

debeli rtič



Mladinsko zdravilišče in letovišče
Rdečega Križa Slovenije



SEKCIJA ZA
ŠOLSKO, ŠTUDENTSKO
IN ADOLESCENTNO
MEDICINO

**Sekcija za
primarno pediatrijo**

18.

RTIŠKO
STROKOVNO
SREČANJE
ŠOLSKIH
ZDRAVNIKOV
IN PEDIATROV

PREKOMERNA PREHRANJENOST IN DEBELOST PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI MOJ ŠOLAR NOČE V ŠOLO

24. maj 2019



PROGRAM

08.30 **Prihod in registracija**

08.45 **Otvoritev**

09.00 **Prekomerna prehranjenost in debelost pri otrocih in mladostnikih**

*Moderatorja: doc. dr. Primož Kotnik, dr. med. spec. ped.,
Breda Prunk Franetič, dr. med., spec. šolske med.*

09.00 **Nivojska obravnava prekomerne prehranjenosti in debelosti pri otrocih in mladostnikih** - doc. dr. Primož Kotnik, dr. med., spec. ped.,
Pediatrična klinika Ljubljana

09.30 **Astma in debelost** – prim. Lilijana Besednjak Kocijančič, dr.med.spec.ped.

09.50 **Predstavitev vmesnih rezultatov: Interdisciplinarni pristop pri obravnavi prekomerno hranjenih otrok in mladostnikov** -

Breda Prunk Franetič, dr. med., spec. šolske med., MZL Debeli rtič, doc. dr. Tamara Poklar Vatovec, univ. dipl. ing. živ. teh., UP, oddelek za dietetiko, Katja Križaj, dipl.biopsih., Maja Maraž, dipl.biopsih., Brigita Jevšenak, dipl.del.ter.

10.20 **Odmor s kavo**

10. 40 **Preprečevanje odklanjanja šole**

Moderatorja: dr. Peter Janjuševič, univ. dipl. psih; klin. psih, Svetovalni center za otroke in mladostnike Ljubljana, Ksenija Goste, dr.med., spec. šol. med.

10.40 **Preprečevanje odklanjanja šole** – dr. Peter Janjuševič, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana; mag. Alenka Seršen Fras, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Maribor

12.25 **Delavnici** – prijave sprejemamo do zapolnitve mest

1. Interdisciplinarni pristop pri obravnavi prekomerno hranjenih otrok in mladostnikov
2. Preprečevanje odklanjanja šole – vloga šolskih zdravnikov in pediatrov (omejitev števila udeležencev: 40)

13.40 **Zaključek strokovnega srečanja**

14.00 **Kosilo**

Izobraževanje je prijavljeno pri ZZS za pridobitev licenčnih točk. Kotizacije ni.



1 NIVOJSKA OBRAVNAVA ČEZMERNE PREHRANJENOSTI PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI

doc. dr. Primož Kotnik, dr. med., spec. ped.

1. Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Pediatrična klinika, Klinični Center Ljubljana, Ljubljana
2. Katedra za pediatrijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

UVOD

Čezmerna prehranjenost otrok ter mladostnikov po svetu in v Sloveniji je velik javnozdravstveni problem. Povezana je z razvojem kroničnih bolezni, ki pomembno zmanjšajo kakovost in trajanje življenja pri odraslih, a ima tudi že pri otrocih in mladostnikih lahko pomembne presnovne in nepresnovne zaplete.

Poleg genetske predispozicije, je izrednega pomena za razvoj čezmerne prehranjenosti okolje kjer se otrok rodi, razvija in odraste. V prvi vrsti je to družinsko okolje, pomemben čas pa preživi tudi v varstvenovzgojnih institucijah in šoli. Širše gledano je pomemben dejavnik, ki vpliva na pojavnost čezmerne prehranjenosti in z njo povezanih zapletov celotno družbeno okolje v katerem živimo. Gledano javnozdravstveno bomo lahko trend pogostosti bolezni povezanih z nezdravim življenjskim okoljem preobrnil le s širšo družbeno angažiranostjo in organiziranostjo okolja po meri človeka.

Problematika je izrazito kompleksna, lahkinih rešitev problema ni, niti jih ni pričakovati. Iz tega vidika so pričakovanja glede uspešnosti obravnave prekomerne prehranjenosti in povezanih zdravstvenih zapletov s strani zdravstvenega sistema pogosto prevelika, saj z zdravstvenimi pristopi ne moremo rešiti številnih družbenih dejavnikov tveganja. Kljub temu ima zdravstvo poglobljeno vlogo pri obravnavi tega problema. Uspešni preventivni in kurativni ukrepi so povezani z multidisciplinarnim in večnivojskim pristopom. Tudi v Sloveniji se oba pristopa vztrajno razvijata. Tako imamo smernice za obravnavo čezmerno prehranjenih otrok in mladostnikov ter smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 v katerih navajamo kriterije za obravnavo otrok na treh ravneh zdravstvene obravnave. Glede na nova spoznanja iz mednarodne literature in glede na rezultate takšnega načina vodenja, bomo v prihodnosti seveda morali te smernice aktivno spreminjati.

V nadaljevanju tako navajamo trenutne kriterije za nivojsko obravnavo čezmerne prehranjenosti v Republiki Sloveniji, v predavanju pa bo predstavljena tudi podrobnejša obravnavna in razprava o morebitnih spremembah.

Vodenje pri pediatru na primarni ravni:

- čezmerna prehranjenost (ITM med 91. in 98. p.):
 - konzervativna obravnavna (prehransko svetovanje, redna telesna dejavnost) ali napotitev v regionalni center za krepitev zdravja, ki izvaja program za pediatrično populacijo za obdobje 6 mesecev;

- otroci, katerih ITM je še v normalnem območju, vendar je v času med dvema preventivnima pregledoma prišlo do povečanja ITM za dve percentilni krivulji (npr. z 25. na 75. p.):
 - konzervativna obravnava za obdobje 6 mesecev;
- debelost (ITM nad 98. p.):
 - priprava pred napotitvijo na sekundarno ali terciarno raven;
 - obravnava debelih otrok in mladostnikov, ki odklanjajo obravnavo na sekundarni ali terciarni ravni (po možnosti v regionalnem centru za krepitev zdravja, ki izvaja program za pediatrično populacijo);
 - nadaljnja obravnava po zaključeni obravnavi na sekundarni ali terciarni ravni.

Kriteriji za napotitev na sekundarno raven obravnave (regionalne bolnišnice z ustrezno strokovno in tehnično podporo za opredelitev stanj preddiabetesa):

- debelost (ITM > 98. p);
- čezmerna prehranjenost s sumom na zaplete (glej spodaj);
- čezmerna prehranjenost (ITM med 91. in 98. percentilom), kjer 6-mesečna obravnava na primarnem nivoju ni bila uspešna – ni prišlo vsaj do stabilizacije telesne teže.

Kriteriji za napotitev na terciarno raven obravnave (Klinični oddelek z endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Pediatrična klinika, UKC Ljubljana):

- sum na hormonski ali genetski vzrok debelosti;
- sum na zaplete debelosti:
 - motnja v presnovi glukoze (akantosis nigricans, hiperinzulinizem, povišan krvni sladkor na tešče, motena glukozna toleranca, sladkorna bolezen);
 - motnja menstrualnega cikla in/ali čezmerna poraščenost;
 - hiperlipidemija (celokupni holesterol nad 6,0 mmol/l);
 - povišan krvni tlak (endokrinolog in nefrolog);
 - maščobna infiltracija jeter (endokrinolog in gastroenterolog)
 - motnje dihanja (endokrinolog in pulmolog);
 - motnje spanja (endokrinolog in nevrolog);
 - ortopedski zapleti (endokrinolog in ortoped).

PRIPOROČENA LITERATURA

1. Kotnik P. Debelost in zapleti debelosti pri otrocih in mladostnikih. Slov Pediatr 2017; 24(2): 60-67.
2. Šolman L, Kotnik P, Pavčnik Arnol M et al. Priporočila za obravnavo prekomerne prehranjenosti in debelosti pri otrocih in mladostnikih. Slov Pediatr 2009; 16(4): 226-42.
3. Bratina N, Kotnik P, Bratanič N, Žerjav-Tanšek M, Avbelj M, Kržišnik C, Battelino T. Nivojska obravnava čezmerne prehranjenosti, debelosti in dislipidemij pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji. V: Kržišnik C (ur.), Battelino T (ur.). Pediatrična hematologija in onkologija. Izbrana poglavja iz pediatrije, 23. V Ljubljani: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, 2011. p 48-56.
4. Kotnik P, Šmigoc Schweiger D, Bratina N, Battelino T. Sladkorna bolezen tipa 2 pri otrocih in mladostnikih. V: Zaletel J, Ravnik Oblak M, ur. Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2. Ljubljana 2016; 146-54.



2

DEBELOST, ASTMA, OKUŽBE DIHAL, UŠES IN PREBAVIL

Besednjak-Kocijančič L.

Zdravstveni dom Nova Gorica, Rejčeva 4, 5000 Nova Gorica

Izvleček

Uravnovešena prehrana in ustrezna telesna aktivnost omogočata vzdrževanje ustrezne telesne teže. Sedeč življenjski slog in vnos energetske goste hrane vodita v nastanek debelosti. Debelost je pomemben dejavnik za nastanek kroničnih bolezni. Debelost in astma sta najpogostejši kronični bolezni pri otrocih. Njena povezava še ni povsem pojasnjena. Debelost vpliva na pojav in potek astme. Kronično vnetje, ki je značilno za debelost, vpliva na imunski odziv in verjetno tudi na nastanek akutnih bolezni otrok. Prispevek predstavlja rezultate raziskave, s katero smo želeli oceniti vpliv debelosti na pojav astme in nekaterih akutnih bolezni, ki so najpogostejši vzrok za obisk pediatra na primarnem nivoju.

Uvod

Debelost in astma sta kompleksni genetsko pogojeni bolezni, ki nastaneta pod vplivom številnih faktorjev okolja. Trenutno sta v razvitem svetu najpogostejši kronični bolezni pri otroku. Debelost je eden od najpomembnejših rizičnih dejavnikov za nastanek astme. Naraščanje debelosti v zadnjih desetletjih kaže na povečanje vpliva dejavnikov okolja, zlasti na uživanje energetske bogate hrane in na nezadostno telesno dejavnost s prevladovanjem sedečega načina življenja. Uravnovešena prehrana in redna telesna aktivnost omogočata vzdrževanje ustrezne telesne teže, ki je ključna za ohranjanje zdravja, saj sta tako prenizka kot prekomerna telesna teža povezani s povečanim tveganjem za nastanek bolezni (1). Znano je, da je za nastanek kroničnih bolezni pomembno razmerje med maščobno in mišično maso posameznika. Zlasti pri centralni razporeditvi maščevja, s povečanim deležem visceralne maščobe, je večja možnost za nastanek blagega kroničnega vnetja (2, 3). Vnetje je podlaga za nastanek številnih bolezni, ki so zlasti pri odraslih najpogostejši vzrok umrljivosti. Debelost je pomemben rizični dejavnik za nastanek astme pri otroku (4, 5). Manj je podatkov o tem, kako debelost vpliva na nastanek akutnih bolezni. Nedvomno vpliva na razmerje v sintezi pro in protivnetnih citokinov, ki lahko poleg vzdrževanja blagega kroničnega vnetja povečajo tudi možnost za nastanek akutne vnetne reakcije.

Astma

Epidemiološke raziskave so potrdile povezavo med astmo in debelostjo. Tudi dve raziskavi, ki smo ju opravili v Zdravstvenem domu Nova Gorica, sta potrdili, da je debelost pomemben rizični dejavnik za nastanek astme. V prvo smo vključili preko 700 otrok mlajših od 16 let s pozitivno družinsko anamnezo za alergijske bolezni. Astma se je pomembno pogosteje pojavljala pri prekomerno hranjenih in debelih otrocih (6). Nedavno zaključena raziskava je vključevala 1087 otrok (555 dečkov in 532 deklic), rojenih brez prirojenih anomalij med januarjem 2003 in decembrom 2012. 16,2% jih je bilo debelih (indeks telesne mase (ITM) večji od 95 percentile za otrokovo starost in spol), (Skupina A). Debelost smo pogosteje opazili pri dečkih (24,1%) kot pri deklicah (12,3%), ($p < 0,01$), (Sl. 1). Dokazali smo, da se astma pomembno pogosteje pojavlja pri debelih otrocih ($P < 0,01$), (Sl. 2). Podobni so tudi rezultati številnih raziskav (7). Znano je, da se

možnost za nastanek astme pri prekomerno prehranjenih poveča za 20%, pri debelih pa je kar dvakrat večja (5, 8). Povezava med astmo in debelostjo je dvosmerna. Zastavlja se vprašanje, kaj je vzrok, kaj posledica. Otroci z astmo se namreč zaradi bolezni manj gibljejo. Zaradi poslabšanj se izogibajo naporu in postopno pri njih začne prevladovati sedeč način življenja. Zdravijo se z glukokortikoidi, ki lahko vplivajo na povečanje telesne teže (9).

Astma je heterogena kronična vnetna bolezen, ki poteka v fazah z občasnimi poslabšanji. Diagnoza astme vključuje različne podtipa (10). Delimo jo lahko na več načinov: glede na prisotnost ali odsotnost eozinofilnega vnetja, hudost bolezni ali pa glede na to, kako uspešno je zdravljenje z glukokortikoidi. Poznamo več fenotipov astme. Pri otrocih zavzema pomembno mesto astma pri prekomerno hranjenih. Za to obliko astme je značilen pojav dodatnih simptomov. Bolj pogosta in hujša so akutna poslabšanja, slabši je odgovor na zdravljenje z glukokortikoidi, slabši je nadzor bolezni, pogostejše so hospitalizacije in posledično je slabša tudi kvaliteta življenja (11, 12, 13). Diaz je astmo pri prekomerno hranjenih otrocih razdelil na dva podtipa, glede na to, pri kateri starosti se pojavijo simptomi. Pri zgodnji obliki se bolezen razvije pred 12. letom. Za to obliko je značilna eozinofilna infiltracija dihalne poti, izrazita preodzivnost, zmanjšana pljučna funkcija, povišani nivoji IgE protiteles in slabša obvladljivost bolezni. Ta podtip astme je enako pogost pri deklicah in dečkih. Pozna oblika se običajno pojavi po 12. letu starosti. Pogostejša je pri dekletih. Za to obliko je značilna boljša pljučna funkcija, manjša preodzivnost dihalne poti, nižji nivoji IgE protiteles in prevladovanje nevtrofilne infiltracije. Nadzor nad boleznijo je lažji, vendar je za oba podtipa značilno pojavljanje številnih komplikacij. Pozna oblika astme naj bi bila direktna posledica debelosti (14, 15, 16). Chen je v svoji raziskavi dokazal tudi, da trajnejša debelost dodatno zveča možnost nastanka astme pri otroku (17).

