



uživajmo v zdravju
S PREHRANO IN TELESNO DEJAVNOSTJO



REPUBLIKA SLOVENIJA
SLUŽBA VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA RAZVOJ
IN EVROPSKO KOHEZIJSKO POLITIKO

**Projekt
UŽIVAJMO V ZDRAVJU**

**Pilotna izvedba modela obravnave debelosti
otrok in mladostnikov**

POROČILO Z EVALVALCIJO

Ljubljana, 2016

Pilotna izvedba modela obravnave debelosti otrok in mladostnikov

POROČILO Z EVALVACIJO

Avtorici:

asist. dr. Milena Kovač Blaž, dr. med., spec., Petra Zajc, dr. med., spec. druž. med.

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za zdravje

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2016

Za vsebino posameznega poglavja so odgovorni njegovi avtorji.

Dokument je nastal v okviru projekta »Celostni inovativni model za zagotavljanje zdravega življenjskega sloga, s poudarkom na prehranjevanju, gibanju, preprečevanju in obravnavi debelosti pri otrocih, mladostnikih ter odraslih in zmanjševanju neenakosti v zdravju«, akronim projekta »UŽIVAJMO V ZDRAVJU« s finančno podporo Norveškega finančnega mehanizma. Za vsebino tega dokumenta je odgovoren izključno Nacionalni inštitut za javno zdravje in zanj v nobenem primeru ne velja, da odraža stališča nosilca Programa Norveškega finančnega mehanizma.

Vodja projekta: Zavod RS za šolstvo

Naročnik modela: Nacionalni inštitut za javno zdravje

vodilni partner projekta



Zavod Republike Slovenije za šolstvo

projektni partnerji

NIJZ Nacionalni inštitut
za javno zdravje

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za šport



Institut
"Jožef Stefan"
Ljubljana, Slovenija

2

Univerza v Ljubljani
Pedagoška fakulteta



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice

Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede

KAZALO

KAZALO	3
1. UVOD	4
2. PREDSTAVITEV REZULTATOV PO FAZAH	6
2.1. FAZA 1 – RAZVOJ MODELA	6
2.2. FAZA 2 – PILOTNO TESTIRANJE MODELA	8
METODOLOŠKI OPIS – ZASNOVA ŠTUDIJE	8
REZULTATI PILOTNE IZVEDBE MODELA	9
2.3. FAZA 3 – PRIPRAVA PRIROČNIKA ZA ZDRAVSTVENE DELAVCE	11
2.4. FAZA 4 – PRENOS IZKUŠENJ PILOTNEGA TESTIRANJA	11
3. ZAKLJUČEK IN DISKUSIJA	12

