



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**USPEŠNOST ŠOLE ZDRAVEGA HUIŠANJA Z
VIDIKA SPREMEMBE PREHRANSKIH IN
GIBALNIH NAVAD**

**EFFICIENCY OF WEIGHT LOSS PROGRAM
FROM THE NUTRITION AND EXERCISE
POINT OF VIEW**

Mentorica: Erika Povšnar, pred.

Kandidat: Sašo Kržišnik

Jesenice, junij, 2013

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Eriki Povšnar za vse njene strokovne nasvete in korektno vodenje pri pripravi diplomske naloge.

Zahvaljujem se ga. Anji Bizjak za prevod povzetka, g. Jerneju Isteniču za statistično obdelavo podatkov ter recenzentkama mag. Jožici Ramšak Pajk viš. pred. in doc. dr. Joci Zurc za usmeritve pri nastajanju kakovostne diplomske naloge.

Posebna zahvala gre moji družini, ki me je celotno študijsko obdobje podpirala in mi stala ob strani.

Zahvaljujem se vsem sodelavcem za izkazano podporo in pomoč pri opravljanju študijskih obveznosti.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Nezdrave prehranske navade in pomanjkljiva gibalna dejavnost sta ena najpogostejših vzrokov za nastanek čezmerne prehranjenosti ter debelosti, ki vodita v nastanek in razvoj mnogih kroničnih nenalezljivih bolezni.

Cilj: Cilj raziskave je bil ugotoviti spremembe prehranskih in gibalnih navad, ki so jih udeleženci šole zdravega hujšanja uvedli v svoj življenjski slog ter ugotoviti uspešnost šole zdravega hujšanja z vidika doseganja ciljne telesne teže udeležencev in obstoja statistično pomembnih razlik v uspešnosti hujšanja glede na spremembe prehranskih in gibalnih navad.

Metoda: Raziskava je temeljila na kavzalno - neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Podatki so bili zbrani s strukturiranim anketnim vprašalnikom. Sodelovalo je 83 udeležencev (83 % realizacija vzorca) šol zdravega hujšanja v zdravstvenih domovih Osnovnega zdravstva Gorenjske in Zdravstvenem domu Ljubljana – Polje. Vzorec je bil neslučajnostni, namenski. Pri obdelavi podatkov smo uporabili opisno statistiko, Hi kvadrat test, Wilcoxonov test in t-test.

Rezultati: Ciljno zmanjšanje telesne teže je doseglo 59,1 % anketiranih. Razlike med telesno težo ter ITM udeležencev pred in ob zaključku šole hujšanja so statistično pomembne pri obeh spolih ($p = 0,001$). Delež uspešnih udeležencev je višji v skupini z višjim vstopnim ITM. Tedenska gibalna dejavnost udeležencev je ob zaključku šole hujšanja statistično pomembno pogostejša, kot ob začetku ($p = 0,001$). Več kot polovica udeležencev je spremenila tako prehranske (57,8 %) kot gibalne (54,2 %) navade. Statistično pomembnih razlik med spremembami prehranskih ($p = 0,068$) ter gibalnih ($p = 0,807$) navad in uspešnostjo udeležencev nismo ugotovili.

Razprava: Šole zdravega hujšanja so uspešne, saj več kot polovica udeležencev doseže ciljno telesno težo. Pomembno vlogo v doseganju uspešnosti udeležencev ima motivacija medicinske sestre, ki pa je znatno manjša in neizkoriščena v fazi napotitve v šolo hujšanja.

Ključne besede: šola zdravega hujšanja, uspešnost, prehranske navade, gibalne navade

SUMMARY

Theoretical basis: Unhealthy eating habits and lack of physical activity are among most common causes of excessive body weight and obesity that lead to emergence and development of many chronic non-contagious illnesses.

Objectives: The objective of this research was to establish the changes in eating and physical activity that participants of the schools of healthy weight loss incorporated into their life style and evaluate the success of the school of healthy weight loss as far as reaching goal weights of the participants and statistically relevant differences concerning the success of weight loss based on changes in eating and physical activity are concerned.

Method: The research was based on causal – non-experimental method of empirical research. The data was gathered by means of a structured survey questionnaire. There were 83 participants involved (83 % realisation of the sample) from schools of healthy weight loss in clinics of Osnovno zdravstvo Gorenjske and Zdravstveni dom Ljubljana – Polje. The sample was non-coincidental, purpose-made. For data processing we used descriptive statistics, hi square test, Wilcox test and t-test.

Results: 59,1 % of interviewees reached their goal weight. Differences between body weight and ITM of participants before and after completion of the school of healthy weight loss are statistically relevant for both genders ($p = 0,001$). The share of successful participants is greater in the group with higher ITM. Weekly physical activity of participants at the end of the school of healthy weight loss is more frequent as far as statistical relevance is concerned than in the beginning. More than a half of participants changed their eating habits (57,8 %) as well as physical activity (54,2 %). We did not find any statistically relevant differences between changes of eating habits ($p = 0,068$) and physical activity ($p = 0,807$) and success of the participants.

Discussion: Schools of healthy weight loss are successful since more than a half of participants reach their goal weight. An important role as far as achieving set goals of the participants is concerned, plays a medical nurse, however, this role is significantly lessened and not used during the phase of referral to the school.

Key words: school of healthy weight loss, success, eating habits, physical activity

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	3
2.1	ČEZMERNNA TELESNA TEŽA IN DEBELOST - DEJAVNIKA TVEGANJA ZA RAZVOJ KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI.....	3
2.1.1	Bolezni moderne dobe - kronične nenalezljive bolezni	3
2.1.2	Čezmerna telesna teža in debelost - dejavnika tveganja za bolezni srca in ožilja	4
2.1.3	Pomen prehrane in gibanja v obravnavi čezmerne telesne teže in debelosti.	7
2.2	ŠOLA ZDRAVEGA HUIŠANJA - ZDRAVSTVENO VZGOJNI PROGRAM PREPREČEVANJA ČEZMERNE TELESNE TEŽE IN DEBELOSTI.....	10
2.2.1.	Zdravstvena vzgoja.....	10
2.2.2	CINDI in programi svetovanja za zdravje.....	11
2.2.3	Šola zdravega huišanja	13
3	EMPIRIČNI DEL	15
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	15
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	15
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	16
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	16
3.3.2	Opis merskega instrumenta	16
3.3.3	Opis vzorca.....	17
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	18
3.4	REZULTATI.....	19
3.5	RAZPRAVA	39
4	ZAKLJUČEK.....	44
5	LITERATURA	45
6	PRILOGE.....	52
6.1	Anketni vprašalnik.....	52

KAZALO SLIK

Slika 1: Udeleženci šole zdravega hujšanja po zdravstvenih domovih	18
Slika 2: Telesna teža anketirancev pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja.....	19
Slika 3: Indeks telesne mase udeležencev pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja	21
Slika 4: Ocena deleža telesne maščobe žensk ob začetku in ob zaključku šole hujšanja	23
Slika 5: Ocena deleža telesne maščobe moških ob začetku in ob zaključku šole hujšanja	23
Slika 6: Mnenje udeležencev o spremembi prehranskih in gibalnih navad	25
Slika 7: Čas (ure v tednu), ki so ga udeleženci namenili ukvarjanju s športnimi dejavnostmi v šoli zdravega hujšanja	35
Slika 8: Doseganje ciljne telesne teže udeležencev	37
Slika 9: Kdo vas je usmeril v šolo zdravega hujšanja	39

KAZALO TABEL

Tabela 1: Preverjanje zanesljivosti merskega instrumenta anketnega vprašalnika za udeležence šole zdravega hujšanja	17
Tabela 2: Demografska struktura udeležencev šole zdravega hujšanja	17
Tabela 3: Starost anketiranih udeležencev šole zdravega hujšanja	18
Tabela 4: Teža moških in žensk pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja	20
Tabela 5: Telesna teža glede na uspešnost doseganja ciljne teže udeležencev	21
Tabela 6: ITM glede na uspešnost doseganja ciljne telesne teže udeležencev	22
Tabela 7: ITM moških in žensk pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja	22
Tabela 8: Obseg pasu žensk pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja	24
Tabela 9: Obseg pasu pri moških udeležencih pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja	25
Tabela 10: Mnenje udeležencev šole zdravega hujšanja o spremembi prehranskih in gibalnih navad glede na spol, starost in uspešnost	26
Tabela 11: Katere prehranske navade so udeleženci šole zdravega hujšanja spremenili v šoli zdravega hujšanja	27
Tabela 12: Razlike v spremenjenih prehranskih navadah v šoli zdravega hujšanja med spoloma	28
Tabela 13: Razlike v spremenjenih prehranskih navadah v šoli zdravega hujšanja med starejšimi in mlajšimi	28
Tabela 14: Kje udeleženci uživajo obroke	29
Tabela 15: Pogostost uživanja obrokov pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja	30
Tabela 16: Uspešnost udeležencev šole zdravega hujšanja z vidika omejitve gibalnih navad	30
Tabela 17: Gibalna dejavnost pri moških in ženskih udeleženkah	31
Tabela 18: Pogostost tedenske gibalne dejavnosti udeležencev pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja	32
Tabela 19: Čas, ki ga udeleženci šole hujšanja porabijo za gibalno aktivnost v enem dnevu	32

Tabela 20: Pogostost tedenske gibalne dejavnosti pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja glede na spol udeležencev	33
Tabela 21: Čas, ki ga moški in ženske porabijo za gibalno aktivnost pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja	33
Tabela 22: Pogostost tedenske gibalne dejavnosti pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja glede na uspešnost udeležencev	34
Tabela 23: Čas, porabljen za gibalno aktivnost pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja glede na uspešnost udeležencev	35
Tabela 24: Mnenje udeležencev o spremembah, ki so jih uvedli v svoje življenje v času šole zdravega hujšanja	36
Tabela 25: Uspešnost šole zdravega hujšanja glede na spol udeležencev	37
Tabela 26: Uspešnost šole zdravega hujšanja glede na posamezne zdravstvene domove	38
Tabela 27: Uspešnost šole zdravega hujšanja glede na izobrazbo	38

1 UVOD

Kronične nenalezljive bolezni, zlasti srčno žilne bolezni (SŽB) predstavljajo najpomembnejše tveganje za zdravje v razvitih deželah. Srčno-žilno obolenje povzroči vsako tretjo smrt, koronarna bolezen pa predstavlja vodilni vzrok umrljivosti (Govc-Eržen, 2009). Najpomembnejše so arterijska hipertenzija, različne oblike koronarne bolezni, srčno popuščanje in možganska kap (Fras et al., 2009). SŽB so ne samo v svetu, ampak tudi v Sloveniji eden izmed vodilnih vzrokov za nastanek bolezni, prezgodnje invalidnosti in umrljivosti (Govc-Eržen, 2009).

Ker je debelost zdravstveni problem sodobnega časa, ki ima razsežnosti epidemije, jo je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2013) že leta 1997 opredelila kot kronično presnovno – socialno bolezen.

Čezmerna prehranjenost in debelost sta v svetu in Sloveniji velika javnozdravstvena problema, ki se še povečujeta. Vplivata predvsem na zmanjšano kakovost življenja, povečujeta obolevnost za kronična obolenja, kot so sladkorna bolezen, različne oblike raka, zvišan krvni tlak ter bolezni srca in ožilja (Hlastan Ribič et al., 2012).

Hlastan Ribičeva s sodelavci (2012) vidi glavni vzrok debelosti in čezmerne hranjenosti v neravnovesju med energijskim vnosom in porabo. Povečuje se vnos energijsko goste hrane, ki je bogata z maščobami, s soljo, sladkorji ter osiromašena z vitamini, minerali in z drugimi mikrohranili. Zmanjšala se je tudi gibalna dejavnost zaradi sedeče narave dela, spremenjenih oblik transporta in večje urbanizacije. Spremembe v prehranskih vzorcih in gibalni dejavnosti so pogosto posledica okoljskih in socialnih sprememb, povezanih z razvojem in s pomanjkanjem podpornih politik na področju zdravja, kmetijstva, transporta, urbanega načrtovanja, okolja, predelave hrane, distribucije, trženja in izobraževanja.

Nezadostna gibalna dejavnost in nezdravo prehranjevanje sta tesno povezana s pojavljanjem in vzdrževanjem znanih fizioloških dejavnikov tveganja v zvezi s kroničnimi obolenji, kot so na primer zvišan krvni tlak ter bolezensko spremenjene vrednosti krvnih maščob (predvsem zvišane vrednosti holesterola in krvnega sladkorja). Od sedmih ključnih dejavnikov tveganja za kronična obolenja (zvišan krvni tlak, zvišan

holesterol v krvi, zvišan indeks telesne mase, prenizek vnos zelenjave in sadja, čezmerno uživanje alkohola, kajenje) jih je vsaj pet tesno povezanih z gibalno nedejavnostjo in neustreznim načinom prehranjevanja (Fras et al., 2007).

V Sloveniji se je leta 2001 v okviru programa CINDI z uvajanjem delavnic zdrave prehrane in šole zdravega hujšanja pristopilo k bolj organiziranemu reševanju problema nezdravega prehranjevanja, čezmerne prehranjenosti in debelosti. Namen delavnic je, da udeležencem pomagajo pridobiti znanje in vedenjske vzorce za zdrav način življenja in jim pomagajo spremeniti in vzpostaviti zdravju prijaznejši življenjski slog (Luznar, 2009) z gibalno dejavnostjo in prehrano (sprememba življenjskega sloga) in v povprečju znižati telesno težo za 5-10 %. Z zdravo uravnoteženo prehrano poskušamo vplivati na to, da udeleženci postopno izgubljajo odvečne kilograme, na račun izgube maščobnega tkiva, kar je možno doseči le s kombinacijo usmeritve v gibalno dejavnost (Povšnar, Kokalj, 2010).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ČEZMERNI TELESNA TEŽA IN DEBELOST - DEJAVNIKA TVEGANJA ZA RAZVOJ KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI

2.1.1 Bolezni moderne dobe - kronične nenalezljive bolezni

Kronične nenalezljive bolezni so po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije bolezni, ki so neozdravljive in različno hitro napredujejo do smrti. Najbolj pogoste kronične nenalezljive bolezni v Evropi so bolezni srca, rak, bolezni dihal, sladkorna bolezen in duševne bolezni. Razvoj različnih kroničnih bolezni je v veliki meri odvisen od istih dejavnikov tveganja – nezdrave prehranske navade, visoki energijski vnosi hranil, pomanjkanje gibalne dejavnosti in kajenje (Lipar, 2012). Za vse te bolezni poznamo glavne dejavnike tveganja, na katere lahko vplivamo in tako preprečimo nastanek bolezni ali pa odložimo začetek bolezni v starejše življenjsko obdobje. Najpomembnejši dejavniki tveganja vedenjskega sloga so: nezdrava prehrana, nezadostne gibalna dejavnost, izpostavljenost tobaku, škodljiva raba alkohola in stres (Tomšič, Orožen, 2012a).

Kronične nenalezljive bolezni predstavljajo glavni vzrok obolevnosti in umrljivosti tako v Sloveniji, kot v svetu (Djomba et al., 2010). Po poročanju Svetovne zdravstvene organizacije pa so srčno žilne bolezni vzrok za kar trideset odstotkov smrti po celem svetu (Siegrist et al., 2011). V zadnjih dveh desetletjih pa ostajajo vzrok za največ smrti tudi v razvitih državah. Ob tem ni zanemarljivo dejstvo, da se kljub temu, da kronične nalezljive bolezni večinoma sicer prizadenejo starejše odrasle, kaže njihova vedno večja pojavnost (npr. ateroskleroza) tudi med mlajšimi odraslimi (Mendis, Puska, Norrving, 2011).

Čeprav je najpogostejše kronične nenalezljive bolezni v veliki meri mogoče preprečiti, oziroma njihov pojav odložiti na kasnejša starostna obdobja, še vedno predstavljajo glavni vzrok prezgodnje umrljivosti in obolevnosti. 86 % vseh smrti v Evropi je povezanih s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi. S tem Evropska unija prednjači v svetu, kar na dolgi rok lahko pomeni možno oviro za doseganje ekonomskih in razvojnih ciljev Unije (Maučec Zakotnik, Vrbovšek, 2009).

Po zbranih podatkih za obdobje 2002-2009 v Sloveniji, je bila med 5 % pregledanimi moškimi v starostnem obdobju 35-65 let in ženskami od 40-70 let (395317 moških in 380363 žensk) ugotovljena že izražena oblika srčno žilne bolezni (srčni infarkt, angina pectoris, možganska kap ali periferna arterijska žilna bolezen), družinska obremenjenost s prezgodnjo obliko srčno žilne bolezni pa pri 32,0 % pregledanih (Fras et al., 2009).

Epidemiološki podatki o obolevnosti in umrljivosti slovenskega prebivalstva kažejo, da bolezni srca in ožilja, rakave bolezni in druge kronične nenalezljive bolezni tudi v Sloveniji predstavljajo glavno zdravstveno breme. V letu 2003 so povzročile približno 80 % vseh smrti (Maučec Zakotnik, Vrbovšek, 2009).

Umrljivost zaradi bolezni obtočil se v zadnjih treh desetletjih postopoma zmanjšuje v vseh razvitih deželah sveta, vendar pa kljub temu predstavljajo bolezni srca in žilja tudi v Sloveniji še vedno okoli 38 % vseh vzrokov smrti (Fras et. al., 2009).

Ocenjujejo, da bi lahko okoli 80 % srčnih bolezni, možganske kapi in sladkorne bolezni tipa 2 in več kot tretjino vseh rakavih obolenj preprečili z odstranitvijo skupnih dejavnikov tveganja, in sicer predvsem uporabe tobaka, nezdravega prehranjevanja, gibalne nedejavnosti in škodljive uporabe alkohola (Tomšič, Orožen, 2012b).

2.1.2 Čezmerna telesna teža in debelost - dejavnika tveganja za bolezni srca in ožilja

Čezmerna telesna teža je opredeljena kot pojav, pri katerem je telesna teža večja od normalne teže za določeno telesno višino in spol. Skrajno stanje čezmerne prehranjenosti imenujemo debelost (Fras, Maučec Zakotnik, Zaletel-Kragelj, 2004).

Debelost je kronična presnovna socialna bolezen, za katero je značilno povečanje maščobnega tkiva v telesu, razporejenega bodisi enakomerno, bodisi samo po določenih mestih (Potočnik, 2011). Pojavi se tedaj, ko vnos energije (hrane) prekorači skupno porabo energije, vključno s porabo v obliki gibalne dejavnosti (Cavill, Kahlmeier, Racioppi, 2007).

