

STOPENJSKI ORALNO-SENZORNI PRISTOP K UČENJU HRANJENJA PRI OTROCIH Z MOTNJAMI HRANJENJA *SENSORY ORAL STIMULATION APPROACH FOR CHILDREN WITH FEEDING DISORDERS*

Barbara Korošec, prof. def. log., mag. Svetlana Logar, univ. dipl. psih., asist. dr. Katja Groleger Sršen, dr. med.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

Težave pri hranjenju in neuspevanje otroka so v zgodnjem otroštvu pogoste. Srečamo jih pri sicer zdravih otrocih, še pogosteje pa pri otrocih z motnjami v nevrološkem razvoju. Pri takem otroku je potrebno izključiti anatomske vzroke in težave pri hranjenju zaradi težav pri gibanju ust in delov ustne votline. Težave pri hranjenju so pogosto povezane s preobčutljivostjo na dražljaje okoli ust in v ustni votlini. Te težave je potrebno prepoznati čim prej in otroka skupaj z družino vključiti v terapevtski program. V članku predstavljamo osnovne principe dela stopenjskega oralno-senzornega pristopa pri učenju hranjenja, ki so ga razvile Kay A. Toomey in kolegice. Rezultati študij kažejo, da je ta program učinkovit.

Ključne besede:

otroci; motnje hranjenja; senzorna preobčutljivost; stopenjska senzorna stimulacija; terapija

Abstract

Feeding problems and failure to thrive are frequent in early childhood. They are present in otherwise healthy children, but more often in children with impaired neurological development. In such a case it is necessary to exclude anatomical abnormalities and motor feeding problems. Feeding problems are often associated with hypersensitivity to stimuli around the mouth and in the oral cave. These problems should be identified as soon as possible. The child and its family should be referred to the therapeutic program. The paper presents the basic principles of the sensory oral approach to feeding problems, which was developed by Kay A. Toomey and her colleagues. The results of the studies show that this approach is effective.

Key words:

children; feeding disorder; hypersensitivity; sensory oral approach; therapy

UVOD

V zgodnjem obdobju dojenčka in malega otroka je neuspevanje otroka pogost vzrok za skrbi staršev. Sedmakova in Brecelj (1) ocenjujeta, da je dojenčkov, ki ne pridobivajo telesne teže ali pa je prirastek teže premajhen, v Sloveniji kar 10 %. Podobno so ugotavljali tudi Olsenova in sodelavci. V kohortni študiji so spremljali več kot 6.000 otrok v Kopenhagenu in okolici (9 % vseh otrok) in ugotovili, da so znake neuspevanja našli pri 27 %

dojenčkov in 3 % splošne populacije otrok. V raziskavi so za neuspevanje upoštevali naslednja antropometrična merila: telesna teža pod 75 % mediane vrednosti za kronološko starost (Gomezovo merilo); telesna teža pod 80 % mediane vrednosti glede na telesno višino (Waterlowovo merilo); indeks telesne mase pod 5. percentilo za kronološko starost; telesna teža pod 5. percentilo za kronološko starost; telesna višina pod 5. percentilo za kronološko starost; upad telesne teže za več kot dve percentilni krivulji od rojstva do telesne teže v določeni starostni skupini; in pogojni

prirast telesne teže – najmanj 5 %, s popravkom za regresijo proti srednji vrednosti od rojstva do telesne teže v določeni starostni skupini (2).

Vzroki za neuspevanje so lahko posledica težav pri hranjenju in zato nazadostnega kaloričnega vnosa, neustreznega izkoristka ali vsrkavanja hranil ali povečanih energijskih potreb (3). Težave pri hranjenju so pogoste. Po oceni Bentovima ima težave pri hranjenju kar 45 % otrok v tipičnem razvoju. Še pogosteje srečamo te težave pri otrocih z motnjami v razvoju, ki imajo poleg težav s hranjenjem in požiranjem tudi težave pri razvoju kognitivnih zmožnosti, razvoju čutno gibalnega sistema in pri otrocih z motnjo avtističnega spektra (4, 5).

Pri ugotavljanju, ali gre pri dojenčku za neuspevanje, je predvsem pomembno, da spremljamo dinamiko pridobivanja ali spreminjanja telesne teže. Precej manj nas skrbi za otrokov razvoj, če je sicer drobne konstitucije, vendar s časom napreduje po svoji percentilni krivulji. V primeru, da pri otroku ugotovimo upad telesne teže ali pa relativno premajhen prirastek, je potrebno ugotoviti vzrok za to (2). Še posebej moramo biti pozorni pri otrocih, ki imajo že ob porodu nizko ali zelo nizko telesno težo, so rojeni prezgodaj ali pa imajo težave v razvoju. Wood in sodelavci so o izgubi teže po rojstvu poročali pri polovici nedonošenčkov z gestacijsko starostjo manj kot 26 tednov (6). Slabše napredovanje pri pridobivanju teže so našli pri otrocih, katerih starši so poročali o težavah pri hranjenju ter pri otrocih, ki so dlje časa potrebovali kisik.

Veščina hranjenja je zelo zapleten gibalni vzorec, ki se v tipičnem razvoju, v določenem zaporedju razvija vse do drugega leta starosti. Razvoj je odvisen od razvoja anatomskih struktur, nevrološkega razvoja, zmožnosti učenja ter izkušenj, ki jih imajo dojenčki in mali otroci z raznovrstno hrano. Na razvoj pomembno vpliva tudi zmožnost sprejemanja in procesiranja različnih dražljajev. Otrok se učinkovito nahrani, ko zmore sprejeti za starost primerno količino hrane v ustreznem časovnem okviru ter tako s časom primerno povečuje telesno težo (7). Bolj natančno smo razvoj veščine hranjenja povzele že v članku o ocenjevanju motenj hranjenja (8), zato smo se v nadaljevanju tega posvetile predvsem psihološkim vidikom hranjenja in težavam pri hranjenju, ki so predvsem posledica senzorne preobčutljivosti. O razvoju senzornih sistemov in težavah otrok pri senzorni preobčutljivosti smo prav tako že pisale pred leti (9). V drugem delu predstavljamo terapevtski pristop v obravnavi otrok s prevladujočo senzorno motnjo hranjenja.

MOTNJE V RAZVOJU VEŠČINE HRANJENJA IN PSIHOLOŠKI VIDIKI HRANJENJA

Že dolgo je znano, da lahko kakršnekoli težave v razvoju, ki omejujejo pozitivno izkušnjo pri učenju gibanja delov ustne votline, otežijo razvoj veščine hranjenja (10). Težave pri hranjenju v razvoju otroka opredelimo takrat, ko otrok ne zmore napredovati v razvoju občutenja in gibanja ust in ustne votline (11-13). Težave dokaj lahko opredelimo pri otroku, ki ima očitne težave pri požiranju. Tak otrok med hranjenjem kašlja, se davi, lahko bruha ali pa izraža očitno neugodje. Lahko pa ima težave pri hranjenju, ki se kažejo

precej manj očitno: težave pri učenju hranjenja z žlico, težave pri učenju žvečenja ali pa otrok ne more sprejemati različnih vrst hrane. Pri slednjem mislimo predvsem na težave pri sprejemanju novih okusov, sprejemanju hrane različne temperature ali barve ter zahtevnejše konsistence hrane (od tekoče, miksane, pretlačene, mehke žvečljive hrane do trdne žvečljive hrane). Prav te težave, ki na prvi pogled niso očitne, predstavljajo velik izziv na področju obravnave otroka. Šele v zadnjih letih postaja povsem jasno, kako pomembno je prepoznati specifična področja, ki vplivajo na razvoj veščine hranjenja pri posamezniku (14). Pomembno je razumeti posamezne dejavnike, ki vplivajo na razvoj veščine in njihovo medsebojno prepletanje. Šele dobro razumevanje teh dejavnikov omogoča učinkovito obravnavo otroka s težavami pri hranjenju. Učinkovita obravnava otroku omogoča, da pridobiva pozitivne izkušnje pri učenju hranjenja in na področju veščine hranjenja tudi napreduje (15).