1. UVOD

- Prekomerna telesna masa in debelost sta še vedno zaskrbljujoč problem otrok in mladostnikov tudi v Sloveniji. Podatki, zbrani v okviru pobude WHO COSI (1), kažejo, da so slovenski sedemletniki med bolj ogroženimi zaradi debelosti med državami članicami EU. Spremembe v prehranskem statusu je pokazala tudi analiza Fakultete za šport Univerze v Ljubljani na podlagi podatkovne baze SLOFIT, ki vsako leto zajame več kot 95 % vseh slovenskih osnovnošolk in osnovnošolcev. Od leta 1991 do 2006 so zabeležili več kot 40-odstotni porast prekomerne mase pri otrocih, starih med 7 in 18 let (2). Bolj spodbudni so zadnji podatki Pediatrične klinike (3), ki kljub še vedno previsoki prevalenci prekomerne telesne teže in debelosti kažejo na stabilizacijo ITM pri petletnikih v obdobju 2001 do 2009, in podatki baze SLOFIT, ki kažejo, da se je začel trend naraščanja debelosti in prekomerne telesne teže ustavljati v zadnjem petletnem obdobju (4).
- Trend pojavljanja prekomerne telesne teže in debelosti se umirja pri družinah z višjim socialnoekonomskim statusom, pri družinah z nižjim pa še ne.
- Socialnoekonomski dejavniki, med drugim nizka stopnja izobrazbe in nizek dohodek, so žal tudi v našem okolju povezani z nezdravim življenjskim slogom, kar ima posledice tudi kasneje, v odrasli dobi.
- Vzroka za prekomerno telesno maso sta predvsem neuravnotežen in previsok energetski vnos ter nezadostna telesna dejavnost oz. sedeč življenjski slog. Ob tem je pogosto glavni vzrok za previsok energetski vnos prevelik vnos sladkorja fruktoze, ki ga prehranska industrija vedno pogosteje dodaja v številne prehranske izdelke, tudi v sladke pijače, in je pomembno povezan z razvojem debelosti pri otrocih in mladostnikih.
- Debelost tudi pri otroku in mladostniku je lahko simptom, ki nas opozarja na čustveno stisko posameznika. Otroku, ki smo mu že v najzgodnejšem obdobju hrano ponujali kot tolažbo, naučeni način pomirjanja uporabi tudi v kasnejšem obdobju. Ne pozna drugih načinov, da bi ublažil stres in težave mladostniškega obdobja, zato se vedno znova tolaži s hrano (5). Premalo spanja prav tako povezujejo z nastankom debelosti (6) pri otrocih in mladostnikih, verjetno v povezavi s presnovnimi in hormonskimi mehanizmi.
- Debelost se pogosto pojavlja družinsko, kar potrjuje, da je pogojena genetsko, pri čemer pa ima vedenjski vzorec družine pomemben vpliv, da se debelost razvije tudi pri otroku. Študije potrjujejo večjo prisotnost debelosti pri otrocih debelih staršev, poleg tega debelost staršev podvoji tveganje, da otroci ostanejo debeli v odraslem obdobju. Kar 75 % posameznikov, ki so imeli povečano telesno težo že v otroštvu, postane debelih tudi v odrasli dobi, debelost pa je pri njih bolj izražena kot pri tistih, ki so se zredili v odrasli dobi (7).
- Ker otroci in mladostniki odraščajo tesno povezani s svojim družinskim in šolskim okoljem ter ker se družinske navade prehranjevanja in gibanja začnejo že zelo zgodaj prenašati nanje, mora obravnava povečane telesne mase in debelosti potekati celostno in pri njej mora aktivno sodelovati otrokova družina oz. njegova najožja okolica. Posebno vlogo za zagotavljanje enakih možnosti obravnave otrok in mladostnikov s povečano težo imajo šole, vrtci, lokalna skupnost in ne nazadnje zdravstveni dom. Z medsebojnim

povezovanjem je njihova poglavitna vloga – poleg ukrepov, ki naj bi jih uveljavila država, med drugim tudi glede trženja nezdrave hrane –, da otroci debelosti ne razvijejo, če pa do debelosti pride, jo prepoznajo, pravilno ukrepajo in zdravstveno stanje otroka spremljajo do odrasle dobe.

- Zaradi povečane telesne mase in debelosti se otroci in mladostniki prej srečujejo z različnimi zdravstvenimi težavami, kot so na primer zgodnejše srčno-žilne bolezni, metabolni sindrom, sladkorna bolezen tipa 2, bolezni gibal, ne smemo pa pozabiti tudi na slabo samopodobo in druge težave v obdobju odraščanja. Maščobno tkivo prek svojih vnetnih mediatorjev predstavlja kronično vnetje, ki vodi do kroničnih obolenj v odrasli dobi. Dlje ko traja debelost, večje je tveganje za zdravje in večja umrljivost, debelost v adolescenci povečuje tveganje za prezgodnjo smrt v odrasli dobi (8).
- Slovenija je v Nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025 pripravila ukrepe za boljše prehranjevanje in izboljšanje možnosti za telesno dejavnost otrok v okoljih, kjer živijo. Še posebej pomembno je, da se ukrepi pripravljajo celovito in s povezovanjem različnih sektorjev.
- Zdravstveni dom ima s svojim poslanstvom možnost, da ima z zdravstvenim osebjem, ki spremlja družino in s tem otroke v družini od spočetja, otroštva, mladostniškega obdobja, odrasle dobe pa vse do starosti, vlogo tudi pri preprečevanju in obravnavi debelosti. Osebni zdravnik, pediater, šolski ali družinski zdravnik imajo na področju obravnave debelosti možnost rednega preseganja, ukrepanja, spremljanja in povezovanja z drugimi strokovnjaki; psihologom, dietetikom, fizioterapevtom ali kineziologom. Ima možnost konzultacije oz. napotitve na sekundarni nivo (pediater, endokrinolog).
- V Zdravstvenem domu Ljubljana - Šiška smo na podlagi rezultatov in izkušenj multidisciplinarnega programa Zdravljenje debelosti, programa družinske obravnave debelosti MI ZMOREMO, na podlagi slovenskih smernic obravnave prekomerne telesne teže in debelosti (9) ter zadnjih smernic NICE (10) oblikovali program, v katerega se po pripravljenosti za spremembo v življenjskem slogu lahko usmeri družina. Model smo poimenovali 5 4 3 2 1 0 GREMO.

