

Strokovni članek / Original article

PREHRANSKO-DIETETSKA OBRAVNAVA OTROK Z MOTNJAMI HRANJENJA IN ZDRAVSTVENOVZGOJNO DELO S STARŠI

NUTRITIONAL TREATMENT OF CHILDREN WITH EATING DISORDERS AND HEALTH EDUCATIONAL WORK WITH THEIR PARENTS

D. Mušič, H. Kobe, N. Bratanič, M. Breclj-Kobe

Služba za otroško psihiatrijo, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija

IZVLEČEK

V prispevku opisujemo prehransko-dietetsko obravnavo pri otrocih in mladostnikih z motnjami hranjenja. Predstavljamo timski, tj. multidisciplinarni način obravnave na pedopsihiatričnem oddelku Pediatrične klinike in zdravstvenosvetovalno delo s starši pri prehransko-dietetski obravnavi.

Ključne besede: motnje hranjenja, timska obravnava, zdravstvena nega, dietetik.

ABSTRACT

In this paper we describe a method of dietary treatment in children and adolescents with eating disorders. We describe a multidisciplinary team approach to treatment employed in the inpatient Child Psychiatry Unit at the University Children's Hospital. We also describe health counselling of parents beside nutritional dietary treatment.

Key words: Eating disorders, team approach, nursing care, dietitian.

UVOD

Prehransko svetovanje je pomembno področje pri zdravljenju bolnikov z motnjami hranjenja (MH). V zadnjih letih je bilo v strokovni literaturi o tem zaslediti zelo malo in tudi trenutna praksa je osnovana bolj na izkušnjah kot na objavljenih dokazih. Cilji prehranskih ukrepov so normalizacija telesne teže, vzpostavitev primernih prehranjevalnih navad

ter normalnega zaznavanja lakote in sitosti pa tudi osveščanje o nevarnih posledicah podhranjenosti.

Bolnišnično zdravljenje MH na oddelku službe za otroško psihiatrijo poteka v multidisciplinarnem timu in v več fazah. V timu sodelujejo psihiatri, pediater endokrinolog, pediater gastroenterolog, psihologi, dietetik, diplomirane medicinske sestre in zdravstveni tehniki (1). Tim na rednih sestankih

ob prisotnosti bolnika (ter po dogovoru tudi staršev) oblikuje individualni načrt prehranjevanja, analizira napredek in načrtuje nadaljnje zdravljenje.

ZAČETEK ZDRAVLJENJA

V začetni fazi zdravljenja moramo čim prej vzpostaviti ustrezen režim prehranjevanja. Timsko sodelovanje nam pomaga, da učinkovito zastavimo program vzpostavitve normalne telesne teže. Prehranjevanje bolnika je ena izmed ključnih točk zdravljenja, saj je bolnik zaradi somatskih zapletov lahko življenjsko ogrožen. Zato potrebuje tudi stalen nadzor pri vnosu hrane in tekočine.

Program vzpostavitve normalne telesne teže poteka po načelih kognitivno-vedenjske terapije z začetnim dogovorom in s sklenitvijo terapevtskega pakta (1). Na podlagi somatskih izvidov ter podatkov staršev in bolnika o trenutnem načinu prehranjevanja in energijskem vnosu ocenimo stopnjo ogroženosti ter določimo začetni energijski vnos, sestavo jedilnikov in vnos tekočine. Zelo uporabna je metoda »24h recall« (2), saj nam ponudi podrobno sliko prehranjevanja v zadnjem dnevu.

Bolnika, ki sodelovanje pri prehranjevanju odklanja, moramo ustrezno motivirati in ga stalno seznanjati s pomembnostjo zdravega prehranjevanja. V začetni fazi vzpostavljanja prehranjevanja, ko se pogosto pojavljajo težave s strani prebavil (npr. bolečine v trebuhu, napihnjenost), posamezne obroke nadomestimo z enteralnimi pripravki (Ensure Plus, Ensure TwoCal, Nutridrink Multi Fibre, Fresubin Energy Drink). V skrajnih primerih in življenje ogrožajočih stanjih bolniku vstavimo nazogastrično sondo. Zaposleni v zdravstveni negi so pri bolniku prisotni 24 ur na dan ter bolnika pri vseh obrokih spodbujajo in nadzorujejo. Telesno težo, odvajanje in bolnikovo vedenje vsak dan dosledno beležimo in na osnovi pridobljenih podatkov pripravimo prehranski načrt.

