesne teže je prekomeren vnos kalorij. Vzrok je vse pogostejše in pretirano uživanje prevelikih količin energijsko gostih in hranilno revnih živil, kot so enostavni ogljikovi hidrati v obliki pijač (Fidler Mis, et al., 2017; Kotnik, 2017). Ključno je otroke in starše podpirati pri izogibanju energijsko goste in hranilno revne hrane, v katero se poleg veliko enostavnih sladkorjev uvršča tudi hrana z veliko maščobe. Zaradi vse večje uporabe sevalnikov se otroci in mladostniki prehranjujejo tudi pred tablicami in televizijskimi zasloni, kar lahko celo za 30 % poveča količino zaužite energije (Gros, et al., 2017).

Skozi vsebine dietetičarka stremi k ozaveščanju staršev o pomenu uravnotežene prehrane kot najpomembnejšemu pristopu pri vzdrževanju normalne telesne mase. Namen posluževanja

uravnotežene prehrane kot konzervativne metode ni nujno izguba telesne teže, temveč je pri tem ključna uskladitev telesne teže z rastjo otroka. Posluževanje diet, ki temeljijo na preštevanju kalorij, za otroke in mladostnike niso primerna metoda uravnavanja telesne mase (Gros, et al., 2017). Predvsem pri mladostnicah, ki skušajo slediti idealu vitkosti, ki ga prejmejo iz okolja, je lahko nepremišljeno ukrepanje pri obvladovanju debelosti povod v neustrezno dietno vedenje. To pa lahko privede do motenj hranjenja, ki velikokrat vodijo v drugo skrajnost, kot je podhranjenost (Gabrijelčič Blenkuš, 2013).

Metodo zdravega krožnika vse bolj priporočajo za učenje spreminjanja navad na področju prehranjevanja. Za izvedbo metode si posameznik pomaga z enostavnimi domačimi merami s pomočjo dlani. Pri sestavljanju obrokov in izbiri živil se uporablja tudi metoda semaforja, ki živila razvršča v tri skupine glede na vsebnost količine sladkorja, maščob in soli (Gros, et al., 2017). Ob spoznavanju metode semaforja lahko dejavno sodelujejo otroci; vsebnost sladkorja, maščob in soli praktično prikažejo.

Debeli otroci so od normalno težkih manj telesno dejavni (Trost, 2001; Deforche, et al., 2009). V primerjavi s svojimi vrstniki s primerno telesno težo so otroci s prekomerno telesno težo in debelostjo gibalno manj učinkoviti, in sicer predvsem v vzdržljivosti, hitrosti teka in moči. Nižje gibalno učinkoviti so tudi pri gibalnih nalogah, kjer je potrebno premikati lastno telo v prostoru, ter nalogah, pri katerih je potrebno premagovati breme lastne teže. Številne raziskave kažejo, da so gibalne sposobnosti v veliki meri odvisne od tega, koliko je posameznik gibalno dejaven (Matejek, et al., 2014). Znana je tudi potrditev povezanosti prekomernega sedenja pred elektronskimi napravami z verjetnostjo za neugodno telesno sestavo in debelost. Ocenjuje se, da so otroci 40–60 % budnega časa nedejavni (Kotnik, 2017). Najbolj tvegan čas za omenjeno skupino otrok in mladostnikov so tudi obdobja, ko ni pouka (Truden Dobrin, et al., 2019).

Priporoča se, da so otroci vsaj uro do dve zmerno gibalno dejavni (Matejek, et al., 2014). Pomembna je spodbuda otrok, da poleg vsakodneвне strukturirane vadbe povečajo tudi nestrukturirano telesno dejavnost, kot so gospodinjska opravila in hoja, ki tudi velja za zaščitno dejavnost. Redna telesna dejavnost predstavlja pomemben zaščitni element razvoja debelosti in zapletov (Kotnik, 2017). Debelost v otroštvu in adolescenci lahko privede do kratkoročnih in tudi dolgoročnih posledic. Kratkoročne posledice so večinoma telesne in psihosocialne narave ter pomembno vplivajo na kakovost življenja, slabšo telesno samopodobo in samospoštovanje. Obenem lahko prispevajo k nastanku vedenjskih težav in socialni izolaciji. Dolgoročno debelost v obdobju otroštva povezujemo z večjo verjetnostjo pojava debelosti tudi v odrasli dobi ter z večjim tveganjem za pojav bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni tipa 2 in s pojavom nekaterih rakavih obolenj (Matejek, et al., 2014). Za ukvarjanje s telesno dejavnostjo je pri otrocih in mladostnikih pomembno zadovoljevanje potreb po razvijanju in dokazovanju fizične sposobnosti ter razvijanje in poglobljanje socialnih stikov s prijatelji in vrstniki. Zelo pomemben razlog je tudi uživanje med telesno dejavnostjo in izkušnja telesne dejavnosti kot zabave (Maležič, 2015).

Naloga kineziologa je, da otrokom na čim bolj zanimiv in prijeten način približa redno telesno dejavnost. Družina s kineziologom začrta cilje, ki jih otroci med trajanjem projekta skušajo zasledovati. Pri načrtovanju telesne dejavnosti je treba upoštevati vrsto, intenzivnost, trajanje in pogostost izvajanja aktivnosti (Truden Dobrin, et al., 2019).

Obravnavanje otrok s prekomerno telesno težo temelji na spremembi življenjskih navad na področju prehrane, ki pripomore do zmanjšanja kalorijskega vnosa, kot tudi na povečanju gibanja. Ob tem pa je ključnega pomena motivacija otroka in njegove družine. Za doseganje

sprememb je izrednega pomena, da je posameznik naučen, kako regulirati svoje vedenje in uravnavati notranje impulze ter čustvena stanja. Zato je v program, ki se ukvarja z obravnavo debelosti, smiselno vključevanje psihologa, da izvaja izbrane psihološke tehnike, ki so namenjene podpori pri obvladovanju telesne teže in so se izkazale kot učinkovite. S poučevanjem in demonstracijo nekaterih uporabnih vedenjsko-kognitivnih motivacijskih tehnik pomaga razvijati in vzdrževati motivacijo za spremembo kot tudi samoregulacijo pri otroku in celotni družini. Naloga psihologinje v multidisciplinarnem timu je prvenstveno motivacijske narave (Truden Dobrin, et al., 2019). Motivacija je posameznikova želja po določeni spremembi in posameznikovo prepričanje, da je sprememba mogoča. Gre za dinamično stanje, ki se spreminja na podlagi posameznikovih izkušenj in okoliščin (Andreluh, 2015). Motivacijo udeleženci gradijo na ozaveščanju prednosti oziroma koristi, ki jim jih prinaša neka konkretna sprememba. V človeški naravi je prisotna želja po napredovanju. Želimo si doseči boljše stanje od trenutnega. Posameznik si veliko lažje predstavlja sliko prihodnosti, ki bi si jo želel doseči, s pomočjo zastavljanja ciljev (Poljanec Bohnec, 2019). Pomemben pripomoček, ki se ga psihologinja lahko poslužuje pri podajanju vsebin, so motivacijske kartice. Posameznik cilje in razloge za spremembo zapiše na motivacijske kartice ter tako s prebiranjem le-teh krepi in vzdržuje pozitivno naravnost. Psihologinja tekom srečanj otrokom in njihovim staršem približa in pojasni tudi sam vedenjsko-kognitivni model človekovega delovanja. Kako se človek odziva in vede, je odvisno od tega, kako se v neki situaciji počuti, kaj doživlja in kako misli.

Zdrav življenjski slog pomeni tudi skrb za duševno zdravje, zato psihologinja otroke in starše nauči tudi nekaj osnovnih tehnik sproščanja. Tehnika globokega dihanja, na primer, pomaga obvladovati telesno reakcijo na stresno situacijo in posledično človek lažje obvladuje tudi misli, čustva, vedenje. Tehnika vizualizacije pomaga pri preusmerjanju misli, hkrati pa ponuja priložnost za trening stop tehnike, s katero posameznik v hipotetični domišljiji situaciji premaguje skušnjave. Psihologinja poudari tudi pomen pozitivnih samoinštrukcij, pri čemer otroci in starši sami prepoznavajo pomembne kritične situacije ter oblikujejo pozitivne trditve in spodbudne misli, ki jih prav tako zapišejo na motivacijske kartice in z rednim branjem utrjujejo (Truden Dobrin, et al., 2019).

Psihologinja med individualnimi posveti in skupinskimi srečanji usmeri pozornost na morebitne čustvene ali vedenjske težave otrok, ki pogosto spremljajo osebe s prekomerno telesno maso (Truden Dobrin, et al., 2019). Čustveno doživljanje posameznika je lahko vzrok prekomerne teže in hkrati lahko vpliva na njen razvoj ter je le eden od dejavnikov, povezanih s pojavom debelosti pri otrocih in mladostnikih. Veliko raziskav s področja prekomerne telesne teže med otroki in mladostniki navaja pogostejše čustvene težave, kot so depresivni simptomi in depresija, anksiozne motnje, vedenjske težave, nižjo samopodobo in slabše vključevanje med vrstnike. Čimprejšnja psihološka podpora otrokom, ki se soočajo z omenjenimi težavami na primarnem nivoju, pripomore k večji učinkovitosti programov za zdravljenje debelosti. Kot najprimernejše ukrepanje je kognitivno-vedenjska terapija (Klemenčič, 2017).

Pomembno je tudi, da psihologinja vključenim staršem poudari pomen zdrave vzgoje, ki naj temelji na čustveni podpori in jasnemu postavljanju pravil (Truden Dobrin, et al., 2019). Izbrani pristopi pri vzgoji pomembno prispevajo k prehranskim in telesnim navadam. Z debelostjo pri otrocih povezujejo način vzgoje, ki je preveč popustljiv, kot tudi tak, ki otroka pretirano omejuje in pri katerem starši vsiljujejo določeno hrano ali jo prepovedujejo. Oba navedena načina sta neučinkovita, saj pri otroku zmanjšujeta razvoj samoregulacije (Klemenčič, 2017).

V multidisciplinarnem timu je vloga medicinske sestre predvsem skrb za dober pretok informacij in komunikacijo v timu. Medicinska sestra je zagovornica otroka in družine; ena izmed njenih glavnih vlog v timu je delovanje v dobro družine. Prvi in glavni cilj pri delu z otrokom in starši je vzpostavitev dobrega sodelovanja med člani tima in družino. Le dobro medsebojno sodelovanje omogoča doseganje zastavljenih ciljev. Temelj kakovostne zdravstvene nege je zadovoljstvo in dobro počutje otroka in družine (Oštir, 2009). V okviru zdravstvene nege imajo medicinske sestre pomembno svetovalno in izobraževalno vlogo (Žnidarec Žagar, 2001). Medicinska sestra se v tim vključuje z namenom sodelovanja pri načrtovanju in izvedbi ukrepov, predvidenih v programu (Truden Dobrin, et al., 2019).

Izvedba programa »Družinska obravnava za zmanjšanje ogroženosti zaradi debelosti in zmanjšane telesne zmogljivosti« v Centru za krepitev zdravja Nova Gorica

Izvajalci smo imeli ob pilotnem izvajanju programa priložnost prispevati tudi svoje ideje in aktivnosti, ki so programu doprinesle dodano vrednost. Z ugotavljanjem potreb vključenih smo v timu dobili nekaj idej, s katerimi smo sodelujočim nudili dodatno pomoč pri spreminjanju dosedanjih navad ter prispevali k še kakovostnejši obravnavi. Zaradi pogoste stigme v povezavi z debelostjo smo vključenim družinam program »Družinska obravnava za zmanjšanje ogroženosti zaradi debelosti in zmanjšane telesne zmogljivosti« predstavili pod imenom »Zdrav življenjski slog otroka in družine«.

Uvodno srečanje programa smo v Centru za krepitev zdravja Nova Gorica priredili posebej za otroke 3. in 6. razreda ter njihove starše. Na 15-minutnih izkustvenih učnih delavnicah so vključeni otroci skupaj s starši spoznali dietetičarko, kineziologa, psihologinjo, medicinsko sestro in vsebine, ki se jih na srečanjih obravnava. Skupinska srečanja so potekala na isti dan za otroke 3. in 6. razreda. Z zavedanjem, da imajo družine lahko že veliko drugih obšolskih dejavnosti, smo nadaljnja skupinska srečanja načrtali tako, da so se izvajala enkrat tedensko. Da pa so imeli otroci vadbo in vsebine iz psihologije oziroma dietetike na isti dan in jim zato ni bilo potrebno dvakrat tedensko obiskovati programa ter da smo se izognili čakanju staršev na otroke, so starši imeli nekoliko večji časovni obseg srečanj z dietetičarko oziroma psihologinjo, kot je bilo sprva predvideno. Tako otroci kot starši so imeli 90-minutna vzporedna skupinska srečanja. Le-ta so potekala v učilnici (srečanja s psihologinjo in dietetičarko) in telovadnici CKZ (vadba s kineziologom) sočasno za otroke in starše. Ko so imeli otroci srečanje s psihologinjo, so imeli starši srečanje z dietetičarko in obratno. Kljub temu je kineziolog k rednim skupinskim srečanjem v telovadnici, namenjenim samo vključenim otrokom, dodal še dodatno vadbo na prostem, ki se je enkrat tedensko izvajala v mestnem parku Panovec. Vadba je bila namenjena otrokom, staršem in sorojencem. Kot pomoč pri ozaveščanju strukturirane in nestrukturirane telesne dejavnosti so otroci v uporabo dobili pametne zapestnice, s katerimi so dobili vpogled v svojo dnevno aktivnost.

Tudi kontrolne preglede in meritve smo izvajali vedno na isti dan v tednu, kot so bila predvidena običajna skupinska srečanja. Med čakanjem na kontrolni pregled je potekala skupinska vadba, ki jo je za družine pripravil kineziolog. S takšnim načinom organizacije smo se izognili nesporazumom, ki bi nastali ob spreminjanju terminov. Prav tako se je podaljšal tudi čas trajanja programa in s tem spremljanje napredka družin.

Program je za nosilca pilotne intervencije predvidel projektnega pediatra. V zavodu nam za izvajanje projekta ni uspelo pridobiti dodatnega pediatra, zato so se vse navedene aktivnosti porazdelile med tri redno zaposlene pediatričarke. V timu smo se dogovorili, da za usklajevanje aktivnosti s sodelovanjem vseh članov tima poskrbi diplomirana medicinska sestra. Skrbela

je, da je delo potekalo po predvideni časovnici. Povezovanje tima s pediatrinjami, načrtovanje in koordiniranje aktivnosti (srečanja, individualni posveti družin s člani tima, kontrolni pregledi, timski sestanki) so tako bile ene izmed najpogostejših nalog medicinske sestre. Njena pomembna vloga se je izkazala tudi pri vabljenju in sodelovanju pri izvedbi kontrolnih pregledov v CKZ skupaj s pediatrinjami, tako za vključene kot tudi za otroke, ki se v program zaradi različnih vzrokov (delovnik staršev, občolske obveznosti) niso uspeli ali želeli vključiti. Aktivno je sodelovala tudi pri izvedbi individualnih posvetov z vključenimi družinami. S pomočjo bioimpedančne tehtnice je opravljala analizo telesne sestave; otroke in starše je poučila o vlogi posameznih telesnih struktur in vplivu le-teh na ohranjanje zdravja. Medicinska sestra je vse informacije in opažanja z individualnih posvetov, zastavljene cilje ter rezultate meritev otroka in staršev z bioimpedančno tehtnico zbirala in dokumentirala. Na rednih timskih sestankih članov tima in pediatrinj so zbrani podatki odražali sliko trenutnega stanja otroka in družine ter bili v pomoč pediatrinjam pri oblikovanju rdeče niti kontrolnega pregleda.

Spreminjanje navad smo v programu začeli najprej z ozaveščanjem dosedanjih navad. V ta namen smo oblikovali dnevnik, ki so ga družine izpolnjevale prvih nekaj srečanj. Zajemal je področja prehranjevanja, gibanja in počutja. Za lažje oblikovanje in določanje ciljev smo otrokom v pomoč izdelali delovni list, na katerem so že imeli nanizanih nekaj primerov ciljev s področij prehrane, gibanja in duševnega zdravja. Vsak otrok je imel možnost oblikovati svoj cilj.

Za lažji prenos teorije v prakso je dietetičarka skupaj z medicinsko sestro in otroki organizirala ekskurzijo v eno izmed živilskih trgovin. Namen obiska je bil, da otroci izbrane izdelke z izdelanih nakupovalnih seznamov med seboj primerjajo in pregledajo njihovo sestavo. Poleg predvidene vsebine je dietetičarka na svojih srečanjih otrokom in staršem predstavila pomen čuječega prehranjevanja in ga skupaj z vključenimi tudi izvedla. Dietetičarka je med občasnimi individualnimi posveti spremljala še nekaj otrok in njihovih staršev, ki se niso želeli vključiti v program. Dodatne individualne posvete je izvedla tudi za starše vključenih otrok, ki so izrazili željo po dodatni podpori na področju prehranjevanja njih samih.

Za lažje ozaveščanje o strukturirani in nestrukturirani telesni dejavnosti so otroci v uporabo dobili pametne zapestnice, s katerimi so spremljali svojo dnevno aktivnost. Z željo, da bodo s pomočjo pametnih zapestnic še naprej vzdrževali svoje dosedanje zastavljene aktivnosti, smo jih otrokom na zaključnem srečanju poklonili v uporabo. Otroke in njihove družine smo želeli spodbuditi k zadostni meri telesne dejavnosti tudi v času poletnih počitnic. V ta namen smo se povezali z lokalnimi društvi in kot dodatno srečanje organizirali Dan dejavnosti. Izbirali smo društva, ki niso tekmovalno ali storilnostno naravnana. Našemu povabilu k sodelovanju se je odzval Mladinski center Nova Gorica, Planinsko društvo Nova Gorica ter Javni zavod za šport Nova Gorica. Vsi navedeni v času šolskih počitnic izvajajo različne športno obarvane aktivnosti.

Da bi vključeni otroci in mladostniki svoje pridobljeno znanje in veščine še naprej vzdrževali tudi po zaključku programa, smo jim na skupinskem srečanju izročili knjižico Nov dan – nova priložnost. V njej smo povzeli vsebine prehrane, gibanja ter motivacije, ki so jih na skupinskih srečanjih spoznali. Del knjižice so pomagali soustvariti tudi otroci sami – s svojimi domačimi recepti privlačnih in obenem uravnoteženih jedi. V poglavju gibanja je navedenih nekaj zabavnih in družabnih primerov vadbe. Psihologinja je v svoj del dodala

vsebino o pomenu motivacije ter napotke za izvajanje tehnik sproščanja, ki so jih spoznali na srečanjih.

Ob zaključku programa smo izbranim pediatrom vseh vključenih otrok pripravili potrdilo s povratno informacijo o udeležbi otroka v programu. Priložili smo izpise meritev, iz katerih so razvidne informacije o doseženih spremembah. Potek izvedbe programa je bil predstavljen celotnim timom dispanzerjev za otroke in šolarje. Strokovnim sodelavcem, ki delujejo znotraj omenjenih timov, smo pripravili informativni dokument o programu. V njem so zajete informacije o ciljni populaciji programa, klinični kriteriji za vključitev, vsebina, obseg in struktura programa, izvajalci, njihovi kontakti in lokacije izvajanja. Za vsak dispanzer smo pripravili tudi letake za družine otrok, ki bodo napotene v program v Center za krepitev zdravja.

Izvajalci programa smo pred zaključkom šolskega leta obiskali tudi vse šole, ki so z nami sodelovale. Namen je bil podati povratne informacije o poteku programa. Vodstvu šole smo predstavili število prepoznanih otrok z vključitvenimi kriteriji iz posamezne šole in število otrok, ki so se v program vključili. Sestanki s predstavniki vključenih šol so bili dobra iztočnica za iskanje morebitnih potreb po sodelovanju s posameznimi izvajalci programa tudi v prihodnjem šolskem letu. Na podlagi potreb po sodelovanju, ki so jih izrazile šole, so dietetičarka, kineziolog in psiholog pripravili dodatne delavnice z vsebinami, namenjenimi osnovnim šolam.

Rezultat dobrega sodelovanja in povezovanja tima programa »Družinska obravnava za zmanjšanje ogroženosti zaradi debelosti in zmanjšane telesne zmogljivosti« z medicinskimi sestrami s področja promocije in zdravstvene vzgoje otrok in mladostnikov je pripomoglo k razširitvi ponudbe delavnic kineziologa, psihologa in dietetičarke na vse osnovne šole. Izvajalke zdravstvene vzgoje za otroke in mladino (ZVOM) izvajajo obvezne vsebine, ki so predvidene po programu Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Pucelj, 2015). Poleg obveznih imajo izvajalke zdravstvene vzgoje veliko dodatnih vsebin, ki so nastale iz zaznanih potreb ali na željo pedagoških delavcev.

Ponudbo obveznih in dodatnih vsebin ZVOM smo v zadnjem letu obogatili še z izvedbo dodatnih delavnic:

- Z gibanjem skozi življenje za osnovnošolce od 6. do 9. razreda (kineziolog),
- Želim, hočem, zmorem za osnovnošolce od 7. do 9. razreda (psihologinja),
- Zdrava prehrana 1. del in 2. del za osnovnošolce od 5. do 7. razreda (dietetičarka),
- Individualni pogovori s psihologinjo in dietetičarko.

Oblikovale so se tudi nove delavnice za pedagoške delavce:

- Telesna dejavnost na delovnem mestu,
- Tehnike sproščanja in stres,
- Prehrana na delovnem mestu.

Omenjene delavnice smo dodali v kataloge ponudb, ki jih medicinske sestre ZVOM ob zaključku šolskega leta odpošljejo na vse osnovne šole na Goriškem (Center za krepitev zdravja Zdravstveni dom Nova Gorica, 2019).