2. PREDSTAVITEV REZULTATOV PO FAZAH

2.1. Faza 1 – razvoj modela

Model družinske obravnave 5 4 3 2 1 0 GREMO

Uravnavanje telesne teže s pomočjo modela družinske obravnave želi otroku in družini pomagati prepoznati morebitne napačne vzorce in navade pri prehranjevanju in gibanju, jih spodbuditi k razvoju novih, pravih navad in jim pomagati premagovati morebitne težave, ki se lahko ob tem pojavijo.

Program temelji na dolgoročni obravnavi udeležencev, saj otroka spremljamo prek otroštva in mladostniškega obdobja do obdobja odraslosti.

Obravnava v programu je individualna in skupinska. S pomočjo individualne obravnave zdravnik prilagodi obravnavo in cilje zdravljenja glede na lastnosti, motiviranost in zdravstveno stanje posameznika in jih pri zdravljenju upošteva. Skupina ima v programu poseben pomen, v njej se srečujejo otroci s podobnimi problemi, se med seboj poslušajo, pogovarjajo o stiskah, se družijo in se razumejo. Cilj programa je uravnavanje telesne mase, ki ga dosežemo z zdravim slogom prehranjevanja in gibanja cele družine. Posledično se uravnava telesna teža otroka, mladostnika in tudi ostalih članov družine, ki so obremenjeni z debelostjo. S postopnim spreminjanjem navad želimo doseči, da otrok, mladostnik in starši ne čutijo obravnave kot nekaj neprijetnega, ampak nekaj, kar s časom prinese večje osebno zadovoljstvo in boljše počutje.

Vključevanje v program

V obravnavo se otroci vključijo na pobudo osebnega pediatra ob preventivnih ali kurativnih pregledih, prek sodelovanja med zdravnikom šole in športnim pedagogom, ki opravi vsakoletne meritve za športnovzgojni karton, lahko pa informacije o programu dobijo tudi prek informativnih publikacij, ki so na voljo v šolah, vrtcih ali drugih prostorih lokalne skupnosti, pri čemer imajo pomembno edukativno in promocijsko vlogo diplomirane medicinske sestre v sklopu rednih izobraževanj otrok v šoli. Informativna zloženka 5 4 3 2 1 0 GREMO – Kaj vem o zdravem gibanju in prehranjevanju je namenjena otrokom, da ti na zabaven način spoznajo in preverijo svoj življenjski slog glede gibanja in prehranjevanja, ob tem pa si lahko s pomočjo navodil izračunajo sami ali skupaj z družino vsak svoj ITM in nato odčitajo, v katero skupino glede prehranjenosti sodijo. Na podlagi zapisanih informacij in kontakta se lahko odločijo za vstop v program.