Tudi Hafnerjeva (2010) meni, da je debelost lahko posredna posledica določenih bolezni, vendar v splošnem velja, da je posledica energetskega neravnovesja, ko je vnos

energije s hrano in pijačo večji od porabe le te. Ključna dejavnika tveganja pri razvoju čezmerne prehranjenosti in debelosti sta torej nezadostna gibalna dejavnost in čezmerno uživanje hrane in pijače.

Debelost opredelimo z indeksom telesne mase (ITM), obsegom pasu, z izračunom telesne maščobe, in debelino kožne gube (Potočnik, 2011).

ITM je razmerje med telesno maso in kvadratom telesne višine v kg/m^2 . Vrednost ITM med 25 in 29,9 kg/m^2 kaže na čezmerno telesno maso, med 30 in 39,9 kg/m^2 na debelost, nad 40 kg/m^2 pa na hudo debelost (Kern, 2006).

Obseg pasu je objektivni kazalec debelosti, ki pove, ali ima bolnik povečano količino maščobe v trebuhu in s tem povečano tveganje za razvoj sladkorne bolezni tipa 2 in srčno žilnih zapletov. Obseg pasu, ki je označen, kot stopnja ogroženosti pri moških meri nad 94 cm in pri ženskah nad 80 cm. Močno zvečana ogroženost se pojavi pri moških, ki imajo obseg pasu nad 102 cm in pri ženskah nad 88 cm (Pfeifer, 2006).

Natančneje lahko nivo ogroženosti zaradi debelosti izrazimo z izračunom odstotka telesne maščobe. Priporočen odstotek telesne maščobe znaša od 16 do 25 za ženske in od 12 do 18 za moške. Tveganje za razvoj srčno žilnih bolezni naraste pri odstotku telesne maščobe od 26 do 31 za ženske in od 19 do 24 za moške. Odstotek telesne maščobe 32 in več za ženske oz. 25 in več za moške nedvomno predstavlja debelost in veliko tveganje za zdravje (Kern, 2006). Ženske se pogosteje zredijo po puberteti, v nosečnosti, nekatere med jemanjem hormonskih kontracepcijskih tablet, zelo pogosto pa po menopavzi, ko se maščoba kopiči centralno (Pfeifer, 2006).

Vzroke za čezmerno telesno težo in debelosti lahko pripišemo fiziološkim, psihološkim, ekonomskim in socialnim dejavnikom. Temeljni vzrok je neravnovesje med vnosom in porabo kalorij. Razloge za čezmeren vnos hrane iščemo lahko v družinski obremenjenosti, hormonskem neravnotežju, nepravilnih vzorcih prehranjevanja v otroštvu in v nepravilnem načinu prehranjevanja v odrasli dobi. Eden od pomembnih vzrokov sta tudi socialno področje in človekova duševnost (nesprejemanje sebe, slaba samopodoba, nezadovoljstvo s seboj, težave v družinskem, delovnem in bivalnem okolju). Eden od ključnih razlogov pa je nezadostna gibalna dejavnost oz. neaktivni

življenjski slog, še posebej pri ogroženih in ranljivih skupinah. Sodobni človek vse manj porabi, ker se (pre)malo giblje, vse več sedi, hkrati pa se povečuje uživanje energetsko goste hrane z visoko vsebnostjo maščob in sladkorjev. Hkrati se opaža nizka vsebnost vitaminov, mineralov in mikrohranil v zaužiti hrani (Hlastan Ribič et al., 2012).

Dokazano je, da na debelost vplivata življenjski slog ter dedno ozadje (Grmek Košnik, 2011). Stanje prehranjenosti je pri ljudeh v normalnih življenjskih razmerah genetsko pogojeno do 70 %. Odkrili so že čez 250 genetskih označevalcev, ki vplivajo na spremenljivke, s katerimi opredelimo stanje prehranjenosti, kot so: indeks telesne mase (ITM), debelina kožne gube, in odstotek maščob v telesu. Vplivi okolja se kažejo v prehranskih navadah (število obrokov, vsebnost maščobe, enostavnih sladkorjev, sadja in zelenjave v prehrani) in privzgojenih navadah glede gibalne dejavnosti. Pomembno vlogo pri povečanju telesne teže imata tudi pomanjkljiva ozaveščenost in zvečine nižji socialni status (Pfeifer, 2006).

Čezmerna teža in debelost prispevata v svetovnem merilu k večji stopnji umrljivosti, kot podhranjenost. Debelost je peti dejavnik za smrtnost ljudi. Po ocenah svetovne zdravstvene organizacije (SZO) iz leta 2008, je v svetu ocenjeno 1,5 milijarde odraslih, starejših preko dvajset let čezmerno težkih in/ali debelih. Razmere so zaskrbljujoče tudi v skupini otrok. Za leto 2010 je znano, da je 43 milijonov otrok, starih do pet let, čezmerno težkih, predvsem v urbanih področjih. Več kot 80 % čezmerno težkih otrok živi v razvijajočih deželah, 20 % pa v razvitem svetu (Povhe Jemec, 2011).

Z naglo širitvijo debelosti se povečuje tudi razsežnost problema. Bolezen vedno bolj tudi finančno obremenjuje zdravstvene sisteme posameznih držav. V ZDA na primer 8 % celotne vsote, ki je namenjena zdravstvu, porabijo za zaplete debelosti (Fras et al., 2004). Podatek ni presenetljiv, saj statistični podatki kažejo, da je v združenih državah 66 % vseh odraslih čezmerno težkih (ITM 25-30 kg/m²) ali debelih (ITM nad 30 kg/m²). Podatki Svetovne zdravstvene organizacije pa kažejo na porast čezmerne telesne teže in debelosti ne samo v razvitih državah, ampak tudi v državah v razvoju, kjer postaja zahodnjaški način življenja vedno bolj popularen (Burke, Wang, 2011). Pomemben vpliv na silovit porast razširjenosti debelosti v Evropski regiji ima nizka raven gibalne dejavnosti (Cavill et al., 2007).

Tudi v Sloveniji debelost postaja velik javno zdravstveni problem. Zmanjšuje dolžino in kvaliteto življenja, zaradi pridruženih bolezni, kot so bolezni srca in ožilja, sladkorna bolezen tipa 2, osteoporoza in druge bolezni mišično-kostnega sistema ter nekatere oblike raka (Hlastan Ribič, 2011).

Čezmerno telesno težo ima 40,6 % odraslih prebivalcev Slovenije, debelih pa je 17,1 % prebivalcev. Debelost narašča tudi med otroki. Po podatkih Fakultete za šport je delež čezmerno težkih in debelih otrok z leti večji. Analiza podatkov telesne mase in višine dečkov v starosti med 7 in 18 let, opravljena za obdobje od leta 1991 in 2006, je pokazala 40 % porast števila otrok s čezmerno telesno težo (Povhe Jemec, 2011). Na debelost v otroškem obdobju vpliva mnogo dejavnikov, eden med njimi je tudi dednost. Verjetnost, da bo otrok debel, pri enem debelem staršu je trikrat večja kot drugače, če pa sta debela oba starša, je verjetnost, da bo otrok debel, kar desetkrat večja od drugih otrok (Sobko et al., 2011).

2.1.3 Pomen prehrane in gibanja v obravnavi čezmerne telesne teže in debelosti

Različne raziskave o načinu prehranjevanja v Republiki Sloveniji kažejo, da se Slovenci nezdravo prehranjujejo. Število dnevnih obrokov in ritem prehranjevanja povprečnega prebivalca nista ustrezna, energijska vrednost povprečnega obroka je previsoka, zaužijemo preveč nasičenih maščob, zaužijemo premalo sadja in zelenjave ter prehranskih vlaknin, ki so pomemben varovalni dejavnik pred kroničnimi nenalezljivimi boleznimi (Maučec Zakotnik et al., 2005).

Energijsko gosta, a hranilno revna hrana, manjša gibalna dejavnost, spremenjeni načini dela ter transporta na delo, so dejavniki, ki pripomorejo k razvoju debelosti (Povhe Jemec, 2011; povz. po WHO, 2011).

Sodobni prehranski vzorci, pri katerih ima velik vpliv tudi prehranska industrija, so prenosljivi iz ene populacije v drugo, kar jim daje značaj klasičnih nalezljivih (infekcijskih) bolezni. Poseben problem pri tem so nezdravi prehranski vzorci, kot je »hitra hrana« in uživanje energetsko bogate hrane (Fras et al., 2004).

Nenormalen način hranjenja je drugi najpogostejši vzrok za nastanek debelosti, takoj za pomanjkljivo gibalno dejavnostjo. Po navadi je povezan s psihološkimi vzroki (stres) (Potočnik, 2011).

V splošni model nezdravega prehranjevanja uvrščamo neprimeren ritem prehranjevanja, predvsem premajhno število obrokov in izpuščanje zajtrka, nezadostno uživanje sadja in zelenjave, uživanje preveč slane hrane, prepogosto uživanje maščob, ki vsebujejo velik delež nasičenih in transnasičenih maščobnih kislin, prepogosto uživanje energetsko bogate hrane in prepogosto uživanje hitro razgradljivih ogljikovih hidratov (Hlastan Ribič et al., 2012).

Za ohranjanje in krepitev zdravja je zelo pomembno razmerje med energijskim vnosom in energijsko porabo, skratka med prehranjevanjem in gibalno dejavnostjo. Zdrava prehrana in redna gibalna dejavnost vplivata na zdravje vsaka zase in hkrati sinergijsko. Čeprav se učinki obeh dopolnjujejo, kar je zelo očitno pri zmanjševanju čezmerne telesne teže in debelosti, pa gibalna dejavnost pozitivno učinkuje na zdravje tudi neodvisno od prehrane (Fras et al., 2007).

Dandanes praktično nihče več ne dvomi, da sodi redno gibanje med temeljne elemente življenjskega sloga usmerjenega v varovanje zdravja. Nezadostna gibalna dejavnost oziroma sedeč življenjski slog je vedenjski dejavnik tveganja, ki ga tesno povezujemo z različnimi motnjami in predvsem kroničnimi boleznimi. Zadostna gibalna dejavnost ima po drugi strani zelo pozitivne učinke na človeški organizem (Fras et al., 2004).

V skladu z Globalno strategijo SZO o prehrani, gibalni dejavnosti in zdravju se priporoča, da se posamezniki ukvarjajo z ustrezno ravno gibalne dejavnosti vse svoje življenje. Za različne zdravstvene rezultate so potrebne različne vrste in količine gibalne dejavnosti. Vsaj 30 minut redne gibalne dejavnosti zmerne intenzivnosti večino dni v tednu zmanjšuje nevarnost za nastanek bolezni srca in ožilja ter sladkorno bolezen, za raka na debelem črevesju in raka dojke. Vaje za krepitev mišic in vaje za ravnotežje pa lahko zmanjšajo možnost padcev in povišajo funkcionalni status pri starejših odraslih. Za nadzor nad telesno težo pa je potrebno več gibalne dejavnosti (Cavill et al., 2007).

Podobno pišejo tudi Fras in sodelavci (2007), ko pravijo, da za zdravje ni potrebna intenzivna vadba, saj izsledki sodobne znanosti kažejo, da ogroženost za nastanek in napredovanje kroničnih nenalezljivih bolezni in fizioloških dejavnikov tveganja zanje pomembno zmanjšuje že pol ure zmerne gibalne dejavnosti večino dni v tednu. Pri tem je ključno, da smo gibalno dejavni vse življenjsko obdobje, saj tako ohranjamo telesno, duševno in socialno krepkost od otroštva do pozne starosti. Ohranjanje mišične krepkosti, gibljivosti in ravnotežja pri ostarelem prebivalstvu ohranja tudi funkcionalne sposobnosti, preprečuje poškodbe in bistveno povečuje možnosti aktivnega staranja ter zmanjšuje ekonomsko breme bolezni za državo.

Največ nezdravega prehranjevanja, nezdravega življenjskega sloga in zgodnjih oblik kroničnih bolezni je med revnimi in slabše izobraženimi. Revščina in neizobraženost sta dokazano največja sovražnika zdravja, kar opazamo tudi pri slovenski populaciji (Hlastan Ribič et al., 2012). V zvezi s prehranskimi navadami Maučec Zakotnikova s sodelavci (2005) izpostavlja kot posebej ogrožene moške, ljudi iz nižjega družbenega sloja, z nižjo stopnjo izobrazbe, aktivno zaposlene, prebivalce podeželskega okolja, prebivalce vzhodnega dela Slovenije in ljudi v starostnem obdobju med 25 in 45let.

Tudi iz raziskave (Fras et al., 2007) so razvidne nadpovprečno ogrožene populacijske podskupine. To so moški stari od 25 do 49 let, z nižjo stopnjo izobrazbe (z dokončano največ dve ali triletno poklicno šolo), aktivno zaposleni, iz spodnjega in delavskega družbenega sloja, iz vaškega bivalnega okolja in z vzhodnoslovenskega zdravstvenega območja, ter ženske stare od 25 do 49 let, z dokončano najmanj štiriletno srednjo šolo ali gimnazijo, aktivno zaposlene, iz spodnjega družbenega sloja na eni strani ter srednjega in višjega srednjega sloja na drugi strani, iz mestnega in primestnega bivalnega okolja in iz zahodnega in osrednjega dela Slovenije.

Povezavo med srčno žilnimi obolenji in debelostjo so raziskovali v mednarodni študiji IDEA (International day for the evaluation of abdominal obesity). V skupini preiskovancev z indeksom telesne mase nad 30 so ugotovili že izraženo srčno žilno bolezen pri 20 % moških in pri 12 % žensk. Ko so se omejili na abdominalno debelost, je bil odstotek SŽB pri moških še večji (23 %) (Casaneuva et al., 2010).

2.2 ŠOLA ZDRAVEGA HUJŠANJA - ZDRAVSTVENO VZGOJNI PROGRAM PREPREČEVANJA ČEZMERNE TELESNE TEŽE IN DEBELOSTI

2.2.1. Zdravstvena vzgoja

Zdravstvena vzgoja je pomembna oblika dejavnosti na vseh nivojih zdravstvenega varstva in dobiva vedno večji pomen v družbi, še posebej, če sledimo motu ohranjanja zdravja in kvalitete življenja (Bahun, Ramšak Pajk, 2009).

Namen zdravstvene vzgoje je spodbuditi posameznike (individualni pristop) ali skupine prebivalcev (skupinski pristop), da bi začeli aktivno skrbeti za svoje zdravje. Zdravstveno vzgojni programi naj pomagajo posamezniku oblikovati znanja, stališča in vedenjske vzorce za zdrav način življenja in jim pomagajo spreminjati življenjski slog (Luznar, 2002).

Iz navodil o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2001) je razvidno, da poznamo več oblik zdravstvene vzgoje, in sicer: individualno zdravstveno vzgojo (svetovanje), (zdravstveno vzgojna) predavanja, učne delavnice, delo v malih skupinah in posvetovalnice. Predstavljene vsebine v teh delavnicah so hujšanje, opuščanje kajenja, svetovanje za zdravo prehrano, svetovanje za gibalno dejavnost in svetovanje za zmanjšano pitje alkohola.

Zdravstveno vzgojno delo izvajajo posebej usposobljeni strokovnjaki: zdravniki splošne/družinske medicine, profesorice zdravstvene vzgoje, diplomirane medicinske sestre, fizioterapevti, psihologi (Fras, Leskošek, 2009).

Avtorice (Zurc et al., 2010) zdravstveno vzgojo razdelijo na tri ravni, in sicer na zdravstveno vzgojo na primarni ravni, ki je namenjena zdravemu prebivalstvu. Njena naloga je obveščati o dejavnikih, ki ogrožajo zdravje, in prav tako o tistih, ki zdravje vzdržujejo ali ga povrnejo. Na zdravstveno vzgojo na sekundarni ravni, ki zajema različne skupine prebivalstva, vendar še vedno zdravo populacijo. V procesu zdravstvene vzgoje na tej ravni opisujemo bolezenske znake, bolezni in zdravljenje ter zdravstveno vzgojo na terciarni ravni, ki pomeni skrb za tiste, pri katerih je že prišlo do

določene spremembe, oziroma pri katerih je zdravje že prizadeto. Posameznike želi usposobiti, da se bodo ognili ponovnemu pojavu bolezni oziroma kakovostno živeli z nastalo spremembo. Zdravstvena vzgoja na terciarni ravni je namenjena pacientom, invalidom in njihovim svojcem. Posameznik je subjekt v procesu zdravljenja, kar pomeni, da upoštevamo vse njegove posebnosti in lastnosti.

2.2.2 CINDI in programi svetovanja za zdravje

Program CINDI je nastal leta 1984 kot odziv na naraščajoče in težko obvladljivo breme, ki jih prinašajo kronične nenalezljive bolezni in dejavnikov tveganja zanje. Ime CINDI je sestavljeno iz začetnic opisa programa (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention – mednarodni integrirani interventni program za preprečevanje kroničnih bolezni). CINDI je mednarodni program, ki v mrežo povezuje 28 držav članic in 3 države kandidatke ter deluje v okviru Svetovne zdravstvene organizacije. Začetki programa CINDI segajo v leto 1982/83, ko so se združili posamezni evropski javnozdravstveni strokovnjaki z namenom, da bi strokovno podprli razvoj zdravju prijaznih politik, okrepili mednarodno strokovno sodelovanje, prispevali k racionalni rabi zdravstvenih virov ter s svojimi prizadevanji prispevali k zmanjševanju razlik v zdravju prebivalstva različnih evropskih držav. Strokovnjaki iz številnih držav v okviru CINDI mreže raziskujejo in analizirajo stanje na področju kroničnih bolezni, njihovega preprečevanja in obvladovanja ter svoje izsledke združujejo v »bazi znanja«, ki je na voljo vsem državam, institucijam in posameznikom, katerih poslanstvo je preprečevanje in obvladovanje kroničnih bolezni (Gaffney et al., 2006).

V Sloveniji je bil za odraslo populacijo leta 2002 sprejet nacionalni program preprečevanja srčno-žilnih bolezni, ki se izvaja v okviru programa CINDI Slovenija. V okviru tega programa so poleg preventivnega pregleda in ocene tveganja organizirane številne delavnice za ogrožene posameznike. Med najbolj uspešne sodijo delavnice na temo zdrave prehrane, redne gibalne dejavnosti ter zmanjševanja čezmerne telesne teže in debelosti (Povhe Jemec, 2011).

Aktivnosti programa CINDI Slovenija so usmerjene predvsem v izobraževanje, ozaveščanje in svetovanje v zvezi z zdravim načinom življenja ter v aktivno pomoč

posameznikom pri ohranjanju zdravega načina življenja ali pri spremembi tveganih življenjskih navad. CINDI si prizadeva za krepitev pozitivnih determinant zdravja slovenskega prebivalstva – za trajnostni razvoj Slovenije, zmanjšanje ekonomskih in socialnih razlik med prebivalci ter zdravo delovno in bivalno okolje (Kaučič, Vražič, 2006).

