

Akutni poremećaj prehrane kod djece rane i predškolske dobi

Petrović, Hanna

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:377041>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-20**

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

HANNA PETROVIĆ
ZAVRŠNI RAD

AKUTNI POREMEĆAJI PREHRANE
KOD DJECE RANE I PREDŠKOLSKE
DOBI

Zagreb, kolovoz 2020.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET-
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ
(Petrinja)

ZAVRŠNI RAD

Hanna Petrović

Akutni poremećaji prehrane kod djece rane i predškolske dobi

Mentor:

Izv.prof.dr.sc. Maša Malenica, dr. med.

Zagreb, kolovoz 2020.

Ovim putem zahvaljujem se svojoj mentorici, Izv.prof.dr.sc. Maši Malenici, dr.med na pomoći kod izrade završnog rada. Također zahvaljujem svojoj obitelji i dečki na podršci tijekom studiranja!

SADRŽAJ

SAŽETAK	1
SUMMARY.....	2
1. UVOD.....	3
2. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA PROBAVNOG SUSTAVA.....	4
2.1. Osobitosti probavnog sustava kod djece.....	7
3. AKUTNI POREMEĆAJI PREHRANE.....	9
3.1. Proljev	9
3.2. Povraćanje.....	11
3.3. Dehidracija	12
3.4. Opstipacija	13
4. PROMATRANJE BOLESNOG DJETETA.....	14
5. LIJEČENJE.....	15
6. ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNOG DJETETA	16
7. OPIS SLUČAJA.....	17
7.1 Intervencije odgajateljice u provođenju zdravstvene njege djeteta s akutnim proljevom	19
7.2 Intervencije odgajateljice u provođenju zdravstvene njege djeteta koje povraća.....	19
7.3 Intervencije odgajateljice u provođenju zdravstvene njege dehidriranog djeteta	20
7.4 Intervencije odgajateljice u provođenju zdravstvene njege opstipiranog djeteta.....	20
8. PREHRANA BOLESNOG DJETETA.....	21
9. ZDRAVSTVENI ODGOJ DJECE I RODITELJA	22
10. POPRATNI SIMPTOMI I ULOGA ODGAJATELJA	23
11. ZAKLJUČAK	25
12. LITERATURA	26

SAŽETAK

Akutni poremećaji prehrane predstavljaju svakodnevni problem u pedijatrijskoj praksi. U nerazvijenim dijelovima svijeta te u zemljama koje su u razvoju akutni poremećaji prehrane jedan su od vodećih razloga mortaliteta dojenčadi i djece. U akutne poremećaje prehrane ubrajamo akutni proljev, povraćanje, dehidraciju i opstipaciju. Akutni proljev jedan je od najčešćih simptoma kod djece, a velika većina proljeva u svakodnevnoj praksi uzrokovana je akutnom crijevnom infekcijom. Povraćanje je nagonsko i obilnije ispražnjavanje želuca. Nagli i intenzivni gubitci vode i elektrolita uslijed proljeva i/ili povraćanja dovode do dehidracije. Opstipacija je neredovita stolica i otežana ili bolna defekacija odnosno poteškoće kod defekacije koje traju duže od 2 tjedna. Ova su četiri poremećaja usko povezana jer jedan vodi ka drugom. Proljev i povraćanje često dovode do gubitka vode i elektrolita iz organizma te tada dolazi i do dehidracije. A u nekim slučajevima zbog dehidracije odnosno nedovoljnog unosa tekućine dolazi do opstipacije. U prevenciji i prepoznavanju prvih simptoma i znakova važnu ulogu ima odgajateljica naročito ona koja radi u jasličkoj ili mlađoj vrtićkoj skupini. Cilj i svrha rada odgajateljice je upoznati se sa simptomima, znakovima, liječenjem, zdravstvenom njegom, prehranom, zdravstvenim odgojem oboljelih od akutnih poremećaja prehrane, te sudjelovati u otkrivanju problema, planiranju i provođenju zdravstvene njege za oboljelo dijete. Najvažnije je obavijestiti zdravstvenog voditelja i roditelje te dokumentirati ukoliko primijetimo simptome ili se dijete požali na neki od simptoma.

Ključne riječi : akutni poremećaji prehrane, proljev, povraćanje, dehidracija, opstipacija, osobitosti probavnog sustava, uloga odgajatelja, zdravstvena njega i zdravstveni odgoj, prehrana.

SUMMARY

Acute eating disorders are an everyday problem in pediatrics practice. In underdeveloped parts of the world and in developing countries, acute eating disorders are one of the leading causes of infant and child mortality. Acute eating disorders include acute diarrhea, vomiting, dehydration and constipation. Acute diarrhea is one of the most common symptoms in children, and the vast majority of diarrhea in daily practice is caused by an acute intestinal infection. Vomiting is an instinctive and more abundant gastric emptying. Sudden and intense losses of water and electrolytes due to diarrhea and / or vomiting lead to dehydration. Constipation is irregular stools and difficult or painful defecation or difficulty in defecation that lasts longer than 2 weeks. These four disorders are closely related because one leads to the other. Diarrhea and vomiting often lead to loss of water and electrolytes from the body and then dehydration. And in some cases, constipation occurs due to dehydration or insufficient fluid intake. An educator, especially one who works in a nursery or younger kindergarten group, has an important role in the prevention and recognition of the first symptoms and signs. The aim and purpose of the educator's work is to get acquainted with the symptoms, signs, treatment, health care, nutrition, health education of patients with acute eating disorders, and to participate in problem detection, planning and implementation of health care for sick children. The most important thing is to inform the health care provider and parents and document if we notice symptoms or the child complains of any of the symptoms.

Key words: acute eating disorders, diarrhea, vomiting, dehydration, constipation, peculiarities of the digestive system, the role of educators, health care and health education, nutrition.

1. UVOD

Akutne dijarealne bolesti su u prošlosti spadale u najveći javnozdravstveni problem i bile su usko povezane s niskim higijenskim i životnim standardima. Uvođenjem oralne rehidracijske otopine u liječenje smanjena je smrtnost kod djece s akutnim poremećajima prehrane. (D. Mardešić i suradnici 2009.) Usprkos napretku u prevenciji, ranom otkrivanju i liječenju akutnih poremećaja prehrane u djetinjstvu, poremećaj prehrane je i dalje odgovoran za više od 2 do 3 milijuna smrti godišnje u cijelom svijetu. Rotavirus odgovoran je za polovicu svih slučajeva teških proljeva koji završavaju hospitalizacijom. (I. Kuzman, S. Schonwals 2000.) Akutni poremećaj prehrane može biti infektivnog ili neinfektivnog tipa. Akutni poremećaj infektivnog tipa možemo prevenirati edukacijom djece, roditelja te odgajatelja i stručnih suradnika o važnosti higijenskog pranja ruku i pravilnoj i kvalitetnoj termičkoj obradi hrane. Akutni poremećaji prehrane se mogu podijeliti na lakši i teži oblik. U lakši oblik se svrstava DISPEPSIJA. Kod dispepsije simptomi bolesti počinju postupno i pripadaju blažim simptomima. Dijete gubi apetit, postaje neraspoloženo, plačljivo, temperatura je umjereno povišena, žali se na bolove. U početku je povraćanje oskudno, stolice su u početku kašaste s primjesom sluzi, koža i sluznice postaju suhe, a koža gubi turgor, velika fontanela može biti uvučena. Sve slučajeve blaže dispepsije trebalo bi liječiti ambulantno. Ako bolest nastupi naglo treba biti oprezan jer u kratkom vremenu može doći do toksikoze. Njezin se razvoj može spriječiti povećanim korištenjem glukoza-elektrolitskih otopina (Rehidromiks 60). Teži oblik akutnog poremećaja prehrane je TOKSIKOZA koja se može nadovezati na dispepsiju, ali i primarno može početi kao toksikoza. Toksikozu su podložnija dojenčad hranjena na umjetnoj prehrani. O toksikozu se govori kada povraćanje i proljev dovedu do težeg pogoršanja općeg stanja koje teško pogađa sve vitalno važne organe (srce, mozak, jetru, bubrege) te nastaje cirkulacijski šok i ako se brzo ne reagira nastupa smrt. Osnovni simptomi bolesti kod toksikoze su povraćanje, učestale stolice i visoka temperatura odnosno vrućica. Svako takvo stanje treba intenzivno liječiti. Liječenje se provodi u bolnici uz liječnički nadzor i intenzivnu skrb medicinske sestre. (I. Malčić, R. Ilić, Z. Stopić 2005.) Odgajateljica ima veliku ulogu u prepoznavanju i zbrinjavanju bolesnog djeteta do dolaska roditelja, komunikaciji s roditeljima te svojim znanjima i vještinama doprinosi u prevenciji bolesti i edukaciji roditelja i djece.

2. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA PROBAVNOG SUSTAVA

Probavna cijev započinje u usnoj šupljini, gdje počinje usitnjavanje hrane zubima i probava, jer se u usnu šupljinu izlučuje slina bogata enzimom ptijalinom kojim počinje razlaganje hrane. Nastavlja se kroz jednjak, kojim se sažvakana i razmekšana hrana potiskuje u želudac. U želucu se obavlja probava zahvaljujući izlučivanju želučane kiseline i enzima pepsina, a nakon toga potiskuje se u dvanaesnik (duodenum). U dvanaesnik se izlučuje žuč i gušteračini sokovi. Put hrane se nastavlja u tanko crijevo koje se sastoji od jejunuma u kojem se dovršava razgradnja hrane te od ileuma u kojemu se razgrađeni sastojci hrane upijaju u krv. Ileum se ispražnjava u početni dio debelog crijeva (cekum) te se nastavlja u tri dijela debelog crijeva: ulazni, poprječni i silazni dio. Silazni dio debelog crijeva nastavlja se na sigmu, a probavna cijev završava rektumom i anusom kroz koji se izbacuje feces. (B.Vrhovac i suradnici 2003.) Uloga probavnog sustava je uzimanje hrane, mehanička obrada, probava, lučenje probavnih sokova, apsorpcija hranjivih tvari i izlučivanje nepotrebnih i štetnih tvari.

- USTA

U ustima se stvara zalogaj pomoću zuba, jezika i sline. Dječje zubalo sastoji se od 20 mliječnih zuba, a odraslo zubalo ima 32 zuba, 16 sa svake strane. Bitno je dobro sažvakati i usitniti hranu. Nakon što zubi usitne i prožvaču hranu jezik je prevrće te se aktiviraju žlijezde slinovnice koje imaju ulogu proizvodnje sline. Lučenje sline se ne može kontrolirati zato što je refleksna reakcija. Jezikom se zalogaj nakon žvakanja potisne u ždrijelo i dolazi do refleksne pojave gutanja. Bitno je provoditi oralnu higijenu od najranije dobi.

- ŽDRIJELO

Hrana pri gutanja prolazi kroz ždrijelo do jednjaka. Tijekom prolaska hrane elastični poklopac epiglotis sprječava odlazak hrane u dušnik. Hrana do jednjaka prolazi naizmjenični stezanjem i otpuštanjem mišićne stjenke ždrijela.

- **JEDNJAK**

Jednjak je cijev dugačka oko 25 cm koja povezuje probavni sustav od ždrijela do želuca. Hrana putuje pomoću stezanja mišića peristaltikom da bi prošla kroz cijelu probavnu cijev. Na kraju jednjaka se nalazi sfinkter, prstenasti mišić koji sprječava povratak hrane iz želuca u jednjak.

- **ŽELUDAC**

Želudac priprema hranu za daljnu probavu u tankom crijevu. U stijenci želuca se nalazi sloj glatkih mišića koji se stežu i time melju hranu. U stijenci se nalaze i žlijezde koje luče probavne sokove i sluz. Kloridna kiselina i enzim pepsin probavljaju hranu u želucu. Lučenjem sluzi želudac se štiti od želučane kiseline kako ne bi oštetila stjenku želuca. Solna kiselina ne samo da razgrađuje hranu, ona može ubiti i neke bakterije koje smo pojeli sa hranom.

- **GUŠTERAČA**

Sok gušterače je lužnat pa neutralizira kiselinu nastalu u želucu prije nego poluprobavljena hrana uđe u dvanaesnik kako kiselina ne bi oštetila tanko crijevo. Enzimi gušterače sudjeluju u kemijskoj razgradnji hrane do molekula koje se mogu upiti u krv. Odnosno sadrži enzime za razgradnju bjelančevina do aminokiselina, masti do masnih kiselina i ugljikohidrata do jednostavnih šećera.

- **JETRA**

Najveća žlijezda u ljuskom organizmu, oslobađa i skladišti hranjive tvari, a neutralizira štetne. Jetra također proizvodi žuč koja se pohranjuje u žučnom mjehuru i olakšava probavu masti. Jetra je također jedini organ koji se može regenerirati.

- **TANKO CRIJEVO**

Mišićne stjenke tankog crijeva stežu se i opuštaju čime se hrana miješa i potiskuje prema naprijed. Stjenka tankog crijeva obložena je sitnim nastavcima, tzv. crijevnim resicama koje povećavaju njenu površinu. U središtu crijevnih resica nalaze se krvne i limfne žile. Crijevne resice upijaju hranjive tvari iz šupljine crijeva. Molekule šećera i aminokiseline provode do krvnih kapilara, a masne kiseline do limfnih kapilara. Hranjivi sastojci, bjelančevine, masti, ugljikohidrati, vitamini, minerali, voda i razni drugi sastojci hrane putem krvi dopijevaju do svih tjelesnih stanica kojima su oni potrebni za obavljanje životnih funkcija.

Tanko crijevo sastoji se od tri dijela: dvanaesnika (duodenuma) u njega se ulijevaju probavni sokovi jetre i gušterače, jejunuma u kojem se dovršava razgradnja hrane i ileuma u kojem se razgrađeni sastojci hrane upijaju u krv.

- **DEBELO CRIJEVO**

Sastoji se od uzlaznog, poprječnog i silaznog dijela i slijepog crijeva. Debelo crijevo upija vodu i preostale korisne sastojke poput vitamina, te oblikuje izmet koji kroz izmetni otvor izlazi iz tijela. U debelom crijevu žive razne bakterije, tzv. crijevna mikroflora, čiji sastav značajno utječe na naše zdravlje. Crijevna mikroflora sadrži tzv. "dobre" i "loše" bakterije, a upravo ravnoteža između njih je važna za održavanje zdravlja. Loše životne i prehrambene navike, različite bolesti i okolina mogu poremetiti tu važnu ravnotežu. Ako je ona poremećena u korist „loših“ bakterija, javljaju se problemi s imunitetom (otpornosti na bolesti), alergijama, upalama, kožom, radom probave – poremećena iskoristivost hranjivih tvari, upalama mokraćnog i dišnog sustava, bolova u mišićima, kroničnog umora itd. U cilju održavanja zdrave crijevne mikroflore možemo pomoći svakodnevnim unosom „dobrih“ bakterija – probiotika. Probiotici su živi mikroorganizmi koji se koriste u preradi i konzerviranju hrane. Primjerice, probiotičke kulture koriste se u tradicionalnoj pripremi fermentiranih mliječnih proizvoda poput jogurta, kefira, različitih fermentiranih mliječnih proizvoda, sira, fermentiranih proizvoda od soje, stoga su navedene fermentirane namirnice vrijedni izvori „dobrih“ bakterija. Iako danas možemo u ljekarnama kupiti različite probiotičke kulture (bakterije u suhom, smrznutom obliku) u obliku prašaka, kapsula, tableta, u tekućem obliku. Prema R.Živković (2002.) preporučljivo je svakodnevno konzumirati fermentirane mliječne proizvode jer se njima dobivaju i razne druge potrebne hranjive tvari, poput kalcija, bjelančevina i vitamina B skupine i D.