Začetna količina hrane mora biti omejena in jo obvezno povečujemo postopno. Zaradi možnega na-

stanka biokemijskih neravnovesij ter spremljanja tekočinske bilance in stanja srčno-žilnega sistema potrebuje bolnik stalen nadzor (nevarnost t.i. re-feeding sindroma). Ob dolgotrajnem stradanju se energijske potrebe zmanjšajo, ker telo varčuje z energijo. Začetni energijski vnos na kilogram telesne teže je navadno 30–40 kcal/dan (tj. približno 1000–1600 kcal/dan). Tolikšen začetni vnos je primeren za večino bolnikov, ki tehtajo manj kot 45 kg. Pri bolnikih z dolgotrajnim hujšanjem, izredno nizko telesno težo in somatskimi zapleti moramo začetni vnos še nekoliko znižati. Z začetnim vnosom bolnik nadaljuje, dokler prebavila ne delujejo pravilno in do vzpostavitve normalne hidriranosti. Ko se pridobivanje teže ustavi, energijski vnos postopno povečujemo za 10 kcal/dan vsakih 5–7 dni. V fazi pridobivanja telesne teže vnos postopno povečujemo, večinoma do 70–100 kcal/kg/dan. Za pridobivanje telesne teže 0,5–1,0 kg tedensko navadno zadošča energijski vnos 2200–2500 kcal/dan, vendar opažamo, da predvsem dečki potrebujejo veliko večji energijski vnos za ustrezno pridobivanje telesne teže. Pri nekaterih to pomeni tudi 3000–5000 kcal/dan. Ob naraščanju telesne teže se hitrost pridobivanja telesne teže zmanjšuje, kar lahko pripišemo pospešeni presnovi in povečani telesni dejavnosti (3, 4).

HITROST PRIDOBIVANJA TELESNE TEŽE

Pri večini bolnikov z anoreksijo nervozo (AN) je v času bolnišnične obravnave ciljna hitrost pridobivanja telesne teže 0,5–1,0 kg tedensko, pri ambulantni obravnavi pa 0,5 kg na teden (3, 5). To pomeni dodatnih 3500–7000 kcal na teden. Da se telesna teža poveča za 1 kg, mora biti dnevni energijski vnos za 1000 kcal/dan večji od vnosa, ki zagotavlja ohranjanje telesne teže (3, 4). Pri bolniku moramo pokriti energijske potrebe, potrebne za rast in razvoj, in dodatno še za pridobivanje izgubljene teže (5). V fazi zmanjševanja telesne teže so energijske potrebe manjše. Na to vpliva nižji bazalni metabolizem bolnika v primerjavi z bazalnim metabolizmom pri

zdravih vrstnikih – k temu prispevajo spremembe vrednosti ščitničnih hormonov, adrenalnih hormonov in izguba puste telesne mase. Po razpoložljivih podatkih bolniki ob vnosu 300 kcal/dan ohranjajo telesno maso. Po fazi stradanja (lakote), ko je hrana telesu na voljo, metabolizem ostane še nekaj časa nizek. Telo energijo uskladišči v maščobne zaloge, da bi preživelo morebitno naslednje obdobje stradanja. S povečanjem energijskega vnosa se postopno poveča tudi hitrost bazalnega metabolizma (6). Pri bolnikih z AN se ob pridobivanju telesne teže metabolizem pospeši, zato za pridobivanje telesne teže in tudi za vzdrževanje zdrave telesne teže po končanem pridobivanju potrebujejo povečan energijski vnos (7). Poudariti moramo, da so energijske potrebe odraščajočega mladostnika že sicer večje od energijskih potreb odrasle osebe (5). Bolniki z AN, ki so bili pred izgubo teže prekomerno težki, hitreje pridobivajo telesno težo kot bolniki, ki so imeli pred nastopom MH normalno telesno težo (3).

Tabela 1. Protokol dodajanja kalorij za vzpostavitev normalne telesne teže (6).

Table 1. Protocol for calorie addition for restitution of body weight (6).

Dodajanje kalorij ni potrebno, če telesna teža primerno napreduje.
Dodajanje 200–300 kalorij, če se telesna teža ne spreminja.
Dodajanje 500 kalorij, če se telesna teža zmanjšuje.
Uvedemo največ tri spremembe v enem tednu.

Pri bolnikih z AN je med vzpostavljanjem normalnega prehranjevanja večji energijski vnos za napredovanje na telesni teži potreben tudi zaradi večjega termičnega učinka hrane oz. s hrano povzročene termogeneze. Del sprejete energije namreč telo porabi za transport in shranjevanje zaužitih hranil, s tem pa je povezano povečano nastajanje toplote (8). Ker je hitrost presnove še vedno povečana, bolniki takoj po vzpostavitvi varne oz. zdrave telesne teže za ohranitev povrnjene teže še naprej potrebujejo povečan energijski vnos (50–60 kcal/kg/dan). Hitrost presnove se normalizira po 3–6 mesecih in takrat se potrebe za ohranjanje telesne teže pri bolnikih, pri katerih je rast zaključena, zmanjšajo na 20–40 kcal/kg/dan, podobno kot pri zdravi populaciji. Otroci in

mladostniki potrebujejo še naprej večji energijski in hranilni vnos za zagotavljanje nadaljnje rasti in razvoja (3, 5).