Pri otroku, ki se skupaj z družino odloči za sodelovanje v programu, otrokov zdravnik opravi namenski pregled, ki opredeli diagnozo povečane telesne mase ali debelosti in po potrditvi sodelovanja staršev otroka vključi v program. Zaželeno je, da se skupaj z otrokom vključijo tudi sorojenci, če imajo tudi sami povečano telesno maso, obvezno pa v programu aktivno sodeluje vsaj eden od staršev ali skrbnikov.

Vsebina in izhodišča programa

Vsebina programa temelji na sledenju algoritma 5 4 3 2 1 0, pri čemer je 5 – pet dnevnih obrokov, 4 – vsaj štiri ure tedensko gibanja skupaj s starši, 3 – trije obroki prek dneva, ki vključujejo zelenjavo ali sadje, 2 – ne več kot dve uri dnevno uporabe malih ali velikih ekranov, 1 – ena uro dnevne telesne aktivnosti in 0 – nič sladkih pijač.

Izhodišča programa:

- pravilna prehrana, najprej spreminjanje in nato vzdrževanje zdravih prehranskih navad
- primerna in redna telesno vadbi, ki naj bo zabavna in primerna za starostno obdobje otroka
- spodbujanje sprememb in grajenje samopodobe

Elementi vedenjske terapije, ki se izvajajo v začetnem in nadaljevalnem delu programa:

- določitev ciljev, ki morajo biti primerno prilagojeni posameznemu otroku (ne le zmanjšanje telesne teže, lahko povečanje telesne dejavnosti)
- doseganje ciljev prek več manjših ciljev
- pogovor o vzročnih dejavnikih, ki so privedli do debelosti, svetovanje in podpora pri doseganju cilja
- samokontrola vedenja s pomočjo dnevnika prehrane, telesne dejavnosti, spanja, dosežkov
- pohvale ob doseganju cilja

Obravnavo otroka poteka celostno, pri čemer v timu sodelujejo zdravnik, diplomirana medicinska sestra, kineziolog. Če pa po treh mesecih uravnavanje teže ne napreduje oziroma se izkaže, da so pri otroku prisotne stiske ali čustveno prenašanje, se v obravnavo vključita še psiholog in dietetik.

Program je sestavljen iz dveh delov, začetnega in nadaljevalnega.

Začetni program traja pet mesecev in vključuje mesečne zdravniške preglede, skupinska srečanja, kjer otrokom in staršem predstavimo osnove pravilnega prehranjevanja in gibanja ter jim s pomočjo elementov kognitivno-vedenjske terapije pomagamo pri postopnem spreminjanju navad in s tem uravnavanju telesne teže. Velik poudarek programa je na gibanju, kjer udeleženci dvakrat tedensko obiskujejo telovadbo in nordijsko hojo, spodbujamo pa tudi družinsko gibanje, pohodništvo in izletništvo.

Spreminjanje navad je dolgotrajen proces in izkušnje dosedanjih programov kažejo, da je uspešnost uravnavanja telesne teže povezana s trajanjem vključenosti v program. Da bi udeleženci imeli možnost čim bolj utrditi pridobljene navade prehranjevanja in gibanja, so po začetnem programu povabljeni v nadaljevalnega, kjer je poudarek predvsem na telesni vadbi, skupinska srečanja in zdravniški pregledi pa so manj pogosti. V času nadaljevalnega programa, ki traja dve leti, se trudimo otroku poiskati njemu primerno telesno aktivnost, v katero se bo rad vključil po zaključku programa.

Vsake 6 mesecev, vse do otrokovega dopolnjenega 19. leta, ga dvakrat letno povabimo na meritev telesne strukture, s pomočjo katere spremljamo stanje prehranjenosti in telesno sestavo.

2.2. Faza 2 – Pilotno testiranje modela

Metodološki opis

Zasnova študije

S prospektivno kohortno raziskavo smo preverjali uspešnost programa družinske obravnave debelosti otrok in mladostnikov. V obdobju od februarja 2016 do junija 2016 smo v raziskavo vključili 180 otrok v starosti od 6 do 16 let. Vsi otroci so bili vključeni prostovoljno, ob soglasju staršev.

