

**ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE
NEGE SLOVENIJE
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE**



**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PEDIATRIJI**

ZBORNİK PREDAVANJ

**DEBELOST PRI OTROCIH
IN MLADOSTNIKI**



ŠMARTNO PRI SLOVENJ GRADCU, 06. MAREC 2009

**Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji
pri Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije**

DEBELOST PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI

Organizacijski odbor:

Andreja Černetič
Doroteja Dobrinja
Darja Treer
Gabriela Gabor
Andreja Doberšek
Jožica Trstenjak
Anica Vogel

Izdala: Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije –
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji,
Vidovdanska 9, Ljubljana

Tisk in prelom: Lotos d.o.o. Postojna

Naklada: 120 izvodov

Slovenj Gradec, marec 2009

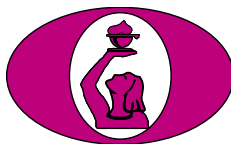
CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-056.257-053.2(082)

DEBELOST pri otrocih in mladostnikih : zbornik predavanj,
Šmartno pri Slovenj Gradcu, 6. marec 2009. - Ljubljana : Zbornica
zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev
medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije,
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji,
2009

ISBN 978-961-91314-9-7

244090880



**ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
SLOVENIJE**



**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH
TEHNIKOV V PEDIATRIJI**

ZBORNİK PREDAVANJ

DEBELOST PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKIH

ŠMARTNO PRI SLOVENJ GRADCU, 06. MAREC 2009

SPREMNA BESEDA ZBORNIKU

Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ.dipl.org.

Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič, Jadranska cesta 73, Ankaran

2008 je bilo posebno leto za Sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji. Obeležili smo 30 let delovanja sekcije, skupnega razvoja, druženja, razvijanja občutka pripadnosti k svoji specialnosti in prenašanju duha na mlade kolegice in kolege.

Uspelo nam je morda kar le redko komu.

Pred nami je novo obdobje sekcije in razvijanja stroke kjer bomo morale še bolj enotno nastopati in zagovarjati pediatrično zdravstveno nego ter delo z najmlajšo in najbolj občutljivejšo populacijo.

Zbornik govori o vplivih sodobnega načina življenja kot so: nezdravo okolje, slabe prehranske navade, pomanjkanje, emocionalni stres, veliki napor in nehygienski pogoji življenja na zdravje naših otrok. V uvodnem delu je predstavljena politika zdrave prehrane in nacionalne smernice, nato je predstavljen predlog preventivnega programa katerega je kolegica poimenovala otroški cindi program in bi ga bilo dobro vpeljati v zdravstveno vzgojni program vseh ustanov. Nato dva članka obravnavata otroka s prekomerno telesno težo, ki predstavlja enega najtežje rešljivih zdravstvenih problemov prav zaradi daljnosežnih posledic. Kolegica Zvezdana predstavlja iz dolgoletnih izkušenj transteoretični model spreminjanja Peochaskin in De Clemntejev, ki se odraža tudi v delu z otroci in mladostniki. Poudarja zdravstveno vzgojo in zelo pomembno vlogo medicinske sestre katero ne smemo nikoli pozabiti pri svojem delu.

Sledi prispevek kolegice Minje, ki predstavlja trenutno najaktualnejšo temo varnost otrok v bolnišnici. Ta zajema vse strukture sistema zdravstvenega varstva. Želi, da razumemo, da je temeljno načelo kakovosti zdravstvene storitve varnost, da je znotraj tega za medicinske sestre najbolj pomembna varna negovalna intervencija. Poudarja, da negovalna intervencija mora temeljiti na preventivnih postopkih, ki imajo za podlago sistematično analizo in so napravljeni po standardu ali internem protokolu. Po dolgoletnih izkušnjah v zdravstveni negi pravi, da je izrednega pomena, da se zdravstvena nega izvaja po dogovorjenih strokovnih smernicah, ki temeljijo na raziskovalnih in strokovno utemeljenih podatkih. Postopki postanejo standardizirani takrat, ko so strokovno dorečeni, varni, učinkoviti in

kot taki uporabni na različnih področjih zdravstvene nege. Standardni postopki v zdravstveni negi zadovoljujejo kriterije varnosti in dobrega počutja bolnika in medicinske sestre. To naj nam bo vodilo pri našem delu.

V nadaljevanju je predstavljen osnovni program zdrave prehrane in zdravega načina življenja v Centru za zdravljenje bolezni otrok, ki traja 3 tedne in v tem času skušajo naučiti otroka osnov zdravega načina življenja in prehranjevanja. En članek predstavlja usmerjen način prehranjevanja varovancev k obvladovanju telesne teže v CUDV Črna. En članek pa obravnava otroka, ki prihaja na redno letno kontrolo zaradi arterijske hipertenzije in debelosti, je kompleksna, saj se pregledajo vsi ogroženi organi: ledvice, mehur, ožilje, srce, oči, v redkih primerih pa tudi možgani in živčevje.

Iz prispevkov je razvidno, da se zavedamo vplivov sodobnega načina življenja na zdravje otrok in mladostnikov. Zavedati se moramo, da pediatrična zdravstvena nega mora temeljiti na preventivnih postopkih, dogovorjenih strokovnih smernicah, ki temeljijo na raziskovalnih in strokovno utemeljenih podatkih.



8.30 – 9.30 **Registracija**

9.30 – 10.00 **Kulturni program in pozdrav predsednice sekcije ter vabljenih gostov**

Moderatoriki: Beisa Žabkar, Anica Vogel

10.00 – 10.20 **Politika prehrane otrok in mladostnikov (7)**

Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ.dipl.org.

10.20 – 10.40 **Obravnava debelosti – pogled pediatra (13)**

Mihaela Nahtigal, dr. med., spec. pediatrije

10.40 – 11.00 **Predlog vsebine preventivnega zdravstveno-vzgojnega programa za preprečevanje dejavnikov tveganja pri otrocih s povečano telesno težo (19)**

Lea Verlak, dipl.m.s.

11.00 – 11.20 **Uspehi in neuspehi šole zdrave prehrane in gibanja za otroke in mladostnike (27)**

Zvezdana Vražič, dipl.m.s. in Veronika Stojič, dipl.m.s.

11.20 – 11.30 **Razprava in zaključek teme**

11.30 – 11.50 **Odmor s kavo**

Moderatoriki: Minja Petrovič, Nataša Godina

11.50 – 12.10 **Varnost otroka in mladostnika v bolnišnici (39)**

Minja Petrovič, prof.zdr.vzgoj.

12.10 – 12.30 **Problematika debelosti pri predšolskih otrocih (45)**

Jasmina Kamenčič, dipl.m.s.

12.30 – 12.50 **Obravnava otrok s prekomerno telesno težo na Kliničnem oddelku za endokrinologijo in presnovne motnje na Pediatrični kliniki Ljubljana**

Nataša Godina, zt

12.50 – 13.10 **Obravnava motenj hranjenja pri otrocih in mladostnikih na sekundarni zdravstveni ravni – prilike in omejitve (57)**

Cita Burnik, univ.dipl.psih., spec.klin.psih.

13.10 – 13.20 **Razprava in zaključek teme**

13.20 – 14.50 **KOSILO**

**Moderatorki: Ivanka Limonšek, Marija Zorec**

- 14.50 – 15.10 **Pristop k obravnavi debelosti pri osebah z motnjami v telesnem in duševnem razvoju**
Ivanka Limonšek dipl.m.s., univ.dipl.org.
- 15.10 – 15.30 **Osebe z motnjo v duševnem razvoju in prekomerna telesna teža (65)**
Dalja Pečovnik, dipl.m.s.
- 15.30 – 15.50 **Zdrava prehrana in zdrav način življenja v CZBO Šentvid pri Stični - prikaz primera (71)**
Marija Zorec, viš.med.sr., univ.dipl.org.
- 15.50 – 16.10 **Zdravstvena nega otroka s hipertenzijo in debelostjo - prikaz primera (75)**
Monika Pevec, dipl.m.s.
- 16.10 – 16.20 **Razprava in zaključek teme**
- 16.20 – 17.00 **Ogled letališča**
- 17.00 – 19.00 **UČNE DELAVNICE**
- 17.00 – 17.20 **Predstavitve in ogled Oddelka za pediatrijo Splošne bolnišnice Slovenj Gradec**
Danica Gašper, viš.med.ses., Anica Vogel, dipl.m.s.
- 17.20 – 17.40 **Ogled Centra za neonatologijo**
Mirjam Podstenšek, sred.med.ses., Zdenka Varšnik, sred. med. ses
- 17.40 – 18.00 **Čiščenje noska pri malemu otroku**
Marjetka Kašnik, dipl.m.s.
- 18.00 – 18.20 **Čiščenje in razkuževanje aparatov - inkubatorja**
Natalija Ramšak, dipl.m.s.
- 18.20 – 18.40 **Priprava novorojenca na fototerapijo in nameščanje zaščitnih očal – novosti**
Helena Lampret, dipl.m.s.

STROKOVNI ODBOR: Ivica Brumec, Ivanka Limonšek, Majda Oštir, Minja Petrovič, Beisa Žabkar, Anica Vogel.

ORGANIZACIJSKI ODBOR: Andreja Černetič, Doroteja Dobrinja, Darja Treer, Gabriela Gabor, Andreja Doberšek, Jožica Trstenjak.

PRESEDNICA SEKCIJE: Anica Vogel



POLITIKA ZDRAVE PREHRANE

Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ.dipl.org.

Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič

Tel.: 05 669 2009, e-mail: beisa.zabkar@guest.arnes.si

IZVLEČEK

Med odraslim prebivalstvom Slovenije se zdravo in pretežno zdravo prehranjuje le 22,9% ljudi, skoraj 60% pa jih ni redno telesno dejavnih. Otroci in mladostniki kažejo na naraščanje števila slabo hranjenih otrok (podhranjenih) ali prekomerno hranjenih v različnih starostnih skupinah. Strateški cilj področja zdravega prehranjevanja Strategije Nacionalnega programa prehranske politike za obdobje 2005 – 2010 je vzpostaviti in okrepiti prehranjevanje prebivalcev Slovenije. Medicinska sestra pri tem ima zelo pomembno vlogo.

KLJUČNE BESEDE

Otroci in mladostniki, strategija, zdrava prehrana

ABSTRACT

In adult population in Slovenia healthy and mostly healthy eat only 22,9% population, 60% is not regulary body active. Children and adolescents are demonstrating increasing numbrs of very badly nutrited children an children eat more then enough in different groups of age. Strategy aim in nutrition politic of Slovenian nation programm from 2005 until 2010 is to reestablish and build up nutrition of people in Slovenia. Pediatric nurses have very important rule.

KEY WORDS

Children, strategy, healthy food

Uvod

Zdravje naroda in kakovostno življenje posameznika je osnova razvoja vsake družbe. Naloga družbe je, da ustvari razmere in pogoje v katerih bo vsak posameznik lahko sprejel odgovornost za svoje zdravje in bo lahko skrbel za zdrav življenjski slog. Država je tista, ki zagotavlja zdravstveno varstvo ter skrbi za zdravje z oblikovanjem, sprejemanjem in izvajanjem politike, strategije in programov promocije zdravja. Ekonomsko breme bolezni, ki bi jih lahko preprečili ali omilili je v Sloveniji izjemno veliko. Zato sta krepitev in ohranjanje zdravja vse bolj v ospredju, v bodočnosti pa bosta dobila še bolj pomembno vlogo. Nezdrav življenjski slog je ključnega pomena pri nastanku kroničnih nenalezljivih bolezni ter pojavljanju zapletov pri njih. Izjemnega pomena pa sta zdrava prehrana in zadostna telesna dejavnost. Tako za preprečevanje kroničnih nalezljivih



bolezni kot zagotavljanju telesnega in duševnega razvoja otrok in mladostnikov. Problemi na področju prehrane in telesne dejavnosti se nanašajo na vse starostne skupine. Podatki o stanju prehranjenosti otrok in mladostnikov, ugotovljeni na sistematičnih pregledih kažejo na naraščanje števila slabo hranjenih otrok (podhranjenih) ali prekomerno hranjenih. Raziskave prav tako kažejo na nepravilno in nezdravo prehranjevanje (Maučec Zakotnik, 2006).

Slovenija skrbi za zdravje prebivalstva (politike, strategije, programi promocije zdravja), zato smo tudi dobili prehransko politiko. Sprejeta je bila Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010 na Vladi RS konec leta 2005. Le ta je svojim temeljnimi ciljem usmerjena v zagotavljanje varne hrane v celotni živilski verigi, vzpostavljanje, ohranjanje in krepitev zdravih prehranjevalnih navad prebivalcev Republike Slovenije ter zagotavljanje zadostne preskrbljenosti prebivalstva s kakovostno in zdravju koristno hrano pridelano in predelano na trajnostni način.

Dolgoročni cilj prehranske politike je doseganje prehranskih priporočil za vnos hranil pri vseh pri vseh starostih, družbenih in drugih skupinah prebivalcev Republike Slovenije, da bi dosegli optimalni učinek na zdravje z vidika zdrave prehrane. Doseganje srednjeročnih ciljev do leta 2010, ki so ambiciozni, bo pomembno zmanjšalo zdravstveno breme zaradi dejavnikov tveganja in kroničnih nenalezljivih bolezni ter s tem tudi gospodarsko breme države.

KLJUČNI PROBLEMI PRI PREHRANI DOJENČKA

Dojenje je najboljša prehrana otroka v prvem letu življenja. Sestava materinega mleka je najbolj ugodna za rast in razvoj otroka. Materino mleko varuje otroka pred mnogimi okužbami, predvsem pred črvesnimi obolenji, manj otrok ima alergije, manjša je obremenitev ledvic in zaradi svoje vsebnosti holesterola varuje pred povečanjem le tega v odrasli dobi in pred boleznimi srca (Logar-Car, 1999). Problemi pri dojenju so sledeči:

- nezadostni delež dojenih otrok,
- nezadosten informacijski sistem za spremljanje dojenja in zdravstveno – vzgojnih dejavnosti ob preventivnih pregledih,
- obseg, vsebine in metodologija zdravstveno – vzgojnega dela in kadra v šolah za bodoče starše niso poenoteni.

KLJUČNI PROBLEMI PRI PREHRANI OTROK IN MLADOSTNIKOV

V začetku šestdesetih let preteklega stoletja so v obravnavo debelost in začeli vključevati tudi spoznanje behavioralne teorije in terapije. Cilj vedenjskih obravnav je doseganje sprememb v prehranjevalnem vedenju in dvig telesne dejavnosti. Problem pa ostaja dolgoročna neučinkovitost. Družina je skupnost oseb na različnih stopnjah razvoja. Člani družine so povezani na različne načine in so med seboj odvisni. Vse, kar se dogaja z enim članom družine, se na različne načine zrcali na vseh ostalih. Vsaka sprememba, ki jo doživi družina kot celota, pusti v življenju vseh, ki družino sestavljajo, svojo posebno sled. Družina ponuja možnosti, spodbude in vzore za komunikacijo kot eno osnovnih sposobnosti potrebnih za življenje, ki jo človek razvije že v zgodnjem otroškem obdobju.



V družini je pomembno tudi izražanje čustev. O določenih stvareh se v nekaterih družinah molči. Največkrat gre za teme, ki bi vzbudile neprijetna občutja – tesnobo, zadrego, neugodje, prizadetost vseh ali le posameznih družinskih članov (Tomori, 1994). Naraščanje pogostosti debelosti v zadnjih petdesetih letih je nedvomno posledica sprememb v načinu življenja, predvsem zmanjšanje telesne dejavnosti in zvečanje ponudbe energijsko goste prehrane. Po nekaterih raziskavah naj bi genetsko ozadje prispevalo celo 60% nagnjenosti k debelosti (Battelino, 2006). Za vse nas v zdravstveni praksi je pomembno, da se zavedamo dejstva, da v splošni populaciji čezmerno prehranjenih in debelih otrok

- neredno in nezdravo prehranjevanje (izpuščajo zajtrk, premalo obrokov na dan, premalo mleka in mesa, preveč sladice in sladkih brezalkoholnih pijač),
- narašča delež čezmerno prehranjenih otrok in mladostnikov (nezdrava prehrana in prenizka stopnja telesne dejavnosti),
- narašča delež podhranjenih otrok ter otrok in mladostnikov z motnjami hranjenja,
- velik delež mladih ima slabo telesno samopodoba in uporablja različne diete.

CILJI PREHRANSKE POLITIKE

Srednjeročni cilji prehranske politike:

- povečati uživanje zelenjave za najmanj 30%,
- povečati uživanje sadja za najmanj 15%,
- zmanjšati povprečni delež zaužitih skupnih maščob za 20%
- zmanjšati povprečni delež zaužitih nasičenih maščob za 30%,
- povečati uživanje prehranskih vlaknin za 20%,
- povečati uživanje kalcija, da bi se tako za 25% zmanjšal delež prebivalstva, ki zaužije premalo kalcija (pod prehranskimi priporočili)
- povečati uživanje vitamina C za 15%
- zmanjšati količina dnevno zaužitega alkohola pri moških za 35% in ženskah za 20%
- zmanjšati delež odraslega prebivalstva, ki je čezmerno hranjen in debel (ITM>25 kg/m), za 15% in pri otrocih in mladostnikih za 10%
- doseči vsaj 60% izključno dojenost do šestega meseca otrokove starosti in vsaj 40% dojenost ob dopolnilni prehrani do prvega leta starosti

PRIDOBITVE ZA SLOVENIJO S PREHRANSKO POLITIKO

- oblikovanje in implementacije prehranskih standardov, normativov in smernic zdravega prehranjevanja za različne ciljne skupine
- izboljšanje ponudb zdrave prehrane v javnih zavodih in gostinsko turističnih obratih
- z dopolnitvijo izobraževalnih programov z vidika zdrave prehrane in zdravega življenjskega sloga za vse stopnje izobraževanja
- z intenziviranjem ozaveščanja in promocije varne in zdrave prehrane v vseh okoljih za splošno populacijo in še posebej za tiste skupine, ki so bolj ogrožene
- s spodbujanjem ponudbe zdravju koristne hrane v živilsko predelovalni industriji ter na trgu in preko prizadevanja za vzpostavitev in okrepitev lokalne trajnostne preskrbe s hrano



- dokument daje poseben poudarek socialno in ekonomsko ogroženim skupinam, prebivalcem ruralnega okolja, zdravstveno ogroženim ter bolnikom in oskrbovancem v bolnišnicah in domovih za starejše

STRATEŠKI CILJI PREHRANSKE POLITIKE

strateški cilji področja zdravega prehranjevanja strategije Nacionalnega programa prehranske politike za obdobje 2005 – 2010 je vzpostaviti in okrepiti prehranjevanje prebivalcev Slovenije. Vključuje dojenčke, nosečnice, otročnice, otroke, mladostnike, odraslo prebivalstvo ter skupine prebivalstva s posebnimi potrebami. Prehrani otrok in mladine v Resolucijo o nacionalnem programu prehranske politike in v akcijskih programih je posvečena posebna pozornost. Področja zdravega prehranjevanja v ciljnih skupinah: dojenčki, nosečnice in otročnice je usmerjeno v doseganje ciljev:

- izključno dojenje v prvih šestih mesecih življenja
- dojenje ob ustrezni dopolnilni prehrani do prvega ali drugega leta starosti
- vzpostavitev celovitega informacijskega sistema stalnega in rednega spremljanja pogostnosti dojenja in uvajanja dopolnilne prehrane ter dejavnosti, kadrov in finančnih potreb za uresničevanje ciljev, povezanih z dojenjem
- uveljavitev celovitega programa zdravstvene vzgoje za nosečnice, očete in otročnice
- poenotenje programov, standardov, evidentiranja in spremljanja zdravstvene vzgoje v zdravstveni dejavnosti

CILJI PROMOCIJE ZDRAVEGA PREHRANJEVANJA OTROK IN MLADOSTNIKOV

- izoblikovanje zdravih prehranjevalnih navad in odnosa do prehranjevanja pri otrocih in mladostnikih
- uvedbo sodobnih prehranskih standardov, normativov in priporočil v organizirano prehrano otrok in mladostnikov
- okrepitev znanja in veščin strokovnega osebja za načrtovanje in pripravo zdrave prehrane za otroke in mladostnike ter pripravo smernic za to populacijo
- sistemsko ureditev organizirane prehrane v srednjih šolah in dijaških domovih

VLOGA PEDIATRIČNE ZDRAVSTVENE NEGE PRI IZVAJANJU ZDRAVEGA PREHRANJEVANJA IN GIBANJA

Temelji zdravja in zdravega načina življenja se postavljajo v otroštvu in mladosti in vse, kar se dogaja v tem obdobju pozitivno in negativno ima daljnosežne posledice za poznejše življenje. Tudi, ko gre za prehranjevanje, se dobre in slabe navade oblikujejo v mladosti. Dobre navade, ki jih je človek sprejel v otroštvu in mladosti, najpogosteje ohrani tudi, ko odraste. Medicinska sestra je nosilka zdravstvene vzgoje v predšolskem in šolskem obdobju. V tem primeru govorimo o pediatrični zdravstveni negi. Medicinska sestra v pediatriji si prizadeva, da bi vsak posameznik pa tudi družba, sprejel zdravje za največjo vrednoto, izoblikoval pozitivna stališča do zdravja in jih tudi uresničil v življenju. Sodobna zdravstvena vzgoja se preusmerja od preprečevanja bolezni **k pospeševanju zdravja**. Z zdravstveno vzgojo skušamo vplivati in razviti aktivne ljudi (Hoyer, 1995). Sodobna



medicinska sestra v pediatriji se mora zavedati in poudarjati nenehno celotni družini kako pomemben je pozitiven odnos do zdravja in da to lahko dosežemo z zdravo prehrano in gibanjem.

ZAKLJUČEK

Zdrava prehrana otrok in mladostnikov je v fazi rasti in razvoja, je eden najpomembnejših dejavnikov varovanja zdravja. Poznavanje nacionalnega programa prehranske politike od 2005 do 2010 in smernic zdravega prehranjevanja v vzgojno izobraževalnih ustanovah je osnova, na kateri bomo zdravstveni delavci gradili svoja prizadevanja za ohranjanje in krepitev zdravja ter kakovosti življenja prebivalstva Slovenije.

LITERATURA

1. *Hoyer S. Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta. Ljubljana: tehniška založba Slovenije, 1995: 20-30.*
2. *Maučec Zakotnik J., Hlastan Ribič C., Poličnik R., Pavčič N., Štern B., Pokorn D., Nacionalni program prehranske politike od 2005 do 2010. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2005.*
3. *Pandel Mikuš R., Poljšak B., Funkcionalna hrana v prehrani, Obzor Zdr N 2005; 39: 201-202.*
4. *Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji. Vizija pediatrične zdravstvene nege in novosti na področju besežiranja. Zbornik predavanj. Portorož, 2005*
5. *Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji. Zdravo življenje otrok in mladostnikov z ogledom Fructala. Zbornik predavanj. Ajdovščina, 2006.*
6. *Gabrijelčič Blenkuš M., Pograjc L., Gregorič M., Adamič N., Čampa A., Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno – izobraževalnih ustanovah. Ljubljana, Ministrstvo za zdravje, 2005.*



OBRAVNAVA DEBELOSTI – POGLED PEDIATRA

*Mihaela Nahtigal, dr. med., spec. pediatrije
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec,
Oddelek za pediatrijo*

IZVLEČEK

Debelost pri otrocih in odraslih močno narašča zadnja desetletja. Podani so kriteriji ocene prehranjenosti otroka, najnovejša priporočila za zdravljenje debelosti na vseh nivojih zdravstvene obravnave. Podana so tudi priporočila za preventivne obiske otrok, priporočljivo pa je te vključiti tudi ob kurativnih pregledih. Pri obravnavi debelosti je velikokrat potrebno timsko delo. Starše in otroke je potrebno pravilno motivirati za uravnavanje telesne teže otroka.

UVOD

Slovenski šolarji gibalno vse manj sposobni (1); predebelih je tretjina otrok med sedmim in desetim letom (2); raziskava o vplivu oglaševanja hrane in pijače otrokom (3); to so le nekateri članki, ki opozarjajo na vse večji pomen debelosti. Debelost je namreč skokovito narasla v zadnjih desetletjih, tako pri odraslih, kot pri otrocih. Povsod se srečujemo z najrazličnejšimi nasveti o »čudežnih« dietah, »zdravi« prehrani, postopkih za preoblikovanje telesa, ... Ob vseh teh »uspešnih metodah« pa debelost še vedno narašča. Ljudje si želijo shujšati, vendar na hiter način, brez spremembe načina življenja. Ravno slabe prehranjevalne navade, uživanje hitre, visoko kalorične hrane in sladkih napitkov, telesna neaktivnost, ... so osnovni razlogi za povečanje debelosti.