2.1. Osobitosti probavnog sustava kod djece

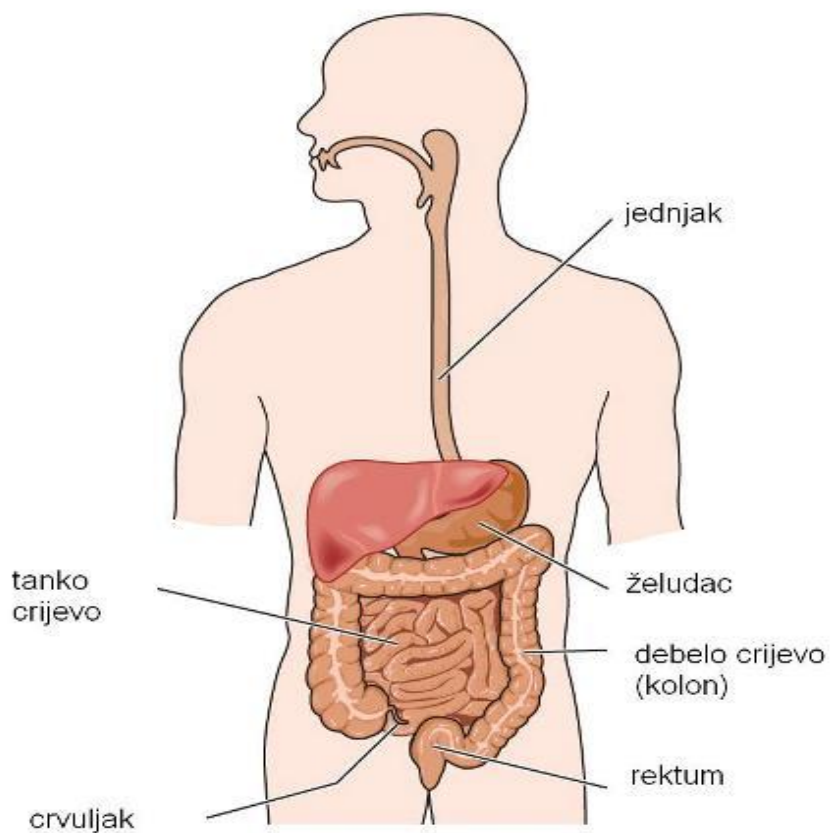
Do šestog tjedna života refleksi sisanja i gutanja su automatski te se postepeno razvija voljna kontrola (razvoj mišića i živaca).

Do petog mjeseca života normalna pojava je gastroezofagealni refluks i regurgitacija želučanog sadržaja zbog slabe koordinacije disanja i gutanja te slabe razvijenosti gastroezofagealnog sfinktera. (I.Malčić,R.Ilić 2009.)

U 12. mjesecu života dijete jezikom pomiče hranu prema zubima, uz kružne kretnje čeljusti, što pomaže usitnjavanju hrane kao što je meso. U ovoj dobi dijete može naučiti piti na slamku bez poteškoća. Inače, za vrijeme pijenja dijete dobro koordinira radnje sisanje-gutanje-disanje. U ovoj dobi djeca mogu jezikom čistiti prostor između desni i obraza i obično toleriraju sve teksture hrane, ali mogu pokazivati preferencije za neke namirnice. Sa 18 mjeseci dijete jezikom čisti gornju i donju usnu – "oblizuje se", uz kružno žvakanje i micanje čeljusti. To znači "zrelo gutanje" koje se razvija u potpunosti do treće godine. Želudac je do druge godine života u vodoravnom položaju i okruglog je oblika. Kapacitet želuca kod djeteta koje je staro mjesec dana je 200 ml, a do kraja adolescencije 2000-3000 ml. Kod novorođenčeta vrijeme pražnjena želuca je između 2 do 3 sata. Dok je kod djeteta starog jedan do dva mjeseca vrijeme pražnjena želuca 3 do 6 sati.(D.Korać 1982.) Želučani sok je alkalni odnosno lužnat po porodu, ali već se drugog dana normalizira. Žlijezde želuca kod djece nisu do kraja razvijene stoga želučani sok sadrži niske koncentracije želučane kiseline zbog koje se povećava osjetljivost na gastrointestinalne infekcije.

Jetra je relativno velika, funkcionalno nezrela do otprilike prve godine života. Povećana jetra kod djeteta smatra se fiziološkom normom. Relativna veličina ovog organa kod djece ispod 7 godina je znatno veća nego kod odraslih osoba. To je zbog osobitosti metabolizma kod djece, u vezi s kojima jetra ima posebno opterećenje.

Gušterača ima slabiju enzimatsku aktivnost. Amilaze su niske te je zbog toga slabija razgradnja škroba te se ne preporučaju žitarice do 4-6 mjeseca života jer se mogu javiti meteorizam i proljev. Također i niske su lipaze. (R.Živković 2002.)



Slika 1 Probavni sustav čovjeka

preuzeto sa <https://sites.google.com/site/probavnisustav1/>

3. AKUTNI POREMEĆAJI PREHRANE

3.1. Proljev

Proljev ili dijareja je pojava prebrze evakuacije jedne ili više vodenastih ili kašastih stolica na dan. Prema I.Malčić, R.Ilić i Z.Stopić (2005.) Svjetska zdravstvena organizacija definira akutni proljev kao 3 i više obilnih ili tekućih stolica na dan odnosno ukoliko majka smatra da učestalost i konzistencija stolica nisu uobičajeni. Akutni proljev jedna je od najčešćih dječjih bolesti. Djeca u dobi od 2 do 3 godine imaju 2 do 3 epizode proljeva godišnje, a ona koja pohađaju vrtić dvostruko više. Akutni proljev traje do 7 dana. Najčešći uzročnici proljeva u djece jesu virusi. Na prvom mjestu su rotavirusi, s pretežnim javljanjem u djece od trećeg mjeseca do druge godine života. Do pete godine života gotovo svako dijete bude zaraženo. (D.Mardešić i suradnici,2009.) Moguće su ponovljene infekcije rotavirusom, a svaka sljedeća obično je blaža i kraćeg trajanja. Prema težini proljev se dijeli na tri stupnja: blagi proljev, umjereni i teški proljev. Kod blagog proljeva broj stolica može narasti na 5-6 , ali bez znakova dehidracije. Umjereni proljev bolesnik ima nekoliko vodenastih stolica na dan i dehidracija je blaga. Kod teškog proljeva broj stolica je velik i može iznositi čak 10-15 stolica ili više. Kod teškog proljeva postoji jasna dehidracija a često i poremećaj svijesti.(D.Korać, 1982.) Etiologija proljeva se dijeli na infektioške proljeve čiji su uzročnici bakterije, virusi ili paraziti. I neinfektioške proljeve čiji su uzročnici neinfektivne bolesti crijeva te kirurške bolesti abdomena (apendicitis). Također uzrok proljeva može biti alergija na tvari koje se unose u probavnu cijev (hrana i lijekovi) i otrovanje vanjskim otrovima (hranom, pićem i lijekovima). Akutni proljev može početi postupno ili naglo. Popratni simptomi proljeva mogu biti povišena tjelesna temperatura, tenezmi i meteorizam, bol u trbuhu, gubitak apetita, razdražljivost, plačljivost. U stolici se mogu pronaći primjese krvi ili sluzi. (I.Kuzman, S.Schonwals, 2000.) Također popratna pojava uz proljev je i dehidracija. Pa je jako važna nadoknada tekućine. Bitno je utvrditi dali se radi od infektioškom proljevu te početi primjenu antibiotske terapije kako bi se uništio uzročnik proljeva ukoliko je to bakterija. Neki od mogućih i najčešćih infektioških uzročnika su Escherichia coli koja je inače normalna flora u našem probavnom traktu, ali postoje neki patogeni sojevi koji se nalaze u zatvorenim dječjim ustanovama kao što su dječji odjeli ili jaslice. Salmonela je vrlo brojna skupina bakterija, ulaze u organizam domaćina oralnim putem, najčešće kontaminiranom hranom ili vodom. (I.Kuzman, S.Schonwals 2000.)

