

Prikaz primera / Case report

MOTNJE HRANJENJA PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI – PRIKAZ PRIMERA

EATING DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS – A CASE REPORT

M. Obolnar, S. Kovač, M. Anderluh

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

IZVLEČEK

Motnje hranjenja so pri otrocih in mladostnikih vse pogostejše. Zaradi raznovrstnih dejavnikov tveganja so kompleksna bolezen. Ključno je, da čim prej vzpostavimo ustrezno zdravstveno stanje. V prispevku opisujemo primer oskrbe otroka in mladostnika z motnjo hranjenja na Pediatrični kliniki v Ljubljani s poudarkom na zdravstveni negi in vlogi medicinske sestre na področju otroške psihiatrije.

Ključne besede: motnje hranjenja, medicinska sestra, zdravstvena nega, otrok in mladostnik.

ABSTRACT

Eating disorders in children and adolescents are becoming more and more common. Due to various risk factors, eating disorders are a complex disease. The earliest possible restoration of health is crucial. This paper describes a case of the care of a child and adolescent with eating disorders at the Children's Hospital in Ljubljana, with an emphasis on nursing care and the role of nurses in child psychiatry.

Key words: eating disorders, nurse, nursing care, children and adolescent.

UVOD

Otroci in mladostniki se na preobremenjenost s šolskimi obveznostmi, stres in objave medijev s pretiranim in nekritičnim poudarjanjem vitkosti in reklamiranjem dietnih proizvodov odzivajo različno. Danes je preizkušanje raznih diet in nadzorovanje količine in vrste zaužite hrane nekaj običaj-

nega. Da bi izboljšali telesni videz, se vedno več ljudi poslužuje različnih diet in prehranskih načinov. Otroci in mladostniki pri tem niso izjema. Do neke mere je to sprejemljivo, vendar pa se nekateri začno s svojim izgledom in telesno težo pretirano obremenjevati. Posledice so lahko motnje hranjenja. Otroci in mladostniki (v nadaljevanju otroci) s tovrstnimi motnjami hrano odklanjajo, ker se

počutijo nesrečni, ali pa jedo več, kot potrebuje njihovo telo. Pri motnjah hranjenja ne gre le za spremenjen odnos do hrane, temveč tudi za način obvladovanja neprijetnih čustev in medsebojnih odnosov, posebej znotraj družine. Čustva, kot so jeza, krivda, izguba, žalost in strah, včasih težko uravnavamo. Motnje hranjenja kažejo, da ima oseba težave z obvladovanjem čustev, ki jo delajo nesrečno in depresivno. Razlikujemo tri osnovne oblike motenj hranjenja: anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo in sindrom prenajedanja. V otroškem obdobju in adolescenci je najpogostejša anoreksija nervoza. Za otroško obdobje so značilne še nekatere druge klinične slike motenj hranjenja, zaradi česar je prepoznavanje bolezni pri otrocih in v zgodnjem poteku bolezni zahtevno in zapleteno. Glede na izkušnje, ki jih imamo na Pediatrični kliniki, vemo, da otroci in mladostniki z anoreksijo nervozo pridejo na pregled in zdravljenje pogosto zelo pozno. Zdravljenje bolezni je v tem primeru še posebej zapleteno in dolgotrajno.

CILJI ZDRAVLJENJA

Anoreksija nervoza je dokaz o tesnem prepletu telesnega in duševnega, tako glede vzrokov nastanka kot simptomov in ciljev zdravljenja. Pomembno je, da je zdravljenje ves čas usmerjeno v skrb za okrepitev telesnega zdravja in tudi v psihoterapevtske vsebine. Zato je tesno sodelovanje psihiatrične in pediatrične stroke ključnega pomena, posebej pri otrocih s hudo in življenje ogrožajočo podhranjenostjo. Pomembno je, da pri zdravljenju tesno sodelujejo tudi otrokovi starši – v obliki terapevtskega dela z družino.