PREVALENCA DEBELOSTI

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) je bilo leta 2005 400 milijonov ljudi pretežkih v svetu, čez 10 let bo ta številka večja za 75% (4). Za Slovenijo so s strani WHO podatki za leto 2001. Pretežkih je bilo 63,5% žensk in 65% moških, normalen indeks telesne mase pa je imelo približno četrtno moških in žensk (4). Podatke o debelosti objavlja tudi IOTF (International Obesity Taskforce). Po njihovih podatkih je bilo leta 2002 pretežkih 22% fantov in 27,5% deklet starih od 2 – 15 let (6).

Tudi v Evropi se delež debelih ljudi neprestano zvišuje. Izrazito povišanje je zaznati po letu 1980. V južnih delih Evrope je pretežkih več šolarjev kot na severu Evrope (6). Delež pretežkih šolarjev je najvišji v Ameriki, nižji v Evropi, še ugodnejši pa na Bližnjem in Srednjem Vzhodu (6).

PREHRANJENOST OTROKA

Otrokov telesni razvoj ocenjujemo z merjenjem telesne višine in telesne teže. Te podatke nato uvrstimo v percentilne krivulje glede na spol. Vsako odstopanje od percentilne



krivulje kaže na nepravilnosti. Indeks telesne mase (ITM) pa poda informacijo o stopnji prehranjenosti otroka.

$ITM = \text{telesna teža (kg)} / \text{telesna višina (m)}^2$.

- Stopnje prehranjenosti delimo glede na vrednosti ITM:
- podhranjenost (ITM pod 5. percentilo)
- normalne teža (ITM od 5. do pod 85. percentilo)
- prekomerna teža (ITM od 85. do pod 95. percentilo)
- debelost (ITM nad 95. percentilo).

V Sloveniji nimamo izdelanih lastnih percentilnih krivulj za ITM. Dosegljive so s strani WHO na njihovi spletni strani (4) ali na spletni strani Centers for Disease Control (CDC) (5). Zaradi boljšega razumevanja se priporoča ob prikazu otrokove prehranjenosti staršem, da so ta percentilna območja tudi različno obarvana.

OBRAVNAVA OTROKA S PREKOMERNO TELESNO TEŽO IN DEBELOSTJO

Pediatri se na vseh (primarnem, sekundarnem in terciarnem) nivojih srečujemo s problemom prekomerne telesne teže in debelosti. Včasih je to osnovni problem, še večkrat pa je nanj potrebno opozoriti ob drugih težavah v sklopu celovite obravnave otroka. Na primarnem nivoju se ocenjuje prehranjenost ob sistematskih pregledih, zaželjeno pa bi bilo, da bi to bilo tudi ob kurativnih pregledih. Tudi na sekundarnem nivoju se oceni stopnja prehranjenosti, poskusi z motivacijo za ustrezno uravnavanje telesne teže. Možno je timsko delo vključno s klinično psihologinjo. Ob izraziti debelosti z možnimi posledicami (sladkorna bolezen), možnem genskem ali endokrinološkem vzroke, pa je otrok napoten na terciarni nivo.

Pri obravnavi otroka s prekomerno telesno težo, debelostjo so pomembni podatki, ki jih dobimo pri *anamnezi, kliničnem statusu* in nato tudi v usmerjenih *laboratorijskih preiskavah*. V **anamnezi** dobimo podatke o:

- *osebni anamnezi* (perinatalni podatki – zahiranost, nedonošenost,...; dosedanjih boleznih - težje bolezni, operacije, glavoboli, motnje spanja; dosedanjem telesnem razvoju otroka - podatki o telesni teži in višini v različnih starostnih obdobjih),
- *družinski anamnezi* (prehranjenosti družinskih članov; boleznih, ki so posledica oz. dejavnik tveganja pri debelosti),
- *prehrambeni anamnezi* (število in razporeditev obrokov, vrsta zaužite hrane, vrsta tekočine) vključno s podatki o vsakodnevni fizični aktivnosti, času preživetem za TV in računalnikom.

Pomemben je tudi podatek o dosedanjih poskusih zniževanja teže. Ob tem pa so pomembne pridružene psihološke in čustvene motnje.

Klinični status vsebuje:

- izmerjeno telesno višino, težo, izračunan ITM
- obseg pasu, kožne gube (pri otrocih še ni normativov)



- meritev krvnega pritiska
- oceno porazdelitve maščob (visceralno maščevje!), strije, akantozna
- ostali somatski status.

Laboratorijske preiskave zajemajo osnovne hematološke preiskave vključno z jetrnimi encimi, jonogramom; celoten lipidogram, krvni sladkor, OGTT vključno z inzulinom.

Na osnovi zbranih podatkov in ocene motivacije poskušamo narediti načrt za uravnavanje telesne teže, ki vsebuje konkretna individualna navodila otroku in staršem. V kolikor je možno, se vključi tudi klinična psihologinja.

PRIPOROČILA ZA OBRAVNAVO OTROK

American Medical Association (AMA) je lansko leto objavilo priporočila za zdravljenje debelosti pri otrocih:

- vsaj enkrat letno je potrebno pri otroku izmeriti telesno višino, težo, izračunati ITM, kar se nato uvrsti v percentilne krivulje,
- za doseganje in vzdrževanje normalne telesne teže se priporoča vsaj 60 minutna zmerna do večja fizična aktivnost, če je možno, vse dni v tednu,
- svetovati otrokom, da ne pijejo več kot 1 kozarec sladkih pijač (sadni sokovi, sadne pijače, energetske napitke, ledeni čaji, vode z okusom),
- svetovati družini, da omeji čas, ki ga otroci (družina) preživijo za TV, računalnikom (nad dve uri dnevno ali manj),
- priporočati, da otroci uživajo čim manj hitre hrane (le enkrat tedensko),
- svetovati družini, da obroke jedo skupaj, če je možno, vse dni v tednu (7).

Ob obisku izbranega zdravnika, se priporoča, da ta oceni prehrabene navade in telesno aktivnost, vključno z uživanjem sladkih pijač. Ob tem se podajo tudi navodila kako izboljšati telesno težo. Ob tej oceni morajo biti vključeni podatki o družinski anamnezi - debelosti in pridružene bolezni. Pri oceni je pomemben klinični pregled, določene laboratorijske storitve. Zaradi naraščanja debelosti pri otrocih je vse več zapletov (metabolični sindrom, drugi zapleti – respiratorni, visceralni, ortopedski, dermatološki, nevrološki zapleti, hormonske motnje in psihosocialne posledice) (8).

K prekomerni telesni teži in debelosti otroka prispeva pogosto uživanje nezdrave hrane, velike količine sladkanih pijač, količinsko veliki obroki, neredni obroki, vključno z izpuščanjem zajtrka, uživaje hrane z visoko energijsko vrednostjo, pogosti sladki prigrizki, mali vnos sadja in zelenjave. Ob tem so ti otroci pogosto premalo telesno aktivni, preveč časa pa preživijo pred TV in računalnikom.

Priporočila za obravnavo otrok s prekomerno težo in debelostjo obsegajo štiri nivoje.

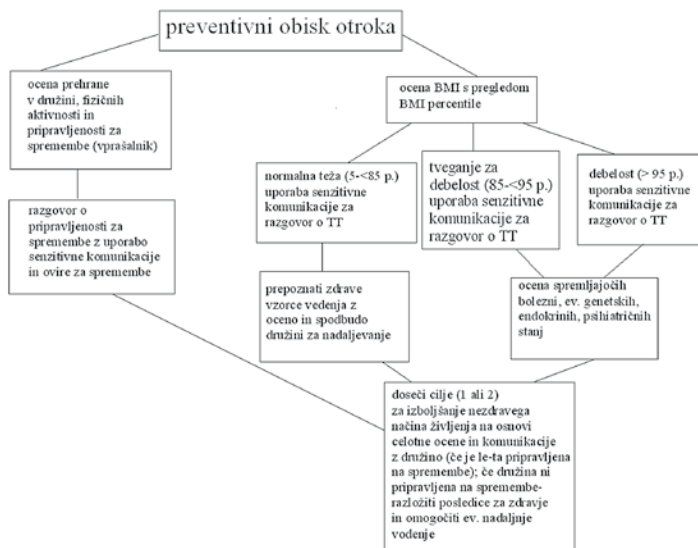
1. nivo (preventivni): podajo se priporočila glede zdravega prehranjevanja in telesne aktivnosti, z mesečnimi kontrolami. V kolikor se ITM ne izboljša v 3-6mesecih sledi naslednji nivo.
2. nivo: priporočila so že natančnejša, vključujejo nižje energetske hrane, več balastnih snovi, redne obroke, povečano telesno aktivnost (nad 60min. na dan), omejitev gledanja TV in računalnika na do 1uro dnevno. Če se ob rednih kontrolah ITM v 3-6 mesecih ne



izboljšša, se preide na naslednji nivo.

3. multidisciplinarna obravnava s strožjimi navodili.
4. nivo: obravnava v terciarnem centru (priporočena za zelo debele otroke oz. za otroke z debelostjo in sočasno pridružene bolezni).

Pri otrocih, kjer je telesna teža normalna, je potrebno podati navodila za nadaljnje vzdrževanje telesne teže. Ob hujšanju se priporoča postopna izguba telesne teže (mladostniki- do 2kg na mesec, pri mlajših pa je to manj oz. je včasih dovolj tudi vzdrževanje trenutne teže v naslednjih mesecih ob rasti).



Slika 1: Postopki obravnave ob obisku otroka na primarnem nivoju.

Pri obravnavi otrok so nam lahko v pomoč različni vprašalniki, pomembno je pravilno vodenje razgovora in načrt za postopke obravnave pri vsakem otroku (slika 1) (9).

Uspešno uravnavanje telesne teže je možno le s spremenjenim načinom življenja, z ustrežno prehrano in primernim gibanjem. V današnjem ritmu življenja je nujna dobra organizacija. Vse pogosteje se ugotavlja, da uživajo otroci precej industrijsko pripravljene hrane. Če kuhamo sami, je lahko v prehrani večji delež zeleno listnate zelenjave, uporabi se lahko manj sladkorja, soli, nasičenih maščob. Obroki so lahko narejena iz polnozrnatih izdelkov, pustega mesa, rib, pripravljene v sopari. Pozorni moramo biti, da otrok ne nagrajujemo s sladicami in nezdravo hrano, raje uporabimo sadje ali zdrave aktivnosti kot nagrado. Tudi pri telesni dejavnosti morajo biti starši vzor za aktiven življenjski slog. Zaželjeno je ukvarjanje z rednim športom in dejavnostmi, v katerih uživa vsa družina. S tem se zmanjša čas preživet za televizijo in računalniškimi igracimi.



ZAKLJUČEK

Kot zdravstveni delavci in starši se moramo zavedati, da smo vzor otrokom na vseh področjih. S pravilnim usmerjanjem glede prehrane in preživljanja prostega časa lahko dosežemo čimboljši telesni in psihosocialni razvoj otroka, ki bo uspešen v življenju. Preprečili bomo težave, ki nastanejo s prekomerno telesno težo in debelostjo otrok.

LITERATURA:

1. Zdravstveno informativni bilten ZIB (28.9.2008). Dosegljivo na : <http://www.zib.si>
2. Cehnar J. Predobelih je tretjina otrok med sedmim in desetim letom. Večer (7.10.2008) Dosegljivo na : <http://www.vecer.si>
3. Zdravstveno informativni bilten ZIB (19.11.2008). Dosegljivo na : <http://www.zib.si>
4. World Health Organization Dosegljivo na : <http://www.who.int/mediacentre>
5. Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). Dosegljivo na: <http://www.cdc.gov/growthcharts>
6. International Obesity Taskforce. Dosegljivo na: <http://www.who.int/childhoodobesity.asp>
7. AMA Recommends 4-Stage Approach to Treatment of Childhood Obesity. Dosegljivo na: <http://www.medscape.com/viewarticle/577665>
8. Gregorič A., Marčun Varda N. Metabolični sindrom pri otrocih. XVII. srečanje pediatrov v Mariboru in IV. srečanje medicinskih sester zbornik. 2007. Strani (15-76).
9. Eliana M. Perrin, Joanne P. Finkle and John T. Benjamin: Obesity prevention and the primary care pediatrician's office. *Current Opinion in Pediatrics*, 2007, 19:354-61.



PREDLOG VSEBINE PREVENTIVNEGA ZDRAVSTVENO-VZOJNEGA PROGRAMA ZA PREPREČEVANJE DEJAVNIKOV TVEGANJA PRI OTROCIH S POVEČANO TELESNO TEŽO

Lea Verlak, dipl. m. s.

*Zdravstveni dom dr. A. Drolca Maribor,
Služba za zdravstveno varstvo predšolskih otrok*

IZVLEČEK

Temeljna naloga zdravstvene nege v družbi je pomoč posameznikom, družinam in skupinam, da izkoristijo svoje fizične, mentalne in socialne potenciale in da lahko delujejo tudi znotraj okolja, kjer živijo in delajo.

To zahteva, da medicinske sestre opravljajo naloge, ki pospešujejo in ohranjajo zdravje, kakor tudi naloge, ki preprečujejo ogrožanje zdravja.

Sodobno zasnovan dispanzer za otroke je inštitucija, ki zbira vse podatke o zaupani populaciji in usmerja dispanzersko doktrino ter delo v širšem regionalnem pomenu. Opravlja vso izven bolnišnično zaščito dojenčkov, malih in predšolskih otrok.

Vsem, tako zdravnikom kot medicinskim sestram, ki delujemo v dispanzerju za otroke je skupna skrb za uresničitev temeljnega cilja našega poslanstva. To je skrb za krepitev zdravja otrok, učenje zdravega načina življenja in motivacija svojcev.

Glede na zgoraj navedeno pripada veliko nalog in skrbi delu medicinskih sester v zdravstvenem teamu. Paleta opravil, ki jih opravlja medicinska sestra v dispanzerju za otroke je zelo obsežna. Praktično je ni naloge, v kateri medicinska sestra ni aktivno udeležena. Izrednega pomena pa je komunikacija in zdravstveno vzgojno delovanje.

Medicinska sestra ima torej posebno vlogo v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja ter vrnitvi zdravja, zato menim, da je delo medicinske sestre na področju preventive in s tem tudi pomen zdravstvene nege na področju preventive zelo pomembno.

Varovanje zdravja otrok je najpomembnejše področje javnega zdravstva v vsaki družbi. Skrb za zdravje otrok je prednostna naloga vsake sodobne družbe. Predstavlja osnovo za zagotavljanje zdravja vseh ljudi in daje možnosti za krepitev najboljših sposobnosti vsakega posameznika, za ohranjanje telesnega in duševnega zdravja, ter dobrega počutja. S tem se zagotavlja varovanje zdravja otrok in večje možnosti za preprečevanje morebitne obolevnosti in invalidnosti.

V okviru nacionalnega programa CINDI Slovenija že dolgo poteka promocija in osveščanje ljudi, s konkretnimi akcijami in programi. Tako v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini že potekajo zdravstveno vzgojni programi za preprečevanje dejavnikov tveganja, ki pa so žal namenjeni le odrasli populaciji.

OTROK IN ZDRAVJE



dan za dnem nas mediji seznanjajo s podobami, ki prikazujejo blišč in bedo življenja na našem planetu. Ponujajo nam vzorce življenja, recepte za uspešnost, gradijo idole, v medijsko orbito pošiljajo iluzijo resničnega sveta.

Zadnje čase se veliko govori in piše o zdravju in zdravem načinu življenja, ki človeka bogati v vsej njegovi razsežnosti. Vendar pa zdravje ni nekaj samo po sebi umljivega. Ohraniti zdravje, oziroma ozdraveti po bolezni, ni tako lahko. Pogosto so potrebni napor, delo, prizadevanja, pogosto mnogo ljubezni in truda, da to dosežemo, vendar pa je zgolj želja premalo.

Prav vsi moramo skrbeti za svoje zdravje, vsi starši pa za zdravje svojih otrok. »Otroci so naše največje bogastvo!« »Zdravje otrok nam je prva skrb!« Kolikokrat beremo in slišimo takšna zagotovila. Zdravstvena služba sama ne bo nikoli kos tem nalogam. Prav vsi moramo skrbeti za svoje zdravje, vsi starši pa za zdravje svojih otrok. Ta skrb pa zahteva znanje.

Otrokovo osebnost oblikujejo predvsem dom in družina, vrtec in šola ter njegovo širše okolje. Največjo vlogo v otrokovem življenju odigrajo starši, ki lahko otroku privzgojijo veliko dobrega pa tudi slabega, tako na psihičnem, telesnem in tudi na socialnem področju. Če se začne že v tem obdobju z nezdravimi navadami se škodljivosti kopičijo in v zrelem življenjskem obdobju pride do bolezni, ki so glavi vzrok smrti v razvitem svetu, to so poleg rakastih bolezni, predvsem bolezni srca in ožilja. Ravno zato je izrednega pomena znanje, ki ga starši pridobijo že v obdobju pričakanja otroka, kakor tudi v celotnem obdobju otrokovega odraščanja. Vse to med drugim omogoča organiziranost zdravstvene službe, z zdravstveno vzgojo in preventivnimi dejavnostmi.

Ko otroci pridejo na svet, se večini staršev "svet obrne na glavo". Zemlja ni več del veselja, ki mu vlada sonce. Na zemlji je novo središče veselja - otrok. In prav je tako. Da bi le vsi otroci bili deležni take pozornosti, ki bi jim dalo varno zatočišče in trdno izhodišče za vse življenje.

Današnji svet postaja vse bolj nezdrav, ogroženost zdravja je iz dneva v dan vse večja. Čas v katerem živimo mi in naši otroci, briše ločnico med biti in imeti, potem boš srečen in ljubljen. Vplivi sodobnega načina življenja - nezdravo okolje, slabe prehrabene navade, pomanjkanje, emocionalni stres, veliki napor in nehijski pogoji življenja - vsi po vrsti negativno vplivajo na rast in razvoj naših otrok.

OTROK IN PREVELIKA TELESNA TEŽA

enega največjih problemov v procesu rasti in razvoja pri otrocih zagotovo predstavlja prevelika telesna teža z vsemi svojimi negativnimi vplivi in posledicami.

Dejavniki tveganja za nastanek kroničnih bolezni (prevelika telesna teža, povišane vrednosti maščob v krvi, slaba motorična koordinacija itd.) se popolnoma razvijejo šele z leti, zato je velikega pomena pravočasno, zgodnje odkrivanje in preprečevanje le the. To pa seveda najuspešneje dosegamo s preventivnimi pregledi pri predšolskih in šolskih otrocih in z ustreznimi ukrepi.

Odgovornost za ohranjanje zdravja naj bi se namreč začela oblikovati že v zgodnjem otroštvu. V središče procesa je postavljen otrok, posledično govorimo o tem, da morajo



zdrav način življenja z vzgledom in z vzgojo ter izobraževanjem pričeti vsi, ki za tega otroka skrbimo; starši, vzgojitelji, ter zdravstveni delavci, kot pomoč v preventivi za zdravje naših otrok.

Zdravstvena preventiva in vzgoja si prizadevata, da bi vsak posameznik, pa tudi družba sprejel zdravje za največjo vrednoto, izoblikoval pozitivna stališča do zdravja in jih tudi uresničil v življenju.

Posameznik mora poznati dejavnike, ki imajo pozitiven vpliv na zdravje in ti so predvsem pravilna prehrana, telesna aktivnost, duševna stabilnost in ravnotežje med delom, sprostitvijo in počitkom.

PROMOCIJA ZDRAVJA IN PREPREČEVANJE DEJAVNIKOV TVEGANJA PRI OTROCIH - »OTROŠKI CINDI PROGRAM«

V okviru nacionalnega programa CINDI Slovenija že dolgo poteka promocija in osveščanje ljudi, s konkretnimi akcijami in programi. V osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini so tako že uveljavljene različne delavnice promocije zdravja, katere zajemajo vsa področja dejavnikov tveganja. Ti programi oz. delavnice pa so žal namenjeni le odrasli populaciji.

Dolžnost vsakega izmed nas je, da skrbimo za svoje zdravje in ga poskušamo ohranjati, otrokom pa je treba to odgovornost privzgojiti. Pomembno je, da jih naučimo kaj je zanje zdravo in kaj ni. To je njihova pravica, dolžnost nas odraslih pa je, da jih tega naučimo. Seveda pa ni dovolj, da smo jim samo učitelji, biti jim moramo tudi dober zgled za zdrav način življenja. Zato je potrebno, da bi zdravstveni delavci v preventivni program vzgoje in izobraževanja vključili konkretnije cilje, ki bodo pripomogli k izboljšanju zdravja naših otrok.

V ta namen bi bilo potrebno oblikovati in pripraviti preventivni zdravstveno vzgojni program za promocijo zdravja in preprečevanje dejavnikov tveganja pri otrocih. Potekal bi lahko v obliki predavanj, učnih delavnic in dela v skupinah. Namenjen bi bil staršem, otrokom, vzgojiteljicam in učiteljem, saj se nemalokrat zgodi, da se vzgoja doma in v vrtcu ali šoli razlikuje pri določenih usmeritvah, zato bi s sodelovanjem vseh odgovornih za zdravje naših otrok morali oblikovati kontinuiran proces preventivnih dejavnosti. Potekal bi pod vodstvom diplomirane medicinske sestre, ki bi osvetlila probleme današnjih zdravstvenih težav otrok in jih seznanila z dejavniki tveganja za nastanek kroničnih bolezni v kasnejšem, odraslem obdobju.

Starši bi v vodenih aktivnostih aktivno sodelovali, ob določenih usmeritvah bi z nekajkratnimi srečanji analizirali in spremljali svoje ugotovitve, izkušnje in mnenja. Tako bi zdravstveni delavci prišli do povratnih informacij, kako so starši sprejeli konkretno usmerjanje, preverjanje in upoštevanje navodil, napotkov itd. Na tak način bi starši usmeritve uporabljali v družini, vzgojiteljice in učitelji v vrtcih in šolah in otrok bi osvajal aktivnosti za zdravje tako doma kot tudi izven svojega doma. Ob povratnih informacijah in analizah pa bi staršem lahko ponudili še kakšnega drugega strokovnjaka, ki bi jim osvetlil še kakšno vsebino.

Vsebina takšnega preventivnega programa bi bila vsekakor namenjena in prilagojena našim



najmlajšim. Namen tega preventivnega programa bi bila pomoč pri procesu osvajanja zdravega načina življenja in spreminjanja življenjskega sloga, ki je v povezavi z dejavniki tveganja za zdravje in vpliva na nastanek bolezni.

Udeleženci (otroci, starši, vzgojitelji...) bi spoznali osnovna načela zdrave prehrane otroka, pomen telesne aktivnosti pri otroku, uravnavanje telesne teže pri otroku s povečano telesno težo in spoznali bi dejavnike tveganja za zdravje pri otrocih. Pridobili bi znanje in motivacijo za vključitev v učne delavnice, ki bi poglobljeno obravnavale promocijo zdravja in dejavnike tveganja.

Program bi se lahko izvajal v za to določenih in opredeljenih zdravstveno vzgojnih centrih, ki bi bili organizirani v okviru primarnega zdravstvenega varstva. Predavanja, učne delavnice in delo v skupinah bi lahko potekalo v dispanzerjih za predšolske in šolske otroke, ob ali po sistematičnem pregledu. Program bi lahko pripravili in izvajali zdravstveni delavci.

Organizirana bi lahko bila predavanja in učne delavnice za delo v velikih skupinah, na primer predavanje in učna delavnica na temo promocija zdravja in dejavniki tveganja in predavanja in učne delavnice za delo v več manjših skupinah, na primer delavnica zdrave prehrane, delavnica za telesno dejavnost-gibanje ipd.

Prednostni področji tega preventivnega zdravstveno vzgojnega programa za otroke pa bi zagotovo morali biti :

1. zdrava in varovalna prehrana, ter razvoj prehranskih navad pri otroku
2. telesna dejavnost - pomembnost gibanja

Ad.1

POMEN TEGA PODROČJA V PREVENTIVNEM PROGRAMU

Otroke moramo že od njihovega zgodnjega otroštva navajati na pravilno prehrano, ker jim bomo s tem omogočili normalen razvoj in zmanjšali dejavnike tveganja za razvoj bolezni. Optimalna rast in skladen razvoj vseh organskih sistemov sta mogoča le, če otrok uživa zdravo prehrano. Pojem »zdrava prehrana« danes vključuje pravilno sestavo prehrane glede na potrebe razvijajočega se organizma po posameznih sestavinah hrane, vključuje pa tudi kulturo prehranjevanja.

Hrana gradi otrokov organizem, saj daje telesu »zapis« za zdrav psihofizični razvoj. Dober »zapis« bomo dosegli takrat, kadar bo otrokova prehrana raznolika in količinsko primerna glede na njegove potrebe.