Diskusija

Vsem programom, katerih poglavitni namen je zmanjšati debelost v populaciji, je skupno naslavljanje področij zdravega prehranjevanja in telesne dejavnosti, v širšem kontekstu pa še

skrb za dobro duševno zdravje (Gabrijelčič Blenkuš, 2013). Z namenom preprečevanja negativnih učinkov takšnih programov je pomembno torej osredotočenje na zdrav življenjski slog ter usmerjenost na izboljšanje zdravstvenega stanja na področju zdravih navad hranjenja, kondicije in gibljivosti, in ne le na spremembo teže (Truden Dobrin, et al., 2019). Za uspešno izvajanje takšnih programov ima ključen pomen multidisciplinarni tim, ki omogoča celosten pristop k problemu prekomerne telesne mase, ki pa je zelo kompleksen (Bauer, et al., 2002; Truden Dobrin, et al., 2019). Kot navajajo Truden Dobrin in sodelavci (2019), je pri otrocih s prekomerno telesno maso osnova sprememba življenjskih navad na področju prehrane in gibanja, pri čemer pa igra ključno vlogo tudi motivacija. Prav zato je smiselno v takšne programe vključiti psihologa, da predstavi vsebino psiholoških tehnik, ki so učinkovite pri podpori obvladovanja telesne teže. Veliko lažje bi psihologinja svoje vsebine predala, če bi bile umeščene v srečanja dietetičarke oziroma kineziologa. V zavodu nam za izvajanje projekta ni uspelo pridobiti dodatnega projektnega pediatra, ki ga je pilotna intervencija predvidela. Projektne aktivnosti so se porazdelile med tri redno zaposlene pediatriinje. Omenjeni kader je v primanjkljaju, poleg tega pa so primarni pediatri preobremenjeni (Žnidaršič Reljič, et al., 2018). Glede na trende bi lahko težave s pridobitvijo projektnega pediatra, ki predstavlja osrednjo vlogo v timu, vplivale na izvedbo programa. Obenem bi bilo smiselno dodatno ovrednotenje dela medicinske sestre, saj se je tekom izvajanja projektnih aktivnosti njena vloga izkazala veliko bolj potrebna in pomembna, kot jo je program predvidel.

Poleg celostnega pristopa je pozitivna plat programa dolgoročno spremljanje otroka in družine, ki se nadaljuje tudi po zaključenih skupinskih srečanjih. Enako kot v času srečanj so si kontrolni pregledi pri pediatru sledili na 2 meseca vse do zaključka projekta (december 2019). Na podlagi izmerjenih meritev, ki so predviden del kontrolnega pregleda, se pediatriinja z otrokom in njegovimi starši pogovori o morebitnih spremembah glede prehranjevalnih navad in telesne aktivnosti (Truden Dobrin, et al., 2019). Bolj kot opiranje na rezultate meritve, pridobljene na kontrolnih pregledih, bi bilo za vrednotenje uspešnosti smiselno preveriti spremembo stališč otrok in staršev o zdravem življenjskem slogu. Avtorji opozarjajo, da bodo imeli veliko večjo možnost za dolgoročnejši uspeh posamezniki, ki so uspešno spremenili ali preoblikovali prepričanja, stališča in navade na področju zdravega načina življenja (Bauer & Maffeis, 2002).

Program nudi tudi obravnavo debelih otrok in mladostnikov, ki odklanjajo obravnavo na sekundarni in terciarni ravni, oziroma omogoča še nadaljnje obravnavanje po zaključeni sekundarni ali terciarni ravni (Truden Dobrin, et al., 2019). Program je tako lahko dodana vrednost že obstoječim programom, ki se ukvarjajo z otroki in mladostniki s prekomerno telesno maso, v slovenskem prostoru. Prav tako je izvajanje programa v lokalnem okolju velika prednost za vključene družine. Vključevanje v programe izven domačega okolja bi lahko predstavljalo veliko organizacijskih težav, zato izvajanje programa v lokalnem okolju prinaša večjo možnost za redno vključevanje.

Tudi dejavno vključevanje in sodelovanje staršev vključenih otrok ima velik pomen za uspeh otrok v programu. Motivacija staršev in življenjski slog družine sta pomembni področji, ki napovedujeta, katere navade bodo razvili otroci in kako se bodo na ponujene intervencije odzvali (Truden Dobrin, et al., 2019). Le ozaveščeni in za zdrav življenjski slog motivirani starši bodo lahko vzor svojim otrokom. Družina ima pomembno nalogo na področju odgovornosti in skrbi za zdravje. Otroci, ki oblikujejo odgovornost in skrb do te vrednote že v zgodnjih letih, bodo odgovorni za svoje zdravje in bodo zanj tudi skrbeli (Hoyer, 2005). Ličen (1996) poudarja, da lahko otroci hitro ponotranjijo življenjski slog družine, saj se med

družinskimi člani neprenehoma izmenjujejo nove izkušnje in informacije, do katerih posameznik pride v okolju, ki ga obdaja. Sporočila, ki jih otrok prejme od družine, so pomembnejša kot druga; prav tako velja, da imajo stališča, ki vladajo v družini, še posebej veliko moč. Vzgoja in učenje sta prvotni nalogi družine (Hoyer, 2005). Starši, ki so za otroka prvi učitelji, in učitelji v šoli so zelo pomembni, saj otroke učijo tudi s svojim zgledom. Zato je pomembno ne samo, kaj želimo otroke naučiti, ampak tudi na kakšen način to počnemo. Učenje z zgledom je najpogostejši način učenja pri otrocih, hkrati pa je tudi zelo učinkovito (Bergant, 2019). Klemenčič (2017) navaja, da starši otrokom v otroštvu in tudi v obdobju mladostništva na neposreden in prikrit način podajajo sporočila ter so zanje odločilen zgled v odnosu, ki ga sami gojijo do hrane, gibanja in sebe.

Zaključek

Z obravnavo otrok in mladostnikov s prekomerno telesno maso ali debelostjo v programu »Zdrav življenjski slog otroka in družine« pomembno prispevamo k preprečevanju ali zmanjševanju zapletov, ki jih omenjeni stanji lahko povzročita v času odraščanja pa tudi kasneje v življenju. Izvajanje zastavljenega programa omogoča boljše ozaveščenost o zdravem načinu življenja in tako pripomore k razvijanju navad, ki vodijo k zdravju. Obenem pa je dobra popotnica za kakovostnejše življenje otrok in mladostnikov v odrasli dobi. K še večji uspešnosti programa bi poleg vključevanja staršev zagotovo pripomoglo tudi vključevanje sorojencev. Podobno zastavljen program bi bil prav tako velik doprinos za obravnavo srednješolcev s prekomerno telesno maso ali debelostjo – gre za skupino otrok, za katere ni določenih kriterijev za vključitev v program, predstavljen v prispevku, ali v programe za uravnavanje telesne mase, ki so v Centrih za krepitev zdravja namenjeni odrasli populaciji.

Literatura

- Andreuh, M., 2015. Motivacijski intervju. *Slovenska pediatrija*, 22(1–2), pp. 38–43. Available at: http://www.slovenskapediatrija.si/portals/0/clanki/2015_1-2_22_038-043-izv.pdf [2. 3. 2020].
- Bauer, B., & Maffei, C., 2002. Interdisciplinary outpatient management. In: Burniat, W., et al. eds. *Child and adolescent obesity: causes and consequences, prevention and management*. New York: Cambridge University Press, pp. 361–376. Available at: <https://epdf.pub/child-and-adolescent-obesity-causes-and-consequences-prevention-and-management.html> [24. 1. 2020].
- Bergant, T., 2019. Učim se z veseljem – Kaj pa ti? – O nevrofizioloških mehanizmih učenja. In: Poljanec Bohnc, M., & Tomažin Špolar, M. eds. *Sladkorna bolezen: Povezovanje medicine in humanističnih ved za zdravstvene delavce. 1. del: Zdravje in bolezen – vrednote, stališča in kakovost življenja*. Ljubljana: Slovensko osteološko društvo, pp. 134–145.
- Center za krepitev zdravja Zdravstveni dom Nova Gorica, 2019. *Otroci in mladostniki: osnovnošolci*. Available at: <https://www.ckz-ng.si/sl/programi/otroci-in-mladostniki/osnovnosolci/> [17. 2. 2020].
- Deforche, B., De Bourdeaudhuij, I., D'hondt, E., Cardon, G., 2009. Objectively measured physical activity, physical activity related personality and body mass index in 6- to 10-year-old children: a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6(25). <https://doi.org/10.1186/1479-5868-6-25>.
- Fidler Mis, N., Braegger, C., Bronsky, J., Campoy, C., Domelof, M., Emblemton, N., et al., 2017. Sugar in infants, children and adolescents, A position paper of the European

- society for paediatric gastroenterology, hepatology and nutrition committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001733>
- Gabrijelčič Blenkuš, M., 2013. *Prekomerna prehranjenost in debelost pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji*. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
Available at:
https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/prekomerna_prehranjenost_in_debelost_pri_otrocih_in_mladostnikih_v_slo.pdf [19. 2. 2020].
- Garvas, M., 2010. Izkustveno učenje kot praksa in teorija izobraževanja in usposabljanja strokovnih delavcev v vrtcu Trnovo. *Andragoška spoznanja*, 16(1), pp. 35–46.
Available at: <https://revije.ff.uni-lj.si/AndragoskaSpoznanja/article/view/611/507> [18. 2. 2020].
- Gros, P., Bratina, N., Širca Čampa, A., Kotnik, P., 2017. Konzervativni pristopi k obravnavi prekomerne prehranjenosti in debelosti otrok in mladostnikov – Prehransko svetovanje in priporočila za telesno dejavnost. *Slovenska pediatrija*, 24(2), pp. 74–80. Available at: http://www.slovenskapediatrija.si/portals/0/clanki/2017_2_24_074-081.pdf [16. 2. 2020].
- Hoyer, S., 2005. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, pp. 64, 65, 71, 222.
- Klemenčič, S., 2017. Psihološki vidiki debelosti pri otrocih in mladostnikih. *Slovenska pediatrija*, 24(2), pp. 68–71. Available at: http://www.slovenskapediatrija.si/portals/0/clanki/2017_2_24_068-073.pdf [17. 2. 2020].
- Kotnik, P., Bigec, M., Fidler Mis, N., Fajdiga Turk, V., Gregorič, M., Klemenčič, S., et al., 2016. Preventivni program za otroke in mladostnike – prepoznavna in obravnavna čezmerne hranjenosti in debelosti. In: Kotnik, P., et al. eds. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/preventivni_program_om_prepoznavna_in_obravnavna_cezmerne_-_prehranjenosti_in_debelosti.pdf [17. 2. 2020].
- Kotnik, P., 2017. Debelost in zapleti debelosti pri otrocih in mladostnikih. *Slovenska pediatrija*, 24(2), pp. 60–65. Available at: http://www.slovenskapediatrija.si/portals/0/clanki/2017_2_24_060-067.pdf [16. 2. 2020].
- Košnik, M., Terseglav, S., Triller, N., 2006. Sodelovanje med zdravstvenimi profili v bolnišnici Golnik – KOPA: Kaj smo želeli in kakšna je pot do tja. *Zdravniški vestnik*, 75(10), pp. 667–668. Available at: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-L32G9FEY> [22. 2. 2020].
- Ličen, N., 1996. Družina kot učna izkušnja. *Andragoška spoznanja*, 2(1), pp. 5–12. Available at: <https://revije.ff.uni-lj.si/AndragoskaSpoznanja/article/view/6567/6258> [24. 1. 2020].
- Maležič, D., 2015. Vadbeni programi za zdravljenje debelosti otrok in mladostnikov: *diplomsko delo univerzitetnega študija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, p. 59. Available at: <https://www.fsp.unilj.si/COBISS/Diplome/Diploma22060890MalezicDarja.pdf> [16. 2. 2020].
- Matejek, Č., Planinšec, J., Fošnarič, S., Pišot, R., 2014. Povezanost statusa telesne teže in gibalne učinkovitosti otrok v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 53(1), pp. 11–16. Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-ZNRKX3AG/30c69dcb-b344-47a0-b663-cf7bfd64aaf6/PDF> [1. 3. 2020].

- Oštir, M., 2009. Medicinska sestra – koordinatorica v multidisciplinarni obravnavi otrok s kronično boleznijo. In: Majcen Dvoršak, S., et al. eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč: zbornik prispevkov 7. kongresa zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana 11.–13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/123C.pdf [22. 2. 2020].
- Poljanec Bohnec M., 2019. Pripravljenost za spremembe življenjskega sloga. In: Poljanec Bohnec, M., & Tomažin Špolar, M. eds. *Sladkorna bolezen: povezovanje medicine in humanističnih ved za zdravstvene delavnice. 3.del: Komunikacija, motivacija in doseganje ciljev*. Ljubljana: Slovensko osteološko društvo, pp. 228–243.
- Pucelj, V. ed., 2015. *Za boljše zdravje otrok in mladostnikov: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije/datoteke/za_boljsje_zdravje_otrok_in_mladostnikov_nova_verzija_13_10_2015.pdf [17. 2. 2020].
- Trost, S. G., Kerr, L. M., Ward, D. S., Pate, R. R., 2001. Physical activity and determinants of physical activity in obese and non-obese children. *International Journal of Obesity*, 25(6), pp. 822–829. <https://doi.org/DOI: 10.1038/sj.ijo.0801621>.
- Truden Dobrin, P., Jurak, G., Kotnik, P., Klemenčič, S., Benedik, E., Vogrin, B., et. al., 2019. *Družinska obravnava za zmanjševanje ogroženosti zaradi debelosti in zmanjšane telesne zmogljivosti. Priročnik za izvajalce (neobjavljeno)*, 1st ed. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 6, 13, 60, 61.
- Živič, Z., 2000. Multidisciplinarni team – osnova uspešne zdravstvene nege in rehabilitacije. In: Kogoj A. ed. *Celostna obravnava bolnika z demenco: zbornik prispevkov 2. psihogeriatrčnega srečanja, Radenci, 17. in 18 november 2000*. Ljubljana: Spominčica – Združenje za pomoč pri demenci, Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 84–93. Available at: <http://www.ljudmila.org/~zzppd/2pgs7.pdf> [22. 2. 2020].
- Žnidarec Žagar, L. 2000. Vzgojno-izobraževalna vloga medicinske sestre. Izobraževanje odraslih na področju zdravstvene nege. *Andragoška spoznanja*, 6(2), pp. 85–92. Available at: <https://revije.ff.uni-lj.si/AndragoskaSpoznanja/article/view/6824> [22. 2. 2020].
- Žnidaršič Reljič, Š., Baš, D., Borinc Beden, A., Cimperman, A., Čuk Rupnik, J., Ivankovič, M., et al., 2018. *Slovenska pediatrija*, 25(3), pp. 228–236. Available at: http://www.slovenskapediatrija.si/portals/0/clanki/2018_3_25_228-236-izv.pdf [4.3. 2020].

TIMSKI PRISTOP OBRAVNAVE PREKOMERNO HRANJENIH OTROK IN MLADOSTNIKOV

*Breda Prunk Franetič, dr. med., spec. šol. med., vodja zdravstvenega sektorja
Mladinsko zdravilišče in letovišče Rdečega križa Slovenija Debeli rtič, Ankaran
breda.franetic-prunk@mzl-rks.si*

*doc. dr. Tamara Poklar Vatovec, uni. dipl. ing. živ. teh., mag. dietet.
Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju, Izola
tamara.vatovec@fvz.upr.si*

Izvleček

Čezmerna prehranjenost otrok ter mladostnikov je kratkoročno in dolgoročno povezana s pomembnimi bolezenskimi stanji, ki vplivajo na kakovost in trajanje življenja v odrasli dobi. Že pri otrocih in mladostnikih lahko privede do resnih presnovnih in nepresnovnih zapletov. Glede na obsežnost problema debelosti je nujno, da čim prej zastavimo učinkovite javnozdravstvene ukrepe, usmerjene v preprečevanje prekomerne prehranjenosti in njenih zapletov. Eden takšnih ukrepov je program, ki poteka v zdravilišču Debeli rtič. Namenjen je otrokom in mladostnikom s prekomerno telesno maso in njihovim staršem. Dvotedenskemu taboru s prehranskimi, gibalnimi in psihološkimi delavnicami, ki se izvajajo dvakrat dnevno, sledi mesečno spremljanje posameznikov, ki traja eno leto. Začetne spremembe pri otrocih, vključenih v program, so izguba telesne mase, izboljšana sposobnost za telesno aktivnost, povečanje znanja o zdravem prehranjevanju, boljša samopodoba ter izboljšano socialno vključevanje.

Ključne besede: mladostniki, debelost, prehranjevalne navade, gibalna dejavnost samopodoba.

Uvod

Otroška debelost je najpomembnejši javnozdravstveni problem 21. stoletja (World Health Organisation, 2012). Statistični podatki kažejo, da ima 20 % otrok prekomerno telesno maso, 6 % pa je predebelih (Kotnik, 2017). Poleg genetske predispozicije je izrednega pomena za razvoj čezmerne prehranjenosti okolje, kjer se otrok rodi, razvija in odraste. V prvi vrsti je to družinsko okolje, pomemben čas pa preživi tudi v varstveno-vzgojnih institucijah in šoli. Širše gledano je pomemben dejavnik, ki vpliva na pojavnost čezmerne prehranjenosti in z njo povezanih zapletov, celotno družbeno okolje, v katerem živimo (Kotnik, 2017).

Velik pomen za nastanek debelosti v današnjem svetu ima sama prehrana, saj je energijsko bogatejša od hrane, ki so jo uživali ljudje včasih. Predvsem predelana živila lahko vsebujejo veliko enostavnih sladkorjev in maščob, hkrati pa malo vitaminov, mineralov in zaščitnih snovi (Nguyen & El-Serag, 2010). Osnova za pravilno načrtovanje obrokov je dobro poznavanje prehranjevalnih navad in priporočil za zdravo prehrano. V Sloveniji se od leta 2015 nadaljuje nacionalni program, cilj katerega je izboljšati prehranjevalne in gibalne navade prebivalcev – od najmlajših do najstarejših. Namen nacionalnega programa je zmanjšati delež prebivalcev s prekomerno telesno maso in debelih, povečati uživanje sadja, zelenjave in rib, zmanjšati vnos trans maščob, nasičenih maščob, sladkorja in soli ter povečati vnos polnozrnatih in žitnih izdelkov (Ministrstvo za zdravje, 2015).

Mednarodni podatki kažejo, da nezdravo prehranjevanje pomembno pripomore k razvoju kroničnih bolezni, kot so debelost, diabetes tipa 2, srčno-žilne bolezni itd., ki so skupaj odgovorne za 77 % bremena bolezni pri prebivalcih evropske regije. Prekomerna telesna masa in debelost sta vzrok za približno 80 % vseh primerov diabetesa tipa 2, 35 % vseh ishemičnih bolezni srca in 55 % vseh primerov povišanega krvnega tlaka med odraslimi (Svetovna zdravstvena organizacija, 2007).

Proces prehranske obravnave zajema štiri različne faze: prehransko presejanje, prehransko diagnozo, intervencijo ter spremljanje in evalvacijo. Prehranska intervencija pri zdravljenju prekomerne hranjenosti otrok in mladostnikov je načrtovan proces, s katerim spreminjamo prehransko obnašanje in vplivamo na dejavnike tveganja.

Številni avtorji ocenjujejo, da so za uspešno izvedbo prehranske intervencije potrebni: nizko energijska dieta in povečana gibalna/športna dejavnost, različne kognitivno-vedenjske terapije, svetovanje ter spodbujanje k pravilnim prehranjevalnim navadam (Le, 2007; Corbalán, et al., 2009; Swift, et al., 2009). Mnogo intervencij temelji na spremenjenem razmerju osnovnih hranil, kot so diete z malo maščobami ali z manj ogljikovimi hidrati (Franz, et al., 2007). Uspešnost se ne preverja samo s spremembo telesne mase, temveč tudi z izboljšanjem presnovnih in vnetnih parametrov (Bizjak, et al., 2015).

Tivadar in Kamin (2005) opozarjata, da je količina informacij o vplivu zdravega načina prehranjevanja na zdravje, ki jo ima posameznik, nujen, a nezadosten pogoj za spremembo vedenja. Vsebine s področja zdravega prehranjevanja morajo poudarjati kratkoročne koristi uživanja zdrave hrane. Mladostniki so pri izgubljanju telesne mase pozornejši na koristi, ki se kmalu pokažejo. Manj pa jih zanima izguba telesne mase v daljšem časovnem obdobju ali koristi, ki jih bodo deležni kasneje v življenju (pojav kroničnih nenalezljivih bolezni). Dekletom, ki so v času mladostništva še posebej občutljiva za zunanjo podobo, predstavimo, da je uživanje zdrave hrane pomembno za vzdrževanje idealne telesne mase, da bodo imele lepšo kožo in lepe lase.

Z različnimi programi in v spodbudnih okoljih razvijamo pri mladostniku veščine za zdrave prehranjevalne navade, ga spodbujamo in mu pomagamo pri odločanju, ga navajamo na samostojnost pri izbiranju, zmanjšamo pozornost na nagrajevanje in marketing ter tako povečamo njegovo motivacijo za zdravo prehranjevanje (Conner & Armitrage, 2002). Najučinkovitejši so zato pristopi, ki vključujejo tudi učenje praktičnih veščin.

Problematika je izrazito kompleksna; enostavnih rešitev problema ni, niti jih ni pričakovati. S tega vidika so pričakovanja glede uspešnosti obravnave prekomerne prehranjenosti in povezanih zdravstvenih zapletov s strani zdravstvenega sistema pogosto prevelika, saj z zdravstvenimi pristopi ne moremo odpraviti številnih družbenih dejavnikov tveganja. Kljub temu ima zdravstvo pglavitno vlogo pri obravnavi tega problema. Uspešni preventivni in kurativni ukrepi so povezani z multidisciplinarnim in večnivojskim pristopom.