Preden se v nadaljevanju posvetimo terapevtskemu pristopu k otroku s težavami pri hranjenju, moramo razumeti psihološke vidike hranjenja. Poznati in razumeti moramo pomen hrane in hranjenja, razvoj prehranjevalnega vedenja, veščine in sposobnosti, ki so pomembne za učenje hranjenja ter razumeti vlogo družine in njeno doživljanje težav pri otroku.

Pomen hrane in hranjenja

Hrana ni le nuja za obstoj in delovanje vseh telesnih funkcij, telesni razvoj in zdravje, telesno zmogljivost in zunanji videz. Hrana, postrežena za družinsko mizo, ima poleg hranilne vrednosti tudi drug pomen. Otroci jo doživljajo kot znamenje starševske ljubezni, truda in skrbi. Sprejemanje hrane je tudi intimno doživetje (16). Hrana prinaša otroku prvo izkušnjo ugodja v življenju. V otrokovem doživljanju je hrana povezana s prvimi občutki zadovoljstva, ugodja in tolažbe in tudi kasneje v življenju hrana ohrani ta prvotni pomen kot simbol ugodja, zadoščenja in tolažbe (17).

Razvoj prehranjevalnega vedenja

Osnovna kompetenca uravnavanja vnosa hrane v skladu s potrebami je prirojena. Oblikovanje naklonjenosti oziroma zavračanja določenih okusov se prične s sprejemanjem aromatičnih snovi v maternici in se nadaljuje z dojenjem, ko hrana, ki jo mati zaužije, vpliva na okus materinega mleka in tako otroku ponuja možnost učenja sprejemanja novih okusov. Prirojena nagnjenost k sladkemu okusu otroku omogoča hranjenje z energijsko bolj bogato hrano in zavračanje hrane, ki je verjetno pokvarjena (grenko-kisli, neprijetni okusi).

Prehranjevalno vedenje do četrtega oziroma šestega meseca poteka instinktivno, kasneje pa je le-to rezultat učenja skozi izkušnjo, ki se zelo pogosto ponavlja (18). Učenje hranjenja pri dojenčku poteka najprej z naravno reakcijo, odklanjanjem nove hrane. S postopnim uvajanjem nove vrste hrane, s ponavljanjem (hrana postaja znana) in pozitivnim ojačevanjem (pohvala, zadovoljstvo staršev) je otrok bolj in pogosteje pripravljen poskusiti novo hrano. Sredstvo učenja je tudi imitacija, pri čemer so starši model in predstavljajo naravno okolje za učenje. Z izkušnjami in

opazovanjem prehranjevalnega vedenja pri drugih v socialnem kontekstu se otrok uči sprejemati nove vrste hrane. Znano je tudi, da prehrana matere že zgodaj pomembno vpliva tudi na otrokovo kasnejše sprejemanje trde hrane (18).

Na oblikovanje prehranjevalnega vedenja otroka vpliva torej socialno in kulturno okolje. Socio-kulturni učni proces se prične v družini. Ključnega pomena pri učenju so obredi in rituali, saj otroci za prilagoditev na nove okoliščine potrebujejo čas. Znano je, da se temelji prehranjevalnega vedenja oblikujejo v prvih petih letih otrokovega življenja in kasneje vplivajo na razvoj nadaljnjih vzorcev hranjenja. Otroci se učijo kaj, kdaj in koliko jesti na podlagi prenosa kulturnih in družinskih vrednot, stališč in prakse, povezane s hrano in hranjenjem (18). Poleg tega se je potrebno zavedati, da otrok ob hranjenju prejema od svojih najbližjih različna sporočila. Otrok začne hitro spoznavati, da mu mati s hranjenjem ne daje le občutka sitosti, temveč tudi toplino. Hrana lahko prevzame različne vloge: vlogo nagrade ali kazni, je sredstvo izkazovanja skrbi, naklonjenosti, obvladovanja in podrejanja (17).

S psihološkega vidika je prehranjevalno vedenje določeno z **modelom dražljaj – organizem – reakcija**, kar pomeni, da obstajajo določeni zunanji in notranji dejavniki (*dražljaji*), ki jih posameznik zazna in predela na mentalni ravni (*organizem*), nato pa se posledično odzove z določenim prehranjevalnim vedenjem (*reakcija*) (19). Če otrok pri hranjenju doživlja kakršnokoli neugodje zaradi povezave med *dražljajem* (bolečina, neugodje) in *pogojnim dražljajem* (hrano), nastopi vedenje **umika** in/ali vedenje ob **zmanjšanju apetita**. Gre za naravni telesni odgovor, ki ob naslednjem hranjenju privede do podobnega vedenja. Pri izbiri hrane obstajajo močne asociativne zveze med hrano oziroma prehrano in okoljem. Ojačevalci imajo pri tem odločilno vlogo. Ojačevalec je (zunanji) dražljaj, ki poveča verjetnost, da se bo z njim povezano vedenje ponovno pojavilo. Zaradi njih učenje poteka hitreje. Poznamo pozitivne in negativne ojačevalce vedenja:

- **Pozitivni ojačevalec** je nagrada. Hranjenje, ki mu sledi pohvala (pozitivna ojačitev), vodi do več hranjenja. Pozitivno vzdušje za mizo privede do pozitivnih občutkov. Po drugi strani pa odklanjanje hrane, ki mu sledi veliko pozornosti staršev in njihovega sodelovanja z otrokom (pozitivna ojačitev), vodi do še večjega odklanjanja hrane.
- **Negativni ojačevalec** je odstranitev ali prenehanje prijetnega dražljaja. Negativne povezave s hranjenjem (neprijetni občutki, kričanje drugih in podobno) lahko vodijo do popolnega odklanjanja hranjenja. Tak ojačevalec je lahko tudi kazen. Kazen je sicer dražljaj, ki zmanjša verjetnost odziva ob uporabi neprijetnega dražljaja ali zaradi odstranitve prijetnega dražljaja. Pri učenju hranjenja je tak dražljaj povsem neustrezen, saj se otrok ob neprijetnih občutkih ves čas odziva z reakcijo »boj ali beg«. Ob tem izgubi apetit in na proces učenja hranjenja ni in ne more biti pripravljen.

Proces učenja prehranjevalnega vedenja poteka predvsem s pomočjo staršev, ki podprejo učenje prehranjevalnih navad. V prvem letu življenja čas hranjenja ni vedno tudi čas zadovoljstva,

ker je staršem, predvsem materi, včasih težko upoštevati vse potrebe otroka in jih uskladiti s svojimi (16). Najprej so v družini pri pripravi skupnih obrokov v ospredju potrebe otroka, kasneje pa zopet pridejo v ospredje potrebe staršev, ko se otrok zaveda, da imajo starši drugačen okus, jim je všeč drugačna hrana in se tako učijo spoznavati in sprejemati nove okuse. Učni proces se nadaljuje v vrtcu in šoli, kjer se v družbi oziroma pod vplivom vrstnikov otrok nauči jesti še bolj raznoliko hrano. Prehranjevalno vedenje prehaja v navado in postaja vse bolj specializirano (19). Za navade je značilno, da pomenijo rigidno obliko vedenja, ki je v kratkem času ni mogoče bistveno spremeniti.