PREDLAGANAVSEBINA PROGRAMA OZ .UČNIH DELAVNIC

- pomen zdrave prehrane za zdravje in normalen razvoj otroka - zdrava prehrana kot varovalni dejavnik zdravja
- nezdrava prehrana kot dejavnik tveganja za nastanek bolezni pri otroku
- prehranski vzorec Slovencev- česa je preveč in česa premalo v prehrani naših otrok
- kaj zdrava (uravnotežena) prehrana otroka
- trije glavni vidiki zdravega prehranjevanja otroka : režim prehrane, izbor zdravih živil, pravilna priprava hrane



- prehranska piramida, skupine živil, enote živil, izbor zdravih živil pri otroku
- zdrav krožnik, zdrav obrok (zastopanost posameznih živil na otrokovem krožniku)
- uživanje tekočine pri otroku
- zdravo prehranjevanje zunaj doma (vrtec, šola)

AD. 2

POMEN TEGA PODROČJA V PREVENTIVNEM PROGRAMU

Gibanje je primarna biološka potreba in je bistvenega pomena za otrokov naravni razvoj. Gibanje vpliva na celotni gibalni aparat, na okostje oziroma kakovost sestave kosti, saj se s povečanim gibanjem poveča tudi količina kalcija in drugih mineralov v kosteh, s tem pa dosežemo večjo trdnost, kar je dober kapital za celo življenje.

Gibanje vpliva na sklepe, na mišice, saj se mišična masa ob dejavnosti poveča, hkrati pa se zmanjša količina podkožnega maščevja.

Gibanje pozitivno vpliva tudi na razvoj intelektualnih sposobnosti. Bolj ko je gibanje kompleksno, bolj vključuje tudi miselne procese. Gibanje preprečuje tudi marsikatero vedenjsko težavo. Otroci s telesno dejavnostjo in kasneje s športom pridobijo pozitiven odnos do družbe in vrstnikov, razvijejo samostojnost, strpnost, vztrajnost, sposobnost objektivne presoje pri izbiri ciljev in še mnogo za kakovostno življenje pomembnih lastnosti.

Že dolgo je znano, da je primerna telesno-vzgojna aktivnost otrok lahko učinkovito preventivno sredstvo. Vemo, da telesno dobro razvit in utrjen otrok oboleva manj. Nenazadnje pa je treba poudariti tudi to, da je zadostna telesna aktivnost poleg dietne prehrane edino učinkovito sredstvo za zmanjšanje povišanih vrednosti holesterola v krvi.

PREDLAGANA VSEBINA PROGRAMA OZ. UČNIH DELAVNIC

- koristnost gibanja za zdravje otroka
- telesna dejavnost kot varovalni dejavnik zdravja otrok
- telesna nedejavnost kot dejavnik tveganja za druge dejavnike tveganja in nastanek bolezni pri otroku
- motivacija otroka za telesno dejavnost - šport
- kakšna in koliko telesne dejavnosti v določenih otroških obdobjih koristi zdravju otroka glede pogostosti, intenzivnosti in trajanja
- zmerna in intenzivna telesna dejavnost otroka
- kontraindikacije za (predvsem intenzivno) telesno dejavnost otroka oziroma previdnostni ukrepi
- navodila za varno vadbo otrok
- uravnoteženost vadbe, vrste telesne dejavnosti pri otrocih (aerobna vadba, vadba za moč, raztezanje)
- načini vključevanja redne telesne dejavnosti otroka v njegov življenjski slog
- ocena telesne zmogljivosti posameznega otroka
- spremljanje telesne zmogljivosti otroka
- kdaj in kako vključiti otroka v aktivni šport in spoznavanje zvrsti športa



ZAKLJUČEK

gotovo je želja vsakega posameznika v Sloveniji vzgajati in vzgojiti zdravega, normalno razvitega in primerno izobraženega otroka. Le-ta naj ne bi imel ne preveč, ne premalo, strogo medicinsko in statistično naj bi bil znotraj normalnih vrednosti za dobo in spol. Vemo pa tudi, da je danes samo takšen otrok, mladostnik in človek kos izzivom modernega časa.

Da bi se želje uresničile oziroma, da bi dosegli zastavljene cilje pa je potrebna predvsem dobra zdravstveno vzgojna preventiva že v zgodnjem otroškem obdobju, seveda ob uspešni motiviranosti staršev oziroma skrbnikov in vzgojiteljev.

Vsak otrok potrebuje za zdrav in normalen razvoj ljubezen in skrb odraslih, imeti mora toplo, čustveno, bogato in zdravo okolje, ki ga obdaja.

Otrok se šele uči živeti, to pa od njega zahteva veliko. Zato se trudimo po svojih močeh, da mu zagotovimo varno in zdravo življenje.

Sledenje in svetovanje pravilnega načina življenja naših otrok naj ima za rezultat preljubo ljudsko modrost :« Kar se Janezek nauči, to Janezek tudi zna«. Koliko pa bomo pri tem delu uspešni pa je odvisno od dobre priprave preventivnega zdravstveno vzgojnega programa, dobre organizacije in uspešne motivacije.

Naš cilj naj torej bo, da naj »ZDRAV SLOVENEK« v bodoče postane vrednota slehernega državljana.

Torej poskusimo živeti zdravo in z nami naj zdravo živijo tudi naši otroci.

○ AVTORICI:

Lea Verlak, diplomirana medicinska sestra, 25 let zaposlena na Dispanzerju za otroke v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor. 3 leta sem glavna medicinska sestra Dispanzerja za otroke, od lanskega meseca oktobra pa sem tudi glavna medicinska sestra Organizacijske enote Varstvo otrok in mladine.

**LITERATURA:**

1. *Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1997. Kancler K., Rutar S. Dispansary of Children. XIX. Internacional Congress of Pediatrics. Paris, 1989.*
2. *Kisner N., Rozman M., Klasinc M., Pernat S. Zdravstvena nega. Maribor: Založba Obzorja, 1998.*
3. *Kržišnik C., Kuhar M., Bracar Štrukelj P. Dispanzerska obravnava otrok in mladostnikov nekdanj in danes. Zbornik predavanj. Maribor, 2000.*
4. *Kržišnik C. Nekateri klinični vidiki patološke in enostavne debelosti pri otrocih in mladostnikih. Zbornik predavanj. Maribor, 1992.*
5. *Macarol Hiti M., Bracar P., Kirar I., Truden Dobrin P. Nacionalni preventivni programi v otroškem in mladinskem zdravstvenem varstvu - vloga inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije. Slov Pediatr 2000; 7: Suppl 1: 16-23.*
6. *Mancelj M.M. Odgovornost za zdravje- interes države ali posameznika. Zdrav Var 1995; 187-188.*
7. *Mardešić D. i suradnici. Pedriatrija. Zagreb: Školska knjiga, 2000.*
8. *Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije - Zdravje za vse do leta 2004, Uradni list RS 2000; 49: 6650 -76.*
9. *Potokar A. Potreba otrok po gibanju. Mama. Ljubljana, 2001; 20-23.*
10. *Verlak L. Vloga medicinske sestre pri sistematičnem pregledu petletnega otroka. Diplomaska naloga. Maribor, 2003.*



USPEHI IN NEUSPEHI ŠOLE ZDRAVE PREHRANE IN GIBANJA ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE

Zvezdana Vražič, dipl.m.s., spec. klinične dietetike, Veronika Stojić, dipl.m.s.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Oddelek za promocijo zdravja, OE VOM Dispanzer za šolske otroke in mladino – COMR

IZVLEČEK

Delo zdravstvenih delavcev naj bi se merilo le z uspehi. Ni pa vse naše delo odvisno le od nas in našega prizadevanja. Velik pomen ima sodelovanje vseh udeležencev v procesu spreminjanja življenjskih navad. Vloga zdravstvenega tima je usmerjanje, svetovanje in pomoč pri iskanju lastne poti vsakega posameznika.

Peochaskin in De Clemntejev transteoretični model spreminjanja ima pet stopenj, ki se odražajo tudi pri delu z otroki in starši v Šoli zdrave prehrane in gibanja za otroke in mladostnike. Od stopnje pripravljenosti tako staršev kot otrok je odvisno, koliko bodo uspešni in koliko bo vidno naše delo in pomoč pri njihovem spreminjanju življenjskih navad v zvezi zdravo prehrano, kakor tudi z gibanjem.

Zavedamo se, da so dobre prehranske navade in želja po gibanju, plod trdega dela in prizadevanja vseh udeležencev procesa spreminjanja v času dela skupine in tudi pozneje, ko se individualno srečujemo z odraščajočimi otroki in mladostniki, ter njihovimi starši.

Ključne besede: proces spreminjanja, debelost, otrok, mladostnik, starši.

1. Uvod

Problemi prehranjevanja in obravnavanje nepravilnih vzorcev hranjenja so eden od pomembnih nalog dispanzerske obravnave otrok, mladostnikov kakor tudi odraslih.

Prekomerna prehranjenost oziroma debelost pri otrocih in mladostnikih predstavlja enega najtežje rešljivih zdravstvenih problemov prav zaradi daljnosežnih posledic. Zdravljenje debelosti je dolgotrajen proces, ki zahteva temeljite spremembe prehranjevalnih navad in telesne dejavnosti.

Debelost je ena izmed kroničnih bolezni, ki narašča, zato moramo vse svoje delovanje usmeriti v njeno preprečevanje. Veliko vlogo pri tem imajo starši, ki so svojim otrokom zgled in hkrati prvi učitelj. Poseben pomen zdravstvene vzgoje pa posredujemo vsi zdravstveni delavci na vseh ravneh zdravstvenega varstva (Koperc, 2002).

V letu 2003 se je v okviru Dispanzerja za šolske otroke in mladino Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, sestala »pilotska« skupina mladostnikov s težavami s preveliko



telesno maso (težo). Pod nazivom: Ambulanta za motnje hranjenja– Skupina za zdravljenje debelosti oziroma »Skupina za samopomoč pri hujšanju otroka oz. mladostnika«. V strokovno delo s skupino smo vključili zdravnika specialista šolske medicine, dietetika in diplomirano medicinsko sestro.

Glede na izkušnje predhodnih poskusnih skupin in Cindi programa za odrasle, smo se odločili za program osemnajstih srečanj, katere smo zaradi izkušenj skrčili na šestnajst.

2. ZDRAVLJENJE DEBELOSTI

Debelost dobiva razsežnost pandemije, potekajo številne organizirane preventivne dejavnosti po vsem svetu, ki pa zaenkrat nimajo vidnih uspehov. Debelost je kronična bolezen. Zdravljenje je dolgotrajno, zajema fazo hujšanja in veliko daljšo in zahtevnejšo fazo vzdrževanja telesne teže.

Dobre prehranske navade so plod trdega dela, ki se začinja v zgodnjem življenjskem obdobju z izborom zdrave hrane, ki jo na mizo prinašajo starši. Prehranjevalni vzorci se torej oblikujejo v rosnem otroštvu in se ponavljajo v kasnejšem življenju posameznika. Spreminjanje slabih navad v prehrani je težko in dolgotrajno delo, ki ne zagotavlja nujno uspeha (Koch, april 2002).

Prvi korak v zdravljenju je ozaveščanje, nato motivacija in posameznikova odločitev za hujšanje. Sledi načrtovanje in zastavljanje realnih – dosegljivih ciljev, npr. izguba 5-10% izhodne teže. Ta cilj zagotavlja izboljšanje zdravja, metabolične urejenosti, zmanjšanje dejavnikov ogrožanja za srčno-žilne bolezni in boljšo življenjsko kakovost (Pfeifer, 2006).

Cilj lahko dosežemo samo s celostnim pristopom, kar pomeni *spremembo življenjskega sloga, svetovanje o prehrani in redna telesna dejavnost*.

Spremembo življenjskega sloga dosežemo takrat, ko prepoznamo skupaj z otrokom ali mladostnikom napačne vzorce prehranjevanja in gibanja, zaradi katerih se je zredil, jih razumemo tako mi, kot mladostnik, le-te odpravimo in pomagamo otroku oz. mladostniku, da pridobi nove vzorce, ki mu bodo omogočile izgubo in vzdrževanje telesne teže. K temu spadata nov način prehranjevanje in redna telesna dejavnost, ki naj postaneta otrokova oz. mladostnikova stalnica. Med hujšanjem, posebno pa čas po tem, ko telesno težo vzdržuje, potrebuje tako otrok kot mladostnik in seveda tudi starši oporo, spodbudo in razgovore v kriznih obdobjih. To vlogo prevzame zdravstveni tim v skupini, pozneje pa imajo otroci in mladostniki možnost rednih kontrol telesne teže in individualnih svetovanj enkrat ali večkrat mesečno po potrebi.

Pri redni telesni dejavnosti se nagibamo k individualnem načrtovanju in se držimo načela postopnosti, s čimer želimo doseči telesno dejavnost 30 do 90 minut na dan. Priporočeno je ciklično gibanje (hoja, tek, plavanje, kolesarjenje) zmerne intenzivnosti (porast pulza na 110 do 140 udarcev na minuto, glede na starost in zdravstveno stanje bolnika). Svetujemo povečanje telesne aktivnosti pri vsakodnevnih opravilih – pešačenje v šolo, hoja po



stopnicah, vožnja sobnega kolesa med gledanjem televizije. Poudarjamo velik pomen telesne dejavnosti in osvojitve gibalnih navad kot osnovne potrebe, ki pomaga dolgoročno vzdrževati doseženo težo.

Glavni cilj zdravljenja debelosti pri otrocih, je otroka in starše naučiti zdrave prehrane in telesne dejavnosti. To je zahteven in dolgotrajen proces, ki zahteva korenite spremembe ne samo pri otroku, ampak tudi v družini sami. Dosežemo pa lahko samo tako, če se bodo starši in otrok zavedli napačnega hranjenja in telesne nedejavnosti in ju bodo pripravljeno spremeniti. Za uspešnost zdravljenja je pomembno, da pričnemo čim bolj zgodaj, vendar ne pred tretjim letom starosti, saj vemo, da tveganje za trajno debelost narašča z otrokovo starostjo.

V programu zdravljenja mora sodelovati vsa družina in vsi, s katerimi otrok živi ali skrbi za njega v odsotnosti staršev.

Zelo pomembna je tudi otrokova odločitve, pripravljenost na spremembe, katere so potrebne za znižanje telesne teže, sicer bo zdravljenje zaman.

Pri otrocih in odraslih sta prehrana v povezavi s telesno dejavnostjo temelja zdravljenja debelosti. Za čim večjo učinkovitost našega delovanja moramo natančno raziskati otrokove prehranjevalne navade (kje se hrani, število in sestava obrokov, prigrizki med obroki, količina in vrste popite tekočine), natančno moramo poznati otrokovo dosedanje udejstvovanje pri različnih telesnih dejavnostih, kar pripomore, da poiščemo možne poti za učinkovito porabo energije.

Prvi ukrep pri zdravljenju otrok in mladostnikov s preveliko telesno težo, je vzdrževanje le te, kar lahko dosežemo že z zmernimi spremembami v prehrani in telesni dejavnosti. Kadar otrok dlje časa ohrani nespremenjeno telesno težo, se njen presežek z rastjo manjša.

Telesno težo je treba zniževati počasi in postopno. Kalorične potrebe se pri posamezniku zelo razlikujejo, zato je potrebno prilagoditi prehrano vsakemu posamezniku.

Na osnovi podatkov o njegovi starosti in telesni teži iz tabel izračunamo otrokove dnevne kalorične potrebe. V pomoč so nam tudi podatki o prehranjevalnih navadah in zapisi jedilnikov, na podlagi katerih ocenimo dosedanja dnevni kalorični vnos. Dnevni vnos zmanjšamo za približno 30%, kar pomeni od 300 do 500 kcal.

Z uravnoteženo hipokalorično prehrano, ki vsebuje 1200 do 2000 kcal, postopno znižamo telesno težo za približno pol kilograma na teden. Zaželeno je, da se telesna teža ne znižuje hitreje kot pol kilograma na teden ali 1 do 2 kilograma na mesec.

S tem je otrokom, kljub spremenjeni prehrani, omogočimo normalno rast, preprečimo izgubo nemaščobnega tkiva (mišic) in zmanjšamo možnost nastanka zapletov, ki se lahko pojavijo ob pretirano hitrem padcu telesne teže.

3. SPREMINJANJE ZDRAVSTVENO TVEGANIH VEDENJ

Motivacija je pomemben del obravnave otrok in mladostnikov s čezmerno telesno težo. Vemo, da največ kandidatov »izgubimo«, še preden nam jih uspe vključiti v programe



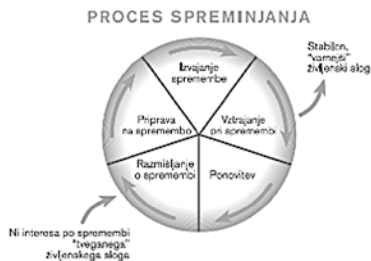
hujšanja. Večinoma so ljudje do sprejemanja odločitve o spremembi ambivalentni. Nekateri ne vidijo, da bi bilo z njihovim vedenjem kaj narobe, mislijo da je ustrezno, normalno in učinkovito. Pri drugih pa je ambivalenca pogojena z njihovo pasivno vlogo v življenju in tako tudi pri odnosu do hujšanja, saj porečejo: »tu sem, ozdravite me«. Pogosti vzrok temu je tudi, da posameznik oceni, da je pot do spremembe pretežke, da tega ne bo zmožni in velikokrat je temu tudi vzrok predhodna negativna izkušnja.

Vsak posameznik ima svoje specifično tvegano vedenje, usidrano v njegovo osebnost in delovanje. Pri spreminjanju vedenja ne gre za hitro in nam logično odločitev, temveč za proces.

Pomembno je, da prepoznamo posameznikovo mesto v procesu spreminjanja, da ga ne prehitavamo, temveč z ustreznimi motivacijskimi strategijami spodbujamo napredovanje. V nasprotnem primeru samo krepimo posameznikov odpor in neželjeno obrambno delovanje, prihaja do prekinitve sodelovanja ali pa do zgolj navideznega sodelovanja v obravnavi (Vidmar, Pogorevc, 2006).

Pri vzpostavljanju in dvigovanju motiviranosti za spremembe moramo pri otrocih in mladostnikih posebno pozornost nameniti tudi staršem. Spremenjeno vedenje pri otroku zahteva spremembo vedenja in stališč tudi pri starših. Od nas zahtevajo vzporedno delo z enim in drugim ter uglasitev obojih v procesu spreminjanja (Vidmar, Pogorevc, 2006). Peochaskin in De Clemntejev transteoretični model spreminjanja se odraža tudi v delu z otroci in mladostniki, kateri so se skupaj s starši odločili, da poskrbijo za zdrav način življenja, spremembo življenjskega sloga.

Stopnja spreminjanja je odvisna ne le od seznanitve s problematiko in starosti otroka. Družino lahko dobimo na različni stopnji pripravljenosti sodelovanja. S poznavanjem tega modela, je delo s posameznikom in v skupini lažje, saj se zavedamo tako mi, kot slušatelji, da je potrebno upoštevati na kateri stopnji se le-ta nahaja in se zavedati, da so vse stopnje med seboj enakovredne.



Slika 1. Proces spreminjanja

0. stopnja - Prekontemplacijska stopnja – ne razmišljajo o spremembi.
1. stopnja - Kontemplacijska stopnja – razmišljanje o spremembi



2. stopnja - Priprava na spremembo
3. stopnja - Izvajanje spremembe – akcijska stopnja
4. stopnja - Vztrajanje pri spremembi
5. stopnja - Ponovitev – Relaps

3.1 PREKONTEMPLACIJSKA STOPNJA – NE RAZMIŠLJAJO O SPREMEMBI

Na prekontemplacijski stopnji (kontemplacija – poglobljeno razmišljanje, razglabljanje o kaki stvari) so ljudje neinformirani ali premalo informirani o zdravstvenih škodljivostih vedenja ali demoralizirani zaradi predhodnih neuspešnih poizkusov spreminjanja vedenja. Ne nameravajo se spreminjati v prihodnjih šestih mesecih. Izogibajo se razmišljanju, pogovoru ali branju o svojem tveganem vedenju. Druge teorije jih imenujejo nemotivirane ali celo odporne na spremembo. Tradicionalni programi promocije zdravja nimajo metod za prilagajanje potrebam teh skupin ljudi. Kot je dejal GK Chesterton: "Ni problem, da ne vidijo rešitve, ampak da ne vidijo problema".

Kako ravnamo: Najprej ovrednotimo stopnjo (ne)pripravljenosti na spremembo. Jasno se opredelimo: »Odločitev je vaša.« Spodbudimo samooceno sedanjega vedenja. Spodbudimo samoraziskovanje, ne spodbujajmo akcije. Enostavno pojasnimo strokovna stališča o tveganju in tveganju dodajmo osebno noto glede na osebo, ki ji svetujemo.

Primer iz prakse: Ob sistematičnih pregledih šolski zdravniki ugotovijo stopnjo prehranjenosti otrok. Otroka seznanijo s stanjem prehranjenosti in obvestijo tudi starše. Veliko jih ob prejemu pokliče, ker še niso bili seznanjeni s strani otroka, da ga je šolski zdravnik napotil na skupino, ali pa pokličejo in povedo, da po njihovem mnenju čezmerna prehranjenost ali debelost otroka ni težava in jih na skupino ne bo. Pogosto se tako zgodi, da niti otroci niti starši ne uvidijo, da čezmerna prehranjenost in debelost ni samo estetska, ampak tudi zdravstvena težava. Veliko otrok je bilo že tudi v kakšni podobni skupini ali na bolnišničnem zdravljenju, so zaradi dosedanjega neuspeha nezadovoljni in ne najbolj pripravljeni na spremembo.

3.2 KONTEMPLACIJSKA STOPNJA

Ljudje se pripravljajo na spremembo nekako v prihodnjih šestih mesecih. Na kontemplacijski stopnji se ljudje bolj zavedajo pozitivnih posledic sprememb, vendar tudi njihovih negativnih posledic. Tehtajo koristi, ki jih bo sprememba prinesla, in napore oziroma stroške (v denarju, času, stroške vložene energije, psihološke, čustvene stroške), ki jih bo sprememba terjala. Razmišljajo o reakcijah okolja. Razmišljajo o lastnih zmogljivostih pri spreminjanju vedenja. Ravnotežje med prednostmi in slabostmi lahko povzroča globoko ravnodušnost in lahko ljudi zagozdi oziroma paralizira na tej stopnji. Traja lahko različno dolgo; včasih preide v stanje ambivalence oziroma kronične kontemplacije, imenovane tudi »vedenjsko obotavljanje, prokrastinacija«. Tudi na tej stopnji še niso pripravljeni na klasične akcijsko naravnane programe.



Kako ravnamo: O vedenju se pogovarjamo v kontekstu bolnikovega zdravja. Ne bodimo nestrpni, nikogar ne silimo v spremembo. Upoštevajmo negativne čustvene odzive in odpore na zunanje pritiske. Vzpostavimo zaupanje, pogovarjamo se odkrito. Pokažimo razumevanje za težave v zvezi z vedenjem in ovire, ki otežujejo spremembo vedenja. Pomagajmo najti in podpreti nova, pozitivna pričakovanja o posledicah spremembe – povečajmo zaznane koristi spremembe. Vplivajmo na zmanjšanje zaznanih ovir in neželenih stranskih učinkov spremembe. Opozorimo na ugodne učinke v okolju. Ne opredeljujemo “najboljše poti spremembe”; vsak jo opredeli sam glede na svoje potrebe in zmožnosti. Primernost takega pristopa je podrobneje opisal (Rollnick).

Primer iz prakse: Pri nekaterih starših se po prejemu vabila na skupino »Šola zdrave prehrane za otroke in mladostnike« pojavljajo dvomi in vprašanja. So pa tudi takšni, ki šele s prihodom vabila začnejo uvidevati težavo, ki jim je sicer vsak dan pred očmi.

3.3 PRIPRAVA NA SPREMEMBO

Ko človek pretehta napore, ki so potrebni za doseg spremembe, in zares verjame, da je sprememba možna in tudi vredna truda, se prične pripravljati na spremembo. Običajno načrtujejo spremembo v roku enega meseca, saj se že pojavljajo skrbi zaradi nezdravega vedenja. Pogosto pri njih opazimo, da so v letu dni že izvedli kakšno pomembno dejavnost v tej smeri. Običajno imajo kakšen načrt, npr. da bi obiskali kakšen tečaj, poiskali svetovalca, se pogovorili z zdravnikom, poiskali ustrezno literaturo ali pa si izdelali lastne pristope. Primerni so za takojšnjo vključitev v akcijske programe na področju vseh tveganih vedenj, povezanih z zdravjem.

Kako ravnamo: Posebej pohvalimo določitev za spremembo. Podpremo pripravo akcijskega načrta. Pomagamo pri odkrivanju in razvrščanju možnosti za spremembo vedenja. Pomagamo pri odkrivanju ovir in njihovi odpravi. Pomagamo pri pridobivanju ustreznih veščin za spremembo vedenja. Pomagamo vzpostaviti socialno podporo. Vključimo ljudi iz bližnjega socialnega okolja (družino, društva,..) in drugega vplivnega socialnega okolja (vzornike, idole,..). Neagresivno uporabimo socialni pritisk (»koncept konstruktivne krivde«).