Stopnje debelosti merimo z različnimi metodami. Najpogosteje se uporabljajo indeks telesne mase (ITM), obseg pasu, kožna guba, razmerje pas/boki in bioimpedanca. Pri vseh meritvah je potrebno upoštevati spol, starost in količino podkožnega maščobnega tkiva (World Health Organisation, 2006; Petelin, et al., 2015). ITM je opredeljen kot telesna masa v kilogramih, deljena s kvadratom višine v metrih (kg/m^2). O čezmerni prehranjenosti govorimo, kadar je vrednost ITM med 91. in 98. percentilnim ekvivalentom (p. ekv.). Kadar ITM preseže 98. p. ekv., govorimo o debelosti (Kotnik, 2017). V številnih raziskavah je prikazano, da z

naraščanjem ITM narašča tudi tveganje za razvoj obolenj, kot so povišan krvni tlak, sladkorna bolezen tipa 2, dislipidemija, srčno-žilna in rakava obolenja. Pomanjkljivost ITM je, da ne poda količine in porazdelitve maščobnega tkiva v telesu posameznika (Kotnik 2017).

Program Interdisciplinarni pristop k obravnavi prekomerno hranjenih otrok in mladostnikov je namenjen otrokom in mladostnikom od 7. do 19. leta, ki imajo težave s prekomerno telesno maso (ITM nad 91. percentilom za starost in spol) in si želijo spremeniti življenjski slog, s poudarkom na gibanju in zdravi uravnoteženi prehrani. V Sloveniji je program inovativen; aktivno vključuje celotno otrokovo družino, prekomerno hranjenje otrok in mladostnikov pa obravnava interdisciplinarno. Program je oblikovala in ga izvaja skupina strokovnjakov s področja pediatrije, dietetike, kineziologije, delovne terapije in psihologije. Temelji na izkušnjah uspešnih programov in dobrih praks iz tujine. Učne delavnice so prilagojene mladim ter vključujejo moderne tehnologije in didaktične pripomočke, da so otrokom v veselje in užitek. Večinoma so skupinske, če je potrebno pa tudi individualne. Štirinajstdnevni stacionarnemu programu sledi mesečno spremljanje v obdobju 1 leta. Posameznike nadalje spremljajo osebni zdravniki.

Cilj

Cilj prispevka je predstaviti zdrave načine izgube prekomerne telesne mase s poudarkom na samokontroli, samodisciplini, uravnoteženi prehrani in športnih dejavnosti pod vodstvom strokovnega tima, z izvajanjem zanimivih, mladim prilagojenih vedenjsko-kognitivnih delavnic, delavnic zdravega kuhanja in intenzivne telesne aktivnosti. Vključitev modernih tehnologij in didaktičnih pripomočkov popestri program delavnic, da so otrokom v veselje in ugodje.

Metode dela

V zdravilišču Debeli rtič smo v času od oktobra 2017 do marca 2019 izvedli štiri taborne »Moj izziv« v trajanju 14 dni. Udeležilo se jih je 60 mladostnikov (30 deklet in 30 fantov), starih od 8 do 17 let; njihova povprečna starost je bila 11,9 leta. Ob prihodu smo sprejem otrok opravili timsko – v sestavi zdravnik pediater, prehranski svetovalec, psiholog in terapevt. Skupaj smo oblikovali program zdravljenja. Mladostnikom smo izmerili telesno višino (cm), telesno maso (kg), obseg pasu (cm) ter izračunali ITM in količnik obseg pasu/telesna višina. Ob sprejemu v tabor in po 12 mesecih spremljanja so mladostniki izpolnjevali tudi vprašalnik o nezdravih prehranjevalnih navadah (Koch et al., 2014), vprašalnik o intenzivnosti in frekventnosti gibalne dejavnosti ter dva vprašalnika s področja samopodobe: Lestvica samopodobe – Socialni odnosi (Musek Lešnik, 2016) in Lestvica samopodobe – Telesna samopodoba in videz (Musek Lešnik, 2016).

Dnevno smo spremljali količino ter vrsto zaužite hrane in tekočine, fiziološke funkcije, gibanje, počutje in telesno vzdržljivost udeležencev.

V času trajanja tabora so imeli udeleženci dvakrat dnevno kulinarične, gibalne in psihološke delavnice. Sproti so beležili v prehranski dnevnik količino in vrsto zaužite hrane in pijače, pridobili so znanje o prehrani in živilih s pomočjo različnih metod dela in učnih tehnik, kot npr. modelov živil, igralnih kart, deklaracij izdelkov, računalniških aplikacij »Veš, kaj ješ?« in »Prehranski navigator«, križank, kvizov, premetenk in modela krožnika zdrave prehrane. V času treh glavnih obrokov so v hotelski restavraciji urili večino porcioniranja jedi na krožnik ter socialno navado, da si za hranjenje vzamemo dovolj časa. Gibalne dejavnosti so potekale v

parku, ob morju, na trim stezi, v gozdičku, na zunanjih fitnes napravah, nogometnem, košarkarskem in odbojkarskem igrišču, v telovadnici, notranjem fitnesu in bazenu. V okviru psiholoških delavnic je potekala psihoedukacija o čustvih in krepitvi čustvene inteligentnosti, motivacija za zdrav življenjski slog, krepitev pozitivne samopodobe, razvijanje socialnih in komunikacijskih veščin ter tehnike sproščanja. Ob zaključku tabora je vsak mladostnik prejel dnevnik in knjižico z recepti jedi, ki so jih sami pripravljali. Vse meritve smo ponovili ob odhodu in nato še 1-krat mesečno. Mesečno smo pregledovali tudi prehranske dnevnike, izvajali vodeno gibalno dejavnost, prehranske in psihološke delavnice s svetovanjem, in sicer eno leto po zaključku tabora.

Rezultati

V program tabora »Moj izziv« je bilo vključenih 60 mladostnikov z različnih koncev Slovenije (glej tabelo 1). V času 14-dnevnega izvajanja tabora so mladostniki v povprečju izgubili telesno maso za 2,6 kg (fantje – 2,9 kg, dekleta – 2,3 kg), zmanjšal se je indeks telesne mase ITM (kg/m^2) za $1,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ pri obeh spolih, obseg pasu povprečno za 2,9 cm (fantje – 3,1 cm ter dekleta – 2,7 cm) ter količnik obseg pasu/telesna višina za 0,02 (fantje – 0,022 in dekleta – 0,017).

Tabela 1: Vrednosti antropometričnih meritev mladostnikov v času trajanja tabora

Parameter	Obdobje	μ	SD	t	df	p
Telesna masa (kg)	začetek	77,1	21,83	16,267	59	0,001
	konec	74,5	21,34			
ITM (kg/m^2)	začetek	30,2	4,97	18,563	59	0,001
	konec	29,2	4,90			
Obseg pasu (cm)	začetek	97,7	12,32	10,599	59	0,001
	konec	94,8	11,64			
Količnik pas/telesna višina	začetek	0,61	0,06	9,510	59	0,001
	konec	0,59	0,06			

Legenda: n – število preiskovancev; μ – povprečje; SD – standardna deviacija; t – t-test; df – prostostne stopnje; p – statistična značilnost

Iz tabele 2 so razvidne spremembe opravljenih antropometričnih meritev po 6 in 12 mesecih spremljanja mladostnikov iz vseh štirih skupin. Na kontrolne meritve po 6 mesecih spremljanja je prišlo 41 mladostnikov (68 %), po enem letu pa 37 (62 %).

Tabela 2: Vrednosti antropometričnih meritev vseh štirih skupin tabora mladostnikov po 6 in 12 mesecih spremljanja

Meseci	Parameter	Obdobje	μ	SD	t	df	p	
6	Telesna masa (kg)	začetek	77,8	22,62	2,930	40	0,006	
		konec	75,0	20,18				
	Telesna višina (cm)	začetek	158,4	11,92	-8,970	40	0,001	
		konec	161,4	11,77				
	Obseg pasu (cm)	začetek	98,4	12,96	7,170	40	0,001	
		konec	90,6	11,78				
	ITM (kg/m ²)	začetek	30,5	5,56	6,189	40	0,001	
		konec	28,4	5,17				
	Količnik pas/telesna višina	začetek	0,62	0,06	9,050	40	0,001	
		konec	0,56	0,07				
	12	Telesna masa (kg)	začetek	77,8	24,88	-1,115	36	0,272
			konec	79,2	22,54			
Telesna višina (cm)		začetek	157,8	12,72	-12,296	36	0,001	
		konec	163,4	11,92				
Obseg pasu (cm)		začetek	97,6	14,31	7,351	36	0,001	
		konec	90,5	14,44				
ITM (kg/m ²)		začetek	30,5	5,91	3,154	36	0,003	
		konec	29,2	5,67				
Količnik pas/telesna višina		začetek	0,61	0,07	11,582	36	0,001	
		konec	0,55	0,07				
Točke vprašalnika		začetek	6,4	2,11	-3,645	36	0,001	
		konec	7,6	1,96				

Legenda: n – število preiskovancev; μ – povprečje; SD – standardna deviacija; t – t-test; df – prostostne stopnje; p – statistična značilnost

Vse odgovore vprašalnika in trditve, ki so predstavljale nezdrave prehranjevalne navade, smo ocenili z 0 točkami. Odgovore, ki so bili skladni s pogostostjo uživanja posameznih živil in pijač ter z režimom zdrave prehrane, smo ovrednotili z 1 točko (glej tabelo 2). Maksimalen seštevek točk je bil 11, vendar ga ni dosegel nihče od mladostnikov. Rezultati parnega t-testa kažejo statistično značilno razliko ($t = -3,645$; $p = 0,001$), saj so mladostniki na začetku tabora dosegli povprečno 6,4 točke in leto dni kasneje 7,6 točke (glej tabelo 2).

Vsi mladostniki ($n = 60$) so ob vstopu v tabor izpolnjevali anketo, s katero smo ugotovili, kakšne so njihove prehranjevalne navade. Več kot polovica mladostnikov, tj. 63,3 %, uživa mleko in mlečne izdelke več kot 1-krat na dan, 60,0 % jih uživa sadje več kot 1-krat na dan, rdeče meso manj kot 3-krat na teden uživa 65,7 % mladostnikov, 63,3 % jih več kot 3-krat na mesec uživa kašo, osvežilne pijače pa 58,3 % anketirancev pije manj kot od 1- do 3-krat na teden. Najvišji delež neskladnih odgovorov s priporočili so mladostniki dosegli pri uživanju rib in morskih sadežev 3-krat na mesec ali redkeje (70,0 %), pri pogostosti uživanja zelenjave manj kot 1-krat na dan (55,0 %) in uživanju ocvrte hrane manj kot 1-krat na teden (58,3 %). Drugo anketiranje, ki je potekalo leto dni kasneje, je pokazalo spremembe v prehranjevalnih navadah, še posebej pri deležu ustreznih odgovorov pogostosti uživanja zelenjave (73,0 %), rib (48,6 %) ter ocvrte hrane (64,9 %). Rezultati so spodbudni, vendar je treba omeniti, da se je zaključnega pregleda po enem letu spremljanja udeležilo 37 (62 %) mladostnikov,

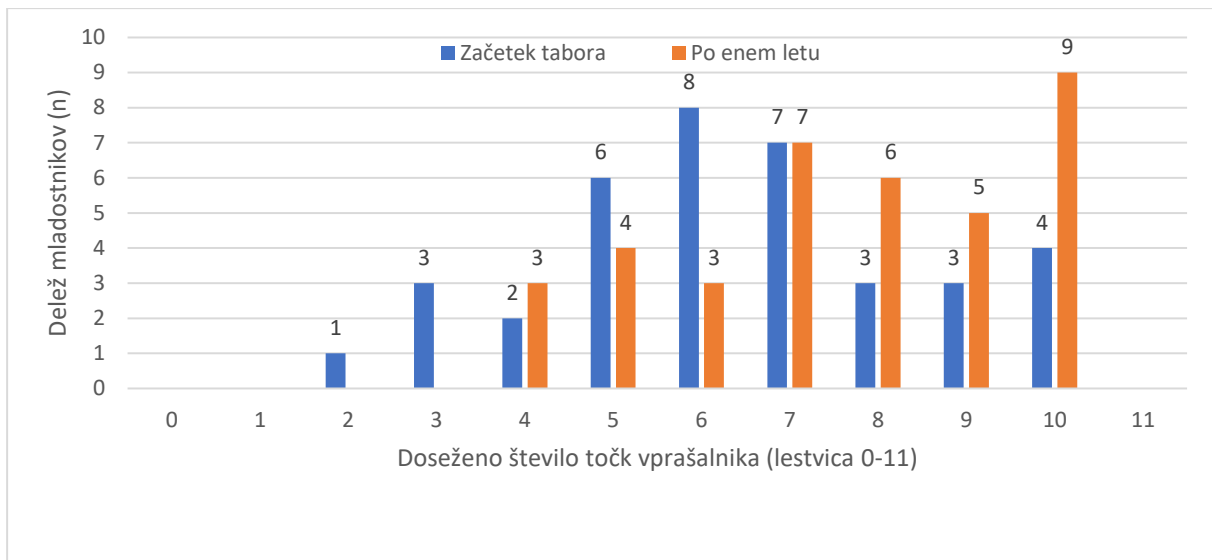
najverjetneje prav tistih, ki so imeli vestno podporo družine skozi celo leto, ter tistih, ki so prihajali na pregled iz bližnjih regij (glej tabelo 3).

Tabela 3: Prehranjevalne navade mladostnikov ob vstopu v tabor ($n = 60$)
in po enem letu spremljanja ($n = 37$)

Vprašanje	Trditev	Skladno	Začetek		Konec	
			n	%	n	%
Število dnevnih obrokov.	Dva ali manj.	Da	12	20,0	1	2,7
		Ne	48	80,0	36	97,3
Pogostost uživanja zajtrka.	Nikoli.	Da	21	35,0	10	27,0
		Ne	39	65,0	27	73,0
Pogostost uživanja mleka in mlečnih izdelkov.	Manj kot 1-krat na dan.	Da	22	36,7	13	35,1
		Ne	38	63,3	24	64,9
Pogostost uživanja sadja.	Manj kot 1-krat na dan.	Da	24	40,0	8	21,6
		Ne	36	60,0	29	78,4
Pogostost uživanja zelenjave.	Manj kot 1-krat na dan.	Da	33	55,0	10	27,0
		Ne	27	45,0	27	73,0
Pogostost uživanja rdečega mesa.	3-krat na teden ali več.	Da	26	43,3	15	40,5
		Ne	34	56,7	22	59,5
Pogostost uživanja rib in morskih sadežev.	3-krat na mesec ali redkeje.	Da	42	70,0	19	51,4
		Ne	18	30,0	18	48,6
Pogostost uživanja žit (kaše, kosmiči ...).	3-krat na mesec ali redkeje.	Da	22	36,7	11	29,7
		Ne	38	63,3	26	70,3
Pogostost uživanja ocvrte hrane.	1-krat na teden ali pogosteje.	Da	35	58,3	13	35,1
		Ne	25	41,7	24	64,9
Pogostost uživanja osvežilnih pijač.	Od 1- do 3-krat na teden ali pogosteje.	Da	25	41,7	8	21,6
		Ne	35	58,3	29	78,4
Maščoba pri pripravi hrane.	Margarina, maslo, smetana, mast.	Da	28	46,7	17	45,9
		Ne	32	53,3	20	54,1

Legenda: n – število mladostnikov; % – delež odgovorov v %; začetek – prvi dan tabora; konec – po enem letu spremljanja

Iz slike 1 je razvidno, da je na začetku tabora 1 mladostnik dosegel skupno 2 točki in 4 mladostniki največ 10 točk vprašalnika o zdravih prehranjevalnih navadah. Po končanem enoletnem spremljanju so se rezultati spremenili, saj so 3 mladostniki dosegli najmanj 4 točke in 9 mladostnikov največ 10 točk (od 11 možnih) iz vprašalnika. S temi rezultati lahko povežemo tudi ugodne spremembe antropometričnih meritev in s tem oceno uspešnosti izvedbe štirih taborov.



Slika 1: Število doseženih točk vprašalnika o prehranjevalnih navadah mladostnikov na začetku tabora in po enoletnem spremljanju (n = 37)

Diskusija

V program smo vključili 60 mladostnikov. Ob zaključku tabora beležimo izboljšanje vseh antropometričnih meritev. Tudi nadaljnje vrednosti mesečnih meritev v obdobju 1 leta so izboljšane, kar potrjuje uspešnost programa. Kontrole se je po enem letu udeležila več kot polovica udeležencev, zelo verjetno najuspešnejših. Tudi anketa o prehrani je po enem letu pokazala ugodne spremembe v prehranjevalnih navadah, saj mladostniki uživajo več zelenjave in rib ter manj ocvrte hrane. Rezultati so spodbudni, vendar mogoče ne povsem realni, saj se vsi udeleženci niso udeležili zaključne kontrole.

Stepančič (2019) je proučevala prehranjevalne navade ene skupine mladostnikov tabora na začetku in po 6 mesecih spremljanja. Uporabila je metodo vprašalnika o pogostosti uživanja posameznih živil (FFQ) v spletnem orodju Odprta platforma za klinično prehrano (OPKP). Ugotovila je, da večina mladostnikov pozna prehranska priporočila. Zmanjšali so pogostost uživanja odsvetovanih živil, vendar zelo redko posegajo po priporočenih, hranilno bogatih živilih.

Bembič (2019) je v svoji magistrski nalogi ugotavljala vpliv tabora »Moj izziv« na spreminjanje prehranjevalnih navad in življenjskega sloga v družini udeležencev po zaključku tabora. Rezultate je pridobila s pomočjo izpolnjevanja anketnih vprašalnikov pred začetkom tabora ter ob 6-mesečni kontroli in s pomočjo antropometričnih meritev. Rezultati so pokazali pozitivne spremembe v prehranjevalnih navadah – povečan vnos zelenjave, zmanjšan vnos sladkih pijač in sladkarij ter zmanjšana velikost porcij pri obrokih. Poleg prehranjevalnih navad so otroci povečali tudi stopnjo telesne aktivnosti. Obenem je prišlo do sprememb pri nakupovalnih navadah in pripravi obrokov cele družine. Kljub prisotnim spremembam v prehranjevalnih navadah otrok in staršev ni uspela najti povezave glede vpliva otroka na starše. Analize telesne sestave so pri otrocih pokazale znižanje telesne mase in deleža maščob ter zmanjšanje obsega pasu in razmerja pas/višina pa tudi povečanje puste telesne mase. Pri materah so bili rezultati antropometričnih meritev manj uspešni.

Bratuša (2020) je v svoji magistrski nalogi spremljala učinkovitost tabora "Moj izziv" pri spreminjanju prehranjevalnih navad ene skupine prekomerno hranjenih otrok in mladostnikov. Uporabila je podroben anketni vprašalnik in spletno orodje OPKP na začetku

tabora, s katerim je ugotovila, da imajo otroci in mladostniki previsok energijski vnos zaužite hrane in pijače ter prenizek delež ogljikovih hidratov na račun povečanega deleža zaužitih beljakovin in maščob. Zaužijejo preveč holesterola, železa in natrija ter imajo premajhen vnos kalcija in vitamina D. V nalogi je ugotovila, da so udeleženci tabora po 6 mesecih v manjšem deležu povečali pogostost uživanja priporočenih skupin živil ter zmanjšali vnos sladkih in slanih jedi ter sladkih pijač.

Contento (2008) ugotavlja, da je prehransko svetovanje, ki se usmerja na spreminjanje vedenja in pri tem povezuje teorijo s praktičnimi veščinami, učinkovitejše. Prav tako Woodruff in Kirby (2013) ugotavljata, da je vključevanje učenja veščin priprave hrane pomembna strategija za spreminjanje nezdravih prehranjevalnih navad.

Zaključek

S programom spodbujanja zdravega načina življenja, uravnotežene prehrane in redne telesne dejavnosti ob strokovni psihološki podpori pri mladostnikih preprečujemo boleznijo, pogojeno z debelostjo, krepimo njihove duševne sposobnosti, zmanjšujemo duševno potrtost, povečujemo zmožnost samooskrbe ter nenazadnje zagotavljamo bistveno višjo kakovost njihovega življenja. Začetne spremembe pri otrocih, vključenih v program, so izguba telesne mase, izboljšana sposobnost za telesno dejavnost, širše znanje o zdravem prehranjevanju, boljša samopodoba ter izboljšano socialno vključevanje. Prehranska pismenost predstavlja niz znanj, veščin in vedenj, ki so potrebni za načrtovanje, izbiranje, pripravo in uživanje hrane. Iz predstavljenih rezultatov lahko sklepamo, da smo s prehranskim svetovanjem in praktičnim izvajanjem delavnic, ki je vključevalo tudi veščine priprave zdravih obrokov, dosegli pri mladostnikih vsaj eno spremembo v njihovih prehranjevalnih navadah.