Programi svetovanja za zdravje – delavnice CINDI, potekajo v zdravstveno vzgojnih centrih, ki so organizirani v zdravstvenih domovih. Program je standardiziran in predstavlja obliko neformalnega izobraževanja odraslih. Opredeljuje ga določena organizacija dela, izbrane so vsebine, določen obseg, metode dela ter časovni okvir programa (Fras et al., 2009). V izvajanje programov se poleg diplomiranih medicinskih sester in profesorjev zdravstvene vzgoje vključujejo tudi fizioterapevti, zdravniki družinske medicine in psihologi (Fras, Leskošek, 2009). Sestavljen je iz začetnega dela programa, ki ga predstavljajo kratke delavnice (življenjski slog – promocija zdravja, test hoje in dejavniki tveganja). Nadaljevalni del programa zajema daljše delavnice (zdrava prehrana, gibalna dejavnost, zdravo hujšanje, opuščanje kajenja) (Luznar, 2009).

Problem debelosti in zmanjševanja telesne teže je obravnavan v delavnicah za zdrav življenjski slog, za zdravo prehrano in zdravo hujšanje ter v delavnici gibalna dejavnost za zdravje. Celovit program svetovanja za zdravje je oblikovan tako, da udeleženci vstopajo najprej v kratke, motivacijske delavnice, nato pa se vključujejo v daljše delavnice, skladno s potrebami (Fras et al., 2009).

Zdravstveno vzgojne delavnice poglobljeno obravnavajo dejavnike tveganja. Namenjene so skupinam prebivalcev (skupinska obravnava) ali posamezniku (individualna obravnava). Sem štejejo delavnice zdravega hujšanja, zdravega prehranjevanja, za zmanjšanje tveganega pitja alkohola, gibalne dejavnosti in delavnice opuščanja kajenja (Govc-Eržen, 2009).

Znanje, pridobljeno v delavnicah je sklop informacij, teorij, vrednot, izkušenj in vedenja o svojih izkušnjah in izkušnjah drugih. V kratkih delavnicah udeležence predvsem informiramo, usmerjamo in jim na kratko svetujemo. Daljše delavnice pa temeljijo na cilju globljega spreminjanja posameznika oziroma njegovega življenjskega sloga (Povšnar, 2008a).

2.2. 3 Šola zdravega hujšanja

Debelost je kompleksno stanje in zahteva multidisciplinarni pristop. Raziskave kažejo, da so programi, ki vključujejo osnovna načela vedenjske terapije, druga najučinkovitejša metoda (za kirurškim zdravljenjem) obravnava debelosti. Raziskave učinkovitosti v mnogih ponovitvah kažejo pozitivne rezultate: v povprečju izgubo teže okoli 10 % prvotne, klinično pomembno izboljšanje zdravja ter psihološke koristi. Problem tovrstnih programov pa je omejenost pri zagotavljanju dolgotrajnega učinka – tako zanesljivo, kot posamezniki težo izgubijo, jo v naslednjih treh letih ponovno pridobijo nazaj (Vidmar, Pogorevc, 2006).

Prvi korak v zdravljenju debelosti je ozaveščanje, nato motivacija in bolnikova odločitev za hujšanje. Sledi načrtovanje zastavljenih realnih – dosegljivih ciljev, npr. izguba 5-10 % telesne mase. Ta cilj zagotavlja izboljšanje zdravja, metabolične urejenosti, zmanjšanje dejavnikov ogrožanja za srčno žilne bolezni in boljšo kakovost življenja. Dosežemo ga lahko samo s celostnim pristopom (Pfeifer, 2006).

Šola zdravega hujšanja je daljša delavnica, ki je namenjena osebam z 20 in več odstotnim tveganjem za razvoj srčno-žilnih in drugih kroničnih nenalezljivih bolezni in osebam z že prisotno kronično boleznijo, z indeksom telesne mase (ITM) več kot 27,5 ter osebam z ogrožajočo debelostjo (ITM 30 in več), ki je bolezenska entiteta sama po sebi, hkrati pa predstavlja pomembna tveganja za številne druge kronične bolezni – srčno žilne bolezni, sladkorno bolezen, raka, depresijo in bolezni obrabe kosti in sklepov. V šoli posameznik pridobi znanje in veščine za zdrav življenjski slog, spreminjanje prehranskih in gibalnih navad ter samopodobe. Integralni del delavnice predstavlja tudi psihična podpora v smislu spreminjanja doživljanja problema debelosti pri posamezniku (Maučec Zakotnik et al., 2012).

V šolah zdravega hujšanja je pomembno, da je v program vključena dieta skupaj z gibalno dejavnostjo, sprememba življenjskega stila in psihološka podpora, tako doma, kot v šoli hujšanja. Kljub temu, da je ciljno telesno težo relativno lahko doseči, je veliko težje to težo tudi obdržati (Cristobal et al., 2010).

Podobnega mnenja sta tudi Vidmar in Pogorevc (2006), ki trdita, da sta dieta in gibalna dejavnost še vedno temelj zdravljenja debelosti. Izkušnje kažejo, da so uspehi različnih shujševalnih diet največkrat slabi in le prehodni. Da bi izboljšali izid, so se skupinam strokovnjakov, ki se ukvarjajo s problemom prevelike telesne teže, tj. zdravnikov, medicinskim sestram, fizioterapevtom in dietetikom v 60ih letih prejšnjega stoletja pridružili še psihologi in psihiatri. To je bil začetek uporabe vedenjsko-kognitivne terapije, s katero psihoterapevti bolniku pomagajo, da ustvari pravilen odnos do lastne telesne teže, spozna in oceni svoje prehranske navade in odnos do gibalne dejavnosti ter jih pod stalnim nadzorom spreminja. Pomagajo jim tudi, da prepoznajo možne sprožilce za čezmerno uživanje hrane, odkrivanje čustvene stiske in jih obvladajo.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomske naloge je v teoretičnem uvodu predstaviti čezmerno prehranjenost in debelost kot problem javnega zdravja ter predstaviti šolo zdravega hujšanja kot obliko obravnave čezmerne telesne teže in debelosti na primarnem nivoju zdravstvenega varstva na območju Osnovnega zdravstva Gorenjske (OZG), organizacijska enota Zdravstveni dom (ZD) Kranj, ZD Tržič, ZD Jesenice in ZD Škofja Loka) in Osnovno zdravstvo (OZ) Ljubljane (ZD Polje). Ugotoviti želimo uspešnost šol zdravega hujšanja z vidika sprememb prehranskih in gibalnih navad udeležencev.

Cilji raziskave:

- Ugotoviti uspešnost šol zdravega hujšanja z vidika doseganja ciljne telesne teže udeležencev ob zaključku šole zdravega hujšanja.
- Ugotoviti prehranske in gibalne spremembe, ki so jih udeleženci vključili v svoj življenjski slog v času udeležbe v programu šole zdravega hujšanja.
- Ugotoviti, ali obstajajo statistično pomembne razlike v doseganju ciljne telesne teže udeležencev glede na spremembe prehranskih in gibalnih navad.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kakšna je bila telesna teža udeležencev ob začetku in ob zaključku šole zdravega hujšanja?
2. Kakšne so bile vrednosti ITM udeležencev pred začetkom in ob zaključku šole zdravega hujšanja?
3. Katere prehranske navade so udeleženci spremenili v času obiskovanja šole zdravega hujšanja?
4. Katere gibalne navade so udeleženci spremenili v času obiskovanja šole zdravega hujšanja?
5. Ali se uspešnost doseganja ciljne telesne teže udeležencev ob zaključku šole zdravega hujšanja statistično pomembno razlikuje glede na spremembe prehranskih navad?

6. Ali se uspešnost doseganja ciljne telesne teže udeležencev ob zaključku šole zdravega hujšanja statistično pomembno razlikuje glede na spremembe gibalnih navad?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni deskriptivni metodi empiričnega kvantitativnega raziskovanja. Teoretični in empirični del diplomskega dela v obliki anketnega vprašalnika smo pripravili s pomočjo strokovne literature v podatkovnih bazah COBISS, PubMed in CINAHL. Za poizvedovanje smo uporabili ključne besede: kronične nenalezljive bolezni, srčno žilne bolezni, čezmerna telesna teža, debelost, delavnice zdravega hujšanja, preventiva, zdravstvena vzgoja, primarno zdravstveno varstvo, uspešnost hujšanja, gibalna dejavnost, prehranske navade. Za tuje raziskave smo izvedli poizvedbo s ključnimi besedami: weight loss program, nurse role, body weight regulation, obesity treatment evaluation, overweight adults causes of obesity, journal of obesity, methods in obesity treatment, physical activity, exercise, nutrition habits. Vire smo pregledali, podatke sistematizirali in kritično analizirali.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Kot instrument raziskave smo uporabili strukturiran anketni vprašalnik, ki smo ga razdelili med udeležence šol zdravega hujšanja v zdravstvenih domovih. Vprašalnik smo sestavili s pomočjo študija literature: (Hlastan Ribič et al. 2012, Kern, 2006).

Vprašalnik, ki je bil namenjen udeležencem šole zdravega hujšanja je bil sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop se je nanašal na splošne podatke (demografski podatki, teža pred in ob zaključku šole, telesna višina, obseg pasu ter ocena deleža telesne maščobe), drugi sklop se je nanašal na prehranske spremembe, tretji sklop, pa na gibalne spremembe. Vprašalnik je sestavljalo 23 vprašanj. 14 vprašanj je bilo zaprtega tipa, od teh so pri dveh vprašanjih anketiranci trditve vrednotili s pomočjo petstopenjske

Likertove lestvice, 4 vprašanja so bila odprtega tipa in 5 vprašanj je bilo kombinacija odprtega in zaprtega tipa.

Za vprašanja, kjer je bila uporabljena Likertova lestvica smo izračunali Cronbach alpha koeficient. To je mera zanesljivosti, ki je definirana na intervalu od 0 do 1. Če njegova vrednost presega 0,70 lahko rečemo, da je merski postopek zanesljiv. V primeru manjših vzorcev pa je zadovoljiva že vrednost nad 0,50 (Ferligoj et al., 2003).

Tabela 1: Preverjanje zanesljivosti merskega instrumenta anketnega vprašalnika za udeležence šole zdravega hujšanja

Vprašanje	Cronbach Alfa
Trditve o spremembi prehranskih navad glede na uspešnost v šoli zdravega hujšanja	0,797
Trditve o spremembi prehranskih navad glede na spol v šoli zdravega hujšanja	0,838

Cronbach alfa za indikatorje, ki merijo spremembe prehranskih navad udeležencev glede na uspešnost hujšanja, znaša 0,797, kar pomeni, da je merski instrument zanesljiv. Prav tako je Cronbach alfa zanesljiv (0,838) tudi za indikatorje, ki merijo spremembe prehranskih navad udeležencev glede na spol.

3.3.3 Opis vzorca

Tabela 2: Demografska struktura udeležencev šole zdravega hujšanja

		n	%
Spol	Moški	18	21,7 %
	Ženski	65	78,3 %
	Skupaj	83	100 %
Izobrazba	Nepopolna osnovnošolska izobrazba	1	1,2 %
	Osnovnošolska izobrazba	10	12,0 %
	Poklicna ali srednješolska izobrazba	54	65,1 %
	Višješolska, visokošolska ali univerzitetna izobrazba	18	21,7 %
Zaposlitveni status	Zaposlen	39	47,0 %
	Gospodinja	3	3,6 %
	Upokojenec	36	43,4 %
	Brezposeln	5	6,0 %

n – število odgovorov, % - odstotek

V raziskavi smo uporabili neslučajnostni, namenski vzorec, ki je zajemal udeležence šol zdravega hujšanja v štirih zdravstvenih domovih na Gorenjskem (ZD Kranj, ZD Škofja

Loka, ZD Tržič, ZD Jesenice) in v Ljubljani (ZD Ljubljana – Polje). Razdeljenih je bilo 100 vprašalnikov, vrnjenih pa 83, kar predstavlja 83 % realizacijo vzorca. V raziskavi, kot vidimo v tabeli 2, je sodelovalo 83 udeležencev, in sicer 78,3 % žensk ter 21,7 % moških. Največ anketiranih, 65,1 % je imelo dokončano poklicno ali srednjo šolo, le 1,2 % udeležencev pa je imelo nepopolno osnovnošolsko izobrazbo. 47,0 % anketiranih je bilo zaposlenih, 3,6 % udeležencev je bilo gospodinj.

Starostna struktura anketiranih je prikazana v tabeli 3. Povprečna starost udeležencev je bila 55,9 let. Večina, 41,0 % anketiranih je bila v starostnem razredu med 50 in 59 let. Najmlajši udeleženec je bil star 29 let in najstarejši 71 let.

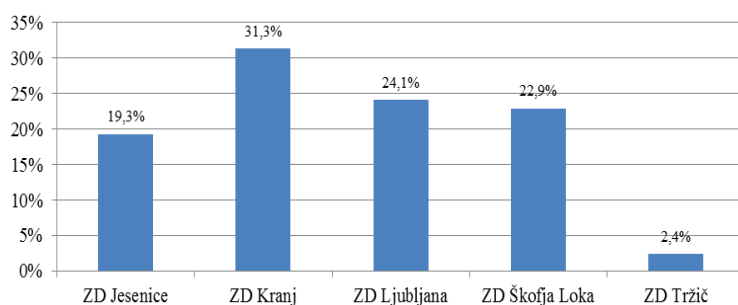
Tabela 3: Starost anketiranih udeležencev šole zdravega hujšanja

Starost	n	%
Manj kot 30 let	2	2,4 %
Med 30 in 39 let	8	9,6 %
Med 40 in 49 let	17	20,5 %
Med 50 in 59 let	34	41,0 %
Med 60 in 69 let	20	24,1 %
70 let ali več	2	2,4 %
Skupaj	83	100 %

n – število odgovorov, % - odstotek

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala od 01. 11. 2012 do 01. 02. 2013. Na podlagi predhodno pridobljenih soglasij vseh zdravstvenih domov smo anketne vprašalnike osebno razdelili vodjem tečajev šol zdravega hujšanja v zavodih ZD Kranj, ZD Tržič, ZD Jesenice, ZD Škofja Loka in ZD Ljubljana - Polje. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost.



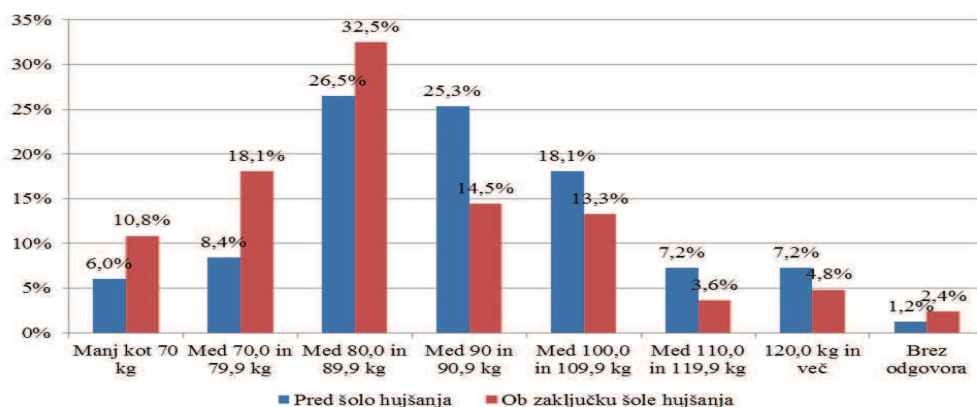
Slika 1: Udeleženci šole zdravega hujšanja po zdravstvenih domovih

Kot vidimo na sliki 1, je največ, 31,3 % anketirancev obiskovalo šolo zdravega hujšanja v ZD Kranj, 24,1 % jih je obiskovalo šolo v ZD Ljubljana - Polje, v ZD Škofja Loka je hodilo 22,9 % anketiranih, v ZD Jesenice 19,3 % in v ZD Tržič 2,4 % anketirancev.

Statistična analiza pridobljenih podatkov iz anketnih vprašanj je bila opravljena s programom MSO Excel in SPSS. S programom SPSS so bila obdelana vprašanja oziroma trditve, ki so bila vrednotena s pomočjo Likertove lestvice stališč. Demografske podatke smo obdelali z deskriptivno statistiko. Za statistične spremenljivke smo izračunali frekvence, odstotke, mere srednje vrednosti (aritmetično sredino) in razpršenosti (standardni odklon). Statistično pomembne razlike smo ugotavljali s t- testom za neodvisne vzorce, Hi kvadrat testom (H_i^2) in Wilcoxon testom (Z); statistično pomembnost je predstavljala p vrednost $\leq 0,05$. Podatki so predstavljeni s pomočjo tabel in grafov.

3.4 REZULTATI

Iz slike 2 je razvidno, da je imelo pred začetkom šole zdravega hujšanja največ udeležencev, 26,5 % telesno težo med 80,0 in 89,9 kg. Najmanjša teža pred šolo je bila 63 kg in največja 157,2 kg. Povprečna teža udeležencev pred šolo je bila 93,7 kg, ob zaključku pa 85,9 kg, kar pomeni, da so udeleženci v povprečju izgubili 7,8 kg (0,49 kg na teden). Ob zaključku je imel največji delež anketiranih, 32,5 % telesno težo med 80,0 in 89,9 kg. Najmanjša teža ob zaključku je bila 55 kg (*isti udeleženec kot pred šolo*) in največja 153,3 kg (*isti udeleženec kot pred šolo*).