Primer iz prakse: Priprava na spremembo se začne, ko se starši in otroci (ali najprej samo starši) odločijo, da bodo z otrokom prišli na skupino. Odločitev staršev je za uspeh zelo pomembna, saj brez njih ni možno delati z otrokom. Spremeniti morajo tudi model obnašanja, prehranjevanja in gibanja, ne le pri otroku, ampak tudi v družini.

Otroci so v različnih stopnjah pripravljenosti na spreminjanje, saj je to odvisno tudi od starosti otroka, ko se vključi v skupino. Tudi nekateri starši mislijo, da niso oni tisti, ki bi morali kaj spremeniti, in je skupina »čarobna palčka«. Velikokrat se srečamo z zanikanjem, odklanjanjem in mnogimi vprašanji staršev »Kako naj to naredim?, Kako naj otroku rečen NE?, Kako...? Kako...?« Zato se na prvem srečanju predstavimo, pogovorimo,



motiviramo, razpravljamo in upamo, da uspemo vzpodbuditi tako starše kot otroke, da pridejo na naslednje srečanje.

3.4 IZVAJANJE SPREMEMBE – AKCIJSKA STOPNJA

Označuje jo očitna sprememba vedenja. Traja od tri do šest mesecev. Ranljivost za ponovitev tveganega vedenja je na tej stopnji velika. Najpomembnejša sprememba je vzpostavljen nadzor nad lastnim vedenjem.

V prvih dneh drugačnega življenjskega sloga so potrebne pozitivne odločitve, da lahko delamo stvari drugače. Nekateri ljudje morajo - začasno, če ne stalno - spremeniti tudi druge videze svojega življenjskega sloga, da se lahko ločijo od stare razvade (npr. ljudje, ki želijo opustiti kajenje, ne hodijo v gostilno ali druge prostore, kjer je kajenje pogostejše). Na tej stopnji so pogoji za uspeh: jasen cilj, realen načrt, podpora in nagrade.

Kako ravnamo: Zavarujemo in podprimo samozaupanje pri premagovanju ovir. Pomagajmo pri premagovanju občutkov izgube zaradi ugodnosti prejšnjega vedenja in poudarjamo dolgoročne prednosti sprememb. Osredotočimo se na konkretne spodbude (nematerialne, včasih materialne nagrade). Opozorimo na možnost uporabe samonagrajevanja in samokaznovanja. Vključujemo in poudarjamo pozitiven odziv socialnega okolja. Opozorimo na nadzor nevarnih dražljajev.

Pogosto to fazo enačijo z izvršeno vedenjsko spremembo – vendar je to primerno le tedaj, ko je sprememba tolikšna, da v resnici pomeni zmanjšano tveganje za zdravje.

Primeri iz prakse: Delo v skupini traja štiri mesece in tudi kasneje še ni končano. Veseli smo, ko ugotovimo, da so nekateri pripravljani na spremembe. To pa zahteva od strokovnjakov ogromno znanja, saj so vprašanja staršev in otrok zelo natančna in obsežna.

Spoznanja, da ne delajo vsega narobe in je mogoče veliko narediti z majhnimi koraki, so ključ dobre komunikacije s starši in z otroki. Pomembno je poudarjati, da zdrava prehrana ne pomeni odrekanja, ampak pravilen raspored obrokov, jesti vsega po malem in si kdaj »privoščiti« tudi kakšen pregreho v obliki čokolade, sladic in hitre hrane. Ker jim ne vzamemo vsega in jih vzpodbujamo, je odziv pozitiven in v tej fazi so res pripravljani na učenje.

Pri našem delu si pomagamo z anketnim vprašalnikom, ki ga udeleženci izpolnijo ob prihodu, in je pokazatelj prehranskih in gibalnih navad otroka in družine. Pogosto opazimo, da je pomanjkanje gibanja velik problem otrok s čezmerno telesno težo. Skoraj nihče se ne giblje več, kot je nujno potrebno. Večinoma gledajo televizijo in se igrajo z računalnikom. Starši dobijo težko nalogo, da omejijo gledanje televizije in igranja z računalnikom na 1 do 2 uri na dan in vzpodbujajo otroke, da prosti čas preživijo v igri na prostem in se pričnejo ukvarjanju s športi.



V vsem času skupinskega dela za vsakega otroka ali mladostnika skupaj s starši in otrokom iščemo rešitve za povečanje telesne dejavnosti in možnosti vključevanja k športnim aktivnostim, ki bi otroka zanimala. Tudi doma lahko marsikaj naredimo. Večinoma so družine opremljene z določenimi športnimi pripomočki (npr. steper, ipd.), zato predlagamo, da to aktivnost združijo, npr. z gledanjem televizije. Pri tem seveda poudarimo pomen vadbe na svežem zraku. Vzpodbujamo tudi skupne telesne aktivnosti družine (nedeljski sprehodi, kolesarjenje, fitnes, ipd.) in jih ob zaključku skupaj peljemo na pohod.

3.5 VZTRAJANJE PRI SPREMEMBI

Oseba, ki v procesu spreminjanja opusti staro razvado, se mora na nov način obnašanja navaditi. O tej stopnji govorimo po šestih mesecih od spremembe, nekako naslednjih pet let. Ko se nove navade dobro utrdijo, gre oseba iz procesa spreminjanja v dolgotrajni, "varnejši" življenjski slog. Včasih je težko vztrajati pri novi obliki obnašanja in upiranje spremembi lahko traja kar nekaj časa. Takrat zahteva oseba neprestano pozornost in podporo, da se prepreči "ponovitev" oz. povrnitev v prejšnjo obliko obnašanja ("relaps").

Kako ravnamo: Pomagamo pri izdelavi načrta spremljanja. Pomagamo pri razreševanju problema kognitivne disonance. Krepimo samozavest, prepričanje vase. Pogovorimo se o možnosti obrambe pred vrnitvijo v tvegano vedenje. Poudarjajmo prednosti vzdrževanja. Poudarjajmo slabosti vračanja v tvegano vedenje. Spomnimo na koncept samonagrajevanja.

PRIMER IZ PRAKSE:

Ob zaključku skupine se od naših otrok in mladostnikov ne poslovimo, saj se zavedamo, da je vztrajanje pri spremembi še težje, kot pa doseganje cilja. Povabimo jih na ponovni obisk vsakih štirinajst dni ali enkrat na mesec, kakor ocenimo, da je potrebno. Po tehtanju se z vsakim tudi pogovorimo, da ugotovimo, kako mu gre, zakaj je morda prišlo do ponovnega porasta telesne teže oziroma kako mu je uspelo telesno težo obdržati. V primeru, da ugotovimo, da so se težave vrnile, se z takšnim otrokom srečujemo bolj pogosto, individualno in v spremstvu staršev.

3.6 PONOVI TEV - RELAPS

Včasih, ko posameznik ne more vztrajati pri spremembi, se vrne k starim razvadam. Vzroki za to so različni. Ravnotežje med naporji za vzdrževanje spremembe in njenimi koristmi se lahko zaradi določenih sprememb v življenju le tega obrne tako, da le ta sprememba ne sprejema več kot koristno. Včasih ni prejela ustrezne podpore okolja/posameznika, zato ji je bilo pretežko pri njej vztrajati. Ponovitev je sestavni del procesa spreminjanja. Mnogo ljudi kasneje zopet pomisli, da bi se ponovno spremenili in pri nekaterih obstaja tveganje za vrnitev v prejšnje vedenje še po več desetletjih.

Kako ravnamo: Ugotovimo in ovrednotimo sprožilce ponovitve. Ponovno ocenimo stopnjo motivacije in ovire za vzdrževanje. Načrtujemo močnejše obrambne strategije.



Primer iz prakse: Kadar ugotovimo, da se otrok in starši niso držali navodil in niso prihajala na nadaljnjo individualno obravnavo po zaključeni skupini, ter dobimo občutek, da so »vse pozabili« predlagamo, da se ponovno vključijo v skupino.

4. ZAKLJUČEK

Ljudje se pomikajo naprej in nazaj v krogu spreminjanja in se zadržujejo na vsaki stopnji različno. Običajno gredo tisti ljudje, ki se uspešno spremenijo, skozi vse stopnje. Avtorja tega modela sta izjavili: "Morda kje obstajajo posamezniki, ki uspešno preskočijo več faz v procesu spreminjanja, na primer iz stopnje prekontemplacije na stopnjo vztrajanja, vendar jih mi še nismo našli. Z veliko verjetnostjo lahko napovemo, da obstaja pri posameznikih, ki skočijo v proces spreminjanja brez primerne priprave, velika verjetnost ponovitve." (Prochaska, DiClemente, Velicer in Rossi, 1992).

Svetovna zdravstvena organizacija ugotavlja, da sta domače in šolsko okolje, ki podpirata otroka pri zdravi izbiri živil, verjetno zelo pomemben varovalni dejavnik zdravega prehranjevanja, ki zmanjšuje tveganje za razvoj debelosti. Prepričljiva varovalna dejavnika sta redna telesna dejavnost in visok vnos dietnih vlaknin. Prepričljiva dejavnika tveganja za razvoj debelosti pa telesna nedejavnost in visok vnos energetsko gostih in hranilno redkih živil.

Izredno velika vloga dispanzerja in zdravstvenih delavcev, tako zdravnika kot medicinske sestre je, da redno in tvorno sodelujeta s svojim zdravstvenovzgojnim delovanjem v šolah in vrtcih.

Zdravstvena vzgoja je temeljni del našega dela v dispanzerju, ki ji damo še večji poudarek v času izvajanja sistematičnih pregledov, v okviru katerih imamo za to dejavnost že vnaprej odmerjen čas. V okviru ambulant, namenjenih otrokom z motnjami v prehranjevanju, pa je zdravstvena vzgoja temeljni del dela z mladostniki in otroki. Z roko v roki poteka delo dietetika, zdravnika in diplomirane medicinske sestre. Prekriva se svetovanje zdravnika in dietetika z zdravstvenovzgojnim delom medicinske sestre.

Delo medicinske sestre v primarnem zdravstvenem varstvu je nenehno zdravstvenovzgojno svetovanje in ne samo to: naš vzgled v javnosti je zelo pomemben, saj nas otroci in mladostniki kakor tudi odrasli opazujejo. Pomembno je, da jim pokažemo in dokažemo, da tisto, kar govorimo, tudi sami upoštevamo.

Naša opažanja so enaka, kot jih lahko razberemo iz različnih raziskav, saj tudi me pri vsakodnevnem delu opažamo, da so prehranjevalne navade naših otrok in mladostnikov slabe. To pa pomeni, da pojedjo preveč ogljikovih hidratov in maščob, na drugi strani pa premalo sadja in zelenjave.

Glede na vprašalnike in iz pogovora z otroki in mladostniki ter starši v naših skupinah za otroke s preveliko telesno težo pa ugotavljamo, da vzorec nepravilnega prehranjevanja prinesejo od doma, da se tudi starši nepravilno prehranjujejo in ne najdejo rešitve iz tega začaranega kroga, saj velikokrat sami niso pripravljeni na spremembe, ker sami nimajo



težav s telesno težo ali drugimi dejavniki tveganja. Veliko težavo vidimo v tem, da se je delovni čas staršev spremenil in podaljšal, delo šol, vrtcev in ostalih ustanov pa ne. Tako se otroci velikokrat prehranjujejo kakor kdo ve in zna – sploh srednješolci.

Želimo si, da bi družba dojela, da se je problematika debelosti v zadnjih letih drastično povečala in se iz leta v leto povečuje, tako med otroki kot med mladostniki.

Zato se zavzemamo za družbeno podporo preventivnih programov *Šol zdrave prehrane in zdravega hujšanja za otroke in mladostnike*, saj v tem vidimo pomoč in ne rešitev problema prevelike telesne teže celih generacij.

O AVTORICAH:

Zvezdana Vražič, dipl.m.s., spec. klinične dietetike, delam kot Koordinatorica oddelka za promociji zdravja v ZD MB in kot dietetik v skupini otrok s preveliko telesno težo, ki deluje v okvirju Dispanzerja za šolske otroke in mladino na OE VOM ZD MB kot Šola zdrave prehrane in gibanja za otroke in mladostnike. Vloga dietetika ni samo prehransko svetovanje, ampak tudi vodenje skupine skozi področja telesne aktivnosti in gibanja, kot vodnice Nordijske hoje.

Veronika Stojić, dipl.m.s., delam v Centru za otroke z motnjami v razvoju na Dispanzerju za šolske otroke in mladino, kjer trenutno opravljam tudi funkcijo glavne medicinske sestre dispanzerja. V šoli zdrave prehrane in gibanja za otroke in mladostnike pa delujem kot koordinatorica, katera zbere število prijav na podlagi seznamov, ki jih dobi od timov izbranih šolskih zdravnikov. Oblikuje eno ali dve skupini glede na starost otrok (nižji razredi, višji razredi, srednješolci, študentje). Z vabilom jih povabi na srečanje, kamor prihajajo otroci in mladostniki skupaj s starši. Delo medicinske sestre se nenehno dopolnjuje z delom zdravnika specialista šolske medicine in dietetika tako na praktičnem kot na teoretičnem področju...

**LITERATURA:**

1. Alcalay, R., Bell, A.R.: *Promoting Nutrition and Physical Activity through Social Marketing: Current Practices and Recommendations*. Center Prevention and Nutrition Section California Dept. of Health Services. California, 2000. Dostopno na: <http://socialmarketing-nutrition.ucdavis.edu/publications.htm#review1> (10.2.2009).
2. Andreasen, A. R.: *Marketing Social Change: Changing Behaviour to Promote Health, Social Development, and the Environment*. Georgetown University, Washington DC. Jossey-Bass, San Francisco, 1995.
3. Koperc Z., *Zdravstvena vzgoja staršev in otrok s prekomerno telesno težo*. Strokovni seminar Pediatrične sekcije Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Motnje presnove in motnje prehranjevanja pri otrocih. Zbornik predavanj, 2002.
4. Maučec Zakotnik J., *Prekomerna telesna teža, Nacionalni program CINDI Slovenija*, Ljubljana 2000.
5. Pfeifer M., *Splošni pregled debelosti*, Zbornik predavanj, 2. strokovno srečanje Slovenskega združenja za klinično prehrano, Ljubljana, 8. september 2006, 1-9.
6. Vidmar J., Pogorevc R. *Osnove vedenjske-kognitivne terapije debelosti*, Zbornik predavanj, 16. srečanja pediatrov v Mariboru 2006, 203-209.
7. Zakotnik-Maučec J.; *Helping People Change: Gradivo CINDI šola*. Ljubljana, 2002.



VARNOST OTROK IN MLADOSTNIKOV V BOLNIŠNICI

*Petrovič M., Koren M., Janičjevič Z.
UKC Ljubljana, Kirurška klinika,
Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo,
Zaloška c.7, 1525 Ljubljana*

IZVLEČEK

V prispevku avtorji opisujejo pomen zagotavljanja varnosti pri otroku in mladostniku v bolnišnici. Temeljno načelo kakovosti zdravstvene storitve je varnost. Za medicinske sestre je pomembno, da izvedejo varno negovalno intervencijo. Pred in med izvajanjem varnostne intervencije medicinske sestre presojujejo, odločajo o najprimernejšem načinu in ob tem lahko pride do varnostnega zapleta.

Za zagotavljanje varnosti je pomembno izvajanje varnostne vizite, ki jo izvaja vodstveni kader enkrat tedensko.

Avtorji prikažejo rezultate varnostne vizite, ki je bila izvedena na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo. Problemi se pojavljajo pri identifikaciji bolnikov, ravnanju z zdravili in prenosu bolnišničnih okužb. Sodelovalo je 62 medicinskih sester, iz obeh oddelkov in enote intenzivne terapije. Vprašanja so se nanašala na identifikacijo bolnika, ravnanje z zdravili in prenosu bolnišničnih okužb. Rezultati in ugotovitve so prikazane v članku.

UVOD

Varnost otrok v bolnišnici je trenutno najaktualnejša tema, ki zajema vse strukture sistema zdravstvenega varstva. Če razumemo, da je temeljno načelo kakovosti zdravstvene storitve varnost, je znotraj tega za medicinske sestre najbolj pomembna varna negovalna intervencija. Negovalna intervencija temelji na preventivnih postopkih, ki imajo za podlago sistematično analizo in so napravljeni po standardu ali internem protokolu. Postopki zdravstvene nege (ZN) so različni strokovni ukrepi s katerimi pospešujemo zdravljenje, preprečujemo bolezni ali zaplete, lajšamo simptome bolezni in vračamo otroku in mladostniku dobro počutje ali pa neposredno sodelujemo pri postopkih zdravljenja. Za zdravstveno nego je izrednega pomena, da se izvaja po dogovorjenih strokovnih smernicah, ki temeljijo na raziskovalnih in strokovno utemeljenih podatkih. Postopki postanejo standardizirani takrat, ko so strokovno dorečeni, varni, učinkoviti in kot taki uporabni na različnih področjih zdravstvene nege. Standardni postopki v ZN zadovoljujejo kriterije varnosti in dobrega počutja bolnika in medicinske sestre.

Varna negovalna intervencija za otroka in mladostnika v bolnišnici



Vse postopke in posege, ki jih medicinske sestre izvajamo pri otroku in mladostniku v bolnišnici je potrebno načrtovati. Načrt naj vsebuje: kdo, kako, kdaj, kje, s kakšnimi pripomočki in na kakšen način opravi negovalno intervencijo. Varno negovalno intervencijo moramo razumeti vsi zaposleni v ZN. Pred in med izvajanjem negovalne intervencije medicinske sestre presoajo in odločajo o najprimernejšem načinu za izvajanje in ob tem lahko pride do varnostnega zapleta. Potrebno je ustvariti pogoje, da medicinske sestre razumejo problem varnosti pri izvajanju negovalne intervencije. Ministrstvo za zdravje (MZ) je predlagalo izboljšave za varnost bolnika, osebja in obiskovalcev (www.mz.gov.si). Predlog za izvajanje varnostnih vizit je podalo tudi vodstvo UKC Ljubljana. Na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo (KOOKIT) smo vodilni delavci imeli možnost pridobiti bolj natančna navodila na strokovnem kolegiju, ki ga vodi predstojnik Kliničnega oddelka.

ORGANIZACIJA VARNOSTNIH VIZIT

- Za organizacijo varnostne vizite je dobro poznati dejavnike, ki vplivajo na varnost otrok in mladostnikov v bolnišnici:
- Znanje zaposlenih in število usposobljenega osebja
- Uveljavitev standardov in internih protokolov
- Jasna opredelitev nalog in odgovornosti zaposlenih
- Natančno dokumentiranje
- Dobra komunikacija
- Ustvarjanje primernih delovnih razmer in delovnega vzdušja s pomočjo dobre organizacije dela
- Zmanjševanje stresa in napetosti
- Ustvarjanje dobrih in varnih socialnih pogojev za zdravstvene delavce
- Povečanje motivacije za dobro in varno delo

Pri uvajanju varnostne vizite vodstveni delavci poskušajo vplivati na dejavnike, ki vplivajo na varnost otrok. Varnostna vizita je proces v katerem vodstvo obišče oddelek ali enoto, se pogovarja z osebjem in bolniki, sprašuje o organizaciji varnosti, spodbuja zaposlene, da se pogovarjajo o varnostnih zapletih, ki bi lahko pripeljali do škode pri otroku in mladostniku. Glavna medicinska sestra enkrat tedensko obišče oddelke in enoto intenzivne terapije. V varnostno vizito so vključeni koordinator za kakovost, po potrebi tudi koordinator za pedagoško in higiensko delo. Programski cilj varnostne vizite je razvijanje varnostne kulture pri zaposlenih (www.mz.gov.si).

IZVEDBA VARNOSTNE VIZITE

Tedenski obisk oddelkov in enote intenzivne terapije, dnevni 10-minutni pogovori s timskimi in oddelčnimi medicinskimi sestrami o varnosti bolnikov. Izvedbeni cilj določiti prioriteto obravnave varnostnega problema in postaviti kriterije za izboljšavo varnosti otrok in mladostnikov.



METODOLOGIJA:

Oddelčne medicinske sestre na dnevnih sestankih poročajo, da zaznavajo probleme z:

- identifikacijo bolnikov (nameščanje identifikacijske zapestnice)
- varnostjo pri uporabi zdravil (povečano število predpisanih zdravil)
- tveganjem za prenos bolnišnične okužbe (povečano število bolnikov v izolaciji)

INŠTRUMENT:

Vprašalnik odprtega tipa, ki je imel tri vprašanja in dve podvprašnji. Povzet je bil po slovenskih priporočilih www.mz.gov.si. Postopek: medicinske sestre so imele možnost podati svoje poglede na zagotavljanje varnosti. Na varnostni viziti so poročale o aktivnostih, ki jih na tem področju najpogosteje izvajajo.

VZOREC

Sodelovalo je 62 medicinskih sester, ki so zaposlene na dveh oddelkih in v enoti za intenzivno terapijo. 16 medicinskih sester je imelo visoko izobrazbo, 46 medicinskih sester je imelo srednjo izobrazbo.

Uporabljena je bila deskriptivna metoda. Primerjali smo tudi rezultate med posameznimi oddelki.

REZULTATI

Identifikacija bolnika – Ali ste v zadnjem tednu imeli probleme pri identifikaciji bolnika? S tem problemom so se v 19 % srečali anketiranci na obeh oddelkih in v enoti za intenzivno terapijo. Anketiranci v EIT so imeli manjše probleme z identifikacijo bolnika, ker so to zaznali le v 8,3 % pri svojih bolnikih.

Ravnanje z zdravili - Ali ste v zadnjem tednu imeli probleme z zdravili?

To vprašanje je imelo tudi dve podvprašnji: razumevanje napisanega in komunikacija. S tem problemom so se v 80 % srečali anketiranci na vseh treh oddelkih. Največ problemov je pri branju predpisanih zdravil (60 %). V 60% so navodila nedorečena in pomanjkljivo napisana. Na oddelku 18 % anketirancev navede, da jim največji problem predstavlja telefonsko naročanje, ki ni enako kasnejšemu pisnemu naročilu. Najmanj problemov s komunikacijo izražajo anketiranci v enoti intenzivne terapije. Le 2 % navede probleme v zvezi s komunikacijo.

Prenos bolnišničnih okužb – Ali ste v zadnjem tednu imeli probleme prenosa bolnišničnih okužb? 5 % anketirancev enega oddelka je ocenilo, da so naleteli na probleme.

RAZPRAVA

Skela Savič in sod. (2006) pravi, da so mnoge organizacije, ki so začele uporabljati varnostno vizito dosegle večje uspehe na področju spreminjanja organizacijske kulture. Tudi v našem primeru se je pokazalo, da je vloga vodstva najpomembnejša pri ustvarjanju



občutka, da se zaposleni ne čutijo kaznovani, ko spregovorijo o problemih v zvezi z varnostjo otrok in mladostnikov. V slovenskih bolnišnicah se srečujemo z organizacijsko kulturo, ki je usmerjena v odkrivanje napak in ne v reševanje problemov. Jones in Retman (2000) sta v svoji raziskavi organizacijske kulture v bolnišnicah ugotovila, da je v bolnišnicah, ki imajo dominantno kulturo hierarhije ta vedno povezana z nezaupanjem, konflikti in odporom do sprememb.

Naši rezultati kažejo, da obstajajo problemi na postavljenih kazalcih in so pomembni za zagotavljanje varnosti otrok. Majhno število prioritet smo obravnavali zaradi tega, ker smo šele na začetku razvoja organizacijske kulture poročanja o varnosti. O rezultatih smo poročali na timskih sestankih vseh treh oddelkov. Pripravili smo varnostno poročilo in načrtovali rešitve za izboljšanje varnosti negovalne intervencije.

Problem identifikacije bolnika je povezan z odstranjevanjem identifikacijske zapestnice ob nastavljanju infuzijskega kanala. Oddelčne medicinske sestre izvajajo dnevni nadzor. Medicinske sestre morajo razumeti pomen nošenja le-teh. Problemi z zdravili obstajajo in bodo še obstajali zaradi prisotnosti človeškega faktorja. Pomembno se je naučiti poročati o svoji napaki in ob tem skupaj iskati rešitev. Naučiti se moramo ne pometati dogodka pod preprogo. Pomembno je poročati o dogodku, ki smo ga preprečili, pa bi bil lahko usoden za otroka. Na ta način izboljšujemo varnostno kulturo in vplivamo na spremembo organizacijske kulture. Naročanje zdravil po telefonu kot problem je že bil obravnavan na timskem sestanku.

SKLEP

- Izboljšati varnost pri delu z zdravili:
- standardizirano delo priprave je potrebno še naprej proučevati;
- izboljšati komunikacijo in
- vpeljati računalniški izpis zdravnikovih navodil.

Zagotoviti vsem otrokom in mladostnikom identifikacijo preko identifikacijske značke:

- dnevni pregled in nameščanje manjkajočih identifikacijskim zapestnic in
- pred izvajanjem negovalne intervencije opravimo verifikacijo (pravi bolnik, pravi postopek ...).

Zmanjšati tveganje za prenos okužb:

- dosledno upoštevati smernice Komisije za preprečevanje bolnišničnih infektov.



