

Poremećaji prehrane kod djece predškolske dobi

Volarić, Kristina

Master's thesis / Diplomski 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:147:895934>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-10**

Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

**KRISTINA VOLARIĆ
DIPLOMSKI RAD**

**POREMEĆAJI PREHRANE KOD DJECE
PREDŠKOLSKE DOBI**

Zagreb, rujan 2020.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

DIPLOMSKI RAD

KANDIDAT: Kristina Volarić

TEMA I NASLOV DIPLOMSKOG RADA: **Poremećaji prehrane kod djece predškolske dobi**

MENTORICA: prof. dr. sc. Maša Malenica, dr. med. pedijatar

Zagreb, rujan 2020.

SADRŽAJ

1. UVOD	3
2. KLASIFIKACIJA I DEFINICIJA POREMEĆAJA HRANJENJA	4
2.1. OPĆI I INDIVIDUALNI FAKTORI RIZIKA	5
3. UZROCI POREMEĆAJA	6
3.1. ZDRAVSTVENI PROBLEMI VEZANI UZ POREMEĆAJE PREHRANE	8
4. PREVENCIJA POREMEĆAJA	11
5. RAZVOJ I ODRŽAVANJE POREMEĆAJA HRANJENJA.....	14
5.1. BIOLOŠKI FAKTORI U NASTANKU POREMEĆAJA	15
5.2. PSIHOLOŠKI FAKTORI U NASTANKU POREMEĆAJA	15
5.3. SOCIJALNI FAKTORI U NASTANKU POREMEĆAJA.....	16
6. UTJECAJ DOJENJA NA POJAVU POREMEĆAJA HRANJENJA	17
7. VRSTE POREMEĆAJA PREHRANE KOD DJECE	19
7.1. ANOREKSIJA NERVOZA	20
7.2. PRETILOST	21
7.2.1. PREVENCIJA I LIJEČENJE PRETILOSTI KOD DJECE.....	23
7.2.2. SPECIFIČNOSTI DEBLJINE U PREDŠKOLSKOJ DOBI	24
7.3. POTHRANJENOST	25
7.3.1. TERAPIJA I LIJEČENJE POTHRANJENOSTI.....	26
7.4. DIJABETES.....	29
7.4.1. PREHRANA I TJELESNA AKTIVNOST DIJABETIČARA	32
7.5. ODBIJANJE HRANE	33
7.5.1. TERAPIJA KOD ODBIJANJA HRANE	35
7.5.2. SELEKTIVNO JEDENJE I SVEOBUHVAATNO ODBIJANJE HRANE.....	37
7.6. PIKA POREMEĆAJ.....	38
7.6.1. LIJEČENJE PIKA POREMEĆAJA.....	40
8. AKUTNI POREMEĆAJI PREHRANE KOD DJECE	41

8.1.	AKUTNI PROLJEV	42
8.1.1.	DEHIDRACIJA KOD AKUTNOG PROLJEVA	44
8.2.	POVRAĆANJE	45
8.2.1.	DEHIDRACIJA KOD POVRAĆANJA	46
9.	CILJEVI, PROBLEMI ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE	47
9.1.	CILJEVI ISTRAŽIVANJA	47
9.2.	PROBLEMI ISTRAŽIVANJA.....	47
9.3.	HIPOTEZE	47
10.	METODOLOGIJA	48
10.1.	UZORAK ISPITANIKA	48
10.2.	INSTRUMENTARIJ I NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA	49
11.	REZULTATI I RASPRAVA	49
12.	ZAKLJUČAK	53
13.	LITERATURA	56
14.	PRILOG	59

SAŽETAK

U današnje vrijeme sve je veći broj djece koja tijekom djetinjstva razviju neki oblik smetnje i poremećaja u prehrani. Uz genetske predispozicije, razvoj poremećaja ovisi i o djetetovoj okolini, odnosno roditeljevom stilu hranjenja djeteta. Mnogi roditelji nisu svjesni da određene metode koje koriste pri hranjenju, poput prisilnog hranjenja, nisu efikasne. Zbog toga i ovaj čimbenik uvjetuje razvoj teškoća kod hranjenja djeteta, koje na kraju vode razvoju poremećaja. Cilj ovog rada je dati pregled poremećaja koji se mogu javiti u ranom djetinjstvu, objasniti moguće uzroke nastanka, prevenciju poremećaja i metode liječenja istih. Najučestaliji poremećaji koji će biti objašnjeni su pretilost, pothranjenost, dijabetes, odbijanje hrane, pika poremećaj te anoreksija nervoza koja nije specifična za predškolsku dob, ali se simptomi te ozbiljne bolesti mogu početi razvijati već u toj dobi. Uz navedene, bit će opisani još i akutni poremećaji pod koje se ubrajaju akutni proljev, povraćanje i dehidracija kao posljedica ta dva poremećaja. Jako je važno kontinuirano pratiti rast i razvoj djeteta još od najranije dobi te na vrijeme reagirati na svaki simptom koji upućuje na teškoće vezane uz njegovu prehranu, kako bi spriječili razvoj nekog težeg poremećaja. Uz roditelje, u tome najvažniju ulogu imaju i odgojitelji te naravno liječnici koji će roditeljima dati savjete za prevenciju poremećaja i način hranjenja djeteta te će postaviti dijagnozu i odrediti metodu liječenja ukoliko se poremećaj već razvio.

Uz teorijski dio, provedeno je i istraživanje o samoprocjeni znanja i kompetencija odgojitelja o poremećajima prehrane kod djece predškolske dobi. Istraživanje je provedeno na uzorku od 108 ispitanika u obliku anketnog upitnika. Rezultati istraživanja pokazuju da odgojitelji ne poznaju dovoljno tematiku poremećaja prehrane kod djece te da je na studije za rani i predškolski odgoj i obrazovanje potrebno uvesti dodatne kolegije koji se bave poremećajima prehrane kod djece predškolske dobi, kao i češće provođenje edukacija za odgojitelje.

Ključne riječi: poremećaji prehrane, predškolsko dijete, pretilost, pothranjenost, akutni poremećaji

SUMMARY

Nowadays, a growing number of children develop some form of eating disorder during their childhood. Alongside genetic predispositions, the development of a disorder also depends on the child's environment, that is, the parent's style of feeding. A lot of parents are not aware that certain methods of feeding, such as forceful feeding, are not effective. This factor, therefore, also plays a role in effecting the development of difficulties in feeding, which in turn lead to the development of eating disorders. The goal of this study is to offer an overview of disorders that can arise in early childhood, and explain their possible causes, preventions, and methods of treatment. The most common disorders that will be analyzed include obesity, malnutrition, diabetes, food refusal, pica disorder, and anorexia nervosa, the latter being uncharacteristic for preschool age, however, the symptoms of which can start developing already at that age. Alongside these, we will describe acute disorders such as acute diarrhea, vomiting, and dehydration, which results from the two. It is extremely important to continuously monitor a child's growth and development from the earliest age, and to react on time on any sign of a symptom pointing to the difficulties related to their nutrition, in order to prevent the development of a more serious disorder. Alongside parents, the most important roles to that effect are performed by preschool teachers and, naturally, physicians, who will offer parents the advice concerning the prevention of disorders and ways of feeding, make a diagnosis and determine the method of treatment if a disorder has already developed.

Alongside the theoretical part, a study is included about preschool teachers' knowledge and competence self-assessment concerning eating disorders in early school children. The study was carried out on the sample of 108 participants in the form of a questionnaire. The results of the study indicate that preschool teachers are insufficiently familiarized with the subject of eating disorders in children, and that early and preschool education departments need to introduce additional courses dealing with eating disorders in preschool children, in addition to more frequent preschool teacher education events.

Key words: eating disorders, preschool child, obesity, malnutrition, acute disorders

1. UVOD

Poteškoće i poremećaji pri hranjenju jedan su od najčešćih problema u pedijatriji. Sve veći broj roditelja procjenjuje da njihovo dijete ne jede zadovoljavajuće i da ima određenih problema s hranjenjem. Poremećaji u prehrani prepoznati su 80-ih godina prošlog stoljeća i od tada znanstvenici ulažu napore kako bi sistematizirali i jednoznačno klasificirali tu heterogenu skupinu problema. U dojenačkoj dobi i djetinjstvu mogu se javiti poteškoće kod hranjenja, pri čemu dolazi do smetnji ili zastoja u razvoju procesa hranjenja. Te poteškoće ako se na vrijeme ne prepoznaju i ne liječe, rezultiraju poremećajima u prehrani. Simptomi su različiti; od raznih oblika odbijanja hrane, selektivnosti u odabiru namirnica do neprimjerenih oblika ponašanja za vrijeme obroka. Kolaček i sur. (2017) navode da poremećaji hranjenja u dojenačkoj dobi i djetinjstvu obuhvaćaju odbijanje hrane i selektivnost pri uzimanju hrane, regurgitaciju s prežvakavanjem ili bez prežvakavanja i konzumiranje nejestivih tvari. Postojanje poremećaja u prehrani rezultat su interakcije između bioloških, okolinskih i bihevioralnih čimbenika. Među navedenim čimbenicima posebno se ističu unutarnja regulacija apetita, urođeno i naučeno prihvaćanje hrane, temperament djeteta i strategije hranjenja kod roditelja. S obzirom na zadnji čimbenik – roditeljske strategije hranjenja, važno je sagledavati poteškoće hranjenja kao poteškoće u odnosu roditelja i djeteta, odnosno onoga koji hrani i onoga koji prima hranu. U mnogo slučajeva, metode koje roditelji koriste kako bi naveli dijete da pojede s tanjura, pokazale su se neučinkovitima. Hranjenje uz prisilu, primjena različitih distrakcija pri hranjenju ili nagovaranje djeteta da jede zdravu hranu, ne samo da ne rješavaju problem, već djeluju kontraproduktivno i štete odnosu između roditelja i djeteta. Jako je važno ozbiljno shvatiti probleme pri hranjenju djece dojenačke dobi i predškolske djece te ih na vrijeme prepoznati i liječiti kako bi se spriječilo daljnje napredovanje poremećaja i usporen rast i razvoj djeteta.

2. KLASIFIKACIJA I DEFINICIJA POREMEĆAJA HRANJENJA

Poremećaji hranjenja se ubrajaju u najčešće psihičke poremećaje i uzrokuju brojne tjelesne komplikacije koje naposljetku mogu dovesti do ranije smrti. Prema Costin (2010) to je bolest koja se očituje u različitim oblicima nezdrave prehrane i navici kontroliranja težine, koji postaju opsesivno-kompulzivne ili impulzivne prirode. „Poremećaji prehrane gotovo uvijek počinju kao dijetalna prehrana, ali ne tiču se samo hrane i težine.“ (Costin, 2010: 19) U tim slučajevima osobe pate od nedostatka samopouzdanja, depresivne su te anksiozne ili imaju neka druga psihološka stanja. Osim toga, može doći do različitih zdravstvenih komplikacija, od hipotermije i gubitka kose do ruptуре jednjaka. (Costin, 2010) Premda su takvi slučajevi raširen problem, kako u našoj zemlji, tako i u cijelom svijetu, o njima se još uvijek premalo zna. Negativna posljedica toga je da većina ljudi, čak i oni koji pate od tih poremećaja, nedovoljno znaju o tom problemu. Uobičajeno je mišljenje da su teški oblici poremećaja prehrane vezani uz adolescentnu fazu razvoja djeteta. Međutim, takvi poremećaji, u manjem broju slučajeva, javljaju se i u ranom djetinjstvu. Hranjenje je proces koji uključuje doživljaje vanjskog i unutrašnjeg svijeta i vezan je uz emocije i iskustva još od najranijeg razvoja. (Marčinko i sur., 2013) Problem poremećaja hranjenja pod utjecajem je kulturološkog i socijalnog čimbenika te je slijedom takvog pristupa moguće pokrenuti i odgovarajuće preventivne programe.¹Poremećaj hranjenja je prilično česta pojava kod djece, koja se obično pojavljuje od dojenja te je prisutna tijekom cijelog procesa razvoja s različitim uzrocima i načinom ekspresije. Kada nutritivne potrebe i unos nisu usklađeni, dolazi do poremećaja fiziološkog, psihološkog i socijalnog razvoja. Poremećaj hranjenja je problem prekomjernog unosa, odnosno smanjenog unosa hrane zbog kojeg su posebno zabrinuti roditelji. Svaki roditelj želi optimalni tjelesni rast svoga djeteta, za što je potrebno zdravlje i vitalnost djeteta. Takav optimalni razvoj djeteta ujedno znači potvrdu vrijednosti i uvjetuje kompetenciju roditelja. Naime, roditelji često imaju krive predodžbe o optimalnom razvoju svog djeteta pa ga pokušavaju ubrzati neadekvatnim hranidbenim postupcima i tada dolazi do poremećaja hranjenja.