Literatura

- Bembič, K., 2019. *Vpliv tabora „Moj izziv“ na spreminjanje prehranjevalnih navad v družini: magistrska naloga*. Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, p. 69.
- Bizjak, M., Meglič, M., & Poklar Vatovec, T., 2015. *Prehranske intervencije pri debelosti. Razumeti debelost*. Koper: Založba Univerze na Primorskem.
- Bratuša, Š., 2020. *Učinkovitost tabora „Moj izziv“ pri spreminjanju prehranjevalnih navad prekomerno hranjenih otrok in mladostnikov: magistrska naloga*. Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
- Conner, M., & Armitrage, C., 2002. *The social psychology of food*, 1st ed. Buckingham: Open University Press.
- Contento, I. R., 2008. Nutrition education: Linking, Research, Theory, and Practice. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 17(1), pp. 176–179.
- Corbalán, M. D., Morales, E. M., & Canteras, M., 2009. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on the Mediterranean diet for the treatment of obesity. *Nutrition*, 25(7–8), pp. 861–869.
- Franz, M. J., VanWormer, J. J., Crain, A. L. et al., 2007. Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(10), pp. 1755–1767.
- Koch, V., Gabrijelčič Blenkuš, M., Gregorič, M., Kostanjevec, S., 2014. Risk factors as a result of unhealthy nutrition in the adult population in Slovenia with regard to sociodemographic variables. *Zdravstveno varstvo*, 53(2), pp. 144–155.
- Kotnik, P., 2017. Debelost in zapleti debelosti pri otrocih in mladostnikih. *Slovenska*

- pediatrija*, 24(2), pp. 60–67.
- Lee, W. W., 2007. An overview of pediatric obesity. *Pediatric Diabetes*, 8(9), pp. 76–87.
- Ministrstvo za zdravje, 2005. *Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah*. Available at:
http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_09/Smernice_zdravega_prehranjevanja.pdf
- Nguyen, D. M., & El-Serag, H. B., 2010. The epidemiology of obesity [spletni vir]. *Gastroenterology Clinics North America*, 39(1), pp. 1–7.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2009.12.014>
- Petelin, A., Jurdana, M., Jenko Pražnikar, Z., Černelič Bizjak, M., & Bizjak, M., 2015. *Razumeti debelost*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 17–112.
- Stepančič, A. 2019. *Vpliv prehranskega izobraževanja na spreminjanje prehranjevalnih navad otrok in mladostnikov na taboru »Moj izziv«: magistrska naloga*. Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, p. 61.
- Swift, J. A., Glazebrook, C., Anness, A., & Goddard, R. 2009. Obesity-related knowledge and beliefs in obese adults attending a specialist weight-management service: implications for weight loss over 1 year. *Patient Educ Couns*, 74(1), pp. 70–76.
- Tivadar, B., & Kamin, T. 2005. *Razvoj pristopov za spodbujanje zdrave prehrane in gibanja v srednjih šolah*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Woodruff, S. J., & Kirby, A. R., 2013. The associations among family meal frequency, food preparation frequency, self-efficacy for cooking, and food preparation techniques in children and adolescents. *Journal Nutrition Education and Behavior*, 45(4), pp. 296–303.
- World Health Organisation, 2006. *Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity: a set of tools for Member States to determine and identify priority areas for action*. Available at:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/Childhood_obesity_Tool.pdf
- World Health Organisation, 2007. *Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity: a set of tools for Member States to determine and identify priority areas for action*. Available at:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/Childhood_obesity_Tool.pdf
- World Health Organisation, 2012. *Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity: a set of tools for Member States to determine and identify priority areas for action*. Available at:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/Childhood_obesity_Tool.pdf



Vadba na prostem (arhiv MZL Debeli rtič)



Gibalna delavnica (arhiv MZL Debeli rtič)



Prehranska delavnica, Debeli rtič (foto Tamara Poklar Vatovec, 2019)



Priprava malice (foto Tamara Poklar Vatovec)

OBRAVNAVA OTROŠKE DEBELOSTI V CENTRU ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI OTROK ŠENTVID PRI STIČNI

Ksenija Pavc Mikec, mag. zdrav. nege, dipl.m. s.

Zdravstveni dom Novo mesto/Dispanzer za šolske otroke in mladino

ksenija.pavc-mikec@zd-nm.si

doc. dr. Ruža Pandel Mikuš, viš. med. ses., prof. soc. ped., spec. klin. diet.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Katedra za biomedicino v zdravstvu

Magdalena Urbančič, dr. med., spec. ped.

Center za zdravljenje bolezni otrok v Šentvidu pri Stični

Izvleček

Uvod: Debelost dosega pri odraslih in tudi pri otrocih v zadnjih letih pojavnost pandemije. Številne študije nakazujejo, da je debelost v otroštvu povezana s težavami v razvoju in rasti. Pri teh otrocih pogosteje beležimo porast hipertenzije, hiperlipidemije in sladkorne bolezni. Pomembno je, da se prekomerna prehranjenost otrok čim prej odkrije s sistematičnimi pregledi in se ustrezno obravnava. **Namen:** Namen dela je predstaviti problem otroške debelosti in obravnavo debelih otrok, ki se zdravijo v Centru za zdravljenje bolezni otrok v Šentvidu pri Stični. **Metode dela:** Izveden je bil pregled znanstvene in strokovne literature obravnavanega problema. Literaturo smo iskali za obdobje od leta 2003 do 2019 v naslednjih podatkovnih bazah: Medline, PubMed, CINAHL, Mescape ter s pomočjo DiKUL – Digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani, COBISS.SI in spletnega brskalnika Google Scholar. Ključne besede, ki smo jih uporabili, so bile v angleškem jeziku: children and adolescents, school child, obesity, overweight, body mass index, nutrition, physical activity, health education, self-education, healthy diet, longitudinal study ter enake besede še v slovenskem jeziku. **Rezultati:** Mnoge študije navajajo, da je debelost bolezen, ki je prisotna v vseh starostnih skupinah povsod po svetu. Debelost se povezuje tudi z duševnim zdravjem; študije so pokazale, da je samopodoba pri prekomerno hranjenih dekletih bolj ogrožena kot pri prekomerno hranjenih fantih. Po svetu se izvajajo programi, ki spodbujajo zdravo prehranjevanje in redno telesno dejavnost v šoli, lokalnih skupnostih in zdravstvenih institucijah. Veliko študij navaja, kako pomembno vlogo imajo pri promociji zdravja izobraževalne ustanove na vseh ravneh izobraževanja. **Razprava in zaključek:** Prekomerna hranjenost otrok in mladostnikov obeh spolov s starostjo narašča. V Sloveniji je v Nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje zapisano, da imajo lokalne skupnosti ključno vlogo pri omogočanju in spodbujanju zdravega življenjskega sloga. V Centru za zdravljenje bolezni otrok v Šentvidu pri Stični imajo dobro celostno obravnavo otrok s prekomerno telesno težo in njihovih družin. Pri zdravljenju otrok sodeluje visoko izobražen strokovni tim različnih strokovnjakov. Njihovi podatki kažejo, da imajo otroci tudi po enem letu obravnave nižji indeks telesne mase kot ob sprejemu. To kaže na uspešno obravnavo v tej ustanovi in spodbudo za še boljše delo.

Ključne besede: debelost pri otrocih, zdravljenje otroške debelosti, multidisciplinarna obravnavo, družinska terapija.

Uvod

Skrajno stanje prekomerne hranjenosti imenujemo debelost in je po definiciji Svetovne

zdravstvene organizacije (World Health Organization, 2019) bolezen, pri kateri se je presežek telesne maščobe nakopičil do tolikšne mere, da bi imel lahko negativen učinek na zdravje, ki vodi do zmanjšane pričakovane življenjske dobe in povečanih težav z zdravjem. Običajno to izražamo z indeksom telesne mase (ITM) oziroma body mass index-om (BMI) (kg/m²) glede na mejne vrednosti (Haslam, James, 2005 cited in Gregorič, 2015). Debelost in prekomerna telesna teža pri otrocih predstavljata pomembno javnozdravstveno težavo povsod po svetu. Raziskave kažejo, da se v zadnjih treh desetletjih med otroki pojavljajo bolezenske težave, ki so bile včasih značilne za odrasle: težave s srcem, sladkorna bolezen tipa 2, težave z jetri in srčno-žilne bolezni (Saeidlou, et al., 2016). Pri teh otrocih, ki se praviloma manj in težje gibljejo, pa opazamo tudi športne neuspehe in težave v duševnem zdravju. Glavni dejavniki za nastanek otroške debelosti so prevelik vnos visokokalorične hrane z veliko nasičenimi in trans – nenasičenimi maščobami ter sladkorja, preveč soli in sladkih pijač; premalo pa je v dnevni prehrani teh otrok zelenjave in posledično vlaknin. Otroci običajno razvijejo nezdrav način prehranjevanja in se ne gibljejo dovolj zaradi vpliva staršev ali skrbnikov. Močen vpliv na njihovo obnašanje imajo v zadnjem času tudi mediji, ki intenzivno promovirajo nezdrava živila, in elektronske naprave, zaradi katerih se otroci vsak dan manj gibajo. Glavni vzroki za prekomerno prehranjenost otrok so preprost dostop do hitre hrane, večje porcije hrane, manj priložnosti za telesne dejavnosti ter sedeč način življenja (Vittrup & McClure, 2018).

V sodobnem svetu sta postali debelost in neprimerna prehrana glavna in prevladujoča dejavnika nastanka prekomerne prehranjenosti, ki sta v otroštvu lažje obvladljiva in se ju lahko prepreči. Bolnišnična obravnava prekomerno hranjenih otrok v Sloveniji poteka v Centru za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični že nekaj let. Otroci so vključeni v Program zdrave prehrane in zdravega načina življenja. Terapije potekajo v skupinah, izvajajo se tudi individualne obravnave. Obravnava otrok je multidisciplinarna.

Namen prispevka je predstaviti debelost pri otrocih, vlogo medicinske sestre v preventivi debelosti ter potek zdravljenja in obravnavo debelosti otrok nasploh in posebej v bolnišničnem okolju Centra za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični.

Rezultati

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati raziskave razdeljeni v tri sklope. Prvi sklop zajema rezultate člankov, ki obravnavajo otroško debelost, v drugem sklopu so predstavljeni rezultati člankov, ki obravnavajo vlogo medicinske sestre v preventivi debelosti, v tretjem sklopu pa so opisani rezultati člankov, ki se navezujejo na zdravljenje debelosti otrok. Tu smo posebej izpostavili zdravljenje v Centru za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični.

Debelost

Otroška debelost je epidemija, katere posledice se kažejo tudi na duševnem zdravju otrok (Durbin, et al., 2018). Sagar in Gupta (2018) navajata, da prekomerno hranjeni otroci doživljajo številne psihosocialne probleme, ki vplivajo na kakovost življenja. Gibson in sodelavci (2017) so dokazali, da prekomerno hranjeni otroci ostanejo prekomerno hranjeni tudi v mladosti in odraslosti. Dokazali pa so več psihosocialnih težav še posebej pri deklicah. Baker Powell in sodelavci (2018) navajajo, da je kakovost življenja prekomerno hranjenih otrok nižja kot pri normalno hranjenih, namreč tudi šolske medicinske sestre (angl. school nurses) so potrdile, da so pri prekomerno hranjenih otrocih pogoste tudi psihične in psihosocialne težave.

Mumena in sodelavci (2018) so v raziskavi ugotovili, da otroci zaužijejo preveč kalorij in jih z gibanjem ne porabijo dovolj. Reuter in sodelavci (2018) v raziskavi o razvoju debelosti pri otrocih navajajo, da imajo večje tveganje za debelost tisti otroci, ki imajo tudi predebele starše in stare starše. Prav tako je večji delež prekomerno hranjenih otrok predvsem tistih, ki so bili težji že ob rojstvu. Mazur in sodelavci (2017) so v raziskavi med otroki v Evropi našli povezavo med socialnimi mediji in debelostjo. Povezava se kaže v vseh evropskih državah. Gabrijelčič Blenkuš (2013) poudarja, da vedno več raziskav kaže, da je debelost pri otrocih in mladostnikih povezana z neustreznimi vzorci spanja in predvsem s pomanjkanjem spanja. Ortega-Garcia in sodelavci (2018) dokazujejo, da je polno dojenje otrok in zato tudi poznejša uvedba hranjenja po steklenički zaščitni učinek pred debelostjo šestletnikov.

Debelost pri otrocih je povezana s sladkorno boleznijo tipa 2, s spremembami življenjskih navad pa se lahko zmanjša nivo sladkorja v krvi. To v raziskavi potrjujejo Lien in sodelavci (2017). Hertiš in sodelavci (2018) so v raziskavi pri slovenski pediatrični populaciji dokazali, da je razširjenost visokega krvnega tlaka med otroki in mladostniki 7,1-odstotna ob enkratni meritvi z avskultatorno metodo.

SZO priporoča celovite in večstopenjske pristope za preprečevanje debelosti, vključno s programi in politikami na ravni skupnosti. Naraščajoče število lokalnih, državnih in nacionalnih politik ter programov je bilo izvedenih za podporo zdrave prehrane in telesne dejavnosti. Dosedanje študije so se pretežno osredinjale na intervencije, ki temeljijo na otroku ali njegovi družini ali pa se izvajajo v šolskih okoljih in so dosegle sorazmerno majhno število otrok (Strauss, et al., 2018).

Preprečevanje je vedno boljše od zdravljenja, zato se preventivni pristopi lahko začnejo že v zelo zgodnji fazi razvoja otroka; v to se vključijo tudi vrtci in šole. Šola zelo vpliva na vedenje staršev in otrok v zgodnjih letih, ki zato sprejmejo bolj zdrav način življenja. Šolski kurikulum vključuje modul Zdrav življenjski slog, ki spodbuja zdravo prehranjevanje in redno telesno dejavnost v šoli (Sagar & Gupta, 2018).

Vloga medicinske sestre v preventivi debelosti

V svoji raziskavi so Yücel in sodelavci (2011) dokazali, da je za otroka prvih šest mesecev starosti najbolj kritično obdobje za ocenjevanje razvoja poznejše debelosti v otroštvu. Specialisti pediatri in medicinske sestre imajo pri tem pomembno vlogo. V prvem in drugem letu otrokove starosti lahko s temeljitim in pogostim spremljanjem odkrivajo ogrožene za prekomerno telesno težo (Dera-de Bie, et al., 2016).

Durbin in sodelavci (2018) navajajo, da izvajalci zdravstvene nege lahko pomagajo preprečiti debelost pri otrocih s primeri dobre prakse. Domoff in Niec (2018) omenjata, da so pomembne povezave kakovosti odnosa med starši in otroki. Dera-de Bie in sodelavci (2016) poudarjajo, da ni bistveno le motiviranje staršev prekomerno hranjenih otrok, da dosežejo bolj zdrav življenjski slog, temveč so potrebni tudi sistematični dolgoročni cilji za krepitev moči in podpore staršem, da dejansko dosežejo bolj zdravo vedenje. Spremembe vedenja se ne doseže le z enim samim posvetovanjem, ampak z večkratno razpravo o tej temi. Za učinkovito preprečevanje sta bistvena jasna dodelitev nalog ter zadostno usposabljanje medicinskih sester in zdravnikov pediatrov za doseganje kompetenc in spretnosti, ki so potrebne za obravnavo otrok s prekomerno telesno težo in njihovih staršev.

Primarno zdravstveno varstvo se mora povezovati s šolami pri skrbi za zdravje. Šolske medicinske sestre so pomembne pri obravnavi otrok s prekomerno telesno težo in debelostjo (Baker Powell, et al., 2018). Pri delu z otroki s prekomerno telesno težo je ključno najti načine za prekinitev pridobivanja telesne teže in sodelovanje s starši pri tem. Motivacijski pogovori pomagajo šolskim medicinskim sestram pri usmerjanju otrok in njihovih staršev v spremembe življenjskega sloga (Thorstensson, et al., 2017). Gregorič (2015) opozarja na posebej občutljive vsebine, kot so motnje hranjenja in/ali debelost, kjer pri obravnavi take osebe vključimo tudi usposobljene psihologe, medicinske sestre, dietetike in druge kompetentne strokovnjake.

Zdravljenje debelosti otrok

Zdravnik pediater je običajno prva oseba, s katero starši stopijo v stik zaradi prekomerne telesne teže njihovega otroka (Sagar & Gupta, 2018). V programih zdravljenja debelosti otrok in mladostnikov je zlasti pomembno izboljšati prehranske navade in povečati telesno dejavnost. Pri zdravljenju debelosti otrok poleg zdravnikov pediatrov in šolskih medicinskih sester lahko pomagajo tudi otroci, ki so že uspešno prestali programe za preprečevanje debelosti (Nebors, et al., 2015).

V klinični raziskavi na Finskem so Dalla Valle in sodelavci (2017) med letoma 2005 in 2012 v treh bolnišnicah, v katerih zdravijo debelost pri otrocih, dokazali, da je družinsko multidisciplinarno zdravljenje, ki vključuje prehranske nasvete, vadbo in vedenjsko svetovanje, najučinkovitejše pri mlajših otrocih. Nenadzorovano dietno vedenje pogosto pripelje do neuravnoveženega vnosa hranilnih snovi, psihičnih sprememb, motenj krvnega obtoka in srčnega utripa, v izjemnih primerih pa lahko pride tudi do motenj hranjenja (Pandel Mikuš, 2003; Tomori, 2005 cited in Gregorič, 2015). Raziskovalci so ugotovili, da je neznanje o zdravju in prehrani preveliko in skrb vzbujajoče; predvsem starši bi se morali bolj zavedati nevarnosti, ki pretijo njihovim prekomerno hranjenim otrokom (Li, et al., 2016).

V Sloveniji so za obravnavo prekomerno hranjenih otrok in mladostnikov izdelana merila obravnave na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva – primarni, sekundarni in terciarni. Merila, ki so jih opredelili Kotnik in sodelavci (2016), za obravnavo otrok s prekomerno telesno težo na sekundarni ravni so:

- debelost (ITM > 98. percentil);
- čezmerna prehranjenost z zapleti;
- čezmerna prehranjenost (ITM med 91. in 98. percentilom), pri čemer šestmesečna obravnava na primarni ravni ni bila uspešna – ni prišlo vsaj do stabilizacije telesne teže.

Obravnavo izvajajo regionalne bolnišnice z ustrezno strokovno in tehnično podporo ter Center za zdravljenje boleznih otrok v Šentvidu pri Stični. V Centru za zdravljenje boleznih otrok (2019a) so prekomerno hranjeni otroci vključeni v Program zdrave prehrane in zdravega načina življenja. Terapije potekajo v skupinah, v katerih so starostno primerljivi otroci, po potrebi se izvajajo tudi individualne obravnave. V ta program so vključeni: zdravniki specialisti pediatri, diplomirane medicinske sestre, prehranska svetovalka, diplomirani fizioterapevti, diplomirani delovni terapevti, diplomirana psihologinja in po potrebi tudi pedopsihiater. Otroci se naučijo samokontrole z vodenjem dnevnika zdrave prehrane in dejavnosti. Zapisujejo si količinski vnos hrane in tekočine ter porabo, hkrati pa tudi opazujejo sami sebe in svoje počutje. Starši zdravljenih otrok imajo obvezna predavanja, na katerih je prisoten celoten terapevtski tim. Pomemben del programa predstavlja tudi organiziranost

osnovne šole v ustanovi, kamor so vključeni vsi otroci. Tako se otroci naučijo kombiniranja obveznosti za šolo in obšolske dejavnosti s programom zmanjševanja telesne teže. Prehrana med zdravljenjem je dovolj kalorična, da zadosti otrokovim potrebam. V ustanovi otroci izgubijo od 1 do 2 kg tedensko, odvisno od presežka telesne teže. Pozneje se svetuje izguba pol kilograma mesečno pri tistih z manj presežka in enega kilograma mesečno pri tistih z več deset kilogramov presežka teže. Ko se približajo dogovorjeni telesni teži, pa postopno prehajajo na vzdrževanje le-te. Strokovnjaki pozornost posvetijo tudi otrokovemu razpoloženju in vedenju, ker so včasih meje med povečanim tekom in vnosom hrane na eni strani ter prenajedanjem in bulimijo ter anoreksijo na drugi strani zelo tanke in je prestop teh meja lahko izredno hiter. Otroku sicer določijo njegovo idealno telesno težo, vendar se raje poslužujejo dogovorjene telesne teže, ki jo individualno določijo na prvem pregledu. Pred otrokovim odhodom domov skupaj naredijo program prehranjevanja v domačem okolju. Poudarek dajo predvsem na primerni enakomerni časovni razporeditvi obrokov čez dan in hkrati tudi kalorični gostoti obroka. Doma morajo otroci redno pisati dnevnik zdrave prehrane in načina življenja.

Potek programa v Centru za zdravljenje boleznih otrok

Zdravljenje prekomerno hranjenih otrok v Centru za zdravljenje boleznih otrok poteka po programu Zdrav način življenja:

- Ko se starši odločijo za spremembo v otrokovem življenju, z njim opravijo prvi pregled, na katerem so seznanjeni s programom Centra za zdravljenje boleznih otrok in se skupaj dogovorijo za datum sprejema.
- Otroci so sprejeti na zdravljenje najprej za dva tedna, da opravijo osnovni program izobraževanja. Med sprejemom otrokom vzamejo kri za osnovne laboratorijske preiskave (hemogram, sedimentacijo), ugotavljanje maščob in jetrnih encimov v krvi. Glede na stanje otroka opravijo tudi obremenitev z glukozo zaradi ugotavljanja predčasnih znakov sladkorne bolezni. Otroku nato tri dni redno merijo krvni tlak.
- Starši so med zdravljenjem otrok vključeni v obvezno predavanje.
- Po dveh tednih obravnave so otroci odpuščeni domov z navodili, da se naslednji dan doma stehajo in težo zapišejo v dnevnik. Nato se tehtajo enkrat tedensko in težo redno beležijo.
- Čez osem tednov sledi sprejem otrok za en dan; starši so obvezno vključeni v delavnice za starše in nato popoldne vsi skupaj končajo program.
- Ob uspešnem in pravilnem zniževanju telesne teže potekajo posveti in kontrolni pregledi na osem tednov. Ob neupoštevanju ali nepravilnem zniževanju telesne teže pa potekajo pregledi na štiri tedne pri zdravnici specialistki pediatrije, diplomirani medicinski sestri ali prehranski svetovalki, delovni terapevtki in športnem pedagogu ali fizioterapevtki (Center za zdravljenje boleznih otrok, 2019a).

Cilji uspešnosti programa v Centru za zdravljenje boleznih otrok (2019b) so:

- pomembno zmanjšan delež telesne maščobe;
- povečana splošna pripravljenost za hujšanje;
- povečana motivacija otrok in mladostnikov za aktivno preživljanje prostega časa;
- več kot polovica otrok je po končanem programu uspešna pri zniževanju telesne teže tudi v domačem okolju;
- skoraj vsi družinski člani v domači prehrani zmanjšajo uporabo maščob in sladkorja.

Diskusija

Debelost pri otrocih se je v zadnjem času močno povečala po vsem svetu. Poznani so številni negativni učinki debelosti: sladkorna bolezen, višja stopnja umrljivosti in višji stroški zdravstva (Al Shehhi, et al., 2017).

Matejek in sodelavci (2014) poudarjajo, da je otrokom s prekomerno telesno težo in debelostjo zelo pomembno že v predšolskem in zgodnjem šolskem obdobju zagotoviti možnosti vključevanja v kakovostno izvedene šolske in zunajšolske gibalne dejavnosti, ki so prilagojene njihovim sposobnostim, saj so izjemnega pomena za njihovo zdravje ter skladnost telesnega in psihičnega razvoja.