LITERATURA

1. Jones K, R., Redman R.W. (2000) *Organizational Culture and Work Redesign, Experience in Three Organization*, JONA, 30: 604-10.
2. Petrovič M, Koren M. *Merila za zagotavljanje kakovosti v enoti intenzivne terapije. In: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji. Zbornik predavanj. Komunikacija in kakovost v pediatrični zdravstveni negi Portorož 2008: 27-30.*
3. Petrovič M, Koren M et all. *Measures for assuring quality in PICU. EAP version 1: Nursing: Family and Patient Care. Nice: France; October 24-28, 2008. 2nd Congress of the European Academy of Paediatrics – EAP 2008: 285.*
4. Skela Savič B., Pagon M., Lobnikar B (2006). *Organizacijska kultura v slovenskih bolnišnicah*
5. *Internetni viri: <http://www.mz.gov.si>*



PROBLEMATIKA DEBELOSTI PRI PREDŠOLSKIH OTROCIH

*Kamenčič Jasmina, dipl.m.s.
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor,
Dispanzer za otroke*

IZVLEČEK

debelost je kronična bolezen, ki je pri otrocih in mladostnikih eden najbolj zaskrbljujočih problemov današnjega časa. V zadnjih desetletjih skokovito narašča in že ima razsežnosti epidemije. Pogosto se prične v otroštvu, nadaljuje v odraslem obdobju in povzroča posledice, ki močno povečujejo obolevnost in smrtnost.

Znano je, da je velika večina otrok in mladostnikov v svoji predšolski in šolski dobi nepravilno prehranjena. Danes je že »normalno« da gredo otroci v šolo brez zajtrka ali z zelo skromnim zajtrkom, prav tako se mnogi otroci prehranjujejo s hamburgerji, sendviči, kokakolo ter sladkimi ali gaziranimi pijačami. Vemo tudi, da se »moderni« otroci zelo malo gibljejo. Za Slovenijo je znana statistika, da se s športom redno ukvarja le 13 % mladih. Če seštejemo nepravilno prehrano in premalo gibanja dobimo rezultat: **debelost**.

1. Uvod

število debelih otrok narašča predvsem v razvitih deželah in v deželah v razvoju. Podatki fakultete za šport kažejo, da je bilo v Sloveniji leta 1987 pretežkih 15,6% fantov in prav toliko deklet v starosti od 6 do 19 let. Predlani je bilo pretežkih 28,9% fantov in 24,1% deklet v istem starostnem obdobju.

Po evropskih podatkih ima čezmerno telesno težo kar eden izmed štirih otrok. Na 13. kongresu debelosti (13th European Congress on Obesity) v Pragi leta 2006, so razglasili debelost za pandemijo sodobnega sveta, ki vedno bolj narašča. Še najbolj je zaskrbljujoče dejstvo, da je več kot 80 milijonov evropski otrok in najstnikov pretežkih. V ZDA je kar 15% najstnikov predebelih in kar 30% jih ima čezmerno telesno težo.

Neprimeren življenjski slog se v veliki meri prenaša iz staršev na otroke.

Številni avtorji ugotavljajo povezanost med debelostjo v zgodnjem otroštvu in poznejšim obdobjem. Otroci, ki pridobijo preveč kilogramov, se jih večinoma nikoli ne znebijo. *To je labirint, iz katerega je težko najti izhod.* Pogosto predvsem dekletom uspe, da začasno izgubijo odvečne kilograme (v puberteti - zaradi modnih zgledov in idolov), vendar jih v nosečnosti in po porodu znova pridobijo.



2. DEBELOST

O debelosti govorimo kadar posameznikova teža za 20% ali več presega njegovo najvišjo sprejemljivo težo. Čezmerna telesna teža pa je v razponu omenjenih 20%. Osnoven razlog, ki privede do nastanka debelosti, je porušeno ravnotežje med energetskim vnosom in porabo. Debelost je kompleksna bolezen in je najbolj množična bolezen moderne dobe, saj zajema 50% odraslega prebivalstva v razvitem svetu in 25% otrok med 10. in 17. letom starosti.

2.1 INDEKS TELESNE MASE (ITM)

Stopnjo debelosti ocenjujemo z indeksom telesne mase (ITM, s tujko BMI - body mass index). Formula za izračun ITM je:

$$\text{ITM} = \text{telesna masa (v kg)} / \text{telesna višina}^2 \text{ (v m)}$$

V otroštvu nimamo enotnega kriterija za oceno prekomerne prehranjenosti. ITM sicer ni idealno merilo, ker se spreminja s telesno višino. Pri njegovem vrednotenju moramo upoštevati tudi otrokovo raso, starost in spol ter stopnjo pubertetnega razvoja. Zato je skupina strokovnjakov izdelala kriterije za odkrivanje debelosti pri otrocih in mladostnikih ter priporoča njihovo uporabo kot presejalni test (screening test) na preventivnih sistematskih pregledih. Prekomerno prehranjeni oziroma debeli otroci so tisti, katerih ITM presega 95. percentilo za njihovo starost in spol. Več pozornosti moramo nameniti tudi tistim otrokom, katerih ITM je med 85. in 95. percentilno krivuljo za starost in spol.

DEČKI	95. P	50. P	5. P	DEKLICE	95. P	50. P	5. P
STAROST / LETA				STAROST / LETA			
3	18,4	16,0	14,0	3	18,3	15,6	13,9
4	18,1	15,8	13,8	4	18,2	15,4	13,6
5	18,0	15,4	13,7	5	18,3	15,3	13,5
6	18,1	15,4	13,6	6	18,8	15,3	13,3
7	18,9	15,5	13,6	7	19,7	15,5	13,4
8	19,7	15,7	13,7	8	21,0	16,0	13,6
9	20,9	16,0	14,0	9	22,7	16,6	14,0
10	22,2	16,6	14,2	10	24,2	17,1	14,3
11	23,5	17,2	14,6	11	25,7	17,8	14,6
12	24,8	17,8	15,1	12	26,8	18,3	15,0
13	25,8	18,4	15,6	13	27,9	18,9	15,4
14	26,8	19,1	16,1	14	28,6	19,4	15,7
15	27,7	19,7	16,6	15	29,4	19,9	16,1
16	28,4	20,5	17,2	16	30,0	20,2	16,4
17	29,0	21,2	17,7	17	30,5	20,7	16,9
18	29,7	21,9	18,3	18	31,0	21,1	17,2

Tabela 1: Indeks telesne mase pri otrocih med 3. in 18. letom starosti



2.2 RAZMERJE PAS - BOKI

ta meritev naj bi, podobno kot indeks telesne mase, napovedovala zgodnje posledice aterosklerotičnih sprememb na ožilju.

Razmerje pas - bokki = obseg okoli pasu (cm) / obseg okoli bokov (cm)

2.3 DEBELINA KOŽNE GUBE, OBSEG NADLAHTI

sto metodo ocenimo debelino podkožnega maščevja. Podobno kot indeks telesne mase je tudi ta metoda primerna za realno oceno stopnje otrokove debelosti. Ker je tehnično zahtevnejša, merilec potrebuje določeno predznanje o uporabi merilnega inštrumenta (kaliperja na vzmet) in pravih mest za meritev kožne gube. Najpogosteje se izbere mesto na nadlakti in hrbtu.

3. VZROKI

na nastanek debelosti vplivajo dedni dejavniki in dejavniki okolja. Vpletenih je več genov, ki uravnavajo vnos in porabo energije, tako da vplivajo na osnovne energetske potrebe, otrokov apetit, izbiro hrane in prehranske navade, telesno dejavnost in razporeditev maščevja po telesu. Dokaz za vpliv dednih dejavnikov, ki so pri nastanku debelosti udeleženi pri 60 do 75% primerov, so rezultati preiskav pri eno- in dvojajčnih dvojčkih. Pri otrocih, ki imajo debelega enega ali oba starša, obstaja veliko večja verjetnost, da bodo bolj debeli kot otroci, ki imajo normalno prehranjene starše. V redkih primerih pa je vzrok debelosti tudi hormonska bolezen.

Z načinom življenja se spreminja tudi prehrana otrok. Zaradi vse več zaposlenih mater in vse daljšega delovnega časa je prehrana neredna. Raziskava prehranskih navad Slovencev je pokazala, da je naša prehrana na splošno nezdrava, ker vsebuje prevelik odstotek maščob, predvsem tistih, ki vsebujejo pretežno nasičene maščobne kisline ter premalo ogljikovih hidratov in vlaknin. Otroci so prav tako vse manj telesno aktivni.

Debelost lahko povzroča tudi stres, saj otroci, ki se čutijo osamljene, nesprejete ali žalostne, večkrat te težave izkazujejo z motnjami hranjenja. Ljubezen in sprejetost iščejo v hrani..

Predvsem ljudje z dna družbene lestvice in brez izobrazbe kupujejo cenejšo hrano, ki je bolj mastna in ima veliko kalorično vrednost. Ti so tudi slabo seznanjeni z načeli zdrave prehrane. Da je tega vse več, je dokaz povečana potrošnja hitre, »prazne« in poceni hrane. Zaradi omenjenih vzrokov je več kot polovica odraslih Slovencev debelih.

4. PREKOMERENA TEŽA

4.1. PREKOMERNA TELESNA TEŽA IN POMANJKANJE GIBANJA

Potrebi po gibanju in igri sta osnovni otrokovi potrebi. Gibanje otroka spremlja od prvih dni življenja. Je izraz zadovoljstva, svobode, igrivosti in ustvarjalnosti, hkrati pa tudi pomembno sredstvo vzgoje, samopotrjevanja in samouresničevanja. Ko govorimo



o prekomerno prehranjenem otroku in mladostniku, postane športna dejavnost ob zmanjšanem kaloričnem vnosu, pomemben dejavnik uravnavanja telesne teže.

V predšolskem obdobju in prvih letih šolanja športna vadba temelji na razvoju otrokovih gibalnih sposobnostih, kot so skladnost gibanja, ravnotežje, moč, hitrost, gibljivost in natančnost ter spodbuja veselje in pozitivna čustva. Otrok postopoma spoznava in osvaja različne športne zvrsti (plavanje, smučanje, igre z žogo itd.), vendar je pomembno, da je vadba prilagojena njegovim sposobnostim in interesom.

Velik problem današnjega časa je pomanjkanje gibanja otrok, saj le ti veliko posedajo pred računalniki in televizijo in na ta način zaužite energije ne porabijo. Otrok, ki se premalo giba, se pogosto ne more zbrati k učenju, ker je notranje nemiren, poln neizrabljene energije. Takrat postane nestrpen in celo agresiven.

Svet, v stanovanju, vrtcu, pri dedku in babici, torej povsod, se je zmanjšal in približal dosegu roke: najpogostejše igračke so mobilni telefon, računalnik in televizija. Glavno prevozno sredstvo je avtomobil, ki odrasle in njihove otroke pripelje dobesedno od vrat do vrat, do avtomobila pa dvigalo. Vedno se nam tudi muči: ni časa za sprehod do vrtca ali domov, vse manj otrok se v prostem času dejavno ukvarja z zanje primernimi in zdravimi športnimi dejavnostmi. Občasne dejavnosti med počitnicami niso dovolj in so za otroka pogosto prej vir strahu in občutka neustreznosti kot radosti in priložnosti za norčije.

Velikokrat imamo možnost slišati oziroma videti kakšno mamo ali očeta, kako otroku reče: »Ne teci, ker boš padel«, »Ne skači, ker se boš udaril ali poškodoval!« Namesto, da bi otrok tekkel, skakal okrog, pa mu samo zato, da bi bil »srečen« kupijo Playstation, računalnik, da lahko sedi pred njim in televizijo vse dneve in tako »na varnem« uživa udobje doma ter konstantne prisotnosti takšne in drugačne nezdrave prehrane.

Starši so odgovorni za telesno dejavnost svojih otrok in bi za njo morali tudi poskrbeti (koliko otrok vsak dan pešači, koliko časa se igra na dvorišču, koliko časa pa preživi za računalnikom, televizijo ipd.). Ker so doma otroci pogosto sami, ure in ure ravno presedijo za računalnikom ali televizorjem. Na ta način tudi ne motijo staršev, ki jim nekako ustreza, da imajo čas za počitek ali nove delovne obveznosti. Naša opažanja pri vsakodnevem delu s starši in otroci so, da današnja generacija staršev preprosto nima želje, volje in potrebe aktivno preživeti čas s svojim otrokom, sploh pa da bi svoj prosti čas namenili prav njim.

Starši, ki ne najdejo prostega časa za telesne dejavnosti, nekateri tudi za pripravo rednih obrokov ne, dajejo svojim otrokom zelo slab zgled. Takšni otroci so prepuščeni privzgoji telesne nedejavnosti in slabih prehranjevalnih navad, ki jih velikokrat spremljajo celo življenje in jih kasneje z veliko težavo spremenijo.



4.2. PREKOMERNA TELESNA TEŽA IN ZDRAVA PREHRANA

pravilna prehrana v otroškem obdobju je izredno pomembna za rast in razvoj. Če je uravnotežena, pokriva potrebe po mineralih in vitaminih, kalorično ustreza otrokovi starosti, je pestre sestave, videza in okusa, bo zagotovila uravnoreženo rast in razvoj v vsakem starostnem obdobju.

Pri vnosu energije je zelo pomembno upoštevati telesno dejavnost. Pri otrocih, mladostnicah in mladostnikih, ki se aktivno ukvarjajo s športom, so potrebe po energiji bistveno večje, kot je navedeno v tabeli. Pomemben je tudi izvor posameznih hranil. Pravilen energijski vnos sestoji iz 30-40 % maščob (pretežno nenasičenih), 40-50 % ogljikovih hidratov (ki naj vsebujejo čim več sadja in zelenjave bogate z vlakninami) in 10-20 % beljakovin.

PRIBLIŽNE DNEVNE POTREBE GLEDE NA STAROST			
STAROST	VODA (ML/KG)	ENERGIJA (KCAL/KG)	BELJAKOVINE (G/KG)
10 D. - 1 MES.	125 - 150	120	2,5-2,7
1-2 MES.	140 - 160	115	2,0-2,25
2-3 MES.	130 - 155	105	2,0-2,25
3-4 MES.	130 - 155	95	1,5-2,0
4-6 MES.	125 - 145	95	1,3-1,7
6-12 MES.	120 - 135	90	1,1-1,5
1-2 LETO	115 - 125	90	1,0-1,2
2-3 LETO	100 - 110	90	1,0-1,1
3-5 LETO	90 - 100	80-90	1,0-1,1
5-9 LETO	70 - 85	70-80	0,9-1,1
10-12 LET	70 - 85	55-70	0,9-1,1
13-15 LET	50 - 60	50-60	0,9-1,1
16-19 LET	40 - 50	45-50	0,9-1,1
ODRASEL	40 - 50	30-45	0,8-1,0

Tabela 2: Najosnovnejši podatki o potrebi po vodi in beljakovinah na kg telesne teže

Zelo pomembno je tudi dejstvo, da se otrok pri prehranjevanju sprva podreja željam staršev, njihovem vzorcu prehranjevanja in okusu. Tako lahko nehote nastanejo prve napake pri sestavi jedilnikov, ki se dodatno poglobijo v predšolski in šolski dobi, ko se otrokov okus prilagaja še okusu vrstnikov in modi.

Zato ne smemo zapirati oči pred dejstvom, da so napake pri sestavi jedilnikov v otroštvu pogoste, vodijo pa do različnih bolezni sodobnega sveta: debelosti, anoreksije, bulimije.

V Sloveniji upoštevamo priporočila Svetovne zdravstvene organizacije o prehrani v otroškem obdobju, ki jih sproti uvajamo in prilagajamo. S tem, kako naj starši otroka hranijo v prvih mesecih življenja, se seznanijo že v materinski šoli in otroški posvetovalnici. Največ informacij o pravilni prehrani dobijo starši pri šestih mesecih otrokove starosti, ko



se začne s prvim uvajanjem goste hrane (zelenjavne, sadne kaše in drugo).

Hrana je v razvitem svetu dokaj poceni, zato otroci dandanes zaužijejo vedno več t.i. hitre hrane, ki je bogata s kalorijami, torej s preveliko vsebnostjo maščob in sladkorja, ter revna s kvalitetnimi hranili. Po takšnih obrokih postanejo otroci hitro spet lačni in količina zaužite hrane se poveča.

V dispanzer za otroke se pogosto zatekajo starši, ki se ne znajo spopadati s čezmerno težo. Med njimi so starši dve-, tri-, štiri- ali petletnih otrok. Pogosto pravijo: »Saj skoraj nič ne je.«, »Premalo se giblje.«.

Pri rutinski preiskavi krvi na sistematskem pregledu 5-letnika odkrijemo veliko otrok s povišano vsebnostjo holesterola. Straši se pogosto sprašujejo, od kod ima njihov otrok povišan holesterol. Pri pogovoru o pravilni prehrani nam pravijo: »Saj nič ne je«, »Samo to rad je (pečen krompirček, čips, čokolada in ostale sladke jedi, itd.)«.

Napaka je bila narejena že zelo zgodaj. Zakaj bi otroku za žejo dajali gosti sok, kasneje tudi coca-colo, če ga bo enako odžejal kozarec vode ali nesladkan čaj? Zakaj bi ga morali razveseliti s čokolado? Zakaj bi ga morali nagraditi z McDonalds-om za pridnost in poslušnost?

Sladkorni šok v otroški prehrani

Strokovnjaki so si enotni, da problem otroške prehrane dandanes še zdaleč niso maščobe, temveč ogljikovi hidrati; sladkor in prečiščen škrob, ki se skrivata v vedno pogostejše predelani hrani. Sladkor najdemo celo v nekaterih vrstah kruha in pekovskega peciva.

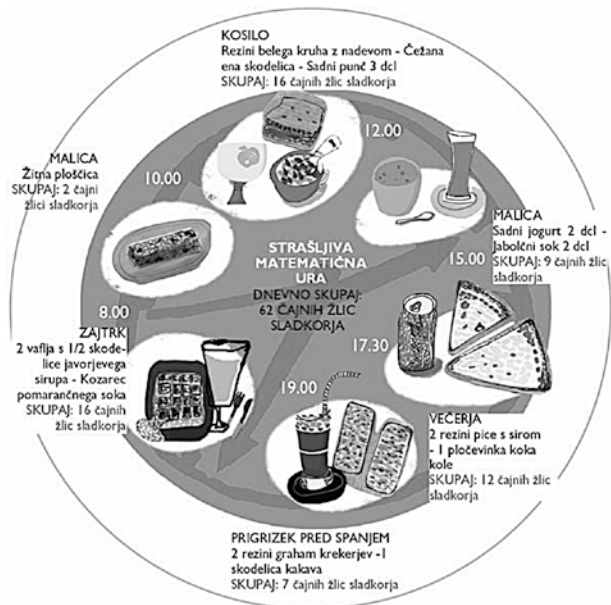
Prekomerno uživanje sladkorja v hrani in pijači postaja globalni problem razvitega sveta. Močno sladek okus je postal nekaj čisto normalnega v vsakdanji prehrani, razne sladkarije so pogosto tudi nagrada za pridne otroke. Tako se nehote ustvarja povezava med sladkorjem in užitkom ter občutkom zadovoljstva, kar otroke spremlja tudi v kasnejšem življenju. Otrok ni dobro nagradjevati s hrano (npr. čokolado), raje mu »darujmo« svoj prosti čas.

Da preveč sladkorja škodi, je že dolgo znano, premalo pa se govori o tem, kako zelo nevaren je, čeprav dejansko ogroža življenje otrok. Otrok, ki je komajda kaj drugega kot pudinge, čokolino, keksolino, predelane kosmiče, povrhu pa ima še neredne obroke, je zelo podvržen temu, da bo imel že v mladosti povečano telesno težo, bo zbolel za sladkorno boleznijo tipa II, imel visok krvni tlak in povišan holesterol.

Posledice nezdravega prehranjevanja otrok se premalo zavedamo, saj se ne pokažejo takoj po vrečki zaužitih bonbonov, niti naslednji dan ne, so pa čez leta toliko hujše, zato bi morali temeljito razmisliti, kaj kupujemo in kuhamo najmlajšim oziroma vsem družinskim članom.



Žalostno je, da si starši zatiskajo oči, pogosto ne priznavajo svojih napak in krivde za (ne)zdravje svojih otrok. Zdrava prehrana zahteva več njihovega časa, kakor priprava čokolina, ocvrtega krompirčka, itd.



Slika 1: Vsebnosti sladkorja v prehrani

Katere so osnovne napake, ki jih delajo starši pri prehrani otrok?

Starši želijo mnogokrat že zelo zgodaj otroka navaditi na prehrano, kot jo ima vsa družina, že kmalu po prvem letu. Zavedati pa se moramo, da je zdrava prehrana otroka vse do petega leta starosti močno drugačna od smernic zdravega prehranjevanja odraslih. Otrok ima velike potrebe po energiji, saj je v dobi intenzivne rasti, količina hrane, ki jo je sposoben pojesti, pa je majhna.

Prehranjevalne napake pri predšolskem otroku so kot dejavnik, ki vpliva na porast debelosti v tem obdobju, enako pomembne.

Majhni otroci uživajo predvsem **preveč sladkorja**. Glavni vir zaužitega sladkorja so sladke pijače.

Maščob zaužijejo dovolj, vendar preveč nasičenih, katerih glavni vir niso mleko in mlečni izdelki, marveč mesnine, namazi, čokolada in sladice. Tudi rastlinskih maščob, zlasti sončničnega olja, je v prehrani preveč, zlasti na račun pečenega krompirčka ter različnih slanih in mastnih prigrizkov (čips, pokovka ...).



Vlaknin je premalo, samo 70 odstotkov dnevne potrebe; priporočljivo jih je zaužiti predvsem s sadjem (jabolka, banane, hruške) in zelenjavo (krompir, korenje).

Časovna stiska starše sili, da otroku, ko pride iz vrtca, ponudijo nezdrav prigrizek, saj se vse več odraslih družinskih članov prehranjuje zunaj in večernega doma pripravljenega obroka med tednom skoraj ni več. Otroci in velikokrat tudi starši tako za večerjo jedo kosmiče z goro dodanega sladkorja in manj mastnim mlekom. Tudi sobotna in nedeljska kosila so se spremenila v kosila s hitro prehrano najpogosteje v velikih trgovskih centrih.

Dobro bi bilo, če bi starši začeli popravljati to osnovno napako; namreč da bi se sami začeli prehranjevati zdravo. Otrok naj vidi, da starši jedo sadje in zelenjavo, pa meso, biti mu morajo zgled, tako bo tudi sam vzljubil omenjena živila. Naj priprava bolj zdrave večerje traja kakšno minutko dlje.

5. POSLEDICE DEBELOSTI

prekomerna telesna teža in debelost sta resna zdravstvena problema, saj lahko ogrozita naše zdravje in celo skrajšata življenje.

Debelost vpliva na povišanje krvnega tlaka. Prav tako je povezana z moteno presnovo maščob v telesu in s tem vpliva na povišanje holesterola v krvi. Posledica debelosti je tudi zmanjšana odzivnost na insulin, kar vpliva na nastanek sladkorne bolezni tipa II (zlasti kopičenje maščevja v trebuhu). Vse te negativne posledice debelosti pa nadalje povzročijo bolezni srca in ožilja, še posebej ishemično bolezen srca.

Pri moških je večja verjetnost za nastanek raka na debelem črevesu, danki in prostati, pri ženskah pa večja nevarnost za raka na dojki, maternici. Debelost povzroča obremenitev kolkov, kolien in sklepov, psihične težave, zamaščenost jeter, povečano potenje, hitro utrujenost, zadihanost, motnje spanja, depresijo, neplodnost pri ženskah.

Debeli otroci in mladostniki se pogosto srečujejo tudi z negativnimi psihosocialnimi posledicami. Zaradi predsodkov, ki jih družba goji do debelih ljudi, imajo v življenju, velikokrat po krivici, slabše možnosti na vseh področjih življenja. Zato imajo največkrat negativno samopodobo, zmanjšano samozavest, so plahi in negotovi in zato osamljeni, pogosto tudi depresivni. Za otroka je prekomerna telesna teža stres (odklanjajo ga vrstniki, zaradi posmehljivih pripomb dobijo občutek manjvrednosti).

6. POMEN PROMOCIJE ZDRAVJA V ZGODNJEM OTROŠTVU

zdravje v otroštvu določa zdravje v celotnem življenju posameznika in tudi naslednje generacije. Ključnega pomena je obdobje do 6. leta starosti. V predšolskem obdobju si otroci pridobivajo izkušnje, stališča in vzorce vedenja, ki jih večinoma obdržijo vse življenje. Slabo zdravje in nezdrav način življenja v otroštvu lahko vodita v slabo zdravje skozi vse življenje, kar povzroča zdravstveno, finančno in socialno breme družbe zdaj in



v prihodnje.

Otroci, ki živijo v zdravem okolju, spoznajo zdrav način življenja, osvajajo zdrave navade in veščine ter lahko odrastejo v zdrave odrasle osebe in pri tem lahko kaj naučijo tudi starše.