Veščine in sposobnosti, ki so pomembne za učenje hranjenja

Premalokrat se zavemo, da je hranjenje ena najbolj zapletenih telesnih dejavnosti, ki se je moramo naučiti in da se celo zdravi otroci teh veščin učijo dve do tri leta. Upoštevati moramo otroka v celoti – fiziološke, psihološke, vedenjske in socialne dejavnike, ki vplivajo na hranjenje. Proces učenja hranjenja je odvisen tudi od otrokove stopnje miselnega, čustvenega in psihosocialnega razvoja (20). V procesu učenja nasploh in tudi hranjenja igrajo pomembno vlogo razvoj pozornosti, spoznavnih zmožnosti, učenje preko igre, otrokov čustveni in socialni razvoj. Poglejmo te dejavnike malo bolj natančno.

a. Razvoj pozornosti

Pozornost pomeni prvo, kritično stopnjo v spoznavnih procesih. Stvari, na katere nismo pozorni, praviloma ne zaznamo in si jih ne zapomnimo. Otrokova pozornost je v obdobju zgodnjega obdobja manj usmerjena, nadzorovana in kratkotrajna. Že od 9. do 18. meseca se razvije skupna vezana pozornost, ko je otrok sposoben usklajevati svojo pozornost s pozornostjo sogovornika. Usmerjenost k dražljaju in vzdrževana pozornost se dokončno razvijeta do 18. meseca. To sta osnovna procesa vedenjskega in kognitivnega sistema, ki vplivata na razvoj jezika (razumevanje), spoznavnih funkcij (predstavnost) in samoregulacije (inhibicija) (21). Od 18. meseca naprej se nadzor pozornosti in usmerjanje funkcioniranja razvijata v skladu s cilji, ki si jih postavlja posameznik, kar omogoča razvoj izvršilnih sposobnosti. V obdobju od 18. meseca do dveh let pride do dramatične spremembe zaradi zorenja možganske skorje sprednjega režnja. Med tretjim in petim letom se zmožnost vzdrževanja pozornosti pomembno poveča in kasneje z leti še narašča (21). S pozornostjo so pomembno povezane izvršilne sposobnosti - sposobnost usmeriti pozornost na določene vidike okolja, v skladu z lastnimi zanimanji in cilji ter zanemariti nepomembne dražljaje in koordinirati več akcij, ki privedejo do zastavljenega cilja. Razvoj izvršilnih sposobnosti teče postopno in traja do zgodnjega obdobja mladostništva, ko dvanajstletniki že izkazujejo podobne zmožnosti kot odrasli (22).

b. Spoznavne zmožnosti

Otrok spoznava temeljne zakonitosti predmetnega sveta s pomočjo procesov zaznavanja, še preden ga je sposoben gibalno raziskovati (23). Spoznavni razvoj predstavlja zaporedje sprememb, ki tečejo z dozorevanjem kognicije pri posamezniku. Posameznikova te-

žnja po organiziranju in osmišljanju izkušenj je temeljno vodilo spoznavnega razvoja, za kar so potrebni ustrezni dražljaji iz okolja. Izraz kognicija pomeni mentalne procese, ki so odgovorni za zaznavanje, pozornost, učenje, spomin, mišljenje in komunikacijo (24). Mišljenje se z razvojem otroka spreminja od konkretnega k abstraktnemu. Otroci z razvojem pridobijo zmožnost predstavljanja, narašča njihova zmožnost procesiranja informacij, zmožnost biti pozoren, zmožnost usmerjanja pozornosti na podrobnosti in več stvari hkrati, razvije pa se njihova zmožnost reševanja problemov (24). Kognitivni razvoj določa tudi razmišljanje otroka o hrani:

- **Mlajši otroci** se osredotočajo predvsem na videz in teksturo hrane. Hrano kategorizirajo glede na obliko in barvo. Zavračajo hrano, ki ni okusna, če pričakujejo negativne posledice ali če se je dotikala hrane, ki je ne marajo. Raje imajo mehko, visoko kalorično in sladko hrano. Zavračajo grenko hrano. V tem obdobju ne ločijo med hrano ob glavnih obrokih in prigrizki. Razumejo, da gre hrana v trebuh in ne spreminja telesa. Lahko naštejejo zdravo hrano, vendar ne vedo, zakaj je zdrava. Prepričani so, da je neokusna hrana pripravljena za odrasle.
- **Med petim in 11. letom**, z razvojem logičnega mišljenja, otroci razumejo, da se hrana za glavne obroke in prigrizke razlikuje. Razumejo tudi, da se hrana v trebuhu spreminja, da vpliva na rast in zdravje, vendar ne vedo, kako. Hrano izbirajo ali zavračajo glede na to, iz česa je, oziroma glede na okus in teksturo (zmorejo razvrščanje hrane glede na barvo in obliko, ločijo med sadjem in zelenjavo). Raje imajo mehko, visoko energetska hrano in sestavljene jedi, kot je pica. Pogosteje odklanjajo zelenjavo.
- **Po 11. letu starosti** je razvito abstraktno mišljenje. Otroci izbirajo in zavračajo hrano glede na okus (kisló, grenko) ali negativne izkušnje (pričakovane ali dejanske). Bolj so naklonjeni zelenjavi in sadju, če ima dober okus, teksturo in vonj ter je postrežena s prelivom. Poimenujejo okuse hrane: slano, sladko, kisló in grenko (24).

Otrokove zmožnosti razumevanja delovanja hrane in lastnega telesa glede na spoznavni razvoj uporabljamo tudi v terapevtskem pristopu učenja hranjenja. Mlajšemu otroku razlagamo predvsem o fizičnih lastnostih hrane, starejšega poučujemo o lastnostih hrane in primerjamo lastnosti hrane z lastnostmi predmetov, podajamo enostavne informacije o delovanju telesa. Z otrokom, ki že zmóre razmišljati logično, se pogovarjamo o delovanju senzornega sistema, telesa in možganov.

c. Igra

Otrok se o svetu uči preko igre in enako velja za učenje hranjenja. Prav zato moramo pri učenju hranjenja uporabljati razvojni stopnji primerne oblike igre in se primerno odzivati na otrokovo vedenje pri hranjenju.

- Najprej se v razvoju pojavi **funkcijska igra**, ki je s spoznavnega vidika najpreprostejša. Otrok preizkuša razvijajoče se gibalne in zaznavne funkcije ter hkrati raziskuje predmete. V prvem letu življenja je to prevladujoča vrsta igre, ki vpliva

tudi na razumevanje lastnosti predmetov, vzročno-posledičnih odnosov ter sposobnost predvidevanja.

- V drugem letu se otroci vključujejo v **konstrukcijsko igro**. Z razvojem otroka je taka igra vse bolj pogosta in tudi bolj zapletena.
- **Simbolna igra**, v kateri si otrok predstavlja nekaj iz stvarnega ali domišljjskega sveta, se pojavlja že od prvega leta dalje. Ta oblika igre je seveda pogostejša kasneje, predvsem v drugem letu, ko se sposobnosti predstavljanja postopno razvijajo.
- **Igre s pravili** se pričnejo pojavljati v tretjem letu starosti. Sprva jih lahko vidimo v kratkih, enostavnih epizodah, v interakciji s partnerjem. Na ta način se otrok nauči nadzorovati lastno vedenje in odzive.
- V obdobju malčka se začnejo pojavljati **socialno dejavnejše oblike igre**. Igro dojenčka in malčka lahko vodi odrasla oseba in tako igro dvigne na spoznavno in socialno višjo raven. To počne tako, da zagotavlja material, organizira in strukturira igralne situacije, daje predloge za igro in demonstrira igralne dejavnosti, vpeljuje igralne teme ter usklajuje interakcijo z otrokom (25).

d. Čustveni razvoj in razvoj stiske pri hranjenju

Veščine uravnavanja in izražanja čustev ter socialne veščine, ki vključujejo čustveno vzajemno izmenjavo, se razvijajo postopoma od otroštva do mladostništva:

- **V prvem letu** življenja dojenčki že razvijejo osnovne veščine samopomiritve, vendar so ob doživljanju stresa večinoma odvisni od skrbnikov. Čustva izražajo nebesedno in sčasoma vse bolj prepoznavajo tudi čustva drugih.
- **V starosti od prvega do drugega leta** narašča zavedanje lastnih čustvenih odgovorov, pojavi se razdražljivost ob omejitvah s strani staršev. Otroci so zmožni besednega izražanja čustev. Izražajo čustva, ki vključujejo samozavedanje, kot so ponos in sram. V odnosu do drugih se pojavi pričakovanje čustev do drugih, empatija, altruistično vedenje.
- **Od drugega do petega leta** otrok za uravnavanje čustev uporablja besede, v igri se pretvarja, sposoben je zbadanja. Ima večji vpogled v čustva drugih in se zaveda, da lahko s tem, ko se pretvarja, kaj čuti, druge tudi zavede.
- **Od petega do sedmega leta** otrok že uravnava čustva samozavedanja (sramu), je že bolj avtonomen v uravnavanju čustev. Narašča njegova zmožnost uporabe socialnih veščin pri reševanju zapletov.
- **Od sedmega do 10. leta** otrok avtonomno uravnava čustva, uporablja izražanje čustev pri uravnavanju medosebnih odnosov. Zaveda se, da lahko do ene osebe občuti več čustev hkrati (26, 27).