Preventivni pristopi se lahko začnejo že v zgodnji fazi razvoja otroka; v to se vključujejo tudi vrtci in šole. Le-ta pomembno vpliva na vedenje staršev in otrok v zgodnjih letih obravnave. Šolski kurikulum vključuje modul Zdrav življenjski slog, ki spodbuja zdravo prehranjevanje in redno telesno dejavnost v šoli (Sagar & Gupta, 2018). Treba je razvijati in nadaljevati ustrezne strategije za promocijo zdrave telesne teže med otroki in mladostniki (Radisavljević Janić, et al., 2013). Pri promociji zdravja imajo pomembno vlogo vse izobraževalne ustanove.

Učinkovitost programov in pristopov lahko še izboljšamo, če vključimo starše, učitelje in širšo lokalno skupnost. Kljub številnim ukrepom prehranske politike je med dijaki še vedno premajhen vnos zelenjave in sadja. Šolski obroki bi morali pogosteje vsebovati zelenjavo, stročnice in ribe (Gregorič, 2015). Otroci potrebujejo pestro in zdravo hrano. Kruh, žitni izdelki, sadje in zelenjava naj bodo njene glavne sestavine. Beljakovinska živila lahko vključujejo meso, ribe, sojine izdelke in stročnice. Mladostniki imajo večjo potrebo po vseh hranilih, posebno po beljakovinah, kalciju, fosforju in vitaminu D za zgradbo kosti (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015).

Diplomirane medicinske sestre v dispanzerski in bolnišnični dejavnosti, ki sodelujejo pri zdravljenju prekomerno hranjenih otrok, se zavedajo problema. Potrebujejo dodatna izobraževanja v povezavi s težavami otrok s sladkorno boleznijo tipa 2, težavami z jetri in srčno-žilnimi boleznimi. Imajo pomembno vlogo pri spodbujanju zagovorništva ter izvajanju in vplivanju na prizadevanja za zdrav način življenja. Zavedajo se, da je prekomerna telesna teža poleg fizičnega tveganja za zdravje hkrati veliko tveganje tudi za duševno zdravje. Zato otroke pri svojem delu obravnavajo celostno z vključevanjem širšega okolja in družine.

Zaključek

Debelost otrok v svetu narašča in tudi v Sloveniji beležimo porast predvsem debelih petletnih otrok, zato so slovenski pediatri, da bi začeli z dovolj zgodnjo obravnavo otrok, izdelali merila obravnave na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva. Po svetu obstajajo različni programi za obravnavo prekomerno hranjenih otrok – tudi v Sloveniji obstajajo dobre smernice za obravnavo na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva. Slabi prehranjevalni vzorci so povezani z razširjenostjo prekomerne telesne teže, zato so naložbe v zdravo prehrano v šoli pomembne za otroke. S prehranskimi svetovanji šole pripomorejo k zdravemu načinu življenja in promociji zdravja.

V Centru za zdravljenje boleznih otrok v Šentvidu pri Stični imajo dobro celostno obravnavo otrok s prekomerno telesno težo. Pri zdravljenju otrok sodeluje visoko izobražen strokovni tim različnih strokovnjakov. Zbrani podatki v tej instituciji za desetletno obdobje kažejo, da

imajo otroci tudi po enem letu obravnave nižji indeks telesne mase kot ob sprejemu. Povečati je potrebno sodelovanje primarne ravni zdravstvenega varstva s sekundarno ravno.

Literatura

- Al Shehhi, E., Al Dhefairy, H., Abuasi, K., Al Ali, K., Al Tunaiji, M., & Darwish, E., 2017. Prevalence and risk factors of obesity in children aged 2–12 years in the Abu Dhabi Islands. *World Family Medicine*, 15(9), pp. 61–74.
- Baker Powell, S., Keehner Engelke, M., & Swanson, M. S., 2018. Quality of life in school-age children with obesity. *Pediatric Nursing*, 44(4), pp. 183–188.
- Center za zdravljenje bolezni otrok, 2019a. *Predstavitev programa šola zdravega načina življenja*. Obr. 7501–7537 [25. 3. 2019].
- Center za zdravljenje bolezni otrok, 2019b. *Šola hujšanja za otroke v CZBO Šentvid pri Stični*. Available at: <https://www.czbo.si/sola-hujsanja.html> [3. 9. 2019].
- Dalla Valle, M., Laatikainen, T., Lehikoinen, M., Nykänen, P., & Jääskeläinen, J., 2017. Paediatric obesity treatment had better outcomes when children were younger, well motivated and did not have acanthosis nigricans. *Acta Paediatrica*, 106(11), pp. 1842–1850.
- Dera de Bie, E. G. E., Brink-Melis, W., Jansen, M., & Gerver, W. J., 2016. Characteristics of child health care practitioners in overweight prevention of children. *Applied Nursing Research*, 29, pp. 157–162.
- Domoff, S. E., & Niec, L. N., 2018. Parent-child interaction therapy as a prevention model for childhood obesity: A novel application for high-risk families. *Children and Youth Services Review*, 91, pp. 77–84.
- Durbin, J., Baguiro, M., & Jones, D., 2018. Pediatric Obesity in Primary Practice: A Review of the Literature. *Pediatric Nursing*, 44(4), pp. 202–206.
- Gabrijelčič Blenkuš, M., 2013. *Prekomerna prehranjenost in debelost pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji*. Ljubljana: IVZ. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/prekomerna_prehranjenost_in_debelost_pri_otrocih_in_mladostnikih_v_slo.pdf [9. 2. 2019].
- Gibson, L. Y., Allen, K. L., Davis, E., Blair, E., Zubrick, S. R., & Byrne, S. M., 2017. The psychosocial burden of childhood overweight and obesity: evidence for persisting difficulties in boys and girls. *European Journal Pediatrics*, 176(7), pp. 925–933.
- Gregorič, M., 2015. *Prehranjevanje mladih v Sloveniji*. Ljubljana: NIJZ. Available at: <https://www.zdravjemladih.si/data-si/file/prehrana.pdf> [25. 4. 2019].
- Hertiš, T., Petek, T., & Marčun Varda, N., 2018. The prevalence of elevated blood pressure in a sample of Slovene children and adolescents: a pilot study. *Zdravstveno varstvo*, 57(2), pp. 72–80.
- Kotnik, P., Bigec, M., Fidler Mis, N., et. al., 2016. *Preventivni program za otroke in mladostnike – prepoznavna in obravnavna čezmerne hranjenosti in debelosti*. Ljubljana: NIJZ. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/preventivni_program_om_prepoznavna_in_obravnavna_cezmerne_prehranjenosti_in_debelosti.pdf [1. 9. 2019].
- Lien, A. S. Y., Tsai, J. L., Lee, J. T., Wu, M. Y., Jiang, Y. D., & Yen, H. R., 2017. A systematic review and meta-analysis of the effect of lifestyle modification on metabolic control in overweight children. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, pp.1–14.

- Li, X., Zhou, X., & Hesketh, T., 2016. Experiences and perspectives of children attending a weight loss camp in China: a qualitative study. John Wiley & Sons, *Child: Care, Health and Development*, 42(5), pp. 644–651.
- Matejek, Č., Planinšec, J., Fošnarič, S., & Pišot, R., 2014. Povezanost statusa telesne teže in gibalne učinkovitosti otrok v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 53(1), pp. 11–16.
- Mazur, A., Caroli, M., Radziewicz-Winnicki, I., et al., 2017. Reviewing and addressing the link between mass media and the increase in obesity among European children: The European Academy of Paediatrics (EAP) and The European Childhood Obesity Group (ECOG) consensus statement. *Acta Paediatrica*, 107(4), pp. 568–576.
- Mumena, A. W., Francis-Granderson, P., & Gray-Donald, L. E., 2018. Rapid increase of overweight and obesity among primary school-aged children in the Caribbean; high initial BMI is the most significant predictor. *BMC Obesity*, 5(4), pp. 1–7.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2015). *Za boljše zdravje otrok in mladostnikov: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva*. Ljubljana: NIJZ. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/za_boljshe_zdravje_otrok_in_mladostnikov_nova_verzija_13_10_2015.pdf [1. 9. 2019].
- Nabors, L., Burbage, M., Woodson, K. D., & Swoboda, C., 2015. Implementation of an after-school obesity prevention program: Helping young children improved health. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 38(1), pp. 22–38.
- Ortega-Garcia, J. A., Kloosterman, N., Alvarez, L., et al., 2018. Full breastfeeding and obesity in children: a prospective study from birth to 6 years. *Childhood Obesity*, 14(5), pp. 327–337.
- Pandel Mikuš, R., 2003. Različni vidiki motenj hranjenja pri ženskah (1. del). *Obzornik zdravstvene nege*, 37(1), pp. 29–36.
- Radisavljević Janić, S., Milanović, I., Živković, M., & Mirkov, D., 2013. Prevalence of overweight and obesity among Belgrade youth: A study in a representative sample of 9-14-year-old children and adolescents. *Anthropological Notebooks*, 19(3), pp. 71–80.
- Reuter, C., de Mello, E. D., da Silva, P. T., et al., 2018. Overweight and obesity in schoolchildren: hierarchical analysis of associated demographic, behavioral, and biological factors. *Journal of Obesity*, pp. 1–6.
- Saeidlou, S. N., Rezaiegojdeloo, F., Ayremlou, P., & Babaie, F. (2016). Changes of overweight and obesity prevalence among school children in North West of Iran after 3 years follow-up (2009–2011): A longitudinal study. *International Journal Preventive Medicine*, 7, p. 79.
- Sagar, R., & Gupta, T., 2018. Psychological aspects of obesity in children and adolescents. *Indian Journal of Pediatrics*, 85(7), pp. 554–559.
- Strauss, W. J., Nagaraja, J., Landgraf, A. J., et al., 2018. The longitudinal relationship between community programmes and policies to prevent childhood obesity and BMI in children: the Healthy Communities Study. *Pediatric Obesity* 13(1), pp. 82–92.
- Thorstensson, S., Blomgren, C., Sundler, A. J., & Larsson, M., 2017. To break the weight gain – a qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), pp. 251–258.
- Vittrup, B., & McClure, D., 2018. Barriers to childhood obesity prevention: parental knowledge and attitudes. *Pediatric Nursing*, 44(2), pp. 81–94.
- Yücel, O., Tulgar Kinik, S., & Aka, S., 2011. Diagnosis of a trend towards obesity in preschool children: A longitudinal study. *European Journal of Pediatrics*, 170, pp. 751–756.
- World Health Organization, 2019. *Obesity and Overweight*. Geneva: 2018. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [9. 2. 2019].

OBRAVNAVA OTROK Z DEBELOSTJO IN ZAPLETI NA TERCIARNI RAVNI ZDRAVSTVENE OSKRBE

Doc. dr. Primož Kotnik, dr. med.^{1,2}

1. Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Pediatrična klinika, Klinični Center Ljubljana, Ljubljana

2. Katedra za pediatrijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Izveček

Debelost pri otrocih in mladostnikih je kratkoročno in dolgoročno povezana s pomembnimi bolezenskimi stanji, ki bistveno vplivajo na kakovost življenja. Navkljub velikemu vplivu genetske predispozicije imajo odločilen vpliv dejavniki okolja, kot so prehrana, telesna dejavnost, onesnaževalci okolja, motnje spanja idr. Hormonske motnje, monogenske ter sindromske oblike debelosti so redko vzrok debelosti. Zmanjšana občutljivost tkiv na inzulin predstavlja pomemben skupni imenovalac za več presnovnih zapletov debelosti. Kljub temu da so nekateri zapleti pri otrocih in mladostnikih manj pogosti kot pri odraslih (npr. sladkorna bolezen tipa 2), pa je glede na naravni potek debelosti pričakovati, da se bodo tudi ti pojavljali v zgodnejših obdobjih, kar bo znatno povečalo obolevnost in umrljivost celotne populacije. Hkrati na kakovost življenja pomembno vplivajo tudi nepresnovni zapleti, kot sta npr. zmanjšana telesna kompetenca in fitness, ki vodita v dodatno pridobivanje na telesni teži in k večji pogostosti presnovnih zapletov debelosti. V sklopu obravnave na terciarni ravni zdravstvene oskrbe opredelimo hormonske ali genetske vzroke debelosti ter morebitne presnovne zaplete. Ob konzervativnih ukrepah, kot je svetovanje glede prehrane in telesne dejavnosti, tudi uvajamo in spremljamo zdravljenje z zdravili ter v redkih primerih izvajamo bariatrične posege.

Ključne besede: debelost, genetika, hormoni, inzulinska rezistenca, sladkorna bolezen, dislipidemija, zamaščenost jeter.

Uvod

Tako pri otrocih kot odraslih za opredelitev čezmerne prehranjenosti navadno uporabljamo posredne metode, ki upoštevajo rezultate auksoloških/antropometričnih meritev. Razmerje med telesno težo, izraženo v kilogramih, in kvadratom telesne višine, izražene v metrih [ITM = $TT \text{ (kg)}/TV^2 \text{ (m}^2\text{)}$], je dober napovedni dejavnik za obolevnost in smrtnost, povezanih z debelostjo. ITM je trenutno najbolj sprejeta klinična metoda za opredelitev čezmerne prehranjenosti pri otrocih in odraslih (Styne, et al., 2017).

Pri odraslih veljajo absolutne vrednosti ITM za določanje čezmerne prehranjenosti/debelosti. Slednja je tako opredeljena kot ITM nad 25 in debelost nad 30 kg/m². Pri otrocih in mladostnikih čezmerno prehranjenost navadno opredelimo kot ITM nad 85. percentilom za določeno starost in spol, debelost pa kot ITM nad 95. percentilom. Ob odsotnosti nacionalnih referenčnih vrednosti uporabljamo referenčne vrednosti UK-WHO, ki temeljijo na podatkih Svetovne zdravstvene organizacije in podatkih iz Velike Britanije ter opisujejo optimalno rast zdravih, polno dojenih otrok. Pri otrocih do starosti dveh oziroma petih let se krivulja ITM zelo hitro spreminja in bi bila ocena prehranjenosti na podlagi le-te bolj tvegana. Do starosti dveh let tako uporabljamo krivulje teže glede na višino – otrok je debel, če je njegova teža nad 95. percentilom krivulje teže glede na višino. Pri otrocih, starih od dve do pet let, lahko

uporabljam tako krivulje teže glede na višino kot referenčne vrednosti za ITM (Styne, et al., 2017).

Z ITM ne pridobimo informacije o razporejenosti maščevja po telesu. Predvsem kopičenje maščevja v osrednjem delu telesa (t. i. visceralna debelost) je namreč povezano z večjo verjetnostjo za razvoj presnovnih zapletov debelosti, npr. preddiabetesa in komponent metabolnega sindroma. Neinvazivna in poceni metoda, ki dobro korelira z deležem visceralnega maščevja in povečanim tveganjem za presnovne in srčno-žilne zaplete debelosti, je meritev obsega trebuha. Le-ta je poleg ITM zelo pomemben dodatni podatek glede nagnjenosti otroka k zapletom debelosti. Priporočamo uporabo naslednjih referenčnih vrednosti. Kot izpeljanko te metode lahko uporabimo tudi indeks med telesno višino in obsegom pasu (angl. Waist-Height Ratio; WHTR). WHTR zelo dobro napoveduje kardiovaskularne zaplete, povezane s čezmerno prehranjenostjo. Vrednost WHTR $>0,500$ je sprejeta kot zgornja meja (Martin-Calvo, et al., 2016).

Namen prispevka je predstaviti vzroke za debelost in zaplete pri otrocih in mladostnikih, kar je podlaga za razumevanje diagnostičnih in terapevtskih ukrepov na terciarni ravni zdravstvene oskrbe.

Vzroki debelosti

Debelost je tipična večvzročna bolezen. Ob genetski predispoziciji imajo pomembno vlogo tudi dejavniki okolja.

Genetski vzroki

Genetski dejavniki močno vplivajo na razvoj debelosti. Kar 40–70 % variabilnosti ITM pripisujemo genetskim vzrokom (van der Klaauw, et al., 2015). Kljub temu pa je zelo redko, pri manj kot 5 % izrazito debelih otrok, vzrok debelosti okvara enega samega gena. Takrat govorimo o t. i. monogeniski debelosti. Najpogostejša je okvara gena MC4R (angl. melanocortin 4 receptor), katerega produkt ima pomembno vlogo pri uravnavanju apetita v predelu hipotalamusa. Opredeljenih je več kot 150 različic v tem genu, ki so povezane z debelostjo, manj konsistentno pa z drugimi značilnostmi, kot sta pospešena rast in povečana pojavnost inzulinske rezistence (tj. stanja preddiabetesa). Mutacije v genih za leptin ali leptinski receptor so izredno redke in se večinoma pojavljajo v konsangvinih družinah. Povezane so z zelo zgodnjo in izrazito obliko debelosti, ki so ji pridružene dodatne značilnosti, kot so motnja v duševnem razvoju, hipogonadizem, motnja imunskega sistema ipd. Več monogeniskih oblik debelosti je povezanih z motnjo v delovanju celičnega organela – migetalke, ki je ključna za medcelično komunikacijo. Sem sodijo sindromi Alstrom (ALMS1) in Bardet-Biedl (BBS1, BBS10 in še 12 dodatnih genov) ter MORM (angl. mental retardation, truncal obesity, retinal dystrophy, and micropenis syndrome) (INPP5E). Zanje je značilno, da je ob izraziti debelosti prisotna tudi motnja vida kot posledica degeneracije mrežnice (Mason, et al., 2014).

Z debelostjo so povezana tudi nekatera sindromska stanja, kot je npr. sindrom Prader-Willi, pri katerih je prisotna genetska motnja na večjem delu posameznega kromosoma (npr. delecija ali motnja metilacije regije 15. kromosoma). Za sindromska stanja debelosti je značilno, da je debelost le eden od znakov sindroma, pogosto so dodatne značilnosti še motnja v duševnem razvoju, motnja rasti in reprodukcije, anomalije notranjih organov ali okončin itn. (Chesi, et al., 2015).

V raziskavah, kjer so pri zelo velikem številu preiskovancev preučevali povezavo med posameznimi pogostimi točkastimi variacijami v genih (t. i. polimorfizmi) in večjo verjetnostjo za razvoj debelosti oz. povezavo z ITM, so opredelili številne gene, ki vsak v zelo majhnem deležu prispevajo k čezmerni telesni teži (npr. TMEM18, GNPDA2, INSIG2, MC4R, NEGR1, 1q25, BDNF, KCTD15) (Chesi, et al., 2015). Z metodo asociacijskih študij na celem genomu – GWAS (angl. genome wide association study) so najizrazitejšo povezavo opredelili za polimorfizme v genu *FTO* (angl. fat and obesity associated) (Mason, et al., 2014).

Hormonske motnje

Hormonske motnje, kot so pomanjkanje ravnega hormona, ščitničnega hormona, Cushingov sindrom, panhipopituitarizem, so prav tako redek vzrok debelosti. Te motnje so večinoma povezane tudi z zastojem v rasti oz. z nizko rastjo in s pridruženimi kliničnimi težavami ter se ne kažejo le kot izolirana debelost. Pri obravnavi debelosti pri otrocih je torej ob dodatnih kliničnih znakih potrebno z laboratorijskimi preiskavami izključiti tudi hormonske motnje kot vzrok čezmerne prehranjenosti (Mason, et al., 2014).

Hkrati je debelost lahko vzrok za določene odstopne vrednosti v hormonskih izvidih. Pogosto je tako prisotna mejno višja vrednost TSH ob normalnih ščitničnih hormonih in ob odsotnosti drugih znakov hipotiroze. Ta fenomen je povezan s centralno rezistenco na leptin in inzulin (Reinehr, et al., 2011). Pri debelih otrocih so pogosto višje vrednosti ravnih faktorjev, ki se izločajo iz jeter, ob stimulacijskem testu ravnega hormona pa je porast le-tega nižji kot pri normalno hranjenih. Debelost je povezana z višjimi vrednostmi kortizola brez drugih znakov hiperkortizizma. Ob čezmerni prehranjenosti se bolj zgodaj aktivira tudi proces adrenarhe, kar vodi v zgodnejšo poraščenost in hitrejši zaključek rasti. Zdravljenje omenjenih hormonskih motenj z zdravili ali posegi ni indicirano, ob znižanju telesne teže se navedeni hormonski disbalansi spontano normalizirajo (Mason, et al., 2014).

Vpliv intrauterinega okolja

Intrauterino okolje pomembno vpliva na rast in razvoj plodu ter na rast in razvoj po rojstvu. Otroci mater, ki so imele gestacijski diabetes in/ali so bile tekom nosečnosti čezmerno prehranjene, so pogosteje čezmerno prehranjeni in imajo pogosteje zaplete debelosti. Podobno so za debelost in presnovne zaplete debelosti predisponirani otroci, ki so se rodili kot majhni za gestacijsko starost (Howell & Powel, 2017).

Prehrana

Čezmeren vnos energije (kalorij) je glaven razlog za povečanje telesne teže. Hkrati je pomembno tudi, v kakšni obliki je energija vnesena. Še posebej je z razvojem debelosti in predvsem z njenimi presnovnimi zapleti povezan čezmeren vnos preprostih ogljikovih hidratov v tekoči obliki, zlasti monosaharida fruktoze, in hrane, bogate z razvejanimi aminokislinami (valin, levcin in izolevcin), ki predstavljajo pomemben delež t. i. zahodne prehrane (Weiss, et al., 2013).

Telesna dejavnost

Redna telesna dejavnost je pomemben zaščitni dejavnik za razvoj debelosti in njenih zapletov. Glede na intenzivnost je kot zaščitna opredeljena zmerna do intenzivna telesna dejavnost, ki traja vsaj 1 uro dnevno. Nedavno so na osnovi rezultatov velike metaanalize kot potencialno zaščitno opredelili tudi nizko-intenzivno telesno dejavnost, kot je hoja ali gospodinjska opravila (Poitras, et al., 2016).