Zdrava prehrana predšolskega otroka mora biti raznolika, tako da zagotovi vse hranilne sestavine. Enolična hrana (po obliki, barvi in okusu) je za otroka neprilna in jo bo zavračal. Starši naj pogumno preizkušajo nove okuse, tudi če bo kak obrok končal v košu za smeti. Otroci imajo v teh letih najraje sladko hrano. Če se bodo starši ravnali zgolj po otrokovem okusu in mu takšno hrano ponujali pogosto, bo vse druge okuse zavračal. Čim več različnih okusov mu bodo ponudili, manj je možnosti, da bi se malček navezal le na enega. Z različnimi barvami, okusi, različno obliko in trdoto hrane bodo vzdrževali otrokovo radovednost, ki je za ješčnost v tem obdobju pomembnejša kot ték.

Kako ukrepati?

1. **Otroka je treba naučiti pravilnega prehranjevanja!** Otroci ne potrebujejo limonad, gaziranih pijač in raznih ledenih čajev - otroci morajo piti predvsem vodo. Vedno je pomembno paziti na pravilen način uživanja hrane in odnos do nje. Obrokov naj bo pet, bodo naj ravno pravšnji, poskrbeti pa je treba tudi za videz le-teh.
2. Čeprav družine med tednom nimajo več skupnih kosil, naj bi z otrokom skupaj jedel vsaj en družinski član. obroki naj bodo veseli, družabni del dneva. Takrat se moramo vzdržati glasnih pogovorov in preživahnega razpravljanja ali celo preprirov. Za obrok naj bo dovolj časa. Ne sme se nam muditi, toda hranjenje naj tudi ne traja v nedogled. Pol ure je dovolj za vsak obrok.
3. **Pri vsakem kosilu in večerji mora biti vključena vsaj ena vrsta zelenjave!** Pozorni moramo biti, da se otroci in mladostniki izogonejo živilom z visoko energijsko vrednostjo. To so vmesni prigrizki in prigrizki pred televizijskim sprejemnikom (sladkarije, pražen krompirček, čokolada, napolitanke, gašenje žeje s sladkimi sadnimi sokovi in sladkimi gaziranimi napitki) ter hitra ulična hrana (npr. hamburgerji pred kosilom ali celo namesto njega). Tudi pisani ovoji slaščic so vabljeni in lahko pomenijo zapeljiv korak k dodatnim kilogramom ... **Otrok se ne nagrajuje s slaščicami in drugo nezdravo hrano.** Otrokom je treba ponuditi zdrave prigrizke (sadje, zelenjava).
4. **V vsakdanje življenje** je treba vnesti sprostitev, poiskati telesno dejavnost, v kateri uživamo ali jo izvajamo skupaj s prijatelji. Starši ne smejo biti veseli, če so otroci doma za računalnikom in se s prijatelji dopisujejo prek spleta ali če v dnevni sobi igrajo igrice. Otroci naj bi se s telesno dejavnostjo, ki pospeši srčni utrip, ukvarjali vsaj 60 minut na dan. Otroci se morajo gibati, zato jih je treba spodbujati k sprehodom, vožnjo s kolesi, igranje nogometa zunaj na dvorišču, itd.
5. **Otrokom je** treba omejiti čas gledanja televizije in igranja računalniških igrice ter jih spodbujati k bolj razgibani vrsti hobijev.
6. **Otroci se zgledujejo po nas!** Če se tudi sami ne bomo gibali in zdravo prehranjevali



tudi otrokom ne bo do tega. Biti jim moramo vzor za aktivni življenjski slog.

Ni pa pomembno samo zmanjšanje telesne teže, najpomembnejše je ohranjanje spremenjenega načina prehranjevanja in ohranitev redne telesne dejavnosti.

Čudežnega recepta, tabletk ali čajev za hujšanje seveda ni. Otroku, ki mora shujšati, morajo pomagati vsi družinski člani. Če so pretežki, naj tudi sami upoštevajo otrokov dietni jedilnik. Zmanjšati je treba domače zaloge hrane. Med pijačami je treba izbirati takšne, ki ne prinašajo nepotrebnih kalorij. Otrok mora vsak dan zaužiti štiri obroke hrane, ker lahko le tako preprečimo prevelik tek, ki ga bo imel, če bo dobival le en obrok ali dva. Odrечи se je treba živlom, ki vsebujejo veliko kalorij - slaščicam, cvrtju, ocvrtemu krompirčku, majonezi, omakam - v prehrano pa vključiti veliko vlaknin, sadja in sveže zelenjave.

7. ZAKLJUČEK

Debelost ni le lepotna napaka, ampak resno ogroža človeško zdravje.

Kaj torej lahko povzamemo o prehrani zdravega otroka?

Vsekakor so zelo pomembni vzorci, vrednote in navade, ki jih starši in bližnji sorodniki ukoreninijo otrokom v prvih letih življenja. Pridružijo se jim še vplivi prijateljev iz vrta, sošolcev in modnosti, ki jo poudarijo reklame na televiziji in v drugih javnih medijih.

Zelo pomemben je sodobni način življenja s ponudbo hitre hrane in čezmernim vnašanjem kalorij. V hrani je preveč maščob, premalo vlaknin, veliko umetnih dodatkov. Otroci in družine premalo časa posvečajo telesni dejavnosti. Pogosto družinsko razvedrilo je obisk velikih trgovskih centrov, kjer družine prebijejo ure in ure ali pa starši otroke pustijo v otroškem parku samo zato, da imajo mir pred njim.

Zato se ne smemo čuditi, da se pogostnost s prehrano povezanih bolezni povečuje. Njihove korenine lahko poiščemo že v prvih letih življenja: aterosklerotične spremembe so opisane že v tretjem letu starosti, povišan krvni pritisk v petem letu starosti, alergije nastopijo v obdobju dojenčka, zaradi kronične zapeke se starši pogosto obračajo na otroškega zdravnika... Vedno pogostejša je povišana vrednost holesterola v starosti pet let. In še bi lahko naštevali.

Zato bi morali prav vsi razmisliti, kje delamo napake in kaj lahko spremenimo, da bi si boljše prehranske navade pridobili vsaj naši otroci. Ne nazadnje se velja potruditi in spremeniti svoje prehranske navade, saj se moramo zavedati, da smo svojim otrokom nadvse pomemben zgled.

Poskusimo otrokom zagotoviti varovalno prehrano, ki jih bo vsaj delno obvarovala pred boleznimi sodobnega sveta. Poskusimo se z njimi vred vsaj enkrat na teden posvetiti



športu. Morda bi bilo potrebno uvesti dan brez televizije - dan za družino in za otroke.

LITERATURA

1. A.Š.: *Tržijo nezdravo hrano*. Žurnal24, 2009, št.27. str.8
2. Battelino T.: *Debelost in motnje hranjenja*. Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni Pediatrične klinike, Ljubljana, 2000
3. Cibic Boris: *Manj kilogramov- več zdravja*. Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 2004
4. Lanbein, Kurt: *Veliki zdravstveni vodnik : kaj resnično pomaga*. Modita. Kranj, 2007
5. Zittlau Jorg: *Zdrava prehrana*. Prešernova založba, Ljubljana, 2001



OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV Z MOTNJAMI HRANJENJA IN PREKOMERNO TELESNO TEŽO NA SEKUNDARNI RAVNI - PRILIKE IN OMEJITVE

*Cita Burnik univ. dipl. psih., spec. klin. psih.
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec,
Gospodsvetska 1, Oddelek za pediatrijo*

Zaposlena na Oddelku za pediatrijo v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec. Stalni član tima. Področje dela je, klinično psihološko delo v ambulantni in hospitalni dejavnosti.

Ključne besede : motnje hranjenja, prekomerna telesna teža, obravnava na sekundarni ravni.

IZVLEČEK

V članku predstavljam analizo dosedanjih obravnav otrok in mladostnikov z motnjami hranjenja in prekomerno telesno težo. Na obravnavo prihajajo z različno stopnjo začetne motivacije in v različnih fazah izraženosti bolezenskih znakov. Obravnava teh motenj je celostna in pritegne v sodelovanje tim strokovnjakov. Zdravljenje poteka posamezno, poskusili smo tudi s skupinsko obravnavo. Odločamo se za ambulantno ali hospitalno zdravljenje. Vsaka oblika pomoči ima svoje prednosti in omejitve. Nekatere so specifične za sekundarni nivo obravnave, vežejo se tudi na kadrovske možnosti našega oddelka, kot tudi na strokovno moč različnih strokovnjakov. Klinični psiholog ima pomembno vlogo pri izvajanju terapevtskega programa, še posebej, ko je obravnava hospitalna. Skozi obravnave je ključen problem motivacija za spremembe življenjskega sloga, ter sama odločitev za zdravljenje pri hujših oblikah motenj hranjenja. Tudi na sekundarni ravni bi pri obravnavi omenjenih težav potrebovali dobre preventivne programe, možnosti za bolj kvalitetno zdravljenje na sekundarni ravni in boljšo povezanost s terciarnim nivojem zdravstvenih ustanov.

CELOSTNA OBRAVNAVA BOLEZNI OTROK IN MLADOSTNIKOV

Pediatrji na Oddelku za pediatrijo v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, so že v zgodnjem obdobju obstoja oddelka, dajali pomembno vlogo celostnemu pristopu obravnave najrazličnejših bolezni otrok in mladostnikov. Fiziološke spremembe v telesu in duševno dogajanje, so videli v tesni medsebojni povezanosti. Takšnim spoznanjem, so pripisali ključen pomen za nastanek, potek in izid bolezni in kot najboljšo pot do zdravega počutja. Klinični psiholog in po potrebi pedopsihiater, sta postala enakovredna strokovna sodelavca pediatrom že v zgodnjem obdobju obstoja oddelka kot samostojne enote.



Pogled v dinamiko najbolj pogostih diagnoz, pri katerih je v procesu odkrivanja vzrokov in kasnejših terapevtskih ukrepov, vstopal tudi klinični psiholog, pa se je skozi zgodovino spreminjal. Temu je botroval razvoj pediatrične stroke, razvoj klinične psihologije z novimi diagnostičnimi postopki in novimi doktrinami zdravljenja. Pomembno pot razvoju so kazale družbeno- ekonomske in okoljske spremembe v svetu.

PROBLEM MOTENJ HRANJENJA NARAŠČA

V zadnjem desetletju, je postal problem motenj hranjenja in prehranjevanja pri otrocih in mladostnikih, pomemben strokoven izziv celotnega tima strokovnjakov na našem oddelku. Sledili smo trendu v Sloveniji, da bi poiskali konkretne in učinkovite diagnostične pristope za odkrivanja motenj in sledili uveljavljenim doktrinam zdravljenja v svetu.

Pediatrična in psihološka stroka je razvila in še razvija doktrino zgodnjega odkrivanja motenj hranjenja, ustvarja sodobne kriterije in išče svojo vlogo v celostni terapevtski obravnavi teh motenj. Vedno bolj spoznavamo, da enotnega pristopa v obravnavi, v smislu najučinkovitejše doktrine, ni niti v svetovni strokovni javnosti. Naše delo je, da poskušamo slediti dobrim in učinkovitim diagnostičnim in terapevtskim praksam, ki jih zmoremo udejanjiti v okviru naših možnosti.

POMEN HRANE ZA ČLOVEKA SKOZI ČAS

Hrana je človeku prvotno pomenila energetska gorivo. Z vsemi sestavinami, je pomembna za rast človeškega telesa in njegovega ustreznega funkcioniranja. Z razvojem civilizacije in okoljskimi vplivi, pa je hrana za človeka začela pridobivati tudi novo, dodatno dimenzijo. Postala je pomemben vir zadovoljitve človekovih psiholoških potreb, saj duševnosti pomaga, jo poživlja, tolaži, razveseljuje, odganja stisko, prekriva težave,... Zdi se, da bi danes lahko rekli, da ima hrana v zavesti človeka, močnejši psihološki pomen in jo posameznik šibkejšje doživlja kot energetska gorivo, potrebno za rast in razvoj telesa. Skupaj z združitvijo teh dveh pomenov hrane, oz. pridana psihološka vrednost hrani in prehranjevanju, je v mnogih pogledih bistveno spremenila kvaliteto človekovega doživljanja samega sebe, se močno vpletla v človekov čustveni svet, ter posegla v medosebne odnose.

HRANA IN TELO

Človeško telo je najbolj konkreten in celovit del človeka. Čutimo in vidimo ga sami, čutijo in vidijo ga drugi in skozi nas in skozi druge se odslikava podoba našega telesa. Tako se ustvari samopodoba človeka - podoba odraslega človeka, kot močan občutek samospoštovanja in občutek lastne vrednosti. To pa je eden izmed pomembnih in bistvenih elementov, ki jih mora imeti zdravo duševno funkcioniranje in je pogoj za zdravje človeka v celostnem pogledu. Proces oblikovanja človekove samopodobe se ne zaključi »čez noč«, ampak je to proces, ki poteka postopoma, vse do odraslega obdobja in se zaključi s smrtjo. Kadar se na poti v iskanju samospoštovanja, občutka lastne vrednosti in pridobivanju pozitivne samopodobe, postavijo ovire, lahko to privede do izživljanja te problematike skozi hrano in način prehranjevanja. Tako pridemo do pojava spektra prehranjevalnih motenj, ter v



ekstremnih primerih tudi do resnih oblik motenj hranjenja, kot so anoreksija nervoza, bulimija in kompulzivno prenažedanje. Najrazličnejše prehranjevalne motnje, prekomerna telesna teža, kot kronična bolezen v vseh starostnih obdobjih otrok in mladostnikov, so ena izmed strokovno zelo akutnih in perečih problemov v pediatriji.

OBRAVNAVA MOTENJ HRANJENJA NA ODDELKU ZA PEDIATRIJO V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

Motnje hranjenja so duševne motnje. Sem uvrščamo **anoreksijo nervozo, bulimijo in kompulzivno prenažedanje**. Na našem oddelku se s temi pacienti kot prvi lahko sreča pediater ali klinični psiholog.

Na ambulantno klinično psihološko obravnavo prihajajo otroci in mladostniki na naslednji način :

- napoteni so s strani **osebnega zdravnika** s primarnega nivoja, ki zazna problematiko (v praksi zelo malo primerov).
- **samoinicativno** - lastna želja otrok in mladostnikov, z napotnico osebnega zdravnika
- (v praksi zelo redko).
- na **željo staršev**, z napotnico osebnega zdravnika (običajno kot pritisk zaradi ogroženega zdravja, nemoč ob že večkratnih poskusih pomoči).
- iniciativa **šole** ali koga **drugega**.
- napoti jih **pediater iz spec. pediatrične ambulante** na našem oddelku (sekundarna raven). Lahko gre za dalj časa trajajoče ali začetno stanje motenj hranjenja in so osnovni problem napotitve na sekundarni nivo obravnave ali pa jih pediater prepozna še v sklopu nekaterih drugih bolezenskih težav.

STOPNJE (FAZE) V KATERIH PRIHAJAJO NA AMBULANTNO OBRAVNAVO

- prihajajo v primeru, ko so prisotni samo **posamezni znaki**, ki postavijo **sum** na motnjo hranjenja (dietni režim z zmanjševanjem števila obrokov, omejevanje v količini uživanja visoko kalorične vrste hrane, povečana fizična aktivnost, kronična utrujenost, znaki depresivnosti in nihanje razpoloženja, hiperaktivnost z motnjo koncentracije, pogosto tehtanje, veliko ukvarjanje s hrano, preokupiranost s kuhanjem in sestavljanjem jedilnikov, postopna ali hitra izguba telesne teže, uživanje večjih količin hrane, uživanje nenavadnih kombinacij hrane, pitje velikih količin tekočine, jemanje odvajalnih sredstev, motnje hormonskega ciklusa, ...). Potrebna je **dodatna osvetlitev** posebnosti in **ocena uvidevanja** vseh prizadetih.
- prihajajo v fazi, kjer so že **jasno izraženi in prepoznani znaki** (velika izguba telesne teže, čustvena apatija, porušeni laboratorijski izvidi in drugi telesni znaki, močna fizična utrujenost, pasivnost, močni pritiski okolice za zdravljenje, konflikti v družini,...) - težave pa povsem **zanikajo** ali pa jih **minimalizirajo**.
- napoteni so v fazi, ko so jasno **prepoznavni znaki motenja hranjenja**, ki jih mladostniki že uvidevajo, stiska je huda, bolezenski pritisk močan in je **motivacija** za



spremembe oz. zdravljenje.

PRVI UKREPI

- **ocena stanja** z dobrim **anamnestičnim posnetkom** (zelo pomemben način vodenja intervjuja z dovolj veliko stopnjo empatije, s primerno močnim pritiskom za uvidevanje bolezenskega stanja).
- ukrepanje, če ugotovimo, da je bolezen tako **močno izražena**, da je potrebno **takojšnje ukrepanje** zaradi preprečitve in odpravljanja nadaljnjih zapletov (**hospitalizacija** pri nas ali pa **usmeritev** v ustrezno ustanovo na terciarni ravni).

ODZIVI NA ZAČETKU OBRAVNAVE

- **uvidevanje** bolezni pri mladostniku, ter **želja** po spremembi (torej motivacija za zdravljenje pri mladostniku je pozitivna in takojšnja).
- **motivacija** za zdravljenje **pri starših**, močni pritisk staršev, pri mladostnikih pa popolno zanikanje (konflikt, upiranje, beg iz situacije).
- stanje, ko mladostnik **izrazi** svojo stisko, svojo bolezen, torej je bolezenski pritisk pri njemu že dovolj močan, starši pa težave **minimalizirajo**, težko se soočajo s stanjem in izražajo nemoč in niso pripravljeni na vključitev v terapevtski proces.

KAJ LAHKO STORIM KOT KLINIČNI PSIHOLOG?

Če motivacije za spremembo in vključitev v terapevtski proces pri mladostniku ni, so pa starši močno zaskrbljeni in pripravljeni za vodenje, je največ energije potrebno vložiti v pomiritev staršev. Realen vpogled v situacijo in ozaveščanje o pomembnosti odkritega sodelovanja, z jasno zastavljenimi nalogami enega in drugega mora, biti staršem in terapevtu prvi cilj. Nevarnost je, da kljub teži problema, brez primerne pritiska bolezni in dobre motivacije, ne moremo terapevtsko ukrepati. Konflikt lahko nastane zaradi prevelikih pričakovanj staršev. Vse sile je potrebno usmeriti v motivacijski pogovor, verjetno opraviti več motivacijskih pogovorov. Terapevt mora vzdrževati veliko empatije z minimalnimi in postopnimi terapevtskimi pritiski, da mladostnik iz situacije ne »pobegne«.

V kolikor je uvidevanje bolezni pri mladostniku že doseženo in je bolezenski pritisk že dovolj močan, pričnemo z ustreznimi terapevtskimi ukrepi, ki lahko takoj stečejo, saj imamo neko bazično pripravljenost za spremembo. Ponavadi pričnemo z vedenjsko kognitivnim terapevtskim pristopom, ki pomaga posamezniku spremeniti disfunkcionalen odnos do sebe in okolice, pridobiva večine za obvladovanje in spremembe na kognitivnem nivoju in v aktualnem vedenjskem funkcioniranju.

PRILIKE IN OMEJITVE OBRAVNAVE NA SEKUNDARNI RAVNI

Prilike

Iz izkušenj dosedanjih ambulantnih in hospitalnih obravnav motenj hranjenja pri otrocih in mladostnikih na sekundarni ravni delovanja, bi omenila naslednje konkretne izkušnje:

- omogoča sočasen **timski pristop** z možnostjo takojšnjega posvetovanja in



ukrepanja.

- daje nam možnost **takojšnje hospitalizacije** (pacienta lahko izločimo iz okolja, ki vzdržuje ali ne prenese več bolezni, včasih je to želja mladostnika, tako se ustvari prilika opazovanja na oddelku, možnost natančnega izvajanja terapevtskega režima). Ob odločitvi za hospitalizacijo je pomembno, da imamo natančno izdelane kriterije.
- s sekundarnega nivoja je **komunikacija** z ustanovami na terciarni ravni **hitrejša** in **neposredna**. Vsak dan lahko **krepiamo** motivacijo za nadaljevanje zdravljenja in pridobimo **podrobnejše ocene** stanja, ki so pomembne za obravnavo naprej.

Omejitve

Za načrtovanje in izboljšanje dela naprej, je pomembna prepoznava naslednjih **ovir** in **omejitev**, ki so se nakazale pri naših obravnavah:

- **pomanjkanje** nekaterih strokovnjakov (stalna prisotnost pedopsihiatra, dietetika s specialnimi znanji, gibalni terapevt).
- zdravljenje motenj zahteva **visok standard** in dovolj kadra. Ker smo oddelek za splošno pediatrijo, imamo po normativih omejeno število kadrov in le težko upravičimo zaposlitev zgoraj navedenih kadrov. Hkrati imamo omejene možnosti zagotoviti medicinskemu osebju stalno, kvalitetno izobraževanje (finančne omejitve, prezaposlenost z delom na oddelku, slaba kadrovska zasedba že za redno delo na oddelku).
- terapevtsko vodenje teh pacientov zahteva **specialna znanja** in posebno motivacijo strokovnega kadra (kvalitetno dodatno izobraževanje z možnostjo stalne supervizije).
- **omejene** možnosti pri hudih oblikah motenj hranjenja (zelo nizka telesna teža in druge spremljajoče zdravstvene težave, ki resno ogrožajo telesno in duševno zdravje).

PREKOMERNA TELESNA TEŽA PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI

Problem lahko brez zadržkov postavimo na prvo mesto aktivnosti sodobne pediatrije. Zaradi hitrega porasta števila otrok in mladostnikov s prekomerno telesno težo, je to postal zdravstveni problem svetovnih razsežnosti. Učinkovit način zdravljenja zahteva multidisciplinaren pristop v zdravljenju. Preventivni ukrepi in dolgoročno učinkovito spopadanje s problemom, zahteva ukrepanje širše družbe.

Kot klinični psiholog sem na našem oddelku strokovno enakopraven član tima, ki celotno obravnava otroke in mladostnike s prekomerno telesno težo.

Iz izkušenj dosedanjih obravnav sem analizirala potek naših obravnav in nekaj ugotovitev navajam v nadaljevanju prispevka.

Napotila za obravnavo prekomerne telesne teže pri otroku in mladostniku

S problemom prekomerne telesne teže prihajajo pacienti :

- **samoinicativno** (v zelo redkih primerih).



- po napotilu iz ambulante **osebnega zdravnika** na primarni ravni (manjšina pacientov).
- po napotilu **pediatra** iz spec. ambulante na **sekundarni ravni** (pediatrični oddelek naše bolnišnice), kjer je prekomerna telesna teža spremljevalec drugih bolezni (presoja pediatra po kriterijih, ki so veljavni v pediatrični stroki).
- napotilo **spec. pediatra**, ki otroka zdravi v **času hospitalizacije** na našem oddelku, kjer zazna problem neustreznega prehranjevanja, kot posledica pa je prekomerna telesna teža.

Faze v katerih se ob obravnavah srečamo s problemom prekomerne telesne teže oz. neustreznega prehranjevanja otrok in mladostnikov:

- že **raho povišanje** telesne teže z neustreznimi prehranjevalnimi navadami (preobilni obroki, preveč sladke hrane in hrane z veliko ogljikovimi hidrati, ...), ob anamnestičnih podatkih pa ugotovimo, da je prekomerna telesna teža problem tudi drugih družinskih članov skupaj z še pridruženimi **rizičnimi dejavniki** - gibalna neaktivnost, čustvena labilnost in druge psihosocialna problematika.
- faza **močno** povečane telesne teže, ugotovljenimi laboratorijsko povečanimi vrednostmi maščob, holesterola ali sladkorja, z močno izraženim podkožnim maščevjem, s porušeno samopodobo, z že nakazujočimi čustvenimi in drugimi psihičnimi motnjami.
- faza, ko so **doma že poskušali** uvesti določene spremembe, vendar se vrtijo v **začaranem** krogu ponovnih poizkusov in opustitve sprememb življenjskega sloga ali celo zdravljenja.

Naši terapevtski ukrepi

Za prvo skupino, z rahlo povečano telesno težo, izvedemo **svetovanje in motivacijo** za spremembe prehranjevalnih navad, pripravimo starše za pomoč otroku in mladostniku (za pozitivno vzpodbujanje), nudimo pomoč pri psihičnih stanjih, ki lahko močno vzdržujejo in utrjujejo stanje prekomernega in nepravilnega prehranjevanja, razrešujemo izstopajoče konfliktno situacije (v šoli, v družini ali v otroku samem).

Otroke in mladostnike z močno povečano telesno težo motiviramo za **vklučitev v terapevtski program** po principih vedenjsko - kognitivne terapije in sočasnim vodenjem pri pediatru. V nekaterih primerih se odločimo za hospitalno obravnavo na našem oddelku (pomembna je ocena stanja in opredelitev namena in ciljev hospitalne obravnave, obstajati mora dovolj visoka motivacija, včasih le za začetni zagon v zdravljenju).