CILJNA TELESNA TEŽA

Ciljno telesno težo navadno določimo ob začetku zdravljenja. Posebnih priporočil ni. Ciljno telesno težo navadno določimo tako, da je ob upoštevanju bolnikove višine indeks telesne mase (ITM) 19–20 kg/m². Gre za najnižjo zdravo telesno težo, ki temelji na merilih celotne populacije in ni nujno tudi optimalna teža posameznega bolnika. Pri mladostnikih sprememba ITM ni zanesljiv kazalnik sprememb v telesnih zalogah maščob, beljakovin in ogljikovih hidratov. Če AN nastopi pred zaključenim obdobjem rasti, povzroča zavrtto rast in s tem nižjo končno telesno višino. Pogosto izgubo telesne teže podcenimo, če ocena temelji samo na izračunani vrednosti ITM. Pri mladostnikih z AN je dovolj, da telesna teža v obdobju rasti ne narašča. Ker se vrednosti ITM s starostjo povečujejo, moramo vrednost ITM primerjati s percentilnimi krivuljami za starost. Tudi ocena pričakovane oz. ciljne teže v tej starostni skupini je zahtevna. Pri ocenjevanju moramo upoštevati telesno težo bolnika pred nastopom bolezni in njegovo telesno višino, telesno težo in višino staršev ter normalne percentilne vrednosti. Ciljno težo moramo med zdravljenjem pogosto prilagajati. Nastop menarhe in menstruacije kažeta na ustrezno povrnitev telesne teže, ki pa še ne pomeni optimalne oz. zdrave telesne teže za dolgoročno zdravje (4).

NAČRT PREHRANJEVANJA

Načrt prehranjevanja je ključno orodje pri zdravljenju MH in bolnikom ponudi usmeritev k normaliziranju vnosa hrane. Z učinkovitim načrtom prehranjevanja dosežemo naslednje cilje: ustrezen vnos hranil in energije in s tem povrnitev normalne telesne sestave; organiziran pristop k uživanju hrane; zmanjšanje odpora do hrane, ki se je bolnik boji, se je izogiba ali po njej bruha (4, 9). Na tem podro-

čju opažamo pomanjkanje standardiziranih načrtov prehranjevanja, ki bi bili dokazano učinkoviti. Posebnih priporočil o deležu posameznih makrohranil v prehrani bolnikov z MH ni. Zato navadno uporabljamo priporočila za zdravo prehranjevanje splošne populacije (9).

Redno prehranjevanje s tremi glavnimi obroki in z dvema ali tremi malicami je najbolj učinkovita metoda za uspešno dolgotrajno uravnavanje telesne teže. Bolnikom daje občutek nadzora nad prehranjevanjem in telesno težo. Če bolniki sledijo temu režimu, manj časa namenijo razmišljanju o hrani in štetju kalorij ter ga raje posvetijo drugim vidikom okrevanja, tudi psihoterapiji. S takšnim režimom prehranjevanja bolnike učimo prepoznavanja in ustreznega odzivanja na občutke lakote in sitosti. Med obroki so približno triurni razmiki; tako preprečujemo, da bi bolniki zaužili preveč ali premalo. Enakomerno razporejeni obroki preko celega dne ustrezajo zmognosti jeter, da ohranjajo normalne vrednosti krvnega sladkorja z glikogenom. Izčrpanje glikogena v jetrih je namreč povezano z občutki lakote. Ker bolniki z MH občutka lakote ne prepoznavajo ali se nanj ne odzivajo ustrezno, se ob rednih obrokih ob točno določenih urah počutijo bolje. Z režimom rednega prehranjevanja s tremi glavnimi obroki in z dvema do tremi malicami dosežemo manjše obremenjevanje s hrano in zmanjšanje prenajedanja, preprečujemo premajhen vnos hrane in hranjenje zaradi čustvenih stisk, zmanjšamo pogostost bruhanja, preprečujemo negativne misli in vplivamo na povrnitev občutkov lakote in sitosti. Ob tem tudi uravnavamo telesno težo, prispevamo k uravnoveženju upočasnjene presnove in preprečimo skladiščenje maščob, kar se sicer dogaja pri omejevanju vnosa hrane. Izboljša se sposobnost reševanja problemov in vplivamo na boljšo koncentracijo (9).

Vsak obrok naj bi vseboval živilo iz vsake od petih osnovnih skupin: beljakovinsko živilo; živilo, ki je vir kompleksnih ogljikovih hidratov; maščobno živilo; živilo, bogato s kalcijem; sadje ali zelenjavo. V obrok lahko vključeno prav vsako

živilo; za nobeno ne velja, da redi ali povzroča zasvojenost. Slabih živil ni, če jih uživamo v zmerni količini. Ob pretiravanju pa je lahko škodljivo katero koli (9).

Beljakovine

V prehrani bolnikov z MH pogosto primanjkuje beljakovin. Za izboljšanje prehranskega stanja telo potrebuje beljakovine z visoko biološko vrednostjo, ki so v jajcih, mesu, ribah in mleku. Prehranske beljakovine organizem oskrbujejo z aminokislinami, ki so potrebne za izgradnjo telesu lastnih beljakovin. Živila, bogata z beljakovinami, pomagajo obnoviti izgubljeno mišično maso, uravnavajo tek ter vplivajo na boljše splošno počutje in zdravje. Kosilo in večerja naj bi vsebovala po približno 20 g beljakovin, kar ustreza 80–100 g mesa ali rib ali jajc (9). Občasno lahko živalske beljakovine nadomestimo z rastlinskimi, npr. s stročnicami (fižol, grah, čičerika, leča). Meso je tudi pomemben vir železa, saj je razpoložljivost železa v mesu neprimerno večja kot razpoložljivost železa v rastlinskih virih. Železo je pomembna sestavina hemoglobina, ki prenaša kisik po telesu, zato pomanjkanje železa povzroča slabokrvnost, poslabša telesno zmogljivost in oslabi imunski sistem (10).