Prevenција pojave infekcije Salmonelom je kvalitetna termička obrada hrane pogotovo jaja i piletine te odvajanje sirovih namirnica od povrća, voća i termički obrađenih namirnica. (R.Živković 2002.)

Shigellae također bakterije koje su proširene diljem svijeta, uzročnik dizenterije te su odgovorne za 5 do 10% dijarealnih bolesti u nekim područjima. Prenose se fekalno-oralnim putem. Clostridium perfringens također epidemija trovanja hranom. Neki od virusnih uzročnika su rotavirus, adenovirus i enterovirus. Zbog velike zaraznosti i jednostavnog širenja rotavirus je čest uzročnik epidemija proljeva u vrtićima, a najčešće se zarazi cijela obitelj oboljelog djeteta. Rotavirus je mali virus koji se razmnožava u stanicama tankog crijeva, najčešće se javlja zimi. Kada se dovoljno razmnoži, stanica odumre i brojni se virusi ponovno otpuštaju u crijevo. Odumiranje stanica crijevnih stijenki sprječava probavljanje konzumirane hrane i apsorpciju vode. Probavni sustav brže se prazni zbog velikog volumena neprobavljene hrane i vode. Rezultat je vodenast i čest proljev, bolovi u trbuhu, groznica i – na samom početku infekcije – povraćanje. Glavni način prijenosa rotavirusa je fekalno-oralni put, što prvenstveno znači kontakt kontaminiranih ruku i usta, premda se virus može prenijeti i preko onečišćenih površina i predmeta kao što su igračke. (I.Kuzman, S.Schonwals 2000.) Prema I.Malčić, R.Ilić i Z.Stopić(2005) rotavirusom se do navršene pete godine zarazi čak 95 % djece te se čovjek može zaraziti više puta tijekom života. Ako proljev traje duže od 2 tjedna tada govorimo o kroničnom proljevu.

3.2. Povraćanje

Povraćanje ili vomitus je izbacivanje želučanog sadržaja kroz usta nakon nekoliko kontrakcija, potpomognutih kontrakcijom trbušnih mišića, uz zatvoren pilorus i otvoren donji sfinkter jednjaka. Povraćanje je jedan od izraženijih simptoma bolesti probavnog trakta, ali i nekih drugih ozbiljnih stanja. Često je znak ozbiljnog stanja, ali može biti i bezazleni simptom prejedanja u dojenčadi. (Danica Korać 1982.) Povraćanje je krajnji ishod niza zbivanja kojima upravlja centar za povraćanje u produljenoj moždini. Uzroci povraćanja mogu biti razni kao na primjer zbog nekakvih upalnih bolesti, trovanja hranom, upala gušterače ili jetre, nekakvih zaraznih bolesti, zbog poremećaja resorpcije hrane ili kao simptom nekih drugih bolesti. Simptomi koji prate povraćanje su mučnina, bol u trbuhu, moguća povišena tjelesna temperatura, proljev, vrtoglavica, malaksalost. Trebamo pratiti količinu, sadržaj, boju i miris povraćenog sadržaja. (I.Malčić, R.Ilić, Z.Stopić 2005.) Kod povraćanja povećana je mogućnost dehidracije te ona vrlo brzo nastupa pa je kod djece poželjno prekinut bilo kakvo davanje hrane ili tekućine na usta ako povraćanje ne možemo zaustaviti. Potrebno je pratiti iznos i unos tekućine te provoditi potrebnu nadoknadu ako je moguće enteralno. (I.Filipčić, I.Horvat, M.L.S 2020.) Povraćanje i proljev se vežu jedno na drugo, a zatim mogu dovest do dehidracije i hipovolemijškog šoka. Tip povraćanja: 1.Regurgitacija je povraćanje u kojem se izbljuvak cijedi iz usta bez naprezanja. 2.Eksplozivno, projektilno povraćanje ili povraćanje u mlazu u kojem se želučani sadržaj snažno izbacuje, često u luku i do 1 metra u daljinu. 3.Između dviju krajnosti, eksplozivnog povraćanja i regurgitacije, povraćanje u djece je obično umjerene snage. (D.Mardešić i suradnici 2009.) Važno je razlikovati povraćanje od regurgitacije. Povraćanje se odvija uz jak grč ošita i trbušne muskulature, a u regurgitaciji dolazi do vraćanja hrane u usta bez impulsivnog izbacivanja hrane. Treba obratiti pažnju na simptome koji su predhodili povraćanju, npr. glavobolja, vrtoglavica, zujanje u ušima ili mučnina.(B.Vrhovac i suradnici 2003.) Mučnina je osjećaj predstojećeg povraćanja i često je praćena autonomnim živčanim promjenama, poput ubrzanja frekvencije srca i pojačane salivacije. Mučnina i povraćanje se tipično zbivaju u slijedu; međutim, mogu se pojaviti nevezano jedno s drugim. Prema B.Vrhovac i suradnici (2003.) indikacije za hospitalizacijom djeteta su:

- nesigurnost u dijagnozu (stanje akutnog abdomena)
- neuspjelo ambulantno liječenje, potreba za intravenskom rehidracijom, poremećaj svijesti te nepoželjno socijalno stanje

3.3. Dehidracija

Dehidracija znači nedostatak odnosno smanjenu zalihi vode i elektrolita u organizmu. Uz svaku dehidraciju postoji smanjenje zalihe vode u organizmu, ali je u pravilu uvijek smanjena i zaliha elektrolita. (Duško Mardešić i suradnici 2009.) Dehidracija je kliničko stanje smanjenog volumena izvanstaničnog prostora, sa ili bez istovremenim smanjenjem ili relativnim povećanjem volumena staničnog prostora. Voda je neophodna za ljudski život. Udio vode kod novorođenčadi iznosi 80% tjelesne mase pa je nedostatak iste po život opasno stanje koje može dovesti do hipovolemijskog šoka, cirkulatornih smetnji u vitalnim organima. pa čak i do smrti. (B.Vrhovac i suradnici 2003.) Stoga klinički znaci mogu biti različiti, što uvelike ovisi o dobi djeteta, gubicima vode i elektrolita, koncentraciji elektrolita-posebice natrija u serumu. Prema N.Prlić (1997) dehidracija se dijeli na umjerenu, blagu i tešku dehidraciju. Određuje se na temelju gubitka tjelesne mase odnosno nedostatak vode u ml/kg tjelesne mase. Umjerena dehidracija označuje do 5% gubitka tjelesne mase simptomi koji ju prate su žeđ, suhi jezik i podočnjaci. Blaga dehidracija označuje 6-9% gubitka tjelesne mase prateći simptomi su halonirane oči, ušiljen nos, suha usta, oslabljen turgor i oligurija. Teška dehidracija označuje 10% i više gubitka tjelesne mase, a simptomi su hiperpneja, bljedilo, hladna koža, ubrzan jedva pipljiv puls, anurija, sopor, koma. Uzroci dehidracije najčešće su proljev, povraćanje, povećana tjelesna temperatura, povećana vanjska temperatura zraka, gladovanje, također se često javlja kod novorođenčadi i dojenčadi zbog nemogućnosti samostalnog uzimanja tekućine. Zato je jako bitno davati djeci tekućine pogotovo u ljetnim mjesecima te kada su bolesna ili prehladna. Prema B.Vrhovac i suradnici (2003.) najčešći simptomi dehidracije su bljedoća, žeđ, oslabljen turgor kože, suhe sluznice, halonirane oči- plavo ljubičasti podočnjaci i kapci, upala fontanela, oligurija, pospanost, snižen tlak, ubrzan slabo pipljiv puls, cijanoza, miris po acetonu. Normalne potrebe za vodom kod novorođenčeta je 60 ml/kg tjelesne težine. Potreba kod dojenčeta je 100-150 ml/kg tjelesne težine. (I.Malčić,R.Ilić. 2009.) Potrebno je spriječiti razvoj dehidracije ako se ona još nije pojavila, savjetuje se da roditelji, ali i vrtičke ustanove u svojoj ljekarni imaju ORS- oralnu rehidracijsku otopinu. Kod izrazitog povraćanja se prestaje s peroralnom nadoknadom i prelazi na parenteralnu. Indikacije za hospitalizacijom dehidriranog djeteta su gubitak svijesti, potreba za intravenoznom rehidracijom i nepoželjna socijalna situacija.