Cilji bolnišničnega zdravljenja motenj hranjenja v smislu ponovne vzpostavitve telesnega zdravja, so:

1. vzpostavitev primerne hranjenja v bolnišničnem okolju in nato tudi v domačem okolju;
2. vzpostavitev nadzora nad bolezenskim vedenjem, ki je usmerjeno v večjo porabo energije (dodatna telesna dejavnost, neprestana hoja), in otroku pomagati, da se naučiti sproščenega počivanja;
3. postopna vzpostavitev minimalne zdrave telesne teže za spol in starost;
4. vzdrževanje minimalne zdrave teže ob stopnjevanju telesnih dejavnosti do polne vključitve v domače okolje.

Cilji psihoterapevtske obravnave, ki poteka hkrati z vsebinami, prilagojenimi fazi otrokovega zdravljenja:

1. s psihoterapevtskimi vsebinami otroku in staršem pomagati prepoznati naravo bolezni in razlikovati med boleznijo in otrokom;
2. vspostavljanje motiviranosti za zdravje;
3. s kognitivno-vedenjskim pristopom pomagati otroku pri obvladovanju simptomov bolezni in čustvenih stisk;
4. podpirati in razvijati otrokove socialne veščine v odnosu do otrok in odgovornih odraslih.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI ZDRAVLJENJU OTROK IN MLADOSTNIKOV Z MOTNJO HRANJENJA NA ODDELKU ZA OTROŠKO PSIHIATRIJO

Bolnišnično zdravljenje poteka v okviru multidisciplinarnega tima in v več fazah (1). Multidisciplinarni tim sestavljajo otroški psihiater, klinični psiholog, medicinska sestra oz. tehnik zdravstvene nege (v nadaljevanju MS), specialni pedagog in klinični dietetik, po potrebi tudi socialna delavka. MS je pomemben član multidisciplinarnega tima in se vključuje v vse faze procesa zdravljenja. V bolnišnični obravnavi ima zelo pomembno vlogo, saj je pri otroku prisotna 24 ur na dan.

Multidisciplinarni tim pri zdravljenju motenj hranjenja (v nadaljevanju MH) so ekipa strokovnjakov službe za otroško psihiatrijo na naši kliniki, ki z medsebojnim sodelovanjem in dopolnjevanjem omogočajo celosten pristop pri zdravljenju (1). Cilj obravnave določimo skupaj na tedenskih timskih sestankih, in sicer glede na fazo zdravljenja in na-

predovanje pri zdravljenju. Individualne terapevtske obravnave otrok z MH obsegajo vodenje pri psihiatru in psihologu (1).

Ocenjevanje telesne ogroženosti, razpravljanje o primernosti pridobivanja telesne teže in prilagajanje jedilnika so dejavnosti, ki potekajo na tedenskih konziliarnih sestankih, na katerih poleg lečečega psihiatra, psihologa in oddelčnih MS sodelujejo še dietetičarka ter pediater endokrinolog in pediater gastroenterolog.

Vloga MS pri ustvarjanju terapevtskega okolja na oddelku

MS, ki dela z otroki z MH, mora razviti veliko mero empatije in potrpežljivosti. Razumeti mora pričakovanja in cilje ter imeti posluh za čustveno doživljanje, hkrati pa razumeti otrokovo vedenje in izkušnje. MS mora k otroku pristopiti z veliko mero razumevanja, s prijaznostjo, toplino, pozornostjo, spoštljivostjo in sprejemanjem drugačnosti ter hkrati z odločnostjo, vztrajnostjo in doslednostjo. V pogovoru mora otroka motivirati in ga spodbujati pri vseh življenjskih aktivnostih (2).

Izrednega pomena je tudi ustrezna komunikacija, tako verbalna kot neverbalna, saj je ključni pogoj za vzpostavitev stika z otrokom. S komunikacijo MS posreduje informacije, pomaga otroku izražati občutke, spremlja duševno odzivanje na bolezen in otroku pomaga pri zadovoljevanju njegovih potreb. Otroka spodbuja, da jo prosi za pomoč, ko mu je težko.