Kompleksni ogljikovi hidrati

Med kompleksne ogljikove hidrate uvrščamo žitarice, kruh, krompir, testenine, riž, kaše in kosmiče. Skupaj z enostavnimi ogljikovimi hidrati (sladkorji) so glavni vir energije. Bolniki potrebujejo 30–60 g ogljikovih hidratov vsakem glavnem obroku, kar ustreza 200–250 g škrobne priloge ali dvema kosoma kruha (2×60 g). Ogljikove hidrate naj vsebujejo tudi malice (9). Poleg zagotavljanja energije so tudi vir beljakovin, vitaminov, mineralov in prehranskih vlaknin. Prehranske vlaknine ugodno vplivajo na prebavo in uravnavajo raven glukoze v krvi (10).

Maščobe

Bolniki z MH se pogosto izogibajo uživanju maščob. Maščobe so nujno potrebno hranilo, ki zagotavlja esencialne maščobne kisline in v maščobah topne vitamine. Nujne so za pravilno delovanje celičnih membran, za normalen razvoj in delovanje možganov in živčevja ter za tvorbo hormonov. Maščobe so nosilec okusa in arom, zato je hrana, ki jih vsebuje, tudi bistveno bolj okusna (9, 10). Tudi holesterol je nujno potrebno hranilo, saj omogoča prožnost celičnih membran ter sodeluje pri nastanku vitamina D in hormonov (11).

Kalcij

Kalcij potrebujemo za izgradnjo kostne mase. Glavni vir kalcija so mleko in mlečni izdelki (jogurt, skuta, sir, mlečni sladoleđ). Živila nemlečnega izvora imajo neprimerno manjšo vsebnost kalcija kot mleko in mlečni izdelki, vprašljiva pa je tudi stopnja absorpcije kalcija, ki ga vsebujejo.

Zdravi starejši otroci, mladostniki in odrasli potrebujejo 1000–1200 mg kalcija dnevno, čemur zadostimo z zaužitjem 500 ml mleka oz. jogurta na dan (100 ml mleka oz. jogurta lahko nadomestimo z rezino sira) in z mešano prehrano. Če se bolniki z MH izogibajo mleka in mlečnih izdelkov (npr. v primeru alergij), poskrbimo za dodajanje kalcija v obliki prehranskih dodatkov ob nekoliko večjem vnosu beljakovin (dodaten obrok visokobeljakovinskega živila), da nadomestimo beljakovine, ki bi jih sicer zaužili z mlekom ali mlečnimi izdelki. Kalcijeve dodatke za optimalno absorpcijo uživamo v več odmerkih, največ 500 mg naenkrat (9).

Sadje in zelenjava

Sadje in zelenjava so živila, bogata z vitamini in minerali ter prehranskimi vlakninami in imajo nizko energijsko vrednost. Pretiravanje z uživanjem sadja in zelenjave v fazi vzpostavitve normalne telesne

teže ni primerno. Več kot pet porcij dnevno (pri vsakem obroku) lahko poveča občutek sitosti in včasih povzroči celo drisko (9).

DODATNI ZAPLETI IN POSEBNOSTI MOTENJ HRANJENJA

Osteopenija in osteoporoza

Zmanjšanje kostne gostote je eden najbolj resnih zapletov MH, saj lahko zapusti dolgoročne posledice, ki pomembno vplivajo na kakovost življenja bolnikov. K nastanku osteopenije oz. osteoporoze prispevajo premajhen energijski vnos ter hkratno pomanjkanje beljakovin in elektrolitov, predvsem kalcija, fosfata, vitamina D in vitamina K. K nastanku osteopenije oz. osteoporoze pomembno prispevajo tudi hormonske motnje, predvsem pomanjkanje spolnih hormonov s posledično sekundarno amenorejo. Osteoporoza izrazito poveča tveganje zlomov kosti.

V obdobju rasti in razvoja je ta primanjkljaj še toliko večji in bolj pomemben, saj se takrat kostna masa v glavnem še izgrajuje.

Kostno gostoto določimo s posebno rentgensko preiskavo (DXA), ki je za bolnike popolnoma nenevarna. V primeru pomanjkanja vitamina D in dokazane zmanjšane kostne gostote pričnemo zdravljenje s kalcijevim karbonatom in z vitaminom D, najbolj pomembni pa sta vzpostavitev normalne telesne teže in vzpostavitev hormonskega delovanja.

Laktozna intoleranca

Pri bolnikih z AN zelo pogosto opažamo laktozno intoleranco. Navadno gre za sekundarno laktozno intoleranco, do katere pride zaradi podhranjenosti, pri kateri se sluznica prebavil poškoduje in stanjša, kar povzroči malabsorpcijo sladkorjev (12, 13). Pri nastanku lahko sodelujejo tudi genetski dejavniki. Pomanjkanje encima laktaze ugotavljamo ob prisotnosti prebavnih težav, ki se pojavljajo ob zaužitju

mleka ali mlečnih izdelkov, dokažemo pa ga s testom merjenja vodika v izdihanem zraku (14). Pri pomanjkanju laktaze moramo prehrano prilagoditi. Izločitev mleka in mlečnih izdelkov, ki vsebujejo mlečni sladkor (laktozo), ni dobra izbira, saj bolnike prikrajša za dober vir kalcija, beljakovin, fosforja in vitamina D. Na trgu so na voljo mleko in mlečni izdelki brez laktoze oz. z zmanjšano vsebnostjo laktoze, ki jim v postopku encimske razgradnje razgradijo večji del laktoze, hkrati pa ohranijo vse pomembne sestavine (15).