Hkrati je pomembno, da je čas, ki ga otroci in mladostniki preživijo telesno nedejavno, omejen. Ocenjeno je, da otroci preživijo kar 40–60 % časa, ko so budni, telesno nedejavno; telesna dejavnost je manjša kot 1,5 MET (angl. metabolic equivalent). V veliki metaanalizi so tako povezali čezmerno posedanje pred televizijskimi ekrani, računalnikom, tablicami in telefoni z večjo verjetnostjo za debelost in neugodno telesno sestavo ter s povečano verjetnostjo za srčno-žilne zaplete. Hkrati so pri teh otrocih opredelili slabše socialne sposobnosti in večjo verjetnost za vedenjske motnje. Čezmerno sedeč način življenja, ko otroci berejo knjige ali se učijo, je pričakovano povezan z boljšim ucnim uspehom (Carson, et al., 2016).

Drugo

V zadnjem času z debelostjo povezujejo tudi specifično sestavo črevesne flore (Khan, et al., 2016) in nekatere onesnaževalce okolja (Wei, et al., 2016).

Zapleti debelosti

Tudi pri otrocih in mladostnikih so že prisotni zapleti debelosti. Zgodnja opredelitev zapletov je pomembna s povsem praktičnega vidika, saj omogoča zgodnjo in intenzivnejšo obravnavo ogrožene skupine otrok. Maščobno tkivo se vsaj delno obnavlja (vsako leto naj bi se obnovilo 10 % maščevja). Dlje časa, ko je prisotna disfunkcija maščobnega tkiva, bolj kronična in ireverzibilna je sprememba funkcije (Arner, et al., 2010).

Presnovni zapleti

Zaplete debelosti razdelimo na presnovne in nepresnovne. Osrednjo vlogo pri razvoju presnovnih zapletov debelosti ima hiperinzulinizem (povišana vrednost inzulina v krvi), ki je posledica neodzivnosti telesa (predvsem jeter, mišic in maščobnega tkiva) na inzulin. Ključno pri tem je kopičenje maščevja v predelu trebušne votline in v jetrih ter v skeletnem mišičju. Distribucija maščevja v te predele je povezana s subkliničnim sistemskim kroničnim vnetjem (nizki CRP, dejavnik tumorske nekroze alfa, interlevkin-6, interlevkin-1beta) in z moteno regulacijo izločanja dejavnikov maščevja (adipokinov) (Kotnik, et al., 2015). Kopičenje maščevja v jetrih vodi v moteno izločanje citokinov iz jeter (hepatokinov), ki tako kot adipokini krožijo po krvi in v perifernih tkivih povzročajo zmanjšano delovanje inzulina (Levy-Marchal, et al., 2010). Zamaščenost jeter (angl. non-alcoholic fatty liver disease – NAFLD) je jetrna manifestacija rezistence na inzulin in je relativno pogostejša v pediatrični populaciji čezmerno prehranjenih v primerjavi z odraslo. Tako kot inzulinska rezistenca spodbuja razvoj zamaščenosti jeter, le-ta spodbuja tudi razvoj drugih komponent metabolnega sindroma, kot sta sladkorna bolezen tipa 2, arterijska hipertenzija ipd. Vzpostavi se t. i. začarani krog. Sčasoma se zamaščenost jeter stopnjuje v nealkoholni steatohepatitis (angl. non-alcoholic steatohepatitis – NASH) in kasneje v cirozo jeter (Alterio, et al., 2014). Pomembni dejavniki, ki vodijo v presnovne zaplete debelosti, so tudi čezmerno delovanje

reaktivnih kisikovih radikalov, kronični stres (in kronično povečana koncentracija kortizola) ter pomanjkanje spanja (Levy-Marchal, et al., 2010).

Navkljub številnim raziskavam, ki potrjujejo pomen hiperinzulinizma pri razvoju presnovnih zapletov z debelostjo, pa je hiperinzulinizem laboratorijsko težko opredeliti. Zato trenutno ne priporočamo vsesplošnega presejanja v populaciji debelih otrok (Šolman, et al., 2009; Kotnik, et al., 2016). Lažje je z laboratorijskimi metodami opredeliti stanje preddiabetesa s povišanim krvnim sladkorjem (KS) na tešče ali moteno glukozno toleranco oz. sladkorno bolezen tipa 2 (SBT2). Pri otrocih redkeje opredelimo preddiabetes z motnjo v presnovi KS ali SBT2 kot pri mladostnikih ali odraslih. Znano pa je, da se v zadnjih letih starost ob postavitvi diagnoze SBT2 znižuje in da se pogosteje izrazi pri mladih odraslih. S tega vidika je izrednega pomena, da je pri teh osebah proces, ki vodi v SBT2, potekal že več let pred postavitvijo diagnoze, torej tudi v obdobju otroka in mladostnika, ko je bil proces do določene mere še reverzibilen (Kotnik, et al., 2016).

S hiperinzulinizmom in kopičenjem maščevja v trebušni votlini ter ektopično v organih povezujemo tudi dislipidemijo, povezano z debelostjo. Zanj sta značilni znižana vrednost HDL ter povišana vrednost celokupnega holesterola in trigliceridov (predvsem po obroku). V zadnjem času so opredelili subfrakcijo LDL, sdLDL (angl. small dense LDL), ki je ovrednotena kot še posebej aterogena. Opredelitev aterogene dislipidemije je pomembna z vidika določitve tveganja za zgodnejše kardiovaskularne zaplete in je dober kazalnik za opredelitev posameznikov, ki so izpostavljeni večjemu tveganju debelosti ter jih je potrebno zaradi tega še posebej intenzivno terapevtsko obravnavati (D'Adamo, et al., 2015).

Debelost vpliva tudi na rast in razvoj otroka. Debeli otroci so večinoma višji od vrstnikov; to je povezano z že opisano zmanjšano občutljivostjo tkiv na inzulin in s spremenjenim profilom adipokinov ter hepatokinov, ki vplivajo na rast preko mehanizmov, bodisi odvisnih bodisi neodvisnih od ravnega hormona. Na visoko rast in zgodnejšo poraščenost (adrenarho) vpliva tudi povečano izločanje moških spolnih hormonov pri čezmerno prehranjenih otrocih. Vse navedeno se kaže v zgodnejšem zakostenevanju ravnih stik in zgodnejšem zaključku rasti, posledica česar je, da končna višina teh otrok kot skupine ni nadpovprečna temveč morda celo nižja od pričakovane (Shalitin, et al., 2017). Inzulinska rezistenca je pri mladostnicah povezana s čezmernim izločanjem moških spolnih hormonov, z motnjami menstrualnega cikla in razvojem sindroma policističnih ovarijev (Witchel, et al., 2016).

Ledvične zaplete debelosti navadno povezujemo s povišanim krvnim tlakom in SBT2, ki so mnogo bolj pogosti pri odraslih kot pri otrocih. Kljub temu pa je pomembno že pri otrocih in mladostnikih zdraviti tako debelost kot tudi zgodnje oblike sladkorne bolezni in povišan krvni tlak, da bi preprečili ali časovno odložili ledvične zaplete. Manj znano je, da debelost tudi neposredno vodi v kronično ledvično bolezen. Povezana je namreč s pospešeno presnovo telesa, le-ta pa s povečanim delovanjem ledvic. Hiperperfuzija glomerulov s časom in neodvisno od sladkorne bolezni ali povišanega krvnega tlaka vodi v kronično ledvično bolezen (Kovesdy, et al., 2017).

Nepresnovni zapleti

Težave z dihanjem so pri debelih otrocih nekajkrat pogostejše kot pri normalno prehranjenih. Poglavitne so motnje dihanja v spanju v smislu daljših dihalnih premorov ali hipoventilacijskega sindroma. Ponavljajoče se epizode hipoksije lahko pustijo posledice v centralnem živčnem sistemu in nepovratno poškodujejo tudi pljuča (Drager, et al., 2013).

Čezmerna telesna teža neposredno poškoduje kosti v predelu ravnih stik. S tem povezani so genua valga, tibia vara, ploska stopala, spondilolisteza, skolioza, zdrs glavice stegenice in osteoartraza (Novais, et al., 2012).

Acantosis nigricans, hiperkeratotične in hiperpigmentirane lehe so lahko, vendar ne nujno povezane z inzulinsko rezistenco. Pri izrazito čezmerno prehranjenih otrocih in mladostnikih prihaja do draženja kože, predvsem v pregibih. To lahko vodi tudi v lokalne, ponavljajoče se okužbe kože, ki so zelo neprijetne (Levy-Marchal, et al., 2010).

Pri debelih otrocih moramo biti pozorni tudi na znake zvišanega intrakranialnega pritiska, saj se pri njih pogosteje razvije klinična slika psevdotumor cerebri (hudi glavoboli, motnje vida – dvojni vid, izpadi vidnega polja, lahko tudi slepota, tinitus) (Rook, et al., 2016).

Obravnavanje na terciarni ravni zdravstvene oskrbe

Kriteriji za napotitev na terciarno raven zdravstvene oskrbe v Republiki Sloveniji so po trenutno veljavnih smernicah za obravnavo otrok z debelostjo oz. smernicah za obravnavo otrok s sladkorno boleznijo tipa 2 sum na hormonske oz. genetske vzroke debelosti, čezmerno prehranjeni (ITM med 91. in 98. percentilom) s sumom na komorbidnosti oz. zaplete ter uvedba in spremljanje zdravljenja debelosti in/ali zapletov debelosti z zdravili ali izvedba bariatričnih kirurških in nekirurških posegov. V primeru otrok in mladostnikov je to Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Pediatrična klinika, UKC Ljubljana (Šolman, et al., 2009; Kotnik, et al., 2016). V naši ambulanti opredelimo hormonske ali genetske vzroke debelosti ter morebitne zaplete – motnjo v presnovi glukoze (akantosis nigricans, hiperinzulinizem, povišan krvni sladkor na tešče, motena glukozna toleranca, sladkorna bolezen), motnje menstrualnega cikla in/ali čezmerno poraščenost, hiperlipidemijo (celokupni holesterol nad 6,0 mmol/l), povišan krvni tlak, maščobno infiltracijo jeter, motnje dihanja, motnje spanja in ortopedske zaplete. Uvajamo tudi zdravljenje predvsem ob stanjih preddiabetesa in sladkorne bolezni tipa 2, ob hiperholesterolemiji in zamaščenosti jeter. V sklopu raziskovalnega projekta smo uspešno izvajali tudi endoskopske bariatrične posege.

Zaključek

Glede na pogostost debelosti pri otrocih in mladostnikih je ključno, da je njihova obravnava sistematska in skladna z mednarodno sprejetimi smernicami ter prilagojena okolju, v katerem otrok živi.

Glede na naravni potek debelosti in zapletov debelosti pa je z javnozdravstvenega vidika še pomembneje, da čezmerno prehranjenost oz. debelost pri otrocih in mladostnikih oz. razvoj zapletov preprečimo. Upošteva kompleksnost problema, mora biti delovanje v tej smeri medresorsko usklajeno in podprto s strani odločevalcev tako finančno kot s človeškimi resursi.

Literatura

Alterio, A., Alisi, A., Liccardo, D., Nobili, V., 2014. Non-alcoholic fatty liver and metabolic syndrome in children: a vicious circle. *Hormone Research in Paediatrics*, 82(5), pp. 283–289.

- Arner, P., Spalding, K. L., 2010. Fat cell turnover in humans. *Biochemical Biophysical Research Communications*, 396(1), pp. 101–104.
- Carson, V., Hunter, S., Kuzik, N., et al., 2016. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 41(6 (Suppl. 3)), pp. S240–265.
- Chesi, A., Grant, S. F. A., 2015. The genetics of pediatric obesity. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 26(12), pp. 711–721.
- D'Adamo, E., Guardamagna, O., Chiarelli, F., et al., 2015. Atherogenic dyslipidemia and cardiovascular risk factors in obese children. *International Journal of Endocrinology*, pp. 1–9.
- Drager, L. F., Togeiro, S. M., Polotsky, V. Y., Lorenzi-Filho, G., 2013. Obstructive sleep apnea. *Journal of American College of Cardiology*, 62(7), pp. 569–576.
- Howell, K. R., Powell, T. L., 2017. Effects of maternal obesity on placental function and fetal development. *Reproduction*, 153(3), pp. R97–108.
- Khan, M. J., Gerasimidis, K., Edwards, C. A., Shaikh, M. G., 2016. Role of gut microbiota in the aetiology of obesity: proposed mechanisms and review of the literature. *Journal of Obesity*, pp. 1–27.
- Kotnik, P., Fischer Posovszky, P., Wabitsch, M., 2015. Endocrine and metabolic effects of adipose tissue in children and adolescents / Endokrina in presnovna funkcija maščobnega tkiva pri otrocih in mladostnikih. *Slovenian Journal of Public Health*, 54(2), pp. 131–138.
- Kotnik, P., Šmigoc Schweiger, D., Bratina, N., Battelino, T., 2016. Sladkorna bolezen tipa 2 pri otrocih in mladostnikih. In: Zaletel, J., Ravnik Oblak, M. eds. *Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2*. Ljubljana, pp. 146–154.
- Kovesdy, C. P., Furth, S. L., Zoccali, C., 2017. World kidney day steering committee obesity and kidney disease: hidden consequences of the epidemic. *American Journal of Nephrology*, 45(3), pp. 283–291.
- Levy-Marchal, C., Arslanian, S., Cutfield, W., et al., 2010. Insulin resistance in children: consensus, perspective, and future directions. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 95(12), pp. 5189–5198.
- Martin-Calvo, N., Moreno-Galarraga, L., Martinez-Gonzalez, M., 2016. Association between body mass index, waist-to-height ratio and adiposity in children: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 8(8) p. 512.
- Mason, K., Page, L., Balikcioglu, P. G., 2014. Screening for hormonal, monogenic, and syndromic disorders in obese infants and children. *Pediatric Annals*, 43(9), pp. e218–224.
- Novais, E. N., Millis, M. B., 2012. Slipped capital femoral epiphysis: prevalence, pathogenesis, and natural history. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 470(12), pp. 3432–3438.
- Poitras, V. J., Gray, C. E., Borghese, M. M., et al., 2016. Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 41(6 (Suppl. 3)), pp. S197–239.
- Reinehr, T., 2011. Thyroid function in the nutritionally obese child and adolescent. *Current Opinions in Pediatrics*, 23(4), pp. 415–420.
- Rook, B. S., Phillips, P. H., 2016. Pediatric pseudotumor cerebri. *Current Opinions in Ophthalmology*, 27(5), pp. 416–419.
- Shalitin, S., Kiess, W., 2017. Putative effects of obesity on linear growth and puberty. *Hormone Research in Paediatrics*, 88(1), pp. 101–110.
- Styne, D. M., Arslanian, S. A., Connor, E. L. et al., 2017. Pediatric obesity – assessment, treatment, and prevention: an endocrine society clinical practice guideline. *Journal of*

- Clinical Endocrinology and Metabolism*; 102 (3), pp. 709–757.
<https://doi.org/10.1210/jc.2016-2573>.
- Šolman, L., Kotnik, P., Pavčnik Arnol, M., et al., 2009. Priporočila za obravnavo prekomerne prehranjenosti in debelosti pri otrocih in mladostnikih. *Slovenska pediatrija*, 16(4), pp. 226–242.
- van der Klaauw, A. A., Farooqi, I. S., 2015. The hunger genes: pathways to obesity. *Cell*, 161(1), pp. 119–132.
- Wei, Y., Zhang, J. J., Li Z., et al., 2016. Chronic exposure to air pollution particles increases the risk of obesity and metabolic syndrome: findings from a natural experiment in Beijing. *FASEB Journal*, 30(6), pp. 2115–2122.
- Weiss, R., Bremer, A. A., Lustig, R. H., 2013. What is metabolic syndrome, and why are children getting it? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1281(1), pp. 123–140.
- Witchel, S. F., Roumimper, H., Oberfield, S., 2016. Polycystic ovary syndrome in adolescents. *Endocrinol and Metabolism Clinics of North America*, 45(2), pp. 329–344.

PNEVMOKOKNE OKUŽBE – PREPREČEVANJE PRI BOLNIKI S KRONIČNIMI BOLEZNIMI

PNEUMOCOCCAL INFECTIONS – PREVENTION IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES

*Doc. dr. Tatjana Lejko Zupanc, specialistka infektologije in specialistka interne medicine
Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, UKC Ljubljana
Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo, MF Ljubljana
Ljubljana, Japljeva 2
Tatjana.lejko@kclj.si*

Izvleček

Streptococcus pneumoniae je najpogostejši bakterijski povzročitelj pljučnice v domačem okolju. Poleg pljučnice povzroča tudi meningitis, bakteriemijo, vnetje obnosnih votlin in vnetje srednjega ušesa. Pljučnica je še vedno pomemben vzrok smrti. Smrtnost v bolnišnici zdravljenih bolnikov s pljučnico znaša 10 % ali več, še znatno večja pa je pri hospitaliziranih bolnikih s pljučnico, ki imajo pridružene kronične bolezni, in pri tistih, ki potrebujejo obravnavo v enotah za intenzivno zdravljenje. Cepljenje proti pnevmokoku je po podatkih velikih populacijskih raziskav povezano z boljšim preživetjem, manjšo možnostjo dihalne odpovedi ali drugih zapletov in krajšo hospitalizacijo bolnikov z doma pridobljeno pljučnico. Obstajata dve vrsti pnevmokoknih cepiv: polisaharidno in konjugirano cepivo. Program imuno- in kemoprofilakse v Sloveniji predpisuje indikacije za uporabo obeh vrst pnevmokoknih cepiv.

Ključne besede: cepljenje proti pnevmokoku, odrasli kronični bolniki, priporočila, polisaharidno 23-valentno cepivo, konjugirano pnevmokokno cepivo.

Abstract

Streptococcus pneumoniae is the most common bacterial cause of community acquired pneumonia. In addition to pneumonia, it also causes meningitis, bacteraemia, sinusitis and acute otitis media. Pneumonia is still an important cause of death. In-hospital mortality of patients treated for pneumonia is 10% or more, and is even higher in patients with associated chronic diseases and in those who require treatment in intensive care units. According to large population-based studies, pneumococcal vaccination has been associated with better survival, less chance of respiratory failure or other complications, and shorter hospital stays in hospitalized patients with community acquired pneumonia. There are two types of pneumococcal vaccines: polysaccharide and conjugate. The program of immunoprophylaxis and chemoprophylaxis in Slovenia prescribes recommendations for the use of both types of pneumococcal vaccines.

Key words: vaccination against pneumococcus, adult chronic patients, recommendations, 23-valent polysaccharide vaccine, conjugate pneumococcal vaccine

Uvod

Streptococcus pneumoniae je najpogostejši bakterijski povzročitelj pljučnice v domačem okolju ter povzroča tudi meningitis, bakteriemijo, vnetje obnosnih votlin in vnetje srednjega ušesa. Pnevmonokokne okužbe so razširjene po vsem svetu, pogostost pa je odvisna od geografskega področja. V Sloveniji je incidenca invazivnih pnevmokoknih okužb v zadnjih

letih stabilna in je bila v letu 2018 13,3/100.000 prebivalcev. Najvišja incidenčna stopnja invazivnih pnevmokoknih okužb v letu 2018 je bila v novomeški regiji (17,7/100.000 prebivalcev), sledili sta celjska (15,8/100.000) in murskosoboška (15,7/100.000), najnižja stopnja obolevnosti pa je bila v goriški regiji (4,0/100.000). Med kliničnimi slikami je bila najpogostejša invazivna pljučnica (141 primerov), sledila je sepsa (111 primerov), nato meningitis (22 primerov) in bakteriemija (2 primera). Zaradi invazivnih pnevmokoknih okužb je v letu 2017 umrlo 27 oseb. Najvišji stopnji obolevnosti sta bili, kot običajno, v starostni skupini mlajših od 5 let (38,8/100.000) in pri starih 65 let ali več (34,4/100.000). Med mlajšimi od pet let po stopnji obolevnosti pri nas za razliko od evropskih držav, kjer izstopajo mlajši od enega leta, najbolj izstopajo otroci, stari eno leto. Pojavnost invazivnih pnevmokoknih okužb je prikazana v tabeli 1 (Sočan, et al., 2019).

Tabela 1. Prijavljeni primeri in incidenčne stopnje invazivnih pnevmokoknih okužb, Slovenija, 2014–2018 (povzeto po Sočan, et al., 2019)

	2014	2015	2016	2017	2018
Št. prijav	276	332	281	328	276
Primeri/ 100 000	13,4	16,1	13,6	15,9	13,3

Vsi invazivni izolati bakterije *S. pneumoniae* (276), ki jih je v letu 2018 prejel laboratorij za javnozdravstveno bakteriologijo NLZOH (Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano) iz celotne Slovenije, so bili fenotipsko in molekularno tipizirani. Poznamo 91 serotipov pnevmokoka; med njimi nekateri pogosteje povzročajo okužbe kot drugi. V Sloveniji povzročajo invazivne bolezni pri otrocih predvsem serotipi 3, 19A, 14, 7F, 4 in 9V, pri odraslih pa serotipi 3, 19A, 7F, 14, 4, 8, 6B in 22F, ostali serotipi predstavljajo manjše deleže. V letu 2018 je bil delež invazivnih pnevmokoknih okužb, povzročen s serotipi, ki so sicer prisotni v 10- oz. 13-valentnem pnevmokoknem konjugiranem cepivu, pri otrocih, mlajših od 15 let, že precej manjši kot v prejšnjih letih (33 % oz. 57 %), pri otrocih, mlajših od 5 let, pa še manjši (27 % oz. 52 %). Pri starejših (65 let in več) je bilo s serotipi, prisotnimi v 13-valentnem cepivu, povzročenih 66 %, s serotipi, prisotnimi v 23-valentnem polisaharidnem cepivu, pa 76 % invazivnih pnevmokoknih okužb (Sočan, et al., 2019).