MS je pri oskrbi otroka prisotna ves čas bolnišničnega zdravljenja. Če smo otroka prej vodili ambulantno, se MS v zdravljenje vključi že takrat. MS se na oddelku za otroško psihiatrijo dejavno vključuje v zdravstvenovzgojno delo otrok in njihovih staršev. Z njimi ima med zdravljenjem v bolnišnici največ neposrednih stikov. Zelo pomemben je prvi stik MS z otrokom in njegovimi starši, saj se takrat med njimi vzpostavi zaupanje. Pri sprejemu otroka

z MH mora MS otroka pripraviti na predvidene diagnostične ter terapevtske postopke, ki so odvisni od stopnje ogroženosti zaradi MH. MS otroku in njegovim staršem predstavi oddelek, razkaže prostore ter jih seznani s hišnim redom, načinom zdravljenja in ostalimi zaposlenimi. Prijazen, topel, razumevajoč in umirjen sprejem ugodno vpliva na zaskrbljene starše ter na otroka.

Vloga MS pri vzpostavljanju primernega prehranjevanja na oddelku in doma

MS mora poznati pravilno sestavo jedilnika. To pomeni, da je seznanjena s sestavo prehranske piramide in dobro pozna vse sestavine prehrane (ogljikovi hidrati, beljakovine, maščobe, škrob, sladkorji, razmerje med sadjem in zelenjavo) in njihovo razmerje. MS mora starše otrok z MH naučiti, kako pravilno pripravimo obroke. Na začetku zdravljenja pogosto obiščejo t. i. porcioniranje, ko jim MS pokaže in razloži pravilno sestavo obroka. Nauči jih, kolikšen mora biti obrok, da zadovolji otrokove potrebe po energiji. Seznani jih s pravilno sestavo obroka, jih opozarja na pomembnost rednih obrokov ter pomembnost maščob, sladkorja in drugih hranilnih snovi za telo in razvoj. Starše pouči o ustreznem nadomeščanju energije s hrano, če je otrok nadpovprečno telesno aktiven (to je že polurni sprehod). Otrokom, ki jih vodimo v ambulantni, in otrokom, ki gredo za konec tedna domov, MS v sodelovanju z otrokom in starši sestavi jedilnik. Jedilnik doma služi kot vodilo in se ga morajo držati. MS tudi svetuje, kako kombinirati živila, da pokrijemo dnevne potrebe po energiji. Na oddelku MS tesno sodeluje s kliničnim dietetikom.

MS ima pomembno vlogo pri prehranjevanju, izločanju, iskanju ravnotežja med dejavnostjo in počitkom ter pri izražanju čustev in sprejemanju svojega telesa. Vsakega otroka vodimo po procesni metodi dela. Natančno pišemo dnevnik prehranjevanja in vnosa tekočin. MS je pri postrežbi in hranjenju stalno prisotna in ves čas pozorno opazuje. Način hranjenja ocenjuje z znaki (plus, minus, krogec) in

beleži tudi trajanje posameznega obroka. Predvsem je pozorna na način uživanja hrane, saj s tem prepreči, da bi otrok s hrano manipuliral. Opazuje mimiko obraza in držanje pribora, ugotavlja, ali ima otrok tek, in spremlja način hranjenja (nekateri otroci si hrano bašejo v usta, drugi delajo zelo majhne grizljaje, »packajo« po krožniku ipd.). Otroka opomni glede količine hrane, ki jo mora zaužiti, da vzdrži primerno telesno težo. MS vsak dan vodi tudi dnevnik telesne teže. Pomembno je, da otroka tehtamo ob istem času in v istih oblačilih, navadno je to pižama. Pripetilo se je že, da si je otrok pod obleko skrtil uteži ter kovinske ploščice in vijake. Bistveno je tudi, da otrok pred tehtanjem odvaža. MS mora vsako odvajanje diskretno spremljati in biti pozorna, da se otrok medtem ne napije vode, da resnično odvaža in vode ne zadržuje.