V čustvenem razvoju pomembno vlogo igra tudi navezanost. To je dejaven, medsebojno močno naklonjen vzajemen odnos med dvema osebama. Naklonjen odnos med otrokom in osebo, ki skrbi za otroka, se začneja razvijati zaradi prirojenih zmožnosti otroka in skrbnikov. Že v prvem letu otrokove starosti se zaradi vzajemne odzivnosti razvije močna čustvena povezava z otrokovimi skrbniki, ki omogoča nadaljnji razvoj spoznavnih sposobnosti, sposobnosti čustvovanja in izkušnje v medsebojnem odnosu s

staršem (23). Kakovost navezanosti starša in otroka, zmožnost starša, da otroku nudi starosti primerno intelektualno spodbudo in način kombinacije nadzora in topline, oblikujejo starševski slog in imajo pomemben vpliv na otroka in njegove kasnejše psihološke zmožnosti prilagajanja. Otroci oblikujejo varno čustveno navezanost, če so njihovi starši uglašeni z njihovimi potrebami po varnosti in skrbi zanje ter se odzivajo na otrokova sporočila (26). Pomemben je medsebojni vpliv otroka in staršev. Pri hranjenju gre pravzaprav za tesno vez med otrokom in staršem, za sodelovanje in obojestranski napor, tako otroka kot starša (28), zato je hranjenje pravzaprav dvosmerni proces.

Intenzivna čustva, tako pozitivna kot negativna, zavirajo vnos hrane in zmanjšujejo kognitivni nadzor nad prehranjevanjem. Procesiranje čustvenih dražljajev namreč zahteva pozornost in ker je kognitivna kapaciteta posameznika omejena, se kognitivni nadzor nad hranjenjem zaradi tega lahko zmanjša. Kako se otrok odziva, kadar je v stiski? V odvisnosti od kognitivnega razvoja se otrok do tretjega leta starosti večinoma odziva s **preprostim stresnim odzivom**. Gre za fiziološko pretirano vzdraženost ob dražljaju, ki nakazuje možno telesno neugodje. Otrok je šele pri treh letih zaradi predhodnih izkušenj zmožen **izražati preprosto raven zaskrbljenosti** (»Kaj če... ?«) v zvezi s tem, kaj se bo zgodilo. Pri hranjenju otroka, ki ima težave, se lahko pojavi celo **reakcija »boj ali beg«** (kričanje, bežanje stran, odklanjanje). Stiska ob hranjenju se z razvojem kognitivnih zmožnosti štiri- do petletnega otroka odraža v **čustvenih odzivih** (vnaprejšnja občutja tesnobe). Otrok hranjenje odklanja z ignoriranjem in preprostimi izgovori (»Ne hvala, sem alergičen.« ali »Sem sit.« ali »Je zeleno, ne maram.«). V obdobju prehoda do logičnega mišljenja, med 6. in 7. letom starosti, otrok oblikuje **negativna prepričanja** v zvezi s hranjenjem, ki niso povsem logična. Prepričan je, da mu bo hrana škodila: »Ne jem rdeče hrane, ker je rdeča barva krvi.« ali »Ne jem zelenjave, ker raste na vrtu in je umazana.« Po sedmem letu se utrdijo prepričanja, da sem »ne-jedec«. Otroci se trudijo razložiti, zakaj česa ne jedo. Menijo, da so nekdo, ki ne je določene hrane in verjamejo, da te hrane ne morejo jesti (sem vegetarijanec, sem alergičen na lesnike).

e. Razvoj socialnih veščin

Socialni razvoj pomeni učenje vrednot, veščin in znanje o tem, kako se povezati z drugimi in sodelovati v svetu okrog nas. Otroci se razvijajo v kontekstu odnosov. Pomembno je, da smo pozorni, ali otroka zanimajo spremembe, ki so povezane z ljudmi, koliko je spontano pozoren na druge osebe (odrasle, otroke), ali se vživlja v tuja čustvena stanja in se s pomočjo posnemanja (socialnega učenja) uči veščin vsakodnevnega življenja. Devet mesecev stari dojenčki postanejo sposobni usklajevati pozornost na partnerja v socialni interakciji s pozornostjo na predmete. Pri enajstih mesecih pa dojenčka že zanima, na kaj je pozoren partner. Socialno sklicevanje (otrok išče dodatne informacije pri partnerju in se nanje sklicuje) v kontekstu vzajemne interakcije in pozornosti služi dojenčku kot vodilo njegovega vedenja. Okoli devetega meseca starosti se pojavi tudi sposobnost posnemanja namenskih dejanj s predmeti – socialno posnemanje, ki je ontogenetsko prva oblika kulturnega učenja (29).

Družina, njena vloga in doživljanje težav pri otroku

Družina je nepogrešljiva pri skrbi za otroka, zato moramo pri vseh temah, povezanih z razvojem otroka, upoštevati otrokovo okolje, torej družino in njene okoliščine. Ena od temeljnih skrbi staršev in družine je tudi ta, da je otrok dobro nahranjen. Pri otrocih, ki imajo težave pri hranjenju, smo zato pozorni tudi na to, kako deluje družina in kako morda vpliva na otrokove težave (20). Ker starši predstavljajo neposredno okolje, v katerem se otrok uči in razvija, morajo biti tudi oni vključeni v multidisciplinarno obravnavo.

Pomembno je tudi, da razumemo in upoštevamo, kaj člani družine doživljajo (30). Otrokove težave na področju hranjenja pomembno vplivajo na doživljanje stresa in obremenitve v družini. Starši doživljanje povečanega stresa in občutja nemoči pripisujejo pomanjkanju podpore in pomoči s strani strokovnjakov v zdravstvu. Starši ne vedo, kje poiskati pomoč. Poročajo tudi o tem, da strokovnjaki zmanjšujejo težave na področju hranjenja otroka ali pa po drugi strani izražajo pretirano zaskrbljenost ali pa ponujajo neučinkovite načine pomoči. Pri srečevanju s številnimi strokovnjaki v zdravstvu starši doživljajo tudi strah pred postavitvijo morebitne diagnoze, negotove napovedi posledic ter skrbi, povezane s pričakovanji glede prihodnosti. Thomlinsonova (30) je celo poročala, da so starši otrok, ki so imeli težave na področju hranjenja, izpostavili doživljanje čustvene napetosti in napa v skrbi za otroka. To doživljanje je podobno temu, kar doživljajo starši dolgotrajno bolnih otrok, ki so življenjsko ogroženi. Pomembne teme, ki so jih izpostavili starši v poglobljenem intervjuju, so: doživljanje strahu za otrokovo življenje, ali bo otrok preživel ter stalno primerjanje z drugimi, »normalnimi otroki«, doživljanje izgube spontanosti in zaupanja v lastne zmožnosti skrbi za otroka in doživljanje pomembnih sprememb v vsakodnevnem življenju družine.

Pogosto se eden od staršev (večinoma mati) bolj usmeri v skrb za otroka. V primeru, ko ima otrok težave pri hranjenju, se neredko zgodi, da je vsakodnevna rutina v večjem delu posvečena hranjenju in skrbi za otroka. Vlaganje časa in napa v učenje novih, drugačnih veščin skrbi za otroka in načinov spodbujanja otroka lahko pomembno vplivajo na obremenitev družine in doživljanje stresa. Starši so poročali, da so jih še dodatno obremenjevali odzivi prijateljev in drugih v okolju ter njihova občutja drugačnosti, ki so sčasoma vodila do socialne izolacije otroka in družine. Kadar so težave na področju hranjenja pridružene drugim, bolj zapletenim zdravstvenim težavam, otrokovo stanje prispeva k doživljanju stiske in še večjega stresa. Kljub doživljanju stresa pa starši pripovedujejo, da v skrbi za otroka doživljajo tudi lastno moč, zaupanje v lastna opažanja, upanje na izboljšanje, zmožnost spoprijemanja s težavami.