¹<https://vitamini.hr/zdravlje-z/poremecaj-hranjenja/poremecaj-hranjenja-u-djece-sve-veci-problem-danasnjice-3146/>

S ciljem klasifikacije poremećaja hranjenja postoje mnoge podjele i teorije, koje se općenito dijele u tri skupine:²

- Deskriptivni, koji opisuju stanje prekomjernog ili premalog uzimanja hrane
- Uzročni ili etiološki, najčešće u dihotomnoj podjeli, organskog i neorganskog uzroka
- Multidimenzionalni, koji integriraju deskriptivni i uzročni pristup, posebno u smislu terapijskog postupka

2.1. OPĆI I INDIVIDUALNI FAKTORI RIZIKA

Opći faktori rizika odnose se na uvjete koji se u pravilu ne mogu promijeniti, a koji uglavnom povećavaju rizik za nastanak i razvoj poremećaja hranjenja. Nisu poznati razlozi zašto takvi poremećaji u puno većem broju pogađaju ženski, a manje muški rod. Pojedini autori smatraju da je razlog tomu puno veća učestalost provođenja dijeta kod ženskog spola. „Poznato je da dijeta osam puta povećava rizik za razvoj poremećaja hranjenja te da žene drže dijetu mnogo češće od muškaraca.“ (Dalle Grave, 2015: 31) Uzrok tomu je činjenica da je društveni pritisak promicanja mršavosti usmjeren najviše na žene, a one svoju vrijednost, u odnosu na muškarce, više temelje na fizičkom izgledu. Nije isključena mogućnost postojanja dosad nepoznatih genetskih i bioloških faktora koji su zaslužni za to da žene mnogo češće od muškaraca razvijaju poremećaj hranjenja. Drugi faktor koji je ključan za nastanak poremećaja je dijeta. Mnoga istraživanja dokazuju da osobe prvi put s dijetom započinju u adolescenciji. Također, istraživanja su zabilježila da izloženost medijima povećava rizik od nastanka poremećaja vezanog uz prehranu.

Individualni faktori rizika na specifičan način pogađaju osobe koje pritom razvijaju poremećaj hranjenja. „Podaci pokazuju da članovi obitelji osobe s poremećajem hranjenja imaju oko deset puta veći rizik za razvoj poremećaja u odnosu na one koji nisu pogođeni tim poremećajem.“ (Dalle Grave, 2015: 36) Sljedeći faktori prisutni u obitelji koji uzrokuju veći rizik od navedenog poremećaja su depresija, alkoholizam, opsesivno i perfekcionalističko ponašanje.

² <https://vitamini.hr/zdravlje-z/poremecaj-hranjenja/poremecaj-hranjenja-u-djece-sve-veci-problem-danasnjice-3146/>

3. UZROCI POREMEĆAJA

Prema Costin (2010) vjerovanje da su poremećaji prehrane pitanje kontrole pojednostavljuvanje je problema iako je kontrola važna. Osobe oboljele od poremećaja prehrane poput prejedanja vjeruju da nemaju kontrolu nad hranom. Nadalje, mediji imaju veliku ulogu u promicanju idealne slike ljudskog, osobito ženskog tijela. Suprotno vjerovanju kako je važnija unutarnja ljepota, mediji svakodnevno putem različitih članaka i fotografija u člancima izravno ili neizravno poručuju kako je ipak važnije kako izgledamo nego tko smo. Na televiziji se sve češće reklamiraju brojni pripravci za mršavljenje i savjeti kako držati razne dijete. Na pitanje pridonose li biološki čimbenici poremećajima prehrane, znanstvenici još ne mogu sa sigurnošću odgovoriti. „Neka od prvih istraživanja pokazivala su da neurotransmiteri³ serotonin i dopamin mogu igrati ulogu u anoreksiji i bulimiji, ali znanstvenici nisu posve sigurni kako tome pristupiti.“ (Costin, 2010: 75) Prema Costin (2010) druge biološke abnormalnosti koje bi mogle utjecati na razvoj ili održavanje poremećaja prehrane su sljedeće:

- Poremećaj endokrinog sustava koja utječe na apetit
- Problem pražnjenja želuca koji uzrokuje dulji osjećaj sitosti
- Problem tijela u prepoznavanju sitosti
- Manjak vitalnog nutrijenta poput cinka
- Danas je više istraživanja potrebno kako bi se utvrdili biološki doprinosi i njihov utjecaj na liječenje ili prevenciju poremećaja prehrane

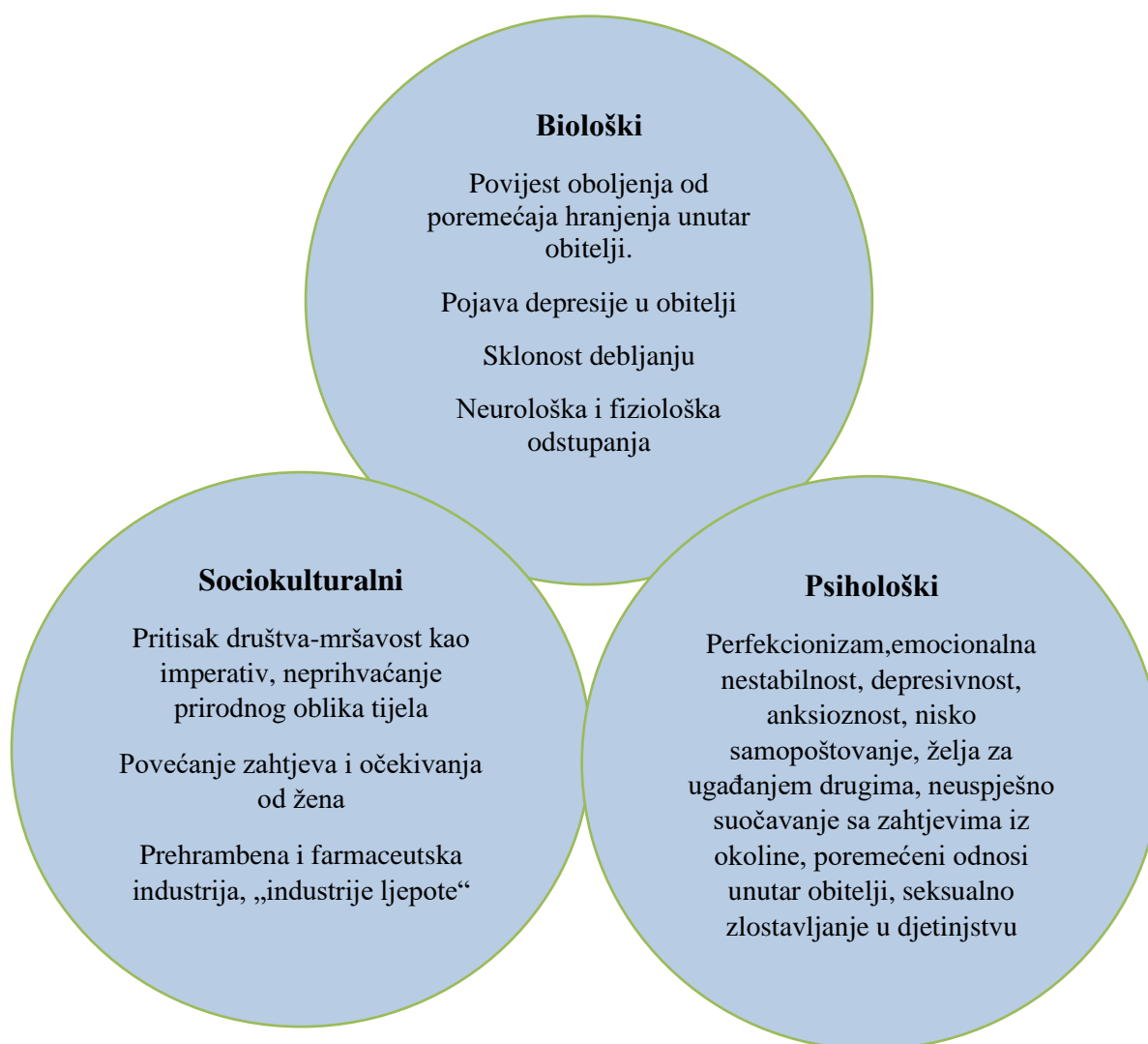
Sljedeći čimbenik rizika u razvoju poremećaja prehrane vjerojatno je genetika. Što je srodstvo bliže, to je rizik za obolijevanje veći pa je tako rod iz prvog koljena u najvećoj opasnosti od navedenog poremećaja. Mogući razlog može biti i taj da članovi obitelji slijede oblike ponašanja i stil života jedni od drugih. Međutim, važno je napomenuti da samo 5% do 10% ljudi koji boluju od poremećaja prehrane imaju blizak rod koji također pati od istog poremećaja. Još jedan od faktora koji uzrokuju češće obolijevanje je svakako nisko samopouzdanje ili samopouzdanje zasnovano na izgledu. Tome doprinosi i depresija ili tjeskoba od koje mnogi pacijenti boluju. Zadirivanje vršnjaka u vezi s težinom pogoduje razvoju poremećaja jer osoba pod svaku cijenu želi smršaviti s ciljem da se sviđa okolini. Isto tako, opaženo je da spolno zlostavljanje može uzrokovati poremećaje u hranjenju.

³ Neurotransmiteri su kemijski spojevi koji prenose, pojačavaju i oblikuju električne impulse između neurona.

Posljednja istraživanja pokazuju da spolno zlostavljanje, koje rezultira posttraumatskim stresnim poremećajem, jest čimbenik rizika u razvoju poremećaja prehrane s čišćenjem, primjerice bulimije ili anoreksije s prejedanjem/čišćenjem. (Costin, 2010) Ljudi koji pate od poremećaja prehrane, a bili su spolno zlostavljani u djetinjstvu, izloženi su većem riziku nastanka dodatnih poremećaja. U kontekstu poremećaja hranjenja često se spominje i perfekcionizam⁴. Kod oboljelih perfekcionizam se posebno očituje u odnosu prema hrani i tijelu. Prema tome, oboljeli obično sebi postavljaju nerealne standarde tjelesnog izgleda i mršavosti. Perfekcionizam može biti nasljedni faktor, ali pokazalo se da je isto tako povezan i s negativnim iskustvima u životu. Utvrđeno je da osobe s poremećajima u hranjenju koje su pretrpjele fizičko ili spolno zlostavljanje imaju izraženiji perfekcionizam od osoba bez takvog iskustva. Naposljetku, obiteljska situacija je isto tako važan faktor vezan za djetetovu predodžbu svojeg tijela pa tako i nastanak poremećaja. U zborniku Annual Review of Eating Disorders (2006) navodi se da kod djevojaka u predadolescenciji na nezadovoljstvo vlastitim tijelom više utječe inzistiranje obitelji na mršavosti nego pritisak vršnjaka ili medija. Utjecaj obitelji može biti izravan ili neizravan. Članovi takvih obitelji obično potiču djecu na razne dijete, pretjerano vježbanje i na gubitak težine, i pritom svakodnevno kontroliraju djetetovu težinu. Postoji istraživanje o povezanosti poremećaja prehrane i poremećaja privrženosti, a pokazuje da mnogi ljudi koji su patili od jednog poremećaja, isto tako su ranije u životu bolovali i od drugog. Zdravo samopoštovanje i snažan osjećaj samosvijesti čimbenici su koji se ne zasnivaju na izgledu nego na drugim elementima. Roditelji imaju glavnu ulogu u ugrađivanju spomenutih vrijednosti kod djece. Istraživanja su pokazala da je obiteljska terapija najučinkovitiji oblik liječenja za djecu i adolescente koji boluju od pojedinih poremećaja. To znači da obitelj zapravo ima najveći utjecaj, kako na razvoj, tako i na sprječavanje nastanka bolesti.

⁴ Perfekcionizam je težnja za nepogrešivošću, a perfekcionista su osobe koje žele biti savršene u svim područjima života.

Slika 1. Čimbenici povezani s nastankom poremećaja hranjenja



Izvor: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Edukativna%20bro%C5%A1ura.pdf> (17.06.2020.)

