



SZKP  
Slovensko združenje  
za klinično prehrano

## Zbornik 9. Simpozija Klinične Prehrane

3. december, 2021

**Naslov:** Zbornik 9. simpozija za klinično prehrano

**Urednik:** Izr. prof. dr. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med

**Recenzentke:** dr. Taja Jordan, dr.med., Renata Hribar, dr.med., asist. Brigita Avramović Brumen, dipl. univ. ing. živ. teh., klinični dietetik

**Znanstveni odbor:** Izr. prof. dr. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med., Asist. Eva Peklaj, uni. dipl. inž. živ. tehnol., klinični dietetik, Asist. dr. Milena Blaž Kovač, dr. med.

**Organizacijski odbor:** Asist. dr. Milena Blaž Kovač, dr. med., Ajda Švab, univ. dipl. ing. živil. tehnol., Asist. Tajda Košir Božič, dr. med

**Tehnični uredniki:** Ana Karin Kozjek, Rok Blaž, Johan Bernard Reinier Schwieter

**Kraj in leto izdaje:** Ljubljana, 2021

**Založnik:** Slovensko združenje za klinično prehrano

**Cena:** 10 evrov

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 90337539

ISBN 978-961-94426-2-3 (PDF)

# Kazalo

<b>Članki</b> . . . . .	4
<b>Prehrana starostnikov</b>	
<i>Nada Rotovnik Kozjek, Rok Blaž</i> . . . . .	4
<b>Prehransko stanje pri debelosti – izzivi, ki jih je prikazala epidemija COVID-19</b>	
<i>Rok Poličnik</i> . . . . .	7
<b>Izhodišča za prehransko zdravstveno vzgojo pri bolniku z debelostjo</b>	
<i>Denis Mlakar-Mastnak</i> . . . . .	10
<b>Odločitev posameznika za zdrav življenjski slog</b>	
<i>Maja Rus Makovec</i> . . . . .	15
<b>Možnosti za obravnavo bolnika z debelostjo v ambulanti družinske medicine</b>	
<i>Milena Blaž Kovač</i> . . . . .	20
<b>Povzetki</b> . . . . .	22
<b>Prehransko stanje starostnika – izzivi, ki jih je prikazala epidemija COVID-19</b>	
<i>Gregor Veninšek</i> . . . . .	22
<b>Možnosti za prehransko obravnavo starostnika v ambulanti družinske medicine</b>	
<i>Barbara Mazej Poredoš</i> . . . . .	24
<b>Izhodišča za prehransko svetovanje pri starostniku in uporaba prehranskih dopolnil</b>	
<i>Klemen Schara, Žan Zupančič</i> . . . . .	25
<b>Rehabilitacijska obravnava bolnika z debelostjo</b>	
<i>Neža Majdič, Nataša Puzić Ravnjak</i> . . . . .	27
<b>Prehransko stanje bolnikov z okužbo s SARS-CoV-2</b>	
<i>Tajda Košir Božič</i> . . . . .	28
<b>Motnje hranjenja in prehranjevanja v času COVID-19</b>	
<i>Karin Sernec</i> . . . . .	29
<b>Odsev post-COVID-19 rehabilitacije skozi oči kliničnega dietetika</b>	
<i>Monika Vošner, Eva Peklaj</i> . . . . .	30

# Prehrana starostnikov

## Nutritional Care of Elderly

Nada Rotovnik Kozjek<sup>1</sup> and Rok Blaž<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Izr. prof. dr. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med., Enota za klinično prehrano, Onkološki Inštitut Ljubljana; Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani; nkozjek1@gmail.com

<sup>2</sup>Rok Blaž, štud. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana

### IZVLEČEK

Starostniki imajo povečano tveganje za razvoj »prehranske krhkosti«, ki lahko pomembno ogrozi vnos hrane in sposobnost, da bi pokrili prehranske potrebe. Neustrezna prehrana (prebitek ali pomanjkanje posameznih hranil) se pri starostnikih hitreje klinično izrazi v motnjah delovanja različnih fizioloških sistemov. V prispevku želimo opredeliti nekatere ključne fiziološke, sociološke in strokovne razloge, ki prispevajo k razvoju motenj prehranskega stanja, s poudarkom na podhranjenosti. Ti dejavniki neposredno vplivajo na zdravje in kakovost življenja starostnikov ter na njihovo neodvisnost in ekonomsko stanje. Ker prehrano uvrščamo med ključne determinante zdravja starostnikov, je preprečevanje »prehranske krhkosti« pomembna družbena in zdravstvena strategija, ki odločilno prispeva k bolj zdravemu in kakovostnemu staranju ter tudi k zmanjšanju zdravstvenih stroškov, povezanih s staranjem. Za optimizacijo prehrane starostnikov je zato na vseh ravneh zdravstvenega varstva potrebno uvesti izobraževanje o odločilnem pomenu prehrane, presejanju na prehransko ogroženost in tudi strokovno osnovani in posamezniku prilagojeni prehranski oskrbi starostnikov.

**KLJUČNE BESEDE:** prehranska krhkost, vnos hrane, podhranjenost, prehranska oskrba starostnikov

### UVOD

Podaljševanje življenjske dobe je s stališča posameznika sicer pozitivno, vendar družbi in zdravstvenemu sistemu v povezavi z zagotavljanjem zdravja in čim večje kakovosti življenja starostnika postavlja nove izzive. Do leta 2100 se naj bi število starejših nad 60 let potrojilo (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2021). Poseben izziv je preprečevanje »prehranske krhkosti«, kajti prehrana predstavlja ključno determinanto zdravja, vzdrževanja fizioloških funkcij in obvladovanja kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) (Shlisky et al., 2017).

### PREHRANSKO STANJE STAROSTNIKOV

Starostniki so bistveno bolj heterogena populacija kot mlajši odrasli, prehranska ogroženost se začne povečevati po 65. letu starosti in je povezana s slabšim zdravstvenim stanjem (Shlisky et al., 2017). Zato so pri obravnavi motenj prehranjenosti potrebni ukrepi klinične prehrane, ki upoštevajo tudi njihovo presnovno in zdravstveno stanje (Tabela 1) (Volkert et al. 2019, Cederholm et al. 2017).

Ključni vzrok slabega prehranskega stanja je zmanjšan vnos hrane, med 75. in 84. letom starosti se ta zmanjša od 88 % na 77 % potrebnega energijskega vnosa (Margetts et al., 2003). Zmanjšanje vnosa hrane je najpogosteje posledica izgube apetita in dejavnikov, ki vplivajo na zmogljivost nabave in priprave hrane. V ospredju so zmanjšana telesna zmogljivost, motnje vida, slabo zobovje, spremembe v delovanju prebavil ter psihološki in socialni dejavniki, kot so depresija, demenca, socialna osamitev in slabše ekonomsko stanje. Pomankljiv je predvsem vnos beljakovin, prehranskih vlaknin, karotenoidov, kalcija, magnezija, kalija ter vitaminov B6, B12, D in E (Tucker, 2015). Ker imajo beljakovine pomembno vlogo v presnovi in pri preprečevanju sarkopenije, to predstavlja pomemben zdravstveni problem, v skupnosti je beljakovinsko podhranjenih približno 10 % staro-

**Tabela 1** Motnje prehranskega stanja in s prehranjenostjo povezana stanja.

Motnje prehranskega stanja	S prehranjenostjo povezana stanja
<ul style="list-style-type: none"> <li>• podhranjenost</li> <li>• čezmerna telesna masa</li> <li>• debelost</li> <li>• motnje mikrohranil (elektroliti, vitamini, elementi v sledovih)</li> <li>• sindrom ponovnega hranjenja (angl. <i>refeeding syndrome</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• krhkost</li> <li>• sarkopenija</li> </ul>

stnikov v skupnosti in do 35 % starostnikov v zdravstvenih ustanovah (Baum et al., 2016).

Izguba apetita (anoreksija) je pri starostnikih v osnovi povezana s fiziološkimi spremembami zaradi staranja in predstavlja fiziološko zmanjšanje vnosa hrane zaradi prilagoditve na manjšo telesno dejavnost in nižjo stopnjo bazalne presnove v starosti, ki na daljše obdobje ni ustrezno uravnavana s prehranskim vnosom (Morley and Silver, 1988). Anoreksija zaradi staranja v veliki meri sovпада z upočasnim praznjenjem želodca in upočasnim prehodom hrane skozi prebavila ter hormonskimi spremembami pri staranju (Sturm et al. 2004, Clegg and Williams 2018).

Poleg beljakovinske podhranjenosti so v skupnosti prisotne še druge motnje prehranskega stanja, tako da je prevalenca podhranjenosti v skupnosti kar 35 %, v domovih za starostnike in zdravstvenih ustanovah pa je še bistveno višja (Chen et al. 2012, Locher et al. 2005). Podhranjenost je tesno povezana z upadom kognitivne, psihične in telesne zmogljivosti, kar vpliva na večjo smrtnost in obolevnost starostnikov ter slabšo kakovost življenja (Volkert et al. 2019, Feldblum et al. 2007). Dodaten vpliv na ra-

zvoj podhranjenosti imata tudi pogosto jemanje številnih zdravil v starosti (polifarmacija) ter neustrezna terapevtska obravnava motenj prehranskega stanja (Fitzgerald and Bean 2010, Baugreet et al. 2017). Zato med ključne ukrepe za izboljšanje prehranskega stanja posameznika spada uvajanje individualne, klinično naravnane prehranske obravnave pri prehransko ogroženih starostnikih. Da je ocena prehranskega stanja z merili javnega zdravja, kot je indeks telesne mase (ITM), v veliki meri neustrezna, dokazujejo tudi izsledki populacijskih raziskav o boljšem zdravju pri tistih starostnikih, ki so glede na vrednost ITM prekomerno hranjeni ali imajo blago debelost ter niso sarkopenični (Murphy et al. 2014, Cheng et al. 2016).

## PREHRANSKA OBRAVNAVA STAROSTNIKOV

Pri ocenjevanju prehranskega stanja starostnikov se uveljavlja izraz »prehranska krhkost«. Prehranska krhkost je stanje z značilno nenadno izrazito izgubo telesne mase ter izgubo mišične mase in moči. To stanje je pogosto prisotno pri krhkih posameznikih in odraža zmanjšanje osnovnih fizioloških rezerv, kar pogosto pripomore k nezmožnosti skrbeti sam zase in za svojo prehrano. Prehransko krhki posamezniki imajo lahko tudi druge motnje prehranskega stanja, kot so prekomerna telesna masa, debelost in sarkopenična debelost, in prehranske motnje, povezane s pomanjkanjem različnih hranil (Shlisky et al. 2017, Cederholm et al. 2017).

Za prepoznavo in oceno prehranske ogroženosti starostnikov uporabljamo različna presejalna orodja – NRS 2002 (angl. *Nutritional Risk Screening 2002*), Mini prehranski pregled (MPP) in Subjektivno globalno oceno (angl. *Subjective Global Assessment*, SGA) – ter diagnostični algoritem za diagnozo podhranjenosti (Volkert et al. 2019, Cederholm et al. 2017). Presejanje prehranske ogroženosti pri zdravih starostnikih izvajamo redno vsako leto, pri kroničnih bolnikih in v ustanovah pa bolj pogosto, in sicer glede na bolezensko stanje. Podhranjenost je lahko izključno posledica nezadostnega vnosa hrane, lahko pa je povezana s kroničnimi boleznimi in z njimi povezano kahektično presnovo (Cederholm et al., 2019). Značilno stanje, ki je tesno povezano s podhranjenostjo in predstavlja tudi fenotipski kriterij za diagnozo podhranjenosti, je sarkopenija (Tabela 2) (Cruz-Jentoft et al., 2019). Pri starostnikih jo opredelimo kot nesorazmerno izgubo mišične mase in moči, ki se odraža z zmanjšanjem telesne dejavnosti, manjšo funkcionalno zmogljivostjo ter s presnovnimi prilagoditvami na stres in bolezenska stanja.

**Tabela 2** Diagnostična in klinična merila za ugotavljanje sarkopenije. ASM – apendikularna skeletna masa; FFMI – indeks nemaščobne telesne mase (angl. *fat free mass index*)

Diagnostična merila
1. majhna mišična moč*
2. majhna mišična masa in/ali kakovost mišic**
3. majhna telesna zmogljivost (funkcija)***
Verjetnost sarkopenije = merilo 1
Diagnoza sarkopenija = merili 1 + 2
Diagnoza huda sarkopenija = merila 1 + 2 + 3

## Klinična merila

\*moč stiska roke: moški < 27 kg; ženske < 16 kg; vstajanje s stola > 15 s za 5 dvigov

\*\*mišična masa: denzitometrično merilo ASM/višina(m<sup>2</sup>): moški < 7,0 kg/m<sup>2</sup>; ženske < 5,5 kg/m<sup>2</sup>; bioimpedančno merilo FFMI: moški < 17; ženske < 15; kakovost mišic: fazni kot < 4

\*\*\*telesna zmogljivost: hitrost hoje pri 4-minutnem testu hoje 0,8 m/s; test hoje na 400 m 6 min ali nedokončanje testa

## PREHRANSKE POTREBE STAROSTNIKA

Izhodišča za strokovna priporočila glede prehrane starostnika temeljijo na spoznanjih preventivne in klinične prehrane, ki jih moramo zaradi heterogenosti populacije starostnikov prilagoditi posameznemu starostniku (Volkert et al. 2019, Cederholm et al. 2017). Zato je pri vseh prehransko ogroženih starostnikih priporočena klinično naravnana prehranska obravnava (Cederholm et al., 2017).

## ZAKLJUČEK

Prehransko stanje je pri starostnikih ključna determinanta njihovega zdravja. Pri podhranjenih starostnikih so motnje v delovanju številnih fizioloških sistemov bolj izražene, spremlja jih tudi izguba puste mase, kar vse vpliva na funkcionalno, kognitivno in duševno popuščanje starostnika in slabšemu obvladovanju KNB. Ker je problematika podhranjenosti pri starostnikih izrazita, je pri prepoznavanju njihove prehranske ogroženosti, prehranski obravnavi ter prehranski podpori in terapiji potrebno slediti strokovnim priporočilom klinične prehrane.

## Literatura

- Baugreet, S., Hamill, R. M., Kerry, J. P., et al. (2017). Mitigating Nutrition and Health Deficiencies in Older Adults: A Role for Food Innovation? *J Food Sci*, 82(4):848–855.
- Baum, J. L., Kim, I. Y., and Wolfe, R. R. (2016). Protein Consumption and the Elderly: What Is the Optimal Level of Intake? *Nutrients*, 8(6):359.
- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., et al. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr*, 36(1):49–64.
- Cederholm, T., Jensen, G. L., Correia, M. I. T. D., et al. (2019). Glim criteria for the diagnosis of malnutrition – a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition*, 38(1):1–9.
- Chen, R. C., Lee, M. S., Chang, Y. H., et al. (2012). Cooking frequency may enhance survival in Taiwanese elderly. *Public Health Nutr*, 15(7):1142–1149.
- Cheng, F. W., Gao, X., Mitchell, D. C., et al. (2016). Metabolic Health Status and the Obesity Paradox in Older Adults. *J Nutr Gerontol Geriatr*, 35(3):161–176.
- Clegg, M. and Williams, E. (2018). Optimizing nutrition in older people. *Maturitas*, 112:34–38.
- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., et al. (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*, 48(4):601.
- Feldblum, I., German, L., Castel, H., Harman-Boehm, I., et al. (2007). Characteristics of undernourished older medical pa-

- tients and the identification of predictors for undernutrition status. *Nutr J*, 6:37.
- Fitzgerald, S. P. and Bean, N. G. (2010). An analysis of the interactions between individual comorbidities and their treatments—implications for guidelines and polypharmacy. *J Am Med Dir Assoc*, 11(7):475–484.
- Locher, J. L., Robinson, C. O., and Roth, D. L. a. (2005). The effect of the presence of others on caloric intake in homebound older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60(11):1475–1478.
- Margetts, B. M., Thompson, R. L., Elia, M., et al. (2003). Prevalence of risk of undernutrition is associated with poor health status in older people in the UK. *Eur J Clin Nutr*, 57(1):69–74.
- Morley, J. E. and Silver, A. J. (1988). Anorexia in the elderly. *Neurobiology of Aging*, 9:9–16.
- Murphy, R. A., Reinders, I., and Garcia, M. E. a. (2014). Adipose tissue, muscle, and function: potential mediators of associations between body weight and mortality in older adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 37(12):3213–3219.
- Shlisky, J., Bloom, D. E., Beaudreault, A. R., et al. (2017). Nutritional Considerations for Healthy Aging and Reduction in Age-Related Chronic Disease. *Adv Nutr*, 8(1):17–26.
- Sturm, K., Parker, B., Wishart, J., et al. (2004). Energy intake and appetite are related to antral area in healthy young and older subjects. *The American journal of clinical nutrition*, 80:656–67.
- Tucker, K. L. (2015). *High-Risk Nutrients in the Aging Population*, pages 335–353. Springer New York, New York, NY.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (2021). World Population Prospects: The 2017 Revision Multimedia Library. Dosegljivo na: <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2017-revision.html> [internet; citirano 2021-11-16].
- Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., et al. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*, 38(1):10–47.

# Prehransko stanje pri debelosti – izzivi, ki jih je prikazala epidemija COVID-19

## Nutritional Status in Obesity – the Challenges Presented by the COVID-19 Epidemic

Rok Poličnik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Rok Poličnik, mag. diet., Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana; rok.policnik@nijz.si

### IZVLEČEK

Omejitve za omejevanje okužb s COVID-19, ki so bile uvedene v prvem četrtletju 2020, so pomembno vplivale na življenjski slog prebivalcev Slovenije. Različne epidemiološke raziskave kažejo, da so bili ljudje med samoizolacijo izpostavljeni sedečemu življenjskemu slogu, nezdravi prehrani, duševnim ter socialno-ekonomskim stiskam, kar je še dodatno prispevalo k pridobivanju telesne mase. Podatki kažejo, da se je telesna masa otrok in mladostnikov v Sloveniji v času prvega vala epidemije povečala za 20 %. Podobna situacija se je pokazala tudi pri odraslih, saj je dodatno telesno maso v tem času pridobilo kar 27 % odraslih. Epidemiološka raziskava, ki se v Sloveniji izvaja že od 2001, je pokazala, da se je telesna masa v dvajsetletnem obdobju pri ženskah povečala za 1,8 %, pri moških pa kar za 4,5 odstotnih točk. Zaskrbljujoče je predvsem dejstvo, da se je telesna masa med epidemijo povečala med populacijo odraslih oseb s kroničnimi obolenji, in pri tistih s težavami v duševnem zdravju. Znano je, da so ljudje z debelostjo, ki imajo prisotno respiratorno disfunkcijo in pridružene kronične bolezni dodatno ogroženi pri morebitni okužbi z virusom COVID-19. Dodatno zaskrbljujoče je tudi dejstvo, da je bila v času epidemije preventivna dejavnost na primarni zdravstveni ravni mnogokrat omejena oziroma celo ustavljena, strokovno usposobljen kader pa je bil premeščen na druga prioritarna delovna mesta v zdravstvu.