Opis vzorčenja

Za namen preiskave smo s pomočjo računalniškega programa IRIS pregledali podatke o TT in TV 812 otrok 5 osnovnih šol (OŠ Hinko Smrekar, OŠ Miško Kranjec, OŠ Koseze, OŠ Rihard Jakopič in OŠ Dravlje), katerih imenovani zdravnik šole je šolski zdravnik ZDL Šiška in so imeli v šolskem letu 2015/2016 opravljen preventivni sistematski pregled. Vse otroke, ki so imeli ob preventivnem pregledu izmerjen ITM nad 85. percentilno krivuljo, smo pisno povabili na namenski zdravniški pregled. Na namenski pregled smo povabili tudi otroke, katerim je bil ob naključnih kurativnih pregledih izmerjen ITM nad 85. percentilno krivuljo.

Ob namenskih zdravniških pregledih, ki so potekali v januarju 2016, smo otrokom določili telesno težo in višino. Vsi otroci z ITM nad 85. percentilo so prejeli nasvet o prehrani in telesni aktivnosti, primerni za uravnavanje povečane telesne mase, tisti z ITM nad 91. percentilo pa dodatno tudi povabilo v program družinske obravnave debelosti. V program se je vključilo 38 otrok skupaj z enim od staršev.

Opis kriterijev vključitve posameznikov v študijo

- starost med 6 in 19 let
- ITM nad 85. percentilno krivuljo
- soglasje staršev

Število sodelujočih

- v programu 38 otrok in 38 staršev
- v kontrolno skupino smo zajeli 142 otrok

Zasnova evalvacije – način spremljanja udeležencev:

1. Kazalniki uspešnosti, sprejemljivosti, izvedljivosti in učinkovitosti modela:

Pri vseh otrocih:

- sprememba ITM v 5 mesecih
- delež otrok, ki so zaključili program

2. Način pridobivanja podatkov:

Podatke o TT, TV in telesni sestavi smo pridobivali ob namenskem pregledu in zdravniških pregledih, izvajanih po protokolu programa. Otrokom, ki so bili vključeni v kontrolno skupino, smo izmerili TT in TV ob namenskem kontrolnem pregledu, nato pa smo jih po 5 mesecih pisno povabili na ponovno merjenje TT in TV, ki smo ga izvedli v mesecu juniju 2016.

3. Analiza podatkov: opis statističnih postopkov – deskriptivna statistika, uporabljene metode za primerjavo med testno in kontrolno skupino, okolje obdelave – Excel. Podatke smo zbrali in obdelali s programom Excel ter s poglobljeno analizo t-testa.

Rezultati pilotne izvedbe modela

Program je potekal v času od 1. 2. 2016 do 30. 6. 2016. V program je bilo vključenih 180 otrok. V vzorčno skupino se je vključilo 40 otrok, zaključilo pa ga je 38. V kontrolno skupino se je vključilo 142 otrok.

Tabela 1. Povprečne vrednosti vzorčne skupine

Spol	Spol število (%)	Zaključili program	Začetna TT (kg)	Končna TT (kg)	Δ TT (kg)	Začetna TV (cm)	Končna TV (cm)	Δ TV (cm)	ITM 1	ITM 2	Δ ITM
M	21 (55,6 %)	19	66,99	66,91	-0,08	154,39	157,08	2,69	27,06	26,16	-0,9
Ž	17 (44,7 %)	17	65,55	65,66	0,11	151,76	153,65	1,89	28,01	27,40	-0,61
Skupaj	38	36	66,29	66,30	0,01	153,15	155,46	2,31	27,51	26,74	-0,77

Podatki se navezujejo le na otroke, ki so program zaključili.