3.4. Opstipacija

Opstipacija (konstipacija, zatvor stolice) naziv je za otežanu defekaciju. Stolice su neredovite, suhe i tvrde, izbacuju se naprezanjem, a često i uz bol. Popratne tegobe opstipacije su bol u trbuhu, bol prilikom defekacije, pojava krvi na stolici ili papiru, prljanje rublja stolicom, smetnje mokrenja. Najveća učestalost tegoba obično je u dobi između 2 i 4 godine. (B.Vrhovac i suradnici 2003.) Prema D.Korać (1982.) u drugoj do četvrtoj godini života prosjek stolica je oko 1-2 na dan, a iza četvrte godine je obično jedna stolica u danu, ali može biti i svaki drugi dan. Kod opstipacije broj stolica je smanjen: jedna stolica svaki drugi, treći dan ili još rjeđe. Ipak opstipacija nije sinonim za defeciranje u duljim vremenskim intervalima. Dijete može imati stolicu svakog drugog ili trećeg dana, ali ako je izbačena fekalna masa normalne i mekane konzistencije, a defeciranje se obavi bez naprezanja tada ne govorimo o opstipaciji. Dijete može patiti od opstipacije iako defecira svakog ili svakog drugog dana, ako tiskanjem i naprezanjem izbacilo samo malo suhog i tvrdog fecesa, a veći dio ostane u rektumu. Prema Broz Lj, Budisavljević M, Franković S. (2005.) uzroci opstipacije dijele se na organske koji u podlozi imaju određeni patološki poremećaj (bolest) i funkcijske gdje ne nalazimo objektivni patološki razlog. Najčešći uzroci opstipacije kod djece su nepravilna prehrana ili promjene u jelovniku, akutna infekcija koju slijedi dehidracija i stvrdnjavanje stolice, fisura anusa, dugotrajna uporaba klizmi ili čepića, određeni lijekovi, prirođene anatomske anomalije i organske bolesti te psihogeni uzroci. Pogrešna prehrana odnosno nerazmjerno mnogo bjelanjčevina, a malo ugljikohidrata. Takva opstipacija se najčešće pojavi kod dojenčeta hranjenog mliječnom mješavinom bez dodatka šećera. Hrana bez celuloze i polisaharida također izaziva opstipaciju. Nedovoljan unos tekućine ili preveliki gubitak tekućine (dehidracija) jer se zbog prekomjerne apsorpcije vode u kolonu formiraju suhe i tvrde fekalne mase. (R.Živković 2002.) Kod fisure anusa defekacija je bolna pa izaziva spazam vanjskog analnog sfinktera te sprečava normalnu defekaciju. Ako se dugotrajno upotrebljavaju čepići i laksativi crijevo postane ovisno o medikamentima i neosjetljivo na fiziološke podražaje. Jedan od čestih uzroka opstipacije u predškolskog i školskog djeteta je voljno potiskivanje normalnog refleksa za defekaciju zbog nezgodnog mjesta za defekaciju i vremena za defekaciju npr. u igri, u školi, zbog stida ili zbog straha iz prethodnih bolnih defekacija. (M.D.Kovriginoj 1980.)

4. PROMATRANJE BOLESNOG DJETETA

Prema N.Prlić (1997.) promatranje je najvažniji dio uspješne i kvalitetne zdravstvene njege. Ono obuhvaća skupljanje podataka te primjećivanje nekih bitnih znakova ili simptoma. Uočavanje hitnih stanja, prepoznavanje problema i sprječavanje komplikacija.

Prikupljeni podaci služe za :

- pravilno procjenjivanje potreba za zdravstvenom njegom
- kvalitetno i uspješno provođenje zdravstvene njege
- unaprjeđenje izlječenja, olakšavanje zdravstvenih problema
- brz i kvalitetan oporavak sa što manjim posljedicama i komplikacijama

Kod promatranja potrebno je obratiti pozornost na vanjski izgled kože, sluznica, fontanela, položaj tijela. Kod djece je bitno promatrati neverbalne znakove i ponašanje kako bi utvrdili da li dijete nešto boli, zato što ono ne zna reći ako je malo. Bol je subjektivan osjećaj, ali moramo ga prepoznati na vrijeme i pravilno intervenirati. Promatrati izraz lica, pokrete, emocije. Cjelovito promatranje nazivamo holističkim pristupom odnosno svakom djetetu pristupamo individualno jer je svatko drugačija i jedinstvena osoba.(Broz Lj,Budisavljević M, Franković S. 2005.)

Osim samog promatranja odgajateljica mora pratiti i evidentirati dnevni unos i iznos tekućine, izlučevine (povraćani sadržaj, stolica, urin). Sve to je potrebno evidentirati u svu potrebnu medicinsku dokumentaciju.

Važno je zapaziti bilo kakve bitnije promjene te što prije o tome obavijestiti zdravstvenog voditelja, roditelje i dokumentirati.

5. LIJEČENJE

- **PROLJEV**

Ako je uzrok proljeva infektivnog tipa tada se proljev liječi medikamentoznom terapijom. Bitno je prvo otkloniti uzročnika zbog kojega je nastao proljev. Opće liječenje se usmjerava na rehidraciju peroralno ili parenteralno preko infuzije. Kod dojenčadi i male djece se ne preporučuje primjena lijekova protiv proljeva. Kada dojenče ima proljev za svaku stolicu treba dati 50-100 ml oralne rehidracijske otopine, a djetetu nakon dvije godine života daje se 100-200 ml. Nekada je potrebna i simptomatska terapija kod koje se provode postupci za snižavanje temperature ili ublažavanje bolova.

- **POVRAĆANJE**

Liječenje se usmjerava na uzročnika. A zatim također kao i kod proljeva liječenje je usmjereno na rehidraciju kako dijete nebi dehidriralo ili ako je već dehidrirano sprječavamo komplikacije. Kada dijete povraća daje mu se svakih pet minuta 1-2 žličice mlake ili hladne tekućine (oralne rehidracijske otopine). Tijekom akutne faze povraćanja odnosno čestog povraćanja ne dajemo djetetu ništa na usta.

- **DEHIDRACIJA**

Najčešće se koristi ORS- rehidracijske otopine za peroralnu primjenu. Takve otopine sadrže elektrolite- K (kalij), Na (natrij), Cl (klor) i glukozu u točno određenim koncentracijama. Primjenjuju se male količine, ali često. Kod blage se dehidracije daje 50 ml/kg TT kroz 4 sata. Kod umjerene dehidracije se daje 100 ml/kg TT kroz 4 sata. Kod teške dehidracije treba se rehidrirati intravenski. Nakon 4 sata se dijete ponovno pregledava i ako još uvijek postoje znakovi dehidracije ponavlja se isti postupak. (V.Turk 1996.)

- **OPSTIPACIJA**

Liječenje se bazira na promjeni prehrane i uzimanju više tekućine. Povećati konzumiranje voća i povrća, jogurta i juha. Ako ne uspijeva sa prehranom onda korištenjem supozitorija (čepića), oralnih laksativa putem tableta i/ili sirupa (Portalak, Dulcolax) i u krajnjem slučaju putem klizme.

6. ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNOG DJETETA

Zdravstvena njega vrlo je važna za uspješnost u liječenju i sprječavanju neželjenih komplikacija. (N.Prlić 1997.) Odgajateljice su uz dijete 8-10 sati dnevno, te su one bitne u prepoznavanju nekih simptoma koji mogu biti životno ugrožavajući. Svaki problem treba što prije uočiti i reagirati te obavijestiti roditelja, zdravstvenog voditelja i dokumentirati. Potrebno je svakodnevno planirati i provoditi zdravstvenu njegu kako bi prevenirali pojavu akutnih poremećaja prehrane, ali i drugih bolesti. Edukacija roditelja ili skrbnika te djece ovisno o dobi o osobnoj higijeni i akutnim poremećajima prehrane, uzrocima, simptomima i znakovima. Edukacije se mogu provoditi kroz interaktivne radionice u kojima djeca mogu zajedno s roditeljima sudjelovati ili sami roditelji. Djecu najčešće učimo kroz igru tako da bi trebalo osmisliti aktivnosti kroz koje bi djeca usvojila osnovne informacije i poruke kojima ih želimo poučiti. Vrlo je bitno uključiti roditelje ili skrbnika u sve aktivnosti usmjerene prema djetetu te ih informirati o svemu vezano za njihovo dijete. (Jovančević M.,Knežević M.,Hotujac Lj. 2009.) Veoma je bitno provođenje osobne higijene. Potrebno je svakodnevno okupati dijete, presvući ga u čistu odjeću , čistu pelenu i čistu posteljinu. Kod djece koja boluju od akutnih poremećaja prehrane jako je bitna higijena perianalnog područja i njega usne šupljine. Važna je briga o mikroklimatskim uvjetima, potrebno je redovito provjetravati sobu, ali i paziti da je djetetu toplo i ugodno. Važno je brinuti o čistoći prostora, igračkama, pribora i svega s čime su djeca svakodnevno u doticaju. (M.D.Kovriginoj 1980.) Odgajateljica treba sprječavati širenje infekcija koliko god je to moguće. Pri svakom postupku sa tjelesnim tekućinama (npr. mijenjanje pelena) odgajateljica je dužna nositi zaštitna sredstva (rukavice, pregaču, masku) te prije i nakon toga obavljati pravilnu higijenu ruku. (I.Malčić,R.Ilić,J.Ivasić 2014.) Bitno je naglasiti i inzistirati da dijete ostane kod kuće za vrijeme manifestacije simptoma i bolesti, te je preporuka da se dijete priključi grupi tek nakon što 24 sata nije imao nikakve simptome bolesti. Takav pristup je posebno bitan kod infektivnih bolesti zbog sprječavanja širenja mikroorganizama (epidemije) među ostalom djecom.

7. OPIS SLUČAJA

Završila sam srednju školu za medicinske sestre Vinogradska u trajanju od 5 godina. U sklopu školovanja prošla sam razne odjele, razne bolnice i ustanove te sam se susrela sa raznim bolestima, simptomima, bolesnicima... Tako sam određeni dio svoje prakse u sklopu 5. odnosno zadnje godine srednjoškolskog obrazovanja (2017. godine) odrađivala u Klinici za dječje bolesti Zagreb (Klaićeva bolnica). U Klinici za dječje bolesti Zagreb prvi put sam se susrela s djetetom koje je bolovalo od akutnog poremećaja prehrane. I.F., tada četverogodišnjak, rođen 27. 01. 2013. s prebivalištem u Zagrebu, inače odličnog općeg stanja Dječak dolazi u pratnji roditelja zbog proljeva i povraćanja. Unazad 2 dana povećan broj kašastih i vodenastih stolica. Roditelji navode da je imao više od 20 vodenastih stolica, bez primjesa krvi i sluzi. Istodobno je povraćao želučani sadržaj. Roditelji ga dovode zbog pojave blago povećane tjelesne temperature 37,5 i zbog straha od pojave dehidracije. Dječak se prima na odjel za gastroenterologiju i poremećaje prehrane. Na šaku ruke postavljena je intravenska kanila te mu je uvedena intravenozna terapija nadoknade tekućine i elektrolita. Također je ordinirano mjerenje krvnog tlaka dva puta u smjeni, mjerenje tjelesne temperature i praćenje te evidentiranje na listu dnevnog unosa i iznosa tekućine. Uvedena je lagana, nemasna dijeta i oralna hidracija. Od pretraga i dijagnostičkih posupaka rađeni su većinom samo laboratorijske pretrage. Od krvnih pretraga učinjeno je kompletna krvna slika, acidobazni status, glukoza u krvi, elektroliti (Na, K, Ca, P, Mg) urea i kreatinin, sedimentacija, CRP, amilaze i lipaze, laktati, albumini, AST, ALT, bilirubin. Uzet je hemokult i uzorak stolice na Rotavirus, Adenovirus i Clostridium difficile te su se nalazi na Rotavirus pokazali pozitivni. Uzeta je urinokultura i biokemijska analiza urina. Od ostalih pretraga učinjen je UZV abdomena bez ikakvih abnormalnosti. Liječenje je isključivo bilo simptomatski zbog virusa kojeg nije moguće liječiti antibiotskom terapijom. Provodilo se spuštanje tjelesne temperature s antipireticima i mehaničkim metodama. Primjenjivala se infuzijska otopina i ORS kako bi se nadoknada tekućina i sprječila dehidracija. Provodila se lagana, ne masna dijeta. Drugi dan od prijema u bolnicu infuzija je izbačena s liste zbog popravka općeg stanja. Gastrointestinalne tegobe su se potpuno povukle nakon četvrtog dana hospitalizacije te je dječak otpušten kući. Roditelji su dobili upute za provođenje dijetalne prehrane kod kuće idućih 7 dana. Hospitalizacija u većini slučajeva nije potrebna ukoliko ne postoji visoki rizik od dehidracije. Vidimo iz primjera ovog slučaja da su se simptomi spontano povukli kao i sama bolest i da bolest nije trajala dugo te nije ostavila nikakve posljedice.

Drugi put kada sam se susrela s akutnim poremećajem prehrane dogodio se kada sam odrađivala dvotjednu stručno pedagošku praksu u sklopu 2.godine izvanrednog preddiplomskog studija ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja (2019.godine). Praksu sam odrađivala u dječjem vrtiću „Gajnice“ u srednjoj vrtićkoj skupini. Tada petogodišnja djevojčica M.V. dovedena je u vrtić ujutro u pratnji roditelja, po samom dolasku u grupu djevojčica je bila lošijeg raspoloženja, plačljiva, umorna, odbijala je doručak. Nakon dva sata od dolaska u vrtić djevojčica se počela žaliti na bolove u trbuhu te je povratila 2 puta i imala 3 proljevaste stolice. Odgajateljica je obavijestila zdravstvenu voditeljicu te je djevojčici izmjerena temperatura koja je bila u granicama normalne tjelesne temperature 36,8. Također odgajateljica je obavijestila roditelje koji nisu bili u mogućnosti izaći s posla pa su poslali baku da dođe po djevojčicu. Do dolaska bake djevojčicu su smjestili na krevetić u odvojeni dio sobe te je uz nju bila odgajateljica cijelo vrijeme. Djevojčici nisu davali nikakvu hranu, ali su joj cijelo vrijeme nudili vodu u malim količinama. Do dolaska bake djevojčica je imala još 3 puta stolicu, ali više nije povratila. Po dolasku bake odgajateljica je opisala baki što se dogodilo, koje simptome je djevojčica imala, što su sve poduzeli i preporučila je odlazak liječniku te ostanak djevojčice kod kuće nekoliko dana do potpunog nestanka svih simptoma. Baki je odgajateljica objasnila i savjetovala nadoknadu tekućine i upozorila na pojavu dehidracije te ju uputila u znakove koji predhode dehidraciji i ukazuju na nju. Prilikom odlaska liječniku djevojčici nije ustanovljen nikakav infektološki uzrok proljeva i povraćanja. Nakon 2 dana simptomi su se povukli i djevojčica se vratila u skupinu nakon 5 dana. U ovom slučaju uloga odgajateljice je bila briga i zdravstvena njega za dijete do dolaska bake, prepoznavanje simptoma, sprječavanje nastanka dehidracije, obavješćavanje zdravstvene voditeljice i roditelja, dokumentiranje događaja i edukacija bake o daljnim postupcima.