Mehanizem nastanka astme pri debelosti še ni povsem jassen. Navajajo se številni možni vzroki. Debelost naj bi okrepila vnetje v dihalih in občutno zmanjšala pljučno funkcijo. Temu naj bi botrovalo kronično vnetje v maščevju s povečanim izločanjem provnetnih citokinov zlasti interleukina IL-17, ki poleg tega, da vpliva na vnetje v dihalih, zveča preodzivnost tudi z direktnim delovanjem na gladke mišice v steni dihalne cevi. Neposredno stimulira infiltracijo z nevtrofili, ki je značilna za hudo astmo (18). Bolezen je lahko tudi posledica zmanjšanja pljučnega volumna zaradi pritiska na prsni koš. Ko bolnik shujša se pritisk zmanjša, pomiri se vnetje maščevja, zmanjša se izločanje IL-17 in bolezen se izboljša, lažje je obvladovanje bolezni, saj IL-17 vpliva tudi na odzivnost na kortikoide. Pomembno vlogo naj bi imela tudi spremenjena mikroflora. Disfunkcija mikroflore naj bi zvečala možnost za nastanek astme in debelosti. Ta naj bi še dodatno spremenila mikrofloro in olajšala nastanek astme (5).

Akutne okužbe dihal, ušesa in prebavil

Manj je podatkov o tem, kako debelost vpliva na pojav akutnih okužb dihal. Za debelost je značilno kronično sistemsko vnetje. Izsledki najnovejših raziskav nakazujejo, da vnetje spremeni imunski odziv v dihalih in posledično vpliva na nastanek ali poslabšanje akutnih pljučnih bolezni. Debelost zveča dovzetnost za respiratorne okužbe (19, 20,). Tudi v naši raziskavi so se pljučnice in druge akutne bolezni dihal (ABD: bronhitis, bronhiolitis in ostale neopredeljene okužbe spodnjih dihal) pomembno pogostejše pojavljale v skupini debelih otrok ($p < 0,01$), (Sl. 3). Debelost zveča možnost za virusne okužbe, kar je bilo potrjeno v času H1N1 pandemije (21). Prav tako zveča pojavnost in pogostost hospitalizacij zaradi doma pridobljene pljučnice. Smrtnost zaradi pljučnice povzročene s pneumokoki in hemofilusom influence pri debelih pa je nekoliko manjša (22, 23). Večja dovzetnost za virusne okužbe je posledica sinteze provnetnih citokinov (TNF- α , IL-6, IL-1 β , IL-18, MCP-1), provnetnih adipokinov (leptin, resistin) in zmanjšane sinteze protivnetnih adipokinov. Posledica je sistemsko vnetje, ki vpliva na imunski odziv. Izpostavljenost celic visokim koncentracijam leptina vodi v razvoj rezistence leptinskih receptorjev NK celic, T celic in monocitov v periferni krvi, kar ima za posledico oslavljen imunski odziv predvsem v pljučih (20). Pomanjkanje adiponektina, za katerega vemo, da deluje protivnetno preko aktivacije alveolarnih makrofagov, ima pomembno vlogo pri razvoju alergijskega vnetja v pljučih. Ne vemo pa, kakšna je njegova vloga pri z virusi izzvanem vnetju (24).

Spremljali smo tudi druge akutne bolezni, ki spadajo med najpogostejše vzroke za obisk pediatra: vnetja ušes (OMA), bolečine v trebuhu, akutne bolezni prebavil (ABP). Slednje so se enako pogosto pojavljale pri debelih in normalno hranjenih otrocih ($p>0,05$), (Sl. 4) Mnenja o tem, kakšna je povezava med debelostjo in vnetji ušes so deljena (25).

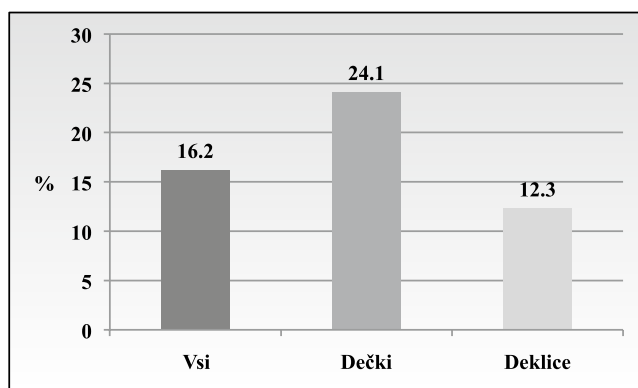
Zaključek

Nedvomno je debelost pomemben dejavnik za nastanek astme in okužb dihal. Ker sta tako debelost in astma pomembna zdravstvena problema je nujno zgodnje preprečevanje njunega nastanka z ustreznim izobraževanjem populacije o spremembi življenjskega sloga in ustrezni prehrani.

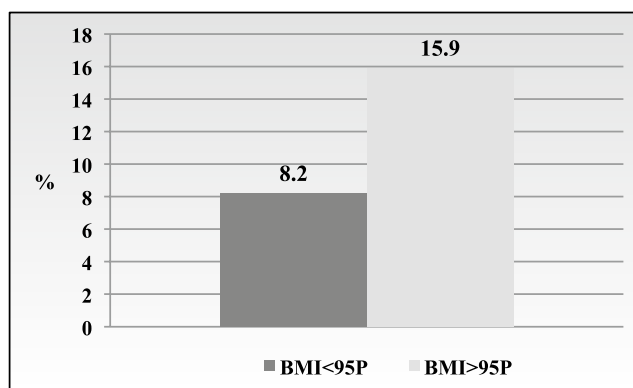
Literatura

1. Gabrijelčič Blenkuš M, Robnik M. Prekomerna prehranjenost in debelost pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji II. NIJZ. Ljubljana, Julij 2016.
2. Sarin HV, Lee JH, Jauhiainen M, Joensuu A, Borodulin K, Männistö S, Jin Z, et al. Substantial fat mass loss reduces low-grade inflammation and induces positive alteration in cardiometabolic factors in normal-weight individuals. *Sci Rep.* 2019 9(1): 3450.
3. West-Eberhard MJ. Nutrition, the visceral immune system, and the evolutionary origins of pathogenic obesity. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2019 15; 116(3):723-731.
4. Centers for Disease Control and Prevention Childhood Obesity Facts. [(Accessed on 1 October 2018)]; Available online: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/obesity/facts.htm>.
5. Forno E, Celedón JC. The effect of obesity, weight gain, and weight loss on asthma inception and control. *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* 2017; 17:123–130.
6. Besednjak Kocijančič L, Bizjak R. A positive association between atopic eczema, asthma and obesity in Slovene children. 22th Congress of the European academy of allergology and clinical immunology. June 7-11; Paris 2003.
7. Mebrahtu TF, Feltbower RG, Greenwood DC, Parslow RC. Childhood body mass index and wheezing disorders: A systematic review and meta-analysis. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2015; 26:62–72.
8. Chen YC, Dong GH, Lin KC, Lee YL. Gender difference of childhood overweight and obesity in predicting the risk of incident asthma: A systematic review and meta-analysis. *Obes. Rev.* 2012; 14:222–231.
9. Jones SE, Merkle SL, Fulton JE, Wheeler LS, Mannino DM. Relationship between asthma, overweight, and physical activity among u.s. High School Students. *J. Community Heal.* 2006; 31:469–478.
10. Marc Malovrh M. Imunološki pogled na težko astmo. Zbornik prispevkov. Ljubljana, Medicinska fakulteta, april 2005.
11. Ahmadizar F, Vijverberg SJ, Arets HG, de Boer A, Lang JE, Kattan M, Palmer CN, et al. Childhood obesity in relation to poor asthma control and exacerbation: A meta-analysis. *Eur. Respir. Soc.* 2016; 48:1063–1073.
12. Denlinger LC, Phillips BR, Ramratnam S, Ross K, Bhakta NR, Cardet JC, et al. Inflammatory and co-morbid features of patients with severe asthma and frequent exacerbations. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2017; 195:302–313.
13. Okubo Y, Nochioka K, Hataya H, Sakakibara H, Terakawa T, Testa M. Burden of obesity on pediatric inpatients with acute asthma exacerbation in the united states. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2016; 4:1227–1231.
14. Diaz J, Farzan S. Clinical implications of the obese-asthma phenotypes. *Immunol. Allergy Clin.* 2014; 34:739–751.
15. Holguin F, Bleeker ER, Busse WW, Calhoun WJ, Castro M, Erzurum SC, Fitzpatrick AM, et al. Obesity and asthma: An association modified by age of asthma onset. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2011; 127:1486–1493.

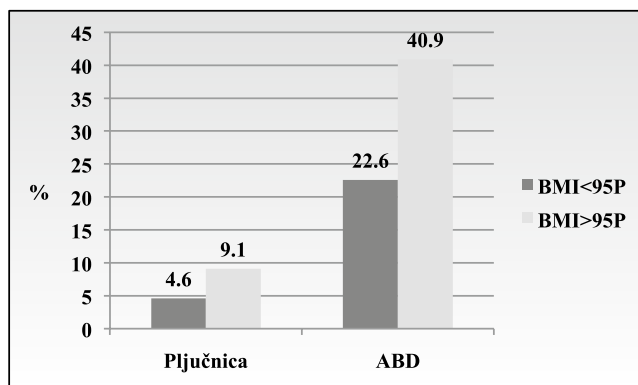
16. Rasmussen F, Hancox RJ. Mechanisms of obesity in asthma. *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* 2014; 14:35–43.
17. Chen Z, Salam MT, Alderete TL, Habre R, Bastain TM, Berhane K. Effects of Childhood Asthma on the Development of Obesity among School-aged Children. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2017; 195:1181–1188.
18. Lin Liang, Jung Hur, Ji Young Kang, Chin Kook Rhee, Young Kyoon Kim, Sook Young Lee. Effect of the anti-IL-17 antibody on allergic inflammation in an obesity-related asthma model. *Korean J Intern Med.* 2018; 33(6): 1210–1223.
19. Phung DT, Wang Z, Rutherford S, Huang C, Chu C. Body mass index and risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2013; 14:839–857.
20. Mancuso P. Obesity and respiratory infections: does excess adiposity weigh down host defense? *Pulm Pharmacol Ther.* 2013; 26:412–419.
21. Vaillant L, La Ruche G, Tarantola A, Barboza P. Epidemiology of fatal cases associated with pandemic H1N1 influenza 2009. *Euro Surveill.* 2009; 14(33). pii: 19309.
22. Serrano PE, Khuder SA, Fath JJ. Obesity as a Risk Factor for Nosocomial Infections in Trauma Patients. *J Am Coll Surg.* 2010; 211(1):61–67.
23. Koizumi A, Wada Y, et al. Risk and protective factors related to mortality from pneumonia among middleaged and elderly community residents: the JACC Study. *J Epidemiol.* 2007 Nov; 17(6):194–202.
24. Ouchi N, Parker JL, Lugus JJ, Walsh K. Adipokines in inflammation and metabolic disease. *Nat Rev Immunol.* 2011; 11(2):85–97.
25. Kaya S, Selimoğlu E, Cureoğlu S, Selimoğlu MA. Relationship between chronic otitis media with effusion and overweight or obesity in children. *J Laryngol Otol.* 2017 O; 131(10):866-870.



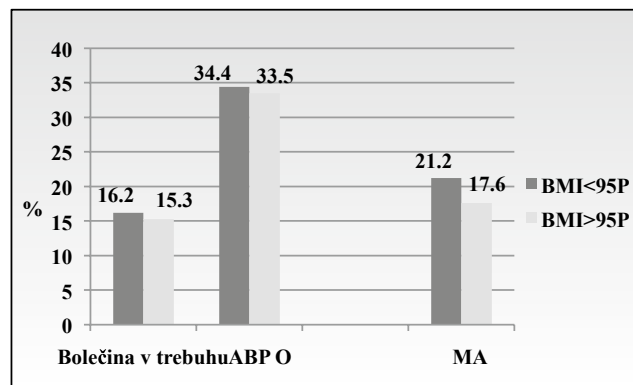
Slika 1. Pogostost debelosti v skupini in po spolu.



Slika 2. Pogostost astme.



Slika 3. Prevalenca akutnih bolezni dihal.



Slika 4. Prevalenca drugih akutnih vnetij v opazovani populaciji.



3

SPREMEMBE PREHRANJEVALNIH NAVAD OTROK VKLJUČENIH V TABOR »MOJ IZZIV«

doc. dr. Tamara Poklar Vatovec, uni.dipl.ing.živ.teh., mag.dietet. Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola

Breda Prunk Franetič, dr.med., spec.šol.med., Mladinsko zdravilišče in letovišče Rdečega križa Slovenija Debeli rtič. Jadranska cesta 73, 6280 Ankaran

Ključne besede: mladostniki, prehransko izobraževanje, debelost, prehranjevalne navade

UVOD

V zadnjih petdesetih letih so se v večjem delu sveta življenjski pogoji zelo spremenili. Hrana je dostopna na vsakem koraku. Na izbiro imamo veliko različnih vrst hrane. Pojavila so se tudi energijsko gosta in hranilno revna živila z visoko vsebnostjo neakovostnih maščob, sladkorjev ali soli, ki jih naši predniki niso poznali. Nasprotno z velikimi količinami hrane pa se je energijska poraba posameznika zaradi pretežno sedečega življenjskega sloga zelo zmanjšala. Objektivne spremembe življenjskega okolja delujejo na posledice človekovega telesnega in duševnega zdravja, saj človekov organizem nima regulatorjev za spremenjene vplive. Zaradi evolucijske prilagojenosti človeškega telesa na pomanjkanje energijskih živil lahko posameznik fiziologijo svojega telesa v primeru preobilja hrane v okolju uravnava predvsem z zavestnimi ukrepi. Za to pa je potrebno prehransko izobraževanje najširšega prebivalstva, ki bi se moralo pričeti že v otroštvu (Perez-Rodrigo in Aranceta, 2001). Da je potrebno vključiti v izobraževanju več kurikulov o zdravi prehrani, je leta 2012 zapisala v dokumentu tudi World Health Organization, ki je prepoznala otroško debelost kot najpomembnejši javnozdravstveni problem 21. stoletja. Eden od dejavnikov, ki vpliva na prehransko vedenje, je tudi prehransko znanje. V obsežni raziskavi med učenci šestega razreda devetletne osnovne šole so rezultati raziskave pokazali, da je formalno prehransko izobraževanje, ki se izvaja v devetletni osnovni šoli učinkovito, saj se je prehransko znanje po izobraževanju učencev izboljšalo, vendar pa ne vpliva na spreminjanje prehranjevalnih navad (Kostanjevec, 2013). Prav tako Conner in Armitrage (2002) navaja, da samo izobraževanje in tudi prehransko znanje nimata vedno neposrednega učinka na prehransko vedenje, imata pa lahko pomemben vpliv na stališča, namere in nekatere druge psihosocialne dejavnike, ki na vedenje vplivajo posredno. Tivadar in Kamin (2005) opozarjata, da je količina informacij o vplivu zdravega načina prehranjevanja na zdravje, ki jo ima posameznik, nujen, a nezadosten pogoj za spremembo vedenja.