Pnevmokokne okužbe so pogostejše pozimi in zgodaj spomladi, praviloma pa se pojavljajo sporadično. Dejavniki tveganja za razvoj pnevmokokne okužbe so starost (mlajši otroci in starostniki), podhranjenost, prenaseljenost, slabše socialne razmere, alkoholizem, okužba z virusom HIV ter hkrati prisotne kronične bolezni in predhodne virusne okužbe dihal, zlasti gripa.

Eden najpogostejših zapletov pnevmokokne pljučnice je empiem, ki se pojavi pri približno 2 % bolnikov s pnevmokokno pljučnico. Med prebolevanjem pnevmokokne pljučnice so pogosti neinfekcijski zapleti s strani srčno-žilnega sistema (srčno popuščanje, motnje ritma, akutni miokardni infarkt), o katerih poročajo pri kar 20 odstotkih bolnikov z dokazano pnevmokokno pljučnico, ki se zdravijo v bolnišnici (Pečavar, et al., 2017).

Pljučnica je še vedno pomemben vzrok smrti, smrtnost pnevmokokne bakteriemične pljučnice pa se kljub antibiotičnemu zdravljenju ni zmanjšala. Smrtnost v bolnišnici zdravljenih bolnikov s pljučnico je 10 % ali več, še znatno večja pa je pri hospitaliziranih bolnikih s pljučnico, ki imajo pridružene kronične bolezni, in pri tistih, ki potrebujejo obravnavo v enotah za intenzivno zdravljenje (od 20 do 50 %). Najpomembnejši napovedni dejavnik tveganja za slab izid bolezni je visoka starost bolnika (Kim, et al., 2017).

Pnevmokokne okužbe lahko delno preprečimo z obvladovanjem kroničnih bolezni, opustitvijo kajenja in z izogibanjem prenapolnjenim prostorom v sezoni okužb dihal ter s preprečevanjem

gripe. Poleg teh splošnih ukrepov je pomembno tudi preprečevanje okužb s pomočjo pnevmokoknega cepiva. Obstajata dve vrsti pnevmokoknih cepiv: polisaharidno in konjugirano cepivo. Polisaharidno cepivo je izdelano iz kapsularnih polisaharidov in indicirano za preprečevanje pnevmokoknih okužb pri odraslih (Falkenhorst, et al., 2017). Cepivo za otroke, mlajše od dveh let, ni imunogeno, zato je v tej populaciji treba uporabljati konjugirano cepivo. Konjugirano 13-valentno pnevmokokno cepivo je v Evropi odobreno za preprečevanje invazivne pnevmokokne bolezni pri odraslih. Odobritev temelji na raziskavah imunogenosti, merjenih z opsonofagocitnim testom (Sings, et al., 2019).

Raziskave so pokazale, da je poglobljeni pozitivni učinek pnevmokoknega cepiva, da učinkovito prepreči bakteriemijo, ki je vzrok za večjo smrtnost. Cepljenje proti pnevmokoku je po podatkih velikih populacijskih raziskav povezano z boljšim preživetjem, manjšo možnostjo dihalne odpovedi ali drugih zapletov in s krajšo hospitalizacijo bolnikov z doma pridobljeno pljučnico (Fisman, et al., 2006). Gripa in pnevmokokna pljučnica sta dve svetovno najpogostejši akutni okužbi, povezani z nenadnim pojavom vročine, hitrega bitja srca, dehidracije, slabe preskrbe tkiv s kisikom, okvaro krvnih žil, motnjami strjevanja krvi in izločanjem številnih molekul, ki delujejo provnetno. Tak stres je za bolnike s srčnim popuščanjem ali boleznimi venčnih arterij lahko usoden. Akutna okužba lahko privede do hudega srčnega popuščanja, poslabšanja angine pectoris in tudi do nenadne smrti bolnika. Nespecifični zaščitni učinek cepljenja je torej povezan z eliminacijo najpogostejših okužb, ki lahko destabilizirajo kronično aterosklerotično vnetje arterijske žilne stene. Potrebno pa je upoštevati tudi imunogene lastnosti virusa gripe in pnevmokoka. Raziskava Community-Acquired Pneumonia immunization Trial in Adults (CAlTA) je bila velika randomizirana raziskava, ki je primerjala konjugirano 13-valentno pnevmokokno cepivo (PCV13) s placebom pri odraslih v starosti 65 let in več. Raziskava je pokazala statistično pomembno učinkovitost cepiva za preprečevanje pljučnice, povzročene s cepilnimi sevi (46 %), nebakteriemične/neinvazivne ZBP, povzročene s cepilnimi sevi (45 %) in bakteriemične invazivne pnevmokokne bolezni (75 %) skupaj z ustrežno varnostjo cepiva (Isturiz & Webber, 2015). Na osnovi teh rezultatov je ameriška svetovalna komisija za cepljenja (US Advisory Committee on Immunization Practices – ACIP) priporočila sekvenčno cepljenje s PCV13 in 23-valentnim polisaharidnim cepivom za odrasle, stare 65 let in več (Tomczyk, et al., 2014). Zadnja priporočila Centres for Disease Control (CDC) pa rutinskega cepljenja z obema cepivoma ne priporočajo več, temveč svetujejo oceno tveganja, kot na primer bivanje in izpostavljenost v področjih z nizko uporabo 13-valentnega konjugiranega cepiva pri otrocih ali prisotnost povečanega tveganja zaradi kroničnih bolezni srca, ožilja in jeter, sladkorne bolezni, alkoholizma in/ali kajenja. Program imuno- in kemoprofilakse v Sloveniji predpisuje vsakoletno cepljenje proti gripi in priporočila za uporabo obeh vrst pnevmokoknih cepiv. Če najprej cepimo s konjugiranim cepivom, temu sledi cepljenje s polisaharidnim cepivom najmanj 8 tednov po cepljenju s konjugiranim cepivom (Matanock, et al., 2019). Program imuno- in kemoprofilakse v Sloveniji predlaga cepljenje v izvedbi osebnega zdravnika po priporočilu zdravnika specialista. Cepljenje s polisaharidnim pnevmokoknim cepivom krije Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Po priporočilih je polisaharidno cepivo indicirano za vse osebe, starejše od 65 let, ter ne glede na starost za odrasle osebe s kroničnimi boleznimi obtočil (osebe, ki potrebujejo redno zdravljenje ali zdravniško kontrolo zaradi ishemične srčne bolezni, prirojene srčne bolezni, hipertenzije s srčnimi zapleti ali kronične srčne odpovedi), kroničnimi boleznimi dihal (kronična obstruktivna pljučna bolezen, vključno s kroničnim bronhitisom in emfizemom pljuč, bronhiektazije, cistična fibroza, intersticijska fibroza pljuč, pnevmokonioza, bronhopulmonalna displazija, astma – posebej če je tako huda, da zahteva stalno uporabo sistemskih kortikosteroidov), kroničnimi boleznimi jeter (ciroza, biliarna atrezija, kronični hepatitis), sladkorno boleznijo, ki zahteva zdravljenje z

inzulinom ali oralnimi hipoglikemičnimi zdravili ter živčno-mišično boleznijo (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020).

Bolnike z imunsko oslabelostjo (HIV, hemato-onkološke bolezni, bolniki po presaditvi organov, prejemniki imunosupresivnih zdravil), osebe z vstavljenim polževim vsadkom in osebe s funkcionalno ali anatomsko asplenijsko cepimo z obema cepivoma – najprej s konjugiranim (PCV13) in nato po najmanj 8-tedenskem presledku še s polisaharidnim (PPV23). V primeru, da je oseba predhodno dobila enega ali več odmerkov PPV23, se cepi s PCV13 najmanj eno leto po zadnjem odmerku PPV23. V primeru potrebe po revakcinaciji s PPV23 poživitveni odmerek ne sme biti apliciran prej kot 8 tednov po cepljenju s PCV13 in ne prej kot 5 let od zadnjega odmerka PPV23. Tudi v teh primerih je plačnik ZZZZ (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019).

Pnevmokokna cepiva so varna in jih apliciramo lahko istočasno kot cepivo proti gripi. V ogroženih populacijah zmanjšujejo pojav hudih invazivnih pnevmokoknih bolezni, smrtnost zaradi pljučnice in pojavnost pnevmokokne pljučnice ter s tem tudi breme pnevmokoknih bolezni. Kronične bolnike ščitijo pred poslabšanjem njihove bolezni v času gripe in pljučnic.

Zaključek

Kronične nenalezljive bolezni sodijo med vodilne vzroke smrti in prezgodnje umrljivosti. Zaradi dolgotrajnega poteka in pogosto hude prizadetosti povzročajo tudi veliko družbeno breme. Z zdravim načinom življenja ter življenjem v zdravem okolju lahko zmanjšamo tveganje za nastanek in upočasnimo napredovanje marsikatere od kroničnih nenalezljivih bolezni. Cepljenje proti nekaterim nalezljivim boleznim izboljšuje kakovost življenja in prepreči marsikatero prezgodnjo smrt. O cepljenju pri različnih skupinah bolnikov z motnjami v imunskem sistemu smo v letošnjem letu razpravljali na Infektološkem simpoziju – v zborniku tega simpozija lahko najdete številna priporočila za cepljenje bolnikov z rakavimi boleznimi, bolnikov po presaditvi organov, hemato-onkoloških bolnikov ipd. (Logar, et., 2021). Posebej smo pripravili tudi pregled vseh priporočenih cepljenj v odrasli dobi (Lejko & Gregorčič, 2021). Bolnikom s kroničnimi boleznimi svetujemo predvsem cepljenje proti pnevmokokom in vsakoletno cepljenje proti gripi. Odkar pa je dostopno tudi cepljenje proti SARS CoV-2, pa še posebej priporočamo to cepljenje vsem skupinam kroničnih bolnikov. Cepljenje proti gripi, pnevmokoku in covid-19 je za kronične bolnike eden od načinov preprečevanja okužb, ki pri teh bolnikih potekajo težje, pogosto se končajo s smrtjo ali pa privedejo do hujšega poslabšanja kronične bolezni, ki se morda nikoli več ne izboljša na stanje pred gripo, pljučnico ali covidom-19. Izbrani osebni zdravnik in zdravstveni tim na primarni ravni so ključni pri spodbujanju kroničnih bolnikov in tudi starostnikov, da se odločijo za cepljenje.

Literatura

Falkenhorst, G., Renschmidt, C., Harder, T., Hummers-Pradier, E., Wichmann, O., Bogdan, C., 2017. Effectiveness of the 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine (PPV23) against pneumococcal disease in the elderly: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12(1):e0169368. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169368> [28.5.2021].

Fisman, D.N., Abrutyn, E., Spaude, K.A., Kim, A., Kirchner, C., Daley, J., 2006. Prior pneumococcal vaccination is associated with reduced death, complications, and length of stay among hospitalized adults with community-acquired pneumonia. *Clinical Infectious Diseases*, 42(8), pp. 1093–1101. Available at: <https://doi.org/10.1086/501354> [28.5.2021].

- Isturiz, R. & Webber, C., 2015. Prevention of adult pneumococcal pneumonia with the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine: CAPIITA, the community-acquired pneumonia immunization trial in adults. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 11(7), pp. 1825–1827. Available at: [https://doi: 10.1080/21645515.2015.1043502](https://doi.org/10.1080/21645515.2015.1043502) [28.5.2021].
- Kim, G.L., Seon, S.H., Rhee, D.K., 2017. Pneumonia and *Streptococcus pneumoniae* vaccine. *Archives of Pharmacal Research*, 40(8), pp. 885–893.
- Lejko Zupanc, T. & Gregorčič, S., 2021. Pregled cepljenj v odrasli dobi. In: Logar M, Lejko Zupanc T, Tomažič J, eds. *Bolniki z imunskimi pomanjkljivostmi: vzroki, najpogostejše okužbe, zdravljenje in preprečevanje. Infektološki simpozij 2021*. Ljubljana: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo, pp. 141–146.
- Logar M., Lejko Zupanc, T., Tomažič, J., eds., 2021. *Bolniki z imunskimi pomanjkljivostmi: vzroki, najpogostejše okužbe, zdravljenje in preprečevanje. Infektološki simpozij 2021*. Ljubljana: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo.
- Matanock, A., Lee, G., Gierke, R., Kobayashi, M., Leidner, A., Pilishvili, T., 2019. Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine among adults aged ≥ 65 years. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(46), pp. 1069–1075.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019. *Priporočila za cepljenje odraslih in otrok, starih 5 let in več proti pnevmokoknim okužbam*. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/cepljenje_pnevmo_za_odrasle_in_otrokenad_5_let_posodobljen_2019.pdf [28.5.2021].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020. *Program cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2020*. Available at: <http://www.nijz.si/sl/program-cepljenja-in-zascite-z-zdravili-za-let-2020> [28.5.2021].
- Pečavar, B., Lejko Zupanc, T., Vodopivec Jamšek, V., Osolnik, K., Seme, K., Tomič, V., et al., 2017. Izkustveno antibiotično zdravljenje doma pridobljene pljučnice v Sloveniji. In: Beović, B., Lejko Zupanc, T., Tomažič, J, eds. *Stopenjska diagnostika in zdravljenje pogostih okužb. Infektološki simpozij 2021*. Ljubljana: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo, pp. 62–67.
- Sings, H.L., De Wals, P., Gessner, B.D., Isturiz, R., Laferriere, C., McLaughlin, J.M., et al., 2019. Effectiveness of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine against invasive disease caused by serotype 3 in children: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Clinical Infectious Diseases*, 68(12), pp. 2135–2143. <https://doi.org/10.1093/cid/ciy920> [28.5.2021].
- Sočan, M., Frelih, T., Klavs, I., Grilc, E., Grgič Vitek, M., Učakar, V., 2019. *Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2018*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/epidemiolosko_spremljanje_nalezljivih_bolezni_v_sloveniji_v_letu_2018.pdf [28.5.2021].
- Tomczyk, S., Bennett, N.M., Stoecker, C., Gierke, R., Moore, M.R., Whitney, C.G., et al., 2014. Use of PCV-13 and PPSV-23 vaccine among adults aged 65 and older: recommendations of the ACIP. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(37), pp. 822–825.

Prispevek z naslovom Komunikacija z mladimi na temo spolnosti, ki je objavljen na naslednji strani, je bil predstavljen na strokovnem srečanju

VZGOJA ZA ZDRAVO SPOLNOST

14. 02. 2019, v Tehnološkem parku v Ljubljani.

KOMUNIKACIJA Z MLADIMI NA TEMO SPOLNOSTI

*Urban Arnič, dipl. zn.,
viš. pred. dr. Jožica Peterka Novak, viš. med. ses., prof. soc. ped.
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
arnic.urban@gmail.com*

Izvleček

V obdobju mladostništva je komunikacija eden izmed ključnih elementov za zagotavljanje zaupanja in ustreznih medsebojnih odnosov. Ko govorimo o komunikaciji z mladostnikom na temo spolnosti, pa je še toliko bolj pomembna. Nujno je, da se mladostnik v odnosu počuti sprejetega, razumljenega in spoštovanega – tako bo o spolnosti lahko govoril sproščeno. Osrednjo vlogo za zagotavljanje le-tega imata znanje na področju spolnosti in ustreznna zdravstvena vzgoja. Vloga zdravstvenih delavcev je, da zdravstveno vzgajajo mlade in njihove starše, saj imajo slednji nalogo, da predstavijo spolnost mladostnikom že v družini. V tujini ima poleg družine pomembno vlogo šolska medicinska sestra pri zdravstvenovzgojnem delovanju v osnovnih in srednjih šolah, kar med drugim zajema vzgojo za zdravo spolnost. Namen prispevka je predstaviti komunikacijo z mladimi na temo spolnosti in vlogo pomembnih drugih, ki z mladimi o tem komunicirajo.

Ključne besede: zdravstvena vzgoja, spolna vzgoja, mladostniki.

Uvod

Mladostništvo je obdobje, ki znatno vpliva na razvoj identitete in oblikovanje vrednot (Žalar & Leskovšek, 2013). Zato je pomembno, da mladostniki dobijo dovolj informacij glede spolnosti. Widman in sodelavci (2016) omenjajo, da imajo veliko vlogo pri posredovanju informacij starši, ker vplivajo na razvijanje vrednot glede varne spolnosti. Če jim uspe vzpostaviti zaupljiv odnos z mladostnikom, bo najverjetneje z njimi lahko odkrito govoril o spolnosti. Pomemben vir informacij so za mladostnike prijatelji, na katere se pogosto obračajo. Mladostniki si zaupajo, zato se običajno lažje pogovarjajo o spolnosti, kar vključuje na primer uporabo ustrezne zaščite pred spolno prenosljivimi boleznimi in neželjeno nosečnostjo, želje, fantazije, spolno usmerjenost, reprodukcijo in podobno. S prijatelji se večkrat posvetujejo dekleta kot fantje – pri njih izstopa pomanjkanje zaupanja, sram pred neznanjem ter bojazen, da jih prijatelji ne bi jemali resno (Gezahegn, et al., 2016).

V prispevku bomo na kratko predstavili komunikacijo z mladimi na temo spolnosti, komunikacijske sposobnosti, ki morajo biti vključene, ter pomembne osebe, ki z mladimi komunicirajo na omenjeno temo, z namenom, da bomo obnovili veščine, ki so pri tem potrebne.

Komunikacija z mladostniki

Norouzinia in sodelavci (2015) opisujejo komunikacijo kot dinamičen in kompleksen proces, ki se dotika določenega okolja posameznika, s katerim je v stiku. To velja tudi za komunikacijo z mladostnikom; tako verbalno kot neverbalno ter poslušanje sogovornika. Dober medsebojni odnos je vzpostavljen takrat, ko so vprašanja postavljena na prijazen in primeren način, da sogovornik ne občuti strahu, se počuti varnega in sprejetega (Kourkouta & Papatthanasiou, 2014). Osrednjo vlogo pri preprečevanju tveganega vedenja imajo zdravstveni

delavci in starši, predvsem s preventivnim delovanjem, usmerjenim na vedenje mladostnika. Drobnič Radobuljac (2018) meni, da mladostniki s škodljivimi vedenji, kot so kajenje, uživanje drog, alkohola, zgodnja spolnost in nezaščiteni spolni odnosi ter neustrezno prehranjevanje, negativno vplivajo na svoje zdravje. Komunikacija z njimi je eden izmed ključnih elementov za zagotavljanje zdravja in posameznikovega zadovoljstva (Norouzinia, et al., 2015). To velja tudi pri komunikaciji z mladimi na temo spolnosti. Najprej moramo zagotoviti medosebno komunikacijsko udobje, ki ga Dobnik (2007) opisuje kot tehtno značilnost kakovostne in uspešne komunikacije. Za dobro komuniciranje so pomembni elementi, kot so izbor besed, vsebinska zveza, v kateri je nekaj povedano, telesna drža, mimika, kretnje, pomembna pa je tudi barva oz. ton glasu, s katerim lahko jasno nakažemo tako navdušenje in sproščenost kot vznemirjenje in ravnodušnost (Hajdinjak & Meglič, 2012 cited in Arnič, 2017). Poglavitni element ustrezne komunikacije je zagotavljanje primerne in mirnega okolja brez zunanjih motenj, ki bo pripomoglo k zaupanju med sogovornikoma (Kourkouta & Papatianasiou, 2014).

Izrednega pomena je, da se komunikacija o spolnosti začne v družini. Widman in sodelavci (2016) poudarjajo pomen komunikacije med starši in mladostniki. Opisujejo jo kot faktor, ki bi lahko pozitivno vplival na varno spolnost pri mladostnikih, še posebej ko gre za uporabo kontracepcije. Pojavijo se lahko ovire v komunikaciji pri temi o spolnosti. Pri starših je to zaradi pomanjkanja znanja, pri mladostnikih pa je najbolj izražena ovira sram pred pogovorom o spolnosti ter nelagodje v odnosu s starši (Colón-López, et al., 2017). Raziskave, ki jih opisuje Bizjak (2018), so pokazale, da zlasti zdravstvene ustanove ponujajo boljše informacije o spolnosti kot starši, saj slednje skrbi, da bi povedali preveč oziroma tisto, kar njihovih otrok še ne zanima. Prav tako pa so rezultati raziskav potrdili, da starši, ki imajo tople in spoštljive odnose z mladostniki, prispevajo k temu, da imajo mladostniki izkušnje s prvimi spolnimi odnosi kasneje. Mnenje staršev mladostnikom pomeni več kot pa mnenje vrstnikov.

Mladostniki o spolnosti komunicirajo tudi med seboj; z vrstniki in prijatelji. Gezahegn in sodelavci (2016) omenjajo, da so prijatelji pomemben vir nasvetov in informacij. Predvsem mladostnice iščejo informacije pri prijateljicah, medtem ko se fantje manj zatekajo po informacije k prijateljem v primerjavi z dekletmi. Razlog za to sta zlasti sram in občutek, da jih ne jemljejo resno. Druženje z vrstniki vpliva na spolnost pri mladostnikih, predvsem na dojetje oziroma razumevanje istospolne usmerjenosti ter uporabo kondoma.