**KLJUČNE BESEDE:** epidemija COVID-19, kronične nenalezljive bolezni, sindemija, povečanje telesne mase, preventivna dejavnost

### UVOD

Javno-zdravstvena priporočila in vladni ukrepi za omejevanje okužbe s koronavirusno boleznijo 2019 (angl. *coronavirus disease 2019*, COVID-19), uvedeni po 12. marcu 2020, so bili povezani z različnimi omejitvami (socialna izolacija, delo in šolanje od doma, prepoved organizirane športne vadbe, prepoved združevanja na javnih prostorih, prehajanje občinskih meja, policijska ura itd.), ki so bili za našo družbo pred tem nepredstavljeni. Ukrepi, ki so bili na eni strani potrebni za zajezitev okužb, so na drugi neposredno vplivali na življenje in zdravje ljudi (Mattioli et al. 2020, Ammar et al. 2020). Navkljub dobrim nameram pri zmanjševanju bremena širitve okužb na zdravstveni sistem ter smrtnosti, se med populacijo že kažejo njihovi negativni vplivi na zdravje. Urednik revije Lancet, prof. Richard Horton je septembra 2020 opozoril na fenomen sindemije oz. sinergije dveh epidemij (COVID-19 in kroničnimi nenalezljivimi boleznimi), in s tem na prihajajočo škodo, ki bo v smislu poglobljanja zdravstvene problematike prizadela zlasti skupine najšibkejših oziroma socialno-ogroženih ljudi (Horton, 2020). Potrebno je dodati, da COVID-19 na različne načine vpliva na vse starosti in skupine ljudi. Posledice se odražajo individualno glede na starost, in so povezani z najrazličnejšimi okoliščinami, ne glede na to ali gre za krhke starejše ljudi ali za otroke, mladostnike oz. aktivno populacijo (Lloyd-Sherlock, 2021). Znano je, da so nezdrave prehranjevalne navade, skupaj s telesno nedejavnostjo in motnjami v spanju, tesno povezane z nastajanjem debelosti in ostalih kroničnih bolezni ter slabšim imunskim odzivom (Afshin et al. 2017, Ryan and Caplice 2020). Znano je tudi, da so ljudje z debelostjo, ki imajo prisotno respiratorno disfunkcijo in pridružene kronične bolezni (bolezni srca in ožilja, visok krvni tlak, itd.) še dodatno ogroženi pri morebitni okužbi s COVID-19 (Simonnet et al., 2020).

### PREGLED RAZISKAV

Podatki različnih raziskav kažejo, da je pandemija COVID-19 vplivala na življenjski slog prebivalcev, kar se že odraža na poslabšanju epidemije kroničnih nenalezljivih bolezni (Gabrijelčič Blenkuš et al., 2020). Skrb za kronične bolnike se zaradi alarmantnega povečanja okužb, zaskrbljenosti zaradi morebitnega kolapsa zdravstvenega sistema ter nenazadnje omejevanja preventivnih programov na primarni ravni v zadnjem času še dodatno povečuje (Uradni List RS, Št. 8/21, 12/21 – Popr., 23/21, 35/21, 47/21, 66/21, 74/21 in 95/21), 2021). Navkljub temu, da je zaradi številnih neznank pri zdravljenju in omejevanju pandemije COVID-19 večina raziskav osredotočenih na potek in izide zdravljenja odraslih na intenzivnih enotah, so epidemiološke raziskave o vplivih epidemije na obnašanje ljudi v povezavi z zdravjem relativno redke.

Raziskava, ki so jo opravili Yang in sod. na vzorcu 10.000 mladostnikov pred in po zaprtju države marca 2020, je pokazala statistično povečanje telesne mase pri srednješolcih in študentih. Pri mladostnikih, ki so imeli že pred pandemijo prekomerno telesno maso se je prevalenca le-te povečala iz 21,3 na 25,1 %, pri mladostnikih z debelostjo pa iz 10,5 na 12,9 %. Avtorji ključne vzroke porasta debelosti pripisujejo zmanjšanju aktivnega športa, telesni nedejavnosti v prostem času, sedečemu življenjskemu slogu, spanju in preživljanjem časa pred zasloni (Yang et al., 2020). Do podobnih ugotovitev so prišli tudi strokovnjaki Fakultete za šport Univerze v Ljubljani, saj je tudi med slovenskimi otroci in mladostniki obeh spolov, v času zaprtja šol in družbe, prišlo do upada vseh gibalnih sposobnosti. Pri skoraj 2/3 otrok je prišlo do upada gibalne učinkovitosti, pomanjkanje telesne dejavnosti pa je privedlo do povečanja maščobnega tkiva in s tem do večjega zdravstvenega tveganja pri več kot polovici otrok. Po podatkih Fakultete za šport se je delež otrok z debe-

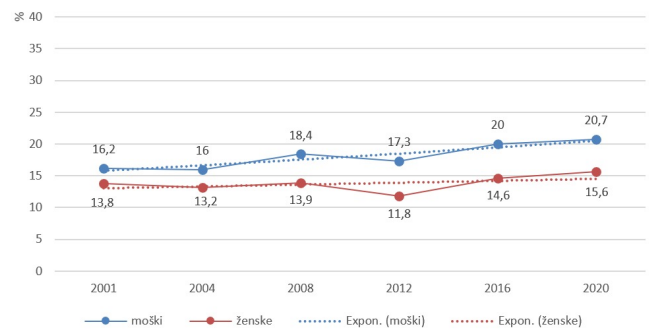


lostjo po prvem valu epidemije povečal za več kot 20 %, kar je največ v zgodovini spremljanja (Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, 2021). Mednarodna raziskava, ki so jo izvedli Ammar in sod. med odraslimi v času strogih ukrepov zaprtja držav zaradi pandemije kaže, da so odrasli povečali čas sedenja iz 5 na 8 ur dnevno, poleg tega so imeli manj urejen ritem prehranjevanja, pogosteje so posegali po prigrizkih in nezdravih prehranskih izbirah in povečali uživanje alkohola (Batlle-Bayer et al., 2020). V stresnih situacijah lahko posamezniki razvijejo intenzivno željo po hrani, ki se razlikuje od normalnega občutka lakote in je povezana zlasti z izbiro hrane, ki vpliva na dvig razpoložljive. Pri tem gre navadno za visoko tehnološko obdelana živila s daljšim rokom uporabnosti, ki pogosto vsebujejo velike količine sladkorja, soli, nekakovostnih maščob in drugih dodatkov. Pri skupinah z nizkim socialno-ekonomskim statusom se v kriznih situacijah lahko pojavi še dodatna grožnja po izpadu dohodka, ki predstavlja še dodatno tveganje za izbiro cenovno ugodnejše, vendar nekakovostne hrane (Batlle-Bayer et al., 2020).

Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) smo v obdobju zadnjih dveh let opravili dve večji epidemiološki raziskavi, ki sta bili med drugim usmerjeni tudi v življenjski slog prebivalcev Slovenije med epidemijo. V maju 2020 je bila na vzorcu 17.500 odraslih prebivalcev Slovenije (18-75 let) izvedena že šesta ponovitev raziskave »Z zdravjem povezan življenjski slog«, ki je poleg vprašanj o življenjskem slogu vključevala tudi dodatna vprašanja, vezana na epidemijo COVID-19. Spremljanje stanja hranjenosti v omenjeni raziskavi spremljamo z grobim kazalnikom razmerja med telesno maso in višino t.j. indeksom telesne mase (ITM), ki pa ne omogoča prepoznavanja pomembnih odstopanj v telesni sestavi, kot so: nizka mišična masa, zamaščenost, edemi, sarkopenična debelost (Stenholm et al. 2008, Baracos and Arribas 2018, Cruz-Jentoft et al. 2018). Populacijska raziskava je pokazala, da se skoraj polovica moških (46 %) in 28 % žensk v Sloveniji sooča s prekomerno telesno maso, debelost pa je prisotna pri 20 % moških in 17 % žensk. Z naraščanjem starosti se delež odraslih prebivalcev z normalno telesno maso zmanjšuje, začena pa naraščati delež tistih s prekomerno telesno maso in debelostjo. Največ prebivalcev s prekomerno telesno maso je opaženih v starostni kategoriji med 55 in 59 let ter 60 in 64 let, največ debelih pa med 65 in 69 let. To so hkrati tudi skupine ljudi pri katerih obstaja največje tveganje upada funkcionalne mišične mase na eni, ter naraščanje maščobnega tkiva na drugi strani (pojav sarkopenične debelosti). Pri omenjenih skupinah je zato še bolj pomembno, da se ne poslužujejo strokovno vprašljivih modnih diet in shujševalnih programov, saj s tem tvegajo nepopravljivo izgubo funkcionalne mišične mase. V kategoriji ljudi z normalno telesno maso izstopajo tisti z višjo izobrazbo, na drugi strani pa zaznavamo največ odraslih prekomerno telesno maso in debelostjo (ITM > 30 kg/m<sup>2</sup>) v skupinah s srednjo, poklicno in osnovno šolo. Debelost (ITM > 30 kg/m<sup>2</sup>) je najbolj razširjena med odraslimi v vzhodnem kohezijskem delu Slovenije, kjer po deležu najbolj izstopajo Pomurska (23,8 %), Posavska (23,7 %), Jugovzhodna Slovenija (23,3 %) in Zasavska (22,9 %) statistična regija.

Primerjalni podatki raziskave »Z zdravjem povezan življenjski slog« med letoma 2001 in 2020 kažejo zaskrbljujoč trend naraščanja debelosti med odraslimi (25-64 let), ki se še vedno ne umirja. Delež žensk z debelostjo se je v dvajsetletnem obdobju povečal za 1,8, delež moških pa kar za 4,5 odstotnih točk (Slika 1).

V okviru raziskave o pandemski izčrpanosti SI.PANDA, ki je potekala v dvanajstih ponovitvah s pričetkom decembra 2020 na vzorcu 1000 prebivalcev v starosti 18-74 let, sta bila v dveh



**Slika 1** Trend debelosti (ITM > 30 kg/m<sup>2</sup>) pri odraslih v Sloveniji v zadnjih 20 letih (Vir: CINDI 2001-2021, 25-64 let).

ponovitvah (7. in 16. val raziskave) vključene tudi tematike o prehrani, telesni dejavnosti, spanju in telesni masi. Raziskava je v 7. valu (26. 2.–1. 3. 2021) pokazala, da je o pridobljeni telesni masi poročalo skoraj 27 % anketiranih (31,3 % žensk in 22,7 % moških). Za debelost je značilno, da vpliva na poslabšanje kroničnih bolezni, zato je bil zaskrbljujoč tudi podatek, da se je telesna masa povečala pri več kot četrtini odraslih (28,2 %) s pridruženimi kroničnimi obolenji. Med osebami, ki so poročale o pridobitvi dodatne telesne mase med pandemijo, jih je imelo kar 34,9 % depresivno motnjo oz. druge težave v duševnem zdravju (39,9 %). Dobra tretjina anketirancev (36,7 %) je v času pandemije povečala ali pričela z uživanjem prehranskih dopolnil za krepitev imunskega sistema (Hočevar Grom et al., 2021).

V sklopu 16. vala raziskave SI.PANDA (21.9. – 23. 9. 2021) je bila ponovno osvetljena tema prehrana, kjer smo preiskovance ponovno povprašali tudi o telesni masi. Odzivi glede pridobitve telesne mase so bile podobni kot v 6. valu raziskave. O povečanju telesne mase je tokrat poročalo 25,6 % odraslih (27,3 % žensk in 24,3 % moških). Ugotovili smo, da o pridobljeni telesni masi epidemijo pogosteje poročajo v starostnih skupinah med 30 do 49 let (28,2 %) in med 18 do 29 let (27,8 %) ter ljudje iz mestnega okolja (29,6 %) in kronični bolniki (29,3 %). Tudi tokrat smo zaznali, da je največje breme pridobivanja telesne mase pri osebah s težavami v duševnem stanju (35,8 %) in pri osebah z depresivno motnjo (42,4 %). V nadaljevanju smo jih povprašali tudi o morebitnem ukrepanju zaradi pridobljene telesne mase, pri čemer smo ugotovili, da se je za zmanjševanje telesne mase odločilo kar 87,3 % žensk in 75,1 % moških. Izkazalo se je, da so med temi osebami zlasti ljudje z višjo stopnjo izobrazbe (87,8 %). Kar 71,3 % se jih je odločilo za več telesne dejavnosti, 58,5 % za bolj zdravo prehrano ter 19 % za zmanjšanje stesa. 7,3 % se jih je vključilo v plačljiv program (npr. fitnes, osebni trener), 6,9 % pa je poseglo po prehranskih dopolnilih, ki so namenjene hujšanju. 5,4 % jih je poseglo po posebnih modnih dietah (npr. LCHF (angl. *low carb high fat*) dieta oz. dieta, ki ni bila predpisana s strani zdravnika/dietetika), in le 3 % se jih je odločilo za program zdravljenja debelosti, ki se izvaja v sklopu Centrov za krepitev zdravja/Zdravstveno-vzgojnih centrov.

## ZAKLJUČEK

Raziskave kažejo, da se je debelost v času pandemije COVID-19 povečala tako pri populaciji otrok in mladostnikov, kot pri odraslih prebivalcih Slovenije. Zlasti je zaskrbljujoče dejstvo, da je povečanje telesne mase zaznano pri ogroženih skupinah ljudi, kot so kronični bolniki ter osebe s težavami v duševnem zdravju. Preventivni programi za zdrav življenjski slog, ki so



potekali v okviru sistema primarnega zdravstvenega varstva so bili v času pandemije večkrat omejeni oz. celo ustavljeni, kadri pa razporejeni na druge prednostne naloge zdravstva. Prispevek primarne zdravstvene dejavnosti predstavlja pomembno vlogo pri obvladovanju kroničnih nenalezljivih bolezni, zato bi bilo pomembno nemudoma pričeti z nadaljevanjem preventivnih aktivnosti, ki so bile vzpostavljene in utečene že pred pandemijo.

terns before and during COVID-19 lockdown among youths in China. *Clin Obes*, 10(6):e12416.

## Literatura

- Afshin, A., Forouzanfar, M. H., Reitsma, M. B., et al. (2017). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*, 377(1):13–27.
- Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., et al. (2020). Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*, 12(6).
- Baracos, V. E. and Arribas, L. (2018). Sarcopenic obesity: hidden muscle wasting and its impact for survival and complications of cancer therapy. *Ann Oncol*, 29 Suppl 2:ii1–ii9.
- Battle-Bayer, L., Aldaco, R., Bala, A., et al. (2020). Environmental and nutritional impacts of dietary changes in Spain during the COVID-19 lockdown. *Sci Total Environ*, 748:141410.
- Cruz-Jentoft, A., Bahat, G., Bauer, J., et al. (2018). Sarcopenia: revised european consensus on definition and diagnosis. *Age and ageing*, 39(4):412–423.
- Gabrijelčič Blenkuš, M., Kofol Bric, T., Zaletel, M., et al. (2020). *Neenakosti v zdravju - izziv prihodnosti v medsektorskem sodelovanju*. Ljubljana.
- Horton, R. (2020). Offline: Covid-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(10255):874.
- Hočevar Grom, A., Belščak Čolaković, A., Rehberger, M., et al. (2021). Pandemija covid-19 v sloveniji. izsledki spletne raziskave o vplivu pandemije na Življenje (si-panda) 7. val. *Nacionalni inštitut za javno zdravje*, pages 37–43.
- Lloyd-Sherlock, P. (2021). Time to rethink generational justice. *Lancet*, 397(10268):21–22.
- Mattioli, A. V., Pinti, M., Farinetti, A., et al. (2020). Obesity risk during collective quarantine for the COVID-19 epidemic. *Obes Med*, 20:100263.
- Ryan, P. M. and Caplice, N. M. (2020). Is Adipose Tissue a Reservoir for Viral Spread, Immune Activation, and Cytokine Amplification in Coronavirus Disease 2019? *Obesity (Silver Spring)*, 28(7):1191–1194.
- Simonnet, A., Chetboun, M., Poissy, J., et al. (2020). High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation. *Obesity (Silver Spring)*, 28(7):1195–1199.
- Stenholm, S., Harris, T. B., Rantanen, T., et al. (2008). Sarcopenic obesity: definition, cause and consequences. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 11(6):693–700.
- Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport (2021). Fakulteta za šport upad gibalne učinkovitosti in naraščanje debelosti slovenskih otrok po razglasitvi epidemije covid-19. Dosegljivo na: [https://www.slofit.org/Portals/0/Clanki/COVID-19\\_razvoj\\_otrok.pdf?ver=2020-09-24-105108-370](https://www.slofit.org/Portals/0/Clanki/COVID-19_razvoj_otrok.pdf?ver=2020-09-24-105108-370) [internet; citirano 2021 Nov 17].
- Uradni List RS, Št. 8/21, 12/21 – Popr., 23/21, 35/21, 47/21, 66/21, 74/21 in 95/21 (2021). Odredba o začasnih ukrepih na področju organizacije in opravljanja zdravstvene dejavnosti zaradi obvladovanja nalezljive bolezni covid-19.
- Yang, S., Guo, B., Ao, L., et al. (2020). Obesity and activity pat-

# Izhodišča za prehransko zdravstveno vzgojo pri bolniku z debelostjo

## Starting Points for Nutritional Health Education in Patient with Obesity

Denis Mlakar-Mastnak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Denis Mlakar-Mastnak, dipl.m.s., spec. klinične dietetike, Ambulanta za klinično prehrano, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana; dmlakar@onko-i.si

### IZVLEČEK

Prehranska zdravstvena vzgoja bolniku zagotovi pomemben vpogled v povezanost bolezni z prehranskim vedenjem in znanjem o tem, kako posamezna hranila vplivajo na pojav bolezni in debelosti. V prehranski zdravstveni vzgoji bolnik pridobiva novo znanje in veščine, s katerimi bo lahko izboljšal svoje prehranske navade, zmanjšal zaplete povezane z debelostjo in izboljšal svoje prehransko in zdravstveno stanje. V sodobnem procesu zdravljenja je bolnik enakovreden partner, od njega se pričakuje, da bo usvojil dovolj znanja o svoji bolezni, da bo sposoben sodelovati pri sprejemanju odločitev glede lastnega zdravja in zdravljenja. V zdravstveni vzgoji bolnik ni le informiran o tem kaj je zanj najbolje, ampak se bolniku nudi pomoč in usmeritev pri pridobivanju znanja in veščin za izboljšanje lastnega zdravja. Zdravstveni delavci si pri zdravstveni vzgoji in izobraževanju lahko pomagajo z vedenjskimi teorijami in modeli, ki predlagajo učinkovite strategije za doseganje sprememb bolnikovega vedenja, povezanega z zdravjem. V prehranski zdravstveni vzgoji strokovnjaki najpogosteje uporabljajo kombinacijo kognitivnih in behaviorističnih strategij, saj se je taka kombinacija izkazala kot učinkovita pri doseganju sprememb prehranskih navad ljudi in sprememb telesne mase.