Slika 2: Telesna teža anketirancev pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja

Tabela 4: Teža moških in žensk pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja

Spol Telesna teža	Moški				Ženske			
	Pred šolo		Po šoli		Pred šolo		Po šoli	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Manj kot 69,9 kg	1	5,6 %	1	5,6 %	4	6,2 %	8	12,3 %
Med 70,0 in 79,9 kg	0	0,0 %	1	5,6 %	7	10,8 %	14	21,5 %
Med 80,0 in 89,9 kg	0	0,0 %	6	33,3 %	22	33,8 %	21	32,3 %
Med 90 in 90,9 kg	5	27,8 %	2	11,1 %	16	24,6 %	10	15,4 %
Med 100,0 in 109,9 kg	5	27,8 %	3	16,7 %	10	15,4 %	8	12,3 %
Med 110,0 in 119,9 kg	3	16,7 %	2	11,1 %	3	4,6 %	1	1,5 %
120,0 kg in več	4	22,2 %	3	16,7 %	2	3,1 %	1	1,5 %
Brez odgovora	0	0,0 %	0	0,0 %	1	1,5 %	2	3,1 %
Skupaj	18	100 %	18	100 %	65	100 %	65	100 %
Povprečna telesna teža Udeležencev	108,1 kg		100,1 kg		91,2 kg		84,7 kg	
Povprečna izguba TT Udeleženca	8,05 kg (7,4 %)				6,5 kg (7,1 %)			
Z	-3,73				-6,24			
p	0.001				0.001			

n – število odgovorov, % - odstotek, Z – Wilcoxon test, p – statistična pomembnost

Tabela 4 kaže telesno težo moških in žensk pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja. Ena udeleženka ni navedla telesne teže pred, dve pa ob zaključku delavnice. Največ moških, 27,8 % je imelo telesno težo pred šolo med 90 in 99,9 kg, prav toliko tudi med 100,0 in 109,9 kg. Ob zaključku jih je največ, 33,3 % tehtalo med 80,0 in 89,9 kg. V tem razredu telesne teže pred šolo hujšanja ni bilo nobenega udeleženca. Povprečna vstopna teža pri moških je bila 108,1 kg in izstopna 100,1 kg. V povprečju so moški izgubili 8,05 kg, kar predstavlja 7,4 % izgube telesne teže ali povprečno 0,50 kg na teden. Največ žensk, 33,8 % je imelo telesno težo pred začetkom šole zdravega hujšanja med 80,0 in 89,9 kg. Po šoli jih je prav tako največ, 32,3 % tehtalo med 80,0 in 89,9 kg. Za 9,2 % se je zmanjšalo število udeleženk v kategoriji med 90,0 in 99,9 % in povečalo število za 10,7 % v kategoriji med 70,0 in 79,9 kg. Povprečna vstopna teža pri ženskah je bila 91,2 kg izstopna 84,7 kg. Udeleženke so v povprečju izgubile 6,5 kg, kar predstavlja 7,1 % izgube telesne teže ali povprečno 0,41 kg na teden. Razlike telesne teže udeležencev pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja smo preverjali z Wilcoxon testom in so tako pri moških, kot pri ženskah statistično pomembne ($p = 0,001$).

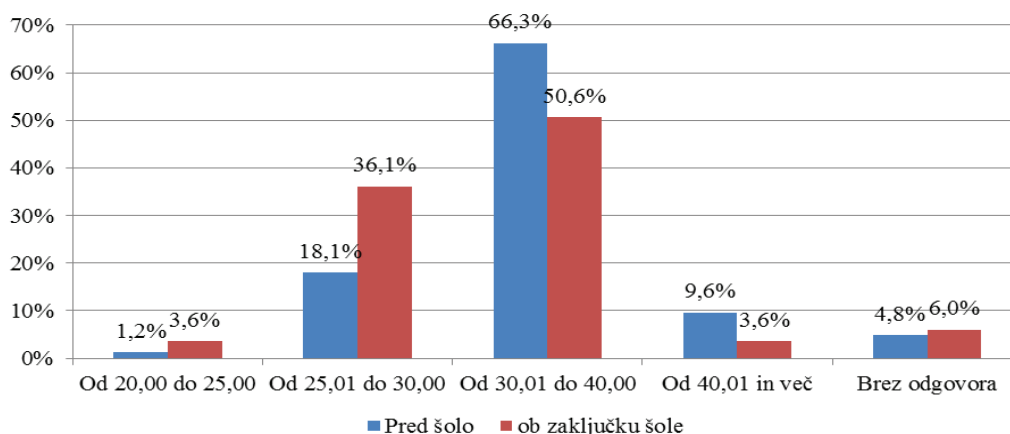
Tabela 5 predstavlja uspešnost (najmanj 5 % zmanjšanje telesne teže) udeležencev v šoli zdravega hujšanja, glede na vstopno telesno težo. V skupini udeležencev, katerih vstopna teža je znašala med 110,0 in 119,9 kg, je največ, 83,3 % udeležencev doseglo

ciljno telesno težo. Največ udeležencev, 83,3 %, ki niso dosegli ciljne telesne teže, je bilo v skupini z vstopno telesno težo med 70,0 in 79,9 kg.

Tabela 5: Telesna teža glede na uspešnost doseganja ciljne teže udeležencev

	Manj kot 70 kg		70,0 do 79,9 kg		80,0 do 89,9 kg		90 do 99,9 kg		100,0 do 109,9 kg		110,0 do 119,9 kg		120,0 kg in več		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pred šolo	5	6,3 %	6	7,5 %	22	27,5 %	21	26,3 %	14	17,5 %	6	7,5 %	6	7,5 %	80	100 %
Uspešni ob zaključku	3	60,0 %	1	16,7 %	15	68,2 %	14	66,7 %	7	50,0 %	5	83,3 %	4	66,7 %	49	61,3 %
Neuspešni ob zaključku	2	40,0 %	5	83,3 %	7	31,8 %	7	33,3 %	7	50,0 %	1	16,7 %	2	33,3 %	31	38,8 %

n – število odgovorov, % - odstotek



Slika 3: Indeks telesne mase udeležencev pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja

Slika 3 prikazuje indeks telesne mase (ITM) udeležencev pred in ob zaključku šole hujšanja. Največ, 66,3 % anketiranih je imelo ITM pred šolo hujšanja med 30,01 in 40,00 kg/m². Najmanjši ITM pred šolo je bil 23,7 kg/m², največji pa 50,6 kg/m². Največ anketiranih, 50,6 % je imelo ITM ob zaključku šole zdravega hujšanja med 30,01 in 40,00 kg/m². Najmanjši ITM ob zaključku je bil 22,5, največji pa 47,3 kg/m². Povprečna vrednost ITM pred šolo hujšanja je bila 32,3, ob zaključku pa 29,7 kg/m².

Kot vidimo v tabeli 6, je imelo največ, 66,3 % od 79 zajetih udeležencev šole hujšanja ITM pred vstopom v šolo med 30,01 in 40,00 kg/m². Najmanj, 1,2 % (le en udeleženec)

je bil v kategoriji ITM med 20,00 in 25,00. Le ta je ob zaključku šole dosegel ciljno telesno težo, kar predstavlja 100 % uspešnost v tej kategoriji. Drugi najbolj uspešni udeleženci šole, so bili tisti, ki so imeli ITM na začetku šole več kot 40,01 kg/m², saj jih je doseglo ciljno telesno težo 75,0 %. Največ tistih, 53,3 %, ki niso dosegli ciljne telesne teže, je med udeleženci, ki so imeli pred vstopom v šolo ITM med 25,01 in 30,00 kg/m².

Tabela 6: ITM glede na uspešnost doseganja ciljne telesne teže udeležencev

	20,00 - 25,00		25,01 - 30,00		30,01 - 40,00		Več kot 40,01		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pred šolo	1	1,2 %	15	18,1 %	55	66,3 %	8	9,6 %	79	100 %
Uspešni ob zaključku	1	100 %	6	40,0 %	34	61,8 %	6	75,0 %	47	59,5 %
Neuspešni ob zaključku	0	0,0 %	8	53,3 %	21	38,2 %	1	12,5 %	30	38,0 %
Brez odgovora	0	0,0 %	1	6,7 %	0	0,0 %	1	12,5 %	2	2,5 %

n – število odgovorov, % - odstotek

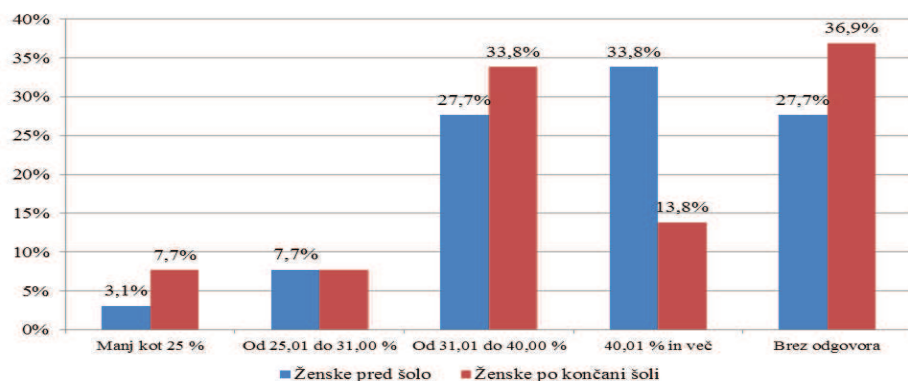
Tabela 7: ITM moških in žensk pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja

	Moški				Ženske			
	Pred šolo		Ob zaključku		Pred šolo		Ob zaključku	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Od 20,00 do 25,00	1	5,6 %	1	5,6 %	0	0,0 %	2	3,1 %
Od 25,01 do 30,00	0	0,0 %	4	22,2 %	15	23,1 %	26	40,0 %
Od 30,01 do 40,00	14	77,8 %	10	55,6 %	41	63,1 %	32	49,2 %
40,00 in več	1	5,6 %	1	5,6 %	7	10,8 %	2	3,1 %
Brez odgovora	2	11,1 %	2	11,1 %	2	3,1 %	3	4,6 %
Skupaj	18	100 %	18	100 %	65	100 %	65	100 %
Povprečni ITM	34,8 kg/m ²		32,3 kg/m ²		33,7 kg/m ²		31,3 kg/m ²	
Povprečno znižanje ITM udeleženca	7,1 %				7,1 %			
t	-3,52				-6,40			
p	0,001				0,001			

n – število odgovorov, % - odstotek, t – T test, p – statistična pomembnost

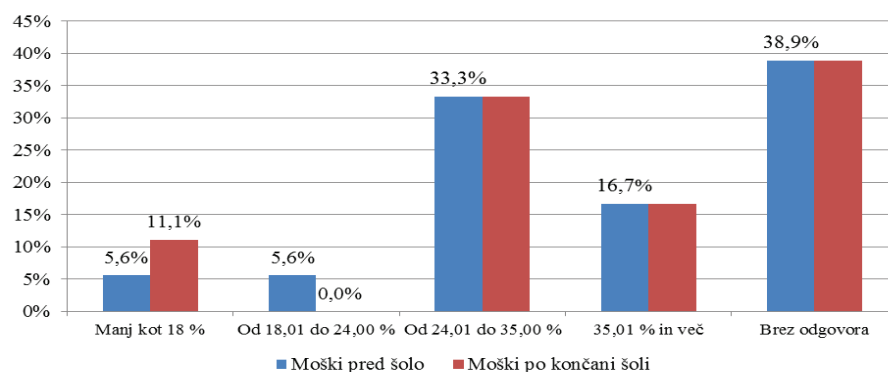
Iz tabele 7 je razvidno gibanje ITM pri moških in ženskah pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja. Največ udeležencev je imelo ITM v razredu od 30,01 in 40,00 kg/m², in sicer 77,8 % moških pred in 55,6 % ob zaključku ter 63,1 % žensk pred in 49,2 % ob zaključku. Število moških z ITM med 25,01 in 30,00 kg/m² se je ob zaključku povečalo, za kar 22,2 %. V enakem deležu se je zmanjšalo število moških v kategoriji ITM od 30,01 in 40,00 kg/m². Povprečna vrednost ITM moških pred začetkom šole zdravega hujšanja pri moških je bila 34,8 kg/m², žensk pa 33,7 kg/m². Ob zaključku šole so imeli

moški povprečno vrednost ITM $32,3 \text{ kg/m}^2$, ženske pa $31,3 \text{ kg/m}^2$. Tako pri moških, kot pri ženskah to pomeni 7,1 % povprečno zmanjšanje ITM. Razlike med ITM pred in ob zaključku šole hujšanja smo preverjali s t-testom in so tako pri moških, kot pri ženskah statistično pomembne ($p = 0,001$).



Slika 4: Ocena deleža telesne maščobe žensk ob začetku in ob zaključku šole hujšanja

Slika 4 prikazuje odgovore na vprašanje kakšen delež telesne maščobe so imele ženske pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja. Na vprašanje pred šolo hujšanja ni odgovorilo 27,7 % udeleženk in 36,9 % ob zaključku šole. Pri drugih ugotavljamo, da je imelo pred šolo največ, 36,9 % žensk delež telesne maščobe nad 40,01 %, kar se je ob zaključku šole zmanjšalo za 20 %, na 13,8 %. Ob zaključku je imelo največ, 33,8 % žensk odstotek telesne maščobe med 31,01 in 40,00 %.



Slika 5: Ocena deleža telesne maščobe moških ob začetku in ob zaključku šole hujšanja

Iz slike 5 je razvidno gibanje deleža telesnih maščob pred in ob koncu šole zdravega hujšanja pri moških. Na vprašanje pred šolo in ob zaključku ni odgovorilo 38,9 % udeležencev. Pri drugih ugotavljamo, da je imelo pred in ob zaključku šole največ, 33,3 % moških delež telesne maščobe med 24,01 in 35,00 %.

Tabela 8: Obseg pasu žensk pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja

Ženske				
	Pred šolo		Ob zaključku šole	
	n	%	n	%
80 cm in manj	1	1,5 %	2	3,1 %
Od 80,1 do 88 cm	0	0,0 %	5	7,7 %
Od 88,1 do 105 cm	18	27,7 %	20	30,8 %
Več kot 105,1 cm	28	43,1 %	14	21,5 %
Brez odgovora	18	27,7 %	24	36,9 %
Skupaj	65	100 %	65	100 %
Povprečni obseg pasu	108,2 cm		100,7 cm	
Povprečno znižanja obsega pasu	7,5 cm (6,9 %)			
Z	-5,31			
p	0.001			

n – število odgovorov, % - odstotek, Z – Wilcoxon test, p – statistična pomembnost

Kot vidimo v tabeli 8, je imelo več kot polovico vseh udeleženk, 43,1 % pred šolo zdravega hujšanja obseg pasu več kot 105,01 cm. Ob zaključku šole se je v tej skupini obseg pasu zmanjšal za 21,6 %. Največ, 30,8 % udeleženk je imelo obseg pasu ob zaključku šole med 88,01 in 88,00 cm. Povprečni obseg pred šolo pri ženskah je meril 108,2 cm. Po končani šoli je bil povprečni obseg pasu 100,7 cm, kar pomeni 6,9 % zmanjšani obseg. Najmanjši obseg pasu pri ženskah je pred šolo zdravega hujšanja meril 79 cm, največji pa 137 cm. Najmanjši obseg pasu je ob zaključku šole meril 70 cm, največji pa 120 cm. Obseg pasu je ob zaključku šole zdravega hujšanja pri ženskah statistično značilno manjši. Razlike obsega pasu pri ženskah pred in ob zaključku šole hujšanja smo preverjali z Wilcoxon testom in so statistično pomembne ($p = 0,001$).

Iz tabele 9 je razvidno, da je imela polovica (50,0 %) moških pred in 38,9 % ob zaključku šole obseg pasu nad 110 cm. Za 16,7 % se je povečalo število udeležencev, ki so imeli obseg pasu med 102,01 in 110 cm. Povprečni obseg pasu pri moških je bil pred delavnico 116,6 cm. Po šoli je povprečni obseg pasu meril 111 cm, kar pomeni povprečno 4,8 % zmanjšan obseg pasu. Najmanjši obseg pasu pri moških je pred šolo zdravega hujšanja meril 88 cm, največji pa 152 cm. Najmanjši obseg pasu je ob

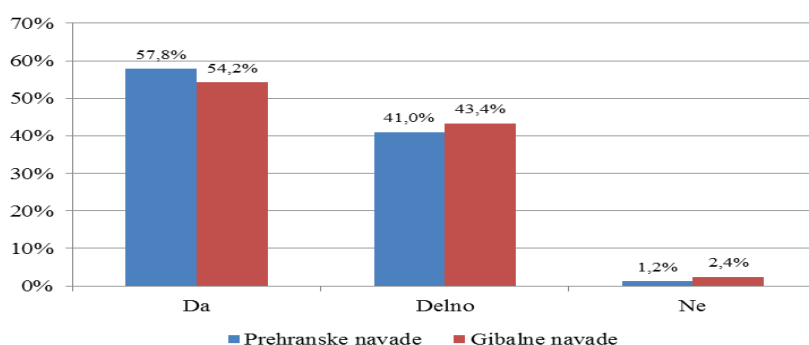
zaključku šole meril 82 cm, največji obseg je meril 138 cm. Razlike obsega pasu pri moških pred in ob zaključku šole hujšanja smo preverjali z Wilcoxon testom in so statistično pomembne ($p = 0,005$).

Tabela 9: Obseg pasu pri moških udeležencih pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja

Moški				
	Pred šolo		Ob zaključku šole	
	n	%	n	%
94 cm in manj	1	5,6 %	1	5,6 %
Od 94,1 do 102 cm	1	5,6 %	0	0,0 %
Od 102,1 do 110 cm	0	0,0 %	3	16,7 %
Več kot 110,1 cm	9	50,0 %	7	38,9 %
Brez odgovora	7	38,9 %	7	38,9 %
Skupaj	18	100 %	18	100 %
Povprečni obseg pasu	116,6 cm		111 cm	
Povprečno znižanja obsega pasu	5,6 cm (4,8 %)			
Z	-2,81			
P	0.005			

n – število odgovorov, % - odstotek, Z – Wilcoxon test, p – statistična pomembnost

Kot prikazuje slika 6, je prehranske navade spremenilo 57,8 % udeležencev, delno pa jih je spremenilo 41,0 %. Gibalne navade je spremenilo 54,2 % anketiranih, medtem, ko jih je 43,4 % spremenilo delno. Da niso spremenili prehranskih navad, se je opredelilo 1,2 % udeležencev, gibalnih navad pa ni spremenilo 2,4 % udeležencev.



Slika 6: Mnenje udeležencev o spremembi prehranskih in gibalnih navad

V tabeli 10 vidimo mnenje udeležencev šole zdravega hujšanja o spremembi prehranskih in gibalnih navad z vidika spola, starosti in uspešnosti hujšanja. Tako moški (72,2 %), kot ženske (53,8 %) so v večini odgovorili, da so spremenili svoje prehranske

navade. Prav tako je večina moških, 66,7 % in žensk, 50,8 % odgovorilo, da so spremenili tudi gibalne navade. 61,3 % udeležencev v starosti 60 let ali manj meni, da so spremenili prehranske navade, več kot polovico udeležencev, starejših od 60 let pa je mnenja, da so jih spremenili delno. 57,1 % starejših in 53,2 % mlajših trdi, da so spremenili gibalne navade. Več kot polovica, 54,8 % udeležencev, ki jim ni uspelo doseči zmanjšanja telesne teže za 5 %, je odgovorilo, da so prehranske navade spremenili delno, 69,4 % udeležencev, ki so bili pri zmanjševanju telesne teže v šoli uspešni pa je trdi, da so prehranske navade spremenili. Tako neuspešni kot uspešni anketiranci v večini trdijo, da so spremenili gibalne navade. Spremembe prehranskih navad so statistično značilno povezane s spolom anketirancev ($p = 0,041$) in starostjo ($p = 0,050$) medtem, ko tega ne moremo trditi za spremembo gibalnih navad. Statistično pomembnih razlik med spremembo prehranskih ($p = 0,068$) in gibalnih navad ($p = 0,807$) ter uspešnostjo udeležencev nismo ugotovili.