Vsebine s področja zdravega prehranjevanja naj bodo usmerjene na poudarjanje kratkoročnih koristi uživanja zdrave hrane. Mladostniki so pri izgubljanju telesne mase pozornejši na koristi, ki se kmalu pokažejo. Manj pa jih zanima izguba telesne mase v daljšem časovnem obdobju ali koristi, ki jih bodo deležni kasneje v življenju (pojav kroničnih nenalezljivih bolezni). Dekletom, ki so v času mladostništva še posebej občutljiva za zunanjo podobo, bi predstavili, da je uživanje zdrave hrane pomembno za vzdrževanje idealne telesne mase, da bodo imele lepšo kožo in lepe lase (Tivadar in Kamin, 2005).

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

METODE DELA

Na lokaciji Debeli rtič smo v času od oktobra 2017 do marca 2019 izvedli štiri taborne »Moj izziv« v trajanju 14 dni. Udeležilo se jih je 60 mladostnikov (30 deklet in 30 fantov) starih od 8 do 17 let, njihova povprečna starost je bila 11,9 let. V okviru prehranske obravnave smo jim izmerili telesno višino (cm), telesno maso (kg), izmerili obseg pasu (cm) ter izračunali indeks telesne mase (kg/m^2) (v nadaljevanju ITM) in količnik obseg pasu/telesna višina. Ob sprejemu v tabor in po 12 mesecih spremljanja (do zdaj sta s programom zaključili 2 skupini) so mladostniki izpolnjevali tudi vprašalnik o nezdravih prehranjevalnih navadah (Koch idr., 2014). V času trajanja tabora so imeli 2 x na dan kulinarične delavnice, sproti so beležili v prehranski dnevnik količino in vrsto zaužite hrane in pijače, pridobili znanje o prehrani in živilih s pomočjo različnih metod dela in učnih tehnik kot npr. modelov živil, igralnih kart, deklaracij izdelkov, računalniških aplikacij »Veš kaj ješ?« ter »Prehranski navigator«, križank, kvizov, premetenk in modela krožnika zdrave prehrane. V času treh glavnih obrokov so v hotelski restavraciji urili veščino porcioniranja jedi na krožnik in socialno navado, da si za hranjenje vzamemo dovolj časa. Ob zaključku tabora je vsak mladostnik prejel dnevnik in knjižico z recepti jedi, ki so jih sami pripravili. Vse meritve smo ob odhodu ponovili in jih izvajamo 1x mesečno, ter še naprej pregledujemo prehranske dnevnike in izvajamo prehransko svetovanje do 1 leta po zaključku tabora. Statistično analizo pridobljenih podatkov smo izvedli z računalniškim statističnim programom SPSS, z deskriptivno metodo opisali vzorec in za predstavitev rezultatov določili frekvenčno porazdelitev odgovorov in povprečne vrednosti. Statistično značilnost in povezanost vključenih spremenljivk smo ugotavljali s parnim t-testom. Za mejo statistične značilnosti smo upoštevali vrednost $p \leq 0,05$.

REZULTATI IN DISKUSIJA

Iz preglednice 1 je razvidno, da je bilo vključenih v program tabora »Moj izziv« 60 mladostnikov. V času 14-dnevnega izvajanja tabora so mladostniki izgubili telesno maso za - 2,6 kg (fanti - 2,9 kg, dekleta - 2,3 kg) ($t = 16,267$, $p = 0,001$), zmanjšal se jim je indeks telesne mase ITM (kg/m^2) za - 1,1 kg/m^2 ($t = 18,563$, $p = 0,001$), fanti - 1,1 kg, dekleta - 1,0 kg/m^2 , obseg pasu - 2,9 cm ($t = 10,599$, $p = 0,001$), fanti - 3,1 cm ter dekleta - 2,7 cm in količnik obseg pasu/telesna višina za 0,020 ($t = 9,510$, $p = 0,001$), fanti - 0,022 in dekleta - 0,017.

Preglednica 1: Rezultati antropometričnih meritev mladostnikov v času trajanja tabora

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

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

Iz preglednice 2 so razvidne spremembe opravljenih antropometričnih meritev po 6-ih in 12-ih mesecih spremljanja mladostnikov 1 in 2 skupine tabora. Na kontrolne meritve je prišlo po 6 mesecih spremljanja 63 % mladostnikov, po enem letu 56 % mladostnikov.

Preglednica 2: Rezultati antropometričnih meritev 1 in 2 skupine tabora mladostnikov po 6-ih in 12-ih mesecih spremljanja

Meseci	Parameter	Obdobje	μ	SD	t	df	p
6	Telesna masa (kg)	začetek	76,5	19,31	2,827	19	0,011
		konec	72,2	16,21			
	Telesna višina (cm)	začetek	157,4	12,05	-5,034	18	0,001
		konec	160,3	11,80			
	Obseg pasu (cm)	začetek	96,5	11,36	3,454	19	0,003
		konec	90,9	10,84			
	ITM (kg/m ²)	začetek	30,4	4,89	4,641	19	0,001
		konec	27,9	4,38			
	Količnik pas/telesna višina	začetek	0,61	0,06	4,935	19	0,001
		konec	0,56	0,07			
12	Telesna masa (kg)	začetek	75,2	22,47	-0,023	18	0,982
		konec	75,2	19,18			
	Telesna višina (cm)	začetek	155,1	11,78	-5,972	17	0,001
		konec	160,5	11,58			
	Obseg pasu (cm)	začetek	93,4	12,52	3,948	17	0,001
		konec	87,6	13,47			
	ITM (kg/m ²)	začetek	29,3	4,72	2,271	17	0,036
		konec	28,3	5,12			
	Količnik pas/telesna višina	začetek	0,60	0,06	6,776	17	0,001
		konec	0,54	0,07			
	Vsota vprašalnika	začetek	5,8	1,59	-2,758	17	0,013
		konec	7,6	2,15			

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

Mladostniki so ob vstopu v tabor izpolnjevali anketo, s katero smo ugotavljali kakšne so njihove prehranjevalne navade. Več kot polovica mladostnikov 59,4 % uživa mleko in mlečne izdelke več kot 1-krat na dan, sadje uživa 65,3 % mladostnikov več kot 1-krat na dan, rdeče meso manj kot 3-krat na teden uživa 65,6 % mladostnikov, kaše uživa več kot 3-krat na mesec 62,5 % mladostnikov, osvežilne pijače pije manj kot 1-3 krat na teden 59,4 mladostnikov. Najmanj skladnih odgovorov 28,1 %, so mladostniki dosegli za pogostost uživanja zelenjave manj kot 1-krat na dan in uživanje ocvrte hrane manj kot 1-krat na teden ter najmanj za pogostost uživanja rib in morskih sadežev 3-krat na mesec ali redkeje 21,9 %. Drugo anketiranje, ki je potekalo leto dni kasneje je pokazalo spremembe v prehranjevalnih navadah, še posebej pri deležu ustreznih odgovorov pogostosti uživanja: zelenjave 72,2 %, rib 55,6 % ter ocvrte hrane 66,7 %. Rezultati so spodbudni vendar je treba omeniti, da se je zaključnega pregleda po enem letu spremljanja udeležilo 18 (56 %) mladostnikov, najverjetneje prav tistih, ki so imeli vestno podporo družine skozi celo leto ter tisti, ki so prihajali na pregled iz bližnjih regij (Preglednica 3).

Vse odgovore vprašalnika in trditve, ki so predstavljale nezdrave prehranjevalne navade smo ocenili z 0 točkami. Odgovore, ki so bili skladni s pogostostjo uživanja posameznih živil in pijač

ter režimom zdrave prehrane, smo ovrednotili z 1 točko (Preglednica 2). Maksimalen seštevek točk je bil 11, vendar ga ni dosegel nihče od mladostnikov. Rezultati parnega t-testa kažejo statistično značilno razliko ($t = -2,758$; $p = 0,013$), saj so mladostniki na začetku tabora dosegli povprečno 5,8 točk in leto dni kasneje 7,6 točk (Preglednica 3). Mediana skupnega števila točk vprašalnika izvedenega na začetku tabora je bila 6,0 ter čez leto dni spremljanja 8,0 točk.

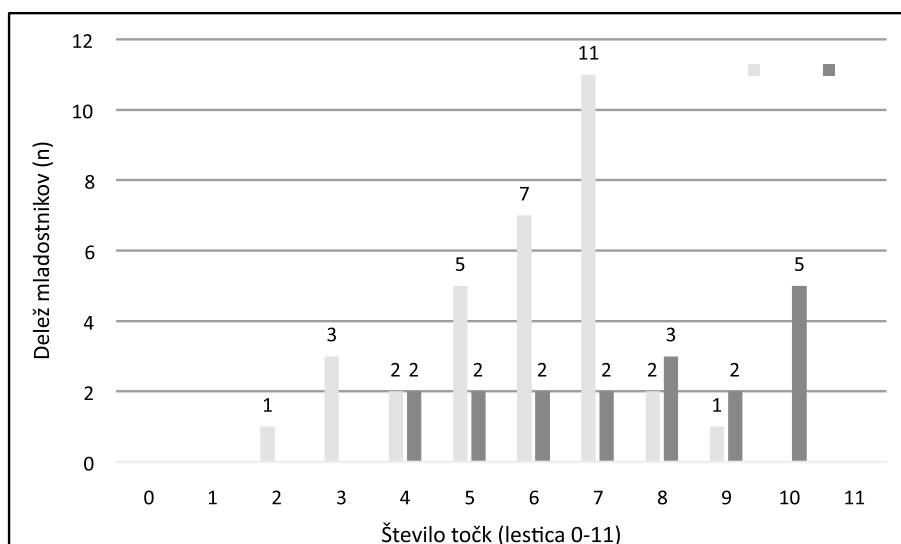
Stepančič (2019) je proučevala prehranjevalne navade ene skupine mladostnikov tabora na začetku in po 6-ih mesecih spremljanja. Uporabila je metodo vprašalnika (FFQ) v spletnem orodju Odprta platforma za klinično prehrano (OPKP). Čeprav je ugotovila, da mladostniki niso dosegli priporočil pogostosti uživanja priporočenih, hranilno bogatih živil, pa so zmanjšali pogostost uživanja odsvetovanih živil. Pri preverjanju poznavanja prehranskih priporočil je ugotovila, da jih večina pozna, saj je izvajanje prehranskega izobraževanja v času tabora vplivalo na prehransko znanje mladostnikov.

Preglednica 3: Rezultati vprašalnika o prehranjevalnih navadah mladostnikov 1. in 2. skupine tabora

Vprašanje	Trditev	Skladno	Začetek		Konec	
			n	%	n	%
Število dnevnih obrokov.	Dva ali manj.	Da	8	25,0	1	5,6
		Ne	24	75,0	17	94,4
Pogostost uživanja zajtrka.	Nikoli.	Da	9	28,1	1	5,6
		Ne	23	71,9	17	94,4
Pogostost uživanja mleka in mlečnih izdelkov.	Manj kot 1-krat na dan.	Da	13	40,6	6	33,3
		Ne	19	59,4	12	66,7
Pogostost uživanja sadja.	Manj kot 1-krat na dan.	Da	14	43,8	5	27,8
		Ne	18	65,3	13	72,2
Pogostost uživanja zelenjave.	Manj kot 1-krat na dan.	Da	23	71,9	5	27,8
		Ne	9	28,1	13	72,2
Pogostost uživanja rdečega mesa.	3-krat na teden ali več.	Da	11	34,4	8	44,4
		Ne	21	65,6	10	55,6
Pogostost uživanja rib in morskih sadežev.	3-krat na mesec ali redkeje.	Da	25	78,1	8	44,4
		Ne	7	21,9	10	55,6
Pogostost uživanja žit (kaše, kosmiči,...).	3-krat na mesec ali redkeje.	Da	12	37,5	8	44,4
		Ne	20	62,5	10	55,6
Pogostost uživanja ocvrte hrane.	1-krat na teden ali pogosteje.	Da	23	71,9	6	33,3
		Ne	9	28,1	12	66,7
Pogostost uživanja osvežilnih pijač.	1-3 krat na teden ali pogosteje.	Da	13	40,6	5	27,8
		Ne	19	59,4	13	72,2
Maščoba pri pripravi hrane.	Margarina, maslo, smetana, mast.	Da	13	40,6	7	38,9
		Ne	19	59,4	11	61,1

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

Iz slike 1 je razvidno, da je na začetku tabora 1 mladostnik dosegel skupno 2 točki in 1 mladostnik največ 9 točk vprašalnika o zdravih prehranjevalnih navadah. Po končanem enoletnem spremljanju so se rezultati spremenili, saj sta 2 mladostnika dosegla najmanj 4 točke in 5 mladostnikov 10 točk iz vprašalnika. S temi rezultati lahko povežemo tudi ugodne spremembe antropometričnih meritev in s tem oceno uspešnosti izvedbe taborov.



Slika 1: Delež mladostnikov s posameznim številom dejavnikov zdravih prehranjevalnih navad

ZAKLJUČEK

Prehranska pismenost predstavlja niz znanj, veščin in vedenj, ki so potrebni za načrtovanje, izbiranje, pripravo in uživanje hrane. Iz predstavljenih rezultatov lahko sklepamo, da smo s prehranskim izobraževanjem, ki je vključevalo tudi veščine priprave zdravih obrokov dosegli pri mladostnikih spremembo prehranjevalnih navad. Podobne ugotovitve navajajo tudi druge raziskave. Contento (2008) ugotavlja, da je prehransko izobraževanje, ki se usmerja na spreminjanje vedenja in pri tem povezuje teorijo s praktičnimi veščinami, učinkovitejše. Prav tako Woodruff in Kirby (2013) ugotavljata, da je vključevanje učenja veščin priprave hrane pomembna strategija za spreminjanje nezdravih prehranjevalnih navad.