Zaprtje

Zaradi zmanjšanje črevesne vsebine in porušenega encimskega ravnovesja v črevesu se bolniki z MH pogosto srečujejo z zaprtjem. Ob zdravem prehranjevanju se po določenem obdobju normalna prebava ponovno vzpostavi. Če ima bolnik stalne težave, si pri zdravljenju pomagamo z vnosom različnih živil, ki pospešujejo prebavo (suhe slive, Donat, enteralni napitki z dodanimi vlakninami). V primeru trdovratnega zaprtja uporabimo tudi odvajalo (Portalak sirup).

Vegetarijanstvo

Posebno pozornost moramo nameniti bolnikom, ki si trdno želijo prehranjevati vegetarijansko. Razložiti jim moramo, da omejena izbira hrane, kar vegetarijanstvo nedvomno je, lahko pomembno vpliva na proces okrevanja, tj. upočasniti proces pridobivanja telesne teže in zdravja (3). Če je pravilno sestavljena in če je posameznik, ki se odloči zanjo, zdrav, je vegetarijanska prehrana povsem sprejemljiva (4). Bolniki z MH se pogosteje prehranjujejo vegetarijansko kot zdrava populacija, najpomembnejši razlog za izbiro vegetarijanske prehrane pa je pri bolnikih z MH nadzorovanje telesne teže. Posameznik se za vegetarijanstvo navadno odloči, ko se že srečuje z MH (4, 16). Vegetarijanstvo je pogosto »skrivna« metoda omejevanja hrane, posebno tiste, ki vsebuje več maščob. Če ugotovimo, da je vege-

tarijanstvo posledica MH, je upravičeno, da vegetarijanstvo obravnavamo kot del psihopatologije, zato v procesu zdravljenja poskušamo spremeniti prehranjevalne navade (17, 18). Če je vegetarijanstvo prisotno že pred nastopom MH in se tako prehranjuje tudi bolnikova družina, jih poučimo, kako se ob vegetarijanstvu prehranjevati zdravo. To pomeni, da namesto mesa redno uživajo živila z visoko vsebnostjo kakovostnih živalskih beljakovin, npr. jajca, ribe, mleko in mlečne izdelke (3, 18). Veganska dieta, ki izključuje vsa živila živalskega izvora (meso in mesne izdelke, ribe, jajca, mleko in mlečne izdelke), pa je za povrnitev telesne teže skrajno neprimerna, saj ne zagotavlja zadostnega energijskega vnosa ter beljakovin, železa, kalcija in fosfatov (4).

Štetje kalorij

Štetje kalorij je značilno početje bolnikov z MH. Namesto štetja kalorij moramo spodbujati načrtovanje obrokov. Bolnikom zagotovimo, da primeren načrt prehrane omogoča natančno toliko kalorij, kot jih potrebujejo za ohranjanje zdrave telesne teže. Dokler se držijo načrta, obvladujejo občutke lakote, ne da bi se prenajedli, in ob tem ohranjajo primerno telesno težo, menimo, da je energijski vnos primeren. Ko bolniki postopno pridobijo zaupanje v sposobnost, da lahko sledijo prehranskemu načrtu in se pravilno odzivajo na signale lakote in sitosti, navadno sami prenehajo s štetjem kalorij (9).

SVETOVALNO DELO S STARŠI

Svetovne smernice za zdravljenje otrok in mladostnikov z MH priporočajo, da naj pri prehranskem vodenju otrok sodelujejo tudi starši oziroma skrbniki, ki skupaj z dietetikom in drugim zdravstvenim osebjem načrtujejo vsakodnevne obroke (19). Starše v proces zdravljenja vključimo že na začetku, kar pomembno vpliva na potek zdravljenja. Razumeti moramo, da so čustveno vznemirjeni in da vstopamo v njihov svet. Večina staršev pri spremljanju in vodenju prehranjevanja bolnika z MH nima dovolj

moči in odločnosti, pri čemer otrokovo prehranjevanje pogosto ocenijo napačno. Naša naloga je, da staršem predstavimo pravilno uravnoteženo prehrano in jih opogumimo, da doma prevzamejo vodenje prehranjevanja. Zelo pomembno je, da se s starši pogovorimo o načinu hranjenja v domačem okolju. Informacije – Kdo pripravlja hrano? Kdo kupuje hrano? Kakšni so skupni družinski obroki? – so ključnega pomena za pripravo prehranskega načrta v domačem okolju, s katerim se mora vedno strinjati tudi bolnik. Zelo pomemben je način, kako se lotimo pogovora z bolnikom o prehranjevanju in pripravi načrta. Bolniki z MH vedo zelo veliko o zdravem prehranjevanju. Nešteto organizacij in ustanov spodbuja npr. diete z malo maščobami in neredko so informacije o škodljivosti posameznih hranil v popolnem nasprotju z našimi prehranskimi napotki.