3.1. ZDRAVSTVENI PROBLEMI VEZANI UZ POREMEĆAJE PREHRANE

Liječnik ima ključnu ulogu u procesu liječenja oboljelih od poremećaja vezanih uz prehranu. Njegov je posao da isključi moguće medicinske uzroke poremećaja, postavi ispravnu dijagnozu te naposljetku omogućiti liječenje. Uloga liječnika je također važna u pružanju potpore ostatku tima za liječenje i glavni je sudionik u odlučivanju daljnjeg tijeka liječenja pacijenata. U takvim situacijama zdravstvene komplikacije koje se mogu javiti su raznovrsne te ljudi tada razvijaju različite simptome. S jedne strane izgladnjivanje ili loša prehrana uzrokuju jednu vrstu problema, a s druge strane kod metode čišćenja, poput

namjernog povraćanja, javljaju se drugi simptomi. Mogu se javiti i zdravstveni problemi zbog pretjeranog debljanja, što je povezano s poremećajem prejedanja. Postoji mnogo zdravstvenih komplikacija koje se često opažaju kod osoba oboljelih od poremećaja prehrane.

Refluks kiseline

To je česta pojava poremećaja prehrane, posebno je prisutna kod bulimije. Mišić koji inače kontrolira vraćanje želučane kiseline u jednjak, postaje nefunkcionalan pa se djelomično probavljene namirnice u želucu vraćaju u jednjak. Kod težeg oblika refluksa, hrana se automatski izbacuje i tada je potrebno odmah zatražiti liječničku pomoć. Trajni refluks može uzrokovati ozbiljno stanje koje se zove Barrettov jednjak, što na kraju može izazvati rak. (Costin, 2010)

Amenoreja (gubitak menstrualnog ciklusa)

Zbog nepravilne prehrane dolazi do nedovoljne razine hormona i ono u dosta slučajeva uzrokuje gubitak težine i tjelesnih masnoća. Kombinacija svega toga dovodi do izostanka menstruacije i smanjene gustoće kosti.

Smanjena mineralna gustoća kosti

Stanjivanje kostiju jedna je od najozbiljnijih posljedica poremećaja prehrane, a posebno je česta kod osoba koje boluju od anoreksije. Pri takvom stanju kosti gube gustoću i dolazi do osteopenije (smanjene gustoće kosti), ili osteoporoze, što je teži oblik bolesti jer su kosti tada sklone čestim lomovima.

Kardiovaskularni problemi

U ovu skupinu se ubrajaju usporen ili nepravilan rad srca, aritmija, angina pectoris te srčani udar. Mnogi čimbenici vezani uz poremećaje prehrane uzrokuju srčane tegobe. Jedan od najčešćih uzroka smrti kod osoba koje boluju od anoreksije je iznenadan srčani zastoj. Prema Costin (2010) neravnoteža elektrolita (posebice nedostatak kalija), dehidracija, nizak krvni tlak, ekstremna ortostatska hipotenzija⁵ i nenormalno usporen rad srca mogu uzrokovati ozbiljne srčane tegobe. Nadalje, prekomjerna težina isto tako izaziva visok krvni tlak, nakupljanje masnog tkiva oko srčanog mišića i visoku razinu kolesterola, što uzrokuje srčane probleme.

⁵ Ortostatska hipotenzija je nenadani pad krvnog tlaka pri ustajanju.

Dehidracija

Do dehidracije dolazi kada su smanjene tjelesne tekućine zbog povraćanja, primjene laksativa ili diuretika ili jednostavno radi neuzimanja potrebne količine tekućine. Može je uzrokovati i nedovoljan unos ugljikohidrata i masnoća. Neki od simptoma su vrtoglavica, opća slabost i tamna boja urina, a u težim slučajevima može doći do zastoja bubrega ili srca, epileptičkog napadaja, oštećenja mozga pa na kraju i do smrti.

Oštećenja na zubima i koži

Želučana kiselina pri povraćanju može uzrokovati eroziju zubne cakline, propadanje zuba i bolest desni. Boja zubi se mijenja od bijele do smeđe ili sive. Nestanak kalcija u zubima uzrokuju nedostatak vitamina D i kalcija, kao i neravnoteža hormona. „Druge oralne komplikacije koje se povezuju s učestalim i dugim provociranjima povraćanja su karijes, gingivitis, angularna keilozna (stomatitis u kutovima usana).“ (Dalle Grave, 2015: 80) Na dermatološkoj razini se javljaju sljedeći znakovi: žuto-narančasta boja dlanova i tabana, dlakavost, gubitak kose, suha i ljuskava koža te crveni i hladni ekstremiteti ruku i nogu.

Probavne smetnje

Zbog nedostatka probavnih enzima tijelo nije sposobno za pravilnu probavu hrane niti za apsorpiranje hranjivih tvari. Takvo stanje može uzrokovati pothranjenost i neravnotežu elektrolita. Javlja se zakašnjelo pražnjenje želuca i oboljeli se žale na osjećaj sitosti. U tom su slučaju nužni probavni enzimi ili lijek za ubrzanje pražnjenja želuca. Još jedan simptom koji se javlja kod takvih poremećaja je zatvor, koji neizbježno prati gubitak težine. U tim situacijama osobe pogrešno zaključuju da je najbolji način reducirati unos hrane. Međutim, zatvor je obično posljedica dijete, dehidracije ili pretjerane upotrebe laksativa. Ono je isto tako posljedica smanjenog funkcioniranja debelog crijeva zbog reduciranja unosa hrane i regulira se postupnim normaliziranjem stanja uhranjenosti.

Zdravstveni simptomi koji se javljaju usred poremećaja prehrane gotovo uvijek su posljedica loše prehrane, gubitka težine ili sredstava kompenzacije. Obično se popravljaju reguliranjem težine i prestankom izazivanja povraćanja te uzimanja laksativa ili diuretika. Pojedini simptomi poput osteoporoze mogu predstavljati trajnu prijetnju i nakon normaliziranja tjelesne težine.

U nastavku su opisane glavne smjernice kako bi se komplikacije svele na najmanju mjeru (Dalle Grave, 2015):

- Sve slučajeve poremećaja hranjenja, i one koje tretira psihoterapeut, treba pratiti liječnik internist koji dobro poznaje komplikacije tih poremećaja
- Internistički pregledi obavljaju se periodički; ako se stanje ne popravlja, preporučuje se hospitalizacija
- Valja obratiti najveću pozornost na stanje hidratacije, oralnu higijenu i srčanu funkciju
- Valja periodički ponavljati neke pretrage kao što su hematološka analiza krvi uz broj krvnih pločica, testovi funkcije bubrega i jetre, određivanje elektrolita i glikemije
- Periodički se radi elektrokardiogram
- U nekim slučajevima potrebna je dublja procjena, što uključuje radiografiju hipofize, densitometriju kosti, pregled vidnog polja, CAT ili NMR mozga, ultrazvuk abdomena i pelvisa, ezofagogastroduodenoskopija i razinu raznih hormona
- Ako su prisutni neurološki problemi, preporuča se obaviti specijalistički neurološki pregled

4. PREVENCIJA POREMEĆAJA

Poremećene navike hranjenja s vremenom mogu dovesti do razvoja poremećaja prehrane. Za sprječavanje poremećaja potrebno je razmotriti sve čimbenike koji pridonose njihovoj nastanku. „Prevenција usmjerena ljudima koji su izloženi velikom riziku, na primjer, onima koji pokazuju rane znakove poremećaja prehrane, ima bolji učinak od univerzalnih programa prevencije, na primjer, programa za cijeli osmi razred osnovne škole.“ (Costin, 2010: 180) Pokazalo se da su ciljani programi učinkovitiji jer pokazuju učinak, kako u promjeni stajališta, tako i u promjeni ponašanja. Prevencija se dijeli na primarnu, sekundarnu i tercijarnu. Do sada se ne zna puno o programima primarne i sekundarne prevencije jer su još uvijek u fazi razvoja, dok se o tercijarnoj prevenciji može pronaći nešto više podataka. Primarnom prevencijom smanjuje se broj novooboljelih umanjivanjem rizika ili unaprjeđenjem zaštitnih čimbenika. Sekundarna prevencija usmjerena je prema pojedincima kod kojih postoji rizik za razvoj poremećaja hranjenja. Uključuje što ranije prepoznavanje poremećaja i razne aktivnosti kojima se sprječava razvoj bolesti. Cilj tercijarne prevencije je

smanjivanje štete nastale djelovanjem poremećaja i omogućivanje rehabilitacije nakon razvoja bolesti.

Rano prepoznavanje simptoma poremećaja hranjenja⁶

Znakovi upozorenja:

- Opterećenost hranom
- Nošenje s neugodnim emocijama i problemima pomoću hrane
- Izbjegavanje obroka u društvu
- Nisko samopoštovanje
- Držanje stroge dijeta
- Temeljenje vlastite vrijednosti na izgledu
- Strah od debljanja
- Osjećaj krivnje nakon obroka
- Iskrivljeno viđenje vlastitog tijela
- Česti odlasci u toalet nakon obroka
- Perfekcionizam
- Brojanje kalorija
- Korištenje laksativa s ciljem mršavljenja
- Često vaganje
- Povlačenje u sebe i promjene raspoloženja

Primarna se prevencija odnosi na pokušaj smanjenja pojave novih slučajeva specifičnoga poremećaja ili bolesti, djelovanjem na dobrobit vrlo širokih skupina pojedinaca.⁷ Taj se tip još naziva i univerzalnom ili javno zdravstvenom prevencijom. Usmjeren je na promjenu stavova u zajednici i važnijim institucijama. Drugi oblik primarne prevencije se naziva selektivnom jer je usmjerena na osobe koje dosad nisu razvile jedan od problema, kao što je na primjer negativna slika o vlastitom tijelu, ali spadaju u rizičnu skupinu zbog bioloških, psiholoških ili socio - kulturnih čimbenika. Programi primarne prevencije uglavnom se odnose na školske preventivne programe jer su praktični što se tiče organizacije, ali i vrlo učinkoviti u smislu kontaktiranja ciljnih skupina. Primarna prevencija pretilosti usmjerena je na opću populaciju i cilj joj je promoviranje i usvajanje zdravih prehrambenih i životnih navika. Glavna zadaća je educirati i potaknuti javnost na promjenu prehrambenih

⁶ file:///C:/Users/HP/Downloads/Edukativna%20bro%C5%A1ura.pdf

⁷ <http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2016/PDF/Dok%2037.pdf>

navika i uvođenje redovitih obroka, tri glavna i dva međuobroka. U predškolskoj i školskoj dobi važno je usmjeriti pažnju na usvajanje običaja redovitih obroka mješovite hrane uz odgovarajući energetske unos sukladno potrebama za rast i razvoj djeteta. Potrebno je i ograničiti vrijeme provedeno pred računalom i televizorom.

Sekundarna prevencija za ciljeve ima rano prepoznavanje bolesti, liječenje zdravstvenih smetnji prije razvoja teže bolesti, skraćivanje trajanja bolesti i promjenu loših zdravstvenih navika.⁸ U sekundarnoj prevenciji poremećaja hranjenja važnu ulogu imaju roditelji, braća, sestre, rodbina te vršnjaci. Oni obično prvi uoče promjene u vezi prehrane pojedinca pa mogu dati ključne obavijesti kada se planira proces liječenja. Kod sekundarne prevencije pretilosti potrebno je obuhvatiti populaciju koja ima predispozicije da postane pretila. Znakovi koji najčešće ukazuju na poremećaj su jedenje u samoći, ograničen izbor hrane, ritualizirane prehrambene navike, pretjerano uzimanje tekućine, prekomjerno žvakanje žvakaćih guma ili vegetarijanski način prehrane. Što se poremećaj ranije prepozna i što se prije počne djelovati, bolja je prognoza i veća mogućnost izlječenja.

Tercijarna prevencija obuhvaća aktivnosti usmjerene ka bolesnim osobama kako bi razdoblje remisije bilo što dulje.⁹ Ova prevencija pretilosti usmjerena je na pojedince čiji je ITM (indeks tjelesne mase) iznad 95. percentile za dob i spol. Cilj je reguliranje tjelesne mase te sprječavanje pogoršanja pridružene bolesti koja se već razvila. Pristup je obično individualan, a provodi ga liječnik u suradnji sa subspecijalistima raznih struka kako bi se, ovisno o zdravstvenom stanju pacijenta, pronašao najučinkovitiji način liječenja.