V vzorčno skupino projekta je bilo vključenih 38 otrok, 21 fantov (55,26 %) in 17 deklet (44,74 %), starih med 7 in 18 let. 2 dečka sta program zaključila predhodno. Analizo smo nato nadaljevali z otroki, ki so program v celoti zaključili. Rezultati prikažejo, da je bila začetna teža fantov višja od deklet (Δ 1,44 kg). Povprečna začetna telesna teža vseh otrok znaša 66,29, končna 66,30 kg. Opazimo lahko tako povprečno zvišanje telesne teže za 0,01 kg. Na drugi strani pa lahko opazimo, da je skupna povprečna telesna višina vseh sodelujočih 153,15, končna 155,46 cm, kar pomeni, da so povprečno zrasli za 2,31 cm. Skladno z zapisanim lahko opazimo, da se je ITM glede na podane podatke med prvim in zadnjim merjenjem zmanjšal za 0,77 točke, to je z 27,51 na 26,74. Večja razlika pri ITM med začetnim in končnim merjenjem pa je bila tako zaznana pri fantih, kjer razlika znaša kar 0,9 točke.

Podrobnejši pogled po posameznikih pa prikaže, da se je ITM dejansko zmanjšal pri 28 otrocih (77,78 % sodelujočih), povečal pa pri 7 (19,4 %) otrocih. Pri enem otroku je ITM ostal nespremenjen.

Tabela 2. Povprečne vrednosti primerjalne skupine

Spol	Spol število	Spol %	Začetna TT (kg)	Končna TT (kg)	Δ TT (kg)	Začetna TV (cm)	Končna TV [cm]	Δ TV (cm)	ITM 1	ITM 2	Δ ITM
M	94	66,20	52,06	55,41	3,35	150,29	153,48	3,19	22,52	23,03	0,51
Ž	48	33,80	52,5	55,91	3,42	148,9	152,23	3,33	23,28	23,83	0,55
Skupaj	142	100,00	52,21	55,58	3,37	149,82	153,05	3,24	22,77	23,30	0,53

V primerjalni skupini je naš vzorec zajemal 142 otrok, starih med 6 in 18 let. Vzorec je zajemal 33,80 % deklic (48 deklic) in 66,20 % dečkov (94 dečkov). Pregled izhodiščnega izračuna ITM prikaže, da so imele deklice za 0,76 višji ITM od dečkov, in sicer deklice 23,28 in dečki 22,52. Povprečni prvotni ITM kontrolne skupine je znašal 22,77. Drugo merjenje ITM pa je pokazalo, da se je ITM pri dečkih zvečal za 0,51 in pri deklicah za 0,55. Povprečna skupna vrednost drugega ITM je tako znašala 23,30, kar je 0,53 več kot pri prvem merjenju. Skladno z zapisanim lahko iz skupnih, povprečnih podatkov razberemo, da se je stanje ITM tako dečkov kot deklic pri primerjalni skupini poslabšalo.

Podrobnejši pogled po posameznikih pa prikaže, da se je ITM dejansko povišal pri 101 otrocih iz kontrolne skupine, zmanjšal pa pri 41 otrocih. Največji porast v opazovanem obdobju smo tako opazili pri deklici, kjer se je ITM povišal za 6,41 točke, največji upad ITM pa pri drugi deklici, in to za 4,08 ITM točke.

Razlika med vzorčno in primerjalno skupino

Razlika med vzorčno in primerjalno skupino prikaže, da so otroci, vključeni v projekt Uživajmo v zdravju, v povprečju zmanjšali svoj ITM za 0,77 točke, medtem ko so ga otroci v kontrolni skupini zvečali za 0,53 točke. Opazimo lahko 1,3-točkovno razliko v spremembi ITM. Pri deklicah je ta skupno znašala 1,16 točke, pri dečkih 1,41 točke. Na tej točki se izkaže, da je razlika statistično značilna, saj znaša $P=0,0000019393$. Podrobnejši vpogled v ITM po spolu pa prikaže, da je statistično značilna razlika tudi pri moški populaciji, kjer znaša $P=0,0000487553$ in pri ženski populaciji, kjer je $P=0,0090705070$.

Ključni poudarki pri oblikovanju celovitega modela

Glede na kriterije kakovosti in v skladu s ciljem programa, da otroci ohranijo telesno težo ob pričakovanju zvečanja telesne višine, ob tem pa znižajo ITM, se je program izkazal kot uspešen.