Tabela 10: Mnenje udeležencev šole zdravega hujšanja o spremembi prehranskih in gibalnih navad glede na spol, starost in uspešnost

Spremembe		Spol				Starost				Uspešnost			
		Moški		Ženske		Do 60 let in manj		Več kot 60 let		Neuspešni		Uspešni	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Prehranske navade	Da	13	72,2 %	35	53,8 %	38	61,3 %	9	42,9 %	14	45,2 %	34	69,4 %
	Delno	4	22,2 %	30	46,2 %	23	37,1 %	11	52,4 %	17	54,8 %	14	28,6 %
	Ne	1	5,6 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	2,0 %
	Brez odgovora	0	0,0 %	0	0,0 %	1	1,6 %	1	4,8 %	0	0,0 %		0,0 %
	Skupaj	18	100 %	65	100 %	62	100 %	21	100 %	31	100 %	49	100 %
Hi ²		6,41				5,53				5,38			
p		0,041				0,050				0,068			
Gibalne navade	Da	12	66,7 %	33	50,8 %	33	53,2 %	12	57,1 %	15	48,4 %	29	59,2 %
	Delno	5	27,8 %	31	47,7 %	27	43,5 %	9	42,9 %	15	48,4 %	19	38,8 %
	Ne	1	5,6 %	1	1,5 %	2	3,2 %	0	0,0 %	1	3,2 %	1	2,0 %
	Brez odgovora	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
	Skupaj	18	100 %	65	100 %	62	100 %	21	100 %	31	100 %	49	100 %
Hi ²		2,89				0,61				0,43			
p		0,236				0,740				0,807			

n – število odgovorov, % - odstotek, Hi² – hi kvadrat, p – statistična pomembnost

Tabela 11 prikazuje oceno trditev o spremembah prehranskih navad udeležencev glede na uspešnost v šoli zdravega hujšanja. Spremembe prehranskih navad so ocenjevali s

petstopenjsko lestvico s kategorijami: se v celoti ne strinjam, se ne strinjam, nimam pravega mnenja, se strinjam in se popolnoma strinjam. Tisti, ki so zmanjšali telesno težo za 5 % ali več so se najbolj in dokaj enotno strinjali s trditvijo, da jejo več zelenjave (PV = 3,82; SO = 1,16) in da si hrano pripravijo sami (PV = 3,80; SO = 1,33). Najmanj se strinjajo, da si hrano sedaj tehtajo (PV = 1,39; SO = 0,75). Med tistimi, ki niso zmanjšali telesne teže za 5 % ali več, se udeleženci najbolj strinjajo s trditvami, da si hrano sedaj pripravijo sami (PV = 4,00; SO = 1,41) ter, da jejo več zelenjave (PV = 3,91; SO = 1,09) in sadja (PV = 3,88; SO = 1,21). Najmanj se strinjajo s trditvijo, da so vegetarijanci (PV = 1,56; SO = 1,05). Statistično značilnost razlik med prehranskimi navadami anketirancev glede na uspešnost doseganja ciljne telesne teže v šoli za hujšanje, smo merili s pomočjo t-testa za dve neodvisni skupini. Med uspešno ali neuspešno zaključeno šolo zdravega hujšanja med udeleženci ni statistično pomembnih razlik (pri stopnji tveganja 5% - vrednost p je povsod večja od 0,05).

Tabela 11: Katere prehranske navade so udeleženci šole zdravega hujšanja spremenili v šoli zdravega hujšanja

Sprememba prehranskih navad	Uspešni		Neuspešni		t	p
	PV (lestvica 1-5)	SO	PV (lestvica 1-5)	SO		
Jem manj mastno hrano	3,76	1,24	3,38	1,34	1,35	0,181
Jem drugo vrsto maščobe	2,98	1,27	2,72	1,17	0,94	0,350
Jem več zelenjave	3,82	1,16	3,91	1,09	-0,32	0,747
Jem več sadja	3,57	1,20	3,88	1,21	-1,13	0,264
Jem manj slano hrano	3,25	1,21	3,19	1,28	0,24	0,810
Jem manj sladko hrano	3,75	1,23	3,63	1,13	0,45	0,656
Jem več manjših obrokov	3,63	1,34	3,41	1,24	0,75	0,454
Jem počasneje	3,37	1,23	3,28	1,40	0,31	0,756
Hrano si pripravim sam	3,80	1,33	4,00	1,41	-0,64	0,525
Hrano si tehtam	1,39	0,75	1,69	1,12	-1,44	0,154
Hrano si pripravim na krožnik po enotah	2,37	1,40	2,22	1,26	0,51	0,615
Vegetarijanstvo	1,61	0,72	1,56	1,05	0,23	0,816

PV- povprečna vrednost, SO- Standardni odklon, t – T test, p- statistična pomembnost

V tabeli 12 so prikazani odgovori, o spremenjenih prehranskih navadah pri različnih spolih anketirancev. Moški udeleženci se najbolj strinjajo s trditvijo, da sedaj jejo več zelenjave, v tej trditvi so si tudi najbolj enotni (PV = 4,11; SO = 0,96) in najmanj s trditvijo, da si hrano sedaj tehtajo (PV = 1,49; SO = 1,08). Predstavnice ženskega spola se najbolj strinjajo, da si sedaj hrano pripravijo same (PV = 4,09; SO = 1,31) in najmanj

strinjajo, da so vegetarijanke (PV = 1,51; SO = 0,79). Ugotovili smo statistično značilno razliko med spolom in trditvijo, da anketiranci sami pripravljajo hrano ($t = -2,83$; $p = 0,006$). Pri ostalih trditvah nismo ugotovili statistično značilnih razlik.

Tabela 12: Razlike v spremenjenih prehranskih navadah v šoli zdravega hujšanja med spoloma

Sprememba prehranskih navad	Spol					
	Moški		Ženske			
	PV	SO	PV	SO	t	p
Jem manj mastno hrano	3,61	1,33	3,62	1,28	-0,01	0,990
Jem drugo vrsto maščobe	2,78	1,31	2,91	1,22	-0,39	0,695
Jem več zelenjave	4,11	0,96	3,78	1,17	1,09	0,280
Jem več sadja	4,00	1,08	3,60	1,23	1,25	0,216
Jem manj slano hrano	3,39	1,14	3,18	1,26	0,62	0,537
Jem manj sladko hrano	3,72	1,32	3,69	1,16	0,09	0,925
Jem več manjših obrokov	3,67	1,19	3,51	1,34	0,46	0,649
Jem počasneje	3,33	1,24	3,34	1,31	-0,02	0,988
Hrano si pripravim sam	3,11	1,28	4,09	1,31	-2,83	0,006
Hrano si tehtam	1,67	1,08	1,46	0,87	0,84	0,404
Hrano si pripravim na krožnik po enotah	2,28	1,07	2,32	1,42	-0,15	0,884
Vegetarijanstvo	1,89	1,02	1,51	0,79	1,69	0,095

PV – povprečna vrednost, SO – standardnih odklon, t – T test, p – statistična značilnost

Tabela 13: Razlike v spremenjenih prehranskih navadah v šoli zdravega hujšanja med starejšimi in mlajšimi

Sprememba prehranskih navad	Starost					
	60 let in manj		Več kot 60 let			
	PV	SO	PV	SO	t	p
Jem manj mastno hrano	3,72	1,36	3,32	1,04	1,26	0,206
Jem drugo vrsto maščobe	2,93	1,26	2,73	1,16	0,67	0,504
Jem več zelenjave	3,90	1,19	3,73	0,94	0,62	0,537
Jem več sadja	3,62	1,27	3,86	1,04	-0,80	0,429
Jem manj slano hrano	3,13	1,24	3,50	1,19	-1,21	0,231
Jem manj sladko hrano	3,64	1,27	3,86	0,94	-0,76	0,453
Jem več manjših obrokov	3,62	1,36	3,32	1,13	0,94	0,355
Jem počasneje	3,26	1,32	3,55	1,22	-0,88	0,378
Hrano si pripravim sam	3,89	1,38	3,86	1,32	0,06	0,952
Hrano si tehtam	1,44	0,70	1,68	1,36	-0,79	0,445
Hrano si pripravim na krožnik po enotah	2,25	1,26	2,50	1,57	-0,76	0,448
Vegetarijanstvo	1,59	0,69	1,59	1,22	0,00	1,004

PV – povprečna vrednost, SO – standardnih odklon, t – T test, p – statistična značilnost

Kot je razvidno iz tabele 13, se udeleženci, ki so mlajši od 60 let najbolj strinjajo s trditvijo, da jejo več zelenjave (PV = 3,90; SO = 1,19) in se najmanj strinjajo s trditvijo,

v kateri so si tudi najbolj enotni, da si hrano sedaj tehtajo (PV = 1,44; SO = 0,70). Udeleženci, ki so starejši od 60 let, se najbolj strinjajo s trditvijo, da jejo več sadja (PV = 3,86; SO = 1,04) in da si hrano pripravljajo sami (PV = 3,86; SO = 1,32), najmanj pa se strinjajo s trditvijo, da so vegetarijanci (PV = 1,59; SO = 1,22). Statistično pomembnih razlik v spremembi prehranskih navad in starostjo udeležencev nismo ugotovili.

Tabela 14: Kje udeleženci uživajo obroke

Kje uživате naslednje obroke:	Doma- obrok pripravim sam		Doma – obrok mi pripravijo drugi		Izven doma		Obroka ne jem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zajtrk	68	81,9 %	1	1,2 %	10	12,0 %	4	4,8 %
Dopoldanska malica	47	56,6 %	3	3,6 %	26	31,3 %	7	8,4 %
Kosilo	56	67,5 %	13	15,7 %	11	13,3 %	3	3,6 %
Popoldanska malica	66	79,5 %	4	4,8 %	4	4,8 %	9	10,8 %
Večerja	75	90,4 %	5	6,0 %	0	0,0 %	3	3,6 %

n – število odgovorov, % - odstotek

Tabela 14 prikazuje, kje udeleženci šole zdravega hujšanja uživajo obroke. Več kot polovica anketirancev je pri vseh obrokih (zajtrk 81,9 %, dopoldanska malica 56,6 %, kosilo 67,5 %, popoldanska malica 79,5 %, večerja 90,4 %) odgovorila, da si obrok pripravljajo sami in, da ga tudi pojejo doma. Nobeden od udeleženihi v šoli hujšanja ne uživa večerje izven doma. Dopoldansko malico uživa izven doma 31,3 % anketiranihi, 8,4 % udeležencev je ne uživa, 10,8 % udeležencev ne uživa popoldanske malice.

V tabeli 15 so prikazani odgovori udeležencev šole zdravega hujšanja na vprašanja, kako pogosto uživajo posamezne obroke. Največji delež anketiranihi, je zajtrk pred vključitvijo v šolo hujšanja 54,2 %, kot tudi ob zaključku 89,2 %, jedlo vsak dan. Dopoldanske malice pred šolo ni jedlo 43,4 % udeležencev, po šoli je vsak dan imelo dopoldansko malico 71,1 % anketiranihi. Kosilo je pred šolo hujšanja 89,2 %, kot ob zaključku šole 96,4 % jedla večina anketiranihi vsak dan. Popoldanske malice ni pred vključitvijo v šolo hujšanja nikoli jedlo 47,0 % udeležencev, po šoli jo je jedlo 68,7 %. Večerjo so v največji meri, 72,3 % jedli tako pred šolo, kot po njej 73,5 %. Priložnostni obrok je pred šolo jedlo vsak dan 19,3 % udeležencev, po šoli pa le še 6,0 %. Statistično

pomembnih razlik v spremembi pogostnosti uživanja obrokov pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja nismo ugotovili.

Tabela 15: Pogostost uživanja obrokov pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja

Kako pogosto uživate naslednje obroke		Pred šolo		Ob zaključku šole		
		n	%	n	%	
Zajtrk	Vsak dan	45	54,2 %	74	89,2 %	t 0,03 p 0,978
	1 do 3-krat na teden	14	16,9 %	8	9,6 %	
	1 do 3-krat na mesec	4	4,8 %	0	0,0 %	
	Nikoli	20	24,1 %	1	1,2 %	
Dopoldanska malica	Vsak dan	22	26,5 %	59	71,1 %	t 0,81 p 0,423
	1 do 3-krat na teden	18	21,7 %	14	16,9 %	
	1 do 3-krat na mesec	7	8,4 %	3	3,6 %	
	Nikoli	36	43,4 %	7	8,4 %	
Kosilo	Vsak dan	74	89,2 %	80	96,4 %	t 1,40 p 0,167
	1 do 3-krat na teden	8	9,6 %	3	3,6 %	
	1 do 3-krat na mesec	1	1,2 %	0	0,0 %	
	Nikoli	0	0,0 %	0	0,0 %	
Popoldanska malica	Vsak dan	17	20,5 %	57	68,7 %	t 1,48 p 0,144
	1 do 3-krat na teden	20	24,1 %	17	20,5 %	
	1 do 3-krat na mesec	7	8,4 %	1	1,2 %	
	Nikoli	39	47,0 %	8	9,6 %	
Večerja	Vsak dan	60	72,3 %	61	73,5 %	t 1,34 p 0,184
	1 do 3-krat na teden	12	14,5 %	9	10,8 %	
	1 do 3-krat na mesec	3	3,6 %	4	4,8 %	
	Nikoli	8	9,6 %	9	10,8 %	
Priložnostni obrok	Vsak dan	16	19,3 %	5	6,0 %	t 0,35 p 0,730
	1 do 3-krat na teden	24	28,9 %	9	10,8 %	
	1 do 3-krat na mesec	13	15,7 %	16	19,3 %	
	Nikoli	30	36,1 %	53	63,9 %	

n – število odgovorov, % - odstotek, t – T test, p – statistična pomembnost

Tabela 16: Uspešnost udeležencev šole zdravega hujšanja z vidika omejitve gibalnih navad

Gibalna dejavnost	Uspešni		Neuspešni	
	n	%	n	%
Dejavni / brez omejitev	38	77,6 %	21	67,7 %
Nedejavni / omejitve	0	0,0 %	1	3,2 %
Nedejavni / brez omejitev	2	4,1 %	1	3,2 %
dejavni / omejitve	9	18,4 %	8	25,8 %
Skupaj	49	100 %	31	100 %
t	-0,77			
p	0,441			

n – število odgovorov, % - odstotek, t – T test, p – statistična pomembnost

Tabela 16 nam prikazuje gibalno dejavnost in omejitve glede na uspešnost hujšanja udeležencev. Za uspešne udeležence, smo šteli vse, ki so zmanjšali začetno teže za 5 ali

več %. Pri uspešnih udeležencih je največ, 77,6 %, tistih, ki so gibalno dejavni in nimajo omejitev. Gibalno nedejavnih, kljub temu, da nimajo omejitev, je 4,1 % udeležencev, 18,4 % je gibalno dejavnih kljub omejitvam. Pri neuspešnih udeležencih šole zdravega hujšanja je več kot polovica, 67,7 % gibalno dejavnih in pri tem nimajo omejitev. 3,2 % udeležencev ni gibalno dejavnih zaradi omejitev, enak delež je tudi gibalno dejavnih kljub temu, da nima omejitev. 25,8 % udeležencev je gibalno dejavnih kljub temu, da imajo omejitve. Statistično pomembnih razlik med gibalnimi omejitvami in uspešnostjo udeležencev v šoli hujšanja nismo potrdili ($p = 0,441$).

Iz tabele 17 je razvidna gibalna dejavnost udeležencev glede na spol. Največji delež moških, 83,3 % je bilo dejavnih in brez omejitev, prav tako tudi 70,8 % žensk. 23,1 % žensk je bilo dejavnih kljub omejitvam. Nobeden od moških udeležencev se ni opredelil, da je nedejaven in je ob tem brez omejitev. Najmanj ženskih udeleženk 4,6 % je prav tako odgovorilo, da so nedejavne in so brez omejitev. Statistično pomembnih razlik med gibalno dejavnostjo z omejitvami in spolom udeležencev v šoli hujšanja nismo potrdili ($p = 0,152$).

Tabela 17: Gibalna dejavnost pri moških in ženskih udeleženkah

Gibalna dejavnost	Moški		Ženske	
	n	%	n	%
Dejavni/brez omejitev	15	83,3 %	46	70,8 %
Nedejavni/z omejitvami	1	5,6 %	1	1,5 %
Nedejavni/brez omejitev	0	0,0 %	3	4,6 %
Dejavni/z omejitvami	2	11,1 %	15	23,1 %
Skupaj	18	100 %	65	100 %
t	-1,46			
p	0,152			

n – število odgovorov, % - odstotek, t – T test, p – statistična pomembnost

Kot je razvidno iz tabele 18, se pred šolo nikoli ni gibalo 37,3 % udeležencev šole, 1 dan na teden se je gibalo 18,1 %, enak delež udeležencev se je gibalo tudi 2 dni. Vsak dan v tednu se je gibalo le 3,6 % udeležencev. Po šoli se ni nikoli gibalo le še 1,2 % udeležencev, največ, 30,1 % se jih je gibalo 3 dni v tednu. Vsak dan se je po šoli gibalo 14,5 % anketiranih. Udeleženci so se pred šolo gibalno povprečno 1,66, po šoli pa 4,35 dni na teden. Po šoli so se gibalno 2,69 dni na teden več. Razlike med pogostostjo

tedenske gibalne dejavnosti pred in po šoli hujšanja so statistično pomembne ($p = 0,001$).

Tabela 18: Pogostost tedenske gibalne dejavnosti udeležencev pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja

Število »gibalnih » dni v tednu	Pred šolo		Ob zaključku šole	
	n	%	n	%
Nikoli	31	37,3 %	1	1,2 %
1 dan	15	18,1 %	0	0,0 %
2 dneva	15	18,1 %	6	7,2 %
3 dni	11	13,3 %	25	30,1 %
4 dni	1	1,2 %	15	18,1 %
5 dni	7	8,4 %	14	16,9 %
6 dni	0	0,0 %	10	12,0 %
Vsak dan	3	3,6 %	12	14,5 %
Skupaj	83	100 %	83	100 %
Povprečno dni na teden	1,66 dni		4,35 dni	
Z	-7,42			
p	0,001			

n – število odgovorov, % - odstotek, Z – Wilcoxonov test, p – statistična značilnost

V tabeli 19 vidimo, koliko minut so porabili udeleženci šole zdravega hujšanja na posamezno gibalno dejavnost. 61,4 % udeležencev je porabilo za posamezno dejavnost pred šolo hujšanja manj kot 30 min. Po šoli je večina, 96,4 % udeležencev porabila na vadbo več kot 30 minut. Razlike med porabljenim časom pred in po šoli hujšanja so statistično pomembne ($p = 0,001$).