**KLJUČNE BESEDE:** prehransko svetovanje, pristopi v zdravstveni vzgoji, vedenjska teorija, motivacijski intervju

### UVOD

Učinkovita zdravstvena vzgoja, ki jo izvajajo zdravstveni delavci, je izhodišče za spremembo prehranjevalnih navad pri posamezniku. Poenostavljeno lahko rečemo, da je zdravstvena vzgoja medoseben, sodelovalen proces med zdravstvenim delavcem in bolnikom, v katerem bolnik pridobiva novo znanje in veščine, s katerimi bo lahko izboljšal svoje zdravje ali zmanjšal tveganje za razvoj bolezni (Woldum, 1985). Namen prehranske zdravstvene vzgoje je preprečiti ali zdraviti bolezni, vezane na prehrano, kot so bolezni srca in ožilja, rak, debelost, sladkorna bolezen tipa 2 in povečan holesterol v krvi. Individualizirana prehranska zdravstvena vzgoja bolniku zagotovi pomemben vpogled v povezavo med boleznijo in prehranskim vedenjem ter znanje o tem, kako posamezna hranila (beljakovine, ogljikovihidri, maščobe in alkohol) vplivajo na pojav bolezni in debelosti. Prehransko zdravstveno vzgojo moramo torej razumeti kot del zdravljenja. S pridobljenimi informacijami in usvojenim znanjem bodo bolniki pri sprejemanju odločitev v procesu njihovega zdravljenja bolje sodelovali. Na tak način bodo pridobili občutek nadzora nad svojo boleznijo, prehranskim stanjem in prehranskim vedenjem.

### PRISTOPI V ZDRAVSTVENI VZGOJI

Prehranska zdravstvena vzgoja je torej pomemben del k bolniku usmerjenega zdravljenja, njena uspešnost pa je v veliki meri odvisna tudi od bolnikove vloge, v kateri bosta poudarjena in zagotovljena njegova samostojnost ter soodločanje v procesu zdravljenja (Finset, 2007). Da bo bolnik v zdravstveni vzgoji lahko prevzel takšno vlogo, je v veliki meri odvisno tudi od pristopa v zdravstveni vzgoji, ki ga pri tem uporabljajo zdravstveni delavci. V zdravstveni dejavnosti prevladujeta dva pristopa: tradicionalni, medicinsko usmerjen pristop in sodobni, k bolniku

usmerjen pristop.

Zdravstvena vzgoja se v *medicinsko usmerjenemu pristopu* osredotoča na problematiko nadzora nad bolnikom in njegovim sodelovanjem v načrtu zdravljenja. Tako načrt bolnikovega zdravljenja kot tudi načrt zdravstvene vzgoje sta v naprej določena. Zato tudi nista osnovana na ugotovljenih bolnikovih potrebah in njegovih preteklih izkušnjah. Oblikujejo ju zdravstveni delavci in ju spreminjajo brez bolnikove vključenosti. Bolnik v tem procesu ostaja pasiven in odvisen od odločitev zdravstvenih delavcev, ki določajo njegove potrebe in se odločajo o primernih rešitvah zanje. Zdravstvena vzgoja se tako osredotoča na prenos znanja, ki ga zdravstveni delavec posreduje bolniku. V ta proces sta vključena le zdravstveni delavec in bolnik (Deccache 1995, Skelton 2001, Tones et al. 1990).

Zdravstvena vzgoja pri *k bolniku usmerjenemu pristopu*, pa se osredotoča na iskanje in zadovoljevanje izraženih bolnikovih potreb in bolnika spodbuja k prevzemanju večjega nadzora nad svojim zdravjem. Načrt zdravljenja in zdravstvene vzgoje oblikujejo zdravstveni delavci skupaj z bolnikom na podlagi ugotovljenih bolnikovih potreb, predznanja in izkušenj. Bolnik je v tem procesu enakovreden partner, aktiven, pripravljen za sodelovanje, soodloča o načrtu zdravljenja in zdravstvene vzgoje. V procesu učenja bolnik določa svoje potrebe po znanju, je samostojen in samo-usmerjen, zdravstveni delavec bolnika pri tem usmerja. Bolnik v zdravstveni vzgoji usvaja novo znanje in veščine ter postaja kompetenten. Od bolnika, ki je v sodobnem procesu zdravljenja enakovreden partner, se pričakuje, da bo usvojil dovolj znanja o svoji bolezni, da bo sposoben sodelovati pri sprejemanju odločitev glede lastnega zdravja in zdravljenja. V zdravstveni vzgoji bolnik ni le informiran o tem, kaj je zanj najbolje, ampak se bolniku nudi pomoč in usmeritev pri pridobivanju znanja in veščin za izboljšanje lastnega zdravja (Freda, 2004).

## DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA BOLNIKOVO VEDENJE IN S TEM NA UČINKOVITOST PREHRANSKE ZDRAVSTVENE VZGOJE

Doseči spremembo zdravstvenega vedenja ljudi je težavna in zapletena naloga. Čeprav bodo posamezniki imeli dovolj znanja o zdravju in tveganjih za zdravje, to še ne bo zagotovilo, da bodo spremenili svoje vedenje. Lahko celo rečemo, da obstaja »naravni odpor« posameznikov, da v obstoječe kognitivne procese vključijo nove informacije oz. jih v najboljšem primeru vključijo zelo počasi. Sprememba zdravstvenega vedenja pomeni za posameznike, da se odrečejo nečemu, kar je del njihovega življenjskega sloga ali vsakdanje rutine. Proces spreminjanja pogosto doživljajo kot nelagodje in kot izgubo običajne dejavnosti (Whitehead and Russell, 2004). Za spremembo vedenja pri posamezniku je najprej potrebno razumeti, zakaj se posameznik vede tako kot se, saj več kot vemo o dejavnikih, ki vplivajo na vedenje posameznika, učinkovitejši bodo programi promocije zdravja in zdravstvena vzgoja. Na odločitev pri posamezniku, da ravna skladno s zdravstvenimi priporočili, vpliva mnogo dejavnikov. Pomembno je, da se zdravstveni delavci zavedajo več dimenzionalne narave bolnikovega skladnega/neskladnega vedenja (Woldum 1985, Tones et al. 1990). Stopnja, do katere bolnik izvaja predpisan režim zdravljenja in ravna skladno z zdravstvenimi priporočili, je pogosto odvisna od treh elementov: spoznavanja (kognicija), odnosa in vedenja (Woldum, 1985):

- *Spoznavanje* se nanaša na bolnikovo znanje o načrtu zdravljenja. Preden bolniki lahko izpolnjujejo zahteve načrta zdravljenja morajo vedeti kaj, kdaj in kako naj določeno dejavnost storijo in katere pripomočke lahko pri tem uporabijo.
- *Odnos* vključuje posameznikovo voljo oz. namen, da izpolni različne sestavine načrta zdravljenja.
- *Vedenje*, kot zadnji element, vključuje dejansko vedenje bolnikov.

Poleg bolezni in načrta zdravljenja na bolnikovo vedenje vplivajo še drugi dejavniki, ki lahko pomembno vplivajo na bolnikovo vedenje in s tem na učinkovitost zdravstvene vzgoje. Pomembno je namreč, da zdravstveni delavci te dejavnike poznajo, jih pri svojem delu upoštevajo in poskušajo načrtno vplivati nanje. Zdravstvenemu delavcu razumevanje in zaznavanje dejavnikov pomaga oblikovati in izvesti bolniku prilagojeno in učinkovito zdravstveno vzgojo. Med te ključne dejavnike spadajo (Woldum, 1985):

**Bolnikovo znanje (predznanje)** je pomemben dejavnik, ki lahko omogoči želeno vedenje, nima pa neposrednega vpliva nanj. Če bolniki razumejo in vedo kaj morajo storiti, to še ni zagotovilo, da bodo to tudi storili. Prav tako se bolniki med seboj razlikujejo po znanju, ki ga osvojijo v procesu zdravstvene vzgoje.

**Bolnikove vrednote o zdravju** vplivajo na njegovo pripravljenost, da poišče zdravniško pomoč in sledi načrtu zdravljenja. Vrednote so abstraktni ideali, trajna prepričanja, da je določeno vedenje ali cilj bolj zaželen. Ko postanejo vrednote pri posamezniku ponotranjene, postanejo standard oz. merilo, ki usmerja dejavnost posameznika. Vrednote o zdravju sestavljajo sistem vrednot posameznika, vendar v hierarhiji vrednot posameznika niso vedno na najvišjem nivoju.

Pomembna so predvsem **bolnikova prepričanja** o učinkovitosti določenega vedenja in normativna prepričanja pomembnih drugih oseb. Prva skupina prepričanj se nanaša na oceno posameznika o tem ali bo določeno vedenje privedlo do želenega

izida, druga prepričanja pa vključujejo vplive (socialni pritisk) družine, prijateljev in drugih o tem kaj naj posameznik stori. Posameznik bo določeno vedenje izvedel, če je le-to v skladu z njegovim prepričanjem, da bo končni izid pozitiven, in če je v skladu z normativnimi prepričanji pomembnih drugih oseb. Lahko pa se zgodi, da so si prepričanja posameznika in normativna prepričanja pomembnih drugih oseb v nasprotju.

**Bolnikov lokus kontrole** je psihosocialni konstrukt, ki razlaga, da obstaja povezava med posameznikovo možnostjo izvedbe določenih ukrepov in njegovim dojetjem nadzora nad rezultati. Posamezniki se med seboj razlikujejo v tem, kako dojemajo koliko nadzora imajo nad dogodki v njihovem življenju. Bolniki z notranjim lokusom kontrole običajno bolj sledijo načrtu zdravljenja, bolniki z zunanjim lokusom kontrole pa običajno manj.

**Bolnikovo pripisovanje vzrokov za bolezen – atribucija vzrokov.** Teorija atribucije razlaga, da pripisovanje vzrokov za življenjske dogodke posamezniku pomaga zadovoljiti potrebo po razlagi, napovedi in nadzoru nad dogodki v njegovem življenju. Teorija temelji na hipotezi, da na vedenje posameznika v prihodnosti, tudi na zdravstveno vedenje, vpliva posameznikovo razlaganje vzrokov za dogodke, ki so se zgodili v preteklosti. Na atribucijo vplivajo posameznikove pretekle izkušnje, predpostavke, odnos in vrednote ter informacije, ki jih pridobi od prijateljev, družine, medijev, zdravstvenih delavcev. Atribucije posameznika so lahko napačne in pogosto jih je težko spremeniti.

**Odnos bolnika z zdravstvenim delavcem** je zelo pomemben, saj prav z odnosom lahko zdravstveni delavec vpliva na bolnika. Dejavniki tega odnosa so predvsem: skladnost/neskladnost pričakovanj in interesov bolnika in zdravstvenega delavca; zadovoljstvo bolnika z odnosom; uporaba strokovnih izrazov s strani zdravstvenega delavca; premalo časa za pogovor; ni kontinuitete v odnosu, ko bolnik na ponovnih srečanjih sreča drugega zdravstvenega delavca.

**Bolnikova družina in prijatelji.** Kadar načrtujemo zdravstveno vzgojo moramo oceniti vpliv bolnikove družine in njegovih prijateljev na njegovo zdravstveno vedenje. Na ta način bomo lahko razvili strategije, ki bodo podpirale bolnika in njegove bližnje v izpolnjevanju programa zdravljenja. Vpliv družine in prijateljev se začne takoj, ko prične bolnik iskati zdravstveno pomoč. Posamezniki, ki so tesno povezani s skupino, v kateri prevladujejo laična prepričanja o zdravstveni oskrbi, zadnji uporabijo zdravstvene storitve.

**Demografski dejavniki** kot so spol, starost, socio-ekonomski status, stopnja izobrazbe, veroizpoved in rasa, sami po sebi, neodvisno, ne napovedujejo želenega vedenja. V določenih raziskavah pa so ugotovili, da se starejši bolniki vedejo bolj skladno z želenim vedenjem kot mlajši bolniki in da se moški vedejo manj skladno z želenim vedenjem kot ženske.

**Bolezen, simptomi bolezni in druge značilnosti bolezni** lahko pomembno vplivajo na bolnika. Med pomembne vidike tega področja spadajo:

- Odzivi posameznikov na simptome se razlikujejo. Nekateri ob pojavu določenih bolezenskih simptomov takoj poiščejo zdravniško pomoč, drugi pa ne.
- Na podlagi simptomov bolniki ocenjujejo učinek zdravljenja. Kadar zdravljenje olajša simptome, lahko bolnik prekmalu prekine s priporočenim načrtom zdravljenja.
- Resnost bolezni vpliva na bolnikovo vedenje; bolj kot je bolezen zahtevna in je zdravljenje bolezenski v začetnem obdobju, bolj bolniki upoštevajo načrt zdravljenja.

- Kadar znaki bolezni niso vidni, so običajno bolniki deležni manjšega sočutja in podpore drugih ljudi.
- Pretekle izkušnje bolnika z boleznijo vplivajo na to, da zna bolnik simptome bolezni natančneje razložiti, kar lahko privede do njegovega boljšega sodelovanja v načrtu zdravljenja.

**Načrt zdravljenja** je eden od najpomembnejših dejavnikov, ki vplivajo na bolnikovo vedenje. Med vidiki, ki pomembno povečajo tveganje, da se bodo bolniki vedli manj skladno z želenim vedenjem, so:

- učinek načrta ne bo v celoti rešil bolnikovih problemov z zdravjem;
- načrt zdravljenja vključuje večje število različnih režimov zdravljenja;
- zdravljenje je povezano z večjimi finančnimi stroški;
- zdravljenje ima več neželenih učinkov;
- načrt zdravljenja ni skladen z običajnim življenjskim slogom bolnika;
- zdravljenje je dolgotrajno;
- pomanjkanje pomoči in nadzora;
- bolnikovo vedenje je bolj skladno z želenim vedenjem, kadar mora bolnik v življenje vključiti novo vedenje, kot kadar mora določeno vedenje spremeniti ali ga celo opustiti.

## VEDENJSKE TEORIJE V PREHRANSKI ZDRAVSTVENI VZGOJI

Zdravstveni delavci si pri zdravstveni vzgoji in izobraževanju lahko pomagajo z vedenjskimi teorijami in modeli, ki predlagajo učinkovite strategije za doseganje sprememb bolnikovega vedenja, povezanega z zdravjem (Elder et al., 1999). Uporaba različnih kombinacij vedenjskih teorij lahko izboljša prehranske navade ljudi. V prehranski zdravstveni vzgoji strokovnjaki najpogosteje uporabljajo kombinacijo kognitivnih in behaviorističnih strategij, saj se je taka kombinacija izkazala kot učinkovita pri doseganju sprememb prehranskih navad ljudi, sprememb telesne mase in zmanjšanju neželenih sopojavov kardiovaskularnih bolezni ter sladkorne bolezni (Spahn et al., 2010).

### Kognitivno-vedenjska teorija

Vedenjska (behavioristična) teorija temelji na principu klasičnega pogojevanja, ki predpostavlja, da določeno vedenje lahko izzovemo. Behaviorističen pristop poskuša okrepiti (oz. nagraditi) pozitivno vedenje in ob tem zmanjšati nenaklonjenosti do nekaterih sprememb v vedenju (Foster, 2006).

Kognitivno-vedenjska teorija predpostavlja, da posameznikove misli oz. spoznanja neposredno vplivajo na njegova čustva in njegovo vedenje. Vsi trije dejavniki misli, čustva in vedenje so med seboj neposredno povezani in pomembno vplivajo drug na drugega. Negativno vedenje je pogosto povezano z negativnimi rezultati; primer bi bil moški, ki se nažira in si hkrati dopoveduje, da je s tem prekršil svojo dieto ter nato, zaradi občutkov obupa, poje trikrat toliko kot prej. Cilj kognitivnega pristopa je, da si posamezniki postavijo realne cilje, s katerimi bodo lahko ocenjevali spremembo svojega vedenja, lastnega napredka in obvladovali negativne misli, ki se pojavijo, če ne izpolnjujejo postavljenih ciljev. Kognitivno-vedenjski pristop v zdravstveni vzgoji pomaga posamezniku določiti dejavnike, ki sprožijo neprimeren vzorec vedenja in se naučiti novih učinkovitih odgovorov nanje. Kognitivno-vedenjska teorija uporablja direktiven, k dejavnosti usmerjen pristop, ki uči posameznika raziskovanja, identifikacije

in analize disfunkcionalnih vzorcev mišljenja in delovanja. Upošteva interakcijo vedenja, mišljenja in čustev ter za doseganje spremembe vedenja poudarja uporabo kognitivnih in vedenjskih strategij (Foster, 2006). Kognitivno-vedenjska teorija se še posebej osredotoča na to, kako posameznikov način razmišljanja vpliva na njegovo vedenje. Zelena sprememba vedenja je lahko rezultat spreminjajočega se mišljenja ali spoznanj. Na primer negativne misli, ki se pojavijo, ko posamezniku ni uspelo doseči zastavljenega cilja, lahko pri njemu sprožijo nezdrave vedenjske vzorce (na primer nezdravo prehranjevanje) (Snetselaar, 2009).

Kognitivno-vedenjska teorija poudarja ciljno usmerjenost in določanje cilja, ki ga je mogoče zlahka meriti in ki omogoča jasno presojo uspeha. Poleg tega poudarja, da je prehranska zdravstvena vzgoja procesno usmerjena, je več kot v pomoč ljudem pri odločanju o vedenju, ki ga morajo spremeniti, je tudi v pomoč ljudem pri iskanju odgovorov na vprašanja, kako vedenje spremeniti. Koraki pri spremembi vedenja, ki jih priporoča vedenjska teorija in jih v zdravstveni vzgoji lahko učinkovito uporabimo so (Foster, 2006):

- Ko je cilj enkrat določen, morajo posamezniki preučiti dejavnike, ki bodo olajšali ali ovirali dosežek želenega cilja.
- Kadar se želeno vedenje ne izvaja, se za identifikacijo novih strategij za premagovanje ovir uporabijo posameznikove sposobnosti reševanja problemov. V takem primeru se posameznika nauči veččin, ki jih lahko ponavlja.
- Zagovarja se majhne in postopne spremembe za doseganje dolgoročnih ciljev. Majhne spremembe omogočajo posamezniku doživljanje pozitivnih izkušenj, na katerih lahko gradi nadaljnji napredek v spremembi vedenja.
- Proces spremembe vedenja olajša uporaba orodij za reševanje problemov. Eno takšnih orodij je vedenjska veriga, ki ponazarja običajno verigo dogodkov, ki so vodili do pojava neželenega vedenja (npr. prenajedanja). Z obravnavo dogodkov, ki so vodili do neželenega vedenja, lahko posameznik prepozna področja, kjer lahko spremembe vedenja vodijo do pretrganja verige in preprečijo pojav neželenega vedenja v prihodnosti.

V prehranski zdravstveni vzgoji lahko z uporabo sledečih strategij kognitivno-vedenjske teorije dosežemo želeno bolnikovo vedenje (Spahn et al., 2010):

**Kognitivno prestrukturiranje** – je strategija, ki jo zdravstveni delavci pogosto uporabljajo za povečanje posameznikove oza-veščenosti o dojetanju samega sebe, o lastnih prepričanjih o prehrani in telesni teži. Cilj kognitivnega prestrukturiranja je, da posameznik s spremembo načina mišljenja o sebi in drugih dejavnikih spremeni lastno vedenje.

**Samo-spremljanje** – posameznik vodi dnevnik misli, čustev, prehranskih navad, telesne dejavnosti in parametrov zdravstvenega stanja (npr. nivo krvnega sladkorja, raven krvnega pritiska). Zdravstveni delavec skupaj s posameznikom pregleda sprožilce in vzorce vedenja, kar pomaga pri reševanju problemov in določanju ciljev.

**Reševanje problema** – posameznik in zdravstveni delavec sodelujeta pri ugotavljanju ovir za doseganje ciljev, pri iskanju rešitev, pri tehtanju prednosti in slabosti možnih rešitev, pri vpeljevanju rešitev, pri ocenjevanju učinkovitosti izbranih rešitev in pri spreminjanju strategij.