Eden izmed kriterijev uspešnosti je bilo vztrajanje v programu. Izpad udeležencev je bil majhen, program je zaključilo kar 95 odstotkov udeležencev, kar potrjuje učinkovitost programa tudi s strani vztrajanja pri obiskovanju programa, kar gre tudi na račun tega, da program poteka v lokalnem okolju, torej tam, kjer se vključujeta otrok in njegova družina.

Program, ki temelji na multidisciplinarni obravnavi in vključuje zdravnika, ki pozna značilnosti družine in pristopa k individualni obravnavi otroka, omogoča spremljanje tako zdravstvenih kot vedenjskih vzorcev družine. Cilji programa so

zastavljeni tako, da jih je z zmerno mero napora možno doseči, pri čemer so vključeni oz. vabljeni vsi družinski člani. Program se ne zaključi, ko posameznik oz. družina doseže cilj, temveč nudi podporo skozi vso obdobje otrokovega razvoja, vse do obdobja odraslosti.

Program sledi tudi potrebam otrok, kjer uravnavanje teže ne napreduje oz. kažejo težje čustvene motnje, in ponuja izhodišča za povezovanje s programi uravnavanja teže na specialističnem nivoju.

Obravnavava v okolju, kjer otrok živi in se srečuje z vsemi deležniki, ki se pridružujejo njegovemu razvoju, omogoča učinkovito spopadanje s tem problemom na primarnem nivoju.

2.3. Faza 3 – Priprava priročnika za zdravstvene delavce

Kratek opis priročnika.

Priročnik Družinska obravnava debelosti za otroke in mladostnike je namenjen vsem tistim izvajalcem, ki se vključujejo v obravnavo družinske obravnave debelosti na primarnem nivoju. Sestavljen je iz dveh delov; v prvem gre zgolj za splošni pregled tematike, ki zadeva obravnavo družine in otroka, ki se sooča s problemom debelosti, medtem ko so v drugem delu priročnika podana konkretna navodila za izvajalce delavnic po posameznih tematskih sklopih. Tematska srečanja so napisana posebej otroke in mladostnike in posebej za starše. Teme srečanj se prepletajo od psihoedukativnih, ki se nanašajo na pravilno prehranjevanje in gibanje, do učenja intervenc, ki otroke in njihove starše motivirajo in spodbujajo k večji samoučinkovitosti. Predstavljene so strategije, ki učijo spoprijemanja s čustvi in tehnike za pomoč v težkih trenutkih premagovanja ovir. Priročniku so dodani učni listi in dnevnik, ki ima namen, da udeleženci sledijo spremembam svojih navad.

2.4. Faza 4 – Prenos izkušenj pilotnega testiranja

Opis izvedenih aktivnosti, ki morajo biti skladne z zahtevami po pogodbi (faza 4).

- Opis izobraževalnega programa za izvajalce.

Z namenom implementacije opisanega programa smo izvedli izobraževanje bodočih izvajalcev programa. Namen izobraževanja je bil predstaviti program 5 4 3 2 1 0 GREMO. Predstavljena je bila vloga sodelujočih izvajalcev programa, izhodišča za vključevanje v program in vsebina programa. Predstavljena so bila izhodišča in pomen telesne vadbe v programu. Z namenom uspešnega vodenja skupin so bili udeleženci seznanjeni z veščinami, ki so v pomoč izvajalcem skupinskih srečanj. Kako pomagati družini pri spremembi navad in vzdrževanje motivacije za spremembo je bila naslednja tema izobraževanja. Program se je zaključil z učenjem in interpretacijo meritve in ocenjevanja telesne sestave. Vsem udeležencem programa je bilo razdeljeno učno gradivo in posredovan skupni elektronski naslov za izmenjavo izkušenj in pomoči v primeru dilem pri izvajanju programa.