VIRI

1. Conner. M., in Armitrage, C., (2002). The social psychology of food (1st ed.). Buckingham: Open University Press.
2. Contento, I. R. (2008). Nutrition education: Linking, Research, Theory, and Practice. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 17(1), 176–179.
3. Koch, V., Gabrijelčič Blenkuš, M., Gregorič, M., Kostanjevec, S. (2014). Risk factors as a result of unhealthy nutrition in the adult population in Slovenia with regard to sociodemographic variables. Zdrav Var, (53), 144–155.
4. Kostanjevec, S. (2013). Prehransko znanje in prehranjevalne navade otrok. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
5. Perez-Rodrigo, C. in Aranceta, J. (2001). School-based nutrition education: lessons learned and new perspectives. Public health nutrition, 4(1A), 131–139.
6. Stepančič, A. (2019). Vpliv prehranskega izobraževanja na spreminjanje prehranjevalnih navad otrok in mladostnikov na taboru »Moj izziv«. Magistrska naloga. Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju. 61 s.
7. Tivadar, B. in Kamin, T. (2005). Razvoj pristopov za spodbujanje zdrave prehrane in gibanja v srednjih šolah. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
8. Woodruff, S. J. in Kirby A. R. (2013). The associations among family meal frequency, food preparation frequency, self-efficacy for cooking, and food preparation techniques in children and adolescents. Journal Nutrition Education and Behavior, 45(4), 296–303.
9. World Health Organisation (WHO). (2012). Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity: a set of tools for Member States to determine and identify priority areas for action. Pridobljeno 20. 4. 2019 http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/Childhood_obesity_Tool.pdf



INTERDISCIPLINARNI PRISTOP K OBRAVNAVI PREKOMERNO HRANJENIH OTROK IN MLADOSTNIKOV

TELESNA AKTIVNOST IN ANALIZA ANKETE TELESNE AKTIVNOSTI

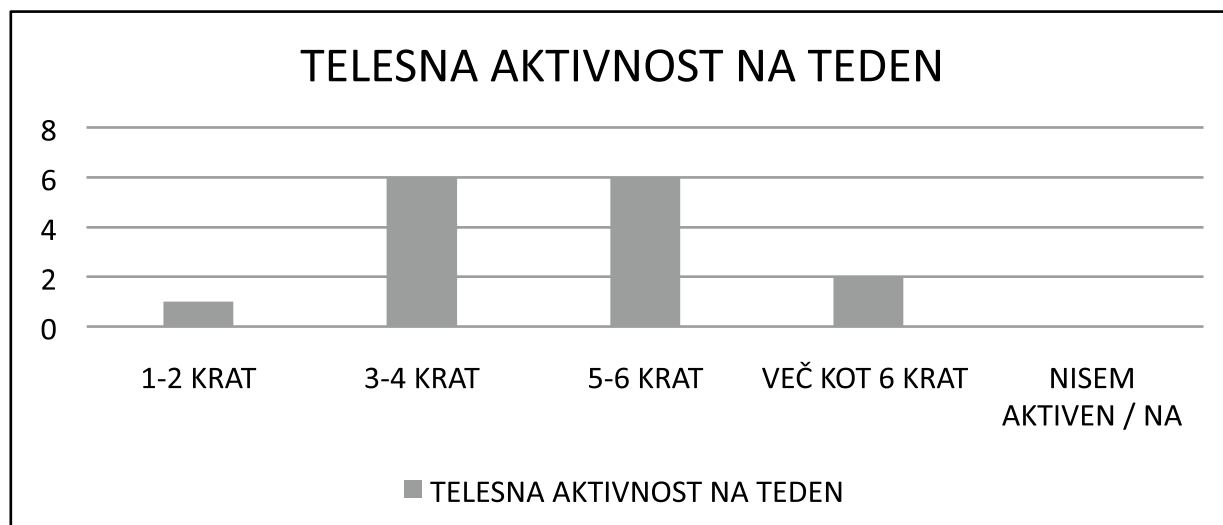
Brigita Jevšenak, dipl. del. Ter

4

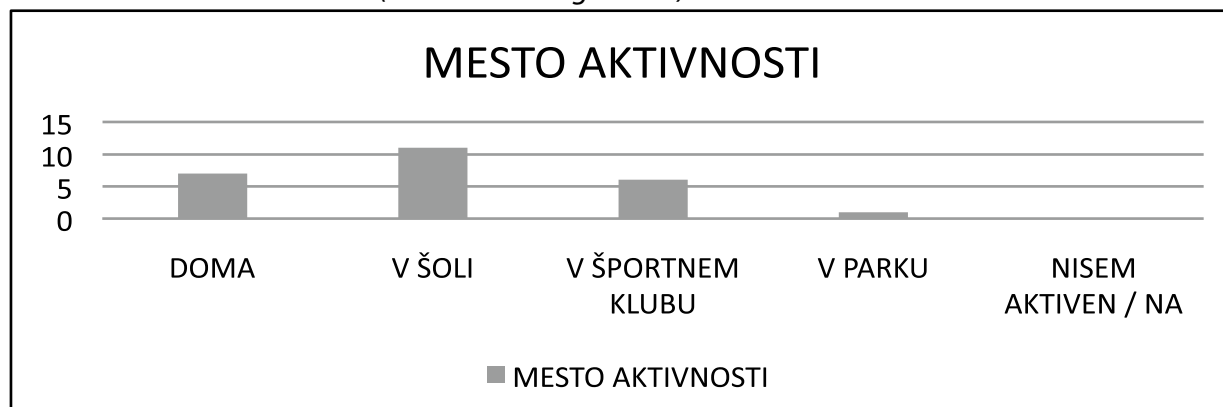
Poleg uravnotežene prehrane je pri otrocih in mladostnikih pomembna tudi telesna aktivnost. Aktivnost naj bo otroku zanimiva, dovolj zahtevna in naj vključuje elemente, kjer je potrebno vključiti vse glavne mišične skupine. S telesno aktivnostjo otrok in mladostnikov začnemo pri osnovnih gibalnih vzorcih in nato počasi povečujemo zahtevnost. V telesno aktivnost naj bo vključena vsa družina, kar je otroku dodatna motivacija.

Na začetku tabora »MOJ IZZIV«, smo otrokom in mladostnikom pripravili krajšo anketo, kjer so odgovarjali koliko so telesno aktivni. Sodelovalo je 15 otrok, starih od 8 do 16 let. Spodaj je grafično prikazana analiza ankete.

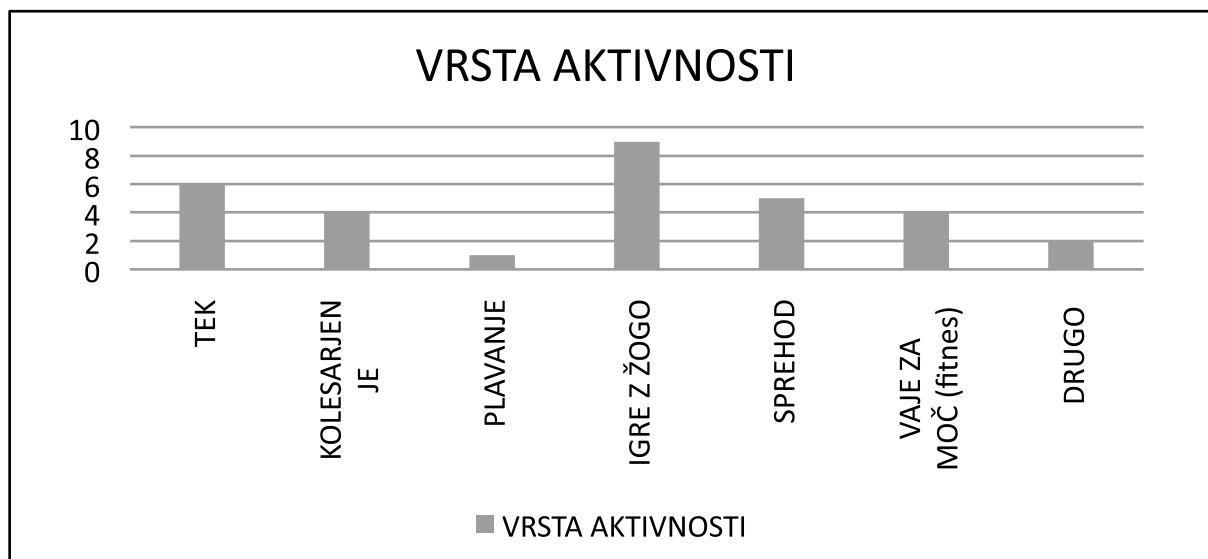
1. KOLIKOKRAT NA TEDEN STE TELESNO AKTIVNI? (možen en odgovor)



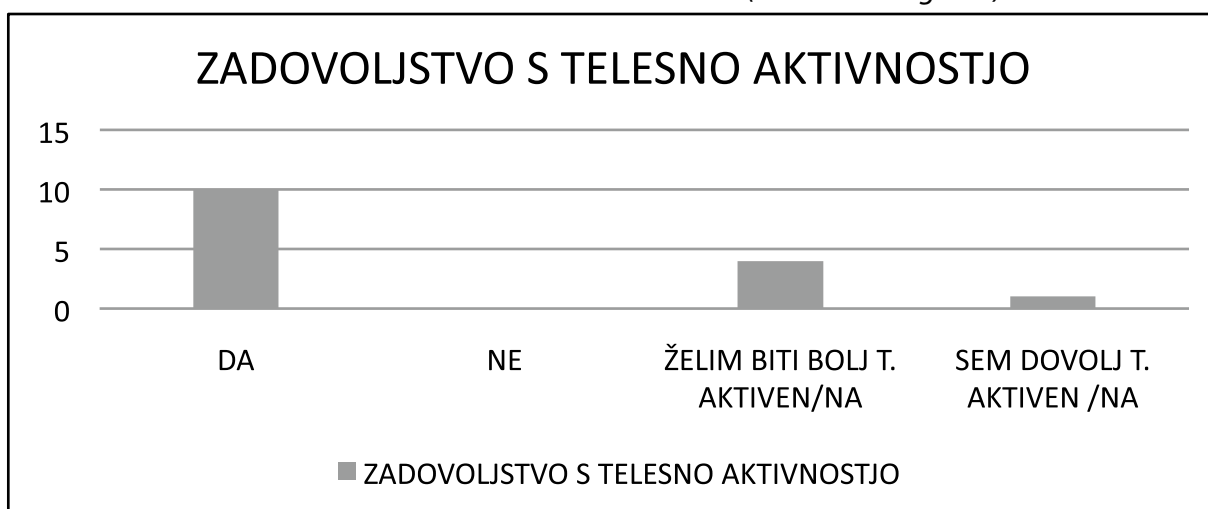
2. KJE STE TELESNO AKTIVNI? (možnih več odgovorov)



3. KATERE TELESNE AKTIVNOSTI IZVAJATE? (možnih več odgovorov)



4. ALI STE ZADOVOLJNI S SVOJO TELESNO AKTIVNOSTJO? (možen en odgovor)



Iz ankete je razvidno, da so se vsi otroci in mladostniki do sedaj dovolj gibalni in bili zadovoljni s svojo telesno aktivnostjo. To je bila subjektivna ocena.

Pripravili smo jim program, kjer so bili zasnovani osnovni gibalni vzorci, krepitev glavnih mišičnih skupin in nizka zahtevnost. Telesno vadbo smo izvajali v telovadnici, na prostem in v bazenu s slano vodo. Med vadbo v telovadnici ali na prostem smo uporabljali »pametne ure«- Pedometre, kjer so se beležili koraki, porabljene kcal-e in čas aktivnosti.

Otrokom in mladostnikom smo skušali približati telesno aktivnost, jih zanj motivirati, da bodo z njo nadaljevali tudi v domačem okolju. Nekateri so spremenili življenjske navade in življenjski slog, vključili so več telesne aktivnosti, kar je razvidno iz rezultatov med rednimi mesečnimi kontrolami. Tisti, ki so upočasnili korak, jih motivirajmo in vzpodbujajmo še naprej proti cilju.



INTERDISCIPLINARNI PRISTOP KOT POMEMBEN FAKTOR IZBOLJŠANJA TELESNE IN SOCIALNE SAMOPODOBE PRI OBRAVNAVI PREKOMERNO HRANJENIH OTROK IN MLADOSTNIKOV

5

Avtor: *Maja Maraž, dipl.biopsih*

UVOD

Mladostništvo ali puberteta je obdobje, v katerem prihaja do pomembnih količinskih in kakovostnih sprememb v spoznavnih sposobnostih, logičnem mišljenju, procesiranju informacij in razumevanju predmetnega ter socialnega okolja (Zupančič in Svetina v Marjanovič Umek 2009). Mladostnikova fizična in kognitivna rast in razvoj možganskih struktur mu omogočajo progresivne spremembe na mnogih področjih delovanja (Zupančič, 2011) in bolj kot kadarkoli prej razume informacije iz okolja in jih integrira v svoj repertoar vedenja in delovanja (Feinstein, 2013; Steinberg, 2014 v Gostečnik, 2016). V obdobju mladostništva je zunanji videz še posebej pomemben pri zapeljevanju in v odnosu z vrstniki (Kuhar, 2002). Telesni videz in z njim povezano nezadovoljstvo je značilno predvsem za ženske od otroštva dalje. Večina žensk je nezadovoljnih z obliko lastnega telesa in telesno težo (Grogan, 1999 v Kuhar, 2002). Nezadovoljstvo s telesnim videzom pa ne narašča samo pri ženskah, temveč tudi med moškimi, zlasti najstniki (Garner, 1997; Cash, 1997; Grogan, 1999; Olivardia, 2002 v Kuhar, 2002). Mladostniki, zlasti pa mladostnice, so nagnjeni k negativnemu samoocenjevanju, če se njihov videz odmika od idealnega mezomorfnega (Kuhar, 2002). Mladostništvo je tudi čas intenzivnega oblikovanja identitete, socialne samopodobe in močnega pritiska vrstniških skupin (Kuhar, 2002). Socialni kontekst mladostnikovega delovanja se vse bolj razširja, vrstniške interakcije in odnosi postajajo vse pomembnejši del njegovega življenja in pomembna mladostnikova referenčna skupina, ter prostor preizkušanja identitete (Puklek Levpušček 2006; Gomezel in Kobolt 2012; Zupančič 2011). Vse omenjeno pa se pomembno prepleta in vpliva na oblikovanje tako telesne kot tudi socialne samopodobe.