U knjizi *Eating Disorders* (2017) autorica navodi preporuke stručnjaka na temu prevencije poremećaja prehrane. Neke od navedenih preporuka prema Costin (2010) su:

- Moramo osvijestiti činjenicu da su poremećaji prehrane problem javnog zdravlja i prevencija je stoga nužna
- Moramo jasno definirati simptome i ishode kako bismo bolje procijenili napredak u prevenciji
- Moramo razmotriti rezultate društvenih istraživanja i istraživanja životinjskog svijeta kako bismo bolje razumjeli poremećaje prehrane i razvili bolji pristup prevenciji

⁸ <http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2016/PDF/Dok%2037.pdf>

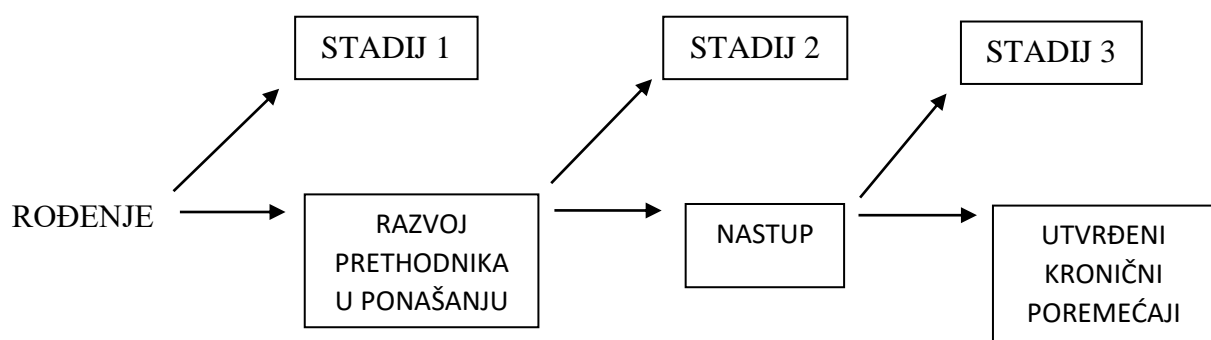
⁹ <http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2016/PDF/Dok%2037.pdf>

- Trebali bismo održavati interdisciplinarnu suradnju među znanstvenicima koji istražuju životinjski svijet, kliničkim liječnicima i drugim istraživačima
- Trebaju nam upute za procjenu zasluga preventivnih programa
- Trebali bismo poticati biološka istraživanja, istraživanja crta osobnosti, obitelji i društvenih skupina, društvenih normi i vrijednosti, jer sve spomenuto utječe na razvoj poremećaja prehrane.

5. RAZVOJ I ODRŽAVANJE POREMEĆAJA HRANJENJA

Prema Ambrosi-Randić (2004) razvoj poremećaja hranjenja je proces koji se sastoji od tri različita stadija. Prvi stadij obuhvaća vrijeme od rođenja do pojave takozvane prethodnice u ponašanju. U tom razdoblju pojedinac može biti izložen određenim faktorima rizika ili predisponirajućim faktorima. Sljedeći stadij obuhvaća razdoblje od pojave prethodnice u ponašanju do nastanka ozbiljnog poremećaja. Prethodnik je najčešće dijeta, koja se uglavnom javlja prije anoreksije i bulimije nervoze. Ona može utjecati na povećani rizik razvoja navedenih poremećaja. Precipitirajući faktori se javljaju u ovom stadiju te oni, zajedno s dijetom, povećavaju rizik za nastanak poremećaja. Događaji koji mogu činiti precipitirajuće faktore su pubertet, odlazak od roditeljskog doma ili početak nove veze. Osim navedenih događaja, to mogu biti i negativni događaji poput smrti bliske osobe, bolesti ili raznih komentara na račun tjelesnog izgleda. U posljednjem stadiju se javljaju faktori održavanja te oni zajedno sa zaštitnim faktorima određuju kada će doći do bolesti i hoće li ona postati kronična. Ambrosi-Randić (2004) navodi tri različita gledišta u vezi s održavanjem poremećaja hranjenja: kognitivno, interpersonalno i fiziološko. Predisponirajući faktori ili faktori rizika su razni, a dijele se na tri skupine. To su biološki, psihološki i socijalni faktori.

Slika 2. Razvoj poremećaja hranjenja



Izvor: prema (Ambrosi-Randić, 2004: 21)

5.1. BIOLOŠKI FAKTORI U NASTANKU POREMEĆAJA

Ambrosi-Randić (2004) navodi da se u istraživanjima koja se bave mogućim genetskim uzročnicima poremećaja hranjenja obično koriste tri metode:

1. Utvrđivanje stupnja učestalosti oboljenja članova obitelji
2. Podudaranje bolesti u jednojajčanih blizanaca
3. Istraživanje veza između poremećaja hranjenja i drugih psihijatrijskih oboljenja

S obzirom na dob, poremećajima hranjenja više su sklone mlađe osobe. Najmlađi pacijenti kod kojih je uočen poremećaj anoreksija nervoza bili su stari sedam godina. Anoreksija nervoza se rijetko javlja prije puberteta i isto tako, rijetko se može pojaviti kod osoba starijih od 40 godina. Općenito, poremećaji hranjenja se više vezuju uz ženski spol. Štoviše, devet su puta učestaliji kod žena. U osnovnoj se školi dječaci rjeđe od djevojčica smatraju prekomjerno teškima i nemaju toliku potrebu za držanjem dijete kao djevojčice. „Hranjenje i tjelesna aktivnost su ponašanja koja neposredno utječu na težinu, dok navike hranjenja i oblici vježbanja određuju kalorični unos i razinu aktivnosti.“ (Ambrosi-Randić, 2004: 36)

5.2. PSIHOLošKI FAKTORI U NASTANKU POREMEĆAJA

Skupina psiholoških faktora najbrojnija je i najtemeljitije istražena od svih skupina. Osobe ženskog spola u pravilu imaju više problema sa stjecanjem samopoštovanja. Razlog tomu je što je njihovo samopoštovanje vezano uz vanjski izgled i procjenu vlastitih sposobnosti. Još u prošlosti zamijećena je velika povezanost između depresije i poremećaja hranjenja. Vrlo je teško razlikovati ta dva stanja jer imaju slične znakove i simptome. „Predodžba o vlastitom tijelu odražava percepciju, mišljenja i osjećaje osobe u vezi s tijelom i tjelesnim iskustvima.“ (Ambrosi-Randić, 2004: 51) Jedan od poremećaja vezan uz predodžbu o tijelu je nezadovoljstvo vlastitim tijelom. Može se kretati od blagog nezadovoljstva pojedinim dijelovima tijela pa sve do toga da osoba smatra svoje tijelo odbojnim. Osim toga, i zadirivanje te negativni verbalni komentari na račun fizičkog izgleda također su povezani s kasnijim razvojem poremećaja hranjenja i mogu ostaviti traga na razvoj samopoštovanja i predodžbe o vlastitom tijelu.

5.3. SOCIJALNI FAKTORI U NASTANKU POREMEĆAJA

Ambrosi-Randić (2004) navodi sljedeće socijalne faktore koji posebno utječu na razvoj poremećaja hranjenja:

1. Socijalni pritisak prema mršavosti
2. Promijenjena socijalna uloga žena
3. Glorifikacija poremećaja hranjenja
4. Predrasude prema gojaznima
5. Tendencija socijalnog uspoređivanja

Uočljivo je da se anoreksija nervoza češće javlja u razvijenim zemljama na Zapadu, što dokazuju i brojna istraživanja. Isto tako, rezultati pokazuju veći rizik od razvoja poremećaja kod djevojčica i djevojaka iz imućnih obitelji, koje pretjerano teže za uspjehom i savršenstvom. Sljedeći faktor rizika su predrasude prema gojaznim osobama. Uvriježeno je mišljenje da gojazne osobe jedu puno više od ostalih ljudi i da nemaju granica u jelu, kao i da je dovoljna samo snaga volje za dostići idealnu tjelesnu težinu. Poznato je da mediji, posebno reklame i filmovi na televiziji te razni ženski časopisi, uvelike utječu na stvaranje stavova o idealnoj slici tijela i na razvoj samopoštovanja. Roditelji mogu oblikovati navike hranjenja svoga djeteta još u djetinjstvu, ali i roditeljsko usvajanje zapadnog društvenog ideala mršavosti može utjecati na rane oblike hranjenja kod djece. (Ambrosi-Randić, 2004) Osim roditelja, i vršnjaci mogu imati velik utjecaj na mišljenje pojedinaca o svome tijelu i na razvoj ponašanja koje može dovesti do poremećaja prehrane. Rezultati istraživanja upućuju na postojanje sličnosti među članovima prijateljskih skupina u vezi prehrambenih navika i samoprocjene vlastitog tijela. Socijalni faktori mogu i pozitivno i negativno utjecati na djecu i mlade osobe pa je vrlo važno koristiti te spoznaje u različitim programima namijenjenim rizičnim skupinama za razvoj poremećaja vezanih uz prehranu.

6. UTJECAJ DOJENJA NA POJAVU POREMEĆAJA HRANJENJA

Majčino mlijeko je po svojem sastavu prilagođeno potrebama djeteta za najbolji rast i razvoj. Osim što sadrži proteine, masti i mliječni šećer, ima i druge brojne prednosti. Sadrži zaštitne tvari koje štite dijete tijekom cijele prve godine života od virusa, bakterija i alergena, jer djetetov obrambeni sustav još nije dovoljno razvijen. Osim toga, majčino mlijeko luči i enzime čija je svrha zaštita od brojnih bolesti. Bifidus faktor potiče rast korisnih bakterija u crijevu djeteta, a one svojim razmnožavanjem sprječavaju razvoj štetnih bakterija. (Percl, 1999) Može se reći da je prvo cjepivo koje dijete dobije u životu upravo majčino mlijeko.

Dojenje utječe na pojavu i razvoj poremećaja hranjenja još u ranom djetinjstvu. Odmah nakon poroda, stavljanjem djeteta na prsa potiče se pozitivna interakcija između majke i djeteta u procesu hranjenja. Dokazano je da je rano stavljanje djeteta na prsa povezano s manjom učestalošću razvoja poremećaja hranjenja kod djece. Isto tako, majke koje su odlučile dojit i pritom nisu imale negativan stav o svome tijelu, uspješno su dojile, postigle su bolju privrženost s djetetom i takva su djeca kasnije imala manje predispozicije za nastanak poremećaja. U današnje vrijeme sve je veći broj djevojaka i žena koje pate od poremećaja hranjenja, pa se onda i djeca rađaju s niskom porođajnom masom, javljaju se teškoće pri dojenju i neuravnotežen ritam hranjenja djeteta. Anoreksija ili bulimija majke nisu uzroci istih poremećaja kod djece, ali uz genetsku sklonost tome, imat će veće rizike za razvoj poremećaja hranjenja. Od iznimne je važnosti da majka tijekom razdoblja dojenja ne uzima alkohol, cigarete i ostala opojna sredstva koja negativno utječu na kvalitetu mlijeka. Uz to je važna i pravilna prehrana. Zbog nezadovoljstva oko razvoja djeteta, mnoge majke su sklone mijenjati prehranu dojenčadi dodavanjem umjetnih pripravaka ili prekidanjem dojenja. To može uzrokovati zaostajanje djeteta u razvoju i pogoduje nastanku poremećaja hranjenja. Prvih šest mjeseci ne bi trebalo prekidati dojenje, niti uvoditi nove načine ishrane jer je to posebno osjetljivo razdoblje za kasniji razvoj raznih poremećaja. Najčešći problemi koji dovode do poremećenog uzimanja hrane kod djece su:¹⁰

- Navike roditelja ili okoline vezane uz uzimanje hrane
- Pretjerana briga o tjelesnoj težini djeteta

¹⁰ file:///C:/Users/HP/Downloads/M52_77.pdf

- Nesigurnost roditelja
- Loše prehrambene navike
- Neuspješno uspostavljanje veze između osjećaja gladi i uzimanja hrane
- Strah i depresija djeteta ili roditelja

Infantilna anoreksija nervoza je poremećaj hranjenja koji nastaje u ranoj razvojnoj fazi djeteta, odnosno od šest mjeseci do treće godine života, kada je prisutna faza separacije i individualizacije. Kod nastanka ovog poremećaja velika pozornost se pridaje poremećenoj interakciji između majke i djeteta. Obično su znakovi poremećaja djetetovo odbijanje hrane i ne napredovanje u tjelesnoj masi. U liječenju infantilne anoreksije veliku važnost ima dječji psihijatar. Kako do bolesti ne bi došlo, iznimno je važna pozitivna interakcija majke i djeteta s naglaskom na uspješnost i duljinu dojenja. Uspješan početak dojenja, adekvatna duljina dojenja i privrženost koja se pritom razvija utječe na pravilan razvoj separacije i individualizacije te smanjuje vjerojatnost pojave infantilne anoreksije kod djeteta.¹¹

Slika 3. Infantilna anoreksija



Izvor: <http://anksioznost123.blogspot.com/2014/12/anoreksija-novoroenceta.html>

(21.06.2020.)