Terapevtski ukrepi, ki so usmerjeni k družini, lahko pomembno vplivajo na njeno doživljanje stresa in učinkovitosti. Obravnava je v pomoč staršem, da prepoznajo, kakšne težave ima otrok in kakšni so vzroki težav. Obravnava jim tudi pomaga pri razumevanju, da je njihovo doživljanje težav in stresa normalno, običajno. Tako lahko ponovno pridobijo občutek nadzora nad okoliščinami in

so pripravljene sprejeti podporo strokovnjakov. Skupinska ali individualna obravnava staršem omogoča, da spregovorijo o težavah otroka, svojem doživljanju težav, stiskah in obremenitvah. Potrebujemo informacije o tem, kako poteka učenje hranjenja, koliko časa potrebuje otrok, da se hranjenja nauči in o tem, kako pozitivne spodbude vplivajo na učenje. Starši potrebujejo veliko informacij o otrokovih posebnostih in o tem, kako lahko sami vplivajo na potek hranjenja. Potrebujemo tudi natančna navodila za hranjenje otroka doma. V pomoč so jim tudi izkušnje drugih staršev, ki imajo podobne težave in možnost, da so drug drugemu v podporo.

STOPENJSKI ORALNO-SENZORNI PRISTOP K UČENJU HRANJENJA

Stopenjski oralno-senzorni pristop k učenju hranjenja (*angl.* Sensory oral stimulation, SOS), ki ga je razvila psihologinja Kay A. Toomey s sodelavkami (20), je interdisciplinarni pristop, s pomočjo katerega ocenimo, načrtujemo in izvajamo obravnavo otroka s težavami na področju hranjenja. V interdisciplinarno timsko obravnavo se v ožji strokovni skupini vključujejo logoped, delovni terapevt, psiholog in dietetik, širše pa tudi specialisti otroške gastroenterologije, rentgenologije, otorinolaringologije in drugi, kadar je potrebno izključiti ali ustrezno obravnavati otroke, pri katerih gre tudi za motnje požiranja.

Zasnova koncepta je nastala sredi osemdesetih let prejšnjega stoletja kot odziv na povečano število otrok, ki so zaradi najrazličnejših vzrokov potrebovali nadomestno hranjenje skozi nazogastrično ali perkutano endogastrično sondo. Hranjenje na tak način jim je omogočilo, da so bili nahranjeni in so preživeli, vendar sami kasneje, brez dodatne pomoči, niso zmogli preiti nazaj na hranjenje skozi usta (30). Z razumevanjem otrokovega razvoja, veščin hranjenja in morebitnih težav pri hranjenju je Kay A. Toomey s sodelavkami razvila pristop, ki otrokom omogoča postopno učenje hranjenja skozi usta in prenehanje uporabe sonde. Otroci, ki so vključeni v ta program obravnave, razvijajo večino hranjenjskih postopov, po korakih, tako kot to sicer poteka v tipičnem razvoju (31, 32).

V nadaljevanju so predstavljeni osnovni principi tega pristopa. Program po principih SOS vključuje učenje na več različnih področjih, ki so med seboj tesno povezana: občutenje in procesiranje dražljajev, gibanje ust in ustne votline, pa tudi gibanje celotnega telesa, vedenje, učenje in nenazadnje tudi poznavanje, razumevanje in obvladovanje hrane in tekočine. Cilj programa je izboljšati otrokove zmožnosti sprejemanja različne oblike in vrste hrane (učenje sprejemanja novih okusov in vonjev, različne temperature in konsistence hrane). To kasneje omogoči tudi postopno večanje količine sprejete hrane, s tem pa dolgoročno dobro prehranjenost in hidracijo otroka.

Kot smo pisale že v uvodnem delu članka, ima družina pomembno vlogo. Program SOS zato ni usmerjen le v delo z otrokom, temveč je del terapevtskega programa namenjen tudi podpori in izobraževanju staršev.

Komu je namenjen program SOS?

Ta program je namenjen predvsem mlajšim otrokom, saj je tudi za učenje hranjenja pomembno zgodnje prepoznavanje težav in čim bolj zgodnja vključitev v terapevtski program. Vendar pa se v ta program vključujejo tudi starejši otroci. V program je potrebno vključiti otroke s težavami pri hranjenju, ki imajo motnjo v razvoju ali pa njihov razvoj poteka brez drugih večjih posebnosti, vendar izpolnjujejo enega ali več naslednjih meril:

- imajo zelo omejen obseg živil, ki jih sprejemajo pri obrokih (manj kot 20);
- zavračajo določeno kategorijo teksture ali določeno prehransko skupino živil (zelenjava, sadje, mokre, sluzaste vrste hrane, hrano v koščkih ...);
- pretežno ali v celoti jedo hrano, ki se razlikuje od hrane pri družinskem obroku;
- zaradi omejenega vnosa živil ne pridobivajo teže, kot je to pričakovano glede na starost;
- obrok doživljajo kot zelo stresno situacijo;
- pri hranjenju se jim sproža izrazit žrelni refleks ali pa celo bruhanje (ne v loku, pri čemer je sicer potrebno izključiti stenozo pilorusa);
- predviden je prehod iz parenteralne oz. sondne prehrane na običajno hrano, ko to sicer dovoljuje zdravstveno stanje in funkcijske zmožnosti hranjenja.

Začetna ocena pred vključitvijo v program SOS

V oceno otroka s težavami na področju hranjenja so vključeni vsi že omenjeni člani strokovne skupine. Po uvodnem pogovoru s starši, ki poročajo o otrokovih težavah pri hranjenju, in pregledu otroka pri zdravniku (uvodna ocena celostnega razvoja), starše zaprosimo, da izpolnijo vprašalnik, v katerem natančno poročajo o načinu hranjenja, vrsti in količini hrane, ki jo otrok poje, težavah pri hranjenju, vedenju otroka in strategijah, ki so jih morebiti že začeli uporabljati sami, ko so iskali učinkovit način, da bi nahranili svojega otroka.

Natančnejša ocena hranjenja teče pri logopedu in temelji na opazovanju vseh veščin hranjenja in vedenja otroka pri običajnem obroku (običajno hrano za tak obrok starši prinesejo s seboj). Ob tem opazujemo in ocenimo:

1. strukturo in funkcijo gibanja ust in ustne votline (usmerjanje k hrani, sprejemanje hrane, učinkovitost pri obvladovanju grizljaja hrane ali požirka vode v ustih, prenos proti korenu jezika in požiranje);
2. občutenje hrane, ki jo otrok sprejema, in vedenje otroka med hranjenjem (pripravljenost na hranjenje, usmerjanje k hrani, odzivi pri opazovanju hrane, vohanju in prijemanju hrane, odzivi po vnosu hrane) in
3. zmožnosti učenja (v času ocene in kasneje med terapevtskim programom).

Otrokove individualne zmožnosti na področju hranjenja nato primerjamo z veščini, ki bi jih moral otrok v tipičnem razvoju

že obvladati. Razkorak med dejanskim in pričakovanim funkcioniranjem je osnova za načrtovanje individualno prilagojenega programa. Terapevtska obravnava nato teče individualno ali v manjši skupini.

Potek obravnave v programu SOS

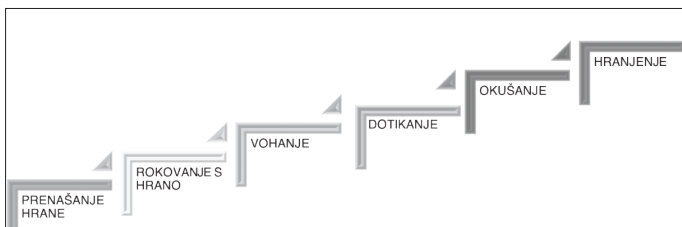
Osnovni principi

Obravnava teče v več korakih. *Uvodna gibalna aktivnost* traja nekaj minut, da se otrok prilagodi na prostor in terapevta. Sledi *vstop v terapevtski prostor*, kjer otroka povabimo v jasno strukturiran ritual. Ta vključuje umivanje rok, posedanje za mizo, usmerjene igralne aktivnosti pri mizi in pospravljanje mize po zaključku dejavnosti. To omogoča razvijanje ritualov pri obrokih (znano in varno okolje za učenje hranjenja). Osrednji del obravnave predstavlja *delo pri mizi*. To je usmerjeno v sistematično zmanjševanje občutljivosti otroka, ki je preobčutljiv na posamezne vrste dražljajev, ki so povezani s hrano in hranjenjem (desenzitizacija).