Tabela 19: Čas, ki ga udeleženci šole hujšanja porabijo za gibalno dejavnost v enem dnevu

	Pred šolo		Ob zaključku šole	
	n	%	n	%
Povprečno manj kot 30 min	51	61,4 %	3	3,6 %
Povprečno 30 min ali več	32	38,6 %	80	96,4 %
Skupaj	83	100 %	83	100 %
Z	-6,93			
p	0,001			

n – število odgovorov, % - odstotek, Z – Wilcoxonov test, p – statistična značilnost

Iz tabele 20 lahko razberemo pogostost gibanja moških in žensk pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja. Največ 38,9 % moških se pred šolo ni gibalo. 5,6 % udeležencev se je gibalo vse dni v tednu. Ob zaključku šole se je delež tistih, ki so se

gibali vsak dan, dvignil na 22,2 % udeležencev. Manj kot 4 dni na teden se ob zaključku šole ni gibal nihče od moških udeležencev. Največ, 33,3 % moških udeležencev pa se je po šoli zdravega hujšanja gibalo 4 dni na teden. 36,9 % žensk se pred šolo ni gibalo nikoli. Po šoli se nikoli jih ni gibalo le 1,5 %. 32,3 % se je gibala 3 dni na teden, vsak dan pa se je gibalo 12,3 % anketirank. Tako moški kot tudi ženske so se ob zaključku šole več gibal, kot na začetku, vendar razlika ni statistično značilna ($p = 0,173$). Moški so se pred šolo hujšanja v povprečju gibal 1,39 dni na teden in ob zaključku 4,72 dni. Ženske so se pred šolo v povprečju gibale 1,74 dni na teden in 4,25 dni ob zaključku. V povprečju so se moški gibal 3,33 dni na teden več, ženske pa 2,51 dni več.

Tabela 20: Pogostost tedenske gibalne dejavnosti pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja glede na spol udeležencev

	Moški				Ženske			
	Prej		Potem		Prej		Potem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nikoli	7	38,9 %	0	0,0 %	24	36,9 %	1	1,5 %
1 dan	4	22,2 %	0	0,0 %	11	16,9 %	0	0,0 %
2 dneva	4	22,2 %	0	0,0 %	11	16,9 %	6	9,2 %
3 dni	2	11,1 %	4	22,2 %	9	13,8 %	21	32,3 %
4 dni	0	0,0 %	6	33,3 %	1	1,5 %	9	13,8 %
5 dni	0	0,0 %	3	16,7 %	7	10,8 %	11	16,9 %
6 dni	0	0,0 %	1	5,6 %	0	0,0 %	9	13,8 %
7 dni	1	5,6 %	4	22,2 %	2	3,1 %	8	12,3 %
Skupaj	18	100 %	18	100 %	65	100 %	65	100 %
Povprečno dni na teden	1,39 dni		4,72 dni		1,74 dni		4,25 dni	
t	1,409							
p	0.173							

n – število odgovorov, % - odstotek, t – T test, p – statistična pomembnost

Tabela 21: Čas, ki ga moški in ženske porabijo za gibalno dejavnost pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja

	Pred šolo				Ob zaključku šole			
	Moški		Ženske		Moški		Ženske	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Povprečno manj kot 30 min	11	21,6 %	40	21,9 %	0	0,0 %	3	22,5 %
Povprečno 30 min ali več	7	78,4 %	25	78,1 %	18	100 %	62	77,5 %
Skupaj	18	100 %	65	100 %	18	100 %	65	100 %
Hi ²	0,01				0,974			
P	0,974				0,353			

n – število odgovorov, % - odstotek, Hi² – hi kvadrat, p – statistična značilnost

Iz tabele 21 je razviden čas, ki so ga moški in ženske porabili za posamezno gibalno dejavnost pred in po šoli zdravega hujšanja. Moški predstavniki so se pred šolo, 78,4 %, kot tudi ob zaključku šole, 100 % v največji meri gibali več kot 30 min na gibalno dejavnost. Ženske udeleženke so se gibale 30 minut ali več na gibalno dejavnost tako pred šolo 78,1 %, kot tudi po šoli, 77,5 %. Med moškimi in ženskami pred šolo ($p = 0,974$) in ob zaključku šole ($p = 0,353$) ne obstajajo statistično pomembne razlike.

Tabela 22: Pogostost tedenske gibalne dejavnosti pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja glede na uspešnost udeležencev

	Pred šolo				Ob zaključku šole			
	Uspešni		Neuspešni		Uspešni		Neuspešni	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nikoli	17	34,7 %	12	38,7 %	0	0,0 %	0	0,0 %
1 dan	11	22,4 %	4	12,9 %	0	0,0 %	0	0,0 %
2 dneva	11	22,4 %	4	12,9 %	3	6,1 %	3	9,7 %
3 dni	5	10,2 %	5	16,1 %	14	28,6 %	9	29,0 %
4 dni	1	2,0 %	0	0,0 %	8	16,3 %	7	22,6 %
5 dni	4	8,2 %	3	9,7 %	10	20,4 %	4	12,9 %
6 dni	0	0,0 %	0	0,0 %	7	14,3 %	3	9,7 %
7 dni	0	0,0 %	3	9,7 %	7	14,3 %	5	16,1 %
Skupaj	49	100 %	31	100 %	49	100 %	31	100 %
Povprečno dni na teden	1,47 dni		2,03 dni		4,51 dni		4,32 dni	
t	-1,09				0,30			
p	0,282				0,764			

n – število odgovorov, % – odstotek, t – T test, p – statistična pomembnost

Tabela 22 prikazuje delež gibalnih dni na teden pri uspešnih in neuspešnih udeležencih šole zdravega hujšanja. Pred šolo se 34,7 % uspešnih udeležencev ni gibala nikoli. 6 ali 7 dni v tednu se ni gibal nihče. Ob zaključku šole se manj kot tri dni v tednu ni gibal nihče od uspešnih udeležencev. Največ uspešnih anketirancev 28,6 % se je gibalo 3 dni na teden. Od neuspešnih udeležencev se največ anketiranih, 38,7 % pred šolo ni gibalo nikoli. Po šoli se je največ neuspešnih udeležencev, 29,0 % gibalo 3 dni na teden. Tako pred šolo ($p = 0,282$), kot ob zaključku šole zdravega hujšanja ($p = 0,764$) ni statistično značilnih razlik med številom gibalnih dni na teden ter tistimi, ki so šolo končali uspešno in tistimi, ki je niso.

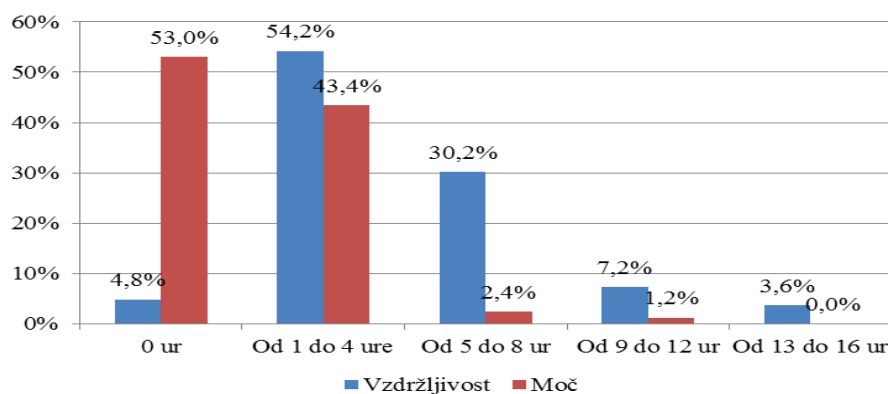
V tabeli 23 vidimo, koliko minut so porabili uspešni in neuspešni anketiranci pred in po koncu šole zdravega hujšanja za gibalno dejavnost v enem dnevu. Največ 61,2 %

uspešnih udeležencev je pred šolo porabilo za gibalno dejavnost 30 minut in manj, po šoli pa je manj kot 30 minut vadil le eden (2,0 %) udeleženec. Po šoli jih je 98,0 % vadilo več kot pol ure. Pred šolo je 64,5 % neuspešnih udeležencev porabilo za eno gibalno vadbo 30 minut in manj, po šoli pa le še 2 (6,5 %) udeležencev. Po šoli je 93,5 % udeležencev posvetilo eni vadbi več kot 30 minut. Razlike med porabljenim časom pred in ob zaključku šole hujšanja pri uspešnih in neuspešnih udeležencih šole hujšanja niso statistično pomembne ($p = 0,330$).

Tabela 23: Čas, porabljen za gibalno dejavnost pred in ob zaključku šole zdravega hujšanja glede na uspešnost udeležencev

	Uspešni				Neuspešni			
	Pred šolo		Ob zaključku šole		Pred šolo		Ob zaključku šole	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Povprečno manj kot 30 min	30	61,2 %	1	2,0 %	20	64,5 %	2	6,5 %
Povprečno 30 min ali več	19	38,8 %	48	98,0 %	11	35,5 %	29	93,5 %
Skupaj	49	100 %	49	100 %	31	100 %	31	100 %
Hi ²	0,56							
P	0,330							

n – število odgovorov, % - odstotek, Hi² – hi kvadrat, p – statistična značilnost



Slika 7: Čas (ure v tednu), ki so ga udeleženci namenili ukvarjanju s športnimi dejavnostmi v šoli zdravega hujšanja

Na sliki 7 vidimo, da se največ, 54,2 % udeležencev z vzdržljivostno vadbo (tek, kolesarjenje, plavanje, ples, aerobika ...) ukvarja od 1 do 4 ure na teden. Od 13 do 16 ur se jih ukvarja 3,6 %. Z vajami za moč se ukvarja manj udeležencev. Več kot polovica

53,0 % se jih z vadbo za moč ne ukvarja. Več kot 5 ur na teden vadi za moč le 3,6 % udeležencev.

Tabela 24: Mnenje udeležencev o spremembah, ki so jih uvedli v svoje življenje v času šole zdravega hujšanja

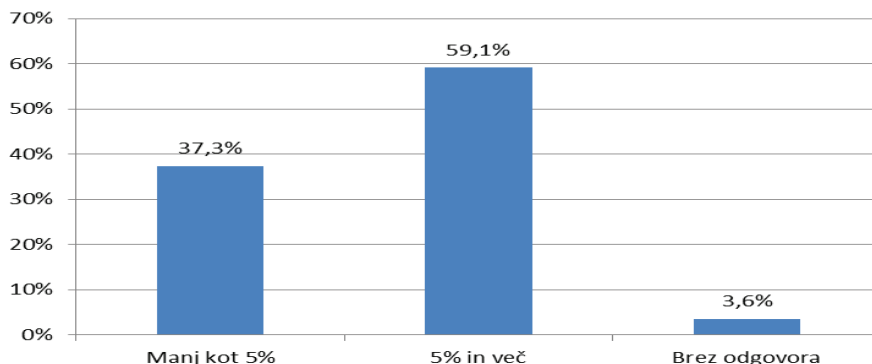
	Uspešni		Neuspešni		t	p
	PV	SO	PV	SO		
Uživam v gibalni dejavnosti	3,71	1,15	3,91	1,20	0,76	0,451
S svojimi prehranskimi navadami sem zadovoljna	3,45	1,08	3,41	0,95	-0,19	0,848
Spremenil/a sem življenjski stil v celoti	3,37	1,22	3,16	1,19	-0,79	0,429
Moji najbližji (partner, otroci) so prav tako spremenili življenjski stil	3,12	1,23	2,97	1,31	-0,52	0,601
Najbližji (partner, otroci) me podpirajo v spremembi življenjskega stila	3,59	1,25	3,53	1,27	-0,20	0,841
Zdravnik je opazil in pohvalil moja prizadevanja za spremembo življenjskega stila	3,45	1,29	2,88	1,29	-1,98	0,051
Medicinska sestra je opazila in pohvalila moja prizadevanja za spremembo življenjskega stila	3,65	1,31	3,03	1,26	-2,12	0,037
S sedanjim načinom življenja sem zadovoljen/a	3,94	1,12	3,50	1,30	-1,64	0,104
Zadovoljen/a sem s svojo zunanjo podobo oz. videzom	3,51	1,16	3,25	1,14	-1,00	0,319

PV- povprečna vrednost, SO- Standardni odklon, t – T test, p- statistična pomembnost

Iz tabele 24 je razvidno mnenje udeležencev o spremembi življenjskega stila ob zaključku šole zdravega hujšanja. Največ uspešnih udeležencev se najbolj strinja s trditvijo, da so s sedanjim načinom življenja zadovoljni (PV = 3,94). Največ neuspešnih udeležencev se najbolj strinja, da uživajo v gibalni dejavnosti. S pomočjo t-testa smo primerjali udeležence, ki so uspešno zaključili šolo hujšanja in tiste, ki tega niso uspeli. Statistično značilne razlike se pokažejo pri trditvi »zdravnik je opazil in pohvalil moja prizadevanja za spremembo življenjskega stila« (p = 0,051) ter pri trditvi »medicinska sestra je opazila in pohvalila moja prizadevanja za spremembo življenjskega stila« (p = 0,037). Za ostale trditve test pri stopnji tveganja 5 % ni pokazal statistično značilnih razlik.

V šolah zdravega hujšanja je uspešnost hujšanja opredeljena s ciljno telesno težo udeležencev, kar pomeni 5 - 10 % znižanje vstopne telesne teže posameznika. Iz slike 8

je razvidno, da je 59,1 % udeležencem uspelo zmanjšati težo glede na cilj, medtem ko jih 37,3 % tega cilja ni uspelo doseči.



Slika 8: Doseganje ciljne telesne teže udeležencev

Tabela 25: Uspešnost šole zdravega hujšanja glede na spol udeležencev

Spol	Moški		Ženske		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%
% znižanja TT						
Manj kot 5 %	6	33,3 %	25	38,5 %	31	37,3 %
5 % in več	12	66,7 %	37	56,9 %	49	59,0 %
Od teh več kot 10 %	4	4,8 %	15	18,1 %	19	22,9 %
Brez odgovora	0	0,0 %	3	4,6 %	3	3,6 %
Skupaj	18	100 %	65	100 %	83	100 %
Hi ²	0,26					
p	0,607					

n – število odgovorov, % - odstotek, Hi² - hi kvadrat, p – statistična pomembnost

V tabeli 25 vidimo razliko v doseganju ciljne telesne teže glede na spol. Od vseh, 83 udeležencev jih je ciljno telesno težo 5 % doseglo 59 %, od teh je izgubilo več kot 10 % telesne teže 22,9 % udeležencev. 37,3 % udeležencem ni uspelo doseči ciljne telesne teže. 66,7 % moških je ciljno telesno težo doseglo, od teh je več kot 10 % znižanja ciljne telesne teže doseglo 4,8 % moških. 33,3 % moškim znižanje ciljne telesne teže ni uspelo. Žensk, ki so dosegle ciljno telesno težo, je bilo 56,9 %, od teh je več kot 10 % znižanja telesne teže doseglo 18,1 %. 38,5 % ženskam te teže ni uspelo doseči. Med spoloma ni statistično pomembnih razlik ($p = 0,607$).

Iz tabele 26 je razvidna uspešnost doseganja ciljne telesne teže udeležencev glede na obiskovanje šol zdravega hujšanja v posameznih zdravstvenih domovih. Največ udeležencev 84,6 % je uspelo doseči ciljno telesno težo v šoli zdravega hujšanja v ZD

Kranj, kjer je tudi največ udeležencev, 14,5 % shujšalo za več kot 10 %. Najmanjšo uspešnost doseganja ciljne telesne teže so imeli v šolah zdravega hujšanja ZD Ljubljana – Polje, 45,0 % in ZD Tržič, 50,0 %. Med šolami zdravega hujšanja v posameznih zdravstvenih domovih obstajajo statistično pomembne razlike glede na uspešnost ($p=0,004$).

Tabela 26: Uspešnost šole zdravega hujšanja glede na posamezne zdravstvene domove

Šola	ZD Jesenice		ZD Kranj		ZD Šk. Loka		ZD Ljubljana		ZD Tržič	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
% znižanja TT										
Manj kot 5 %	6	37,5 %	3	11,5 %	11	57,9 %	10	50,0 %	1	50,0 %
5 % in več	10	62,5 %	22	84,6 %	7	36,8 %	9	45,0 %	1	50,0 %
Od teh več kot 10 %	3	3,6 %	12	14,5 %	1	1,2 %	3	3,6 %	0	0,0 %
Brez odgovora	0	0,0 %	1	3,8 %	1	5,3 %	1	5,0 %	0	0,0 %
Skupaj	16	100 %	26	100 %	19	100 %	20	100 %	2	100 %
Hi ²	14,40									
p	0,004									

n – število odgovorov, % - odstotek, Hi² - hi kvadrat, p – statistična pomembnost

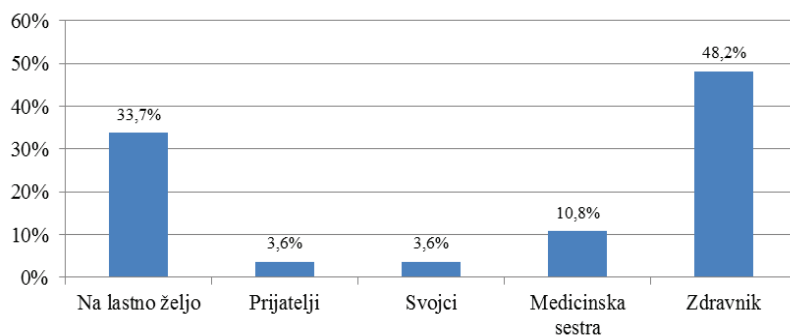
Tabela 27: Uspešnost šole zdravega hujšanja glede na izobrazbo

Izobrazba	Manj ali osnovnošolska		Poklicna / srednješolska		Visokošolska / univerzitetna	
	n	%	n	%	n	%
% znižanja TT						
Manj kot 5 %	5	45,5 %	22	40,7 %	4	22,2 %
5 % in več	6	54,5 %	30	55,6 %	13	72,2 %
Od teh več kot 10 %	3	27,3 %	10	18,5 %	6	33,3 %
Brez odgovora	0	0,0 %	2	3,7 %	1	5,6 %
Skupaj	11	100 %	54	100 %	18	100 %
Hi ²	3,74					
p	0,712					

n – število odgovorov, % - odstotek, Hi² - hi kvadrat, p – statistična pomembnost

V tabeli 27 vidimo uspešnost šole zdravega hujšanja glede na doseženo stopnjo izobrazbe. Največ udeležencev, 72,2 % je uspelo doseči ciljno telesno težo med visoko ali univerzitetno izobraženimi posamezniki. Od teh je tudi največ, 33,3 % izgubilo več kot 10 % vstopne telesne teže. Največ udeležencev, 45,5 %, ki jim ni uspelo doseči ciljne telesne teže, je bilo med tistimi, ki so imeli manj ali osnovnošolsko izobrazbo. Udeležencev, ki jim je uspelo doseči več kot 10 % znižanja telesne teže, je bilo najmanj

v skupini z dokončano poklicno ali srednjo šolo. Ugotovili smo, da razlike med doseženo izobrazbo in uspešnostjo niso statistično pomembne ($p = 0,712$).