2 METODA

2.1 Udeleženci

V raziskavi, ki se je odvijala tekom Tabora Moj izziv s pričetkom v mesecu februarju 2018 je sodelovalo 16 udeležencev, 8 (50%) udeležencev ženskega spola in 8 (50%) udeležencev moškega spola, katerih starostni razpon se giblje med 9 in 16 let. Povprečna starost vseh udeležencev je bila 12,31. Starostni razpon ženskih udeleženk se giblje med 11 in 16 let s povprečno starostjo 13 let. Starostni razpon moških udeležencev se giblje med 9 in 15 let s povprečno starostjo 11,63.

2.2 Merski pripomočki

V raziskavi sta bila uporabljena dva merska pripomočka: Lestvica samopodobe – Socialni odnosi (Musek Lešnik, 2016) in Lestvica samopodobe – Telesna samopodoba in videz (Musek Lešnik, 2016).

2.2.1 Lestvica samopodobe – Socialni odnosi

Lestvica samopodobe – Socialni odnosi (Musek Lešnik, 2016) meri vidike samopodobe otrok in mladostnikov, ki so povezani z medosebnimi odnosi, predvsem z odnosi v socialnem okolju z vrstniki. Sestavljena je iz trinajst postavk v obliki trditev. Udeleženec mora na 5 – stopenjski Likertovi lestvici (1 – sploh ni tako, 2 – največkrat ni tako, 3 – včasih je tako, 4 – največkrat je tako, 5 – zelo drži) izraziti stopnjo strinjanja s posamezno trditvijo. Rezultat na lestvici lahko označimo kot posameznikovo oceno trenutne s socialnimi odnosi povezane samopodobe in trenutne s socialnimi odnosi povezane samopodobe v primerjavi s preteklostjo.

2.2.2 Lestvica samopodobe – Telesna samopodoba in videz

Lestvica samopodobe – Telesna samopodoba in videz (Musek Lešnik, 2016) meri vidike samopodobe otrok in mladostnikov, ki so povezani z zaznavanjem svojega telesa in z odnosom do njega. Sestavljena je iz trinajst postavk v obliki trditev. Udeleženec mora na 5 – stopenjski Likertovi lestvici (1 – sploh ni tako, 2 – največkrat ni tako, 3 – včasih je tako, 4 – največkrat je tako, 5 – zelo drži) izraziti stopnjo strinjanja s posamezno trditvijo. Rezultat na lestvici lahko označimo kot posameznikovo oceno trenutne telesne samopodobe in trenutne telesne samopodobe v primerjavi s preteklostjo.

Tabela 1. Interpretacija rezultatov na Lestvici samopodobe – Telesna samopodoba in videz.

Rezultat	Ocena
Od 59 do 65	Izrazito visoka telesna samopodoba
Od 52 do 58	Visoka telesna samopodoba
Od 39 do 51	Pozitivna telesna samopodoba
Od 33 do 38	Ranljiva telesna samopodoba
Od 26 do 32	Nizka telesna samopodoba
Od 13 do 25	Izrazito nizka telesna samopodoba

Tabela 1. Interpretacija rezultatov na Lestvici samopodobe – Socialni odnosi

Rezultat	Ocena
Od 126 do 140	Izrazito visoka socialna samopodoba
Od 111 do 125	Visoka socialna samopodoba
Od 83 do 110	Pozitivna socialna samopodoba
Od 72 do 82	Ranljiva socialna samopodoba
Od 57 do 71	Nizka socialna samopodoba
Od 28 do 56	Izrazito nizka socialna samopodoba

2.3 Postopek

Udeleženci so bili povabljeni k sodelovanju v raziskavi ob začetku Tabora Moj izziv – interdisciplinarni pristop k obravnavi prekomerno hranjenih otrok in mladostnikov. Udeleženci so izpolnili Lestvico samopodobe – Socialni odnosi in Lestvico samopodobe – Telesna samopodoba in videz. Lestvici so udeleženci izpolnili tekom Tabora Moj izziv štirikrat; ob začetku Tabora Moj izziv (februarja 2018), na koncu Tabora Moj izziv (marec 2018) in nato na nadaljnjih kontrolah (november 2018 in februar 2019). Vsa uporabljena psihometrična sredstva so samoocenjevalnega tipa. Zbiranje podatkov je potekalo od februarja 2018 do februarja 2019.

Tabela 2. Število udeležencev ob izpolnjevanju Lestvice samopodobe – Socialni odnosi in Lestvice samopodobe – Telesna samopodoba in videz.

	Feb. 2018	Mar. 2018	Nov. 2018	Feb. 2019
M	8	8	3	1
Ž	8	8	3	2
Skupaj	16	16	6	3

Opomba. M – moški spol udeležencev, Ž – ženski spol udeležencev

3 REZULTATI

V nadaljevanju sledi predstavitev rezultatov na Lestvici samopodobe – Socialni odnosi in Lestvici samopodobe – Telesna samopodoba in videz.

Tabela 3. Rezultati na Lestvici samopodobe – Socialni odnosi

	Feb. 2018	Mar. 2018	Nov. 2018	Feb. 2019
M	111,8	113,4	121,8	-
Ž	98,9	100,2	101,4	-
Povprečje	105,3	106,8	113	107,4*

Opomba. M – moški spol udeležencev, Ž – ženski spol udeležencev

*prenizko število udeležencev

Iz zgornje tabele lahko razberemo, da so otroci imeli na začetnem testiranju v povprečju pozitivno socialno samopodobo, ki se je tekom programa zviševala in na končni kontroli (meseca februarja 2019) v povprečju narasla do visoke socialne samopodobe. Socialna samopodoba je torej v povprečju pri otrocih narasla. Deklice so imele na začetnem testiranju v povprečju pozitivno socialno samopodobo, ki se je tekom programa zviševala, ni pa prerasla v visoko socialno samopodobo. Dečki so imeli na začetnem testiranju visoko socialno samopodobo, ki se je tekom programa zviševala, ni pa prerasla v izrazito visoko socialno samopodobo. Dečki imajo torej v povprečju višjo socialno samopodobo kot deklice.

Tabela 4. Rezultati na Lestvici samopodobe – Telesna samopodoba in videz

	Feb. 2018	Mar. 2018	Nov. 2018	Feb. 2019
M	43,5	46,4	51	-
Ž	36,8	42,4	34,7	-
Povprečje	40,2	44,4	42,9	40,7*

Opomba. M – moški spol udeležencev, Ž – ženski spol udeležencev

*prenizko število udeležencev

Iz zgornje tabele lahko razberemo, da so otroci imeli na začetnem testiranju v povprečju pozitivno telesno samopodobo, ki se je tekom programa zviševala. Telesna samopodoba je torej v povprečju pri otrocih narasla. Deklice so imele na začetnem testiranju v povprečju ranljivo telesno samopodobo, ki se je tekom programa zviševala in na kontroli marca 2018 v povprečju narasla do pozitivne telesne samopodobe. Dečki so imeli na začetnem testiranju pozitivno telesno samopodobo, ki se je tekom programa zviševala in novembra 2018 v povprečju narasla do visoke telesne samopodobe. Dečki imajo torej v povprečju višjo telesno samopodobo kot deklice.

4 ZAKLJUČEK

Rezultati kažejo, da so imeli otroci ob pričetku programa v povprečju pozitivno telesno samopodobo in pozitivno socialno samopodobo. Tekom programa se tako dečkom kot deklicam telesna samopodoba in socialna samopodoba povečujeta, pri čemer imajo deklice v povprečju nekoliko nižjo telesno in socialno samopodobo kot dečki. Izstopajo predvsem rezultati testiranja ob zaključku dvotednega programa, tekom katerega so bili otroci deležni celodnevne spremljanja in podpore. Tej kažejo na visok dvig tako telesne kot socialne samopodobe. Opaziti pa je tudi upad udeležbe na rednih kontrolah in posledičnih testiranjih katerega bi bilo smiselno preučevati v nadaljnjih raziskavah. Glede na dobljene rezultate lahko tako zaključimo, da prinaša interdisciplinaren pristop pri obravnavi prekomerno hranjenih otrok in mladostnikov pozitiven vpliv na izboljšanje telesne samopodobe in socialne samopodobe otrok in mladostnikov.

VIRI

- Kuhar, Metka. 2002. O telesni samopodobi mladih. Socialna pedagogika (Ljubljana), letnik 6, številka 3, str. 255-277.
- MarjanovičUmmek L. in Zupančič M. 2011. Razvojna psihologija: izbrane teme. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete
- Gostečnik C. 2016. So res vsega krivi starši? Ljubljana: Brat Frančišek
- Puklek Levpušček M. 2003. Psihosocialne značilnosti mladostnikov z različnim profilom osamosvajanja v odnosu do staršev. Psihološka obzorja, 12, 4, 71-89
- Puklek Levpušček M. 2006. Socialna anksioznost v otroštvu in mladostništvu: razvojni, šolski in klinični vidiki. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete

7

PSIHOLOŠKI PRISTOPI PRI OBRAVNAVI ČEZMERNO HRANJENIH OTROK IN MLADOSTNIKOV

Psihološki pristopi pri obravnavi čezmerno hranjenih otrok in mladostnikov

asist. dr. Simona Klemenčič,
univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

KO za endokrinologijo, diabetes in bolezni
presnove, Pediatrična klinika Ljubljana

Pregled srečanja

Izzivi debelosti pri otrocih in mladostnikih

Težavnost spreminjanja

Načrtovanje spreminjanja in motivacijske tehnike

Tehnike samoregulacije in obvladovanje kriznih situacij

Pregled srečanja

Izzivi debelosti pri otrocih in mladostnikih

Težavnost spreminjanja

Načrtovanje spreminjanja in motivacijske tehnike

Tehnike samoregulacije in obvladovanje kriznih situacij

Psihološki vidiki debelosti

- Čustvene motnje (depresija in tesnoba)
- Slaba samopodoba
- Zbadanje vrstnikov in stigma
- ADHD in vedenjske težave
- Motnje hranjenja
- Spoznavne sposobnosti
- Socialnoekonomski status
- Medosebni odnosi
- Samoregulacija
- Vloga družine in okolja

Cilji

Bolje **razumeti** otroke in mladostnike s prekomerno telesno težo ali debelostjo, se jim **približati**, jih **pripraviti na spremembo** življenjskih navad in jim pomagati **ohranjati zdrave navade**.

The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 102, Issue 3, 2017

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

Pediatric Obesity—Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline

Dennis M. Styne,¹ Silva A. Arslanian,² Ellen L. Connor,³ Ismaa Sadaf Farooqi,⁴ M. Hassan Murad,⁵ Janet H. Silverstein,⁶ and Jack A. Yanovski⁷

¹University of California Davis, Sacramento, California 95817; ²University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania 15224; ³University of Wisconsin, Madison, Wisconsin 53792; ⁴University of Cambridge, Cambridge CB2 0QQ, United Kingdom; ⁵Mayo Clinic, Rochester, Minnesota 55905; ⁶University of Florida, Gainesville, Florida 32607; and ⁷National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20892

Zdrav življenjski slog

Glede na pediatrične smernice si pri otroci in mladostniki s prekomerno telesno težo ali debelostjo

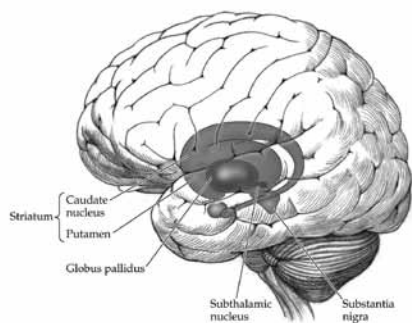
Zahteva: **SPREMEMBA ŽIVLJENJSKEGA SLOGA**
OTROKA IN DRUŽINE

Spremembe so težke

Tudi če se oseba zaveda vseh škodljivih posledic svojega dejanja, to še ni zadosten pogoj za spremembo.

Posameznik v stiski ima pogostokrat nizko samospoštovanje:
"Saj vem, da to ni prav, a si ne morem pomagati."

Stari možgani - striatum

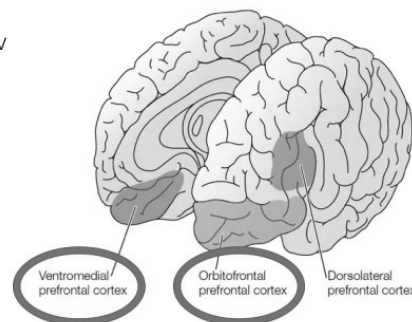


Biological Psychology 66, Figure 11.18

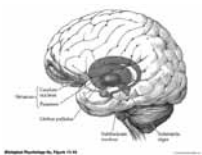
- Navade
- Izločanje endorfinov in opiatov
- Odvisnosti

Novi možgani/korteks

Navado lahko preseka aktivacija določenih delov prefrontalnega korteksa



Bitka med deli možganov



Star del možganov je zelo močan, deluje **avtomatsko**.

Navada tudi po prekinitvi vedenja ne izgine, temveč samo počiva.

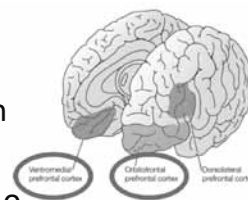
Že ena ponovitev starega vedenja jo lahko polno aktivira.

Bitka med deli možganov

Nove dele možganov moramo **zavestno aktivirati**.

Dobro deluje, ko smo spočiti in teže, ko smo utrujeni.

Pomaga zavestno razmišljanje o svojih dejanjih in njihovih posledicah ter aktiviranje posameznikovih vrednot.



Bitka med deli možganov

Kdaj je bitka dobljena?

Zelo težko – če novo vedenje postane navada.

Običajno je potrebnih

1000 -10.000 ponovitev.