¹¹ file:///C:/Users/HP/Downloads/M52_77.pdf

7. VRSTE POREMEĆAJA PREHRANE KOD DJECE

Poremećaji u prehrani su učestala pojava kod djece. Pojavljuju se još za vrijeme dojenačkog razdoblja i protežu se tijekom cijelog razdoblja razvoja. Roditelji često pokušavaju ubrzati optimalni razvoj svog djeteta neadekvatnim hranidbenim postupcima, koji u mnogo slučajeva rezultiraju poremećajima hranjenja. Veći rizik od razvoja poremećaja prehrane imaju djeca koja pate od ostalih poremećaja, zatim prijevremeno rođena djeca ili djeca s traumatskim ozljedama glave i slično. Djeca s utvrđenim poremećajima hranjenja obično su bila manja kod poroda.

U svom ranom razvoju dijete prolazi kroz nekoliko razvojnih faza:¹²

- Homeostaze (0-2 mj.)
- Povezivanja (2-6 mj.)
- Separacije i individualizacije (6 mj. do 3 g.)

U svakom od navedenih razdoblja može doći do poremećaja. U posljednjoj fazi javlja se najviše problema prilikom hranjenja, među kojima i infantilna anoreksija. Infantilna anoreksija je anoreksija rane dobi i uzrokuje nenapredovanje djeteta. U prošlosti se nazivala separacijskim poremećajem, kasnije je dobila naziv infantilna anoreksija nervoza, a danas se ustalio termin infantilna anoreksija. Karakterizirana je sljedećim dijagnostičkim elementima:¹³

1. Odbijanje hrane najmanje mjesec dana u dojenčeta koje već uzima krutu hranu, ili značajno pogoršanje tijekom prelaska na samostalno hranjenje ili hranjenje na žlicu
2. Akutna ili kronična malnutricija
3. Zabrinutost roditelja za prehranu dojenčeta koja se manifestira kao pokušaj da „trikovima“ dijete pojede više, prakticiranje prekida ili igranja tijekom hranjenja, zatim često hranjenje tijekom noći, nuđenje više vrsta hrane, zabrinutost i frustriranost ili prisiljavanje na jelo
4. Promatranjem odnosa majka-dojenče tijekom hranjenja uočava se snažni sukob koji se manifestira kao djetetovo odbijanje hrane i negativan stav roditelja ili negativni komentari na račun djetetovog odbijanja hrane

¹² <https://vitamini.hr/zdravlje-z/poremecaj-hranjenja/poremecaj-hranjenja-u-djece-sve-veci-problem-danasnjice-3146/>

¹³ file:///C:/Users/HP/Downloads/M52_75.pdf

5. Negativna anamneza za traumu orofarinksa ili gastrointestinalnog trakta i nepostojanje dokaza o tome kako je odbijanje hrane sekundarna posljedica gastroezofagealnog refluksa ili neke druge bolesti

7.1. ANOREKSIJA NERVOZA

Poremećaji prehrane su bolesti koje prate depresija, anksioznost ili fobije.¹⁴ U današnje vrijeme često su prisutni poremećaji vezani uz prehranu kod sve mlađe djece. Do sada je najranija dob djece koja boluju od anoreksije nervoze bila sedam godina. U tim godinama je uglavnom riječ o anoreksiji jer se bulimija nervoze u pravilu ne pojavljuje prije četrnaeste godine života. Prema Marčinko i sur. (2013) anoreksija nervoze je psihički poremećaj kod kojeg osoba smatra da je predebeli i zbog toga pati i podvrgava se strogom režimu prehrane, što rezultira gubitkom težine. Nagli porast broja oboljele djece koja su dovedena na liječenje zabilježen je poslije devedesetih godina prošloga stoljeća.¹⁵ Nije poznato je li na to utjecalo bolje poznavanje navedene bolesti ili je doista u to vrijeme porastao broj oboljelih među djecom. Pri dolasku na liječenje djeca se uglavnom žale na mučninu, bolove u trbuhu, nadutost ili teškoće pri gutanju. Isto kao i starije osobe, mlađi pacijenti također vrlo vješto skrivaju izbjegavanje hrane, i poriču da su opterećeni vitkošću i gubitkom kilograma. Iako su uzimanje laksativa i povraćanje rijetki u toj dobi, djeca ih isto tako znaju vješto skrivati. Kada je riječ o liječenju anoreksije nervoze u dječjoj dobi, obično se provodi obiteljska terapija i savjetovanje. Osim toga, primjenjuje se i psihodinamska te kognitivno-bihevioralna psihoterapija. Kod izrazito depresivne djece daju se i antidepresivi.

¹⁴ file:///C:/Users/HP/Downloads/Medicus_v6_165_171_Sambol_Cikac.pdf

¹⁵ file:///C:/Users/HP/Downloads/05_Vidovic.pdf

Slika 4. Anoreksija nervoza kod djece



Izvor: <https://www.mamaibeba.rs/zdravlje-dece/anoreksija-nervoza> (25.06.2020.)

7.2. PRETILOST

Debljina je jedan od najozbiljnijih zdravstvenih problema 21. stoljeća te poprima sve veće razmjere, kako kod odraslih, tako i kod djece. Prekomjerna tjelesna težina, osobito pretilost, definira se kao prevelika količina tjelesne masnoće koja je opasna po zdravlje. (Montignac, 2005) Prema definiciji Kolaček i sur. (2017) pretilost je kronična metabolička bolest koja nastaje zbog neravnoteže između unosa i potrošnje energije te izravno i neizravno utječe na duljinu i kvalitetu života pojedinca. Mjerenje indeksa tjelesne mase vrlo je pouzdana metoda kod praćenja promjena tjelesnih masti. To je omjer između tjelesne težine (u kilogramima) i visine (u metrima i na kvadrat). Kod djece je teže procijeniti je li im težina prevelika jer se kod njih visina stalno mijenja. Zbog toga se njihove vrijednosti prikazuju grafički, tako da se ITM¹⁶ upisuje na os Y, a dob djeteta na os X. „Potom se pojedinačni ITM određuje kao funkcija njegova položaja u određenom referentnom području, čije gornje i donje vrijednosti ispisuju tzv. percentilne krivulje.“ (Montignac, 2005: 12) Prosječna težina djeteta nalazi se na 50. percentilu. Djeca čiji je ITM između 90. i 97. percentila imaju prekomjernu tjelesnu težinu, dok ona čiji je indeks tjelesne mase iznad 97. percentila smatraju se pretilima. Masno se tkivo kod djece različito razvija u različitim životnim razdobljima.

¹⁶ Indeks tjelesne mase; odnos težine i visine tijela

Stvaranje masnih stanica je najviše izraženo u prvoj godini života jer dijete tada više dobiva na težini, a manje raste u visinu. Pretilost predstavlja veliki problem i razlog je za zabrinutost, osobito ako se javi prije šeste godine života. Montignac (2005) navodi da što se ranije javi prirodni obrat u metabolizmu tjelesnih masnoća, veća je vjerojatnost da tom djetetu predstoji ozbiljna pretilost, koja će se najvjerojatnije zadržati i u odrasloj dobi. Iz mnogih istraživanja proizlazi niz stanja koja su izravno povezana s pretilošću u djetinjstvu. Prema Montignac (2005) neki od njih su:

- Respiratorne smetnje (privremeni prestanak disanja u snu i sl.)
- Ortopedske bolesti
- Poremećaji u radu žlijezda s unutarnjim izlučivanjem (preuranjeni pubertet)
- Komplikacije poput stvaranja žučnih kamenaca
- Povišeni tlak
- Upala gušterače ili pankreatitis
- Dijabetes tipa II.

Postoji više uzroka pretilosti: mogu biti genetski, okolišni, psihološki ili patološki. Novija istraživanja pokazuju da je ključni čimbenik rizika za razvoj pretilosti neuravnotežena i nekvalitetna prehrana u najranijoj životnoj dobi. Činjenica je da geni imaju veliku ulogu kod sklonosti za razvoj pretilosti. Statistički podaci pokazuju da će 40% djece čiji je jedan roditelj pretio i sami postati pretili. Ako su oba roditelja pretila, taj rizik se povećava čak na 80%. Riječ je samo o sklonosti, a iz iskustva se zna da je pravodobnim uočavanjem rizika i ranom prilagodbom prehrane moguće kontrolirati djetetovu tjelesnu masu. Još uvijek je teško utvrditi je li prekomjerna težina djeteta posljedica genetskog podrijetla ili je uvjetovana načinom prehrane u obitelji. Hiperinzulinemija (prekomjerna količina izlučenog inzulina) jedno je od metaboličkih obilježja pretilosti. U jednoj od studija, navodi Montignac (2005), zaključeno je da je pretilost uzrok hiperinzulinemije, i ona može dovesti do dijabetesa i kardiovaskularnih problema (povišenog krvnog tlaka, kolesterola i sl.)

7.2.1. PREVENCIJA I LIJEČENJE PRETILOSTI KOD DJECE

Pristup pretilom djetetu ovisi o razini zdravstvene zaštite. Važno je da liječnik poznaje socijalno-ekonomsko okruženje u kojemu dijete odrasta, da s roditeljima ima odnos povjerenja i uzajamne suradnje te da prati rast i razvoj djeteta. Potrebno je odrediti stupanj pretilosti i posebno je važno provjeriti postoje li bolesti koje su pridružene pretilosti. Osim toga, analizira se i pretilost roditelja, nedojenje ili kratko dojenje, konzumiranje slatkih napitaka i slastica, tjelesnu neaktivnost obitelji i nedovoljno spavanje. Posebna pozornost treba biti na djeci s porođajnom težinom iznad 4 kg, prijevremeno rođena djeca s ubrzanim rastom u dojenačkoj dobi, djeca koja otežano dišu, hrču ili ako su iz obitelji u kojima su roditelji ili braća i sestre pretili. Primarnu prevenciju pretilosti dobro je početi već prenatalno. Roditelji i djeca bi trebali biti educirani o kvalitetnom izboru i načinu pripreme namirnica, o veličini i sadržaju obroka, kao i o važnosti redovite tjelesne aktivnosti. Naglasak je na redovitim obrocima, konzumiranju svježeg voća i povrća, unošenju potrebnih hranjivih tvari poput vlakana i cjelovitih žitarica. Sekundarna i tercijarna prevencija usmjerene su na mjere gubitka povećane tjelesne mase i na nadzor bolesti koje su pridružene pretilosti. Intervencije trebaju biti racionalne, umjerene i stručno nadzirane, s oprezom da pretilost ne prijeđe u problem anoreksije ili bulimije. (Kolaček i sur., 2017) Terapijski pristup pretilom djetetu individualan je i multidisciplinaran. Farmakoterapija i kirurško liječenje u dječjoj dobi koristi se samo u slučaju morbidne pretilosti i ako korekcije prehrambenih i životnih navika nisu bile uspješne.

Slika 5. Pretilost u djece



Izvor: <https://www.poliklinika-arista.hr/pretilost-u-djece/> (02.07.2020.)