V začetni fazi starše povabimo na oddelek in otroke spremljajo ob obrokih. Nazorno jim pokažemo sestavo in potrebno količino hrane, pri čemer si pomagamo tudi z vizualnimi pripomočki in s fotografijami. Ko je otrokovo telesno stanje stabilno, otroku omogočimo začasni odpust (t. i. vikend izhod). Prvi izhod navadno načrtujemo tako, da na oddelku skupaj s starši sestavimo jedilnik, ki se ga morajo starši in otrok držati v domačem okolju. Skupaj z bolnikom in starši podpisemo jedilnik, s čimer potrdimo strinjanje z načrtovanim jedilnikom, in se domenimo, da v domačem okolju ne pričakujemo

sprememb. Staršem naročimo, da morajo v primeru težav otroka takoj pripeljati nazaj na oddelek. S tem damo staršem moč, ki pa jo morajo v primeru nesodelovanja tudi uporabiti, tako da bolnika dejansko pripeljejo nazaj.

Staršem svetujemo, kako lahko podprejo otroka pri premagovanju bolezn. Pomembno je, da se tudi sami čim bolj poučijo o bolezn. Razumeti morajo razliko med dejstvi in napačnimi prepričanji, ki se nanašajo na telesno težo, prehranjevanje in gibanje. Strpnost in posluš za otrokovo pripoved o strahovih v zvezi z zaužito hrano je pri izgradnji boljših medsebojnih odnosov v družini ključnega pomena. Med pogovorom se ne smejo jeziti ali vznemirjati. Poskušajo naj razumeti pomen socialnih aktivnosti, ki ne vključujejo hrane. Zlasti pa se morajo zavedati, da je okrevanje dolgotrajno in da je prehranjevanje v procesu zdravljenja eno najtežjih »opravil«. Starše opozorimo na neprimerne vedenjske vzorce in zaskrbljujoče rituale hranjenja, na katere morajo biti še posebej pozorni (Priloga 1).

Prvi začasni odpust za starše in otroka pomeni velik pritisk. Starši se bojijo, da se bo vedenje, ki je pripeljalo do bolezn, ponovilo. Pogosto povedo, da se bojijo otrokovega vedenja v domačem okolju. Otrok težko zaupa staršem, da bodo pravilno pripravili obrok z ustrežno količino hrane. Zelo pomembno je, da starši tudi doma otroka nadzorujejo 24 ur na dan,

Priloga 1. Vedenjski vzorci, značilni za bolnike z MH (20).

Appendix 1. Behavioural patterns characteristic of patients with eating disorders (20).

aktivno gibanje brez počitka	neprimerno trajanje prehranjevanja pri določenem obroku
bolnik stoji, ko bi večina ljudi sedela	gibanje med obrokom, neprimerno sedenje
nenaklonjenost določenim skupinam hranil ali posameznim živilom	stalno pogojevanje (npr. pojedla bom, če grem lahko na telovadbo)
zanimanje za recepte, tv-oddaje in prispevke o hrani, nakupovanje hrane	izključitev določenih hranil z jedilnika
»izginitje« določenih živil in sladkarij (pri bolnikih z bulimijo)	obremenjenost s telesno težo
jezavost pri obrokih in štetje kalorij	izogibanje prehranjevanju v restavracijah, kjer je prisotnih veliko ljudi
nenavadno število obrokov in ure obrokov	raziskovanje prehranskih dejstev in obremenjenost z revijami in mediji, ki prikazujejo idealne postavbe
skriti ostanki hrane	pripravljanje hrane za družinske člane in druge, vendar brez hranjenja

saj le na ta način pridobimo pravilne in natančne podatke o gibanju in prehranjevanju, ki nam kasneje pomagajo pri morebitni spremembi prehranskega načrta.

Priloga 2. Ritualni hranjenja, značilni za bolnike z MH (20).

Appendix 2. Eating rituals characteristic of patients with eating disorders (20).

rezanje hrane na drobne koščke pred obrokom in med obrokom
drobljenje hrane (piškoti, kruh ipd.)
neprimerna posoda za hranjenje
uživanje hrane v določenem vrstnem redu
skrivanje hrane v oblačila in nahrbtnike, metanje hrane hišnim ljubljencem