Zdravstvenovzgojno delo MS pri hranjenju je izjemno težavno. Hrana je za osebe z MH edino področje moči in nadzora. MS otroka spodbuja k rednem uživanju obrokov in preprečuje morebitno goljufanje s hrano, otroka spodbuja k uživanju raznolike prehrane in ga motivira za sodelovanje (3).

MS ocenjuje sodelovanje in ustreznost gibanja (opozarja na sedenje, na sproščeno držo telesa, preprečuje neželjeno telesno udejstvovanje). Svetuje glede oblačil (dolgi rokavi preprečujejo dodatno izgubljanje energije zaradi mraza) ter nadzoruje in beleži odvajanje in izločanje. Spremlja tudi počivanje po vsakem obroku, ki naj traja 20 minut (sproščeno ležanje brez napenjanja mišic). Večkrat na dan ocenjuje tudi otrokovo počutje in razpoloženje.

Opazuje tudi druge življenjske funkcije, predhodne in aktualne značilnosti motenj hranjenja. Poznati mora zdravila in neželene učinke. Seznanjena je s sestavo jedilnikov. Vsakodnevna opažanja mora MS dosledno dokumentirati in o njih poročati na dnevnih raportih. Poleg tega MS otroku med zdravljenjem v bolnišnici stoji ob strani in mu je na voljo za pogovor. MS otroka spodbuja, motivira, tolaži in z njim preživlja dan, izvaja različne družabne dejavnosti, ga skuša zamotiti z igro in ga tudi pohvali, ko si to zasluži.

MS opravlja številne vloge: vlogo učiteljice, svetovalke, vodje ter izvajalke zdravstvene nege, nadomestne osebe, zagovornika in je vir informacij. Pri srečevanju z otrokom z MH je poleg hvaležnosti in spoštovanja lahko deležna tudi odpora, sovraštva, nesodelovanja, jeze in pasivne agresije, kar priča o čustveno izjemno zahtevnem in odgovornem delu (3).

PRIKAZ PRIMERA

Skoraj 15-letno deklico smo po dogovoru sprejeli na oddelek za otroško psihiatrijo. Pred tem smo jo v okviru naše službe dva meseca vodili ambulantno. Starša sta ločena od njenega 3. leta. Mama ima iz novega zakona sina, oče pa hčer. Deklica živi z mamo in ima z očetom redne stike. Ob sprejemu je tehtala 44,4 kg pri telesni višini 168 cm. Njen indeks telesne teže (ITM) je bil 15,7, kar je 10. percentil za spol in starost. Najvišja teža, ki jo je imela, je bila 54 kg (ITM 19,1 kg/m²). Menarhe so nastopile starosti 13 let.

Ob vztrajnem hujšanju je pri teži 53 kg izgubila menstruacijo. Zadnje pol leta pred sprejemom se je začela hrani vse bolj odrekati. Deklica ne zajtrkuje, poje le pol obroka, osiromašila pa je tudi večerje ter izločila sladkarije in hrano z veliko maščob. Začela je preučevati kalorično vrednost živil. Dnevno zaužije veliko tekočine (2–3 litre), a pije le vodo. Izogiba se prigrizkom med obroki. Ob obrokih je bila večkrat v stiski in je celo jokala. Hrano je večkrat skrivala. Zadnja tri leta bolj intenzivno telovadi. Doma telovadi vsak večer, večkrat tudi na skrivaj. Trikrat na teden trenira badminton. Za zniževanje telesne teže ni nikoli zlorabljala odvajal ali diuretikov. Bruhala je samo dvakrat. Deklica opaža, da je zadnje čase bolj utrujena in brez energije. Zjutraj se ji pogosto vrti, večkrat je slabe volje, je tudi bolj občutljiva in ji gre pogosto na jok. Zaradi nejevolje so se doma pogosto prepirali. Mesec pred sprejemom se je rezala z britvico in razmišljala celo o smrti. Zvečer je težko zaspala, se premetavala, zjutraj je bila nespočita. Tudi med učenjem je postala hitro

zaspana in se ni mogla zbrati. Ob sprejemu je povedala, da ima že več let slabo predstavo o sebi in je nezadovoljna s svojo postavo. Obremenjena je predvsem zaradi trebuha in bokov, pa tudi stegna ji niso všeč.