Program SOS otroku omogoča, da se proces učenja sprejemanja nove hrane razdeli na več korakov (Slika 1):

1. **prenašanje hrane** (usmerjanje pogleda na hrano, pripravljenost, da otrok ostane za mizo);
2. **interakcija s hrano:** vonjanje, dotikanje in okušanje;
3. **uživanje hrane** (vnos v usta, učenje obvladovanja grizljaja ali požirka v ustih, žvečenje, požiranje).

Vsak od naštetih korakov je razdeljen še na manjše, podrejene korake, ki jih otrok v programu SOS postopoma osvaja in napreduje na poti k samostojnemu in učinkovitemu hranjenju. Koraki si sledijo v logičnem zaporedju, kar omogoči terapevtu, da otroka ves čas natančno spremlja v procesu učenja sprejemanja določene hrane. To terapevtu pomaga, da otroka natančno usmerja in spodbuja pri obvladovanju posameznih korakov. Del programa, predvsem v začetni fazi, vključuje tudi dotikanje področja obraza in ust ter masažo, kar omogoča postopno prilagajanje tudi na mehanične dražljaje.



Slika 1: Stopnjevanje dražljajev v programu stopenjskega senzornega učenja.

Figure 1: Stimulus staging in the sensory oral learning program.

V programu SOS otroku ne dajemo navodil ali napotkov, temveč ga v sproščenem vzdušju vodimo v **strukturirani igralni dejavnosti s hrano** (igra z namenom). S pomočjo igre pri otroku neprestano spodbujamo radovednost in interakcijo z novo

predstavljeno hrano. Pomembno je, da otrok doživlja **pozitivne občutke** znotraj posamezne učne enote in se je pripravljen učiti. To pomembno vpliva na vzpostavljanje novih povezav v možganih in omogoča učenje. **Pozitivne izkušnje** pomembno vplivajo tudi na kasnejše samostojno hranjenje in učenje. V postopkih sistematičnega zmanjševanje preobčutljivosti na dražljaje otroku pomagamo, da prilagodi odzivanje na neprijetne dražljaje ter mu tako omogočimo, da se nauči postopno sprejeti nove dražljaje in se pomiriti tudi v situaciji, ki ga morda vznemirja (34). Prav zato je zelo pomembno, da otroka **nikoli ne hranimo na silo**. To sproži hud stres, fiziološki odziv z reakcijo »boj ali beg« in negativno izkušnjo, ki upočasni, lahko pa tudi prepreči proces prilagajanja in učenja sprejemanja novih dražljajev.

Postopno prilagajanje na dražljaje pri hranjenju

Obravnava temelji na spodbujanju razvoja samostojne veščine hranjenja in sprejemanja hrane različnih senzornih značilnosti (okusov, vonjev, tekstur in barve). Različna živila, ki jih terapevti ponujajo otroku, so sprva podobna hrani, ki jo otrok pozna in sprejme, nato pa postopoma uvajamo nova živila. Poglejmo bolj natančno, kako teče osrednji del programa SOS:

1. Pred obravnavo pripravimo 7 do 14 različnih živil iz različnih prehranskih skupin.
2. Otroku najprej ponudimo živilo, ki ga pozna in sprejema, kar imenujemo **varna hrana**, saj otroku ponuja občutek varnosti. Otrok začne jesti in pri tem občuti, da je uspešen.
3. Naslednja hrano, ki mu jo ponudimo, mora biti zelo **podobna senzornim lastnostim** varne hrane (npr. enaka barva, enaka struktura, drug okus). Pomembno je, da ob vsaki novi ponujeni hrani spremenimo le eno od senzornih lastnosti.
4. V naslednjih korakih postopoma **dodajamo živila drugih skupin** (ogljikovi hidrati, proteini, maščobe). Pri izbiri živil moramo biti zelo pozorni na lastnosti živila. Vsako naslednje novo živilo, ki ga ponudimo otroku, mora po eni strani ustrezati trenutnim sposobnostim otroka, da prenaša določene dražljaje, hkrati pa ga spodbujati, da se uči sprejeti novo senzorno značilnost pri izbranem živilu. Ob izbiri živila je potrebno upoštevati tudi trenutne zmožnosti gibanja ust in ustne votline (sprejemanje grizljaja ali požirka v usta, obvladovanje v ustih, prenos proti korenu jezika in požiranje). **Hranjenje mora potekati varno**. Otroku v igralni dejavnosti ponujamo priložnost, da tudi naprej razvija te veščine hranjenja in požiranja. Trajanje in ponavljanje vsakega od korakov prilagodimo sposobnostim otroka.

Medsebojno sodelovanje otroka in terapevta

Igralne dejavnosti spodbujajo otroka, da s terapevtom ves čas vzpostavlja interakcijo. Pri obravnavi ga glede na njegove zmožnosti ves čas podpiramo tudi pri razvoju komunikacijskih veščin, na verbalni ali neverbalni način. Le tako ima otrok možnost izraziti svojo stisko, negotovost ali veselje ob napredku, namesto da krepí negativno komunikacijsko vedenje (vznemirjenje, jok, odriavanje hranje, zapiranje ust, obračanje glave stran od hrane).

Pomemben del programa je učenje oz. povzemanje socialnega modela in običajev, ki so sestavni del obroka. Otroka je potrebno spodbuditi, da sedi ob mizi in je njegova pozornost usmerjena k hrani ves čas obroka. Otroka spodbujamo v procesu interakcije in posnemanju vedenja drugih.

Postopno povečevanje količine hrane

Zmožnost sprejemanja več živil znotraj iste prehranske skupine in postopno sprejemanje živil iz drugih skupin postopoma omogoči tudi, da otrok pri posameznem obroku poje večjo količino hrane (20).

Prvi sklop obravnave je namenjen spoznavanju in usvajanju postopkov učinkovitejšega toleriranja in sprejemanja več vrst različne hrane, ki jih nato v podporo programu v domačem okolju redno uporabljajo starši, lahko pa tudi strokovni sodelavci v vrtcu.

Dolgoročni cilji obravnave SOS so:

- otrok se hrani brez pretiranega žrelnega refleksa in je zmožen sprejeti hrano različnih okusov, barv, vonjev in tekstur;
- otrok je v 80 % do 90 % pripravljen sprejeti novo živilo;
- otrok sprejme več kot 30 različnih vrst hrane (proteini, škrobna živila, sadje in zelenjava);
- otrok zmore popiti primerno količino tekočine in napreduje pri večini pitja s kozarcem, lončkom ali slamico (20).

Zmotna prepričanja, ki ovirajo proces učenja hranjenja

Hranjenje je za večino zdravih otrok in odraslih ljudi nekakšno senzorno igrišče, ki nam ob hranjenju poleg preživetja ponuja užitek v raziskovanju okusov in učenju. Po drugi strani pa je hranjenje lahko prava nočna mora, tako za otroka kot za njegove starše. Otrok pri hranjenju se brani, slabo pridobiva telesno težo, se hrani samo z nekaj vrstami enostavne hrane in podobno. Prepričani smo, da smo v besedilu do te točke uspeli dobro pojasniti težave pri hranjenju in predstaviti učinkovit terapevtski pristop, ki je v pomoč tako staršem kot otrokom. Vendar pa se ob terapevtskem delu še vedno srečujemo s številnimi zmotnimi prepričanji, celo miti, kot jih poimenujejo Kay Tommey in sodelavke. V nadaljevanju jih predstavljamo podrobneje.

Prvo od teh prepričanj je, da je *hranjenje prioriteta telesa*. V resnici je prva prioriteta dihanje in stabilnost drže glave in trupa, šele nato je mogoče tudi učenje učinkovitega hranjenja. Otrok, ki zaradi težav pri hranjenju doživlja neugodje ali celo ne more dihati in se duši zaradi vdihnjene hrane, ne bo želel in zmožel jesti. *Da je hranjenje instinktivno*, velja le prvi mesec življenja, nato prehaja v obdobje refleksnega in kasneje naučenega vedenja, kar smo opisali že v uvodnem delu procesa učenja hranjenja.