Slika 9: Kdo vas je usmeril v šolo zdravega hujšanja

Iz slike 9 je razvidno, da je v šolo zdravega hujšanja skoraj polovico udeležencev usmeril zdravnik, tretjina se jih je za ta korak odločilo samih, le 10,8 % udeležencem pa je svetovala medicinska sestra.

3.5 RAZPRAVA

Namen našega raziskovanja je bil ugotoviti uspešnost zdravstveno vzgojne delavnice oz. programa Šola zdravega hujšanja. Anketirali smo 83 udeležencev šol zdravega hujšanja s področja Gorenjske regije (ZD Kranj, ZD Tržič, ZD Škofja Loka in ZD Jesenice) in v ZD Ljubljana – Polje. Želeli smo ugotoviti, katere prehranske in gibalne navade so udeleženci spremenili v času šole zdravega hujšanja ter statistično pomembne razlike v doseganju ciljne telesne teže udeležencev glede na spremembe prehranskih in gibalnih navad.

Po podatkih raziskave, ki so jo opravili Haas idr. (2012) je šolo zdravega hujšanja obiskovalo 78 % žensk in 22 % moških. V naši raziskavi smo dobili skoraj identične rezultate, saj je šolo zdravega hujšanja obiskovalo 78,3 % žensk in 21,7 % moških.

Ugotovili smo, da obstajajo statistično pomembne razlike ($p = 0,00$) med uspešnostjo in posameznimi šolami zdravega hujšanja. Največ udeležencem je uspelo doseči ciljno telesno težo v šoli zdravega hujšanja v ZD Kranj, kjer jih je od teh največ shujšalo tudi

za več kot 10 %. Najmanjšo uspešnost doseganja ciljne telesne teže so imeli v šolah zdravega hujšanja ZD Ljubljana – Polje in ZD Tržič.

Po podatkih raziskave, ki jo je opravila Kernova (2006) so v času šole zdravega hujšanja, ki je prav tako trajala 4 mesece, udeleženci shujšali v povprečju za 6,7 kg oz. 0,37 kg na teden. Naši rezultati so pokazali, da so udeleženci v povprečju izgubili 7,8 kg oz. 0,49 kg na teden. V povprečju so moški izgubili 8,05 kg, oz. 0,50 kg na teden, udeleženke pa 6,5 kg oz. 0,41 kg na teden. Rezultati o izgubi telesne teže v šoli zdravega hujšanja so v primerjavi z raziskavo, ki jo je opravila Kernova (2006) boljši. Kernova je z raziskavo ugotovila tudi, da udeleženci, ki so imeli ob vstopu v šolo zdravega hujšanja večjo telesno maso in večji ITM tudi več shujšali. V naši raziskavi smo ugotovili, da so bili sicer najbolj uspešni tisti udeleženci, ki so imeli ob vstopu v šolo med 80,0 in 89,9 kg, vendar jim z manjšo razliko sledijo tisti, ki so vstopili z največjo telesno težo. Največ neuspešnih neudeležencev je bilo v skupini, ki so vstopili s telesno težo med 100,0 in 109,9 kg. Z raziskavo Kernove (2006) so nekoliko bolj podobni podatki o ITM. Največji delež uspešnih udeležencev je bil med tistimi, ki so vstopili v šolo z indeksom telesne mase nad 40 kg/m². Najmanjši delež uspešnih je bil pri udeležencih, ki so vstopili v šolo z ITM med 25,01 in 30,00 kg/m². Zanimiv je tudi podatek, da so tako moški, kot ženske zmanjšali ITM za 7,1 %. Iz iste raziskave, ki jo je 2006 opravila Kernova je razvidno tudi gibanje ITM na začetku in ob zaključku šole zdravega hujšanja. Povprečni ITM na začetku šole je bil 35,3 kg/m², ob zaključku pa 32,9 kg/m². ITM se je v povprečju znižal za 6,8 %. V naši raziskavi smo prišli do ugotovitve, da se je ITM zmanjšal v podobnem obdobju za 8,04 %.

Pfeiferjeva (2006) ugotavlja, da lahko z zmernim hujšanjem za 5-10 % izhodne telesne mase značilno zmanjšamo pojavnost sladkorne bolezni tipa 2 pri debelih ljudeh z moteno toleranco za glukozo ali brez nje. S hujšanjem se izboljša lipidni status, fibrinolitična aktivnost plazme, zmanjšajo se arterijski tlak, inzulinska rezistenca, vnetni kazalci - torej dejavniki tveganja za srčno žilne bolezni. Naša raziskava je pokazala, da ima večina udeležencev šole mnenje, da so spremenili prehranske navade. Pri tem odgovoru so bili najbolj prepričljivi moški in tisti, ki so dosegli ciljno telesno težo. Udeleženci so v svoji prehrani najpogosteje povečali količino zelenjave, ali pa so si hrano začeli pripravljati sami.

Ugotavljamo, da samo prehranske ali gibalne spremembe statistično značilno niso povezane z uspešnostjo doseganja ciljne telesne teže. Večina udeležencev se je ob zaključku šole več gibalna, spremenili pa so tudi prehranske navade, v smislu dodajanja več obrokov, kot sta dopoldanska in popoldanska malica, v obroke so vključevali več zelenjave in si začeli sami pripravljati hrano doma.

Pravilen ritem prehranjevanja naj bi obsegal 3 do 6 dnevnih obrokov: 3 glavne obroke (zajtrk, kosilo in večerja) in 1 do 3 dopolnilne obroke (malice). Količinsko naj obroki ne bi bili preobilni, med njimi pa naj bi bilo 3 do 4 ure presledka, zadnji obrok naj bi zaužili 2 ali 3 ure pred spanjem. Neredna prehrana je pomemben dejavnik pri nastanku debelosti (Pandel Mikuš, Poljšak, 2011). Rezultati naše raziskave so pokazali, da večina udeležencev pred šolo ni jedla dopoldanske in popoldanske malice, ob tem, da je večina jedla glavne obroke (zajtrk, kosilo in večerja). V podobni raziskavi Prehranske navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja, ki jo je opravil IVZ (Gabrijelčič Blenkuš, 2009), so dobili podobne rezultate. Dopoldansko malico je pred šolo zdravega hujšanja uživalo več udeležencev (26,5 %), kot v zgoraj omenjeni raziskavi (20,0 %). Rezultati pa se obrnejo pri uživanju popoldanske malice, saj jo je uživalo v naši raziskavi manj, 20,5 %, kot v zgoraj omenjeni, 22,1 %. Ob zaključku šole zdravega hujšanja je delež udeležencev, ki so uživali več dnevnih obrokov narastel, saj je dopoldansko malico uživalo kar 71,1 % udeležencev in popoldansko 68,7 %. Ob tem smo ugotovili, da razlike med spremembami uživanja količine obrokov in uspešnostjo hujšanja niso statistično značilne (statistična značilnost je pri vseh obrokih višja od 0,05).

Več kot polovico udeležencev, ki ni uspelo doseči zmanjšanja telesne teže za 5 % je odgovorilo, da so prehranske navade spremenili delno. Večina udeležencev, ki pa so bili pri zmanjševanju telesne teže v šoli uspešni, je trdilo, da so prehranske navade spremenili. Kljub temu, da razlike med uspešnostjo udeležencev šole hujšanja ter spremembami prehranskih ($p = 0,068$) in gibalnih navad ($p = 0,807$) niso statistično pomembne, pa je poglobitno dejstvo, da so vsaj delno spremenili prehranske navade tudi udeleženci, ki jim ni uspelo doseči ciljne telesne teže. Veliko nam pove tudi dejstvo, da se največ uspešnih udeležencev šole strinja ($PV = 3,94$), da so sedaj bolj zadovoljni s svojim življenjem.

V raziskavi "Gibalna/športna aktivnost za zdravje", ki jo je opravila organizacija CINDI (2002/03) je bilo ugotovljeno, da je med odraslimi Slovenci zadosti gibalno dejavnih (5 in večkrat tedensko vsaj 30 minut hoje oziroma zmerne ali intenzivne gibalne dejavnosti) 32,4 % odraslih prebivalcev. Na drugi strani spektra je 16,8 % odraslih Slovencev, ki niso nič gibalno dejavni. V podobni raziskavi, ki so jo leta 2004 opravili na področju Evropske unije "The citizens of the European union and Sport" so prišli do ugotovitev, da se 38 % prebivalcev Unije giba le enkrat na teden, nikoli se pa ne giba kar 34 % prebivalcev. Rezultati naše raziskave so pokazali, da je večina udeležencev mnenja, da so v času šole zdravega hujšanja spremenili gibalne navade. V največji meri so gibalne navade spremenili moški (66,7 %) in uspešni udeleženci (59,2 %). Nekaj manj jih je mnenja, da so jih spremenili le delno. Pred šolo se je večina udeležencev opredelila kot dejavne in brez omejitev za gibanje. Iz naše raziskave je razvidno, da se pred šolo zdravega hujšanja nikoli ni gibalo 37 % udeležencev, kar je pod evropskim (34 %) in kar precej pod slovenskim povprečjem (16,8 %). Enkrat na teden se je gibalo le 18,1 %, kar je tudi pod evropskim (38 %) in slovenskim povprečjem (32,4 %). Po šoli se je delež gibajočih statistično značilno povečal ($p = 0,001$), saj se je večina udeležencev gibala 3 krat na teden, bistveno se je povečalo tudi število tistih, ki so se gibali večkrat na teden, ni pa bilo več udeležencev, ki se nikoli ne bi gibali. Pomemben je tudi podatek, ki nam pove, da se je pred šolo zdravega hujšanja večina udeležencev gibala manj kot 30 minut na vadbo, po šoli pa se je delež teh anketirancev močno zmanjšal, saj se je ob zaključku kar 96,4 % vseh udeležencev ukvarjalo več kot 30 minut na dan z gibalno dejavnostjo. Razlika je statistično značilna ($p = 0,001$).

Glede na rezultate v naši raziskavi ugotavljamo, da je imela večina udeleženk (70,8 %) obseg pasu pred šolo zdravega hujšanja močno nad 88 cm (nad 105,01 cm), kar pomeni da spadajo v območje zvečane ogroženosti za nastanek sladkorne bolezni tipa 2 in srčno žilnih zapletov. Ob zaključku šole je delež žensk v tej skupini sicer padel, vendar jih je bilo še vedno več kot pol (53,3 %). Glede na tuje raziskave so ženske v povprečju v šoli zdravega hujšanja izgubile 3,7 % obsega pasu (Richman et al., 2001), Rezultati naše raziskave kažejo večje znižanje obsega pasu (6,9 %). Podobno kot ženske se je tudi večina moških udeležencev pred (50 %) in ob zaključku (55,6 %) gibala v območju zvečane ogroženosti za nastanek srčno žilnih bolezni. Glede na tuje raziskave so moški

v povprečju v šoli zdravega hujšanja izgubili 7,2 % obsega pasu (Frisch et al., 2009). Rezultati naše raziskave kažejo manjše znižanje obsega pasu (4,8 %).

V raziskavi, opravljeni na švedskem (Hansson, Rasmussen, Ahlstrom, 2011), so prišli do ugotovitve, da ima medicinska sestra več časa, ki ga lahko nameni preventivni dejavnosti pri čezmerno težkih pacientih, zato je njena vloga v preventivi večja. Večina zdravnikov je bila mnenja, da se s problemi čezmerno težkih bolje spopadajo medicinske sestre, fizioterapevti in dietetiki, kot oni sami, saj lahko pacientom namenijo več časa. V naši raziskavi ugotavljamo, da je le desetina udeležencev odgovorila, da jim je šolo zdravega hujšanja svetovala medicinska sestra, kar si lahko razlagamo na več načinov. Vprašanja, ki si jih lahko ob tem postavimo so, ali ima medicinska sestra v naši državi dovolj znanja za sprejemanje takšnih odločitev in tudi dovolj kompetenc. Vzroke lahko iščemo tudi v preobremenjenosti na delovnem mestu, strahu pred prevzemanjem odgovornosti in tudi v pomanjkanju motivacije. Vzroke bi bilo potrebno raziskati v eni od naslednjih raziskav.

Izvedena raziskava je imela tudi nekaj omejitev. Prvi med omejitvami je problem, ker šole zdravega hujšanja ne potekajo v enaki časovnih terminih in je tako težko zajeti udeležence vseh šol v celotni regiji. Nadgradnja diplomske naloge bi bila primerjava Gorenjske regije z ostalimi regijami ali pa izvedba podobne raziskave na nacionalnem nivoju. V prihodnje bi se bilo potrebno z izvajalci dogovoriti za izvedbo raziskave že pred začetkom šole in si že z vnaprejšnjim planiranjem razdeljevanja vprašalnikov na zadnjem srečanju zagotoviti boljši odziv udeležencev. Raziskavo bi bilo vredno ponoviti čez določeno obdobje (npr. 3 leta) pri istih udeležencih. Tako bi pridobili podatke o dolgoročnem gibanju telesne teže in učinkovitosti šole zdravega hujšanja.

4 ZAKLJUČEK

V šolah zdravega hujšanja je obravnava naravnana na skupino udeležencev, kjer je debelost predvsem posledica neustreznega vedenja, prilagojena skupini z motnjami prehranjevanja. Z zdravo, uravnoteženo prehrano skušamo vplivati na to, da udeleženci postopoma izgubljajo odvečne kilograme na račun izgube maščobnega tkiva, kar je možno doseči le s kombinacijo usmeritve v gibalno dejavnost. Aktiven življenjski slog je bistven za ohranjanje mišične mase, kostnega tkiva, ne nazadnje tudi za spremembo (čustvenega) odnosa do hrane in prehranjevanja. Zdravo hujšanje in nadzorovanje telesne teže zahteva tudi, ali predvsem, spremenjene vzorce mišljenja ter obnašanja (Povšnar, 2008b).

Samo prehranske ali gibalne spremembe statistično značilno niso povezane z uspešnostjo doseganja ciljne telesne teže. Poudariti moramo, da morajo biti spremembe življenjskega sloga trajne, sicer vodijo do kratkotrajnega zmanjšanja telesne mase, ki mu v nekaj mesecih sledi pridobitev enake ali celo večje telesne mase (t.i. »yo-yo« efekt). Zato bi morali nosilci programa zdravstveno vzgojnih delavnic razmišljati tudi o nadaljnji podpori udeležencem programa.

Iz naše raziskave je razvidno, da je vloga medicinske sestre, kot motivatorke za vključitev v šolo zdravega hujšanja manjša, kot bi pričakovali. Zaradi tega bi bilo potrebno nekoliko več razmisleka o motiviranosti in izobraževanju, kot tudi kompetentnosti in časovnih omejitvah pri medicinskih sestrah, ki delujejo na preventivnem nivoju.

V prihodnjih raziskavah bi lahko poiskali odgovore na vprašanje, zakaj se moški zdravstveno vzgojnih delavnic udeležujejo v manjšem številu. To lahko povežemo tako, kot drugi avtorji, z manjšo zaskrbljenostjo moških s telesnim videzom. Potrebno pa bi bilo razmisliti tudi o drugačnih pristopih, ki bi moške udeležence bolj pritegnili v zdravstveno vzgojne delavnice.

5 LITERATURA

Bahun M, Ramšak Pajk J. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja skozi oči študentov in mentorjev na klinični praksi. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič B M, Železnik D, Klemenc D, eds. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč, 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.-13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009: P04. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/P04.pdf (20.3.2013).

Burke EL, Wang J. Treatment strategies for overweight and obesity. J Nurs Scholarsh. 2011;43(4):368-75.

Casaneuva FF, Moreno B, Rodriguez-Azaredo R, Massiens C, Conthe P, Formiguera X, et al. Relationship of abdominal obesity with cardiovascular disease, diabetes and hyperlipidemia in Spain. Clin Endocrinol. 2010;73:35-40.

Cavill N, Kahleimer S, Racioppi F. Telesna dejavnost in zdravje v Evropi: dokazno gradivo za ukrepanje. Maribor: Zavod za zdravstveno varstvo, Center za spremljanje zdravstvenega varstva prebivalstva in promocijo zdravja; 2007.

Cristobal JJR, Royo JMP, Grote CA, Santos JMP, Lloret AM, Cortes FR, et al. Group motivational intervention in overweight/obese patients in primary prevention of cardiovascular disease in the primary healthcare area. Fam Pract. 2010;11(23):1-8.

Djomba JK, Vertnik L, Zaletel-Kragelj L, Maučec Zakotnik J, Hlastan Ribič C. Prehranjevalne navade kot dejavniki tveganja za kronične nenalezljive bolezni. In: Hlastan Ribič C, ed. Zdrava prehrana in javno zdravje: Cvahetovi dnevi javnega zdravja 2010: zbornik predavanj, Ljubljana, 1. oktober 2010. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2010: 69-84.

Ferligoj A, Lozar Manfreda K, Gnidovec M, Kogovšek T. Vaje iz multivariatne analize. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2003.

Fras Z, Leskošek L B. Oblikovanje, vzpostavitev in stalno delovanje »Registra oseb, ki jih ogrožajo kardio-vaskularne bolezni« v Sloveniji. In: Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v osmih letih?: Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primerne preventive srčno-žilnih bolezni, Ljubljana, november 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 27-33.

Fras Z, Maučec Zakotnik J, Govc Eržen J, Luznar N, Leskošek L B. Nacionalni program preventive srčno-žilnih bolezni – zgodba o uspehu?. In: Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v osmih letih?: Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primerne preventive srčno-žilnih bolezni, Ljubljana, november 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 13-26.