Psihološka obravnava otrok in mladostnikov s čezmerno težo

Upoštevanje vseh omenjenih vidikov pri:

- DIAGNOSTIČNEM PROCESU (kje ima otrok težave?)
- VKLJUČEVANJE PSIHOLOŠKIH PRISTOPOV PRI ZDRAVLJENJU DEBELOSTI

Psihološki pristopi pri obvladovanju

LAHKO KOT CELOSTNA TERAPIJA – Vedenjsko kognitivna terapija

LAHKO KOT UPORABA POSAMEZNIH TEHNIK V DRUGIH PROGRAMIH

Razvijanje motivacije za spremembo

Načrtovanje sprememb

Učenje sproščanja in pomirjanja

Prepoznavanje čustvenih vidikov hranjenja

Prepoznavanje razlik med lakoto, željo in hrepenenjem in obvladovanje teh občutkov

Učenje samokontrole –STOP tehnika

Spreminjanje disfunkcionalnih misli

Obvladovanje emocionalnih reakcij

Pozitivne samoinstrukcije in obvladovanje kriznih situacij

Monitoring

Reševanje problemov

Učenje socialnih veščin

Primerna komunikacija

Zahteva primeren čas, prostor in predvsem vaše spretnosti.

In vzame energijo ☺

Načela dobre komunikacije

CELOSTNO RAZUMEVANJE BOLNIKA in NJEGOVIH PRIČAKOVANJ

EMPATIJA

RAPORT

POSTAVLJANJE MEJ

AKTIVNO POSLUŠANJE

JASEN GOVOR

Motivacija

Motivacija je stanje pripravljenosti za spremembo.

Je proces, ki je relativno nestabilen.

Ljudje smo hitreje pripravljeni odločiti za spremembo, če je to povezano z medsebojno interakcijo.

Kritični dogodki v življenju (kot npr. poslabšanje stanja) povečajo našo pripravljenost za spremembo.

➡ težava pri prekomerni teži

Starši ali mladostnik naj podajo oceno njihovega/svojega življenjskega sloga na lestvici od 1 do 10.

Zelo slabo Srednje Zelo dobro

1.....5.....10

Starši ali mladostnik naj podajo oceno njihovega/svojega življenjskega sloga na lestvici od 1 do 10.

Zelo slabo Srednje Zelo dobro

1.....**4**.....5.....10

Kaj vse že počnete, da ste na tej točki?
Kaj vse že uspete?

Starši ali mladostnik naj podajo oceno njihovega/svojega življenjskega sloga na lestvici od 1 do 10.

Zelo slabo Srednje Zelo dobro

1.....**4**.....5.....?.....10

Kje bi želeli, da je vaš družinski življenjski slog?
Kam bi se radi premaknili?

Starši ali mladostnik naj podajo oceno njihovega/svojega življenjskega sloga na lestvici od 1 do 10.

Zelo slabo Srednje Zelo dobro

1.....**4**.....5.....10

Kaj bo potrebno storiti, da pridete tja?
Kaj morate početi, da boste na omenjeni št.?

Načrt za spremembo

Oseba naj poda čim več predlogov, kako bi spremenila svoje življenje. Ne pozabimo, vsak je strokovnjak za lastno življenjsko situacijo. Ni univerzalnih strategij.

Navežemo na cilje zmanjševanja telesne teže-

Pri iskanju si pomagamo z iskanjem tistih strategij, ki so posamezniku pomagale v preteklosti.

Pri tistih, ki nimajo idej – pomagamo s splošnimi predlogi. Izbere oseba sama.

Podpora pri spodbujanju za spremembo

1. Postavljamo malo vprašanj.
2. Ne soočamo (konfrontiramo), kadar je oseba v stiski.
3. No postavljamo osebe v pasivno vlogo.
4. Ne etikiramo (Vi ste... Vi delate...), ker lahko povzroči še večji odpor.
5. Osredotočimo se na eno temo.
6. Ne iščemo krivca za problem.

Podpora pri spodbujanju za spremembo

Vprašanja, ki izzovejo izražanje namena za spremembo:

Katere razloge vi vidite, da bi spremenili prehranjevalne navade vaše družine?

Kakšne bi bile prednosti, če bi jih spremenili?

Vprašanja za prepoznavanje in razvijanje skrbi:

Kaj vas skrbi pri zdravju vaše hčerke?

Kaj mislite, da se bo zgodilo, če ne boste nič spremenili?

Lahko mu pomagamo narediti prognozo, tako da nakažemo trend dogajanja.

Primer: TT je Sanji zadnjih 6m narasla za 5 kg. Če nič ne spremenite, bo čez eno leto verjetno višja za 10 kg. Bi vam to bilo sprejemljivo?

Podpora pri spodbujanju za spremembo

Osebo se včasih počuti zelo krivo zaradi svojega vedenja in jo je tako strah posledic, da o tem raje ne razmišlja.

Damo ji priliko, da spregovori o svojih strahovih.

Kaj mislite, kaj je najhujše kar se lahko zgodi, če Liam nadaljuje s svojim trenutnim življenjskim stilom?

Oseba se včasih nezavedno boji spremembe, ker bi lahko z njo doživela določene izgube.

Damo ji priliko, da spregovori o pogledih na spremembo.

Kaj mislite, da bi se za vas najbolj spremenilo v slabem smislu, če bi upoštevali vsa naša navodila?

Motivacijske kartice

Starši, otroci in mladostniki jih berejo vsako jutro in v kriznih situacijah.

Lahko jih ima v torbi ali puščici, na hladilniku, ogledalu

- *tam kjer jih najbolj potrebuje.*

Nikoli jih ni preveč, sproti jih menjamo in osvežujemo.

Pomembno: izhajajo iz osebe, ne iz strokovnjaka.

Morajo biti skladne z njegovim razmišljanjem.

Najbolje je, da jih napiše oseba sama.

Motivacijske kartice

Na njih so lahko napisani CILJI oz. RAZLOGI za spremembo.

Oseba naj napiše čim več razlogov, zakaj se želi spremenit.

Želim pričeti s telesnimi vajami:

- ker bom bolj gibljiv,
- Bom lažje metal na koš s prijatelji,
- Bom lahko oblekel kavbojke,
- Bom na izletu dohajal druge,
- Me ne bodo bolela kolena,
- Me bo manj sram pred prijatelji,
- Bom lažje šel na bazen
- Sam bom ponosen nase

Učenje samoregulacije - pomirjanja in samokontrole

Samoregulacija - **zmožnost kontroliranja impulzov** (čustvenih ali vedenjskih)

Še posebno pri hujšanju gre za potlačitev kratkotrajnih impulzov zaradi dolgotrajnega interesa ciljne teže.

Otroci, ki so imeli pri dveh letih težave z samo-regulacijo (tako čustveno kot vedenjsko) so imeli večjo verjetnost, da so bili pretežki ali predebili v zgodnjem otroštvu.

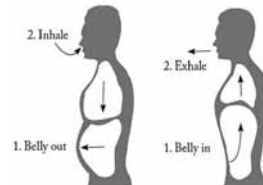
Sprostitev in globoko dihanje

Napetost – plitvo dihanje

Sproščeno – polno, globoko, trebušno dihanje

Trebušno dihanje

Pomaga pri večanju kisika v možganih in mišicah, stimulaciji parasimpatičnega ŽS, večja občutek povezanosti med duhom in telesom ter izboljša koncentracijo.



Vdih skozi nos – trebuh ven – počasi 1-4

Zadržimo 1-4

Izdih skozi nos/usta – trebuh stisniti – počasi 1-4

STOP tehnika samokontrole

Izvajamo jo v vodeni imaginaciji po sporščanju. Predhodno je potrebna dobra definicija situacije (tudi lokacija, osebe, čas, vonj...), pozitivnih misli -samoinštrukcij, ugodnega izida v prihodnosti ter nadomestne aktivnosti.

- Sprostitev
- Imaginacija situacije.
- Glasen STOP! Slika stop znaka (lahko tudi plosk z rokami)
- Globok in počasen vdih ter izdih.
- Misel: (Kaj si boste rekli?)
- Imaginacija ugodnega izida v prihodnosti (Zakaj se boste ustavili?)
- Priklic občutka sposobnosti kontrole in ponosa.
- Imaginacija nadomestne aktivnosti (Kaj boste šli početi, da se zamotite).



Motivacijske kartice



Na njih napišemo MOTIVACIJSKO MISEL za SPECIFIČNO SITUACIJO.

Ne bom več jedla ocvrte hrane v menzi,
ne glede na to kaj se zgodi!
Če se bom vdala, bom naslednjič ponovno popustila!
Užitek ob hrani bo trajal nekaj sekund ali minut,
kasneje pa bom jezna nase.
Zvečer bom razočarana in
se bom ponovno krivila.
Želim, da se začaran krog neha
in lahko ga spremenim zdaj.

Tehnika samoinštrukcij

V menzi/jedilnici bom vzela pripravljeno hrano
in brez obiranja šla do svoje mize in pojedla.
Prijetno bom sita, a bom imela še prostor za kavo.

Zvečer ob televiziji bom počasi srkala metin čaj.
Prijetno me bo pogrel, počutila se bom sita in brez slabe
vesti.

Na roj. dnevu bom šla hitro mimo mize s prigrizki in se
zakelepetala s prijateljicami.
Počakala bom na tisti kos pice, ki mi bo zelo teknil.

Literatura

Klemenčič S. (2017). Psihološki vidiki debelosti pri otrocih in mladostnikih. *Slovenska Pediatrija*. ; 24: 68-73.

Golan, M. (2014). Parenting and management of pediatric obesity. *Clinical Insights: Obesity and Childhood*. Prečeno s <http://www.futuremedicine.com/doi/pdf/10.2217/ebo.13.549>

Keane E, Layte R, Harrington J, Kearney PM, Perry JJ (2012) Measured Parental Weight Status and Familial Socio-Economic Status Correlates with Childhood Overweight and Obesity at Age 9. *PLoS ONE* 7(8): e43503. doi:10.1371/journal.pone.0043503

Cserjési R, Luminet O, Poncelet AS, Lénárd L. (2009) Altered executive function in obesity. *Exploration of the role of affective states on cognitive abilities. Appetite* 52:535-539.

Brennan L, Walkley J, Wilks R, Frase SF, Greenway K. Physiological and behavioural outcomes of a randomised controlled trial of a cognitive behavioural lifestyle intervention for overweight and obese adolescents. *Obes Res Clin Pract*. 2013;7(1): e23-41.

Bogle V, Sykes C. Psychological interventions in the treatment of childhood obesity: what we know and need to find out. *J Health Psychol*. 2011; 16(7): 997-1014

Gopdman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H (2000) Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.

Hvala za pozornost!

simona.klemencic@kclj.si



PREPREČEVANJE ODKLANJANJA ŠOLE

Dr. Peter Janjuševič, spec.klin.psih. (Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana)
Mag. Alenka Seršen Fras, univ.dipl.psih. (Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Maribor)

Opomba: Prispevek je nastal v okviru tematskega sklopa »Preprečevanje odklanjanja šole«, ki ga v okviru projekta »Podpora šolskim svetovalnim delavcem in staršem na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov« s sofinanciranjem Ministrstva za zdravje Republike Slovenije izvajamo Svetovalni centri za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, Maribor in Koper ter Posvetovalnica za učence in starše Novo mesto (Javni razpis za sofinanciranje programov varovanja in krepitev zdravja za leta 2017, 2018 in 2019, št. pogodbe C2711-17-708386).

UVOD

Odklanjanje šole je krovni izraz za različne oblike vedenj, ki jim je skupno to, da ima otrok ali mladostnik težave z odhodom v šolo, s tem, da ostane v šoli ves čas pouka ali pa iz šole izostaja iz razlogov, ki niso neposredno povezani z zdravstvenim stanjem ali drugimi okoliščinami, ki bi opravičevale odsotnost od pouka. Pojavlja se na kontinuumu od upiranja ali odpora ob odhodu v šolo do popolne, dolgotrajne odsotnosti od pouka. Odklanjanje šole je vedenje, ne klinična diagnoza, študije pa kažejo, da se pri otrocih in mladostnikih, ki odklanjajo šolo, kaže visoka stopnja sopojavačnosti celega spektra motenj v psihosocialnem funkcioniranju. Za vse vrste vedenj, povezanih z odklanjanjem šole tuji epidemiološki podatki kažejo zelo različne stopnje prevalence – od 5 do 28%, odklanjanje šole, ki je povezano s čustvenimi dejavniki, pa se pojavlja pri do 5% šolajočih se otrok in mladostnikov. Odklanjanje šole, posebno če je dolgotrajno, je povezano z neugodnimi izidi in posledicami na vseh področjih posameznikovega funkcioniranja: psihosocialno prilagajanje in razvoj, šolsko in delovno funkcioniranje, psihološko zdravje idr. Pomembno vlogo pri preprečevanju razvoja tega vedenja in pomoči, ko so odklanjanje šole že pojavi, imajo tudi zdravniki, predvsem specialisti šolske medicine in pediatrije, na katere se največkrat obrnejo starši in otroci z iskanjem nasvetov zaradi somatskih pritožb, ki so morda povezane z odklanjanjem šole ali pa s prošnjami za opravičevanje izostankov od pouka. Študije tudi kažejo, da je pri mnogih otrocih in mladostnikih akutna ali pa poslabšanje kronične telesne bolezni ter posledično zdravljenje in odsotnost od pouka, kritični dogodek, ki nastopa kot sprožilec vedenj, povezanih z odklanjanjem šole. Pri otrocih in mladostnikih, ki odklanjajo šolo, se pogosto manifestirajo (psiho)somatski simptomi, predvsem glavoboli, bolečine v trebuhu, slabost in omotica, ki pa, če se pojavljajo predvsem v jutranjem času, običajno izginejo, ko otrok ostane doma. Posebno pri kompleksnejših, etiološko bolj zapletenih primerih odklanjanja šole, je nujno multidisciplinarno sodelovanje vseh strokovnjakov, ki pomagajo takšnemu otroku in mladostniku. Pomembno je usklajeno povezovanje šole, otrokovega zdravnika, služb za mentalno zdravje, v nekaterih primerih tudi služb socialnega varstva.

ODKLANJANJE ŠOLE

Odklanjanje šole predstavlja krovni izraz, ki zajema različna vedenja, katerim je skupno to, da ima otrok ali mladostnik težave z odhodom v šolo, s tem, da ostane v šoli ali pa iz šole izostaja

iz različnih razlogov, ki pa niso takšni, npr. zdravstvene narave, da bi bilo za otroka priporočeno neobiskovanje pouka (1, 2). Ta vedenja se lahko kažejo na kontinuumu intenzivnosti in s tem tudi trajanja odklanjanja šole. Na enem koncu kontinuumu se srečujemo s tem, da otrok pogosto prosi, če bi lahko ostal doma, pouk obiskuje z precejšnjo mero stresa, temu se lahko pridružijo jutranje vedenjske težave, s katerimi otrok poskuša doseči, da bi ga starši pustili doma, lahko so izrazito počasni in zavlačujejo z oblačenjem, vendar jih starši z veliko truda še uspejo spraviti v šolo. Ko otrok ali mladostnik prične izostajati iz šole, je to lahko sprva periodično, pri posameznih predmetih ali na posamezne dneve, počasi pa se obseg izostankov povečuje in nekateri otroci sčasoma povsem prenehajo obiskovati pouk (3). Bolj ko se otrok oz. mladostnik z intenzivnostjo in obsegom odklanjanja šole pomika proti neugodnemu koncu kontinuumu, bolj kompleksne intervencije so običajno potrebne za pomoč, katere osnovni cilj je vrnitev v šolo.