7.2.2. SPECIFIČNOSTI DEBLJINE U PREDŠKOLSKOJ DOBI

Debljinu kod djece je iz više razloga vrlo važno na vrijeme prepoznati. Jedan od razloga je taj što debljina u djetinjstvu obično vodi do debljine, čak i do pretilosti, u odrasloj dobi. Dokazano je da dijete koje je bilo debelo u djetinjstvu ima dva puta veći rizik za debljinu i u odrasloj dobi, nego dijete koje je imalo normalnu tjelesnu masu. Zdravstveni cilj bi trebao biti da dijete uopće nije debelo, a ako i postane debelo, da bude što je moguće kraće u takvom stanju.¹⁷ Intervencije koje imaju za cilj smanjiti težinu su uvijek uspješnije kada se krene u predškolskoj dobi nego kasnije. Sljedeći razlog zašto treba što ranije prepoznati debljinu je taj što debljina uzrokuje mnoge kardiovaskularne bolesti, povećava rizik za razvoj dijabetesa i mnoge druge bolesti. Tu činjenicu podupiru rezultati mnogih istraživanja, od kojih jedna danska studija pokazuje da rizik za razvoj kardiovaskularnih bolesti proporcionalno raste s porastom indeksa tjelesne mase (ITM) ispitanika. I treći razlog zašto je važno rano prepoznati debljinu kod djece je taj što su debela djeca, također i adolescenti, skloni razvoju mentalnih problema. Terapijske intervencije su itekako poželjne i dobro su prihvaćene od strane roditelja. Roditelji bi trebali biti ključni čimbenici u organizaciji cijelog tog procesa i jako je važno educirati ih o važnosti pravilne i raznovrsne prehrane te redovite tjelesne aktivnosti. Također, važno je da djecu pouče o pravilnom odabiru namirnica te kako samostalno regulirati unos hrane. Mnogi roditelji nisu svjesni važnosti tjelesne aktivnosti pa ne pridaju tomu previše pažnje. Prekomjerna tjelesna masa i debljina u predškolskoj dobi mogu ograničiti razvoj i sazrijevanje motornih vještina, poremetiti opću tjelesnu stabilnost i normalne odnose pojedinih dijelova tijela i u konačnici dovesti do smanjene pokretljivosti djece i sklonosti sjedilačkom načinu života.¹⁸ Dijete predškolske dobi bi trebalo svakodnevno imati 60 minuta organizirane tjelesne aktivnosti i isto toliko vremena za slobodnu igru. Potrebno je ograničiti vrijeme pred televizorom i mobitelom, odnosno sve aktivnosti kod kojih se dijete ne kreće. Važno je djecu poticati na tjelesne aktivnosti i sport te imati pozitivan stav prema tome. Naravno, osim toga je potrebno educirati javnost o štetnosti debljine na zdravlje pojedinca i o važnosti zdravih životnih navika, jer je to prvi korak u rješavanju tog sve više raširenog problema.

¹⁷ file:///C:/Users/HP/Downloads/737336.Uestalost_i_specifinosti_debljine_u_predkolskoj_dobi.pdf

¹⁸ file:///C:/Users/HP/Downloads/737336.Uestalost_i_specifinosti_debljine_u_predkolskoj_dobi.pdf

7.3. POTHRANJENOST

„Malnutricija je neravnoteža između unesene i potrošene energije i hranjivih tvari koja negativno utječe na zdravlje općenito te pogoršava klinički ishod bolesti, a u djeteta narušava i dobi primjeren rast i razvoj.“ (Kolaček i sur., 2017: 197) Ovaj izraz se obično koristi u kontekstu pothranjenosti, ali zapravo obuhvaća dva stanja – preuhranjenost i pothranjenost. Neki od znakova koji mogu ukazivati na pothranjenost djeteta su: gubitak težine, neadekvatan rast, promjene raspoloženja, slaba koncentracija i teškoće u učenju, bolovi u kostima i krhke kosti, anemija, suha koža, slab imunitet, usporeno zacjeljivanje rana, zbunjenost i nizak nivo energije.¹⁹ Postoji primarna (posljedica nedostupnosti ili odbijanja hrane) i sekundarna pothranjenost (posljedica bolesti). Razlikujemo akutnu pothranjenost, koja traje kraće od tri mjeseca, i kroničnu pothranjenost, u slučaju ako traje dulje od tri mjeseca. Iako je pothranjenost čest problem i u najrazvijenijim zemljama, puno je češća u nerazvijenim zemljama i zemljama u razvoju. Primarna pothranjenost kod djece uzrokovana je okolišnim čimbenicima koji uzrokuju smanjeni unos nutrijenata. Najčešće uključuje socijalno-ekonomske uvjete, kao što je neadekvatna dostupnost hrane. Sekundarna pothranjenost kod djece nastaje kao posljedica prisutne bolesti. Kolaček i sur. (2017) navode da je provedeno opsežno istraživanje u europskim bolnicama i identificirano pet glavnih prepreka koje remete normalnu prehranu i onemogućuju nutritivnu potporu:

- Nedostatak jasno definiranih odgovornosti u planiranju i provedbi nutritivne potpore
- Nedovoljno znanje osoblja koje skrbi o bolesniku
- Premali utjecaj bolesnika na prehranu u bolnici
- Nedostatak suradnje u hijerarhiji zdravstvenih djelatnika
- Nedostatak interesa uprave bolnice

Pothranjenost u dječjoj dobi, isto kao i pretilost, može uzrokovati brojne zdravstvene probleme u odrasloj dobi. Ono može utjecati na rast i razvoj djeteta, na edukacijska i socijalna postignuća te na cjelokupno zdravlje općenito. Longitudinalna istraživanja pokazala su da pothranjenost tijekom dojenačke dobi utječe na razvoj bihevioralnih problema u djetinjstvu i adolescenciji, kao i na nedostatak pažnje i koncentracije te agresivno ponašanje. (Kolaček i sur., 2017) Pothranjenost loše utječe i na oporavak nakon mogućih operacija ili kirurških

¹⁹ <https://klinfo.rtl.hr/roditelji-3/zdravlje/dijete-mrsavo-pothranjenost-adekvatna-prehrana/>

zahvata jer povećava učestalost komplikacija, negativno utječe na zarastanje rana i produljuje hospitalizaciju i boravak u bolnici.

Slika 6. Pothranjenost u djece



Izvor: <http://ordinacija.vecernji.hr/zdravi-tanjur/kolumna/pothranjenost-u-djece-predskolske-dobi/> (06.07.2020.)

7.3.1. TERAPIJA I LIJEČENJE POTHANJENOSTI

Za cijeli tijek liječenja iznimno je važna procjena nutritivnog statusa. Osim toga, potrebno je pratiti moguće promjene stanja uhranjenosti (rast djeteta). Naravno, od velike je važnosti rano otkrivanje poremećaja, i još važnije, prevencija. Prevencija uključuje praćenje tjelesne težine, dužine i opsega glave i smjernice za pravilnu prehranu djeteta.²⁰ Terapijski modaliteti liječenja pothranjenosti dijele se na metode nutritivne potpore i kliničke prehrane. Glavni cilj nutritivne terapije za djecu je održati ili vratiti normalni nutritivni status priskrblijvanjem potrebne količine energije i nutrijenata. Na taj se način čuva koštano, mišićno i masno tkivo, potiče se razvoj pravilnih prehrambenih navika i omogućuje pravilan rast i razvoj djeteta. Prema Kolaček i sur. (2017) metode liječenja pothranjenosti su:

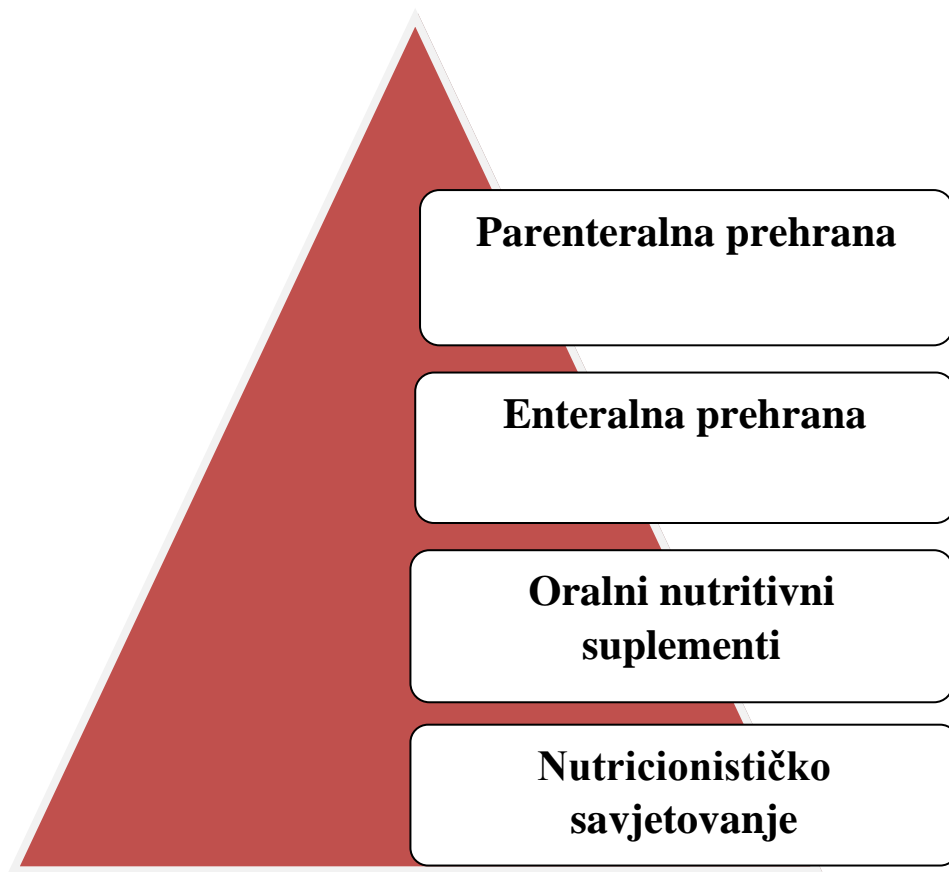
²⁰ <http://ordinacija.vecernji.hr/zdravi-tanjur/kolumna/pothranjenost-u-djece-predskolske-dobi/>

1. Nutricionističko savjetovanje
2. Primjena oralnih nutritivnih suplemenata
3. Različiti načini enteralnog hranjenja
4. Parenteralno hranjenje

Odabir metode ovisi o bolesti, dobi, stanju bolesnika te o prehrambenim navikama. Preporučuje se početi s nutricionističkim savjetovanjem, a u slučaju neuspjeha ili ako je stanje već ozbiljno, tada se mogu koristiti metode hranjenja, poput enteralnog i parenteralnog. Kod nutricionističkog savjetovanja potiče se bolesnika na unos namirnica visoke energijske i nutritivne gustoće u skladu s njegovom bolešću, odnosno nutritivnim statusom i prehrambenim potrebama. Ono treba biti prilagođeno dobi djeteta, kao i spoznajnim mogućnostima roditelja. Ako se unatoč savjetima nutritivni status bolesnika ne poboljša, potrebno je u prehranu uvesti suplemente. To je tekuća hrana za posebnu medicinsku namjenu koja se još naziva i formula. Osim toga, postoje i razni praškasti preparati koji se pripremaju s vodom ili mlijekom. Kolaček i sur. (2017) navedene proizvode dijele na cjelovite enteralne formule i oralne dodatke prehrani. Cjelovite enteralne formule podmiruju energijske i nutritivne potrebe te se mogu dulje rabiti kao jedini izvor hrane. Oralni dodatci prehrani ne mogu zamijeniti uobičajenu hranu, već se koriste kao dodatak postojećoj prehrani. Pri korištenju takozvanih formula valja paziti na dob djeteta. Enteralna prehrana uvodi se ako bolesnik ne može zadovoljiti svoje dnevne prehrambene potrebe normalnom hranom. Prema Kolaček i sur. (2017) enteralna prehrana se definira kao bilo koji oblik prehrane koji uključuje hranu za posebne medicinske potrebe, bez obzira na to primjenjuje li se oralno, putem sonde ili stome. Za razliku od enteralne, parenteralnu prehranu koriste bolesnici čiji je probavni sustav nefunkcionalan ili uopće ne postoji. Ta metoda je vrlo skupa i teško se provodi. „Refeeding sindrom jest potencijalno smrtonosna promjena sastava unutarstanične i izvanstanične tjelesne tekućine koja se pojavljuje u pothranjenih osoba koje su nakon duljeg gladovanja naglo dobile nutritivnu potporu.“ (Kolaček i sur., 2017: 203) Ne zna se točno koliko se često događa refeeding, izmeđuostalog i zbog medicinske nesvjesnosti o postojanju tog sindroma. Najveći rizik od pojave imaju bolesnici s kroničnim i teškim gubitkom tjelesne mase. Da bi se smanjio rizik od razvoja tog sindroma, prije hranjenja potrebno je odrediti nutritivni status i svakodnevno pratiti razinu elektrolita. Pothranjenost se, kao i svaki poremećaj, najuspješnije liječi ako se otkrije na vrijeme i ako se liječi na stručan način. Prehrana mora biti kvalitetna, raznovrsna i u primjerenim količinama. Pritom je svakako važno uvažavati djetetove želje. Roditelji trebaju biti pozitivni primjeri ponašanja svojoj djeci,

jer je to najbolji način rješavanja svih poteškoća i problema, pa tako i poremećaja u prehrani.²¹

Slika 7. Piramida kliničke prehrane



Izvor: prema (Kolaček i sur., 2017: 202)

²¹ <http://ordinacija.vecernji.hr/zdravi-tanjur/kolumna/pothranjenost-u-djece-predskolske-dobi/>