7.1 Intervencije odgajateljice u provođenju zdravstvene njege djeteta s akutnim proljevom

- obavijestiti zdravstvenog voditelja i roditelja
- osigurati privatnost i ne ostavljati dijete samo
- promatrati dijete
- provoditi potrebnu rehidraciju
- mjeriti vitalne znakove
- provoditi propisanu dijetu
- pojačano provođenje higijene perianalne regije
- pratiti i dokumentirati unos i iznos tekućine
- pratiti izgled, konzistenciju, boju, miris i broj stolica te dokumentirati
- dokumentirati sve provedene postupke (mjenjanje pelena)

7.2 Intervencije odgajateljice u provođenju zdravstvene njege djeteta koje povraća

- obavijestiti zdravstvenog voditelja i roditelje
- osigurati mu bubrežastu posudu kako bi u nju mogao povraćati
- mjeriti vitalne funkcije
- pratiti broj, boju, izgled, miris povraćanog sadržaja te dokumentirati
- provoditi rehidraciju
- pratiti vanjski izgled djeteta jer može doći do nesvjestice, vrtoglavice, slabosti zbog dehidracije
- utopli dijete i smjestiti ga u siguran i udoban položaj
- osigurati djetetu privatnost i ne ostavljati ga samog
- provoditi njegu usne šupljine

(M.D.Kovriginoj 1980.)

7.3 Intervencije odgajateljice u provođenju zdravstvene njege dehidriranog djeteta

- obavijestiti zdravstvenog voditelja i roditelje
- promatrati i na vrijeme primjetiti znakove dehidracije
- provoditi rehidraciju
- provoditi pojačanu njegu usne šupljine
- provoditi evidenciju dnevnog unosa i iznosa tekućine
- mjeriti i evidentirati vitalne funkcije
- ako dijete smije uzimati tekućinu na usta stalno ga poticati i nuditi mu vodu ili čaj

7.4 Intervencije odgajateljice u provođenju zdravstvene njege opstipiranog djeteta

- obavijestiti zdravstvenog voditelja i roditelje
- poticanje djeteta da pije tekućinu (vodu i/ili čaj)
- uvođenje prehrane bogate biljnim vlaknima
- poticanje na konzumaciju voća, povrća, juha, kompota i jogurta
- primjena supozitorija odnosno čepića
- poticanje djeteta na fizičku aktivnost, laganu tjelovježbu
- dokumentirati kada je dijete imalo stolicu
- pratiti izgled stolice
- edukacija roditelja i djeteta o važnosti pravilne prehrane
- provođenje higijene

(M.D.Kovriginoj 1980.)

8. PREHRANA BOLESNOG DJETETA

Prema R.Živković (2002.) kod akutnih poremećaja prehrane način hranjenja ovisi o stanju i dobi djeteta. Djeca koja se hrane na usta trebala bi jesti češće obroke, ali u malim količinama. Djeca se trebaju hraniti primjereno njihovoj dobi te početi jesti na usta čim prestanu povraćati i kada su rehidrirana. Tekućinu na usta treba ponuditi čim stane povraćanje i treba izbjeći gladovanje. Potrebno je izbjegavati zaslađena i gazirana pića, najbolje je nuditi vodu i ne zaslađeni čaj. Dojenčad treba nastaviti dojiti ili prehranjivati mliječnim pripravkom. Treba ograničiti unos laktoze jer je kod proljeva oštećena crijevna sluznica u kojoj se nalazi enzim laktaza odgovoran za probavu laktoze. Dojenčetu na umjetnoj prehrani treba jedan ili dva obroka zamijeniti npr. juhom od mrkve, kašom od jabuka ili banana, a nakon toga nastaviti hraniti mlijekom koje je dijete dobivalo prije oboljenja.

Povratak na normalnu prehranu je postupan, ali brz. Treba koristiti laganu, nemasnu prehranu odnosno dijete s postupnim uvođenjem masnije hrane. Trebalo bi započeti sa čajem i dvopekrom zatim prijeći na juhu. Starija djeca mogu jesti uobičajenu hranu, uz napomenu da prve dane ne jedu sirovo voće i povrće, osim banana i jabuka, ni veće količine masti. Dopušteno je kuhano meso, najbolji izbor bi bio pileća prsa, kuhani krumpir, kuhana riža. Ne bi trebalo odmah početi s pečenom hranom u ulju, začinjenu hranom i suhomesnatim proizvodima koji su kod opstipacije uvelike štetni. Trebalo bi piti što više tekućine najbolje nezaslađeni čaj i/ili vodu. Slatkiše bi trebalo izbjegavati par dana isto kao i gazirane i zaslađene sokove. (R.Živković 2002.)

Kod opstipacije bi trebalo uvesti novu prehranu s više voća i povrća, biljnih vlakana, jogurta, kompota i juha. Potrebno je piti puno tekućine, najbolje vodu i čaj. Možemo koristiti neke prirodne laksative npr. suhe šljive i smokve, Senin čaj. Također možemo koristiti prirodne probiotike iz jogurta, kefir, acidofilnog mlijeka. Trebalo bi izbjegavati suhomesnate proizvode i namirnice koje stvaraju opstipaciju. Uz prehranu kod opstipacije je veoma važna fizička aktivnost ili lagana tjeleježba kako bi potaknula prirodnu peristaltiku crijeva. (R.Živković 2002.)

Potrebno je dati pisanu uputu šta dijete smije jesti, a što ne. Trebalo bi i isplanirati primjer jelovnika za slijedećih 3 do 5 dana i postupno uvoditi „normalnu“ prehranu.

9. ZDRAVSTVENI ODGOJ DJECE I RODITELJA

Zdravstveni odgoj je vrlo bitna aktivnost koju odgajateljica provodi. Ako se edukacija ne provede ili ako nije kvalitetno provedena može doći do recidiva, pogoršanja ili pojave neke druge bolesti i komplikacija zbog neznanja i ne upućenosti u bolest, simptome, način života, pravilnoj prehrani. Ako se radi o bebi ili djetetu koje ne priča educirati ćemo posebno roditelje kako bi znali što dijete kod kuće smije, a što ne.

Odgajateljica mora educirati roditelje ili skrbnike o bolesti, simptomima, načinu života, provođenju osobne higijene, praćenju redovitosti stolice, pomoći pri opstipaciji, pridržavanju propisane prehrane. Kod akutnih poremećaja prehrane naglasak se stavlja na higijenu i prehranu. Također treba poučiti znakove dehidracije i hitnih stanja.

Obitelj je važno educirati o pravilnom pristupu djetetu, smirenoj komunikaciji, izbjegavanju tenzije, stresova i sukoba u odnosima te ih podučiti kućnoj skrbi za dijete. Obitelj također treba uputiti koje su sve moguće komplikacije te kako ih spriječiti i što napraviti ako do njih dođe. Stvoriti povjerenje između roditelja i odgajatelja, odgajatelja i djeteta te djeteta i roditelja. Osobito je važno roditelje podučiti o mjerama sprječavanja dehidracije te o pravilnoj oralnoj rehidraciji. (Jovančević M., Knežević M., Hotujac Lj. 2009.)

Djecu je važno educirati i trebaju steći naviku pranja ruku prije jela, nakon obavljanja nužde, nakon igranja u prirodi ili dolaska u kuću ili vrtić. Najbolja prevencija proljeva u dojenačke djece je dojenje. Dijete treba dobiti osjećaj sigurnosti i obratiti se roditelju ili odgajatelju ako primjeti bilo kakve simptome akutnog poremećaja prehrane. Za malu djecu se mogu napraviti skale za bol pomoću 3-4 emotikona koji izražavaju emociju pomoću lica te pitati dijete da označi emotikon koji prikazuje trenutno stanje djeteta, jednostavniji način je zamoliti dijete da od 1 do 5 ocijeni koliko ga boli. Postoji i skala boli izražena u bojama crvena-jaka bol, plava-nema boli. (N. Skitarelić i suradnici 2018.)