Izpostaviti moramo komunikacijo med zdravstvenimi delavci in mladostniki, ki poteka v procesu zdravstvene vzgoje (Torkar, et al., 2013). Za vzpostavljanje ustrezne komunikacije Gorše Muhič (2009) opisuje elemente terapevtskega odnosa, ki so potrebni za enakopraven in dober medsebojni odnos. Le-ti so sposobnost empatije, sposobnost vzpostavljanja zaupanja, sprejemanje mladostnika kot neponovljivega posameznika, razumevanje njegovih sposobnosti in omejitev, spoštovanje njegovega dostojanstva in pravic ter izkazovanje iskrenosti in poštenosti do njega. Gre za izmenjavo informacij, misli in čustev z namenom prenosa sporočila od odrasle osebe do mladostnika. Zato je dobro imeti skupek potrebnih veščin, ki se jih je možno naučiti (sprejeti različne medsebojne odnose, izmenjavo mnenj, zaupati ljudem, spoštovati ljudi in njihove pravice, imeti realna pričakovanja, sprejeti kritike, sprejemati posledice svojih odločitev ipd.). Upoštevati je treba elemente kontaktne kulture, kot so: vljudnost, takojšnja pozornost do sogovornika, rokovanje, predstavitev (spodbuja vzpostavitev dobrega medsebojnega odnosa), vikanje (tikanje šele kasneje, če gre za dogovor), spoštovanje, strpnost, biti slišan, priznan, razumljen, sprejet. Ob tem se je treba zavedati pomena čustev (lastnih in tujih), ki lahko spodbujajo, izkrivljajo ali celo zavirajo

komunikacijo. Iskrenost v pogovoru in prijaznost zbudjata pri mladostnikih občutek zaupanja in sprejemanja brez obsojanja. Potrebno je izogibanje enosmerni komunikaciji, ki je brez dialoga in neustrezna za doseganje cilja (v našem primeru pogovora o spolnosti). Vedno je treba upoštevati jezik referenčne skupine ali posameznika, saj je le tako lahko možno doseči napredek v znanju. Pomembno je, da mladostniki dobijo ustrezne informacije od strokovnjakov (zdravstvenih delavcev in učiteljev), ki jih opozorijo na tvegano spolno vedenje in spodbujajo k varni spolnosti. Mladostniki informacije tudi lažje poiščejo pri njih, saj se v obdobju adolescence zmanjša vpliv staršev (Hamilton, et al., 2013). Poudariti je potrebno vlogo učiteljev v osnovnih in srednjih šolah. Le-ti pripomorejo k vzgoji in informiranju mladostnikov o spolnosti. Pojavi pa se lahko težava v pomanjkanju znanja učiteljev ali v pomanjkljivem učnem načrtu za izvajanje zdravstvene oz. spolne vzgoje v šolah (Tabong, et al., 2018). V tem primeru bi bilo smiselno vključevanje zdravstvenih delavcev v osnovne in srednje šole z vidika zdravstvene oz. spolne vzgoje, saj imajo široko znanje na področju spolnosti in ustrezne komunikacijske sposobnosti za pristop k mladostnikom in s tem ustvarjanje pristnega medsebojnega odnosa (Fink & Kobilšek, 2012 cited in Arnič, 2017).

Zdravstvena vzgoja mladostnikov

Zdravstvena vzgoja je vnaprej načrtovana dejavnost, katere cilj je posameznike informirati o zdravju. Vključuje ozaveščanje o zdravstvenih problemih in dejavnikih tveganja, informiranje, motiviranje in spodbujanje k spremembi življenjskega sloga v korist zdravju ter opremljanje ljudi s spretnostmi in veščinami za te spremembe (Naidoo & Wills, 2009 cited in Rebernik, 2018). Z zdravstveno vzgojo je treba pričeti čim prej, že v osnovnih šolah, kjer zdravstveni delavci poučujejo mladostnike o zdravi spolnosti. Zdravstvenovzgojno delo v obdobju mladostnika je široko področje dela, ki ga zaposleni v zdravstveni negi izvajajo tako rekoč na vsakem koraku, tudi z lastnim zgledom (Peterka Novak & Pintar Babič, 2015). Pomembno je, da pri mladostnikih spodbudimo kritično razmišljanje o zdravju. Le-to dosežemo med drugim z zdravstveno vzgojo, kar vpliva na manjšo možnost pojava tveganega vedenja (Correa Júnior, et al., 2018). Drobnič Radobuljac (2018) sicer trdi, da je tvegano vedenje v mladosti pogost pojav, vendar ob pravočasni in ustrezni pomoči strokovnjakov, ki poznajo delo z mladostniki, s starši in z učitelji, preventivno delujejo in pravočasno ukrepajo. Vzgoja se prične že v družini. Zato je pomembno, da zdravstveni delavci najprej zdravstvenovzgojne vsebine predstavijo staršem na roditeljskih sestankih in raznih seminarjih ali učnih delavnicah. Možno je sicer, da starši ne razumejo navodil glede zdravega načina življenja in ne poznajo ali ne zmorejo pristopov, ki bi vplivali vzgojno na otroke. Prav zato je naloga zdravstvenih delavcev podati prave in razumljive informacije, ki jih je možno pridobivati kontinuirano skozi daljše obdobje. Le tako bodo starši lahko ustrezno zdravstveno vzgajali svoje otroke (Albrecht, et al., 2017).

Spolna vzgoja mladostnikov

Parmar (2018) opredeli spolno vzgojo kot vzgojo, ki zajema vse informacije glede spolnosti, od načrtovanja družine do same reprodukcije. Za mladostnike je spolna vzgoja izrednega pomena, ker se s pridobljenim znanjem izmaknejo nepotrebnim skrbem in težavam. Pomemben je interdisciplinarni pristop na primarni ravni zdravstvene oskrbe, kjer vsi vključeni strokovnjaki s svojim znanjem doprinesejo k izboljšanju spolne vzgoje in zdravja (Telo & Witt, 2018). Ker je v obdobju mladostništva ena od glavnih značilnosti razvoj spolne identitete (Drobnič Radobuljac, 2018), je ustrezna in pravočasna vzgoja na področju spolnosti nujna. Santelli in sodelavci (2018) poudarjajo pomen spolne vzgoje v osnovnih šolah, saj celovita spolna vzgoja bistveno vpliva na zmanjševanje tveganega spolnega vedenja med

mladostniki. Tabong in sodelavci (2018) so v raziskavi, ki je bila narejena v Gani, ugotovili, da so tako šolarji kot učitelji mnenja, da so strategije učenja spolne vzgoje ter reprodukcije neprimerne, če jih izvajajo učitelji v šolah. Njihovo mnenje je, da bi bilo bolje vključiti usposobljene psihologe in zdravstvene delavce za zagotavljanje primerne zdravstvene vzgoje v šolah, saj je treba poznati razvoj mladostnikov v času pubertete na telesnem in duševnem področju. Takrat se začne in »zbudi« telesno ter spolno zorenje, razvijajo se tudi možgani, pojavi se zanimanje za ljubezen in spolnost. Zato je potreben poudarek na spolni vzgoji ravno v tem obdobju.

Zagotavljanje informacij na področju spolnosti mladostnikom je ključno pri razvoju zdrave in varne spolnosti. S tem se zmanjša možnost za tvegano spolno vedenje ter njegovih posledic (Duberstein Lindberg, et al., 2016). Informacije pa morajo mladostniki dobiti ob začetku tako imenovanega obdobja pubertete, saj je raziskava v Braziliji pokazala, da je starost v letih fantov ob prvem spolnem odnosu med 13,9 ter 14,5 in pri dekletih med 15,2 ter 16 (Rodrigues Spinola, et al., 2017). Miranda in sodelavci (2018) opozarjajo na to, da prvi spolni odnos v zgodnjih letih mladostništva lahko vpliva na možnost večjega števila spolnih partnerjev ter pojava spolno prenosljivih bolezni, zgodnjo uporabo alkohola in tobaka, večjega števila splavov, težav med nosečnostjo ter prezgodnjega poroda. Lee in sodelavci (2016) prav tako izpostavljajo, da lahko prezgodnji nastop pubertete in zgodnji prvi spolni odnos vplivata na zlorabo alkohola, kajenja, drog in tveganega spolnega vedenja, na primer spolno prenosljive bolezni ter možnost večjega števila spolnih partnerjev.

Diskusija

V obdobju mladostništva na posameznikovo vedenje vplivajo različni dejavniki, kot so družina, vrstniki, šola in okolje, v katerem živi. Vedenje se lahko spremeni na dobro in v prid zdravja mladostnikov, lahko pa je njihovo vedenje za zdravje škodljivo. Tako avtorji (Wang, et al., 2014) staršem priznavajo pomembno vlogo pri varovanju mladostnikov pred tem, da bi s svojim vedenjem na zdravje škodljivo vplivali. Velik poudarek je predvsem na komunikaciji mladostniki – starši. Dokazano je, da komunikacija na relaciji mladostnik in starši na temo spolnosti pomembno vpliva na spolnost, predvsem pa zmanjša možnosti za tvegano spolno vedenje mladostnikov. V kolikor komunikacije med starši in mladostniki ni dovolj oziroma je pomanjkljiva, se lahko pri mladostniku pojavi vedenje, ki negativno vpliva na njegovo zdravje na področju spolnosti, prav tako pa lahko poseže po alkoholu, cigaretah in nedovoljenih drogah (Wang, et al., 2014). Vloga zdravstvenih delavcev je naučiti mladostnike in starše zdravega načina življenja, še posebej ko gre za zdravje na področju spolnosti. Shams in sodelavci (2017) v raziskavi poudarjajo, da morajo matere preko spolne vzgoje svojim hčerkam predati dovolj informacij. Pomembne so komunikacijske sposobnosti ter znanje mater o spolnosti. Tako postavljajo matere na prvo mesto, ko gre za kakovostne informacije o spolnosti in spolni vzgoji. Na odnos staršev do spolnosti pa lahko vplivata tudi kultura in religija. Nekateri starši so mnenja, da je spolnost zgolj za odrasle. V državi Zimbabve so starši mnenja, da je spolnost pri mladostnikih nemoralna. Prav tako nasprotujejo programom vzgoje o spolnosti, kar lahko pomembno vpliva na zdravo spolnost pri mladostnikih ter tudi na njihov razvoj (Chiweshe & Chiweshe, 2017).

Mladostniki se s spolno vzgojo srečajo tudi v šoli. McKay in sodelavci (2014) šole opisujejo kot institucije, ki imajo kontakt s skoraj vsakim mladostnikom. Zato imajo šole priložnost in tudi nalogo mladostnikom zagotoviti znanje in veščine, ki se navezujejo na spolnost. Znanje, ki ga mladostniki pridobijo v šolah, deluje preventivno pri spolno prenosljivih boleznih, uporabi kontracepcije, pridobivanju komunikacijskih sposobnosti in navezovanju

medsebojnih odnosov. Tako učitelji kot mladostniki so mnenja, da naj zdravstveno in spolno vzgojo izvajajo za to usposobljeni psihologi ter zdravstveni delavci (Tabong, et al., 2018), kar velja tudi za naše okolje, kjer zdravstveni delavci izvajajo zdravstveno vzgojo.

V raziskavi, ki je potekala v ljubljanskih srednjih šolah, je bilo ugotovljeno, da bi polovica srednješolcev imela spolno vzgojo kot samostojen predmet. Podatek, da fantje največ informacij o spolnosti dobijo preko knjig, revij in interneta, dekleta pa od staršev, nazorno kaže, da bi bila spolna vzgoja v srednjih šolah še kako dobrodošla, in sicer tudi zato, ker je le 5 % fantov navedlo, da dobijo informacije od učiteljev (Žalar & Leskovšek, 2013). Vsebine, ki jih otroci in mladostniki potrebujejo glede spolne vzgoje, morajo biti vključene že v osnovne šole kot samostojen predmet. Heart in sodelavci (2018) opisujejo obnovljene smernice glede spolne vzgoje. Ugotavljajo, da je od prve izdaje smernic leta 2009 na področju spolnosti v določenih predelih sveta še vedno veliko pomanjkljivosti. Kot primer so navedli, da dve od treh deklet nista vedeli, kaj se z njima dogaja ob prvi menstruaciji. Prav tako so ugotovili, da je bila raba kondoma pri spolnem odnosu nižja od 50 %. Šolske medicinske sestre bi morale obvladati terapevtsko komunikacijo in imeti osebne lastnosti za izvajanje zdravstvene vzgoje v šolah, s tem pa bi stopnjo zahtevnosti predstavljenih vsebin s spolno tematiko morale prilagajati starosti učencev. V pomoč pri tem delu komunikacije so elementi terapevtskega odnosa, ki jih Gorše Muhič (2009) opisuje kot strokovne spretnosti in osebne lastnosti medicinskih sester, ki se med seboj prepletajo in dopolnjujejo. Te so: zmožnost empatije, spoštovanje mladostnika in njegovih pravic ter prepričanj, spoštovanje dostojanstva, še posebej kadar je tema spolnost, sposobnost vzpostavljanja zaupanja ter ostale. S tem bi prispevale k zmanjševanju tveganega vedenja v obdobju mladostništva.

Kot je bilo omenjeno, se mladostniki zatekajo po informacije na splet ali pa k vrstnikom. Lekić in sodelavci (2014) opisujejo spletno svetovalnico kot vir, ki ga uporabljajo mladostniki za svoja vprašanja. Glede na to, da je v svetovalnici njihova identiteta skrita, daje le-ta občutek varnosti. Največkrat so mladostniki iskali informacije o razmerjih ter o spolnosti, vendar je potrebno opozoriti, da je lahko takšen pristop napačen oziroma privede do netočnih podatkov. Prave in preverjene informacije glede spolnosti so naloga zdravstvene vzgoje, ki jo izvajajo učitelji, zdravstveni delavci in starši doma. Intervencijski programi morajo vključevati strategije, ki povečujejo obveščenost, motivacijo in spretnosti skrbnikov, staršev, učiteljev, da bi izboljšali komunikacijo med njimi in mladostniki (Seif, et al., 2018).

Zlasti v adolescenci, ko mladi razvijajo svoje vrednote in prepričanja o spolni dejavnosti in spolnih normah, je pomembno vprašanje, ali se spolna dejavnost izvaja z jasnim soglasjem žensk in ne kot eden od vidikov nasilja nad ženskami. Fantasia (2011) je izvedla raziskavo z namenom, da bi ugotovili, kaj vpliva na spolno odločanje mladostnikov. Rezultati so vključevali glavno ugotovitev, da je bil pri večini spolnih odnosov teh mladostnikov vpliv alkohola opredeljen kot dejavnik, ki ima vpliv na spolno privolitev. Poleg tega je prišlo do vsesplošne normalizacije in sprejemanja te vrste nekonsenzualnih spolnih dejavnosti in nihče ni označil teh dejanj za posilstvo ali napad. Po mnenju avtorice morajo vsi, ki delajo z mladostniki, podrobneje oceniti spolno vedenje in priznati, da lahko kompleksni socialni dejavniki in individualne značilnosti prispevajo k okolju, v katerem so mladostniki v nevarnosti za nekonsenzualno spolno dejavnost. Vzgojno-izobraževalni programi za preprečevanje spolnega nasilja morajo vključevati informacije o pogajalskih in komunikacijskih spretnostih, ki bodo mladostnikom pomagale pri reševanju zapletenih medosebnih razmer.

Zaključek

Vzgoja za zdravo spolnost se začne v družini. Starši imajo pomembno nalogo, da mladostnikom predstavijo zdravo spolnost in strategije spoprijemanja s težavami na tem področju. Zdravstveni delavci si morajo prizadevati, da bodo na področju spolnosti mladih čim bolj uspešno sodelovali s starši in z učitelji, saj bodo tako vplivali na vzgojo za zdravo spolnost, informiranost in znanje mladostnikov o spolni vzgoji. V prihodnosti je treba v šolah nadaljevati z izvajanjem učnih delavnic na področju spolne vzgoje, ki vključujejo individualne pogovore, možnosti anonimnih vprašanj in podobno. Mladostniki na ta način spoznavajo ustrezne vsebine na temo spolnosti, kontracepcijske metode, posledice tveganega spolnega vedenja, vsebine za pridobivanje komunikacijskih sposobnosti ter s tem navezovanje dobrih medsebojnih odnosov z vrstniki in drugimi.

Literatura

- Albrecht, L., Scott, S. D., & Hartling, L., 2017. Knowledge translation tools for parents on child health topics: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 17(1), pp. 686–697.
- Arnič, U., 2017. Obravnava pacienta s spolno disfunkcijo po temeljnih življenjskih aktivnostih: *diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 7.
- Berryman, J., 2010. Statewide nursing simulation program. In: Nehring, W. M., & Lashley, F. R. eds. *High-fidelity Patient Simulation in Nursing Education*. Sudbury (Massachusetts): Jones and Bartlett, pp. 115–131.
- Bizjak, T., 2018. Spolna vzgoja kot sestavni del zdravstveno vzgojnega dela z mladimi: *diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
- Chiweshe, M. & Chiweshe, M., 2017. 'Not my child': parents' denial about adolescent sexuality in Harare, Zimbabwe. *Journal of Family and Reproductive Health*, 11(3), pp. 119–127.
- Colón-López, V., Fernández-Espada, N., Vélez, C., Gonzalez, V. J., Diaz-Toro, E. C., Calo, W. A., et al., 2017. Communication about sex and hpv among puerto rican mothers and daughters. *Ethnicity and Health*, 22(4), pp. 348–360.
- Correa Júnior, A. J. S., Souza, T. C. F., Sousa, Y. M., Isse Polaro, S. H., Santana, M. E., Dias da Silva, S. E., et al., 2018. Popular education in health, critical thinking and the seven type of knowledge. *Journal of Nursing UFPE*, 12(2), pp. 537–545.
- Dobnik, M., 2007. Analiza komunikacijskega udobja in motenj pri komunikaciji. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(2/3), pp. 153–158.
- Drobnič Radobuljac, M., 2018. Tvegano vedenje v mladostništvu. *Medicinski razgledi*, 57(3), pp. 345–352.
- Duberstein Lindberg, L., Maddow-Zimet, I., & Boonstra, H., 2016. Changes in adolescents' receipt of sex education, 2006–2013. *Journal of Adolescent Health*, 58(6), pp. 621–627.
- Fantasia, H. C., 2011. Really not even a decision any more: Late adolescent narratives of implied sexual consent. *Journal of Forensic Nursing*, 7(3), pp. 120–129.
- Gezahegn, T., Birhanu, Z., Aman, M., Dessalegn, M., Abera, A., & Nyagero, J., 2016. *The Pan African Medical Journal*, 25 (2Suppl2), pp. S8–S14.
- Gorše Muhič, M., 2009. Vzpostavljanje terapevtskega odnosa. In: Pregelj, P., Kobentar, R., *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*: učbenik, 2009. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 40–47.
- Hamilton, R., Sandres, M., & Anderman, E. M., 2013. The Multiple Choices of Sex Education. *Phi delta Kappan*, 94(5), pp.34–39.

- Herat, J., Plesons, M., Castle, C., Babb, J., & Chandra-Mouli, V., 2018. The revised international technical guidance on sexuality education – a powerful tool at an important crossroads for sexuality education. *Reproductive Health*, 15, pp. 185–188.
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V., 2014. Communication in nursing practice. *Materia Socio-medica*, 26(1), pp. 65–67.
- Lee, M. J., Yang, G. E., Chueh, H. W., Park, J. H., & Yoo, J. H., 2017. The effect of first nocturnal ejaculation timing on risk and sexual behaviors of Korean male adolescents. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 22, pp. 43–48.
- Lekić, K., Konec Juričič, N., Tratnjek, P., Cugmas, M., Kukovič, D., & Jereb, B., 2014. Anonymous: the problems, dilemmas and desires of Slovenian adolescents in online counselling. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), pp. 78–87.
- McKay, A., Byers, E. S., Voyer, S. D., Humphreys, T. P., & Markham, C., 2014. Ontario parents' opinions and attitudes towards sexual health education in the schools. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(3), pp. 159–166.
- Miranda, P. S., Aquino, J. M., Monteiro, R. M., Dixe, M. A., Luz, A. M., & Moleiro, P., 2018. Sexual behaviors: study in the youth. *Einstein (São Paulo, Brazil)*, 16(3), pp. 1–7.
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E., 2015. Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6), pp. 65–74.
- Parmar, P., 2018. A study to assess the knowledge and attitude regarding sex education among adolescents studying in the selected schools. *International Journal of Nursing Education*, 10(1), pp. 7–12.
- Peterka Novak, J., & Pintar Babič, M., 2015. Zdravstveno vzgojno delo pri otroku in mladostniku z duševno motnjo. In: Peterka Novak, J., Bregar, B., *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihiatrije: zbornik, 2015*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 48–55.
- Rebernik, K., 2018. Skupnostni pristop k zdravju: razumevanje vloge medicinskih sester pri promociji zdravja v lokalnih skupnostih: *magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 10–11.
- Rodrigues Spinola, M. C., Béria, J. U., & Braun Schermann, L., 2017. Factors associated with first sexual intercourse among mothers with 14–16 years of age from Porto Alegre/RS, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11), pp. 3755–3762.
- Santelli, J. S., Grilo, S. A., Choo, T., Diaz, G., Walsh, K., Wall, M., et al., 2018. Does sex education before college protect students from sexual assault in college? *Public Library of Science one*, 13(11). Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0205951> [3. 3. 2020]
- Seif, A. S., Kohi, T. W., & Moshiri, C. S., 2018. Caretaker-adolescent communication on sexual and reproductive health: a cross-sectional study in Unguja-Tanzania Zanzibar. *BMC Public Health*, 18(1), pp. 31–43.
- Shams, M., Parkhizkar, S., Mousavizadeh, A., & Majdpour, M., 2017. Mothers' views about sexual health education for their adolescent daughters: a qualitative study. *Reproductive Health*, 14(1), pp. 24–29.
- Tabong, P. T., Tei Maya, E., Adda-Balinia, T., Kusi-Appouh, D., Birungi, H., Tabsoba, P., & Adongo, P. B., 2018. Acceptability and stakeholders perspectives on feasibility of using trained psychologists and health workers to deliver school-based sexual and reproductive health services to adolescents in urban Accra, Ghana. *Reproductive Health*, 15, pp. 122–137.
- Telo, S. V., & Witt, R. R., 2018. Sexual and reproductive health: team competences in primary health care services. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), pp. 3481–3490.

- Torkar, T., Grmek Košnik, I., & Skela Savič, B., 2013. Vključevanje poklicnega profila šolska medicinska sestra v slovenske šole: vidik učiteljev in zdravstvenih delavcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(3), pp. 224–235.
- Wang, B., Stanton, B., Deveaux, L., Li, X., Koci, V., & Lunn, S., 2014. The impact of parent involvement in an effective adolescent risk reduction intervention on sexual risk communication and adolescent outcomes. *AIDS Education and Prevention*, 26 (6), pp. 500–520.
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Noar, S. M., Nesi, J., & Garrett, K., 2016. Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 170 (1), pp. 52–61.
- Žalar, A., & Leskovšek, E., 2013. Spolna vzgoja v srednjih šolah: stališča ljubljanskih srednješolcev do nekaterih vprašanj o spolnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(4), pp. 300–308.