**Nagrada** – zdravstveni delavec in/ali posameznik uporablja nagrajevanje kot spodbudo za izvajanje določenega vedenja. V prehranski zdravstveni vzgoji lahko nagrajevanje uporabimo za udeležbo na urah zdravstvene vzgoje, vodenje prehranskih dnevnikov, izgubo telesne mase.



## Transteoretični model

Transteoretični model opisuje zaporedje kognitivnih (odnos in namere) in vedenjskih korakov, ki jih posamezniki sprejmejo za spremembo vedenja. Model ponuja specifične strategije, za katere se je pokazalo, da so učinkovite v posameznih fazah v procesu spreminjanja posameznikovega vedenja in predlaga načine merjenja rezultatov in načine tehtanja odločitev (Spahn et al., 2010). V prehranski zdravstveni vzgoji spremembe v bolnikovem vedenju napredujejo medtem, ko se bolnik pomika skozi sledeče faze (Elder et al., 1999):

- *Prekontemplacija* – bolnik o prednostih spremembe vedenja še ni razmišljal (npr. bolnik nima namena shujšati v prihodnjih šestih mesecih).
- *Kontemplacija* – bolnik prične razmišljati o spremembi, vendar še ni pričel delovati na tej nameri (npr. bolnik razmišlja, da bi v prihodnjih šestih mesecih shujšal, vendar se ni pripravljen priključiti programu za hujšanje).
- *Priprava* – bolnik je pripravljen na spremembo vedenja in se pripravlja na ukrepanje (npr. bolnik želi shujšati v prihodnjih tridesetih dneh in verjetno bo imeli koristi od prizadevanj).
- *Dejavnost* – bolnik prične izvajati začetne korake na poti k spremembi vedenja (npr. bolnik upošteva program hujšanja).
- *Vzdrževanje* – bolnik vzdržuje relativno stabilne spremembe v vedenju.

Med strategijami, ki jih ta model predlaga, je v ospredju motivacijski intervju, k bolniku usmerjena strategija, ki ga podpira in izziva k samorefleksiji. Z motivacijskim intervjujem zdravstveni delavec bolnika sistematično usmerja k motivaciji za spremembo; ponuja nasvet in povratno informacijo, kadar je to potrebno; za okrepitev določenih procesov selektivno izbira empatično refleksijo; izziva in poudarja posameznikova odstopanja od zdravega načina vedenja, da bi se povečala njegova motivacija za spremembo vedenja (Elder et al., 1999).

Kadar zdravstveni delavec uporabi to strategijo je pomembno, da je pri tem empatičen, da posameznika ne obsoja, da ga podpira, spodbuja in aktivno posluša. Odprta vprašanja, aktivno poslušanje, pritrjevanje, povzemanje bolniku pomagajo, da razišče in razreši ambivalenco in ovire v odnosu do spremembe vedenja. Raziskave kažejo, da motivacijski intervju zelo poveča učinkovitost prehranske zdravstvene vzgoje (Spahn et al., 2010).

Pomemben del motivacijskega intervjuja je *strategija postavljanja ciljev*. To je sodelovalna aktivnost med zdravstvenim delavcem in bolnikom, pri kateri le-ta od številnih možnih smeri delovanja določi tiste, s katerimi se bo ukvarjal. Je primeren za bolnike, ki so pripravljeni na spremembo vedenja. Bolnik potrebuje vodenje in pomoč pri postavljanju realnih, časovno opredeljenih in merljivih ciljev. Prav tako potrebuje pomoč pri usvajanju znanja in spretnosti za doseganje postavljenih ciljev. Pomembno je beleženje in spremljanje bolnikovega napredka pri doseganju kratkoročnih in dolgoročnih ciljev ter omogočanje možnosti za reševanje problemov in praznovanje uspehov. Aktivna bolnikova udeležba pri izbiri in določanju ciljev vodi k izbiri ciljev, ki so zanj primerni in pomembni (Spahn et al., 2010).

Poleg motivacijskega intervjuja lahko zdravstveni delavci uporabijo še druge strategije, kot na primer samonadzor, postavitve ciljev in vedenjsko pogodbo, socialno podporo in nadzor nad spodbudami, idr.

## Model prepričanj o zdravju

Model prepričanj o zdravju je v 50. letih dvajsetega stoletja razvila skupina socialnih psihologov zdravstvenega sistema Združenih držav Amerike. Z njim so želeli raziskati neudeležbo ljudi v preventivnih programih in v programih za zgodnje odkrivanje bolezni. Kasneje so model razširili še na razlaganje odzivov ljudi na simptome bolezni in njihovo vedenje po postavitvi diagnoze bolezni, še posebej na razlaganje sodelovanja bolnikov v načrtu zdravljenja (Janz et al., 2002).

Model prepričanj o zdravju poudarja, da je za spremembo posameznikovega zdravstvenega vedenja pomembno, da je pri njem prisotna želja, da bi se izognil bolezni ali želja po ozdravitvi in pričakovanje, da bo določeno vedenje preprečilo bolezen ali izboljšalo zdravje. Pričakovanje je nadalje odvisno od posameznikove ocene lastne dovzetnosti za bolezen, ocene resnosti bolezni in njegovega pričakovanja, da bo z osebnimi ukrepi lahko zmanjšal to grožnjo (Janz et al., 2002).

Utemeljitelji tega modela poudarjajo, da je zdravstveno vedenje posameznikov odvisno od štirih determinant, in sicer (Elder et al., 1999):

- Kako posamezniki doživljajo sebe – ali se doživljajo kot dovzetne za določeno bolezen ali bolezensko stanje ali se ne doživljajo tako.
- Kako posamezniki doživljajo določen zdravstveni problem – ali ga doživljajo kot resen problem ali ga ne doživljajo tako.
- Kaj menijo o učinkovitosti zdravljenja in preventivnega vedenja – ali so prepričani, da sta zdravljenje ali preventivno vedenje učinkovita, nenaporna, neboleča in ne predraga ali niso prepričani o tem.
- Situacija, v kateri se trenutno posamezniki nahajajo – ali so postavljeni pred situacijo, ko morajo sprejeti določene ukrepe za svoje zdravje ali niso pred tako situacijo.

Na splošno velja, da bodo ljudje sodelovali v določenem preventivnem programu ali programu zdravljenja, če: se bodo čutili dovzetne za določeno bolezensko stanje; bodo verjeli, da ima določeno vedenje lahko resne posledice na zdravje; bodo verjeli, da bo imela določena dejavnost ugoden učinek na zmanjšanje njihove ogroženosti za bolezen ali na zmanjšanje resnosti bolezenskega stanja; bodo verjeli, da bodo prihodnje koristi odtehtale pričakovane napore in ovire pri izvajanju določenih ukrepov (Janz et al., 2002).

V zdravstveni vzgoji zdravstveni delavec najprej oceni bolnikov odnos do bolezni (zaznava občutljivosti in posledic za zdravje), njegovo zaznavo koristi spremenjenega vedenja in ovir pri doseganju spremenjenega vedenja. V pogovoru z bolnikom zdravstveni delavec ugotovi pomen, ki ga ima za bolnika sprememba zdravstvenega vedenja. Z bolnikom se pogovori o prednostih in slabostih spremenjenega vedenja. Pogovor o prednostih lahko bolnika motivira za spremembo vedenja, slabosti pa ga lahko od tega odvrnejo. Pri pogovoru o slabostih lahko zdravstveni delavec bolniku svetuje, kako premagati ovire na poti do spremembe vedenja in tako poveča njegovo samo-učinkovitost.

Družinski člani in dogodki, kot so bolezen, informacije medijev in sočasni simptomi bolezni, ki jih zaznava bolnik, lahko pomembno vplivajo na njegovo motivacijo za spremembo vedenja. Zdravstveni delavec lahko te dejavnike uporabi kot opomnike za posledice možnega neuspeha pri spremembi nezdravega vedenja. Verjetnost, da bo bolnik spremenil vedenje, je odvisna od tega kako bolnik zaznava grožnjo bolezni in kako zaznava prednosti spremenjenega vedenja. Poleg tega je odvisna še od

ovir, ki jih bolnik zazna na poti k spremembi vedenja. Na zaznavo grožnje bolezni vpliva več dejavnikov. Na eni strani so to bolnikova starost, osebnost, znanje, socialno-ekonomski status, na drugi strani pa drugi zunanji dogodki, izobraževanje in simptomi bolezni. Na zaznavo grožnje bolezni vplivajo še posameznikova zaznava dovzetnosti za bolezen in zaznava resnosti bolezni (Elder et al., 1999).

## ZAKLJUČEK

Prehranska zdravstvena vzgoja bolnikov je pogosto sestavni del zdravljenja debelosti. Skozi zgodovino sta se v zdravstveni vzgoji bolnikov oblikovala dva pristopa: tradicionalni, medicinsko usmerjen pristop in sodobni, k bolniku usmerjen pristop. Sodobna zdravstvena vzgoja bolnikov tako upošteva k bolniku usmerjen pristop in se osredotoča na iskanje in zadovoljevanje njegovih potreb. Hkrati bolnika spodbuja k prevzemanju večjega nadzora in odgovornosti za svoje zdravje.

Da bo cilj zdravstvene vzgoje dosežen ni dovolj, da bolnik določeno znanje, veščine in spretnosti usvoji, pomembno je, da jih v vsakdanjem življenju tudi uporabi za spremembo vedenja. Stopnja do katere bolniki izvajajo priporočeno vedenje pa je odvisna tudi od različnih in specifičnih dejavnikov. Pomembno je, da zdravstveni delavci v procesu prehranske zdravstvene vzgoje uporabijo pristope in strategije, ki bodo pripomogli, da bodo bolniki spremenili in izboljšali svoje prehranske navade in jih tudi dalj časa take ohranjali.

## Literatura

- Deccache, A. (1995). Teaching, training or educating patients? influence of contexts and models of education and care on practice in patient education. *Patient Educ Couns*, 26(1-3):119–129.
- Elder, J. P., Ayala, G. X., and Harris, S. (1999). Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *Am J Prev Med*, 17(4):275–284.
- Finset, A. (2007). Patient education and counseling in a changing era of health care. *Patient education and counseling*, 66:2–3.
- Foster, G. D. (2006). Clinical implications for the treatment of obesity. *Obesity (Silver Spring)*, 14(Suppl 4):182S–185S.
- Freda, M. (2004). Issues in patient education. *Journal of midwifery women's health*, 49:203–9.
- Janz, N., Champion, V. L., and Stretcher, V. J. (2002). *Health behavior and health education: Theory, Research, and Practice*, chapter The health belief model, pages 45–66. The Jossey-Bass health series. Jossey-Bass.
- Skelton, A. (2001). Evolution not revolution? the struggle for the recognition and development of patient education in the uk. *Patient education and counseling*, 44:23–27.
- Snetselaar, L. G. (2009). *Nutrition counseling skills for the nutrition care process*, pages 45–65. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers.
- Spahn, J. M., Reeves, R. S., Keim, K. S., et al. (2010). State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. *J Am Diet Assoc*, 110(6):879–891.
- Tones, K., Robinson, Y., and Tilford, S. (1990). *Health Education: Effectiveness and Efficiency*. Chapman and Hall.
- Whitehead, D. and Russell, G. (2004). How effective are health education programmes—resistance, reactance, rationality and risk? Recommendations for effective practice. *Int J Nurs Stud*, 41(2):163–172.

Woldum, K. (1985). *Patient Education: Tools for Practice*. Aspen Systems Corporation, Rockville, MD.

# Odločitev posameznika za zdrav življenjski slog\*

## Individual Choice for a Healthy Lifestyle

Maja Rus Makovec<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Izr. prof. dr. Maja Rus Makovec, dr. med. Specialistična psihiatrična ambulanta, Center za izvenbolnišnično psihiatrijo, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Njegoševa ulica 4, 1000 Ljubljana; maja.rus-makovec@mf.uni-lj.si

\*Prispevek je bil že predstavljen na Rejevih dnevih 2021

### IZVLEČEK

Znano je, da zdrav življenjski slog deluje preventivno na kronične bolezni, ali pa jih lahko omili, če so že nastopile. Obstajajo številne ovire, ne samo individualne, ampak tako kontekstualne kot nevrobiološke, da približno 2/3 ljudi ne napravi vedenjske spremembe, čeprav bi bila zelo potrebna zaradi njihovega zdravstvenega stanja. Prispevek prikaže različne modele, ki skušajo razložiti motivacijski vnos in vzdrževanje spremembe. V okolju zdravstva zadostuje, da poznamo vsaj en model motivacije, od teh je motivacijski intervju namenjen pacientom, ki so bili neuspešni pri spremembi, in zagotovo ne bo okvaril odnosa s pacientom.

**KLJUČNE BESEDE:** zdrav življenjski slog, sprememba vedenja, modeli motivacije, motivacijski intervju

### UVOD

Posebno varovalna vloga dobrih navad oz. zdravega življenjskega sloga ni le v preventivni zdravstveni vlogi, ampak tudi v pomembni opori v času bolezni in rekonvalescence. Z zdravim življenjskim slogom oz. s spremembami vedenja lahko preprečimo ali vsaj deloma omilimo kronične bolezni (Yang et al., 2020). Najpogostejša kronična stanja vključujejo astmo, rak, srčno-žilna obolenja, sladkorno bolezen in duševne motnje (Bernell and Howard, 2016). Medicinsko zdravljenje postaja vedno kompleksnejše, potreba po tem, da bi bili ljudje s kroničnimi stanji motivirani za lastno aktivnost pri uravnavanju življenjskega stila, pa vse večja; taka osebna aktivacija poleg boljšega zdravstvenega izhoda pomeni tudi manjšanje finančnih obremenitev zdravljenja in je zato vredno resno razmisliti, na kakšen način je možno povečati verjetnost, da bodo ljudje s kroničnimi boleznimi spremenili svoje vedenje (Huffman, 2016).

Če vemo, da je zdrav življenjski slog tako zelo pomemben in koristen, je logično (retorično) vprašanje, zakaj vendar vsi ljudje ne živijo tako, posebej, če naj bi bilo znano, da bi tako preprečili ali omilili svoje zdravstvene težave. In če je bolezen že nastopila, zakaj to ni vedno motivacija za spremembo vedenja? Očitno obstajajo ovire za spremembo vedenja, za katerega ni dovolj energije ali ni načrta ali pa je premalo pomoči. Prispevek bo ponudil nekaj več razumevanja ovir za spremembo vedenja in nekaj možnih strategij motivacije.

### KONTEKSTUALNE OVIRE ZDRAVEMU ŽIVLJENJSKEMU SLOGU

Iz različnih razlogov se ljudje v razvitih družbah gibljejo manj, jedo več, kot bi jim koristilo, in se ne zmorejo naravno sprostiti. Okoliščine aktualnega življenja v zahodnem svetu so take, da je neposredne spodbude za odrekanje, zmernost in samodisciplino relativno manj kot je na razpolago hrane in drugih elementov udobja, ki vzdržuje pasivno-sedeči življenjski stil. Naš genom je relativno enak kot pred tisočletji, ko je bilo nagrad, kot sta hrana in pijača, tako malo, da je bilo evolucijsko bistveno, da so si ljudje zapomnili in takoj prepoznali potencialne vire ugodja.

V aktualnem obdobju preobila ljudje, ki niso imeli sreče s svojo primarno okolico, ki bi spodbujala zdrav slog, in/ali ki niso bili osebno zavzeti pri oblikovanju zdravih navad, ne izkazujejo vedenjske plastičnosti za dovolj samozaščitno prilagoditev na dražljaje iz okolja (Shumaker and Ockene, 2009).

Že v začetku pa je treba opozoriti, da so določene podskupine ljudi posebej ranljive glede nezdravega življenjskega sloga, hkrati pa potrebujejo na njihove potrebe prilagojene načine motivacije. Kontekstualni dejavnik, kot je revščina, pomeni dodatno verjetnost nezdravega življenjskega sloga. V razvitih družbah revščina ne pomeni, da ljudje iz tega sloja gladujejo, ampak je teža njihovih okoliščin v izločenosti iz glavnih življenjskih tokov, prav tako imajo na razpolago manj alternativnih-zdravih oblik nagrade. Revščina se povezuje s slabšim zdravjem, nezdravo prehrano, kajenjem in manj telesne aktivnosti (Aue et al., 2016). Nadalje je pomembno upoštevati, da je pogosto sočasno stanje ob kronični somatski bolezni depresija; telesna vadba je videti učinkovita pri omilitvi depresije in koristi somatski bolezni, vendar je ena od značilnosti depresije ravno a-motivacijsko in a-hedonsko stanje, zato ta tip bolnikov potrebuje več potrpežljive podpore pri uvajanju vedenjske aktivacije (Roeh et al., 2019).

### NEVROBIOLOŠKA UTRJENOST NEZDRAVEGA ŽIVLJENJSKEGA SLOGA

Nevrobiologi razložijo nagrado preko delitve na apetitni del, kjer je izrazit dopaminski neurotransmitterski sistem, in hedonski del, v katerem je izražen predvsem opioidni sistem, endogeni kanabinoidi pa ta dva sistema najverjetneje medirajo (Wenzel and Cheer, 2017). Doživljanje ugodja je bistveno za ojačevanje zaželenega, preživetvenega vedenja. Z nezdravim življenjskim stilom – kar pomeni, da se je zelo dolgo utrjevalo neko vedenje – so se izoblikovale drugačne izkušnje nagrade (alostaza), kot bi se z zdravim vedenjem. V aktualnem življenjskem stilu se je na primer močno preveč zmanjšal telesni napor, ki je potreben za vsakodnevno delovanje (Lambert, 2006). Včasih so ljudje morali vložiti kar nekaj napora v različne dnevne opravke. Že samo zmanjšanje splošne telesne aktivnosti pomeni, da se manj uporabljajo naše naravne povezave med možganskimi predeli



za doživljanje ugodja, motivacijo, reševanje problemov in učinkovite načine spoprijemanja s stresom. Obstaja torej naravna povezava med telesnim naporom in doživetjem ugodja. Tu nastopi problem: ljudje, ki so se vajeni gibati, izkušajo vzgib oz. željo (apetit) po gibanju, ljudje, ki se niso vajeni gibati, pa tega vzgiba (oz. dviga dopamina, ki je pomemben za motivacijo) nimajo. Če bodo ponavljali zdravo vedenje dovolj dolgo, je po principu nevroplastičnosti možno obuditi to naravno veselje do gibanja.

Glede na to, da je staro vedenje sinaptično bolj utrjeno kot novo vedenje, pa je pravzaprav vrnitev k starejšim, manj zdravim navadam (recidiv), nevrobiološko logična. Navade so tip vedenja, ki je relativno avtomatiziran in ga podpirajo bazalni gangliji kot »učna mašina, ki zagotavlja uspeh« (tudi ko se naučimo nezdravega vedenja) (Graybiel and Grafton, 2015). Pri navadah je aktiviran predvsem senzomotorni, lateralni del striatuma (Yin and Knowlton, 2006). Za izpeljavo nove zdrave navade, da bo postala avtomatizirana in se bomo lahko nanjo zanesli, je potrebno glede na same nevrobiološke mehanizme vložiti dovolj energije, se k tej spremembi tudi nekoliko siliti in vztrajati. Dober motivator priskrbi za čustveni, odnosni del energiziranosti in poskuša ponuditi kontekst, v katerem bo možno dlje časa vzdrževati vnos spremembe.