Uz savjetovanje i razgovor roditeljima je potrebno dati i pisane upute. Moguće je napraviti zajedničku edukativnu radionicu gdje će prisutni biti i roditelji i djeca (predškolska skupina). Mogu se izraditi razni poticaji za aktivnosti u kojima bi se usvojila osnovna znanja i informacije vezane za održavanje osobne higijene, pranje ruku, širenje infekcije dodirrom.

10. POPRATNI SIMPTOMI I ULOGA ODGAJATELJA

- **Akutna bol**
 - Prepoznati znakove boli
 - Izmjeriti vitalne funkcije
 - Ublažiti bol na način kako je dijete naučeno
 - Ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol
 - Primijeniti ne farmakološke postupke ublažavanja bolova
 - Odvrćati pažnju od boli
 - Obavijestiti zdravstvenog voditelja i roditelje o boli
 - Ponovno procjenjivati bol
 - Dokumentirati djetetovu procjenu boli na skali boli

- **Mučnina**
 - Obavijestiti zdravstvenog voditelja i roditelja
 - Ne davati ništa na usta
 - Pomoći djetetu da zauzme položaj koji mu odgovara i koji mu je udoban
 - Donijeti mu bubrežastu posudu u slučaju da povraća
 - Otkloniti štetne čimbenike koji potiču mučninu
 - Prozračiti prostoriju kako bi bio svjež zrak
 - Odvrćati pažnju od mučnine

- **Povišena tjelesna temperatura**
 - Mjeriti vitalne znakove, učestalo tjelesnu temperaturu
 - Nadoknada tekućine
 - Biti uz dijete i promatrati
 - Dokumentirati sve izmjerene vrijednosti
 - Obavijestiti zdravstvenog voditelja i roditelja
 - Primjenjivati mehaničke metode (obloge, kupku, razodijevanje, preznojanje)
 - Voditi pojačanu higijenu zbog povećanog znojenja
 - Toaleta usne šupljine zbog isušene sluznice

- **Visoki rizik za dehidraciju**
 - Pratiti i promatrati dijete
 - Primijetiti i evidentirati znakove dehidracije
 - Pravilno izvoditi hidraciju
 - Nuditi tekućinu često po malo
 - Mjeriti vitalne funkcije
 - Osigurati odgovarajući položaj i okruženje za odmaranje

(N.Skitarelić,N.Skitarelić,M.Matek,Šarić 2018.)

11. ZAKLJUČAK

Akutni poremećaji prehrane su vodeći problem u svijetu. Čovjekov način života i njegove životne navike doprinose razvitku nekog od ovih poremećaja. Stoga mogu reći da odgajatelji, roditelji i samo dijete uvelike može utjecati i smanjiti pojavu ovakvih poremećaja. Crijevne virusne infekcije vrlo su zarazne, zato je važno održavati dobru higijenu. Pranje ruku najučinkovitija je prevencija širenja crijevne infekcije, ali i drugih infekcija. Vodite računa da dijete dobro opere područje između prstiju i ispod noktiju. U djece se ne preporučuje upotreba alkoholnih antiseptika za dezinfekciju ruku zbog isušivanja. Ukoliko dijete ima proljev, povraćanje i/ili vrućicu, važno je da ne pohađa vrtić ili školu kako se infekcija ne bi širila. Povratak u kolektiv preporučuje se 24 sata nakon prestanka smetnji. Uloga odgajateljice koje educiraju roditelje i djecu, da znaju na vrijeme prepoznati najranije znakove i simptome akutnih poremećaja prehrane. Bitno je osvijestiti ljude koliko je važno provoditi osobnu higijenu, higijenu prostora u kojem boravimo, način pripremanja i odnošenja prema hrani i piću. Ako se ruke peru pravilno i redovito prekida se Vogralikov lanac te se mikroorganizmi neće moći nastaniti u čovjekov organizam te neće izazvati proljev i povraćanje. Što uvelike doprinosi smanjenom riziku za dehidraciju. Kako bi prevenirali opstipaciju također je bitna odgajateljica edukator koja poučava o pravilnoj i zdravoj prehrani te zdravom načinu života. Ako se pridržavamo tih savjeta i uvažavamo ih uveliko ćemo izbjeći akutne poremećaje prehrane. Zadaća odgajatelja je da sve savjete i svo znanje što uspješnije prenese na populaciju. Odgajateljica mora biti jasna, razumljiva, objasniti sve što nije jasno tako da sam zaključila da je to jedan vrlo odgovoran i zahtjevan posao, koji zahtjeva puno znanja, strpljenja, razumijevanja, empatije, poštovanja i cjeloživotno učenje. Biti odgojiteljica znači biti odgovorna za svako pojedino dijete. Iz tih razloga veoma je bitan zdravstveni odnosno sanitarni pregled osoba koje obavljaju poslove, odnosno sudjeluju u obavljanju poslova smještaja, njege i odgoja dojenčadi i predškolske djece. Takav pregled obavlja se jednom godišnje.

12. LITERATURA

I. Knjige

1. Broz Lj, Budisavljević M, Franković S. (2005). *Zdravstvena njega 3*, Zagreb: Školska knjiga
2. I. Filipčić, I.Horvat, M.L.S. (2020). *Zdravstvena njega bolesnog djeteta i adolescenta*, Zagreb: Medicinska naklada
3. Jovančević M., Knežević M., Hotujac Lj. (2009.) *Pružanje pomoći obiteljima s malom djecom u kriznim situacijama*, Zagreb: Medicinska naklada
4. Danica Korać (1982). *Pedijatrija*, Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga
5. M.D. Kovriginoj (1980). *Sestra odgajateljica u jaslicama i dječjem vrtiću, Priručnik za njegu i odgoj djeteta do treće godine života*, Zagreb: Školska knjiga
6. I.Kuzman, S.Schönwals (2000). *Infektologija za medicinske škole*, Zagreb : Medicinska naklada
7. Prof.dr.sc. Duško Mardešić i suradnici (2009). *Pedijatrija*, Zagreb: Školska knjiga
8. Ivan Malčić, Ružica Ilić, Z.Stopić (2005). *Pedijatrija*, Zagreb: Školska knjiga
9. Ivan Malčić, Ružica Ilić (2009). *Pedijatrija sa zdravstvenom negom djeteta*, Zagreb: Školska knjiga
10. Ivan Malčić, Ružica Ilić, Jasna Ivasić (2014). *Zdravstvena njega zdravog djeteta i adolescenta*, Zagreb: Školska knjiga
11. Prlić,N. (1997). *Zdravstvena njega*, Zagreb: Školska knjiga
12. Nataša Skitarelić, Neven Skitarelić, Marijana Matek Šarić (2018). *Zaštita zdravlja dojenčadi i predškolske djece*. Zadar: Sveučilište u Zadru, Odjel za zdravstvene studije
13. V.Turuk, prof. (1996) *Zdravstvena njega djeteta*, Zagreb:Visoka zdravstvena škola
14. B.Vrhovac i suradnici (2003.) *Interna medicina*, Zagreb: Naklada Ljevak
15. R.Živković (2002.) *Dijetetika*, Zagreb: Medicinska naklada

II. Elektronički izvor informacija

16. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-simptomi/proljev-u-djece> (Posjećeno 18.08.2020.)
17. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-simptomi/mucinina-i-povracanje-u-dojencadi-i-djece> (Posjećeno 18.08.2020.)
18. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-simptomi/opstipacija-u-djece> (Posjećeno 22.08.2020.)
19. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/pedijatrija/dehidracija-i-lijecenje-tekucinom/dehidracija> (Posjećeno 20.08.2020.)
20. https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=13483 (Posjećeno 22.08.2020.) (4-5 strana)

Prilog 1. Izjava o samostalnoj izradi završnog rada

Izjavljujem da je moj završni rad izvorni rezultat mojeg rada te da se u izradi istoga nisam koristila drugim izvorima osim onih koji su u njemu navedeni.

(vlastoručni potpis studenta)