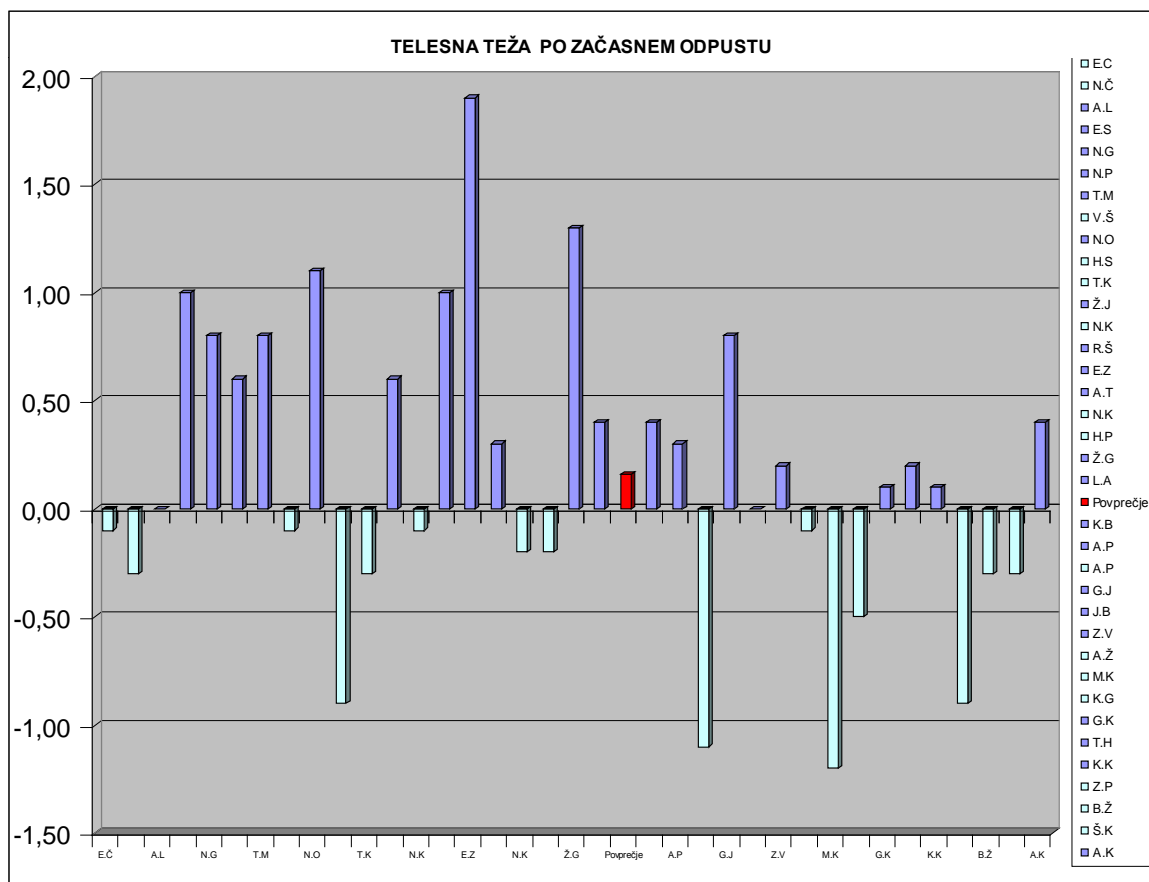
Na Sliki 1 prikazujemo analizo telesne teže 36 bolnikov po prvem začasnem odpustu. Bolniki so bili od-

puščeni v domače okolje za 2–3 dni. Pri 15 bolnikih se je telesna teža med začasnim odpustom zmanjšala, dva bolnika sta obdržala enako telesno težo, 19 bolnikom pa je uspelo telesno težo celo nekoliko pridobiti. Telesna teža se je povečala v povprečju za 0,145 kg, kar je glede na veljavne smernice na spodnji meji priporočenega pridobivanja (3, 5).

V naslednji fazi staršem ponudimo osnovne jedilnike, s katerimi si lahko pomagajo v domačem okolju. Skupaj z bolnikom načrtujemo tudi gibanje v domačem okolju in starše poučimo o nadomeščanju telesnih aktivnosti z manjšimi malicami. Nekateri starši potrebujejo intenzivno svetovanje, saj težko razumejo, da otrok za primerno pridobivanje telesne teže potrebuje tolikšen energijski vnos. Sčasoma skupaj z otrokom »dosežejo« primeren trend pridobivanja

Slika 1. Telesna teža po prvem začasnem odpustu.

Figure 1. Body weight following first temporary discharge from hospital.



bivanja telesne teže in upoštevajo priporočila glede vedenja v domačem okolju.

V zadnji fazi pred končnim odpustom staršem in bolnikom svetujemo, kako vzdrževati telesno težo (če je bolnik dosegel ciljno težo pri nas). Starši vključijo v jedilnik tudi druge jedi, dovolimo jim večjo izbiro mlečnih jedi (mlečne jedi kot samostojno jed ob začetku zdravljenja odsvetujemo, saj niso dovolj energijsko bogate). Otroka pripravimo na vrnitev v šolsko okolje in skupaj s starši pripravimo načrt prehranjevanja. Glede odpusta se odločamo za vsakega posameznika posebej. Če presodimo, da starši dobro razumejo pripravo obrokov, lahko otrok ciljno težo doseže tudi v domačem okolju. Nadaljnja obravnava poteka ambulantno.