### **UDOBNO IN VARNO POČUTJE ČLOVEKA, KI GA ŽELIMO MOTIVIRATI**

Razmišljamo torej o tem, kako navdušiti, vzbuditi željo v ljudeh, da bi poskušali z novim, bolj zdravim vedenjem in pri njem tudi vztrajali. Potrebno je najti nek razlog, ki ga ljudje doživijo kot smiseln, da so pripravljeni spreminjati svoje vedenje. Ljudje potrebujejo tudi upanje, da je tako sprememba možno izpeljati, in veščine, kako jo izvesti.

Osnova kakršnekoli motivacijske intervencije pa je, da pacienti zaupajo zdravniku, kakšne so njihove navade. V dveh velikih raziskovalnih vzorcih je 80 % in 61 % pacientov svojim zdravnikom tajilo pomembne informacije glede gibanja, nezdrave hrane, alkohola, sprejemanja zdravil ipd. (Levy et al., 2018). V največji meri so tajili informacije glede gibanja in hrane; ovire za odkritost so bili občutki sramu in ker niso želeli, da bi jih zdravnik poučeval, kako škodljivo je njihovo vedenje. Informacije so največkrat tajili mladi, ženske in tisti s slabim zdravjem.

Torej je za vsako motivacijo bistveno, da se ljudje, ki jih skušamo motivirati, pri tem počutijo varno, da ne bo moraliziranja in očitanja. V medicini je veliko govora o potrebi po »bedside manners«, ki povečajo verjetnost dobrega sodelovanja pacient-zdravnik (Garibaldi and Russell, 2021). Glede na odpore in občutja sramu ob pogovoru glede nezdravih navad bi bilo lahko koristno, da pacienta vprašamo za dovoljenje, da bi se z njim pogovorili o spremembah življenjskega stila, saj gre za na nek način intruzivno temo, hkrati pa je pomembno, da to temo načujemo. Biti intruziven do pacienta pomeni verjetnost, da se nas bo izogibal; ne načeti pomembnih tem glede spremembe pa tako spremembo oteži ali predolgo odloži.

Če pacienti nimajo odpora do vedenjske spremembe, jo udejanjijo sami ali ob neki novi informaciji. Vedno gre računati na to, da bo približno 1/3 pacientov samih po sebi motiviranih za spremembo življenjskega stila, če je potrebna zaradi narave bolezni in bodo dejansko spremenili svoje vedenje, 2/3 pa potrebuje pomoč, ki jo hočejo sprejeti ali pa ne (Fjeldsoe et al., 2011).

Zdravorazumski ukrepi zdravstvenih strokovnjakov pri ostalih ljudeh, ki težje spreminjajo vedenje, so lahko čisto korektni glede informacije in odnosa, praviloma pa niso učinkoviti. Zato

je potrebno, da svoje intervence, ki jih izvajamo, razumemo z ustreznimi razlagalnimi konstrukti, da bomo približno vedeli, kaj počnemo. Le tako bomo lahko svojo lastno intervenco ustrezno usmerjali: kdaj, komu in kdaj kaj izreči ter kdaj je bolje biti tiho. Poznavanje konceptov intervencij pomaga, da ohranimo strokovni odnos (da je naša komunikacija strokovno kultivirana, nevtralna in ne osebna, da nase ne prevzemamo ne preveč ne premalo odgovornosti) in da te intervence uporabimo kot večanje učinkovitosti našega dela. Avtorji sodobnih teorij o spremembi vedenja so prepričani, da je pravzaprav dovolj že zavedanje o vsaj enem pomembnem elementu glede motivacije in spremembe vedenja, kar naj bi pomagalo zdravnikom pri povečanju njihove učinkovitosti v interakciji s pacienti (Lawson and Flocke 2009, Noar and Mehrotra 2011, Prochaska et al. 2010). V pomoč nam je, če iz mnogih teoretičnih okvirov o spremembi vedenja izberemo tistega, ki je nam še najbližji. Imena teorij so sama po sebi manj pomembna in jih bomo uporabili zgolj za to, da bomo pridobili nabor različnih idej, kako pristopiti k našim pacientom v motivaciji za spremembo.

### **IZBRATI MODEL MOTIVACIJE, S KATERIM NE MOREMO OKVARITI ODNOSA S PACIENTOM**

#### **Motivacijski intervju (MI)**

MI je način komunikacije, ki je še najbolj primeren za najmanj motivirane paciente oz. za take, ki so izgubili upanje, da bi se lahko spremenili ali pa o tem sploh ne razmišljajo (Miller and Rollnick, 2002). Ljudje, ki že kažejo neko lastno aktivnost oz. že uvajajo vedenjske spremembe, ne potrebujejo pomoči motivacijskega intervjuja. Model sloni na premisi Rogerijanske terapije (ki poudarja potrebo pacienta, da bi se počutil spoštovanega), na Prochaska in DiClementovem transteoretičnem modelu in na vedenjskih metodah (Prochaska, 2006). Začetek uporabe je področje odvisnosti, apliciramo pa metodo v različne oblike vedenja, kjer se kažejo odpori do sodelovanja ali težave do vnosa spremembe. MI upošteva štiri osnovne principe, ki sami po sebi niso nič novega, so pa povezani na specifičen način:

1. Izražanje empatije – poskusimo razumeti in sprejeti pacientov pogled brez sodbe ali sovražnosti.
2. Razvijanje ambivalence – pacientu pomagamo identificirati, kaj govori za in kaj govori proti spremembi vedenja. Na primer pacient ve, da telesno gibanje pomaga, vendar ga je sram gibanja, ker je neroden in nima upanja, da bi to zmogel preseči.
3. Z odpori pacienta se ne spopadamo, ampak jih skušamo prepoznati in razumeti; izogibati se je treba konfliktnosti, raje namesto tega ponuditi podporo in razumevanje. Odpor se razume kot znak nekongruentnosti med cilji terapevta in pacienta.
4. Spodbujanje samoučinkovitosti. S pacientom iščemo izjeme, čeprav zelo kratke, ko so lahko izvajali bolj zdravo vedenje. Zagotovimo, da vsaka odločitev o spremembi pripada samo pacientu.

Ko uporabljamo to metodo motiviranja, se fokusiramo le v eno vedenje in eno spremembo. Tako ne bomo govorili o hrani, gibanju, kajenju in počitku, ampak se bomo s pacientom dogovorili, kateri od teh tem se bomo posvetili v pogovoru. Ugotavljamo tudi, kaj ga ovira pri spremembi in kdaj je v življenju že bil uspešen pri spremembi, čeprav za krajši čas. S

pacientom torej oblikujemo argumente za in proti. Vzbudimo upanje, da je sprememba smiselna in možna. Samo prepričevanje in prošnje, naj se pacient spremeni, ni terapevtska intervencija in praviloma ne pomaga, ampak le izčrpa motivatorja. V tem modelu je ambivalenca normalen, pričakovani proces pred spremembo. Posebnost tega načina je v pro-aktivnem pristopu k motivaciji pacienta, ki je v odporih, za razliko od prejšnjih paradig, ko smo bodisi pasivno čakali, da se pacientu stanje dovolj poslabša, da se bo odzval ali pa smo poskušali ljudi motivirati s pretrdo konfrontacijo. Tehnika MI se izrazito usmerja v tematiko pogovora o spremembi (angl. *change talk*). Gre za samomotivacijske ugotovitve, kdaj nazadnje je pacient opazil spremembo pri sebi, kaj jo je spodbudilo, kaj jo je pomagalo vzdrževati. Izrazito iščemo epizode, ki kažejo, da je pacient poskušal spreminjati svoje vedenje.

MI bolj poudarja potrebo do pravega pristopa do pacienta oz. do motivacije, kot do vedenjske intervence, kjer je tehnika zelo pomembna. Gre za to, ali ima terapevt razvit, ustrezen odnos do spremembe. Mnogi zdravniki se vedejo, kakor da motivirajo, pa vendar očitajo ali porivajo v smer, ki se zdi prava njim. Duh MI ima tri glavne komponente: 1. sodelovanje – klientu smo partner, pomočnik, manj ekspert, 2. priklicujemo *change talk*, in 3. spodbujana je avtonomija – prepoznavanje, da vsaka odločitev o spremembi leži v pacientu.

### Transteoretični model spremembe vedenja

Ta model je oblikovala druga raziskovalna ekipa kot motivacijski intervju, vendar pa motivacijski intervju upošteva ta model in meni, da je najbolj učinkovita metoda za motiviranje pacientov v pred- in kontemplacijski fazi. Transteoretični model predvideva, da posamezniki pred dejansko spremembo vedenja potujejo skozi različne faze motivacije za spremembo – da gre torej za proces; nekateri že pri prvem poskusu preidejo vse faze do zelene spremembe, večina pa ima pri tem prehajanju v višje faze zdrse (Prochaska et al., 2008). V zadnjem obdobju pogosto uporabljajo druge izraze za faze sprememb. Stanje prekontemplacije so preimenovali v stanje nezavedanja (posameznik ne ve, da je njegovo vedenje problematično), stanje kontemplacije v nevpletenost (posameznik ve, da je potrebna vedenjska sprememba, toda ne posveča pozornosti temu problemu), ambivalenco v neodločnost (gre za razmišljanje, tehtanje med pozitivnimi in negativnimi posledicami vedenjske spremembe). V vsakdanjem rutinskem delu ni potrebno, da prav posebej poimenujemo te faze, dovolj je, da s pacientom komuniciramo v smislu pripravljenosti za spremembo in zavedanja, da že razmišljanje o spremembi lahko pomeni pomembno usmeritev v spremembo (ni pa še zadosten pogoj).

### Socialno-kognitivni model (modeli v zvezi s procesiranjem informacij)

Ti modeli poudarjajo zmožnost pacienta, da razume komunikacijo, informacijo s strani zdravstvenega delavca. Pri tem pomaga, da so informacije pisne, da niso zelo obširne (manj je več), da so pisane v preprostem slogu, da so posebej poudarjene pomembne informacije in da se na nek način preveri, ali so pacienti razumeli te informacije. Intervencija bo bolj učinkovita, če pacienta vpletemo v kratek pogovor, ali je že dobil morda kakšno informacijo o neki temi in kateri del take informacije se mu je zdel najbolj zanimiv (Munro et al., 2007).

**Po domače:** Najprej vprašamo, kaj pacient o nekem področju že ve, nato šele podamo informacijo. Pacientu povemo, kako se bo počutil, ko ga bo vleklo nazaj v staro vedenje. Enostaven in

bralcu razumljiv pisni material naj bo pacientu na razpolago.

### Socialna kognitivna učna teorija

Pri izhajanju iz te teorije se posebej zanimamo o možnosti samoučinkovitosti (zavedanje, prepričanje, da zmoremo nekaj narediti) in kakšna so pričakovanja glede izhoda. Pomembna so torej pričakovanja, da bo prišlo do nekega pozitivnega izhoda, če bomo spremenili svoje vedenje. V strategiji, ko izhajamo iz tega modela, poskušamo olajšati samoučinkovitosti in naslovimo tista področja, ki jih povezujemo s pričakovani glede izhoda. Gre za zelo preprosto dinamiko: če verjamemo, da smo zmožni izpeljati določeno vedenje, obstaja večja verjetnost, da bomo to vedenje dejansko tudi izvedli. Zelo pomembno je, da ljudi naučimo, kakšne veščine naj uporabljajo pri spremembi vedenja. Prav tako se zanimamo, kakšne izkušnje s spremembami vedenja v zvezi z zdravjem so imeli pacienti kdaj prej. Pomagamo oblikovati načrt, ki je smiseln za tega posameznika.

**Po domače:** Pacienta večkrat povprašamo, kako mu gre, zakaj mu ne gre in kdaj mu je izjemoma morda šlo dobro. Pokažimo mu tudi človeka ali njegov primer, ki je uspel.

### Model pojmovanja zdravja (angl. *health belief model*)

Ta model se predvsem zanima za to, ali se določeni pacienti doživljajo kot ranljive za določen zdravstveni problem, ali vidijo ta problem kot resen, ali so prepričani, da bi določene vedenjske aktivnosti bile učinkovite in hkrati ne preveč naporne ali boleče, in ali so izpostavljeni nekemu dražljaju, ki jih bo vzpodbudil k akciji k zdravemu vedenju. Med tem, ko se s pacientom pogosteje pogovarjamo o ovirah za izvedbo vedenja, se začne pacient spraševati, kako bi prešel te ovire. Torej na tak način povečuje zmožnost svoje samoučinkovitosti. Določeni »dražljaji k akciji« lahko tudi spodbudijo osebo, da bo motivirana za spremembo življenjskega stila. Taki dražljaji so lahko bolezen pri drugih članih družine, informacije iz medijev, ali pa določeni simptomi, ki jih izkušajo ljudje. Kadar je prepričanje o lastni samoučinkovitosti posameznika nizko, poudarjanje zdravstvenega tveganja tega škodljivega vedenja ne bo pomagalo: bolj je v pomoč poudarjanje zmožnosti za povečanje lastne učinkovitosti.

**Po domače:** Vprašamo, ali pacient misli, da mu sedanje vedenje škoduje, zakaj se mu je težko spremeniti in ali pričakuje kaj dobrega od novega vedenja.

### Teorija načrtovanega vedenja (angl. *theory of planned behavior*)

Ta teorija daje največ poudarka na vedenjske intence torej na namere k spremembi. Tisti posamezniki, ki imajo namero, da bodo postali bolj fizično aktivni, se začnejo bolj verjetno telesno gibati kot tisti, ki nimajo nobene namere, da bi telesno vadili.

Te namere napovedujejo posameznikova pričakovanja glede izhoda tega vedenja, stališča glede vedenja in normativna prepričanja osebe tudi glede tega, kako bi se v specifični situaciji vedle referenčne osebe. Iz tega izhodišča je na primer zelo pomembno oceniti, kako pacient vidi svoja stališča, stališča svojih družinskih članov in prijateljev do njihove vedenjske spremembe. Pogosto so na primer pacienti, ki imajo probleme s preveliko težo, obdani z ljudmi, ki zaradi različnih razlogov ne verjamejo, da bi ta pacient moral shujšati. Ljudje se nagibajo k temu, da se vedejo podobno kot njihova referenčna skupina, zato je lahko to poseben problem. Večji kot je socialni pritisk, da bi izpeljali bolj zdravo vedenje, ki izhaja iz njihovih pomembnih bližnjih, večja je verjetnost, da se bodo pacienti vedli v skladu z nasvetom zdravstvenega delavca.

**Po domače:** Vprašamo, ali so mu njegovi bližnji v oviro ali pomoč pri spremembi; ali misli, da je zmožen truditi se za spremembo.

### Vedenjska modifikacija (angl. *behavior analysis, contingency management*)

Glede na to teorijo se določeno vedenje zgodi ali ne glede na to, ali ta človek poseduje določeno večino ali ne in ali je določeno vedenje nagrajeno ali kaznovano. Iz te teorije izhaja, da nekdo ne spremeni svojega vedenja: ker je preveč negativnih posledic, če se bo tako vedel, ker so zelo omejene pozitivne posledice te spremembe in ker dobiva pozitivno ojačano vedenje s strani svoje referenčne skupine za nezdravo vedenje (na primer, če mladostnik veliko pije, ga njegovi vrstniki bolje sprejemajo, kot če bi bil telesno aktiven). Če govorimo na primer o dieti, so lahko naporu posameznika v družini nezapaženi oz. celo postanejo predmeti pritoževanja, kako so dietni obroki neokusni ali neprimerni. Posameznik morda niti nima veščin, kako nakupovati ustrezne potrebščine za obrok ali kako si pripraviti ustrezen dietni obrok. Iz tega izhodišča se najlažje oblikuje vedenje tako, da zdravstveni delavec pomaga oblikovati idejo za nagrado za določen tip vedenja. Taka nagrada je na primer večerja s prijatelji, če tisti dan ni kadil. Zdravstveni delavec pacientu skuša pomagati tako, da skupaj oblikujeta nagrade in manjše kazni za zdravo ali nezdravo vedenje. Taka manjša kazen je na primer, da se pacient odloči, da bo o nezdravem vedenju poročal njemu bližnji osebi, ki se ne strinja s tem vedenjem.

**Po domače:** Preverimo, kaj je pacienta dobro konkretno naučiti, pomagamo mu določiti neko ugodje/nagrado, če mu gre dobro, in majhno prostovoljno kazen, če se ni držal.

### Model samouravnavnja (angl. *self management*)

Po tej teoriji bo neka sprememba vedenja dolgo trajala oz. bo dolgoročno učinkovita, če se bo posameznik počutil, da ima nadzor nad to spremembo. Pacientu pomagamo načrtovati, kako bo nadzoroval oz. opazoval sam sebe in kako bo pri tem učinkovit. Pomagamo jim razumeti notranje in zunanje dražljaje k določenemu vedenju, da lahko modificirajo svoje okolje. Na primer če pacienti želijo shujšati ali povečati telesno aktivnost, pogosto predlagamo, da imajo dnevnik o svojem vedenju, tako da lahko sledijo napredku v svoji vedenjski spremembi. Videti je, da že pristanek na to, da pacienti redno zabeležijo svoje vedenje, pomaga modificirati to vedenje in vzdrževati aderenza za daljše obdobje časa. Prav tako je dobro načrtovati zunanje dražljaje za večjo spremembo vedenja. Te zunanje dražljaje lahko priskrbijo družinski člani: na primer da partner spomni pacienta, da gre vsak dan hodit. Dobro je načrtovati dražljaje v smislu izogibanja tako, da pacient že vnaprej načrtuje, katere nadomestne aktivnosti bo porabil, da ne bo kadil, ko bo občutil željo za kajenje ali pitje. Te samoobvladujoče strategije zahtevajo predpogoj, da pacient kaže zavzetost k vedenjski spremembi. Gre torej za določeno stopnjo samodiscipline in odločenosti za spremembo. V tem modelu spodbujamo paciente s tako imenovanim transteoretičnim modelom, da povečamo verjetnost pripravljenosti za spremembo.

**Po domače:** Pacientom, ki jim gre že kar dobro, svetujemo, naj bodo še kar nekaj časa pozorni, kaj počnejo, po možnosti naj si pripravijo vsaj kratke zabeležke v koledar.

## SOCIALNA PODPORA ZA VEDENJSKE SPREMEMBE, STROKOVNJAKI IN DRUŽINA

Kadar poskušamo pacientu nuditi socialno podporo v skladu z naštetimi teorijami, v tehniki komunikacije uporabljamo odprta vprašanja in se izogibamo stereotipizaciji pacienta. Bolezenskega oz. nezdravega vedenja ne koncipiramo kot vodilne lastnosti, ampak samo kot del celotne podobe o pacientu (v smislu da je človek več kot njegov simptom). Naši uporabniki so zelo senzibilni na implicitna sporočila, da v njih ne vidimo tudi drugih človeških lastnosti in vrednosti, kot je njihovo nezdravo vedenje. Ovire v komunikaciji so lahko izven nas strokovnjakov, npr. v zdravstvenem sistemu se praviloma zelo mudi, kolegi lahko našo komunikacijo s pacientom ovrednotijo kot počasnost, nepotrebno zavlačevanje; naši pacienti s škodljivim življenjskim stilom nas lahko doživljajo kot ljudi z višjega sloja in nas topogledno ne doživljajo kot del socialne podpore. Podpora zdravstvenih delavcev se kaže v spodbudi k spremembi, vendar ob hkratni empatiji in razumevanju, kako težko se je vedenjsko spremeniti. Ob pomanjkanju časa lahko oblikujemo strategijo, ki ne predvideva s pacientom zelo dolge komunikacije, pač pa ga naročamo relativno pogosto, čeprav za kratek čas v smislu povratne informacije. Pri tem poskušamo vplesti tudi druge zdravstvene delavce (primer referenčnih ambulant).