Na področju odklanjanja šole obstaja navidezna terminološka zmeda, saj se v strokovnem in laičnem prostoru izmenjuje napačno uporabljaja več izrazov, ki niso povsem enaki (2):

- Absentizem oz. izostajanje: vsa dovoljena ali nedovoljena izostajanja od pouka oz. šole zaradi različnih (tudi opravičljivih razlogov)
- Neopravičeno izostajanje oz. »špricanje«: vsa nedovoljena, neopravičena izostajanja iz šole, ki so običajno brez vednosti staršev
- Umik iz šole: izostajanja iz šole, spodbujena s strani staršev
- Separacijska anksioznost: Pretirana zaskrbljenost v zvezi z ločitvijo in težave z ločevanjem s strani otroka ali starša
- Šolska fobija: Izostajanje oz. odsotnost od pouka, ki ima izvor v specifičnih strahovih, vezanih na šolo
- Zavračanje šole: Izostajanje oz. odsotnost od pouka, ki ima izvor v čustvenih stiskah v zvezi s šolo oz. šolsko situacijo
- Opustitev šolanja: pre zgodnji izstop iz šole, preden je šolanje zaključeno
- Vedenja, povezana z odklanjanjem šole: nadredni, krovni pojem, ki zajema izostajanje od pouka zaradi različnih čustvenih dejavnikov in »špricanje«

V praksi je pogosto težko ločiti med zavračanjem šole zaradi čustvenih dejavnikov, ki se enako pogosto pojavlja pri otrocih in mladostnikih ter špricanjem pouka, ki je pogostejše pri mladostnikih. V pomoč so lahko naslednje ključne razlike (2):

- Pri otrocih, ki zavračajo šolo zaradi čustvenih dejavnikov lahko v zvezi z odhodom v šolo opazimo tudi hude čustvene stiske, ki se kažejo kot anksioznost, trma, depresivnost, pa tudi v obliki telesne simptomatike, medtem ko pri tistih, ki pouk špricajo, pretirane anksioznosti ali strahu pred šolo ni opaziti.
- Pri odklanjanju šole zaradi čustvenih dejavnikov starši za izostanke običajno vedo, predvsem zato, ker otrok prav njih zjutraj pogosto poskuša prepričati, da bi mu dovolili ostati doma. Vsaj dokler iz šole starši ne izvedo za neopravičene izostanke, pa starši otroka za njih ne vedo, saj jih otrok poskuša prikriti.
- Ob neopravičenem izostajanju se pri mnogih mladostnikih lahko pridružijo tudi različna druga problematična ali celo antisocialna vedenja, ki so pri otrocih, ki odklanjajo šolo zaradi čustvenih dejavnikov, pomembno redkejša.
- Otroci, ki odklanjajo šolo, so med poukom običajno doma, v zanje varnem okolju, medtem ko tisti, ki špricajo pouk, pogosto pohajkujejo, so s prijatelji ipd.
- Otroci, ki odklanjajo šolo zaradi čustvenih dejavnikov, običajno izražajo pripravljenost, da zaostalo šolsko delo opravijo doma, pri tistih, ki špricajo pouk, pa pogosteje srečamo nezainteresiranost in nepripravljenost na angažiranje za šolsko delo.

Odklanjanje šole se lahko pojavi zaradi različnih sprožilnih dejavnikov, ki so vedno individualni. Med njimi so tudi telesne bolezni, ko se otrok, ki je bil nekaj časa doma ali v zdravstveni ustanovi zaradi zdravljenja, težko vrne v šolo, najsi bo to zaradi tega, ker se pri njem pojavi strah pred vprašanji ali izzivanjem s strani vrstnikov, strah pred intenzivnim ocenjevanjem, ali pa zato, ker mu je bilo doma v času bolezni prijetno zaradi vse pozornosti, ki jo je dobival s strani staršev. Sprožilci odklanjanja šole so lahko konflikti z vrstniki, medvrstniško nasilje, zbadanje s strani sošolcev, konflikt z učiteljem, pa tudi travmatski dogodki v šoli ali pa doma, na primer izguba družinskega člana. Pogosto pa so sprožilci lahko tudi večje tranzicije – na primer prehod iz ene v drugo stopnjo šolanja, ki presegajo otrokove prilagoditvene zmožnosti. Pomemben dejavnik, ki nastopa kot sprožilec odklanjanja šole, je tudi pojav psihiatrične motnje, predvsem iz kroga anksioznih motenj. Med družinske dejavnike, ki jih lahko umestimo med sprožilce odklanjanja šole, literatura uvršča tudi bolezen družinskega člana, ločitev staršev, selitev, rojstvo sorojenca in podobno (4-6).

Odklanjanje šole, posebno, kadar se pri otroku ali mladostniku razvijejo intenzivnejše in dolgotrajnejše oblike tega vedenja, imajo veliko neugodnih posledic za njegov razvoj. Vendar pa ima že kratkotrajno odklanjanje šole lahko neugoden izid, saj se sproži t.i. začaran krog stopnjevanja intenzivnosti odklanjanja, ki vodi v to, da se pri otroku stiska ob povrnitvi v šolo samo še povečuje, s tem pa intenzivnost odpora do šole. V odklanjanje šole se lahko, če otrok ostaja doma, hitro vključi princip ugodja, ko otrok ugotovi, da je doma med gledanjem TV, igranjem igrice ali lenarjenjem bolj prijetno kot pa v šoli, zato se to vedenje ojačuje samo od sebe.

Posledice odklanjanja šole so tako kratkoročne oz. srednjeročne, kot tudi dolgoročne. Med kratko-oz. srednjeročne štejemo izgubo povezanosti z vrstniki in izpad iz že formiranih vrstniških skupin, zaostanek na področju akademskih veščin in šolske uspešnosti, če gre za odklanjanje šole zaradi čustvenih dejavnikov, na primer socialne anksioznosti, pa se ta z vsakim dnem izostanka počasi le še utrjuje. Zato so izogibanja šoli vse bolj intenzivna, kar posledično vpliva tudi na otrokovo samopodobo, vodi v občutke nesposobnosti, žalosti ter otežuje otrokov razvoj na vseh področjih (5). Dolgotrajnejše ali pa pogosto, ponavljajoče izostajanje iz šole lahko vodi v opustitev šolanja, kar je samo po sebi pomemben dejavnik tveganja za psihosocialne težave v kasnejšem življenju. Tako se dolgotrajna odsotnost iz šole povezuje z nižjo akademsko uspešnostjo, nižjimi bralnimi in matematičnimi veščinami, ponavljanjem razreda ter v skrajni obliki z izpadom iz šolskega sistema, kronična odsotnost od pouka pa povečuje tudi verjetnost za kasnejše psihiatrične težave, brezposelnost ali težave v partnerskem odnosu v odraslosti (7). Poleg kratkoročnih in dolgoročnih posledic pri samem otroku, so posledično, vezano na odklanjanje šole, v družinah otrok pogostejši konflikti, zaradi izostajanja iz šole pa lahko sledijo tudi finančne in legalne posledice (8). Posebno neopravičeno izostajanje od pouka oz. špricanje pa se pri mladostnikih med drugim povezuje tudi povečanim tveganjem za zlorabo drog in alkohola ter tveganimi spolnimi vedenji (2, 8).

Raziskave kažejo, da se odklanjanje šole zaradi čustvenih dejavnikov pojavlja do približno 5% vseh šolajočih se otrocih in mladostnikih (2, 9), pogostejše se pojavlja v nekaterih urbanih področjih (10, 11), v klinični populaciji pa je pogostost bistveno višja, od 5-15% (5, 12). Pojavlja se skozi celotno obdobje šolanja, pri obeh spolih, pogostejše pa je v določenih razvojnih obdobjih in sicer ob tranzicijah v otrokovem življenju, npr. ob vstopu v osnovno šolo, med 10. in 11. letom ter ob vstopu v sredno šolo (13). Podatki iz ZDA kažejo, da se vsa, zgoraj naštetá vedenja, povezana z odklanjanjem šole kažejo pri 5 – 28% populacije (2).

Pri vedenjih, povezanih z odklanjanjem šole se pojavlja cel spekter primarnih in sopojavnih motenj. Najpogostejše so anksiozne motnje (separacijska anksiozna motnja in generalizirana anksiozna motnja, specifične in socialna fobija), depresija in vedenjske motnje (9).

FUNKCIONALNI MODEL ODKLANJANJA ŠOLE

Empirično najbolj podprt, predvsem pa aplikativen model razumevanja vedenj, povezanih z odklanjanjem šole, je funkcionalni model, ki razlikovanje različnih podtipov teh vedenj gradi na

osnovi tega, kateri funkciji služi odklanjanje šole oz. kaj ga vzdržuje (9, 14). Služi nam tudi kot osnova, na kateri gradimo intervencije v programu pomoči otroku oz. mladostniku, ki odklanja šolo. Po tem modelu ločimo med štirimi različnimi razlogi oz. funkcijami, ki so v osnovi odklanjanja šole, katero je lahko negativno ali pa pozitivno ojačevano. Negativno je vedenje ojačevano na ta način, da se otrok z odklanjanjem šole izogne nečemu neprijetnemu, za te otroke je značilno, da si bolj želijo tega, da ne bi šli v šolo, kot pa, da bi bili doma. Pozitivno pa je vedenje ojačevano, kadar z odklanjanjem šole nekaj prijetnega pridobi, ti otroci bi bili raje doma ali pa z nekom drugim, kot pa, da ne bi šli v šolo. Poznamo štiri osnovne funkcije, ki se med seboj pri posameznem otroku lahko prekrivajo in v času s trajanjem odklanjanja prehajajo iz ene v drugo (3):

1. funkcija: Izogibanje dražljajem, ki izzovejo negativne občutke. Značilna je za mlajše otroke, med petim in desetim letom, ki v šoli ali ob dražljajih, povezanih s šolo, doživljajo pogosto nedefinirane neprijetne občutke, splošno nelagodje ipd. Tega, kaj jih skrbi, pogosto niti ne znajo jasno opisati, lahko pa navajajo, da se v šoli počutijo slabo in tam ne želijo biti. Ko otrok ostane doma, se neprijetni občutki in tesnoba zmanjšajo in vedenje je z odstranitvijo neprijetnega dražljaja negativno ojačano.
2. funkcija: Izogibanje neprijetnim socialnim in ocenjevalnim situacijam. Značilna je za odklanjanje šole, ki se pojavlja pri starejših od 11 let. Pri tej starosti so vir stisk socialne in ocenjevalne situacije v šoli, zaradi katerih otroci, ki odklanjajo šolo, doživljajo tolikšno mero neugodja, da se jim pričnejo izogibati. Enako kot pri prvi funkciji, je tudi tu izogibalno vedenje negativno ojačevano.
3. funkcija: Prizadevati si za pozornost pomembnih drugih. Tudi ta funkcija se bolj pogosto pojavlja pri mlajših otrocih, ki si želijo, da ne bi šli v šolo zato, da bi ostali s svojimi starši doma ali pa skupaj z njimi kar na njihovem delovnem mestu. Če tak otrok gre v šolo, bo tudi tam vznemirjen in se ne bo počutil dobro, vendar ne toliko zato, ker je v šoli, temveč zato, ker ni doma, v prisotnosti in s pozornostjo pomembnih drugih – običajno so to starši. Vedenje je po tem principu pozitivno ojačevano, saj je otrokovo vedenje vsakokrat, ko mu starši dopustijo, da ostane doma oz. z njimi, pozitivno ojačevano z njihovo pozornostjo.
4. Funkcija: Iskanje prijetnejših aktivnosti izven šole. Ta funkcija v ozadju vedenj, povezanih z odklanjanjem šole, je bolj značilna za starejše otroke in mladostnike od 11 let naprej, ki s težavo obiskujejo šolski pouk zato, ker izven šole najdejo toliko več prijetnejših in zanimivih aktivnosti, da njihovo zanimanje za šolo upade in pogosto tožijo, da jim je tam dolgčas. Tudi to vedenje je pozitivno ojačevano, saj je ojačevano s prijetnimi, za otroka oz. mladostnika ugodnejšimi aktivnostmi izven šole, kot so gledanje TV, igranje računalniških igr, pohajkovanje s prijatelji in podobno. Svoje izostajanje iz šole pred starši običajno prikrivajo.

OCENJEVANJE ODKLANJANJA ŠOLE

Ocenjevanje tega, ali gre pri posameznem otroku za vedenje, povezano z odklanjanjem šole ali ne, je pogosto kompleksna naloga, ki vedno zahteva sodelovanje šole in staršev. Pri bolj kompleksnih primerih pa je pomembno tudi vključevanje služb skrbi za mentalno zdravje ter specialistov pediatrije oz. šolske medicine, posebno, kadar je vodilni simptom, ki ga otrok navaja kot razlog, da bi želel ostati doma oz. ne oditi v šolo, telesne narave. Ocenjevanje zajema več komponent (9, 15, 16):

1. Na prvem mestu, posebno, kadar gre za somatske pritožbe, je pomembna izločitev telesnih oz. organskih vzrokov. Tu je ključen otrokov zdravnik, ki bo lahko presodil, ali obstajajo zdravstveni razlogi, ki govorijo v prid temu, da otrok opravičeno ostane doma zaradi zdravstvenih razlogov;
2. Ocena otrokovega kognitivnega, čustvenega, vedenjskega in socialnega funkcioniranja. To oceno lahko v veliki meri izvedejo v okviru šolske svetovalne službe, v primeru kompleksnejših težav pa je potrebno vključiti tudi specialiste na področju duševnega zdravja iz zunanjih

ustanov.