7.4. DIJABETES

„Dijabetes melitus (šećerna bolest) je metabolička bolest, odnosno bolest u kojoj je poremećena izmjena tvari u organizmu.“ (Dumić, 2011: 10) Kod bolesnika sa šećernom bolesti gušterača djelomično ili nimalo ne stvara hormon inzulin ili stanice samo djelomično koriste inzulin koji se izlučuje iz gušterače u krv. U prvom slučaju radi se o tip 1 dijabetesu - ovisnom o inzulinu, koji se uglavnom javlja kod mlađih osoba, dok je u drugom slučaju riječ o tip 2 dijabetesu - neovisnom o inzulinu, koji se stvara češće u odraslih osoba. Kod tip 1 dijabetesa stanice gušterače su uništene, pa se u krv izlučuje premalo ili nimalo inzulina. Stanice nisu u mogućnosti koristiti glukozu iz krvi te unatoč njezinoj povećanoj koncentraciji u krvi, stanice „gladuju.“ Tada se daje injekcija inzulina pod kožu, odakle on odlazi u krv. Nažalost, kada se bolest jednom javi, potrebno je doživotno provoditi liječenje inzulinom, jer nije moguće da se stanice gušterače ponovno potakne na normalno stvaranje inzulina. Kod pojave ovog tipa dijabetesa veliku ulogu imaju nasljedni faktori. Šećerna bolest ovog tipa jedna je od najčešćih kroničnih bolesti u dječjoj dobi te se posljednjih desetak godina učestalost te bolesti povećava 2 – 5% godišnje.²² U slučaju tip 2 dijabetesa stanice gušterače stvaraju dovoljnu količinu inzulina, ali i stanice koriste samo dio glukoze iz krvi koja im stoji na raspolaganju. Smatra se da je ovaj oblik dijabetesa blaži od onoga ovisnog o inzulinu. Uglavnom se javlja kod starijih osoba i kod onih s prekomjernom tjelesnom težinom. Provođenjem dijete i smanjenjem tjelesne mase može se normalizirati razina glukoze u krvi. Bolesnici umjesto injekcija uzimaju tablete koje ne sadrže inzulin, već kemijske tvari koje potiču stvaranje inzulina. Međutim, treba biti oprezan jer s godinama mogu nastati određene komplikacije, u slučaju kad je organizam izložen velikim naporima kao što je stres. Tada se liječenje može početi provoditi i malim dozama inzulina. Pri razvoju ovog tipa dijabetesa, uz pretjeranu debljinu, genetika isto tako ima vrlo važnu ulogu. Prema Dumić (2011) u novije vrijeme dijabetes tip 2 sve je učestaliji u djece, što je posljedica povećane učestalosti debljine. Izuzetno je važno pratiti promjene kod djeteta tijekom razvoja, kako bi se što ranije otkrila bolest i kako bi dijete na vrijeme krenulo s inzulinskom terapijom.²³

²² file:///C:/Users/HP/Downloads/MF_4_2016_severinski.pdf

²³ <https://www.synlab.hr/dijabetes-kod-djece/>

Slika 8. Dijabetes kod djece



Izvor: <https://www.e-zdravlje.ba/zdravlje/dijabetes-kod-djece/> (08.07.2020.)

Klinički znakovi šećerne bolesti (prema Dumić, 2011)

- 1. Učestalo mokrenje velikih količina mokraće (poliurija):** U bolesnika s dijabetesom glukoza se nakuplja u velikim količinama u krvi i izlučuje se mokraćom. Za izlučivanje većih količina glukoze mokraćom potrebna je i veća količina vode. Stvaranjem velike količine mokraće zbog koje osoba mora često mokriti, istodobno se gubi i mnogo vode iz tijela bolesnika.
- 2. Povećana žeđ (polidipsija):** Porastom koncentracije glukoze u krvi, povećava se njezino izlučivanje mokraćom, a za to je potrebno sve više vode. Zbog povećanih potreba za vodom, bolesnik ima sve veću potrebu za uzimanjem tekućine.
- 3. Povećani apetit (polifagija):** Bolesnik koji boluje od dijabetesa djelomično ili potpuno gubi sposobnost iskorištavanja glukoze, koja se onda izlučuje mokraćom, pa organizam ne dobiva dovoljno energije za svakodnevne aktivnosti. Iz tog razloga se apetit bolesnika povećava, sve dok ne počne dobivati injekcije inzulina.

4. **Gubitak na težini:** Pad tjelesne težine čest je iz dva razloga. Prvi je taj što organizam ne dobiva dovoljno energije za razvoj i aktivnosti. Drugi razlog je taj što se mokraćom iz organizma gube velike količine vode, a to doprinosi padu tjelesne težine.
5. **Slabost:** To je čest simptom, a nastaje jer glukoza zbog nedostatka inzulina otežano ulazi u mišićne stanice i nedovoljno ih opskrbljuje energijom.

Razvojne faze dijabetesa ovisnog o inzulinu (prema Dumić, 2011)

Tijek dijabetesa tip 1, odnosno dijabetesa ovisnog o inzulinu sastoji se od nekoliko faza. To su akutni metabolički poremećaj, remisija i intenziviranje, a razlikuju se po količini inzulina koja je potrebna za liječenje.

- **Akutni metabolički poremećaj:** Za vrijeme postavljanja dijagnoze oko 50% djece već ima ketoacidozu, tj. teški metabolički poremećaj. Kod ostale djece simptomi bolesti su blaži te se inzulin daje potkožno, a tekućina se nadoknađuje davanjem na usta.
- **Remisija (slabljenje ili nestanak znakova bolesti):** Skoro 90% bolesnika u fazu remisije ulazi 2 ili 3 mjeseca nakon uvođenja terapije. Tada su potrebe za inzulinom u pravilu oko 50% manje od dotadašnje količine koja se davala. Ta faza je prolazna i obično traje nekoliko tjedana ili mjeseci, nakon čega slijedi faza intenziviranja.
- **Intenziviranje (pojačavanje):** Ova faza se uglavnom javlja tri do pet mjeseci nakon postavljanja dijagnoze i uvođenja terapije. Tada dolazi do postepenog pojačavanja potrebe za inzulinom, a stabilizira se nakon otprilike godinu dana. Doza inzulina najveća je za vrijeme puberteta, a nakon toga se postupno smanjuje.

Tablica 1. Kriteriji za dijagnozu šećerne bolesti

1. Simptomi dijabetesa uz koncentraciju glukoze u krvi izmjerenu u bilo koje doba, bez obzira na uzimanje obroka, $\geq 11,1$ mmol/L, ili
2. Glukoza natašte (bez unosa hrane najmanje osam sati) ≥ 7 mmol/L, ili
3. Dva sata po testu opterećenja glukozom (OGTT; 1,75 g glukoze/kg tjelesne mase, maksimalno 75 g rastopljene u vodi) glukoza $\geq 11,1$ mmol/L

Izvor: file:///C:/Users/HP/Downloads/MF_4_2016_severinski.pdf (08.07.2020.)

7.4.1. PREHRANA I TJELESNA AKTIVNOST DIJABETIČARA

Prehrana oboljelih se, prema Dumić (2011), ne bi trebala značajno razlikovati od prehrane zdrave djece istog uzrasta, tjelesne težine i učestalosti tjelesne aktivnosti. Važno je da prehrana, kao i kod svakog djeteta, zadovoljava sve kalorijske i hranidbene potrebe za rastom i razvojem. Roditelje treba informirati o pravilnoj prehrani i važnosti tjelesne aktivnosti, vodeći računa o financijskim mogućnostima, dotadašnjim navikama obitelji i o stupnju obrazovanja pojedinih članova obitelji. Koliko god je moguće, prehrana oboljelog djeteta bi trebala biti što usklađenija s prehranom ostalih ukućana, kako dijete ne bi imalo osjećaj izdvojenosti od ostalih. Potreban energetske unos je određen uzrastom i tjelesnom aktivnošću djeteta te se uzima u obzir i apetit djeteta. Preporuča se uzimanje manjih obroka nekoliko puta dnevno jer obilniji obroci dovode do naglog porasta koncentracije glukoze u krvi. Prednost se daje namirnicama bogatim vlaknima, kao što su raženo brašno, ječam, zobene pahuljice, mrkva, cikla ili luk. Treba izbjegavati masne prerađevine poput salame i kobasica zbog visokog udjela masti. Bilo bi dobro kada bi broj obroka u danu, vrijeme u koje se uzimaju obroci i količina hrane bili vrlo slični svaki dan, kako bi se stvorila potrebna rutina. Raspored obroka se pravi u skladu sa životnim navikama djece i ovisno o njihovim potrebama i željama. Pri tome, veliku ulogu imaju i roditelji. Naime, spretnost i maštovitost roditelja u pripremi hrane omogućit će djetetu bolje zdravlje, ali i veće zadovoljstvo u svakodnevnom životu.

Osim pravilne i adekvatne prehrane, od velike je važnosti educirati djecu i roditelje o važnosti svakodnevne tjelesne aktivnosti. „Tjelesna aktivnost u prvom redu pomaže da se uz pomoć inzulina glukoza brže i lakše iskorištava u stanicama i koristi za energetske potrebe.“ (Dumić, 2011: 51) Posebno je korisna tjelesna aktivnost nakon uzimanja većih količina obroka, jer se na taj način sprječava nagli porast koncentracije glukoze u krvi. Fizička aktivnost djeteta sa šećernom bolesti je važna ne samo za njegovo tjelesno, već i za psihičko zdravlje. Na taj način, uz pravilnu prehranu, dijete će lakše održavati normalnu tjelesnu težinu. Tjelesna aktivnost bi trebala, isto kao i obroci, biti svaki dan u približno isto vrijeme i sličnog intenziteta.

7.5. ODBIJANJE HRANE

Jelo i uzimanje jela za dijete predškolske dobi je od iznimne važnosti. Međutim, poznato je da mnoga djeca još u ranoj dobi počinju biti izbirljiva i odbijati hranu. Mnoge generacije roditelja su tako nešto prolazile sa svojom djecom i još uvijek se ne može točno ustvrditi što je tomu razlog. Još većoj zabrinutosti pridonosi činjenica da zbog odbijanja hrane djeca zaostaju u razvoju za svojim vršnjacima, a naposljetku se mogu javiti i neki ozbiljniji zdravstveni problemi. Kod zdravog djeteta normalno je da je apetit promjenjiv pa nije razlog za uzbuđenu ako ono ne uzima svaki dan istu količinu hrane. To se posebice odnosi na djecu koja su inače slabijeg apetita, nisu premršava, ali i po prirodi nisu jače tjelesne građe. Problem nastaje ako dijete duži period ima slab apetit ili slabiji apetit od uobičajenog, a pri tome još nastupi i duži zastoj u napredovanju. Tada je potrebno obratiti se liječniku, koji će potom obaviti sistematski pregled djeteta te ako je potrebno i laboratorijsku analizu. U ranoj dječjoj dobi situacija je još složenija za roditelje, ali i za dijete, jer ono još ne može riječima izreći problem pa svoje negodovanje iskazuje odbijanjem hrane. Najčešći razlozi zbog kojih dijete između prve i druge godine života ne želi jesti su:²⁴

- Ne sviđa mu se izgled ili okus hrane
- Dijete se požuruje ili sili da pojede obrok
- Hrana je prevruća
- Osjeća tjelesnu nelagodu (smeta mu pelena)
- Ne sviđa mu se tanjur na kojem je servirano jelo
- Ne dozvoljava mu se da samo jede zbog mogućeg nereda
- Želi piti, umjesto jesti (želi piti juhu iz šalice)

Kod djece predškolske dobi općenito postoje dva osnovna razloga zbog kojih odbijaju hranu. To su realni ili fiziološki i „nerealni“ ili psihološki razlozi. Fiziološki razlog je najčešće taj kada djeca jednostavno nisu gladna. Neka djeca više vole jesti manju količinu hrane u više obroka, dok druga jedu veće obroke u manje navrata. Isto tako, svako dijete ima drukčiji apetit; netko ima promjenjiv, netko dobar, a netko slab. Fiziološki razlog nejedenja je stvar individualnih razlika djece te ovisi o potrebi i ritmu uzimanja hrane. Kod psihološkog razloga odbijanje hrane nije posljedica zaokupljenosti tjelesnom težinom, nego je rezultat nekih drugih faktora (neprihvatanje novog okusa, želja za održavanjem određenih rituala tijekom

²⁴ <https://vitamini.hr/blog/vitaminoteka/zasto-dijete-nece-jesti-10176/>

hranjenja, želja za privlačenjem pažnje roditelja). Izbirljivost i odbijanje hrane javljaju se u različitim oblicima. Neka djeca jedu samo određena jela koja najviše vole, dok druga djeca normalno jedu svu hranu u vrtiću ili kod prijatelja, a kod kuće su izbirljiva. Ovaj oblik odbijanja hrane u pravilu nije ozbiljan jer djetetovo zdravlje nije ugroženo i ne primjećuju se smetnje u rastu i razvoju. Unatoč učestalosti zabrinutosti roditelja, većina djece u kasnijoj dobi uspješno prevlada teškoće i nema problema s hranom.