Fras Z, Maučec Zakotnik J, Zaletel-Kragelj L. Prekomerna prehranjenost in debelost. In: Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec –Zakotnik J, eds. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2004: 565-610.

Fras Z, Poličnik R, Karpljuk D, Jankovljević M, Ačimovič B, Nečimer M, et al. Strategija Vlade Republike Slovenije na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012. Ljubljana: Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje; 2007. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/javno_zdravje/strategija_vlade_RS_podrocje_telesne_dejavnosti.pdf (01.02.2013).

Frisch S, Zittermann A, Berthold H, Götting C, Kuhn J, Kleesiek K, et al. A randomized controlled trial on the efficacy of carbohydrate-reduced or fat-reduced diets in patients attending a telemedically guided weight loss program. *Cardiovasc Diabetol*. 2009;8(36):36.

Gabrijelčič Blenkuš M. Prehranske navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009.

Gaffney B, Glasunov I S, Grabauskas V, Puska P, Shatchkute A, Stachenko S. Strategija za preprečevanje kroničnih bolezni v Evropi: Dejavnosti na področju javnega zdravja: Vizija CINDI, Prevod: Lobnik Zorko A. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2006.

Govc-Eržen J. Srčno-žilna preventiva v osnovni zdravstveni dejavnosti. In: Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v osmih letih?: zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primerne preventive srčno-žilnih bolezni, Ljubljana, november 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 54-7.

Grmek Košnik I. Epidemiologija prekomerne prehranjenosti in debelosti. In: Avberšek Lužnik I, Skela Savič B, Skinder Savič K, eds. Etiologija in patologija debelosti: zbornik prispevkov z recenzijo. 2. Simpozij Katedre za temeljne vede, Jesenice, 13. oktober 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 22-8.

Hafner A. Motnje hranjenja in zdravo prehranjevanje. In: Hlastan Ribič C, ed. Cvahetovi dnevi javnega zdravja 2010: zbornik predavanj, Ljubljana, 1. oktober 2010. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2010: 176-83.

Hansson LM, Rasmussen F, Ahlstrom GI. General practitioners and district nurses conception of the encounter with obese patients in primary health care. BMC Fam Pract. 2011;12(7):1-10.

Hlastan Ribič C. Debelost – javnozdravstveni problem v Sloveniji. In: Avberšek Lužnik I, Skela Savič B, Skinder Savič K, eds. Etiologija in patologija debelosti: zbornik prispevkov z recenzijo. 2. Simpozij Katedre za temeljne vede, Jesenice, 13. oktober 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 63-76.

Hlastan Ribič C, Šerona A, Maučec Zakotnik J, Borovničar A. Čezmerna hranjenost in debelost. In: Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletelj Kragelj L, eds. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije – Trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2012; 147-60.

Hlastan Ribič C, Maučec Zakotnik J, Kranjc M, Šerona A. Prehranjevanje. In: Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletelj Kragelj L, eds. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije – Trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2012; 31-50.

Kaučič B M, Vražič Z. Aktivni programi promocije zdravja. In: Kaučič B M, Geč T, Krajnc A, eds. Skupaj delamo za zdravje: zbornik predavanj, Maribor, 5. april 2006. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca; 2006: 11-8.

Kern N. Delavnice zdravega hujšanja in njihova učinkovitost. In: Kersnik J, Turk H, Stepanović A, eds. In: Kersnik J, Turk H, Stepanović A, eds. VIII. Fajdigovi dnevi: zbornik predavanj, Kranjska Gora, 20.-21. oktober 2006. Ljubljana: Inštitut za družinsko medicino; 2006: 105-16.

Lipar T. Kronične nenalezljive bolezni. Kakovostna starost. 2012;15(2):71-3.

Luznar N. Programiranje zdravstvene vzgoje za odrasle - Program svetovanja za zdravje in delovanje zdravstvenovzgojnih centrov (2002-2008). In: Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v osmih letih?: zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni, Ljubljana, november 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 44-53.

Luznar N. Zdravstvena nega v izvajanju preventive v osnovnem zdravstvenem varstvu. Obzor Zdr N. 2002;36:219-23.

Maučec Zakotnik J, Borovničar A, Novak Mlakar D, Backović Juričan A, Hlastan Ribič C, Vrbovšek S, et al. O programu dejavnosti centra za krepitev zdravja in obvladovanja kroničnih bolezni – oddelka za kronične bolezni IVZ (CINDI) in izvedenih aktivnostih po področjih dela v letu 2011. In: Fras Z, ed. Slovenski forum za preventivo bolezni srca in žilja: zbornik prispevkov, Ljubljana, junij 2012. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije – Slovenska hiša srca; 2012: 65-73.

Maučec Zakotnik J, Hlastan Ribič C, Poličnik R, Pavčič M, Štern B, Pokorn D. Nacionalni program prehranske politike od 2005 do 2010. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2005.

Maučec Zakotnik J, Vrbovšek S. Integriran pristop k preprečevanju kroničnih nenalezljivih bolezni in predstavitev razvojnega projekta »Razvoj modela integriranega preprečevanja in celostne oskrbe kroničnih bolnikov odrasle populacije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti«. In: Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v osmih letih?: zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primerne preventive srčno-žilnih bolezni, Ljubljana, november 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 76-85.

Mendis S, Puska P, Norrving B. Global atlas of cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World health organization, World heart organization, World stroke organization; 2011.

Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije št. 67/2001: 6921-22. Dostopno na: http://www.uradni-list.si/_pdf/2001/Ur/u2001067.pdf (24.04.2012).

Pandel Mikuš R, Poljšak B. Zdrava prehrana kot temelj zdravja starejših. In: Rugelj D, Sevshek F, eds. Posvetovanje: Aktivno in zdravo staranje: zbornik predavanj, Ljubljana, 10. marec 2011. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2011: 45-7.

Pfeifer M. Debelost. In: Kersnik J, Turk H, Stepanović A, eds. VIII. Fajdigovi dnevi: zbornik predavanj, Kranjska Gora, 20.-21. oktober 2006. Ljubljana: Inštitut za družinsko medicino; 2006: 101-6.

Potočnik N. Patofiziologija debelosti. In: Avberšek Lužnik I, Skela Savič B, Skinder Savič K, eds. Etiologija in patologija debelosti: zbornik prispevkov z recenzijo. 2. Simpozij Katedre za temeljne vede, Jesenice, 13. oktober 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 45-54.

Povhe Jemec K. Debelost – izziv javnega zdravja. In: Avberšek Lužnik I, Skela Savič B, Skinder Savič K, eds. Etiologija in patologija debelosti: zbornik prispevkov z recenzijo. 2. Simpozij Katedre za temeljne vede, Jesenice, 13. oktober 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 16-21.

Povšnar E. Delavnica zdravega hujšanja – prekomerna telesna teža ter debelost med motnjo prehranjevanja in motnjo hranjenja (pretiranim prenažanjem). In: Kopčavar-Guček N, Petek D, eds. Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: zbornik predavanj, Ljubljana, 23.-24. maj 2008. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2008a: 135-9.

Povšnar E. Vloga in pomen zdravstveno-vzgojnih delavnic za znižanje holesterola. In: Klemenc-Ketiš Z, Stepanovič A, eds. X. Fajdigovi dnevi: zbornik predavanj, Kranjska Gora, 24.-25. oktober 2008. Ljubljana: Inštitut za družinsko medicino; 2008b: 105-11.

Povšnar E, Kokalj V. Delavnice zdravega hujšanja – pred vprašanjem, kako dolgoročno obdržati telesno težo. In: Ražman N, Petruša L, Žerjal Ž, Remec M, eds. Zbornik 3. strokovnega seminarja Zdravstvena in Zobozdravstvena vzgoja z roko v roki na temo promocija zdravja, Koper, 7.-8. junij 2010. Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo; 2010: 103-8.

Richman R, Loughnan G, Droulers A, Steinbeck K, Caterson I. Self-efficacy in relation to eating behaviour among obese and non-obese women. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001;25(6):907-13.

Siegrist M, Hanner H, Cristoph L, Bernhard H, Halle M. A cluster randomised school-based lifestyle intervention programme for the prevention of childhood obesity and related early cardiovascular disease. *BMC Public Health*. 2011;11(11):258.

Sobko T, Svensson V, Ek A, Ekstedt M, Karlsson H, Johansson E, et al. A randomised controlled trial for overweight and obese parents to prevent childhood obesity – Early STOPP (STockholm Obesity Prevention Program). *BMC Public Health*. 2011;11:336.

Tomšič S, Orožen K. Samoocena zdravja In: Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletelj Kragelj L, eds. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije –

Trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2012a: 15-30.

Tomšič S, Orožen K. Uvod. In: Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletelj Kragelj L. eds. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije – Trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2012b; 1-8.

Vidmar J, Pogorevc R. Osnove vedenjsko-kognitivne terapije debelosti. In: Gregorčič A, ed. 16. srečanje pediatrov v Mariboru z mednarodno udeležbo in 3. srečanje medicinskih sester z mednarodno udeležbo: zbornik, Maribor, 7.-8. april 2006. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor; 2006: 203-9.

Zaletelj-Kragelj L, Pavčič M, Koch V, Maučec Zakotnik J. Nezdavno prehranjevanje. In: Zaletelj-Kragelj L, Fras Z, Maučec –Zakotnik J, eds. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2004: 191-251.

Zurc J, Torkar T, Bahun M, Ramšak Pajk J. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja. In: Skela Savič B, Kaučič M, Filej B, Savič K, Mežik Veber M, Romih K, et al., eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: Izbrana poglavja. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 52-4.

WHO, Obesity and overweight. Dostopno na: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> (01.04.2013).

6 PRILOGE

6.1 Anketni vprašalnik

ANKETNI VPRAŠALNIK

USPEŠNOST ŠOLE ZDRAVEGA HUIŠANJA Z VIDIKA SPREMEMB PREHRANSKIH IN GIBALNIH NAVAD

Spořtovanil

Sem Sařo Kržiřnik in sem absolvent dodiplomskega řtudija zdravstvene nege na Visoki řoli za zdravstveno nego Jesenice. V okviru diplomskega dela z naslovom Uspeřnost řole zdravega huiřanja z vidika spremembe prehranskih in gibalnih navad řelim izvesti raziskavo na to temo.

Z anketnim vprařalnikom, ki je pred vami, bi pridobil dragocene podatke, zato vas vljudno prořim, da si vzamete nekaj minut řasa in odgovorite na zastavljena vprařanja.

Pridobljeni podatki sluřijo zgolj v raziskovalne namene.

Izpolnjevanje anketnega vprařalnika je prostovoljno, anketa je anonimna, pridobljene podatke bomo uporabili izključno za namen izdelave diplomske naloge.

Hvala za sodelovanje

Sařo Kržiřnik, absolvent 3. letnika VřZNJ

1. Spol:

1. Moški
2. Ženska

2. Starost:

_____ let (dopolnjenih v letu 2012)

3. Stan:

1. Samski
2. Poročen
3. Živite v zunajzakonski skupnosti
4. Ovdoveli
5. Ločeni

4. Mesto bivanja:

1. Mesto
2. Predmestje
3. Vas

5. Kakšen je vaš zaposlitveni status?

1. Zaposlen
2. Študent, dijak
3. Gospodinja
4. Upokojenec
5. Brezposeln

6. Katera je vaša najvišja dosežena stopnja izobrazbe?

1. Nepopolna osnovnošolska izobrazba
2. Osnovnošolska izobrazba
3. Poklicna ali srednješolska izobrazba
4. Višješolska, visokošolska ali univerzitetna izobrazba
5. Specializacija, magisterij, doktorat

7. Kdo vas je usmeril v šolo zdravega hujšanja?

1. Zdravnik
2. Medicinska sestra
3. Svojci
4. Prijatelji
5. Na lastno željo

8. Čas, ki je potekel od zaključka šole zdravega hujšanja

(izberite oz. dopolnite ustrezen odgovor):

1. Šolo pravkar zaključujem
2. Od zaključka šole je minilo _____ mesecev

9. Kakšna je bila vaša teža pred vstopom in po zaključku v šole zdravega hujšanja

(dopolnite in obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

Pred začetkom šole hujšanja	Ob koncu šole hujšanja
a. kg	a. kg
b. Ne vem	b. Ne vem

10. Kakšna je vaša sedanja teža?

(Vpišete le v primeru, da ste šolo zdravega hujšanja že končali!)

_____ kg

11. Kakšna je vaša telesna višina?

_____ cm

12. Koliko cm je meril vaš obseg pasu pred in po zaključku šole hujšanja?

(dopolnite in obkrožite črko pred izbranim odgovorom)

Pred začetkom šole hujšanja	Ob koncu šole hujšanja	Sedanji obseg pasu
a. cm	a. cm	b. cm
b. Ne vem	c. Ne vem	d. Ne vem

13. Koliko % telesne maščobe ste imeli pred in po zaključku šole zdravega hujšanja?

(dopolnite in obkrožite črko pred izbranim odgovorom)

Pred začetkom šole hujšanja	Ob koncu šole hujšanja
a. Imel sem % telesne maščobe	a. Imam (oz. sem imel) % telesne maščobe
b. Ne vem	b. Ne vem
c. Nismo merili	c. Nismo merili

14. Ste v šoli zdravega hujšanja spremenili prehranjevalne navade?

1. da
2. Delno
3. Ne

15. Kje uživate naslednje obroke?

(Prosimo obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabelo izpolnjujte po vrsticah!)

		Doma- obrok pripravim sam	Doma – obrok mi pripravijo drugi	Izven doma	Obroka ne jem
A	Zajtrk	1	2	3	4
B	Dopoldanska malica	1	2	3	4
C	Kosilo	1	2	3	4
D	Popoldanska malica	1	2	3	4
E	Večerja	1	2	3	4

16. Kako pogosto ste uživali naštetе obroke PRED šolo zdravega hujšanja?

(Prosimo obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabelo izpolnjujte po vrsticah!)

		Vsak dan	1-3X na teden	1-3X na mesec	Nikoli
A	Zajtrk	1	2	4	5
B	Dopoldanska malica	1	2	4	5
C	Kosilo	1	2	4	5
D	Popoldanska malica	1	2	4	5
E	Večerja	1	2	4	5
F	Priložnostni obrok (npr. pred televizijo)	1	2	4	5

17. Kako pogosto uživate naštete obroke SEDAJ?*(Prosimo obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabelo izpolnjujte po vrsticah!)*

		Vsak dan	1-3X na teden	1-3X na mesec	Nikoli
A	Zajtrk	1	2	4	5
B	Dopoldanska malica	1	2	4	5
C	Kosilo	1	2	4	5
D	Popoldanska malica	1	2	4	5
E	Večerja	1	2	4	5
F	Priložnostni obrok (npr. pred televizijo)	1	2	4	5

18. Katere od prehranskih navad ste spremenili v šoli zdravega hujšanja?*(Prosimo obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabelo izpolnjujte po vrsticah!)***Posamezno trditev lahko ocenite z:**

- 1 – se v celoti ne strinjam
- 2 – se ne strinjam
- 3 – nimam pravega mnenja
- 4 – se strinjam
- 5 – se popolnoma strinjam

		1	2	3	4	5
A	Jem manj mastno hrano	1	2	3	4	5
B	Jem drugo vrsto maščobe	1	2	3	4	5
C	Jem več zelenjave	1	2	3	4	5
D	Jem več sadja	1	2	3	4	5
E	Jem manj slano hrano	1	2	3	4	5
F	Jem manj sladko hrano	1	2	3	4	5
G	Jem več manjših obrokov	1	2	3	4	5
H	Jem počasneje	1	2	3	4	5
I	Hrano si pripravim sam	1	2	3	4	5
J	Hrano si tehtam	1	2	3	4	5
K	Hrano si pripravim na krožnik po enotah	1	2	3	4	5
L	Vegetarijanstvo	1	2	3	4	5

19. Ste v šoli zdravega hujšanja spremenili gibalne navade?

1. Da
2. Delno
3. Ne

20. Ali ste lahko gibalno dejavni (kjerkoli)?

(Prosim, da opisujete samo stanje, odkar obiskujete šolo zdravega hujšanja)

1. Gibalno sem dejaven in nimam omejitev
2. Nisem gibalno dejaven zaradi omejitev (bolezen, invalidnost)
3. Nisem gibalno dejaven, kljub temu da nimam omejitev
4. Gibalno sem dejaven kljub omejitvam

21. Koliko dni največ v običajnem tednu ste gibalno dejavni?

_____ dni (PRED vstopom v šolo zdravega hujšanja)

_____ dni (PO vstopu v šolo zdravega hujšanja)

Ta dejavnost povprečno traja:

(Prosimo obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabelo izpolnjujte po vrsticah!)

	Povprečno manj kot 30 min	Povprečno 30 min ali več
PRED šolo zdravega hujšanja	1	2
PO šoli zdravega hujšanja	1	2

22. Kako pogosto se v običajnem tednu v svojem prostem času ukvarjate z naslednjimi športnimi aktivnostmi?

Vztrajnostna vadba *(npr. kolesarjenje, tek, plavanje, igre z žogo, telovadba, ipd.)*

Število ur na teden: _____

Trajanje v enem dnevu: _____ min

Vadba za mišično moč *(npr. vaje z utežmi, intervalni trening, mišične vaje doma ipd.)*

Število ur na teden: _____

Trajanje v enem dnevu: _____ min

23. Prosimo, da obkrožite naslednje trditve, ki veljajo za vas.

(Prosimo obkrožite eno številko v vsaki vrsti. Tabelo izpolnjujte po vrsticah!)

Posamezno trditev lahko ocenite z:

- 1 – se v celoti ne strinjam
- 2 – se ne strinjam
- 3 – nimam pravega mnenja
- 4 – se strinjam
- 5 – se popolnoma strinjam

	1	2	3	4	5
Uživam v gibalni aktivnosti	1	2	3	4	5
S svojimi prehranskimi navadami sem zadovoljna	1	2	3	4	5
Spremenil/a sem življenjski stil v celoti	1	2	3	4	5
Moji najbližji (partner, otroci) so prav tako spremenili življenjski stil	1	2	3	4	5
Najbližji (partner, otroci) me podpirajo v spremembi življenjskega stila	1	2	3	4	5
Zdravnik je opazil in pohvalil moja prizadevanja za spremembo življenjskega stila	1	2	3	4	5
Medicinska sestra je opazila in pohvalila moja prizadevanja za spremembo življenjskega stila	1	2	3	4	5
S sedanjim načinom življenja sem zadovoljen/a	1	2	3	4	5
Zadovoljen/a sem s svojo zunanjo podobo oz. izgledom	1	2	3	4	5

Hvala za vaše sodelovanje.