V šoli je odličnjakinja. Do sebe je zelo zahtevna, včasih je nesrečna že zaradi ocene 4. Odtujila se je od prijateljic in sošolk, saj se v njihovi družbi ne počuti dobro. Imela je sošolko, ki je bila zaljubljena v istega fanta. Kasneje se je izkazalo, da je zaljubljen v sošolko.

Starši opažajo, da deklica zelo pogreša, da bi bila sama z mamo, sploh odkar se je rodil bratec. Ob rojstvu brata je bila precej ljubosumna, na začetku se je celo borila za prostor v postelji, kot da bi jo bilo strah, da je ne bodo več imeli radi. S telesno težo je obremenjena že od 2. oz. 3. razreda. Nепrestano se primerja s sošolkami, čeprav ni bila nikoli debela. Doma so navajeni uživati zdravo hrano (jedo polnozrnat kruh, zelenjavo, ne uživajo čipsa, smokijev ali kokakole, ne cvrejo, tudi v McDonalds ne zahajajo). Deklica je doma redno spremljala svojo telesno težo in bila zelo razočarana, če je tehtnica pokazala več, kot je pričakovala. Sebe vidi debelo. Sicer zelo rada kuha in peče, ob tem pa hrane sploh ne pokuša. Do sprejema je še vedno zmanjševala obroke, se pogajala pri prehranjevanju in odklanjala sladkarije. Zelo veliko se je gibala (pred vsakim obrokom in po njem je odšla na hiter sprehod s psom za pol ure, v sobi je delala trebušnjake). Doma se je skrivala pred starši, se oblačila v prevelike obleke in si nenehno otipavala kolčnice in trebuh. Ko so bili na morju, se ni želela preobleči v kopalke. Drugače je deklica zelo organizirana in redoljubna, zadnje mesece je bila precej obsedena z učenjem. V znanju je hotela biti popolna. Odklanjala je stike z vrstniki in se največ družila s sosedo, ki je prav tako hujšala in uživala samo solato. Starši so opažali, da je depresivna.

Deklica je potrebovala nekoliko več časa, da se je privadila na bivanje v bolnišnici. Na oddelku se je sprva držala sama zase. Bila je zadržana, umaknjena, tiha in skoraj neopazna, obremenjena z mislimi

o telesni teži in postavi. Ves čas je bila mirna in je potrebovala spodbudo za druženje z ostalimi otroki na oddelku. Pogosto se je primerjala z drugimi dekleti, tako glede postave in zunanjega videza kot tudi glede dosežkov na šolskem področju. Pri obrokih je gledala v druge krožnike in svoj obrok primerjala z drugimi. Jedla je počasi in navadno prekorajčila dovoljeni čas obroka. Grižljaji so bili majhni in tudi z žlico je zajemala zelo malo. Pri počitku je bila napeta in nesproščena.

Ob sprejemu smo uvedli dieto s 1800 kcal, ki je vključevala štiri glavne obroke (zajtrk, kosilo, popoldansko malico in večerjo), poleg tega pa še dopoldansko malico (med zajtrkom in kosilom). Hitrost uvajanja običajnega otroškega jedilnika je skupna odločitev zdravnikov in dietetika glede na predhodno hranjenje in trenutno zdravstveno stanje. Pri močno podhranjenih je posebej pomembno, da preprečimo sindrom ponovnega hranjenja. Pomembno je tudi, da se želodec in ostala prebavila ponovno navadijo na povečane, normalne obroke, še posebej po dolgotrajnem stradanju. Primerno naraščanje telesne teže je 800–1000 g na teden. Deklica je pri hranjenju lepo sodelovala, postopno je za pričakovano napredovanje v telesni teži potrebovala okrepitev osnovnega jedilnika do navadnega otroškega jedilnika z 2200 kcal na dan v šestih dnevni obrok.