Trditev, da je hranjenje enostavno, je prav tako daleč od resnice, saj vemo, da je za učinkovito hranjenje, poleg anatomsko ustreznih struktur in funkcije več organov, potrebno usklajeno in koordinirano dihanje ter hranjenje, dobra telesna shema, učinkoviti procesi občutenja, analize informacij o številnih različnih dražljajih,

načrtovanje hotenega gibanja in učenje. Prav zato tudi ne drži ideja o tem, da je *hranjenje dvostopenjski proces*: najprej sedeš in nato ješ.

Po izkušnjah iz klinične prakse je ta zmotna prepričanja s poučevanjem staršev in strokovnih sodelavcev mogoče učinkovito spremeniti, kar je nujno za dobro sodelovanje z otrokovo družino in širšim socialnim okoljem (prenos učenja v domače okolje). Nekoliko težje je preiti naslednje prepričanje, ki je precej odvisno od kulturnega okolja, in sicer, da *se s hrano ne igramo*. Po branju besedila do te točke je bralcu že povsem jasno, da je igra otrokov način učenja in da je igra s hrano v začetnem delu nujni del terapevtskega programa. Igra s hrano ima na tem mestu jasen namen - podpora učenju, ki mora biti prijetno. Podobno je, tudi pri nekaterih strokovnjakih, trdno zasidrano prepričanje, da *bo otrok jedel, ko bo lačen in se ne bo izstradal*. Vemo, da je hranjenje, ob katerem pride do aspiracije hranje, boleče in za otroka zelo neprijetna izkušnja. Enako se bolečina lahko pojavlja pri gastroezofagealnem refluksu. Taka negativna izkušnja otroka zelo ovira pri učenju hranjenja. Nekajkrat smo že omenili reakcijo »boj ali beg«, ob kateri pride do dviga ravni adrenalina in zmanjšane apetita. Tak otrok ne bo jedel in ne bo občutil lakote (35).

Prehranske smernice (36) že dolgo priporočajo, da imajo otroci dnevno pet obrokov, kar je v nasprotju s prepričanjem, da *otroci potrebujejo hrano le trikrat na dan*. Prav tako je iz obširne razlage razvoja veščine hranjenja jasno, da ne drži tudi prepričanje, da ima otrok, ki ne je, vedenjske ali organske težave. Tudi naše dosedanje klinične izkušnje kažejo, da gre pri otrocih, ki pridejo v program zaradi težav s hranjenjem, v večini primerov za težave zaradi senzorne preobčutljivosti same ali v kombinaciji s težavami na področju gibanja oziroma z anatomskimi pomanjkljivostmi (npr. shize v ustni votlini).

S prepričanji kulturnega in socialnega okolja ter naših navad pri hranjenju je povezano tudi prepričanje, da *jemo določeno vrsto hrane le ob določenem delu dneva* (le za zajtrk ali kosilo ali večerjo oziroma le za prigrizke med obroki). Enako velja tudi za prepričanje, da so *zdrave le določene vrste hrane*. Nenazadnje velja enako kulturno socialno pogojeno tudi zadnje prepričanje, da je čas obroka priložnost za druženje, pri čemer se morajo otroci med obroki primerno vesti.

Uspešnost pristopa SOS

V nasprotju s temi prepričanji so tudi rezultati raziskav o uspešnosti terapevtskega pristopa SOS. Pristop se v terapevtskih programih v tujini sicer uporablja že več kot 20 let (37), vendar o rezultatih študij o učinkovitosti avtorji poročajo šele v zadnjih letih. Tomomeyeva s sodelavkami je na konferenci Združenja za razvojno in vedenjsko pediatrijo predstavila rezultate študije, v katero so vključili 46 otrok (35). Program SOS je prav tako trajal 12 tednov. Vsi vključeni otroci so se hranili skozi usta, vendar se jim telesna teža ni povečevala. Ob zaključku programa je bil povprečen prirast teže 0,45 kg in povprečno povečanje telesne višine 2,5 cm. Otroci so povečali vnos hrane v povprečju za 200 kcal (analiza tridnevnega jedilnika ob začetku in zaključku programa). Na isti

konferenci je Toomeyeva poročala tudi o skupini 30 otrok, ki so bili hranjeni skozi PEGS. Program SOS je potekal individualno, eno uro in pol enkrat na teden. Otroci, ki so bili skozi PEGS hranjeni le delno, so v enem letu nato prešli povsem na hranjenje skozi usta (19 otrok). Ostali otroci, ki so bili povsem odvisni od hranjenja skozi PEGS in niso imeli izkušenj s hranjenjem skozi usta, so za prehod na hranjenje s hrano, ki je primerna glede na starost in povsem skozi usta, potrebovali dve leti.

V pregledu literature, ki so ga pripravili Sharp in sodelavci leta 2010, niso našli rezultatov večjih študij, našli pa so nekaj predstavitev primerov (38). Creech (39) je poročala o pilotski študiji, v katero so vključili 10 otrok, starih med 17 in 31 mesecev. Otroke so snemali med običajnim obrokom hrane. Ob začetku študije in ob zaključku, 10 tednov kasneje, so jim ponudili enak nabor sedmih živil. Primerjali so vedenje, ki se je pojavljajo med obrokom in ugotovili, da so se pozitivne oblike vedenja ob zaključku študije pojavljale statistično značilno pogosteje kot pred študijo (smehljanje, pozitivno oglašanje, vzajemno sodelovanje s skrbnikom). Statistično značilno pogosteje so otroci ob zaključku študije vstopali v stik s hrano (dotikanje, mešanje, pobiranje koščkov), manj je bilo negativnega vedenja (jok med obrokom, poskus odhoda od mize), pretiranih odgovorov na dražljaje v ustih (poudarjen žrelni refleks, bruhanje, poudarjeno iztegovanje prstov ob dotikanju hrane in umikanje rok od hrane) in zavračanja hrane (metanje hrane stran, odiranje hrane, obračanje glave stran od hrane).

Boydova (28) je poročala o rezultatih programa SOS, v katerega so vključili 37 otrok (sedem jih je imelo perkutano endogastrično stomo (PEGS)), starih od 18 do 61 mesecev. Program SOS v skupini je trajal 12 tednov, enkrat na teden, od ene ure do ure in pol. Ob zaključku študije so ugotovili, da so otroci povečali repertoar hrane za 41 %, po drugem ciklu 12 tednov pa še za dodatnih 17 %. Vseh sedem otrok s PEGS se je v naslednjih 12 do 24 mesecih zmoglo hraniti samih skozi usta in s hrano, ki je bila ustrezna glede na starost otrok. Petersonova s sodelavkami (40) je primerjala učinkovitost vedenjske terapije in pristopa SOS pri skupini otrok z motnjo avtističnega spektra. Ugotovile so, da je bil vedenjski pristop sicer bolj uspešen, vendar pa so v študijo vključile le šest otrok. Menile so, da bi otroci v njihovi študiji potrebovali daljši program kot le 12 tednov obravnave. Bensonova (41) je poročala o učinkovitosti SOS programa pri 34 otrocih z razvojnimi motnjami ter težavami pri hranjenju. Ugotovila je, da napredek pri vključenih otrocih ni bil statistično značilno povezan s starostjo otroka ali diagnozo. Zanimivo je, da je analiza izboljšanja rezultatov pokazala pozitivno povezavo z moškim spolom. Menijo, da je SOS program koristen za otroke z nevrološkimi motnjami in s težavami pri hranjenju.

ZAKLJUČEK

Težave pri hranjenju in neuspevanje otroka so v zgodnjem otroštvu pogoste. Srečamo jih pri sicer zdravih otrocih, še pogosteje pa pri otrocih z motnjami v nevrološkem razvoju. Pri takem otroku je potrebno izključiti anatomske vzroke in težave pri hranjenju

zaradi težav pri gibanju ust in delov ustne votline. Težave pri hranjenju so pogosto povezane s preobčutljivostjo na dražljaje okoli ust in v ustni votlini. Te težave je potrebno prepoznati čim prej in otroka skupaj z družino vključiti v terapevtski program. Rezultati študij kažejo, da je stopenjski senzorni pristop k učenju hranjenja učinkovit program.