Adherenca z zdravstvenimi navodili je praviloma višja, kadar so v proces spremembe vpleteni družinski člani. Ena od tehnik socialne podpore predvideva, da se na pogovor povabi najbolj dominantno oz. ključno figuro v družinskem okolju. S svojci se pogovarjamo in pogajamo glede njihove socialne podpore, ne pa glede odgovornosti. Ne moremo jih napraviti odgovorne za to, da se bo odrasel član gospodinjstva, ki je ogrožen za srčno obolenje, več gibal. Spodbujamo pa jih k zavezanosti k podpori - na primer da spodbujajo k telesni vadbi oz. da večkrat hodijo skupaj s pacientom. Zdravstveni nasvet je bolje sprejet s strani pacientov, če se razvije v sklopu razprave o pacientovem življenjskem stilu in ko se podpre pacientova notranja motivacija za določeno zdravo vedenje.

**Po domače:** pacientu povemo, da razumemo, da se je težko spremeniti, ampak ga še naprej spodbujamo, ker verjamemo, da je sprememba možna. Motiviramo še družino.

## SPECIFIČNA HUMANA ZMOŽNOST SPREMEMBE IN SAMOURAVNAVANJE

Ob razmišljanju o motivaciji je prav, da poznamo ovire za spremembo, da jih lahko preidemo. Dober motivator pa mora imeti vsaj nekaj internaliziranega upanja in zaupanja, da so ljudje zmožni spremembe.

Za razliko od ostalih živečih bitij imamo lahko ljudje zelo izrazito zmožnost, da izkazujemo kontrolo nad našimi notranjimi stanji, procesi in odgovori. Ljudje smo se sposobni upreti svojim lastnim impulzom, prilagoditi svoje vedenje različnim standardom in spremeniti aktualno vedenje zato, da bi dosegli nek zaželen cilj. Izraz samouravnavanje uporabljamo, ko razmišljamo o naporih človeka, da bi spremenil svoje mišljenje, čustva, želje in akcijo v perspektivi nekega »višjega« cilja (de Ridder and de Wit, 2006). Brez te zmožnosti bi bili ljudje samo nemočni opazovalci dogodkov. Obstajajo dokazi, da se samokontrola lahko izboljša kot rezultat vadbe.

Pomemben del samouravnavanja je, kakšne so naše zmožnosti za spoprijemanje s stresom in problemi. Pri samouravnavanju se ukvarjamo z dvema hkratnima procesoma in enega od njiju lahko spregledamo ter smo zato slabše pripravljene na

spremembo (Godoy et al., 2018). Na eni strani se ukvarjamo z neželjenimi oz. nenačrtovanimi impulzi, ki nas motijo, na drugi pa s predhodno preišljenimi in načrtovanimi akcijami. Prvemu procesu pravimo »vroč sistem«, drugemu pa »hladen«. To razlikovanje nam pomaga razumeti, zakaj so lahko posamezniki resno zavzeti glede izpeljave načrtovanega vedenja, vendar pozabljajo moč nepredvidenih impulzov, ki potrebujejo takojšnjo kontrolo. Vroč sistem se namreč povezuje samo s kratkoročnimi cilji. Pri načrtovanju vedenja si želimo, da bi lahko uporabljali tako imenovano zgornjo pot procesiranja dražljajev. Gre za prevajanje impulzov iz limbičnega sistema preko korteksa, zato je ta pot počasna in mora odtehtati spodnjo limbično - hitro pot. Po hitri poti se procesirajo dražljaji, ki nas usmerjajo k staremu, nezaželenemu vedenju. Zato je posameznikom tako težko dolgoročno spreminjati vedenje, če so utrujeni, preveč delajo oz. imajo zelo nepredvidljiv urnik: v takih primerih je namreč toliko težje obvladati impulzivno – kompulzivno vedenje. Zato morajo nekateri posamezniki nekaj časa delati manj ali imeti manj nepredvidljive obveznosti, da se lahko umirijo za boljše nadzorovano vedenje.

## ZAKLJUČEK

Zaposleni v zdravstvu lahko izberemo iz številnih konceptov motiviranja tiste, ki so nam blizu in jih vpletemo v vsakdanjik. Priporočeno je, da bi poznali osnove MI. Možno je, da imajo tudi zdravstveni delavci od sebe prevelika pričakovanja glede motivacije, saj je končna odgovornost, ali bo pomoč sprejel in ali bo izpeljal spremembo, vendarle na posamezniku, ki naj bi oblikoval spremembo življenjskega sloga. Taka prevelika pričakovanja so kontraproduktivna za pacienta in motivatorja.

## Literatura

Aue, K., Roosen, J., and Jensen, H. H. (2016). Poverty dynamics in Germany: Evidence on the relationship between persistent poverty and health behavior. *Social Science Medicine*, 153:62–70.

Bernell, S. and Howard, S. W. (2016). Use your words carefully: What is a chronic disease? *Frontiers in Public Health*, 4.

de Ridder, D. T. D. and de Wit, J. B. F. (2006). Self-regulation in health behavior: Concepts, theories, and central issues. In *Self-Regulation in Health Behavior*, pages 1–23. John Wiley Sons, Ltd.

Fjeldsoe, B., Neuhaus, M., Winkler, E., et al. (2011). Systematic review of maintenance of behavior change following physical activity and dietary interventions. *Health Psychology*, 30(1):99–109.

Garibaldi, B. T. and Russell, S. W. (2021). Strategies to improve bedside clinical skills teaching. *Chest*, 160(6):2187–2195.

Godoy, L. D., Rossignoli, M. T., Delfino-Pereira, P., et al. (2018). A comprehensive overview on stress neurobiology: Basic concepts and clinical implications. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12(NaN).

Graybiel, A. M. and Grafton, S. T. (2015). The striatum: Where skills and habits meet. *Cold Spring Harbor Perspectives in Biology*, 7(8):a021691.

Huffman, M. H. (2016). Advancing the practice of health coaching. *Workplace Health Safety*, 64(9):400–403.

Lambert, K. G. (2006). Rising rates of depression in today's society: Consideration of the roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning (1). *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 30(4):497–510.

Lawson, P. J. and Flocke, S. A. (2009). Teachable moments for health behavior change: A concept analysis. *Patient Education and Counseling*, 76(1):25–30.

Levy, A. G., Scherer, A. M., Zikmund-Fisher, B. J., et al. (2018). Prevalence of and factors associated with patient nondisclosure of medically relevant information to clinicians. *JAMA Network Open*, 1(7):e185293.

Miller, W. and Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York: Guilford Press, second edition.

Munro, S., Lewin, S., et al. (2007). A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health*, 7(1).

Noar, S. M. and Mehrotra, P. (2011). Toward a new methodological paradigm for testing theories of health behavior and health behavior change. *Patient Education and Counseling*, 82(3):468–474.

Prochaska, J. J., Nigg, C. R., Spring, B., et al. (2010). The benefits and challenges of multiple health behavior change in research and in practice. *Preventive Medicine*, 50(1-2):26–29.

Prochaska, J. J., Spring, B., and Nigg, C. R. (2008). Multiple health behavior change research: An introduction and overview. *Preventive Medicine*, 46(3):181–188.

Prochaska, J. O. (2006). Moving beyond the transtheoretical model. *Addiction*, 101(6):768–774.

Roeh, A., Kirchner, S. K., Malchow, B., et al. (2019). Depression in somatic disorders: Is there a beneficial effect of exercise? *Frontiers in Psychiatry*, 10.

Shumaker, S. and Ockene, J. (2009). *The Handbook of Health Behavior Change*. New York: Springer Publishing Company, third edition.

Wenzel, J. M. and Cheer, J. F. (2017). Endocannabinoid regulation of reward and reinforcement through interaction with dopamine and endogenous opioid signaling. *Neuropsychopharmacology*, 43(1):103–115.

Yang, J., Bauer, B. A., Lindeen, S. A., et al. (2020). Current trends in health coaching for chronic conditions. *Medicine*, 99(30):e21080.

Yin, H. H. and Knowlton, B. J. (2006). The role of the basal ganglia in habit formation. *Nature Reviews Neuroscience*, 7(6):464–476.



# Možnosti za obravnavo bolnika z debelostjo v ambulanti družinske medicine

## Options for Treating an Obese Patient in a Family Medicine Setting

Milena Blaž Kovač<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Asist. dr. Milena Blaž Kovač, dr. med., Ambulanta družinske medicine, Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Derčeva ulica 5, 1000 Ljubljana; leni.blaz@gmail.com

### IZVLEČEK

Pojavnost debelosti v svetu in pri nas epidemično vztrajno narašča, kljub številnim poizkusom njene zaustavitve. Neupoštevanje izhodišč obravnave debelosti kot kroničnega bolezenskega stanja, vodi k njenem progresivnem poslabšanju s številnimi zdravstvenimi zapleti. Ambulanta družinske medicine ima z znanjem obravnave kroničnih stanj, poznavanjem svojih bolnikov in celostnim pristopom obravnave kliničnih stanj pomembno vlogo pri obravnavi bolnika s pridružno debelostjo. V prispevku je opisan 5 »A« model, ki pomeni pomoč pri usmerjeni klinični obravnavi posameznika z debelostjo.

**KLJUČNE BESEDE:** epidemija debelosti, COVID-19, obravnava debelosti, družinska medicina, multidisciplinaren pristop

### UVOD

Naraščajoč trend pojavnosti debelosti v svetu in tudi v Sloveniji kaže, da dosedanja ukrepi za obvladovanje debelosti tudi v našem zdravstvenem sistemu žal dolgoročno niso bili učinkoviti. Obesogeno okolje, uravnavanje stresa in zadovoljevanje duhovne praznine in čustev s hrano, ki prinaša ugodje, je še zlasti v času epidemije koronavirusne bolezni 2019 (angl. *coronavirus disease 2019*, COVID-19) doprineslo k večji pojavnosti debelosti ne le pri odraslih, temveč tudi pri otrocih in mladostnikih. Ob neprepoznavanju debelosti kot kroničnega bolezenskega stanja, ko bolniki s povečano telesno maso ne dobijo obravnave primerljive ostalim kroničnim stanjem, ima vsak hiter in zdravstveno neustrezen pristop k zmanjšanju telesne mase za posledico visok delež recidivov in s tem pridružene zdravstvene zaplete.

### VODENJE BOLNIKA S PREKOMERNO TELESNO MASO ALI DEBELOSTJO V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

Kompleksnost problema debelosti zato presega zgolj posamične hitre nasvete samooklicanih strokovnjakov in celo kratkoročna navodila zdravnika, dietetika, kineziologa in psihoterapevta. Obravnava debelosti zahteva multidisciplinaren pristop usposobljenih strokovnjakov na področju bariatrije; zdravnika, diplomirane medicinske sestre, kineziologa, psihoterapevta, ki je usmerjen v regulacijo telesne mase posameznika (Durrer Schutz et al. 2019). Učinkovito zdravljenje debelosti zahteva dolgoročno spremembo vedenja prehranskih navad, navad gibanja in obravnavo psiholoških, čustvenih motenj posameznika (Pisarik 2005). Temelji na izhodiščih klinične prehrane (usmerjeno v bolnika) in principih obravnave kroničnih bolezni. To velja tako za njeno preprečevanje kot tudi odkrivanje, zdravljenje (diagnoza, ocena zapletov debelosti, določitev cilja, zdravljenje) ter dolgoročno spremljanje.

Prdepogoj za klinično obravnavo debelosti je opredelitev njene diagnoze, pri čemer smo pozorni na stanji kot sta sarkopenična debelost in debelost, ki se ji pridruži podhranjenost ob akutnih bolezenskih stanjih in poslabšanju kroničnih bolezenskih stanj. Obe stanji je potrebno pravočasno prepoznati

in ustrezno ukrepati, saj sta povezani s slabšim preživetjem in izhodom zdravljenja tudi pri drugih pridruženih boleznih.

Cilj zdravljenja vedno prilagajamo posamezniku, pri čemer upoštevamo vzrok debelosti, pogostost izgubljanja telesne mase (TM), najvišjo TM, starost bolnika, diagnostično opredelitev debelosti, zdravstvene in psihološke zaplete debelosti, socialne dejavnike in vzroke prekomernega energijskega vnosa, ki vodijo v prekomerno kopičenje maščobnega tkiva. Cilj naj zagotovi vzdrževanje bolniku primerne in realne telesne mase skozi daljši čas, na način, ki ohranja mišično maso oz. njeno čim manjšo izgubo (regulacija telesnih mas), preventivo in zdravljenje zapletov patološko spremenjenega maščobnega tkiva. Že minimalna izguba telesne mase (3 do 5 %), ki jo je možno vzdrževati, pomembno izboljša zdravje posameznika (Wharton et al. 2020).

Pristop k bolniku z debelostjo ima določene posebnosti, ki jih moramo zaradi kompleksnosti problema upoštevati. Ljudje s pridruženo debelostjo so namreč pogosto izpostavljeni predsodkom, stigmati in napačnih sklepanj o vzroku nastanka debelosti. Že sam pogovor o problemu povečane telesne mase naj se prične s spoštovanjem, brez obsojanja ali napačnih sklepanj o vzrokih za nastanek debelosti.

Ambulanta družinske medicine ima zaradi svojega načina dela, poznavanja obravnave ostalih kroničnih bolezni, poznavanja svojega pacienta in njegove družine ključno vlogo pri obvladovanju kompleksne patologije debelosti. Čim prejšnja prepoznavna debelosti pri pacientu in morda tudi pri njegovih družinskih članih ter svetovanje sprememb življenjskega sloga celotne družine omogoča najučinkovitejši ukrep preprečevanja razvoja debelosti otrok tudi kasneje v odrasli dobi (Blaž Kovač 2016).

Osnova učinkovite obravnave je vloga osebnega zdravnika v prepoznavi in njegovem pristopu do bolnika z debelostjo, dostopnost do multidisciplinarnega tima na primarnem nivoju (npr. Center za krepitev zdravja), dobra komunikacija med člani tima, ki vodijo bolnika skozi proces zdravljenja in nenazadnje tudi čas, ki ga posvetimo obravnavi bolnika. Za učinkovit model, ki je povezan z vzdrževanjem motivacije za spremembo vedenja pri bolniku s povečano telesno maso in debelostjo ter s tem ugodnim

učinkom na izid zdravljenja se je izkazal 5 »A« model, ki temelji na osnovi izhodišč celostne obravnave kronične bolezni. Temelji na petih temeljnih izhodiščih, ki na enostaven in strukturiran način predstavljajo ogroditve klinične obravnave, ki je usmerjena v posameznika (Sharma and Kushner 2009).

## 5 »A« pristop k pacientu s povečano telesno maso in debelostjo

1. **A (angl. ask) VPRAŠAJ:** prepoznavaj osebo, ki ima povečano tveganje in jo vprašaj za dovoljenje o pogovoru glede povečane telesne mase ter oceni pripravljenost za spremembo in pacientova pričakovanja.
2. **A (angl. assess) OCENI:**
  - opredeli diagnozo debelosti (enostavna, sarkopenična debelost);
  - tveganje za zaplete zaradi debelosti;
  - vzroke in ovire pri regulaciji telesne mase (psihološki: stres, depresija, anksioznost ter zdravila, socialne razmere, pomanjkanje spanja, presnovni in gibalni vzroki, pomanjkanje časa);
  - socialno anamnezo (status, stan, družinsko okolje, pogovor o delovnem mestu, morebitna socialna in finančna stiska);
  - anamnezo regulacije telesne mase (pogostost obdobj, najmanjša in največja telesna masa, zapleti in ovire, prisotnost debelosti v otroški dobi in pri starših);
  - prehransko anamnezo (24-urni priklic in oceni morebitno hedonistično – (čustveno) hranjenje, samonadzor nad hranjenjem, režim prehranjevanja);
  - gibalno anamnezo (pogostnost, število ur tedensko namenjenih gibanju, čas sedenja, omejite pri gibanju);
  - opredeli druge odvisnosti (kajenje, alkohol, itd.);
  - oceni trajanje in kvaliteto spanja;
  - laboratorijski pregled.
3. **A (angl. advice) SVETUJ:** opredeli cilj zdravljenja in način zdravljenja glede na zaplete debelosti.
4. **A (angl. agree) STRINJANJE:** skupaj z bolnikom potrdimo načrt in cilj zdravljenja.
5. **A (angl. assist) PODPIRAJ:** dolgoročno spremljanje (redne kontrole telesne mase in telesne sestave).

## ZAKLJUČEK

Zaradi naraščajočega problema debelosti in spoznanj o njenih presnovnih zapletih na zdravje posameznika, je nujno preventivno delovanje, ki je zaenkrat kljub številnim obetom na področju farmakoterapije, še vedno najučinkovitejši ukrep njenega zdravljenja. Ko pa naš bolnik že zboli naj bo zdravljenje usmerjeno v končni cilj, ki je, tako kot velja za druga kronična stanja, zdravje bolnika in ohranitev primerne telesne sestave in ne le izguba kilogramov na tehtnici.

## Literatura

- Blaž Kovač, M. (2016). *Družinska obravnava debelosti otrok in mladostnikov*. Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana.
- Durrer Schutz, D., Busetto, L., Dicker, D., et al. (2019). European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*, 12:40–66.

- Pisarik, P. (2005). Assessment and management of adult obesity: A primer for physicians. *JAMA*.
- Sharma, A. M. and Kushner, R. F. (2009). A proposed clinical staging system for obesity. *Int J Obes (Lond)*, 33(3):289–295.
- Wharton, S., Lau, D. C., Vallis, M., et al. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ*, 192(31):E875–E891.

# Prehransko stanje starostnika – izzivi, ki jih je prikazala epidemija COVID-19

## Nutritional Status of the Elderly - Challenges Presented by the COVID-19 Epidemic

Gregor Veninšek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gregor Veninšek, dr. med., Center za geriatrično medicino, UKC Ljubljana; gregor.veninsek@kclj.si

### POVZETEK

Do začetka novembra 2021 je za simptomatsko okužbo s Sars-Cov-2 (angl. *severe acute respiratory syndrome corona virus 2*) v Sloveniji zbolelo več kot 353.000 oseb, v bolnišnico je bilo sprejetih več kot 22.000, v enote intenzivne terapije pa okoli 3.500 oseb (Sledilnik.org, 2021). Med obolelimi je bila smrtnost 1.4 %. Če upoštevamo starostno strukturo obolelih, vidimo, da je med obolelimi izjemno velik delež starostnikov, še bolj pa izstopa ta skupina po smrtnosti, ki je skoraj izključno omejena na starejše od 65 let. Posledice koronavirusne bolezni 2019 (angl. *coronavirus disease 2019, COVID-19*) se ne odražajo samo pri posamezniku, ampak prizadenejo celotno družbo. Ker v številnih primerih ne gre samo za kratkotrajno bolezen, lahko pričakujemo tudi bolj dolgotrajne posledice.