Na oddelku se je veliko gibala in je precej stala. Ponoči je slabo spala in odhajala pogosto na stranišče. Priznava, da je ob vikendih doma še telovadila in bila večkrat slabše razpoložena. Z mamo sta se prepirali glede količine obrokov in odklanjanja vseh sladkarij. Sama je poročala o občutkih krivde in slabih mislih (da je debela, grda, da bi bilo bolje če je ne bi bilo, želela se je samopoškodovati in se kaznovati).

Telesna teža se je postopno povečevala. Zaradi prepoznane depresivne epizode smo uvedli zdravljenje z antidepressivom ter vedenjsko kognitivno terapijo. Ob tem smo opazili izboljšanje razpoloženja, postala je bolj družabna, sproščena in večkrat sama dala

pobudo za različne dejavnosti. Pri hranjenju ni bilo težav, ne v bolnišnici ne doma. Ob odpustu je bila deklica pomembno bolj zadovoljna s seboj, telesna teža se je približevala minimalni zdravi za spol in starost in jo je uspela vzdrževati tudi med konci tedna v domačem okolju. Razpoloženje je bilo boljše ter brez samomorilnih misli in samopoškodovalnega vedenja. Tudi zaskrbljenosti v zvezi s telesno težo je bilo pomembno manj. Zdravljenje je nadaljevala v okviru ambulantne službe.

ZAKLJUČEK

Motnje hranjenja so velik izziv za pediatrične zdravstvene službe. Zaradi tesnega prepletanja somatskih in duševnih simptomov zdravljenje obsega oba vidika pomoči. Takšno zdravljenje pa je mogoče le ob tvornem sodelovanju različnih strokovnjakov pediatrične in psihiatrične stroke ter dietetika. Pri zdravljenju ima nepogrešljivo vlogo tudi medicinska sestra, ki zaradi narave motenj hranjenja potrebuje dodatna znanja, tako z vidika zdravstvene nege, komunikacije in drugih telesnih potreb bolnikov z MH kot tudi glede primerne prehrane. Anoreksija nervosa pri otroku je velika obremenitev za celotno družino. Ugotavljamo, da pri zdravljenju ključno vlogo igrajo tudi otrokovi starši. Medicinska sestra zato potrebuje dodatna znanja tudi na področju usmerjanja in spodbujanja staršev za učinkovit potek zdravljenja in utrjevanje zdravja njihovega otroka.

LITERATURA

1. Breclj – Kobe M, Đurašin V, Kranjc M, Anderluh M. Obravnava otrok in mladostnikov z motnjo hranjenja na Pediatrični kliniki Ljubljana. Ljubljana: Katedra za pediatrijo Medicinske fakultete, 2011: 255-68.
2. Šolc S. Terapevtski pristop k bolniku z motnjami hranjenja. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 2006: 194-6.
3. Dragan G. T. duševno zdravje ter motnje hranjenja (Postaviti zdrave osebne meje). Diplom-

sko delo. Ljubljana: Zdravstvene fakulteta 2012: 14-6.

Kontaktna oseba/Contact person:

Metka Obolnar, dipl. m. s.
Služba za otroško in mladostniško psihiatrijo
Pediatrična klinika
Univerzitetni klinični center Ljubljana
Bohoričeva 20
1525 Ljubljana
Slovenija

Email: metja.obolnar@gmail.com

Prispelo/Received: 18. 4. 2014

Sprejeto/Accepted: 30. 4. 2014