Ko se otrocih, mladostniki, ter njihovi starši, vrtijo v **začaranem krogu** ponovnih poskusov in opustitve najrazličnejših načinov zdravljenja, je potrebna **skupna analiza** dogajanja, z močnim poudarkom na ponovni motivaciji, s posameznimi spremembami terapevtskega plana (sodelovanje in vključitev še drugih strokovnjakov, npr. gibalni terapevt, napotitev na bolnišnično zdravljenje v specialistično ustanovo- Stična).



Posamezne značilnosti našega terapevtskega dela

- terapevtski pristopi je **tímski**: v timu deluje klinični psiholog, ki sodeluje skupaj s pediatrom, občasno tudi z medicinsko sestro, dietetikom.
- klinični psiholog uporablja večinoma **vedenjsko-kognitivno** terapijo vodenja.
- vodenje je **individualno oz. ambulantno**. V začetku 1 x tedensko, potem na 14 dni, kasneje enkrat na mesec, nato na tri mesece in v zaključni dobi na pol leta - odvisno od faze v kateri se nahaja problematika prekomerne telesne teže.
- po strokovni oceni, otroke in mladostnike tudi **hospitaliziramo** (enoten terapevtski pristop osebja na oddelku). Klinični psiholog kot usmerjevalec deluje na oddelku skupaj s pediatrom, sestro dietetičarko in sobno med. sestro, po možnostih tudi s fizioterapevtom. Klinični psiholog ima vodilno vlogo pri vzpostavljanju režima in usmerjanjem obravnave teh otrok in mladostnikov.

Poskušali smo tudi že s **skupinskim vodenjem**, ki je potekalo po principih vedenjsko kognitivne terapije. Teoretične predpostavke, kot tudi praktične izkušnje kažejo, da je za obravnavo prekomerne telesne teže otrok in mladostnikov veliko bolj uspešen model skupinskega pristopa. Pri našem poskusu takšnega načina, pa se mi je pojavilo nekaj **konkretnih spoznanj**, ki se mi zdijo pomembne za nadaljevanje skupinskega načina zdravljenja:

- potrebno je zagotoviti dovolj **velik nabor** pacientov (30-40).
- skupine je potrebno oblikovati po **starostnih kategorijah**.
- poglavitni problem je **vzdrževati** visoko stopnjo motivacije skozi dolgotrajen proces zdravljenja - cilji so dolgoročni.
- problem **časovne uskladitve** vseh članov skupine in redno obiskovanje skupine.
- terapevti potrebujejo stalno **supervizijo**.
- tim strokovnih delavcev mora biti dobro **strokovno opremljen** s specialnimi znanji, ki jih je potrebno nenehno dopolnjevati (pediater, klinični psiholog, specialist za gibalno dejavnost, medicinska sestra s spec. znanji).
- **vsak** član mora imeti **zdrav** odnos do **hrane**, do **prehranjevanja** in do **lastnega telesa!**

Na kaj moramo biti še posebej pozorni, da lahko bolj ustrezno in učinkovito zdravimo?!

- **stalno** vzdrževanje motivacije.
- **prilagajanje** zdravljenja razvojni stopnji otroka in mladostnika.
- **pozornost**, predvsem pri adolescentih, da ne preide do transformacije simptomov v razvoj drugih oblik motenj hranjenja.
- ustvarjati pogoje za ustrezno **podporo** staršev pri zdravljenju.
- ustrezna podpora **širše skupnosti in družbe** (organizacija javne prehrane, odnos do hrane in prehranjevanja, pričakovanja do otrok na najrazličnejših področjih življenja).
- potrebno je nameniti posebno **pozornost** otrokom in mladostnikom s slabšo psihično



opremljenostjo (razvojne težave, hude travme, duševna manjrazvitost in drugo).

- osvetliti je potrebno **kronično in dolgoletno** obremenjenost (povečana telesna teža od ranega otroštva neustrezna prehrana od rojstva).

ZAKLJUČEK

Pri obravnavi otrok in mladostnikov z motnjami hranjenja in prekomerno telesno težo, se mi zdi pomembno okrepiti preventivno delo in vse sile usmeriti v iskanje učinkovitih terapevtskih postopkov. Pomembno je pravočasno prepoznati in ustrezno ukrepati na vseh ravneh delovanja strokovnjakov (primarni, sekundarni in terciarni).

Potrebno bi bilo izdelati dober instrumentarij t. j. razviti postopke in metode, za prepoznavo rizičnih dejavnikov v psihosocialnem funkcioniranju otroka in mladostnika (vprašalniki, usmerjeni intervjuji). Izdelane postopke bilo potrebno vključiti v redno prakso sistematskih pregledov na primarni zdravstveni ravni, z jasno začrtanimi terapevtskimi potmi obravnave na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenih ustanov.

Nekateri projekti v Sloveniji že poskušajo razviti tovrstne nove programe v vsakdanji zdravstveni praksi. Še vedno pa premalo povezano in sistematično.

LITERATURA :

1. Eivors A., Nesbitt S. *Lačni razumevanja. Maribor: Založba Obzorja 2007.*
2. XVI. srečanja pediatrov in III. Srečanja medicinskih sester. Maribor 7. in 8. april 2006. Zbornik. *Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska ul. 5 Maribor.*
3. *Zgodnje odkrivanje in celostna obravnava otrok in mladostnikov, ki jih ogrožajo kronične nenalezljive bolezni, v osnovni zdravstveni dejavnosti. Zbornik projekta. CINDI Slovenija, Ljubljana, december 2007.*



OSEBE Z MOTNJO V DUŠEVNEM RAZVOJU IN PREKOMERNA TELESNA TEŽA

*Dalja Pečovnik, dipl. med. sestra
Center za usposabljanje, delo in varstvo,
Črna na Koroškem*

IZVLEČEK

Prispevek govori o osebah z motnjo v duševnem razvoju (MDR) in njihovih težavah s prekomerno telesno težo.

Ugotoviti želimo vzroke in različne pristope, s katerimi poskušamo omenjeno težavo obvladovati ali celo preprečiti.

Prekomerno težo, ki jo z veliko truda zdravstvenega osebja, terapevtov in pedagoških delavcev v socialno varstveni ustanovi uspemo na eni strani znižati, moramo po drugi strani tudi vzdrževati.

V socialno varstvenih ustanovah se zavedamo tega problema in prav tako dejstva, da z ustreznim strokovnim pristopom zagotavljamo kakovost življenja in bivanja naših varovancev.

1. UVOD

center za usposabljanje, delo in varstvo (CUDV) Črna na Koroškem je ustanova, kjer bivajo in se usposabljujejo za življenje osebe z motnjo v duševnem razvoju.

V zadnjem obdobju upada trend otrok in mladostnikov. Prevladujejo torej starejši varovanci.

V CUDV Črna nudimo varovancem različne vsebine, ki jih zagotavlja multidisciplinarni tim strokovnjakov, kot so specialni pedagogi, delovni terapevti, fizioterapevti, logoped, psiholog, korektivni gimnastik, socialna delavka, zdravnica, zdravniki – specialisti, medicinske sestre, varuhinje.

Z upoštevanjem najrazličnejših pristopov v obravnavah in z vključevanjem različnih terapij v proces dela, razvijamo varovancem znanja in sposobnosti, ki jim omogočajo večjo samostojnost in neodvisnost.

Naše delo je usmerjeno predvsem k čim bolj individualnim pristopom in obravnavam. Vsak posameznik ima izdelan individualiziran pedagoški in zdravstveni načrt, ki je prilagojen potrebam in deficitom vsakega posameznika. Pri načrtovanju je vedno prisoten varovanec, ki soodloča in prav tako starši oz. svojci, ki program potrdijo in po potrebi korigirajo. S tem poskušamo zagotavljati varovancem kakovostne in celovite obravnave.

2. MOTNJA V DUŠEVNEM RAZVOJU

motnja v duševnem razvoju pomeni pomembno omejitve v funkcioniranju posameznika. Je splošno podpoprečno intelektualno funkcioniranje, ki se pojavlja v razvojni dobi in



je vezano na neadekvatnost adaptivnega vedenja na področju samostojnosti, socilaizacije, komunikacije in razumevanja.

Otroci z motnjo v duševnem razvoju imajo v primerjavi z vrstniki:

- znižano splošno ali specifično raven inteligence, torej imajo znižane sposobnosti za umsko delo,
- znižane gibalne sposobnosti in nižjo motorično storilnost,
- kratkotrajno koncentracijo in pozornost,
- skromne predstave o prostorskih in časovnih odnosih,
- zmanjšano sposobnost za izvajanje vsakodnevnih življenjskih aktivnosti,
- manjšo sposobnost samokontrole,
- zmanjšano sposobnost za razumevanje ožje okolice.

Osebe z motnjo v duševnem razvoju potrebujejo več razumevanja, vzpodbud in ljubezni s strani ožje in širše okolice.

3. PREKOMERNA TELESNA TEŽA – DEBELOST

debelost nastane, kadar človek dobi več energije kot je njegovo telo porabi. Dobljena čista energija pa je velikokrat odvisna tudi od presnove. Ljudje s prekomerno telesno težo velikokrat ne jedo več kakor vitki.

Prekomerno telesno težo lahko izračunamo z enačbo za izračun optimalne telesne teže.

$$\text{BMI} = \text{TT}(\text{kg}) / \text{TV}(\text{m}) / 100 \times 2$$

BMI=25-29,99 – prekomerna teža

BMI= >30 – debelost

Shujšati bi moral vsak človek, ki ima BMI nad 25 in tudi vsak, ki ima BMI med 21 in 25 in ima zaradi povečane količine maščobe v telesu zdravstvene težave – zamaščenost jeter, žolčne kamne, povišan krvni tlak ...

Debelost povečuje verjetnost resnih bolezni:

- visok krvni tlak,
- možgansko kap,
- sladkorno bolezen,
- nekatere oblike karcinomskih obolenj (debelo črevo, danko, prostata, maternica, dojke),
- obremenitev kolkov, kolenskih sklepov,
- psihične težave.

4. VZROKI ZA PREKOMERNO TELESNO TEŽO:

- prekomerno uživanje hrane,
- majhna telesna dejavnost,
- hormonske bolezni,



- genetski dejavniki,
- zdravila.

5. ZDRAVLJENJE:

- shujševalna dieta,
- redno gibanje,
- sprememba prehranskih navad (nemastna hrana, manj sladkarij, nizek vnos beljakovin).

6. PREHRAMBENE SMERNICE V CUDV ČRNA

- uživanje mešane in čimbolj raznolike prehrane,
- uživanje polnozrnatega kruha in žitaric, raznovrstnega sadja, zelenjave ter stročnic,
- zagotavljanje petih rednih obrokov, ki so pravilno porazdeljeni preko dneva,
- zagotavljanje prehrane z manj nasičenimi maščobami,
- uživanje hrane, bogate z vlakninami,
- uživanje manj slane hrane,
- preprečevanje vmesnih obrokov, predvsem slaščic in jedi iz bele moke,
- zagotavljanje ustrezne količine vnosa tekočin preko dneva (6-8 kozarcev vode oz. nesladkanih čajev in sokov)
- ustrezen zgled s strani zaposlenih (malice vsebujejo veliko sadja, zelenjave, žitaric in nesladkanih pijač).

Organizacija prehrane je v socialno varstvenih ustanovah izredno pomemben dejavnik, saj varovanci v njih živijo in je to njihov dom. Zagotovljena jim je celodnevna oskrba. Vpliv hrane na rast in razvoj in nasploh na njihovo zdravje, je zelo pomemben. Zaposleni smo v teh ustanovah neposredno odgovorni za razvoj varovancev, njihovo počutje ter nenazadnje za njihovo zdravje.

Pripravljanje prehrane v ustanovah je nedvomno izredno zapleten proces, ki je sestavljen iz različnih faz, ki se med seboj nenehno prepletajo. Pri organizaciji tega procesa zato sodeluje poleg izvajalcev – kuharjev in zdravstvenega osebja tudi celoten kolektiv ustanove.

Hrana mora biti glede sestavin uravnotežena in mora vsebovati potrebne sestavine za rast in razvoj organizma ter zagotavljati dobro prebavljivost. Pri osebah z motnjo v duševnem razvoju moramo vedno upoštevati tudi nagnjenost k slabši presnovi in prebavi, kajti velikokrat je njihova osnovna bolezen povezana tudi z nevrološkimi težavami (plegije, pareze, slabši mišični tonus)

7. STROKOVNI PRISTOPI K OBVLADOVANJU TELESNE TEŽE V CUDV ČRNA

V CUDV Črna vsaj že dve desetletji intenzivno usmerjamo način prehranjevanja varovancev k obvladovanju telesne teže.

To pomeni, da spremljamo telesne teže in imamo le te beleženje vsaj 1x tedensko. Pogostost



tehtanja določimo na osnovi rizičnih predispozicij pri vsakem posamezniku.

V primerih, ko je telesna teža previsoka oz. na zgornji meji ITM, se z varovancem, oziraje se na njegove intelektualne sposobnosti individualno pogovorimo o možnostih sodelovanja pri programu zagotavljanja varovalne dietne prehrane. Obravnava je podprta in priporočena tudi s strani osebnega zdravnika in s privolitvijo staršev oz. svojcev (skrbnikov).

V kolikor se uspemo dogovoriti in varovanec v obravnavo privoli, ga vključimo v skupino, ki je vodena s strani zdravstvenega osebja ustanove.

Varovanci vključeni v varovalno dietno prehrano, se prehranjujejo v posebni, ločeni jedilnici v ustanovi in s tem ne prihajajo v skušnjave, ki bi nastajale v primeru prehranjevanja v centralni jedilnici, kjer se prehranjujejo ostali, ki s prekomerno telesno težo nimajo težav. Dieta pomeni predvsem določene omejitve pri izbiri živil in načinu priprave hrane. To je posebej predpisan režim prehranjevanja, ki varuje varovance pred nabiranjem odvečnih kilogramov in posledično seveda tudi varuje pred nastankom bolezni, ki jih debelost s seboj prinaša, posebej še v poznejših letih. Zaposleni se zavedamo, da bodo njihove kasnejše bolezni pomenile velike težave pri našem delu.

Varovalna dietna prehrana izključuje vsa težko prebavljiva živila in živila, ki vsebujejo večje količine maščob. Biti mora biološko polnovredna, skrbno sestavljena in pripravljena. Jedi so okusne, estetskega videza in ustrezno servirane. Varovanci so v tem programu zadovoljni in se velikokrat zanj prostovoljno in samoiniciativno odločajo. Ko ne želijo več sodelovati, njihovo željo spoštujemo. Pri nekaterih začasno prekinemo in po določenem času zopet nadaljujemo z enakim pristopom, nekateri pa so v ta program vključeni tudi iz preventivnih razlogov. Čas vključitve prilagajamo individualno, glede na potrebe in želje posameznika. Če varovanec sodelovanje odkloni, to tudi upoštevamo. V takih primerih se poslužujemo drugih pristopov, na primer hranjenje v centralni jedilnici (varovalno hrano prejme v posebnem kovčku), možnost pa imajo tudi, da sami skrbijo za zdravo prehranjevanje in si redno kontrolirajo telesno težo v ambulanti Centra, ob prisotnosti zdravstvenega delavca.

Osebe z zmerno motnjo v duševnem razvoju dobro sodelujejo pri vključevanju v programe zdravega prehranjevanja, so vodljive in odprte za zdravstveno vzgojno obravnavanje. Ni jim vseeno za njihovo zdravje in počutje in jim veliko pomeni tudi zunanji izgled.

Osebe s težjo in težko motnjo v duševnem razvoju so težje vodljive, nimajo uvida v svoje težave, zato uporabljamo najrazličnejše pristope v obliki multidisciplinarnih obravnav, katerih uspeh je relativno naravnan.

Motnje hranjenja so velikokrat povezane tudi s heteroagresivnim vedenjem. To pomeni, da čuti oseba neustavljivo željo po hrani in ji prepoved oz. odtegnitev povzroča neke vrste frustracijo.

Ta pojav opazamo v ustanovi predvsem pri osebah s težjo in težko MDR, ki svojih občutij in težav ne znajo verbalno izražati in na drugačen način opozorijo na svoj problem.

V teh primerih varovanca individualno obravnavamo in preusmerimo njegovo pozornost z ustreznimi pristopi.

V socialno varstvenih ustanovah se velikokrat prepleta diagnostika motnje v duševnem razvoju in psihiatrija. Velikokrat težko presodimo kje tiči vzrok za motnje hranjenja.



Izkušnje pri delu so delavcem dragoceni vir iskanja rešitev, ko zaidemo v težave in strokovne dileme. Reševanje teh težav je v veliki večini uspešno, saj se jih lotevamo multidisciplinarno, z izkušenimi sodelavci iz zdravstvene, pedagoške, psihološke in sociološke stroke. S skupnimi obravnavami izdelamo smernice in cilje, ki jih želimo doseči pri posameznem varovancu.

Velik poudarek dajemo tudi vsakodnevnu gibanju. Varovanci se vključujejo v športne aktivnosti, k vadbi, ki jo vodijo športni pedagogi, korektivni gimnastik, delovni terapevt, fizioterapevt. Vsak dan vključujemo v njihovo življenje sprehode, oziraje se na fizične in mobilne sposobnosti posameznika.

Doseganje uspehov, tudi minimalnih, na kateremkoli področju, je velik dosežek za vse; tako za varovance, kakor tudi za zaposlene.

8. ZAKLJUČEK

v Centru za usposabljanje, delo in varstvo Črna na Koroškem na specifičen način pristopamo k obvladovanju telesne teže pri osebah z motnjami v duševnem razvoju. Potrebni so individualni, prilagojeni pristopi, s katerimi bolj ali manj uspešno obvladujemo problem.

Smernice našega dela na tem področju tečejo po piramidi zdrave prehrane in gibanja, kar nam služi kot vodilo po poti zdravega načina življenja naših varovancev.

LITERATURA:

1. D. Pokorn. *Oris zdrave prehrane, IVZRS – Zdr. varstvo 2001, letnik 40.(5,33).*
2. R.Orel, M. Lipužič, A.Pavlovič, U.Demšar. *Osnove dietne prehrane, DIET 1995.(7-19)*
3. <http://med.over.net/hranjenje/>
4. J. Planinšec, s. Fošnarič, R. Pišot. *Prevalenca čezmerne teže in debelosti med otroki v SV Sloveniji, IVZRS – Zdr. Varstvo 2006. letnik 45. (140).*



PREDSTAVITEV PROGRAMA ZDRAVE PREHRANE IN ZDRAVEGA NAČINA ŽIVLJENJA

*Marija Zorec, viš.med.sr., univ.dipl.org.
Center za zdravljenje bolezni otrok, Šentvid pri Stični 44*

Osnovni program zdrave prehrane in zdravega načina življenja v Centru za zdravljenje bolezni otrok traja 3 tedne in v tem času skušamo naučiti otroka osnov tega zdravega načina življenja in prehranjevanja. Terapija poteka v skupinah, kjer so starostno primerljivi otroci in po potrebi tudi individualno, če se za to pokaže potreba.

V ta program so vključeni:

- Zdravniki, ki skrbijo za osnovno zdravje otroka s pregledom, osnovnimi preiskavami, to je pregled krvi – hemogram, ionogram in maščobe v krvi, nadalje merjenje krvnega sladkorja na tešče in merjenje krvnega pritiska. Tekom hospitalizacije skušamo pri otroku odpravljati tudi druge anomalije, kot so hoja in drža telesa.
- Višje medicinske sestre, ki vodijo šolo zdrave prehrane in naučijo otroka osnov priprave in načina zdravega prehranjevanja
- Fizioterapevti, ki skušajo otroka naučiti zdravega in starostno primerne gibanja, ki mu kasneje pomeni sprostitev in zadovoljstvo.
- Delovni terapevti, ki delajo na otrokovi samopodobi in samospoštovanju in s tem pripomorejo k temu, da otrok vidi smisel nadaljevanja oziroma sodelovanja v programu. Sodelujejo tudi v praktičnem prikazu priprave hrane
- Psihologinja skuša razjasniti preko različnih delavnic psihične vzroke za nastanek prekomerne prehranjenosti.
- Po potrebi vključimo tudi pedopsihiatra.

Poleg tega jih skušamo naučiti samokontrole in sicer s vodenjem dnevnika zdrave prehrane in aktivnosti, kjer mora otrok beležiti tako kalorični in tekočinski vnos kot tudi porabo in istočasno opazovati samega sebe in svoje občutke. Včasih je to prvič, da se mora otrok vprašati kaj mu je bilo všeč in kaj mu ni bilo, prvič, da svoje občutke tudi opiše in tako začne delati sam s sabo.

Vse kar mi otroka naučimo v tem času, skušamo naučiti tudi na predavanjih za starše, ki so obvezna in potekajo ob petkih v popoldanskem času. Na teh predavanjih sodelujemo vsi, ki z otrokom delamo.

Pomemben del programa predstavlja tudi organizacija osnovne šole v sami ustanovi. Pogosto smo videli, da otroci, ki so sprejeti v program v poletnem času to je v času počitnic pogosto opustijo priučene navade v času šolskih dejavnosti, oziroma se v tem



času nekako ne znajdejo. Ko se ponovno začnejo počitnice, pa bi zopet hujšali in tako si pridobijo navado, ki jih spremlja tudi v odrasli dobi in sicer »da se hujša samo v času počitnic in dopusta«. Tisti otroci, ki pa so sprejeti v času šolskega pouka, pa se naučijo opravljati poleg šolskih obveznosti tudi obveznosti do samega sebe- do svojega zdravja. Tako osnovnošolske otroke sprejemamo praviloma v času pouka, medtem ko so poletne počitnice rezervirane za srednješolce.

Prehrana je dovolj kalorična, da zadosti otrokove potrebe in je velikost obrokov primerna starosti in teži otroka. V začetku otrok hitro izgublja telesno težo, kar gre predvsem na račun izpraznitve prebavnega trakta, kasneje pa se nekoliko umiri hitrost izgubljanja telesne teže. V treh tednih bivanja pri nas izgubijo različno od 2 do 5 kg odvisno od presežka teže. Kasneje svetujemo izgubo telesne teže od pol kilograma pri tistih z manj presežka do enega kilograma pri tistih z več deset kilogrami presežka teže. Ko se približujemo dogovorjeni teži pa postopno prehajamo na vzdrževanje telesne teže. Kdaj se za to odločimo je odvisno od starosti otroka, predvsem od razvojnega stadija in telesne razporeditve maščevja ter vidne oblike telesa in seveda spremljevalnih patoloških stanj, ki spremljajo prekomerno telesno težo. Predvsem pa moramo otroka naučiti postopnosti in dolgotrajnosti postopka za doseg cilja, kajti ta povišana telesna teža ni nastala v trenutku.

Otroku sicer določimo njegovo idealno telesno težo glede na višino telesa, vendar ta idealna telesna teža ne vzdrži, ker otrok raste in se razvija. Tudi izgradnja njegovega telesa je zaradi povečane telesne mase, ki je trajala dlje časa, potekala drugače kot pri suhih otrocih. Zaradi navedenega ga seznanimo samo z dogovorjeno težo, to je težo, ki je nad idealno telesno težo in pri kateri je telo primerno oblikovano brez večjih maščobnih blazinic, se otrok dobro počuti, nima zdravstvenih težav in si je tudi všeč.

Pred odhodom domov naredimo skupaj z otrokom program prehranjevanja v domačem okolju glede na njegovo šolo, šolske obveznosti, obšolske dejavnosti in seveda glede na to ali se otrok prehranjuje samo doma ali pa tudi v šoli, javnih obratih prehrane in eventualno starih starših. Poudarek je predvsem na primerni enakomerni časovni razporeditvi obrokov preko celega dneva in istočasno tudi kalorični gototi obroka.

Po odpustu ostane otrok pod kontrolo še nekako dve leti in v tem času skušamo doseči želeno težo in naučiti otroka vzdrževanja telesne teže in se ob tem izogniti hitrim nihanjem teže, ki predstavljajo za organizem hudo obremenitev. Na kontrolne preglede otroka naročamo na približno 2 do 3 mesece, po potrebi tudi prej. Doma mora redno pisati Dnevnik zdrave prehrane in načina življenja, ki poleg otrokove samokontrole pomeni tudi edini dokument na podlagi katerega mi otroku lahko svetujemo. Včasih se ponavljajo manjše napake, ki pa se seštevajo in so tako lahko vzrok za neuspešnost otrokovega dela. Odkrijemo pa lahko te napake edino le, če so dejstva redno in točno zapisana. Kdaj opusti otrok pisanje dnevnika in prične voditi samo graf telesne teže, je odvisno od otroka samega in se individualno odločamo. Ob kontrolnih pregledih spremljamo tudi patološka stanja, ki



smo jih tekom hospitalizacije odkrili.

Poleg teh kontrolnih pregledov pri nas, pa hodi otrok na redne kontrole k svojemu zdravniku, ki so 1 do 2 tedna.