ZAKLJUČEK

Prehranski načrt in prehransko svetovanje sta ključni orodji pri zdravljenju MH. Razumevanje vloge in odgovornosti prehranskega svetovanja je ključnega pomena za učinkovito oskrbo posameznikov z MH. Z učinkovitim načrtovanjem zagotovimo vnos potrebnih hranil, ponudimo organiziran pristop k hranjenju in omogočimo normalizacijo prehranjevalnih vzorcev. Medtem ko osnovne misli in čustva ostajajo v središču bolezni in okrevanja bolnikov, lahko prav odnos do hrane in prehranjevanja igra pomembno vlogo pri zaviranju ali pospeševanju zdravljenja. Zaradi kompleksnosti MH je v procesu zdravljenja pomembna vključitev dietetika in diplomirane medicinske sestre z dodatnimi znanji s področju zdravega prehranjevanja.

LITERATURA

1. Brecelj Kobe M, Đurašin V, Kranjc M, Anderluh M. Obravnava otrok in mladostnikov z motnjo hranjenja na pediatrični kliniki v Ljubljani. In: Kržišnik C, Battelino T. eds. Izbrana poglavja iz pediatrije (23). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo; 2011: 23: 255-86.
2. Story M, Stang J. Nutrition and the pregnant adolescent: a practical reference guide. Minneapolis, MN: Center for Leadership, Education, and Training in Maternal and Child Nutrition, University of Minnesota; 2000 (Appendix C1, p. 236).
3. Marzola E, Nasser JA, Hashim SA, Shih PB, Kaye WH. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. BMC Psychiatry 2013, 13: 290.
4. Guidelines for nutritional management of anorexia nervosa. Council Report CR130. London: Royal College of Psychiatrists, 2005. Dosegljivo na: URL: <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr130.pdf>
5. Nicholls D. Eating Disorders. In: Shaw V, Lawson M. eds. Clinical Paediatric Dietetics. 3rd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2007: 473-81.
6. Herrin M, Larkin M. Restoring Weight. In: Herrin M, Larkin M, eds. Nutrition Counseling in the Treatment of Eating Disorders. 2nd ed. New York and London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2013: 191-228.
7. Reiter CS, Graves L. Nutritional therapy for eating disorders. Nutr Clin Pract 2010, 25(2): 122-36.
8. Rigaud D, Verges B, Colas-Linhart N, Petiet A, Moukaddem M, Van Wymelbeke V, Brondel L. Hormonal and psychological factors linked to the increased thermic effect of food in malnourished fasting anorexia nervosa. J Clin Endocrinol Metab 2007; 92(5): 1623-9.
9. Herrin M, Larkin M. Food Planning: Rule of Threes. In: Herrin M, Larkin M, eds. Nutrition Counseling in the Treatment of Eating Disorders. 2nd ed. New York and London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2013: 107-39.
10. Referenčne vrednosti za vnos hranil. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2004.
11. Gallagher ML: The Nutrients and Their Metabolism. In: Mahan LK, Escott-Stump S, eds. Krause's Food and Nutrition Therapy, 12th ed. Missouri: Saunders, Elsevier Inc, 2008: 39-143.

12. Macdonald S. Gastroenterology. In: Shaw V, Lawson M. eds. *Clinical Paediatric Dietetics*, 3rd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2007: 90-124.
13. Nichols BL, Dudley MA, Nichols VN, Putman M, Avery SE, Fraley JK, Quaroni A, Shiner M, Carrazza FR. Effects of malnutrition on expression and activity of lactase in children. *Gastroenterol Nutr* 1997; 112(3): 742-51.
14. Beyer PL: Medical Nutrition Therapy for Lower Gastrointestinal Tract Disorders. In: Mahan LK, Escott-Stump S, eds. *Krause's Food and Nutrition Therapy*, 12th ed. Missouri: Saunders, Elsevier Inc, 2008: 673-706.
15. Heyman MB. Lactose intolerance in infants, children, and adolescents. *Pediatrics* 2006; 118(3): 1279-86.
16. Bardone-Code AM, Fitzsimmons-Craft EE, Harney MB, Maldonado CR, Lawson MA, Smith R, Robinson DP. The Inter-relationships between Vegetarianism and Eating Disorders among Females. *J Acad Nutr Diet* 2012; 112(8): 1247-52.
17. Sullivan V, Damani S. Vegetarianism and eating disorders: partners in crime? *Eur Eat Disorders Rev* 2000; 8: 263-6.
18. Schebendach JE. Nutrition in Eating Disorders. In: Mahan LK, Escott-Stump S, eds. *Krause's Food and Nutrition Therapy*, 12th ed. Missouri: Saunders, Elsevier Inc, 2008: 563-86.
19. Hrast I, Smrdu M, Gorenc M, Pečenik S, Dernovšek MZ: Motnje hranjenja: intervencije zdravljenja in obravnave anoreksije nervoze, bulimije nervoze in sorodnih motenj hranjenja. Nacionalne smernice klinične prakse CG9. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ožara, 2008.
20. Practice Paper of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating disorders. Dosegljivo na: URL: http://feast-ed.org/Portals/0/Documents/Practice_Paper_Nutrition_Intervention.pdf

Služba za otroško psihiatrijo
Pediatrična klinika
Univerzitetni klinični center Ljubljana
Bohoričeva 20
1525 Ljubljana

Email: denis.music@kclj.si

Prispelo/Received: 9. 5. 2014

Sprejeto/Accepted: 12. 5. 2014

Kontaktna oseba/Contact person:

Denis Mušič, z.t., univ.dipl.org.