3. Ocena samega odklanjanja šole s pomočjo intervjuja, opazovanja, spremljanja prisotnosti, iz šolske dokumentacije, s pomočjo vprašalnikov in ček list.
4. Pri ocenjevanju združujemo informacije iz več virov (otrok, starši, šolsko osebje, zdravstveno osebje) z namenom, da bi podali odgovor na naslednja tri vprašanja, ki potem predstavljajo osnovo za intervencije:
 - Kakšna je narava težav? (ali gre za odklanjanje šole, zakaj je do tega prišlo, kateri so sprožilci, varovalni in ogrožajoči dejavniki,...)
 - Katera je funkcija vedenja, povezanega z odklanjanjem šole? (ali je vedenje pozitivno ali negativno ojačevano, ali gre za multiple funkcije,...)
 - Kako pomagati? (komu pomagati – otroku ali staršem, kdo in kje bo izvajal pomoč, kdo vse bo vključen v delo v smeri vračanja otroka v šolo,...)

V podrobnosti posameznih elementov ocenjevanja se v prispevku ne spuščamo.

POMOČ PRI VEDENJIH, POVEZANIH Z ODKLANJANJEM ŠOLE

Pomoč otrokom in mladostnikom, ki odklanjajo šolo, pa tudi njihovim staršem, je vedno individualizirana, saj se tako etiologija problema, prezentacija, kot tudi specifike, ugotovljene tekom ocenjevanja od otroka do otroka razlikujejo. V prispevku navajamo le glavne komponente pomoči, ki temeljijo na funkcionalnem modelu odklanjanja šole. Principi pomoči otrokom in mladostnikom, ki odklanjajo šolo, ne glede na intenzivnost tega vedenja, so naslednji (1, 17, 18):

- Ključno je tesno sodelovanje šole in vseh ostalih služb s starši
- Pomembno je tesno sodelovanje vseh, ki v šoli ali drugi ustanovi delajo z otrokom oz. mladostnikom
- Na podlagi ocene se oblikuje jasna strategija in časovni načrt vrnitve v šolo
- Potrebno je doreči in potem tudi uveljavljati posledice prisotnosti oz. neprisotnosti (nagrade, kazni)
- Za spremljanje napredka in evalvacijo so potrebna dnevna spremljanja in poročila o prisotnosti
- Pogosto je potrebno veliko pozornosti nameniti rutinam, predvsem jutranjega vstajanja, priprave in odhoda v šolo
- Glede na ugotovljene specifike pri otroku, mladostniku in družini je nujna komponenta pomoči tudi individualno svetovalno delo s starši in z otrokom oz. mladostnikom

Ne glede na to, ali imamo v mislih otroka ali mladostnika, ki odklanja šolo, tiste otroke, pri katerih obstaja povečano tveganje, da bo prišlo do teh težav ali celotno populacijo šolajoče se mladine, raziskave kažejo, da je eden ključnih dejavnikov, ki preprečujejo odklanjanje šole, dobra šolska klima in kakovostno delo ter življenje šole (7). To zajema široko podporo prisotnosti učencev v šoli in nosi v sebi sporočilo, da je prisotnost v šoli za vse pomembna vrednota, ob tem pa so pomembna tudi jasna pravila in pričakovanja do vedenja otrok ter takojšnji odzivi na vedenje in težave otrok. Na tej, pretežno preventivni ravni so pomembne predvsem informativne intervencije (1, 7) v smislu izobraževanja strokovnih delavcev šole in staršev o prepoznavanju zgodnjih znakov odklanjanja šole, spodbujanje učencev, da se vključujejo v dodatne šolske in obšolske dejavnosti, zlasti pri tistih učencih, kjer so prepoznani dejavniki tveganja za razvoj vedenja povezanega z odklanjanjem šole, delo na področju varnosti in prisotnosti otrok, poleg tega pa tudi različni programi v podporo duševnemu zdravju.

Strategije pomoči oz. priporočene intervencije za otroke in mladostnike, ki že odklanjajo šolo, le naštevamo v naslednji preglednici (povzeto po (2)):

Kadar je funkcija odklanjanja šole IZOGIBANJE DRAŽLJAJEM, KI IZZOVEJO NEPRIJETNE OBČUTKE	
Usmerjeno na otroka	Psihoedukacija o anksioznosti in njenih komponentah
	Obvladovanje telesnih simptomov z globokim dihanjem, tehnikami sproščanja
	Postopna izpostavitve šolskemu okolju s pomočjo hierarhije izogibanja
	Samoojačevanje dosežkov
Kadar je funkcija odklanjanja šole IZOGIBANJE NEPRIJETNIM OCENJEVALNIM IN SOCIALNIM SITUACIJAM	
2. funkcija Usmerjeno na otroka	Psihoedukacija o anksioznosti in njenih komponentah
	Obvladovanje telesnih simptomov z globokim dihanjem, tehnikami sproščanja
	Kognitivna restrukturacija za spreminjanje disfunkcionalnih misli in prepričanj
	Trening veščin spoprijemanja v realnih socialnih in ocenjevalnih situacijah
	Obvladovanje telesnih simptomov z globokim dihanjem, tehnikami sproščanja
Kadar je funkcija odklanjanja šole PRIZADEVATI SI ZA POZORNOST POMEMBNIH DRUGIH	
Usmerjeno na starše in otroka	Spreminjanje komunikacije/postavljanje kratkih in jasnih zahtev staršev
	Vzpostavljanje jutranjih in dnevnih rutin
	Nagrajevanje prisotnosti in kaznovanje odsotnosti v šoli
	V redkih primerih prisilna vključitev
Kadar je funkcija odklanjanja šole ISKANJE PRIJETNEJŠIH AKTIVNOSTI IZVEN ŠOLE	
Usmerjeno na celotno družino	Pogodba za obiskovanje šole
	Redni sestanki družine z reševanjem problemom in pogajanji
	Trening komunikacijskih veščin
	Spremstvo mladostnika k pouku
	Povečan nadzor nad prisotnostjo v šoli
	Trening veščin kako se upreti pritisku vrstnikov

Kadar je odklanjanje šole zelo intenzivno in osnovne intervencije niso učinkovite ali pa, kadar gre za sum na psihopatologijo ali druge bolezni pri otroku oz. abnormnosti v družinskem sistemu, je pomoč intenzivnejša. V teh primerih je nujno povezovanje šole z zunanjimi ustanovami in jim posredovati čim več informacij. Predvsem šola je tista, ki mora starše pripraviti na sodelovanje s strokovnimi zunanjimi ustanovami, obenem pa poglobljati intervencije, ki so že bile izvedene, predvsem krepitev sodelovanja s starši v smislu individualnega svetovanja, po potrebi tudi obiski na domu, razmislek o možnosti prešolanja ali vključitve v druge programe izobraževanja (15, 19, 20).

Sodelovanje s Centri za socialno delo je nujno v primerih:

- V primeru abnormne družinske situacije, nasilja v družini, zanemarjanja ali zlorabe otroka
- V primeru hude finančne stiske družine

Z zdravstvenimi ustanovami, svetovalnimi centri / posvetovalnico in drugimi službami na področju duševnega zdravja se je potrebno povezati:

- V primeru sopojavnosti (depresija, anksioznost, ...)
- Hude učne težave
- V primeru pogostih telesnih pritožb
- Če se otrok vztrajno ne odziva na osnovne intervencije

VLOGA ŠOLSKEGA ZDRAVNIKA OZ. PEDIATRA PRI PREPOZNAVANJU ODKLANJANJA ŠOLE IN POMOČI OTROKU, MLADOSTNIKU IN DRUŽINI

Zdravniki se v praksi pogosto srečujejo tudi z otroki in starši, ki iščejo pomoč zaradi telesnih simptomov, ki želijo mnenje ali pa že opravičilo za neobiskovanje pouka. Pomembna je tudi ugotovitev, da pri otrocih tri skupine simptomov, kadar se pojavljajo v kombinaciji, pomenijo pomembno večjo verjetnost prisotnosti ene od psihiatričnih motenj, to so odklanjanje šole, težave s spanjem in somatske pritožbe (21). Telesni simptomi oz. somatske pritožbe pri otrocih in mladostnikih, ki odklanjajo šolo, so relativno pogoste, od že navedenih težav s spanjem, nepojasnjenih trebušnih bolečin, ki se pojavljajo zjutraj ali pa že v nedeljo zvečer, glavobolov, utrujenosti in podobno (22). Ena od ključnih nalog zdravnika, ki se sreča z otrokom, za katerega starši poročajo, da s težavo odhaja v šolo, da imajo z njim zjutraj hude boje, dokler ga ne spravijo v šolo, ali pa že aktivno odklanja šolo in je doma, obenem pa poročajo o somatskih simptomih, je eksploracija tega, ali morda za simptome obstaja medicinski razlog. Ob tem pa je potrebno pozornost usmeriti tudi v možnost, da drugi dejavniki pri otroku, v družini, šoli ali okolici za otroka predstavljajo takšen izvor stresa, da se odziva s psihosomatskimi simptomi. Ključno vprašanje, na katero je potrebno podati odgovor pri otroku, ki poleg odklanjanja šole izkazuje telesne simptome, še preden pričnemo s pomočjo, je ali gre za telesni ali psihološki izvor simptomatike (22, 23).

Izkušnje iz klinične prakse strokovnjakov iz področja duševnega zdravja, ki v skladu s skupnostnimi principi delujemo na presečišču zdravstva in šolstva, kažejo, da je pri pomoči otrokom in mladostnikom, ki odklanjajo šolo, ključnega pomena predvsem timsko sodelovanje šole in drugih institucij. Tu so pomembni tako centru za mentalno oz. duševno zdravje, svetovalni centri, centri za socialno delo, v kompleksnejših primerih, predvsem pa, kadar gre za odklanjanje šole, kjer se pojavljajo izostanki na račun somatskih bolezni, pa je neobhodno tudi vključevanje otrokovega zdravnika. Tudi izkušnje iz izobraževanj, ki jih izvajamo v projektu »Preprečevanje odklanjanja šole«, ki ga v letih 2017-2019 sofinancira Ministrstvo za zdravje, se izkazuje, da strokovni delavci šol izražajo veliko potrebo po kontinuiranem sodelovanju z otrokovim zdravnikom, saj za načrtovanje ustreznih načinov pomoči ni nujna le informacija o otrokovem telesnem stanju, temveč tudi dogovor o usklajenem delovanju vseh vpletenih strokovnih služb in staršev.

VIRI

1. Kearney CA. Helping school refusing children and their parents : a guide for school-based professionals. Druga izdaja. New York, NY: Oxford University Press; 2018.
2. Kearney CA. School absenteeism and school refusal behavior in youth: a contemporary review. Clin Psychol Rev. 2008;28(3):451-71.
3. Kearney CA. Getting your child to say "yes" to school : a guide for parents of youth with school refusal behavior. Oxford ; New York: Oxford University Press.
4. Tonge BJ, King NJ, Heyne D, Pritchard M. Anxious children and school refusal. Aust Fam Physician. 1994;23(5):919-20.
5. Thambirajah MS, Grandison KJ, De-Hayes L. Understanding school refusal : a handbook for professionals in education, health and social care. Philadelphia, Pa.: Jessica Kingsley Publishers; 2008.

6. Pina AA, Zerr AA, Gonzales NA, Ortiz CD. Psychosocial Interventions for School Refusal Behavior in Children and Adolescents. *Child Dev Perspect.* 2009;3(1):11-20.
7. Kearney CA. Managing School Absenteeism at Multiple Tiers: An Evidence-Based and Practical Guide for Professionals. New York: Oxford University Press; 2016.
8. Kearney CA, Turner D, Gauger M. School Refusal Behavior. In: Weiner IB, Craighead WE, editors. *The Corsini Encyclopedia of Psychology* 2010.
9. Kearney CA, Albano AM. The functional profiles of school refusal behavior. *Diagnostic aspects. Behav Modif.* 2004;28(1):147-61.
10. Burke AE, Silverman WK. The prescriptive treatment of school refusal. *Clin Psychol Rev.* 1987;7:353-62.
11. Kearney CA, Roblek TL. Parent training in the treatment of school refusal behavior. V: Briesmeister JM, Schaefer CE, ur. *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems.* 2. izdaja. New York: Wiley; 1998. str. 225-56.
12. Heyne D, King NJ, Tonge BJ, Cooper H. School refusal: epidemiology and management. *Paediatr Drugs.* 2001;3(10):719-32.
13. Ollendick TH, Mayer JA. School phobia. *Behavioral theories and treatment of anxiety.* New York, NY, US: Plenum Press; 1984.
14. Kearney CA. The Evolution and Reconciliation of Taxonomic Strategies for School Refusal Behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 1996;3(4):339-54.
15. Kearney CA, Bensaheb A. School absenteeism and school refusal behavior: a review and suggestions for school-based health professionals. *J Sch Health.* 2006;76(1):3-7.
16. Kearney CA. School refusal behavior in youth : a functional approach to assessment and treatment. 1. izdaja. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2001.
17. Kearney CA, Albano AM. When children refuse school: A cognitive – behavioral therapy approach: Parent workbook. New York: Oxford University Press; 2007.
18. Kearney CA. Dealing with school refusal behavior: a primer for family physicians. *J Fam Pract.* 2006;55(8):685-92.
19. Mennuti RB, Freeman A, Christner RW. Cognitive-behavioral interventions in educational settings : a handbook for practice. New York ; London: Routledge; 2006.
20. Kearney CA, Silverman WK. A preliminary analysis of a functional model of assessment and treatment for school refusal behavior. *Behav Modif.* 1990;14(3):340-66.
21. Egger HL, Costello EJ, Angold A. School refusal and psychiatric disorders: a community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(7):797-807.
22. Katz F, Leith E, Paliokosta E. Fifteen-minute consultation for a child not attending school: a structured approach to school refusal. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2016;101(1):21-5.
23. King N, Ollendick T, Heyne D, Tonge B. Treatment of school refusal. *Strategies for the family physician. Aust Fam Physician.* 1995;24(7):1250-3.



član skupine Sandoz



VZAJEMNA

zdravstvena zavarovalnica

Projekt sofinancira Ministrstvo za zdravje RS



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE





SEKCIJA ZA
ŠOLSKO, ŠTUDENTSKO
IN ADOLESCENTNO
MEDICINO

**Sekcija za
primarno pediatrijo**

<http://www.szd.si/sekcije/pediatrija/sssam>

Debeli Rtič



Mladinsko zdravilišče in letovišče
Rdečega Križa Slovenije

Jadranska cesta 73,
6280 Ankaran
T: +386-(0)5-909 70 00
F: +386-(0)-5-909 70 02
E: debeli-rtic.mzl@mzl-rks.si
www.facebook.com/debelirtic
www.instagram.com/debelirtic
www.zdravilisce-debelirtic.org