Uspešnost programa je zelo velika v primeru, ko cela družina pristopi k spremembam, medtem ko je zelo slaba v primeru, ko se mora otrok sam spopasti s spremembami. V kolikor so starši otroku v oporo tako z besedami kot z zgledom, je uspeh zagotovljen.

Vedno pa je potrebno paziti, da izguba telesne teže ni prehitra, in da se organizem ne izpostavi stresnim pogojem stradanja. Tu potekajo procesi povsem drugače kot pri hujšanju in bistvenega pomena je to, da lahko v teh pogojih prizadenemo otrokovo rast in otrokov razvoj, poleg tega pa tudi prizadenemo imunski sistem in ogrozimo zdravje otroka. Pozornost je potrebno posvetiti tudi otrokovemu razpoloženju in vedenju, ker so včasih meje med povečanim apetitom in vnosom hrane na eni strani in prenejedanjem in bulimijo ter anoreksijo na drugi strani zelo majhne, in je prestop teh meja lahko zelo hiter.



ZDRAVSTVENA NEGA OTROKA Z ARTERIJSKO HIPERTENZIJO IN DEBELOSTJO - PRIKAZ PRIMERA

*Monika Pevec, dipl. m. s.,
UKC Maribor,
Klinika za pediatrijo*

POVZETEK

Arterijska hipertenzija je pogosto povezana z debelostjo. V koliko se pojavlja v otroški dobi, je povezana z aterosogenimi srčno žilnimi boleznimi v odrasli dobi. V zadnjih letih opažajo porast debelosti povezano z arterijsko hipertenzijo. Zgodnje odkrivanje pomembno vpliva na ustrezno zdravljenje, ki obsega uravnoteženo prehrano in telesno dejavnost, v nekaterih primerih tudi antihipertenzijska zdravila. Obravnava otroka, ki prihaja na redno letno kontrolo zaradi arterijske hipertenzije in debelosti, je kompleksna, saj se pregledajo vsi tarčni organi: ledvice, mehur, ožilje, srce, oči, v redkih primerih pa tudi možgani in živčevje.

ARTERIJSKA HIPERTENZIJA IN DEBELOST

Arterijska hipertenzija je ena od najpogostejših bolezni obtočil pri odraslih in predstavlja enega glavnih dejavnikov tveganja za nastanek srčno žilnih bolezni (Marčun Varda N.). Prevalenca arterijske hipertenzije pri otrocih znaša med 1 – 2 % pri šolskih otrocih, po nekaterih raziskavah tudi 4,5%.

Zaradi pojava poškodb tarčnih organov po več letih nezdravljene arterijske hipertenzije, se delajo obširne preiskave že v zgodnji fazi razvoja, ko so le ti še reverzibilni. Zgodnji pokazatelji vključujejo spremembe na ožilju, možganih, očeh, ledvicah, srcu. Drugi dejavniki, ki vplivajo na razvoj srčno žilnih bolezni pri otroku so še motnje metabolizma lipidov in glukoze, nezdrava prehrana, pasivno in aktivno kajenje in fizična neaktivnost. Da bi preprečili ali vsaj omilili nastanek srčno žilnih bolezni, je pomembno pravočasno odkrivanje in zdravljenje bolezni, zato te otroke naročajo na revizijo preiskav na 1 – 2 leti. Rutinske preiskave, ki se delajo so:

- antropološke meritve (telesna teža, telesna višina, body mase indeks –indeks telesna mase),
- 24 urno merjenje krvnega tlaka,
- odvzem venozne krvi za preiskave (hemogram, CRP, sečnina, urea, kreatinin, sečna kislina, elektroliti, holesterol, HDL, LDL, trigliceridi, krvni sladkor, insulin, fibrinogen, homocistein, apolipoproteina A1 in B, lipoprotein,...)
- odvzem urina na razne preiskave (nativni urin, urikult, koncentracija albumina v prvem jutranjem urinu in 24 urnem urinu, razmerje med mikroalbuminom in kreatinijom),



- pregled očesnega ozadja,
- elektrokardiogram,
- ultrazvok sečil,
- ultrazvok srca in velikih žil,
- meritev žilne compliance.

Prikaz primera

Sprejem pacienta na oddelek

Anamneza pacienta

Pri pacientu N.A. je bil na rednem sistematskem pregledu ugotovljen visok krvni tlak (150/85) in adipoznost (BMI 34,2). Napoten je bil v nefrološko ambulantno in od tam na načrtovan sprejem za revizijo preiskav, ki jih je že opravil pred štirimi leti. Zadnja štiri leta je bil zdrav, zaradi adipoznosti je bil pred 7 meseci na kontroli v endokrinološki ambulanti.

Ob sprejemu je neprizadet, eupnoičen, afebrilen, orientiran, pogovorljiv, prekomerno prehranjen. Koža je topla, brez izpuščaja, vidne sluznice so primerno prekrvavljene (prepis iz sprejemne anamneze).

Družinska anamneza: Mama ima raka na dojki, srčnih bolezni v družini ne navaja.

Pri bolniku pripravimo naslednje dokumente:

- temperaturni list,
- ambulantni karton,
- sprejemna dokumentacija zdravstvene nege,
- negovalni list.

Temperaturni list izpolnimo z bolnikovimi osnovnimi podatki, vpišemo izmerjeno telesno temperaturo: 36,4 stopinj Celzija, telesno težo: 111,6 kg in višino: 179,5 cm. Bolniku pokažemo njegovo sobo, posteljo in nočno omarico, seznanimo ga z dnevnim redom, času obrokov, obiskov, vizite,....

Izpolnimo sprejemno dokumentacijo zdravstvene nege in pripravimo negovalni list.

Naročene preiskave:

- antropološke meritve (telesna teža in višina, BMI),
- 24 urno merjenje krvnega tlaka,
- kompletna in diferencialna krvna slika,
- serumske preiskave: urea, kreatinin, krvni sladkor, inzulin, jetrni encimi, holesterol, trigliceridi, lipoprotein(a), apolipoprotein A1, B, elektroliti, homocistein,
- kompletni urin in urikult, koncentracija albumina v prvem jutranjem urinu in 24 urnem urinu, razmerje med mikroalbuminom in kreatinomi
- konziliarni okulist za pregled očesnega ozadja,



- elektrokardiogram,
- ultrazvok sečil,
- ultrazvok srca in ožilja,
- meritev žilne compliance.

Ugotavljanje potreb:

- Na podlagi anamneze ugotavljamo zakaj je bolnik prišel v bolnišnico in obvestimo ustreznega zdravnika,
- bolnik je že bil hospitaliziran pred štirimi leti zaradi arterijske hipertenzije in adipoznosti, prihaja na revizijo preiskav,
- bolnik trenutno nima nobenih težav in se dobro počuti, vendar ima povišano telesno težo, zaradi tega pomanjkanje fizične aktivnosti in nezdravo prehrano,
- s starši se pogovorimo o sodelovanju in možnosti razgovora z dietetikom.

Analiza zbranih podatkov

Zbrane podatke analiziramo in jih kronološko uredimo.

Definiranje negovalnih diagnoz(4):

- Povišan krvni tlak,
- Neuravnovešena prehrana, več kakor telo potrebuje, debelost,
- Neaktivnost,
- Pomanjkanje znanja- specifičnega.

Cilji zdravstvene nege:

- Po naročilu zdravnika opraviti preiskave in ugotoviti ali so prizadeti tarčni organi, zaradi AH,
- Poučiti pacienta in njegove starše o pomenu zdrave prehrane,
- Poučiti pacienta o pomenu telesne aktivnosti,
- Poučiti pacienta in starše o učinkovitem vodenju in samokontroli krvnega tlaka in ga napotiti na redne zdravniške kontrole.

Načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege:

Zdravstveno nego načrtujemo individualno, odvisno od bolnika, njegovih staršev in ostalih aktivnosti, ki se odvijajo na oddelku in tudi izven zaradi organiziranost konziliarne službe. Pomembno je kronološko in smiselno načrtovanje, predvsem zato, da se hospitalizacija ne podaljša.

Načrt zdravstvene nege po vrstne redu postopkov in posegov:

PRVI DAN:

- **Izračunamo BMI** (teža v kilogramih deljeno z višino v metrih na kvadrat: $TT/(TV*TV)$): **34,6kg/cm²**. Normalen BMI je od 18,5 – 25, vse kar je več, imenujemo



čezmerna telesna teža.

- **Damo navodila za zbiranje 24 urnega urina, nastavimo posodo** in označimo s priimkom, imenom, datumom in uro začetka zbiranja, čez 24 ur odvezamo vzorec, izmerimo in zabeležimo količino vsega urina, ga ustrezno označimo, opremimo z napotnico in pošljemo na določene preiskave, koncentracijo albumina in razmerje med mikroalbuminom in kreatininom; mikroalbuminurija je pomemben pokazatelj ledvične prizadetosti, srčno žilnih bolezni, hipertrofije levega prekata...
- **Izmerimo krvni tlak in srčni utrip: KT: 162/86, P: 71.**

Za pravilne rezultate merjenja je potrebno uporabiti pravilno velikost manšete, manšeta naj bo 2/3 razdalje od rame do komolca, merimo na obeh rokah, kasneje pa na dominantni roki, pred meritvijo naj 5 min počiva, normalne vrednosti za dečke so prikazane v tabeli 1,

Višina v cm	50. percentil	90 percentil	95. percentil
100	95/52	110/65	112/70
110	100/50	114/67	118/72
120	102/57	115/70	120/73
130	105/59	117/71	121/74
140	107/60	120/72	123/75
150	110/61	125/74	130/77
160	115/63	132/75	137/79
170	12/64	140/77	145/81
180	126/6	145/79	150/83
190	128/702	145/81	150/85

Tabela 1. Normalne vrednosti KT glede na višino pri dečkih v mm Hg (6):

- **Nastavimo aparat za 24 urno merjenje krvnega tlaka in pacientu damo navodila:** naj se umiri, ko mu manšeta napihuje zrak in ne stiska pesti ali roke, ves ta čas tudi vodi dnevnik o aktivnostih, ki jih počne, čez 24 ur manšeto odstranimo in damo v odčitavanje. Metoda neinvazivnega 24 urnega merjenja krvnega tlaka se uporablja vedno pogosteje, saj so meritve zaneslivejše od enkratnih meritev. Manšeto, ki je priključena na monitor, pritrdimo na bolnikovo dominantno roko. Intervali meritev so čez dan na 20 minut, čez noč pa na 30 minut.
- **Odvzem venozne krvi na hematološke in biokemijske preiskave** po naročilu zdravnika (kompletna in diferencialna krvna slika, urea, kreatinin, krvni sladkor, inzulin, jetrni encimi, holesterol, trigliceridi, lipoprotein(a), apolipoprotein A1, B, elektroliti, homocistein). Kri označimo z imenom in priimkom, opremimo z ustrezno napotnico in odpošljemo v laboratorij,
- Dogovorimo se za snemanje **elektrokardiograma** in bolnika spremljamo na preiskavo, nanjo ga psihično pripravimo,
- Preostanek dneva naj pacient počiva oziroma počne ostale privatne aktivnosti, saj morajo biti meritve 24 urnega merjenja krvnega tlaka čimbolj realne.



DRUGI DAN:

- Pripravimo napotnico za **konziliarni pregled pri okulistu**, ki mu bo pregledal očesno ozadje, kapljice za razširitev zenic bo dobil pri okulistu, bolnika psihično in fizično pripravimo; razložimo mu potek preiskave in mu ogrnemo haljo, organiziramo spremstvo na drugi oddelek, kjer se opravlja pregled,
- Pripravimo napotnico, se dogovorimo za čas in pripravimo pacienta na **ultrazvočni pregled sečil** (zaželjen je poln mehur), kasneje še **srca in ožilja** (bolnika pomirimo in organiziramo spremstvo),
- Dogovorimo se za meritve **žilne compliance**, pripravimo napotnico in bolnika; poseg je popolnoma neboleč (preiskava se opravi z aparatom SphygmoCor PX, ki ima Ekg priključek in preiskovalno sondo. Pacienta priključimo na elektrode, s preiskovalno sondo pa posnamemo srčne utripe na radialni arteriji, nato še na karotidni arteriji, kar daje podatek o tlačnem valovanju v ascendntni aorti in hitrost širjenja pulznega vala med dvema lokacijama arterijskega sistema).
- **S pacientom in starši se pogovorimo o pomenu zdrave prehrane, morebitne redukcijske diete, o pomenu fizične aktivnosti in vplivu vsega tega na zdravje.** Pacient naj ne uživa večje količine energije, kot je porabi. Čezmerno kopičenje maščob nastane kot posledica nepravilne prehrane in telesne ne dejavnosti. Patofiziološki razlogi za nastanek visokega krvnega tlaka so povečan volumen krvi, zvečan minutni volumen srca in povečan žilni upor. Te spremembe sprožijo zadrževanje natrija v celicah, povečano aktivnost simpatičnega živčevja, nastanek odpornosti na inzulin in podobno. Pri zmanjšanju telesne teže se te spremembe ublažijo. Ostalo kar lahko vpliva na izboljšanje trenutnega stanja je uživanje manj slane hrane, prehrana z veliko vlakninami, svežega sadja in zelenjave in telesna dejavnost.

Vrednotenje zdravstvene nege:

Po pregledu medicinske in negovalne dokumentacije ugotovimo, da so bili opravljeni vsi načrtovani postopki in posegi, pri nobeni od intervencij ni prišlo do zapletov ali neizvedbe. Izvidov od večine preiskav še nismo prejeli, za kar poskrbimo v naslednjih dneh.

Pacient in njegovi starši so seznanjeni o načelih zdrave prehrane, seznanjeni so tudi o pomenu telesne dejavnosti in nameravajo v tej smeri nekaj ukreniti.

Zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege:

Pacienta odpuščamo v domačo oskrbo z ustnimi in pisnimi navodili za zdravo prehrano. Pacient je naročen na kontrolo v nefrološki ambulanti čez 2 meseca, s seboj naj prinese meritve krvnega tlaka, ki jih bo opravljal doma, 1x na dan zjutraj, zato mu damo navodila, kako in kdaj naj meritve opravlja (vsako jutro, ko se zbudi, vedno na isti roki in ob slabšem počutju).

ZAKLJUČEK:

Celovita in individualna obravnava otroka je odvisna od medsebojnega sodelovanja celotnega zdravstvenega tima, njegovih svojcev in drugih zdravstvenih strokovnjakov.



Medicinska sestra lahko s svojim znanjem učinkovito dopolni delo zdravnika pri celostni obravnavi pacienta s arterijsko hipertenzijo in debelostjo.

LITERATURA:

1. Behrman R. E, Kliegman R. M, Jenson H. J. *Nelson textbook of pediatrics 17th edition. Systemic hypertension. Philadelphia: Saunders 2004;1592 – 1598.*
2. Marčun Varda N, Gregorič A. *A diagnostic approach for the child with hypertension. Pediatr Nephrol 2005; 20: 499-506.*
3. Železnik D, Ivanuša A. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege, 2. dopolnjena izdaja. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, 2008: 293 – 29.*
4. Gordon M. *Negovalne diagnoze – priročnik. Maribor: Rogina 2003.*
5. Gregori; A. *Prevalenca arterijske hipertenzije pri otrocih – pilotska študija. Zdrastveni vestnik 1986; 415- 416.*
6. GregoričA, Andre JL, Soergel M. *Normal blod presure and epidemiology of hypertension. In: Cochrat P ed. ESPN Handbok. Basel: Europen Society for pediatric nephrology, 2002: 303 – 307.*



NOVOSTI ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA V MLADINSKEM ZDRAVILIŠČU DEBELI RTIČ

*Beisa Žabkar, dipl.med.ses., univ.dipl.org.
Jadranska c. 73, 6280 Ankaran*

Izkušnje šolskih zdravnikov dokazujejo, da so otroci vedno manj zdravi. Zato si prizadevamo za čim večjo gibalno aktivnost šolarjev, kar je nujno za njihov skladen psihofizični razvoj in za njihovo zdravje. Gram preprečevanja je vreden kilogram zdravlila. Mladinsko zdravilišče Debeli rtič leži na najlepšem delu slovenske morske obale, med plantažnimi nasadi vinogradov, v neposredni bližini Ankarana, Kopra in Trsta. Že dolgo je znano po svoji zdravilni klimi in je edina obmorska ustanova te vrste za otroke in mladino v Sloveniji.

ZDRAVSTVENE INDIKACIJE

RSK za pediatrijo je na 38. seji, dne 3.5.1995, sprejel zdravstvene indikacije za zdraviliško zdravljenje otrok in mladine. Splošnim indikacijam, navedenim v 45. členu Pravilnika o obveznem zdravstvenem zavarovanju ZZZS, je dodal še specifične indikacije za zdraviliško zdravljenje otrok in mladostnikov. Upoštevajoč podane indikacije za zdraviliško zdravljenje in obnovitveno rehabilitacijo otrok in mladine, smo s sodelovanjem pediatrov različnih specialnosti, izdelali strokovne programe, ki bi jih v Klimatskem zdravilišču Debeli rtič lahko redno ali občasno izvajali.

1. BRONHIALNA ASTMA (STANDARD TIP 9):

- Nadaljevanje zdravljenja po veljavni doktrini, ki jo je izdelala Pediatrična klinika (Konzenz zdravljenju astme ZV...).
- Edukacija in reedukacija otrok z astmo in njihovih staršev za zdravljenje na domu.
- Fizioterapija in inhalatorna terapija.
- Športne aktivnosti primerne za otroke z astmo.
- Prepoznavanje in odstranjevanje alergenov in sprožilnih dejavnikov astme.

2. KOŽNE BOLEZNI (STANDARD TIP 7):

- Nadaljevanje zdravljenja po doktrini otroškega oddelka Dermatološke klinike:
- Pravilna nega kože.
- Pravilna prehrana ; pri otrocih z alergijskimi obolenji kože izvajanje hipoalergičnih diet.
- Pravilna insolacija in hidroterapija v bazenu.

3. REHABILITACIJA PO POŠKODBAH IN OPERACIJAH GIBAL (STANDARD TIP 3)



4. OBNOVITVENO REHABILITACIJSKA DEJAVNOST:

Za diabetike in otroke s celiakijo (presnovna bolezen).

Obnovitvena rehabilitacijska dejavnost se uspešno izvaja za otroke pod strokovnim vodstvom Pediatrične klinike. V času obnovitvene rehabilitacije potekajo pod strokovnim vodstvom šole za individualno vodenje in zdravljenje teh bolezní (diete, dajanje terapije, kontrola sladkorja, vodenje sladkorne bolezní).

KAKO DO ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA?

- otrokov izbrani zdravnik poda predlog za zdraviliško zdravljenje imenovanemu zdravniku na ZZZS, kateri odobri ali pa zavrne zdraviliško zdravljenje
- imenovani zdravnik izda odločbo s katero je določeno trajanje (14 ali 21 dni) in kraj zdraviliškega zdravljenja
- dve možnosti sprejema: v skupino s 24 urno prisotnostjo vzgojitelja ali v spremstvu staršev, sprejeme imamo organizirane ob ponedeljkih in torkih, staršem pošljemo pisno obvestilo o datumu in uri sprejema.
- za isto kronično bolezen ima otrok pravico uveljaviti zdraviliško zdravljenje vsako leto (48. člen OZZ)

NOVOSTI NA ZDRAVILIŠKEM ZDRAVLJENJU V MZL DEBELI RTIČ

- od 01.01.2009 imamo s strani ZZZS odobreno tudi ambulantno zdraviliško zdravljenje za vse tri standarde, standard tip 3, 7 in 9.
- na zdraviliško zdravljenje sprejemamo otroke čez celo leto
- v času šolskih počitnic sprejemamo na zdraviliško zdravljenje otroke vsak ponedeljek in torek
- otroci so vabljeni na uro in jih ob sprejemu zdravnik pregleda v prisotnosti staršev ali spremljevalca
- v času šolskih počitnic imajo prednost pri koriščenju odločb šoloobvezni otroci sprejeti v skupino, predšolski otroci, kateri bi želeli koristiti zdravljenje v spremstvu staršev, pa morajo počakati na prosto sobo, vendar ne več kot en mesec.
- na podlagi raziskav v letošnjem letu izvajamo za otroke in starše lokalnih skupnosti pilotska projekta: Hidroterapija za otroke s posebnimi potrebami in Šola pravilnega prehranjevanja. V prihodnosti se bomo prizadevali, da program izvajamo za vse otroke in starše, ki pridejo k nam.

ECO MEDICS

www.ecomedics.com

ANALYZER CLD 88SP, aparat za merjenje NO:

prednosti:

- merjenje NO v izdihanem zraku;
- omogoča merjenje kooperativnih kot tudi nekooperativnih pacientov (dojenčkov);
- neinvazivno odkrivanje pljučnega vnetja;
- celostna spirometrija;
- verifikacija NO terapije;
- skladen z ATS in ERS priporočili.



EXHALYZER D

- edinstven sistem za merjenje pljučne funkcije pri: nedonošenčkih, novorojenčkih in otrocih;
- omogoča merjenje pretoka, volumna (TBVL, FRC, LCI, RV-RTC analize) in pritiska;
- omogoča plinske analize: izdihan NO, oksimetrija, kapnometrija.



MEDIX

www.medix.com.ar

Podjetje s specializiranimi produkti za pediatrične in porodnišnične oddelke bolnišnic z več kot 35 letnimi izkušnjami. Vsi produkti ustrezajo mednarodnim standardom:

- medicinski inkubatorji za intenzivno nego;
- transportni inkubatorji;
- ogrevalne postelje in košare;
- fototerapevtske luči za zdravljenje zlatenice;
- appar časovni merilnik.



THERAPIETECHNIK ROSTOCK

www.therapietechnik.com

Aparat za ultrazvočno inhalacijsko terapijo:

- 4 stopnje razprševanja;
- 2 stopnji ogrevanja;

Je enostaven za uporabo in za čiščenje.



SIARE

www.siare.it

Pljučni ventilatorji za intenzivno nego dojenčkov in otrok. Omogoča merjenje: IPPV (AUT), IPPV+ASS, AST, PCV, PSV, SIMV, CPAP, TWIN PAP (BIPAP), SIGH, NIV APRV, APNOEABACK-UP



ADE

www.medicine.ade-germany.de

Elektronska tehtnica za dojenčke razreda III.



Nič več samo mleko - dohranjevanje po dopolnjenem 6. mesecu

Dojenčki se v prvih šestih mesecih hitro razvijajo, telesna teža se podvoji. Za nadaljnjo rast počasi potrebujejo več kot le materino mleko ali prilagojeno mlečno formulo. Seveda bo dojenček tudi po šestem mesecu, pa vsaj do enega leta starosti še vedno dojen, hkrati pa začnemo uvajati ne mlečno mešano prehrano - zelenjavne in sadne, žitne in zelenjavno - mesne kaše, ki bodo postajale postopoma vse gostejše tako, da dojenčka spodbujajo k žvečenju in požiranju.

V prvih nekaj tednih začetka uvajanja hrane bodite starši potrpežljivi, saj je uvajanje goste hrane sprva predvsem učenje, raziskovanje in ne pomemben vir prehrane.

Svetujemo, da dojenčku najprej uvedete zelenjavo, ker ima bolj nevtralni okus od sadja. Pri uvajanju sadnih oz. sadno žitnih kašic pričnite z jabolkom ali hruško. Odsvetujemo, da dojenčku kot prvo sadje ponudite banano, ker ima pretlačena v kašo presladek okus in lahko se vam zgodi, da boste imeli z uvajanjem novih živil nato težave, dojenček jih bo odklanjal, ker si je zapomnil sladek okus banane in bodo imela zanj ostala živila premalo izrazit okus.

Vse odgovore na vprašanja o prehrani vašega dojenčka boste našli v brošuri »Prehrana dojenčka in malčka«, ki jo je pripravila Andreja Širca Čampa, univ. dipl. inž., klinična nutricionistka



Da bi iz majhnega zrastle veliko.



FRUCTAL

v sodelovanju z naravo

www.fructal.si

info@fructal.si



**ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
SLOVENIJE**



**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH
TEHNIKOV V PEDIATRIJI**

Se vsem sponzorjem iskreno zahvaljuje za sodelovanje in podporo pri izvedbi strokovnega srečanja!

- Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
- Kolegicam izvršilnega in razširjenega odbora Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji
- Zavarovalnica Triglav, PE Slovenj Gradec
- Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., PE Ravne na Koroškem
- Koroške pekarne
- Slaščičarna Polanšek
- Prevoznništvo Merzdovnik
- FRUCTAL, d.d., Ajdovščina
- ZEPTER SLOVENICA, d.o.o., program Nestle, Ljubljana
- FARMEDICA d.o.o., Leskovškova cesta 12, Ljubljana
- Merit-International, program Milupa
- MICRO+POLO d.o.o., Zagrebška cesta 22, Maribor
- Aerodrom Šmartno

Šmartno pri Slovenj Gradcu, 6. marec 2009

Predsednica sekcije medicinskih sester
in zdravstvenih tehnikov v Pediatriji
Anica Vogel