Literatura:

1. Brecelj J, Sedmak M. Otrok, ki ne uspeva. *Slov Pediatr.* 2010; 17(1): 142–6.
2. Olsen EM, Petersen J, Skovgaard AM, Weile B, Jørgensen T, Wright CM. Failure to thrive; the prevalence and occurrence of anthropometric criteria in a general infant population. *Arch Dis Child.* 2007; 92: 109–14.
3. Motil KJ, Duryea TK. Failure to thrive (undernutrition) in children younger than two years: etiology and evaluation. Dostopno na: <https://www.uptodate.com/contents/failure-to-thrive-undernutrition-in-children-younger-than-two-years-etiology-and-evaluation> (citirano 15. 2. 2017).
4. Arvedson JC. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. *Dev Disabil Res Rev.* 2008; 14(2): 118–27.
5. Cooper-Brown L, Copeland S, Dailey S, Downey D, Petersen MC, Stimson C, et al. Feeding and swallowing dysfunction in genetic syndromes. *Dev Disabil Res Rev.* 2008; 14 (2): 147–57.
6. Wood NS, Costeloe K, Gibson AT, Hennessy EM, Marlow N, Wilkinson AR. The EPICure study: growth and associated problems in children born at 25 weeks of gestational age or less. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2003; 88: F492–F500.
7. Simpson C, Schlaner RJ, Lau C. Early introduction of oral feeding in preterm infants. *Pediatrics.* 2002; 110: 517–22.
8. Groleger Sršen K, Korošec B. Ocenjevanje požiranja pri otrocih. V: Groleger Sršen K, Burger H, Goljar N, ur. Novejše diagnostične in terapevtske metode v celostni rehabilitaciji: zbornik predavanj, 24. dnevi rehabilitacijske medicine, Ljubljana, 22.- 23. marec 2013. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča; 2013: 63–3.
9. Groleger Sršen K, Korelc S. Motnje čutilnih in prepoznavnih sposobnosti pri otrocih in njihov pomen v razvoju otroka. V: Goljar N, ur. Pomen zaznavnih in prepoznavnih sposobnosti v rehabilitacijski medicini: zbornik predavanj, 23. dnevi rehabilitacijske medicine, Ljubljana, 23.- 24. marec 2012. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča; 2012: 65–73.
10. Illingworth RS, Lister J. The critical or sensitive period, with special reference to certain feeding problems in infants and children. *J Pediatr.* 1964; 65: 839–48.
11. Eicher PS. Feeding. V: Batshaw ML, ed. *Children with disabilities.* Baltimore: P. H. Brookes; 2002: 549–66.

12. Kerwin MLE. Pediatric feeding disorders. *Behav Anal Today*. 2003; 4: 160-74.
13. Palmer S, Horn S. Feeding problems in children. V: Palmer S, Ekvall S, eds. *Pediatric nutrition in developmental disorders*. Springfield: C. C. Thomas; 1978; 13: 107-129.
14. Stevenson RD, Allaire JH. The development of normal feeding and swallowing. *Pediatr Clin North Am*. 1991; 38: 1439-53.
15. Kerwin MLE, Eicher PS. Behavioral interventions and prevention of feeding difficulties in infants and children. *J Early Intensive Behav Interv*. 2004; 1: 129-40.
16. Juul J. Hura, gremo jest!. *Radovljica: Didakta*; 2012.
17. Tomori M. *Psihologija telesa*. Ljubljana: Državna založba Slovenije; 1990.
18. Savage JS, Orlet Fisher J, Birch LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med Ethics*. 2007; 35(1): 22-34.
19. Kobal Grum D, Seničar M. Psihološki vidiki prehranjevalnega vedenja. *Anthropos*. 2011; 43(3-4): 153-77.
20. Toomey KA, Ross ES. SOS approach to feeding. Dostopno na: <http://sosapproach-conferences.com> (citirano 10. 2. 2017).
21. Reynolds GD, Courage ML, Richards JE. The development of attention. V: Reisberg D, ed. *The Oxford handbook of cognitive psychology*. New York: Oxford University Press; 2016. Dostopno na: [http://web.utk.edu/~dcnlab/Publications/Recent/recent_pdfs_and_new_research_summary/Reynolds Courage and Richards chapter \(in press\).pdf](http://web.utk.edu/~dcnlab/Publications/Recent/recent_pdfs_and_new_research_summary/Reynolds Courage and Richards chapter (in press).pdf) (citirano 15. 3. 2017).
22. Klimkeit EI, Mattingley JB, Sheppard DM, Farrow M, Bradshaw JL. Examining the development of attention and executive functions in children with a novel paradigm. *Child Neuropsychol*. 2004; 10(3): 201-11.
23. Zupančič M. Zaznavni in spoznavni razvoj dojenčka in malčka. V: Marjanovič Umek L, Zupančič M, ur. *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete; 2004: 186-214.
24. Zeinstra GG, Koelen MA, Kok FJ, de Graaf C. Cognitive development and children's perceptions of fruit and vegetables: a qualitative study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2007; 4: 30.
25. Kavčič T. Igra dojenčka in malčka. V: Marjanovič Umek L, Zupančič M, ur. *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete; 2004: 278-89.
26. Carr A. Normal development. V: Carr A, ed. *The handbook of child and adolescent psychology: a contextual approach*. 2nd ed. New York, London: Routledge; 2006: 3-39.
27. Carr A. Influences on problem development. V: Carr A, ed. *The handbook of child and adolescent psychology: a contextual approach*. 2nd ed. New York, London: Routledge; 2006: 40-78.
28. Boyd, KL. The effectiveness of the Sequential Oral Sensory Approach group feeding program [doctoral dissertation]. Colorado Springs: The Colorado School of Professional Psychology; 2007. Dostopno na: <http://gradworks.umi.com/32/98/3298523.html> (citirano 12. 8. 2008).
29. Zupančič M. Socialni razvoj dojenčka in malčka. V: Marjanovič Umek L, Zupančič M, ur. *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete; 2004: 255-77.
30. Thomlinson EH. The lived experience of families of children who are failing to thrive. *J Adv Nurs*. 2002; 39(6): 537-45.
31. Gauderer MW. Percutaneous endoscopic gastrostomy: a 10-year experience with 220 children. *J Pediatr Surg*. 1991; 26(3): 288-92.
32. Carruth B, Ziegler P, Gordon A, Hendricks K. Developmental milestones and self-feeding behaviours in infants and toddlers. *J Am Diet Assoc*. 2004; 104(1): 51-6.
33. Gisel EG, Birnbaum R, Schwartz S. Feeding impairments in children: diagnosis and effective intervention. *Int J Orofac Myol*. 1998; 24: 27-33.
34. Goldfried MR, Davison GC. *Clinical behaviour therapy*. 2nd ed. New York: J. Wiley; 1994.
35. Toomey K. When children won't eat: picky eaters vs. problems feeders. Dostopno na: <http://sosapproach-conferences.com/> (citirano 12. 12. 2016).
36. Bratanič B, Fidler Mis N, Hlastan Ribič C, Poličnik R, Širca Čampa A, Kosem R, et al. *Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2011: 1-71.
37. Toomey KA, Sundseth ER. Perspectives on swallowing and swallowing disorders. *Dysphagia*. 2011; 20 (3): 82-7.
38. Sharp WG, Jaquess DL, Morton JF, Herzinger CV. Pediatric feeding disorders: a quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2010; 13(4): 348-65.
39. Creech E. Behavioral changes across ten weeks of SOS approach to feeding therapy [unpublished manuscript]; 2006.
40. Peterson KM, Piazza CC, Volkert VM. A comparison of a modified sequential oral sensory approach to an applied behavior-analytic approach in the treatment of food selectivity in children with autism spectrum disorders. *J Appl Behav Anal*. 2016; 49(3): 485-511.
41. Benson JD, Parke CS, Gannon C, Muñoz D. A retrospective analysis of the sequential oral sensory feeding approach in children with feeding difficulties. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*. 2013; 6(4): 289-300.