V prvem valu je bilo obolelih malo in to predvsem v domovih starejših občanov, s čimer je bila povezana visoka smrtnost. V naslednji fazi je bilo obolelih veliko, bolnišnice so bile polne, povprečna starost je bila visoka, število umrlih se je zelo povečalo. Za starostnike, ki so bili v obravnavi v bolnišnici, je bilo značilno, da so bili brez apetita in so pojedli zelo malo hrane, da so izključno ležali, bili pogosto vročični in prejeli zmerno visoke odmerke glukokortikoidov. Ob odpustu so bili shujšani in opešani. Pomembno se je vprašati, kako prehransko stanje starostnika vpliva na tveganja povezana s COVID-19?

Debelost je presnovno stanje, ki v povprečju podvoji tveganje za okužbo, sprejem v bolnišnico, težak potek bolezni, sprejem v intenzivno terapijo in smrt (Cai et al., 2021). Tveganje raste s starostjo in stopnjo debelosti (Du et al., 2021). Podobno, pa vendar ne čisto enako, je s podhranjenostjo. Ob pregledu okoli 100.000 zdravstvenih kartonov so v ZDA ugotovili, da je podhranjenost povezana s povečano smrtnostjo samo do 80. leta (Kurtz et al., 2021). Po tej starosti je tveganje za težak potek bolezni pri podhranjenih manjše. Vzroki za tako stanje niso jasni.

Prilagoditev na nove razmere vključuje pomembno spremembo življenjski slog, ki nas sicer ščiti pred okužbo, a predstavlja dodaten izziv za prehransko stanje starostnika v času epidemije. V longitudinalni raziskavi staranja v Amsterdamu (angl. *the Longitudinal Aging Study Amsterdam, LASA*) so ugotovili, da imajo v času epidemije starostniki težave pri preskrbi s hrano, da izpuščajo tople obroke, da jedo premalo ali preveč, da posledično izgubljajo ali pridobivajo telesno maso in da so premalo telesno aktivni (Visser et al., 2020). Vse našete spremembe so prisotne

pri velikem odstotku populacije in so skoraj dvakrat pogostejše pri tistih starostnikih, ki so morali del časa preživeti v karanteni.

Glede na klinične značilnosti bolezni bi lahko sklepali, da je COVID-19 povezan s povečanim metabolizmom in katabolizmom. V zaenkrat redkih objavljenih raziskavah, ki sicer niso vključevale večjega števila zelo starih starostnikov (85 let ali več), so pri kritično bolnih in mehansko ventiliranih bolnikih v enotah intenzivne terapije ugotavljali, da je poraba energije vsaj prva dva tedna kritične bolezni relativno nizka, od drugega tedna dalje pa utegne biti skoraj za polovico večja (Niederer et al. 2021, De Waele et al. 2020).

V nasprotju s pričakovanjem, podatki pri kritično obolelih debelih starostnikih s COVID-19 kažejo, da niti količina maščevja niti mišična masa nista povezani s slabim izidom, pač pa na slab izid vpliva visoko razmerje med visceralno in podkožno maščobo ter visoka raven maščobe v mišičnem tkivu (Bunnell et al., 2021).

Priporočila ESPEN predvidevajo večji vnos energije, kot je bila izmerjena poraba energije v raziskavah z indirektno kalorimetrijo, hkrati pa dopuščajo en teden hranjenja s 70 % potrebne energije, v kolikor je bila potreba izračunana z uporabo ustreznih formul (Barazzoni et al., 2020). V raziskavi o vplivu zgojnjega kaloričnega deficita v povezavi s tveganjem za smrt pri mehansko ventiliranih pacientih s COVID-19 so ugotovili, da je za starostnike ključnega pomena, da so prehranske potrebe ustrezno naslovljene že pred 4. dnem intenzivnega zdravljenja (Cereda et al., 2021).

Da bi se prehransko stanje starostnika po prebolelem COVID-19 normaliziralo, je poleg ustrezne prehrane pomembna tudi telesna aktivnost. Prehranska rehabilitacija starostnika utegne biti daljša in bolj zahtevna, saj je COVID-19 povezan z zmanjšano mišično močjo, ki se slabša vsaj pol leta po akutni bolezni (Del Brutto et al., 2021).

### Literatura

- Barazzoni, R., Bischoff, S. C., Breda, J., et al. (2020). Espen expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with sars-cov-2 infection. *Clinical Nutrition*, 39(6):1631–1638.
- Bunnell, K. M., Thaweethai, T., Buckless, C., et al. (2021). Body composition predictors of outcome in patients with COVID-19. *Int J Obes (Lond)*, 45(10):2238–2243.



- Cai, Z., Yang, Y., and Zhang, J. (2021). Obesity is associated with severe disease and mortality in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *BMC Public Health*, 21(1):1505.
- Cereda, E., Guzzardella, A., Klersy, C., et al. (2021). Early caloric deficit is associated with a higher risk of death in invasive ventilated COVID-19 patients. *Clin Nutr Edinb Scotl*, S0261-5614(21):00094-00097.
- De Waele, E., Demol, J., and Jonckheer, J. (2020). Resting energy expenditure measured by indirect calorimetry: Ventilated covid-19 patients are normometabolic. *Clinical Nutrition ESPEN*, 40:631-632.
- Del Brutto, O. H., Mera, R. M., Pérez, P., et al. (2021). Hand grip strength before and after SARS-CoV-2 infection in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*, 69(10):2722-2731.
- Du, Y., Lv, Y., Zha, W., Zhou, N., et al. (2021). Association of body mass index (BMI) with critical COVID-19 and in-hospital mortality: A dose-response meta-analysis. *Metabolism*, 117:154373.
- Kurtz, A., Grant, K., Marano, R., et al. (2021). Long-term effects of malnutrition on severity of COVID-19. *Sci Rep*, 11(1):14974.
- Niederer, L. E., Miller, H., Haines, K. L., et al. (2021). Prolonged progressive hypermetabolism during COVID-19 hospitalization undetected by common predictive energy equations. *Clin Nutr ESPEN*, 45:341-350.
- Sledilnik.org (2021). Covid-19 sledilnik. Dosegljivo na: <https://covid-19.sledilnik.org/> [internet; citirano 2021 Nov 6].
- Visser, M., Schaap, L. A., and Wijnhoven, H. A. H. (2020). Self-Reported Impact of the COVID-19 Pandemic on Nutrition and Physical Activity Behaviour in Dutch Older Adults Living Independently. *Nutrients*, 12(12):3708.

# Možnosti za prehransko obravnavo starostnika v ambulanti družinske medicine

## Possibilities for Nutritional Treatment of Elderly in Family Medicine Practice

Barbara Mazej Poredoš<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Barbara Mazej Poredoš, dr. med., Ambulanta družinske medicine, Zdravstveni dom Ljubljana, enota Vič-Rudnik, Šestova ulica 10, 1000 Ljubljana; barbara.mazej-poredos@zd-lj.si

### POVZETEK

Glavni cilj prehranske obravnave je optimizirati starostnikov funkcionalni status in ohraniti čim večjo samostojnost ter kakovost njihovega življenja. Starostniki so namreč bolj nagnjeni k podhranjenosti. Ocenjuje se, da je v razvitih državah podhranjenih okrog 10–40 % starostnikov, ki živijo doma (Stanga et al. 2011, Leij-Halfwerk et al. 2019, Kaiser et al. 2010). S starostjo upadeta mišična masa (sarkopenija) in mineralna kostna gostota (osteoporoza), kar je neposredno povezano s krhkostjo, različnimi zapleti in potrebo po pomoči drugih. Vzrokov za slabo prehranjenost je veliko, zato je potreben celosten, a posamezniku prilagojen pristop. Pomagamo si lahko z akronimom »meals-on-wheels« (angl. *medications, emotional problems, anorexia/abuse, late-life paranoia, swallowing disorders, oral factors, no money, wandering, hyperthyroidism, enteric problems, eating problems, low-salt/low cholesterol diet, stones/social problems*) (Stanga et al. 2011).

Pri delu v ambulanti družinske medicine se lahko opiramo na nove Smernice za klinično prehrano in hidracijo pri starostnikih, ki jih je leta 2019 izdalo Evropsko združenje za klinično prehrano in presnovo (angl. *The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN*) (Volkert et al. 2019). V njih je podalo 82 na dokazih temelječih priporočil. Pri vseh starostnikih priporočajo rutinsko izvajanje prehranskega presejanja. Tako lahko že zgodaj zaznamo tveganje za podhranjenost, ocenimo starostnikovo prehransko stanje in ustrezno ukrepamo. Starostnikom in njihovim svojcem lahko svetujemo prilagoditve in obogatitve obrokov, oralne prehranske dodatke, v določenih primerih tudi enteralno prehrano (npr. v domovih starejših občanov). Omejevanju prehranskega vnosa se načeloma izogibamo. O nižjem energijskem vnosu za zniževanje telesne mase razmislimo le pri starostnikih, ki imajo z debelostjo povezane zdravstvene težave, a tudi takrat le v povezavi s sočasno telesno dejavnostjo (Volkert et al. 2019). Zelo dobre usmeritve najdemo tudi v slovenskih Priporočilih za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih starejših občanov (Cerović et al. 2008).

Osnovna orodja za prehransko obravnavo, ki jih navajajo omenjene smernice, imamo na voljo v vsaki ambulanti družinske medicine: prehransko presejanje z vprašalnikom MUST (angl. *Malnutrition Universal Screening Tool*) in oceno prehranskega stanja (anamneza, pregled, nekatere laboratorijske preiskave in funkcionalni testi). Za pripravo ustreznega prehranskega načrta

in nato rednega spremljanja pa je vsekakor potrebno dodatno dobro poznavanje področja klinične prehrane in presnovnih procesov. Pri obravnavi lahko sodelujejo vsi člani ožjega in razširjenega tima družinske medicine: srednja in referenčna medicinska sestra, osebje v centru za krepitev zdravja (npr. merjenje telesne sestave, izobraževanje), fizioterapevti, patronažna medicinska sestra na terenu in socialna služba. Dobrodošlo bi bilo tudi specifično prehransko svetovanje kliničnega dietetika.

Za prehransko obravnavo starostnika v družinski medicini torej potrebujemo ustrezno znanje klinične prehrane, določena orodja, usposobljeno osebje in dovolj časa za pacienta. Predvsem pomanjkanje časa in medicinskega osebja sta še posebej izrazita. Med epidemijo COVID-19 (angl. *coronavirus disease 2019*) se je namreč število obravnav v ambulanti družinske medicine močno povečalo. Za ponazoritev: oktobra leta 2019 smo v naši ambulanti obravnavali povprečno 50 oseb dnevno, oktobra 2020 že 59, oktobra 2021 pa kar po 80 oseb dnevno, ob čemer od marca 2020 z našimi timi pokrivamo tudi dodatna delovišča (npr. COVID-19 ambulante, dežurstva, jemanje brisov za PCR in hitrih antigenskih testov, cepljenje proti COVID-19 in gripi).

### Literatura

- Cerović, O., Sedej, I., Knap, B., et al. (2008). *Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane*. Ministrstvo za zdravje.
- Kaiser, M. J., Bauer, J. M., Räsmsch, C., et al. (2010). Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc*, 58(9):1734–1738.
- Leij-Halfwerk, S., Verwijs, M. H., van Houdt, S., et al. (2019). Prevalence of protein-energy malnutrition risk in European older adults in community, residential and hospital settings, according to 22 malnutrition screening tools validated for use in adults 65 years: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*, 126:80–89.
- Stanga, Z., Allison, S., Vandewoude, M., et al. (2011). *Basics in clinical nutrition: Nutrition in the elderly*. Galen.
- Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., et al. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*, 38(1):10–47.

# Izhodišča za prehransko svetovanje pri starostniku in uporaba prehranskih dopolnil

## Starting Points for Nutrition Counseling in the Elderly and the Use of Dietary Supplements

Klemen Schara<sup>1,†</sup> and Žan Zupančič<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klemen Schara mag. inž. prehrane, Onkološki inštitut, Klinični dietetik; kschara@onko-i.si

<sup>2</sup>Žan Zupančič mag. inž. prehrane, Onkološki inštitut, Klinični dietetik; zazupancic@onko-i.si

<sup>†</sup>Avtorja si delita mesto prvega avtorstva.

### POVZETEK

Podhranjenost, debelost in sarkopenija so stanja, ki so še vedno prepegosto prezrta pri starejši populaciji. Pri prepoznavanju prehranske ogroženosti je potrebno izpostaviti pomembnost rednega prehranskega presejanja (MNA, GLIM, MUST, NRS 2002, ipd.) za zgodnje odkritje ogroženosti (Kondrup et al. 2003). Vprašalnik namenjen starejši populaciji je MNA (angl. *mini nutritional assessment*) ali SF-MNA (angl. *short form-mini nutritional assessment*) (Vellas et al. 1999). Ob prepoznani ogroženosti je potrebna napotitev na prehranski pregled h kliničnemu dietetiku, ki izvede prehransko svetovanje in pripravi prehranski načrt z ustreznimi prehranskimi intervencijami. Na ta način lahko zmanjšamo pojavnost prehranske ogroženosti in podhranjenosti ter sarkopenije (Munk et al. 2016). Staranje povzroča spremembo telesne sestave z zmanjšanjem mišične mase in povečanjem maščobne mase; to pogosto privede do sarkopenije, ki jo opredelimo z nizko mišično maso, močjo in slabo mišično funkcijo (Kyle et al. 2001). Sarkopenija pri starejših vodi v številne zdravstvene zaplete, med katere sodijo oslABLJENA mišična funkcija, zmanjšana kostna masa, dolgotrajno okrevanje po poškodbah ali boleznih in višja smrtnost v primeru obolenj (Fantin et al. 2007, Roubenoff 2000, Agarwal et al. 2013). Glavni cilj prehranske obravnave je optimizacija prehranskega statusa starejše osebe, kar prispeva k avtonomiji in najboljši možni kakovosti življenja. Prehransko svetovanje pri starostnikih obsega poučevanje, višji vnos beljakovin, modifikacijo in bogatenje hrane, uvajanje oralnih prehranskih dodatkov ali drugih dopolnil ter spodbudo k telesni aktivnosti oz. napotitev k ustreznemu strokovnjaku (Volkert 2020). Priporočen vnos beljakovin pri starostnikih znaša vsaj 1,2 g na kilogram telesne mase (TM) (Courtney-Martin et al. 2016). Količina pa bi morala biti individualno prilagojena glede na prehransko stanje, stopnjo telesne aktivnosti in bolezenska stanja. Uravnavanje telesne mase z restriktivnimi dietami ni priporočljivo (Zeanandin et al. 2012).

Pri zgoraj omenjenih ciljeh so nam lahko v pomoč tudi prehranska dopolnila oz. živila za posebne zdravstvene namene. Sodeč po nekaterih raziskavah v zahodnem svetu, kar 25 % starejših moških in 50 % starejših žensk ne zaužije dovolj beljakovin (Fulgoni 2008). Zato je v prvi vrsti smiselno predvsem dopolnjevanje z beljakovinski pripravki, ki starostniku olajšajo zadosten

vnos beljakovin pri vsakem obroku (0,4 g na kg/TM) in tako nasprotujejo anabolni rezistenci, ki nastane zaradi fizioloških in presnovnih sprememb tekom staranja (Moore et al. 2015). Povezava med znotrajcelično koncentracijo levcina in anaboličnimi signalnimi potmi (mTOR, p70S6K) je znana že dlje časa, prav zato so v večjih raziskovalnih delih preverili dodajanje levcina samemu obroku in prišli do rezultatov zvišane mišične beljakovinske sinteze v primeru dopolnjevanja z 2,5 g levcina (Anthony et al. 2000, Wall et al. 2013). Prav tako je uspešno suplementiranje z derivatom levcina -hidroksi--metilbutirata oz. bolj znanim kot HMB, katera plazemska koncentracija je pri starostnikih za 50 % nižja kot pri mlajših posameznikih, za 25 % nižja pa je tudi pretvorba iz levcina (Wu et al. 2015, Deutz et al. 2018). Starostnikom v boju proti sarkopeniji lahko koristijo tudi omega-3 maščobne kisline; v primerih, ko suplementacija presega 2 g ribjega olja v dnevu je med 10 in 24 tedni mogoče pričakovati povečanje mišične mase in mišične funkcije (Huang et al. 2020). Sodeč po večjih epidemioloških in randomiziranih kontrolnih raziskavah pa je pri starostnikih priporočljivo tudi nadomeščanje vitamina D, predvsem v jesenskih, zimskih in spomladanskih mesecih. Ugotovljena je bila povezava med ravno vitamin D in kognitivnim upadom, depresijo, osteoporozo, srčno-žilnimi obolenji, visokim krvnim tlakom, sladkorno boleznijo tipa 2 in rakom (Meehan and Penckofer 2014).

### Literatura

- Agarwal, E., Miller, M., Yaxley, A., et al. (2013). Malnutrition in the elderly: a narrative review. *Maturitas*, 76(4):296–302.
- Anthony, J., Yoshizawa, F., Anthony, T., et al. (2000). Leucine stimulates translation initiation skeletal muscle of postabsorptive rats via a rapamycin-sensitive pathway. *The Journal of nutrition*, 130:2413–9.
- Courtney-Martin, G., Ball, R. O., Pencharz, P. B., et al. (2016). Protein Requirements during Aging. *Nutrients*, 8(8):492.
- Deutz, N., Thaden, J., Have, G., et al. (2018). Metabolic phenotyping using kinetic measurements in young and older healthy adults. *Metabolism*, 78:167–178.
- Fantin, F., Di Francesco, V., Fontana, G., et al. (2007). Longitudinal body composition changes in old men and women:

- interrelationships with worsening disability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 62(12):1375–1381.
- Fulgoni, V. L. (2008). Current protein intake in America: analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey, 2003-2004. *Am J Clin Nutr*, 87(5):1554S–1557S.
- Huang, Y. H., Chiu, W. C., Hsu, Y. P., et al. (2020). Effects of Omega-3 Fatty Acids on Muscle Mass, Muscle Strength and Muscle Performance among the Elderly: A Meta-Analysis. *Nutrients*, 12(12):3739.
- Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., et al. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*, 22(4):415–421.
- Kyle, U. G., Genton, L., Hans, D., Karsegard, L., et al. (2001). Age-related differences in fat-free mass, skeletal muscle, body cell mass and fat mass between 18 and 94 years. *Eur J Clin Nutr*, 55(8):663–672.
- Meehan, M. and Penckofer, S. (2014). The role of vitamin d in the aging adult. *Journal of aging and gerontology*, 2(2):60–71.
- Moore, D. R., Churchward-Venne, T. A., Witard, O., et al. (2015). Protein ingestion to stimulate myofibrillar protein synthesis requires greater relative protein intakes in healthy older versus younger men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 70(1):57–62.
- Munk, T., Tolstrup, U., Beck, A. M., et al. (2016). Individualised dietary counselling for nutritionally at-risk older patients following discharge from acute hospital to home: a systematic review and meta-analysis. *J Hum Nutr Diet*, 29(2):196–208.
- Roubenoff, R. (2000). Sarcopenia and its implications for the elderly. *Eur J Clin Nutr*, 54 Suppl 3:S40–47.
- Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P. J., et al. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*, 15(2):116–122.
- Volkert, D. (2020). [Current ESPEN Guideline Clinical Nutrition and Hydration in Geriatrics]. *Dtsch Med Wochenschr*, 145(18):1306–1314.
- Wall, B. T., Hamer, H. M., de Lange, A., et al. (2013). Leucine co-ingestion improves post-prandial muscle protein accretion in elderly men. *Clin Nutr*, 32(3):412–419.
- Wu, H., Xia, Y., Jiang, J., et al. (2015). Effect of beta-hydroxy-beta-methylbutyrate supplementation on muscle loss in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*, 61(2):168–175.
- Zeanandin, G., Molato, O., Le Duff, F., et al. (2012). Impact of restrictive diets on the risk of undernutrition in a free-living elderly population. *Clin Nutr*, 31(1):69–73.