Da se dostopnost vsebine programa približa ne samo izvajalcem, ampak vsem, ki se jih ta problematika dotika in morda še ne želijo vstopiti v program, pač pa želijo

zgolj pridobiti informacije, ki jim bi bile v pomoč, smo oblikovali spletno stran, kjer so na voljo osnovna vsebinska izhodišča od preprostih predlogov za kalorično uravnotežene obroke, prek idej za družinske izlete, do možnosti izmenjave med izvajalci, pa tudi med otroci, mladostniki ali njihovimi družinami, ki želijo pomoč pri obravnavi debelosti.

3. ZAKLJUČEK IN DISKUSIJA

- Strokovnjaki so si enotni, da je eden najpomembnejših ukrepov v zdravljenju debelosti njeno preprečevanje. Kljub temu, da je sporočilo tako enostavno, se je izkazalo, da pogosto temu ni tako. Če se debelost pri posameznih družinskih članih razvije, je treba ponuditi pomoč tako otroku ali mladostniku kot tudi njegovi družini, da skupaj s terapevtom – ob skrbi za motivacijo po spreminjanju in nato vzdrževanju novih navad –dosežejo normalizacijo telesne teže, kar omogoča program 5 4 3 2 1 0 gremo. Predstavljeni program predstavlja celostno obravnavo debelosti otrok s pomočjo multidisciplinarne in individualne obravnave otroka in njegove družine.
- Model se je izkazal za učinkovitega glede na znižanje ITM za tiste družine in njihove člane, ki so bili pripravljene uvesti vedenjsko spremembo prehranjevanja in gibanja. Ena od metodoloških težav je dejstvo, da se za vstop v program odločajo bolj motivirani udeleženci, še vedno pa ostaja odprto vprašanje, kako pristopiti do tistih otrok, obremenjenih z debelostjo, kjer starši in niti otroci nimajo uvida v problematiko debelosti in niso motivirani za spremembo. Vsekakor je treba pristopiti do tega problema na način, da vseeno pridemo v stik s posameznimi člani družine, morda do tistih, ki so bolj motivirani za spremembo navad, in prek njih spodbujamo začetne spremembe ostalih, manj dovzetnih družinskih članov.
- Povezava zdravstvenih domov, kjer naj bi program potekal, v povezavi s šolo in okolico, kjer otrok preživi večino svojega časa, je zagotovo mesto, kjer lahko združimo vse s tovrstnim problemom, tudi najbolj ranljive, na strokovno in cenovno učinkovit način.

VIRI

1. WHO. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Ur: Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2007. Dostopno na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf
2. http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/bilten_1_2013.pdf – Zbornik Skupaj za boljše zdravje otrok in mladostnikov – ohranjanje in zagotavljanje enakih možnosti ob obeležitvi 20-letnice Slovenske mreže zdravih šol, poglavje Zdrav življenjski slog 360 za dobro otrok, 12–19.
3. Strel J, Starc G, Kovač M. SLOFIT sistem – analiza telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine slovenskih osnovnih in srednjih šol v šolskem letu 2010/2011. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport; 2011.
4. Žemva B. Psihološka pomoč pri hujšanju. Debelost in motnje hranjenja. Ljubljana; 2000, 91–7.
5. 2. kongres klinične prehrane in presnovne podpore. M Gabrijelčič, Determinante debelosti, 52–63.
6. Freedman DS, Khan LK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson. Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: The Bagalusa Heart Study. Pediatrics 2001; 108: 712–8.
7. Van Dam RM, Willett WC, Manson JE, Hu FB. The relationship between overweight in adolescence and premature death in women. Ann Intern Med 2006; 145: 9–97.
8. Bratina N, Kotnik P, Bratanič N, Žerjav Tanšek M, Avbelj M, Kržišnik C, Battelino T. Nivojska obravnava čezmerne prehranjenosti, debelosti in dislipidemij pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji. Izbrana poglavja iz pediatrije. 2010; 23: 48–56.
9. Obesity in children and young people: prevention and lifestyle weight management programmes, National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2015. Dosegljivo na: http://www.nice.org.uk/guidance/cg189/chapter/1-recommendations#ftn.footnote_4.