# Rehabilitacijska obravnava bolnika z debelostjo

## Rehabilitation Treatment of Patients with Obesity

Neža Majdič<sup>1</sup> and Nataša Puzić Ravnjak<sup>2</sup>

<sup>1</sup> dr. Neža Majdič, dr. med., Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Linhartova cesta 51, 1000 Ljubljana; neza.majdic@ir-rs.si

<sup>2</sup> Nataša Puzić Ravnjak, dr.med. Enota za klinično prehrano, Onkološki inštitut, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana; natasa.puzic@gmail.com

### POVZETEK

Debelost s številnimi škodljivimi vplivi na različne organske sisteme predstavlja globalno zdravstveno problematiko. Raziskave jo povezujejo s slabšim splošnim zdravstvenim stanjem, naraščajočimi zdravstvenimi in ekonomskimi stroški, slabšo kakovostjo življenja in višjo stopnjo odvisnosti od pomoči druge osebe. Incidenca in prevalenca debelosti po vsem svetu zahtevata takojšnje ukrepanje in vključevanje vseh zdravstvenih profilov v reševanje problematike.

Zaradi povečevanja števila oseb z debelostjo in zmanjšanimi zmoglostmi (slabša pokretnost, omejitve pri dnevnih aktivnostih, vključevanju v družbo in delovni proces) je potrebno tudi v rehabilitacijskih programih prilagajati terapevtske protokole. Debelost je potrebno obravnavati kot kronično obolenje in ne kot akutno reverzibilno stanje. Svetovno (angl. *International Society of Physical and Rehabilitation Medicine*, ISPRM) in Evropsko združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino (angl. *European Society of Physical and Rehabilitation Medicine*, ESPRM) sta leta 2020 pripravili nove smernice in priporočila za celostno rehabilitacijsko obravnavo oseb z debelostjo (Giusti et al. 2020, Capodaglio et al. 2017).

Prehranska obravnava je del multidisciplinarnega rehabilitacijskega programa, ki poleg individualiziranega prehranskega načrta vključuje še telesno aktivnost ter ustrezne kognitivno-vedenjske pristope. Kljub temu da so priporočila o takšnem načinu obravnave v veljavi že več let, se jim v klinični praksi le redko sledi.

Poleg obravnave in zdravljenja debelosti kot bolezni ima pomembno vlogo tudi aktivno iskanje psiholoških težav, ki osebo ovirajo pri poskusu spremembe življenjskega sloga. Eden glavnih ciljev rehabilitacije je namreč izboljšanje kakovosti življenja, za kar so potrebne spremembe z dolgoročnim učinkom.

Poleg multidisciplinarnega pristopa in psihološkega presejanja so med priporočili z visoko močjo dokaza še:

- spremljanje osebe in svetovanje (individualno ali skupinsko) s spodbujanjem k vzdrževanju spremenjenega življenjskega sloga tudi po obdobju izgube telesne mase;
- vsaj 150 minut zmerno intenzivne telesne vadbe na teden;
- kognitivno-vedenjska terapija, ki v času sprememb življenjskega sloga izboljša depresivno simptomatiko, uspešnost intervencij (izguba telesne mase) in zmanjša pojavnost prejedanja.

Priporočila za različne tipe prehranskih strategij (kot so visok

vnos beljakovin pri osebah brez okvare ledvic, nizek vnos maščob pri osebah z dislipidemijo ali ledvično boleznijo, nizek vnos ogljikovih hidratov pri osebah brez dislipidemije, predpisan kalorični vnos) imajo nizko do srednjo moč dokazov. Podobna moč dokazov je tudi pri priporočilih o izboru aerobne vadbe in/ali vadbe moči. Prva se bolj priporoča v primeru, ko je eden izmed ciljev znižanje sistolnega tlaka, druga pa, kadar si želimo vplivati na nivo inzulina. Uporabo različnih modernejših tehnologij, aplikacij in spletnih orodij pri spremljanju stanja in prilagajanju intervencij za spremembo življenjskega sloga so priporočila pogojna.

Spremembe življenjskega sloga s ciljem regulacije telesnih mas (nižanje maščobne mase in ohranjanje ali višanje puste mase) morajo vsebovati redno telesno aktivnost, primerno prehransko strategijo ter kognitivno-vedenjsko terapijo. Obravnava oseb z debelostjo mora biti celostna in multidisciplinarna.

### Literatura

- Capodaglio, P., Ilieva, E., Oral, A., et al. (2017). Evidence-based position paper on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) professional practice for people with obesity and related comorbidities. The European PRM position (UEMS PRM Section). *Eur J Phys Rehabil Med*, 53(4):611–624.
- Giusti, E. M., Spatola, C. A., Brunani, A., et al. (2020). IS-PRM/ESPRM guidelines on Physical and Rehabilitation Medicine professional practice for adults with obesity and related comorbidities. *Eur J Phys Rehabil Med*, 56(4):496–507.

# Prehransko stanje bolnikov z okužbo s SARS-CoV-2

## Nutritional Status of Patients with SARS-CoV-2 Infection

Tajda Košir Božič<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Asist. Tajda Košir Božič, dr. med, Klinični oddelek za gastroenterologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Japljeva 2, 1525 Ljubljana; bozic.tayda@gmail.com

### POVZETEK

Obravnava bolnikov, ki so okuženi z virusom SARS-CoV-2 (angl. *severe acute respiratory syndrome corona virus 2*) predstavlja izziv za zdravnike številnih specialnosti med njimi tudi za tiste, ki se ukvarjajo s klinično prehrano. Hospitalizirani bolniki imajo pogosto številne pridružene bolezni, ki že same po sebi predstavljajo tveganje za razvoj podhranjenosti, ob dihalni insuficienci in vnetnem odzivu, pa se katabolno breme še dodatno poveča. Strokovno mnenje, ki so ga podali specialisti klinične prehrane v okviru Evropskega združenja za klinično prehrano in presnovo (angl. *European Society for clinical nutrition and metabolism*, ESPEN) je, da bi preventiva, diagnoza in zdravljenje podhranjenosti morali postati del standardne obravnave bolnikov, ki so okuženi s SARS-CoV-2 (Barazzoni et al. 2020). Svetovana obravnava teh bolnikov je izrazito interdisciplinarni proces, kjer v idealni situaciji sodelujejo klinični dietetiki, medicinske sestre, zdravnik z znanjem na področju klinične prehrane, fizioterapevt ter specialisti fizikalne in rehabilitacijske medicine, v kolikor je to potrebno. Med obravnavo uporabljamo klasična orodja klinične prehrane, kamor spadajo presejalni testi, laboratorijski izvidi, meritve telesne sestave in diagnostična merila. V obravnavi se je potrebno osredotočiti na zadosten energetski in beljakovinski vnos, kar je ob pogostih pridruženih simptomih in znakih (driska, slabost, bruhanje, inapetenca, izguba okusa) v praksi velik izziv. Jasnih dokazov za uporabo specifičnih farmakonutrientov trenutno nimamo.

### Literatura

Barazzoni, R., Bischoff, S. C., Breda, J., et al. (2020). ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Clin Nutr*, 39(6):1631–1638.

# Motnje hranjenja in prehranjevanja v času COVID-19

## Eating Disorders and Disordered Eating during COVID-19

Karin Sernek<sup>1</sup>

<sup>1</sup> asis. dr. Karin Sernek, dr. med. Enota za motnje hranjenja, Center za mentalno zdravje, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Grablovičeva 44a, 1000 Ljubljana; karin.sernek@psih-klinika.si

### POVZETEK

Motnje hranjenja dandanes predstavljajo pomemben javnozdravstveni problem, saj obolevajo tako ženske kot tudi moški. Motnje hranjenja uvrščamo med duševne motnje in jih delimo na anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo ter kompulzivno prenejanje. Zadnja leta se pojavljajo tudi nove oblike motenj hranjenja, kot sta ortoreksija nervoza (hranjenje izključno z »zdravo«, biološko neoporečno hrano) in bigoreksija nervoza (obsedenost z mišičastim telesom). Gre za kronične, ponavljajoče se motnje, ki so pogosto povezane s psihiatrično komorbidnostjo in z resnimi telesnimi zapleti. Motnje hranjenja so čustvene motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane. Predstavljajo zunanji izraz globoke duševne in čustvene vznemirjenosti ter ne-sprejemanja sebe.

Motnje hranjenja je potrebno razlikovati od motenj prehranjevanja, ki veljajo za nekakšno predstopnjo prvih, hkrati pa ni nujno, da se vanje tudi razvijejo. Med motnje prehranjevanja sodijo neustrezne prehranjevalne navade, kot so neredno prehranjevanje, pogosta nihanja telesne mase zaradi različnih diet, uživanje le določene vrste hrane (neuravnovešena prehrana) in podobno. Te motnje niso nujno znak duševne motnje.

Dejavnike tveganja oz. vzroke za razvoj motenj hranjenja lahko delimo v tri skupine: družinski, biološko-genetski in socio-kulturni. Čas pandemije COVID-19 (angl. *coronavirus disease 2019*, COVID-19) s posledično socialno izolacijo zagotovo sodi med slednje, hkrati pa je poslabšal tudi razmere v disfunkcionalnih družinah. Najpomembnejši predpogoj za uspešno zdravljenje je lastna motivacija (želja po spremembi in s tem po zdravljenju). Dejstvo je, da so motnje hranjenja 24-urna preokupacija, polna občutkov krivde, sramu in širše življenjske disfunkcionalnosti, tako da se slej ko prej vsak oboleli odloči, da ne želi več živeti na tak način in poišče ustrezno pomoč. Od tega trenutka dalje zdravljenje ne služi več le vzdrževanju življenja (pomoč pri hranjenju in nadzor nad hranjenjem, infuzije, nazogastrična sonda, psihiatrično in internistično spremljanje) in izvajanju motivacijskega procesa, temveč vodi v zdravje (telesno in duševno). Potrebno je torej ločevati med reševanjem življenja in zdravljenjem osebe z motnjo hranjenja. Slednje je možno le s pristankom obolele osebe, uspešno pa je le ob njeni lastni motivaciji za zdravljenje.

Zdravljenje poteka ambulantno ali bolnišnično. Sicer pa je najustreznejše tisto zdravljenje, ki ne odpravlja le simptomov motnje hranjenja, temveč upošteva tudi vzroke nastanka motnje.

To sta vedenjsko - kognitivna psihoterapija in dinamsko – razvojna/analitična psihoterapija, seveda po potrebi v kombinaciji s farmakoterapijo.

Ozdravljenje ne pomeni le odsotnosti simptomov motnje hranjenja, temveč tudi zadovoljujoče psiho-socialno funkcioniranje.



# Odsev post-COVID-19 rehabilitacije skozi oči kliničnega dietetika

## Reflecting the Post-COVID-19 Rehabilitation through the Eyes of a Clinical Dietitian

Monika Vošner<sup>1,†</sup> and Eva Peklaj<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Monika Vošner, mag. dietetike, Tim za klinično prehrano, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Linhartova cesta 51, 1000 Ljubljana

<sup>2</sup>Asist. Eva Peklaj, uni. dipl. inž. živ. tehnol., klinični dietetik, Tim za klinično prehrano, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Linhartova cesta 51, 1000 Ljubljana; evapeklaj@gmail.com

<sup>†</sup>Avtorja si delita mesto prvega avtorstva.

### POVZETEK

Pacienti, ki okrevajo po bolezni COVID-19 (angl. *coronavirus disease 2019*, COVID-19), so pogosto podhranjeni, imajo nizko telesno zmogljivost in niso sposobni samostojnega opravljanja dnevnih aktivnosti (Anker et al. 2020, Bedock et al. 2020, Panerone et al. 2020, Belli et al. 2020, Venturelli et al. 2021). Dolgoročne posledice okužbe s COVID-19 vključujejo utrujenost ali oslabelost mišic – tudi šest mesecev po akutni okužbi s COVID-19 (Venturelli et al. 2021, Huang et al. 2021). V raziskavi, kjer so paciente spremljali 60 dni po pojavu simptomov COVID-19, jih je kar 40 % poročalo o slabši kakovosti življenja (Carfi et al., 2020). Poleg etiologije krhkosti in šibkosti, pridobljene po hospitalizaciji na oddelku intenzivne terapije, sta dobro znani tudi možnost ciljne prehranske podpore za modulacijo razvoja le-tega kot tudi zdravljenja podhranjenosti (Singer et al. 2019, Barazzoni et al. 2020). Pacienti s COVID-19, ki potrebujejo hospitalizacijo ali celo intenzivno terapijo, bodo ob neustrezni prehranski podpori, v kolikor preživijo, razvili globlje fizične, funkcionalne, psihološke in kognitivne pomanjkljivosti (Cereda et al., 2021). Prehranska podpora ob rehabilitaciji in fizioterapiji lahko potencialno spremeni trajektorij razvoja podhranjenosti. Zaradi tega je potrebno prehransko podporo začeti zgodaj, jo usmerjati v pacientove individualne potrebe in jo vzdrževati skozi celotno zdravljenje ter z njo nadaljevati tudi po odpustu v domače okolje (Barazzoni et al. 2020, Cereda et al. 2021).

### Raziskava

Velika večina pacientov, ki pride na URI - Soča na kompleksno rehabilitacijo zaradi miopatije in/ali nevropatije kritično bolnega po preboleli COVID-19 pljučnici, ima visoko tveganje za podhranjenost in z njo povezane zaplete. V empirično prospektivno raziskavo, ki smo jo delali na URI - Soča, je bilo vključenih 30 pacientov z miopatijo in/ali nevropatijo kritično bolnega po COVID-19 pljučnici z akutno respiratorno odpovedjo, ki so bili od novembra 2020 do marca 2021 hospitalizirani na URI - Soča. Spremljali smo parametre telesne sestave (fazni kot, indeks pušte telesne mase, suho pusto telesno maso ter status hidracije) in laboratorijske vrednosti (raven vnetnih kazalcev, albumine, vitamin D ter prisotnost anemije). Na podlagi prehranske obravnave smo postavili prehranske diagnoze, načrtovali prehransko podporo in paciente spremljali do zaključka rehabilitacije (Ceder-

holm et al. 2017, Majdič et al. 2021). Ob odpustu so bili pacienti deležni prehranskega svetovanja in po potrebi smo jim predpisali nadaljnjo prehransko podporo z oralnimi prehranskimi dodatki oziroma enteralno prehrano ob sondnem hranjenju (Barazzoni et al., 2020). Merila GLIM (angl. *Global Leadership Initiative on Malnutrition*) za podhranjenost (Cederholm et al., 2019) je izpolnjevalo 29/30 pacientov (97 %), 25 od teh (86 %) je bilo hudo podhranjenih (2. stopnja). Vsi pacienti vključeni v raziskavo so tekom akutnega zdravljenja izgubili telesno maso, večina med 11–15 % izhodiščne telesne mase, kar 47 % vseh pa več kot 16 % izhodiščne telesne mase. Pri 19 pacientih so bila pridružena stanja, ki vplivajo na prehransko in presnovno stanje, večinoma razjede zaradi pritiska (RZP) (Majdič et al., 2021). Razjede so bile različno globoke, od odrgnine – RZP 1. stopnje do globokih nekroz – RZP 4. stopnje (70 %) (Cunder et al., 2021). Fazni kot je bil ob sprejemu pri vseh pacientih znižan (povprečno 3.1°, SD 0.5). Med rehabilitacijo je prišlo do statistično značilnega izboljšanja faznega kota, vendar so bile vrednosti še vedno pod petim populacijskim percentilom. Korelacija med faznim kotom in Lestvico funkcijske neodvisnosti (angl. *Functional Independence Measure*, FIM) je bila pozitivna, vendar statistično neznačilna ( $r = 0.3, p = 0.141$ ) (Majdič et al., 2021).

### ZAKLJUČEK

Med kompleksno interdisciplinarno rehabilitacijo, ki je vključevala tudi individualno prehransko in presnovno podporo, je prišlo do izboljšanja prehranskega stanja naših pacientov (Majdič et al., 2021). Glede na to, da bolniki na rehabilitacijo prihajajo hudo podhranjeni in brez uvedene ustrezne prehranske terapije, je ključno, da se ustrezna prehranska podpora priče že tekom akutnega zdravljenja, saj bo izid rehabilitacije boljši, s tem pa bo izboljšana tudi kakovost življenja.

### Literatura

- Anker, M. S., Landmesser, U., Haehling, S., et al. (2020). Weight loss, malnutrition, and cachexia in covid-19: facts and numbers. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 12(1):9–13.
- Barazzoni, R., Bischoff, S. C., Breda, J., et al. (2020). Espen expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with sars-cov-2 infection. *Clinical Nutrition*, 39(6):1631–1638.

- Bedock, D., Bel Lassen, P., Mathian, A., et al. (2020). Prevalence and severity of malnutrition in hospitalized covid-19 patients. *Clinical Nutrition ESPEN*, 40:214–219.
- Belli, S., Balbi, B., Prince, I., et al. (2020). Low physical functioning and impaired performance of activities of daily life in covid-19 patients who survived hospitalisation. *European Respiratory Journal*, 56(4):2002096.
- Carfi, A., Bernabei, R., and Landi, F. (2020). Persistent symptoms in patients after acute covid-19. *JAMA*, 324(6):603.
- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., et al. (2017). Espen guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1):49–64.
- Cederholm, T., Jensen, G., Correia, M., et al. (2019). Glim criteria for the diagnosis of malnutrition – a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition*, 38(1):1–9.
- Cereda, E., Clavé, P., Collins, P. F., et al. (2021). Recovery focused nutritional therapy across the continuum of care: Learning from covid-19. *Nutrients*, 13(9):3293.
- Cunder, K., Petrovič, O., Oblak, C., and Kic, N. (2021). Zapleti pri pacientih po težki okužbi s covid-19. *Rehabilitation*, suppl. 1.
- Huang, C., Huang, L., Wang, Y., et al. (2021). 6-month consequences of covid-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet*, 397(10270):220–232.
- Majdič, N., Fortner, M., Oblak, T., et al. (2021). Nutritional status of patients with critical illness myopathy and/or neuropathy after covid-19 from the viewpoint of physical rehabilitation. *Clinical Nutrition ESPEN*, 46:S594–S595.
- Paneroni, M., Simonelli, C., Saleri, M., Bertacchini, L., et al. (2020). Muscle strength and physical performance in patients without previous disabilities recovering from covid-19 pneumonia. *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation*, 100(2):105–109.
- Singer, P., Blaser, A. R., and Berger, M. M. A. (2019). Espen guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 38(1):48–79.
- Venturelli, S., Benatti, S. V., Casati, M., et al. (2021). Surviving covid-19 in bergamo province: a post-acute outpatient re-evaluation. *Epidemiology and Infection*, 149.