Slika 9. Odbijanje hrane kod djece



Izvor: http://www.ringeraja.hr/clanek/kada-dijete-ne-zeli-jesti_497.html (13.07.2020.)

Prema Macht (2005) ako dijete odbija hranu, neki od mogućih uzroka su:

- Dijete ne doživljava fizički osjet gladi ili žeđi
- Dijete doživljava tjelesnu nelagodu kada jede ili pije
- Dijete doživljava emocionalnu nelagodu kao posljedica prethodno doživljenih negativnih situacija u vezi s hranjenjem ili pijenjem
- Dijete je naučilo manipulirati svojom okolinom kako bi dobilo nešto što želi
- Dijete tek mora naučiti da će hranjenje i pijenje proizvesti ugodne okuse i umanjiti glad

- Dijete je zbunjeno u odnosu na to što znači uspješno jesti
- Dijete s jednom odraslom osobom jede uspješno i opušteno, ali ne i s ostalim osobama

Jedna od stvari koja se preporučuje kada je u pitanju otklanjanje problema vezanih uz proces hranjenja je vođenje dnevnika, tj. bilježenje djetetovog stanja i napretka. Potrebno je redovito bilježiti što dijete radi prije, za vrijeme i nakon jela, pod kojim uvjetima jede, a pod kojim odbija jesti te kako djetetova okolina reagira na njegovo hranjenje i neuspjeh u istom. Ključno je za vrijeme procesa hranjenja utvrditi točku u kojoj dijete postiže uspjeh. (Macht, 2005) Bez obzira kako daleko bio cilj, a to je samostalno jedenje ustima, uspjeh će uvijek biti temelj za napredak. Važno je pratiti kako dijete reagira na pojedine signale koje mu dajemo ili koje dobiva iz okoline. Povratni odgovor može biti pozitivan, negativan i neutralan, a dijete je ono koje odlučuje kakav će biti povratni odgovor koji je ono primilo.

7.5.1. TERAPIJA KOD ODBIJANJA HRANE

Ako se odredi da je potrebno, roditelj može potražiti pomoć terapeuta, koji će potom započeti program hranjenja. Dijete ne smije imati nikakvu tjelesnu nelagodu zbog hranjenja, inače program hranjenja neće biti uspješan. Za početak će terapeut istražiti djetetovu povijest hranjenja kako bi se utvrdilo kada su problemi počeli, koliko dugo traju te koji su mogući čimbenici tomu pridonijeli. Potrebno je znati odbija li dijete svu hranu ili jede samo određenu vrstu namirnica, jer je to važna informacija o kojoj ovisi koju vrstu programa će terapeut primijeniti. Ako terapeut otkrije da dijete voljno jede određenu hranu, sljedeći korak bit će otkriti kako povećati unos hranjivih tvari, proširiti raznolikost djetetove prehrane ili kako uspješno potaknuti dijete na nove okuse i da pokuša jesti nove namirnice. Isto tako, treba utvrditi jede li dijete bolje uz prisustvo određene osobe. Otkrije li se da je to točno, preporuča se snimiti video kamerom jednu uspješnu seansu hranjenja kako bi vidjeli što se u sklopu nje zbiva. Hranitelj, najčešće roditelji, dokumentiraju različite pristupe koje koriste pri hranjenju djeteta, što će terapeutu biti od velike pomoći. Ako se odredi „idealna“ situacija u kojoj dijete dobrovoljno jede, potrebno je zabilježiti sve njezine okolnosti (što dijete jede, tko ga hrani, mjesto gdje se odvija hranjenje, doba dana, igračke ili predmeti dostupni tijekom hranjenja, pristup kojim se služi hranitelj). (Macht, 2005) Terapeut se treba konzultirati s djetetovim liječnikom kako bi odredio smije li i koliko tjelesne težine dijete izgubiti u početnoj fazi programa hranjenja. Uz to, potrebno je s roditeljima dogovoriti na što će se usmjeriti stručni napori; na uzimanje hrane i tekućine, njihovu količinu, proširivanje jelovnika ili nešto drugo.

Na početku će terapeut koristiti jednostavnu hranu te će ponuditi hranu kojoj dijete nije sklono zajedno s onom koju normalno jede. Ta hrana koju dijete voli služiti će kao potkrjepljenje za onu neželjenu. Nakon nekog vremena, terapeut mora pronaći maleni korak koji će premostiti jaz između točke u kojoj je dijete uspješno i točke u kojoj se ponašanje „slama.“ (Macht, 2005) Preostalo vrijeme bit će posvećeno pronalaženju najučinkovitije metode koja pomaže da se preskoči prepreka koja ometa djetetov napredak. Reakcije izbjegavanja su jedan od najvažnijih čimbenika koji ometaju jedenje ustima i vrlo je važno pomoći djetetu da ih prevlada. Takve reakcije su stečene iskustvom i pomažu pojedincu da izbjegne ono što je ranije doživljeno kao odbojno. „Djetetu pomažemo nadvladati reakcije izbjegavanja odnoseći se prema njima kao da se nisu dogodile.“ (Macht, 2005: 138) Dok dijete uči kako mu reakcije izbjegavanja više nisu potrebne, terapeut mora pokazati djetetu da jedenje može stvarati zadovoljstvo, da će njegova suradnja okončati obrok i da će u sljedećem obroku isto uživati. Pri tome je važno dati djetetu vremena koliko god je potrebno. Nakon faze istraživanja, terapeut bi trebao znati kada u procesu hranjenja dijete postiže uspjeh i koje vrste reakcije izbjegavanja može očekivati tijekom procesa hranjenja. Za vrijeme faze usvajanja terapeut, odnosno hranitelj se usmjerava na to da pouči dijete da i ono samo, a ne netko drugi, samostalnom radnjom (gutanjem) može utažiti glad i uživati u okusima hrane. Prema Macht (2005) uspješna seansa hranjenja je ona u kojoj dijete iskusi sve ili bar nešto od sljedećeg:

- Utaživanje gladi putem jedenja ustima
- Ugodne okuse
- Slabljenje reakcija izbjegavanja
- Smanjivanje broja zastrašujućih asocijacija s jedenjem ustima

Kako bi hranjenje nastavilo biti uspješno, roditelj bi trebao koristiti iste metode kojima se služio neutralni hranitelj. Pri tome se roditelj mora osjećati ugodno, proces je potrebno provoditi polagano i brižno. Važno je nadzirati roditeljeve pokušaje i nastojanja, posebno kada prvi puta hrani dijete ili kada započinje novi program proširivanja djetetovog jelovnika.

7.5.2. SELEKTIVNO JEDENJE I SVEOBUHVAATNO ODBIJANJE HRANE

Selektivno jedenje je stanje kod kojeg dijete jede samo određenu vrstu hrane, obično dvije ili tri vrste namirnica, a najčešće su to ugljikohidrati. Roditelji uglavnom kod ovog poremećaja nisu toliko zabrinuti za zdravlje djece jer im se tjelesna težina ne mijenja. Više su zabrinuti za socijalizaciju djeteta, odnosno brinu se kako će se dijete uključiti u vrtić ako jede samo određenu hranu, ili kako će pustiti dijete na odmor u hotel i slično.

Poremećaj kod djece koji se jako rijetko javlja, ali je puno ozbiljniji zove se sveobuhvatno odbijanje hrane. Obično se javlja kao posljedica neke traumatske situacije. U takvom stanju dijete odbija jesti, piti, hodati, govoriti i općenito brinuti o sebi. Javlja se gubitak težine i odmah je potrebno potražiti stručnu pomoć. Navike uzimanja hrane kod djece uvelike ovise o obiteljskom odgoju. Najčešće greške koje roditelji rade kada žele potaknuti dijete na uzimanje hrane su:²⁵

- Uvođenje igre dok se dijete hrani; dijete time zaokuplja dodatnu pažnju roditelja pa onda i dalje ustraje u svojoj navici nejedenja
- Prisiljavanje, ucjenjivanje i sl.; dolazi do još jačeg odbijanja hrane od strane djeteta, a u nekim slučajevima mogu se razviti određeni psihološki problemi

Kod oba poremećaja nejedenja potrebno je dijete odvesti na liječnički pregled, ili u slučaju ako stanje nije ozbiljno dovoljno je procijeniti po iskustvu kakav dijete ima apetit pa mu prema tome odrediti adekvatnu količinu, sastav i ritam uzimanja hrane.

Neke od preporučenih mjera koje roditelji i odgajatelji mogu koristiti u svrhu uspostavljanja pravilnog ritma hranjenja, ali i poželjnih navika prehrane kod djece:²⁶

1. Stvaranje pozitivnih stavova prema hrani u cijeloj obitelji (roditelji i ostali trebaju biti uzori koji pripremaju zdravu hranu)
2. Učenje o povezanosti zdravlja i hrane (važno je naučiti dijete zašto je dobro zdravo jesti)
3. Nuditi svakodnevno zdravu i raznovrsnu hranu
4. Izbjegavati nasilno nametanje nove vrste hrane
5. Uključivanje djeteta u nabavku i pripremu hrane
6. Smanjenje količine međuobroka i grickalica

²⁵ [https://www.djecjivrtic-ivanic.hr/documents/za-roditelje/preporuke/Psiholoski_aspekti__\(Ne\)_Jedenja.pdf](https://www.djecjivrtic-ivanic.hr/documents/za-roditelje/preporuke/Psiholoski_aspekti__(Ne)_Jedenja.pdf)

²⁶ file:///C:/Users/HP/Downloads/51_DVO_7_Psiholoski_aspekti_nejedenja.pdf

7. Briga o atmosferi za vrijeme jela (ugasiti TV)
8. Pustiti dijete da se samo hrani; prvo prstima pa onda priborom

Slika 10. Selektivno jedenje kod djece



Izvor: <https://www.24sata.hr/lifestyle/teba-li-tjerati-djecu-da-jedu-ili-jednostavno-maknuti-tanjur-433736> (14.07.2020.)

7.6. PIKA POREMEĆAJ

Pika poremećaj je poremećaj u prehrani kada dijete jede stvari koje nisu jestive i nemaju nikakvu nutritivnu vrijednost. Dobio je ime po latinskom nazivu za svraku; pticu za koju je karakteristično sakupljanje predmeta i jedenje svega na što naiđe.²⁷ Osim kod djece, može se javiti i kod trudnica, najčešće ako su i u djetinjstvu patile od tog poremećaja. Osobe mogu jesti bezopasne predmete kao što je led, ali ponekad i opasne stvari poput metala, što može dovesti do ozbiljnih posljedica. Ako se bolest na vrijeme ne počne liječiti, mogu se javiti određene komplikacije. Ovaj poremećaj se ponekad javlja i kod osoba s intelektualnim oštećenjem i smetnjama u razvoju, ali kod njih obično ostavlja teže posljedice. Simptomi su uglavnom lako uočljivi i jako su neobični jer osoba stalno jede neprehrambene proizvode. Takvo ponašanje mora trajati minimalno mjesec dana da bi se kvalificiralo kao pika poremećaj. Predmeti koje najčešće jedu oboljeli od ovog poremećaja su: led, kreda, tipke,

²⁷ <http://ordinacija.vecernji.hr/zdravlje/ohr-savjetnik/zemlja-pijesak-ili-kosa-na-tanjuru-znate-li-sto-je-pika-poremecaj/>

izmet, dlake, ostaci cigareta, boja, sapun, ljepilo, pijesak, blato, glina, pepeo. Osim navedenih, može biti riječ i o bilo kojim drugim neprehrambenim proizvodima. Uzrok ovog poremećaja i dalje nije u potpunosti otkriven. Neki smatraju da je uzrok nedostatak cinka, željeza i ostalih hranjivih tvari u organizmu te da osoba na taj način želi nadomjestiti nedostatak istog. Kod osoba koje pate od psiholoških poremećaja, poput shizofrenije ili opsesivno-kompulzivnog poremećaja, pika se javlja kao mehanizam suočavanja s poteškoćama. Kod ove bolesti ne postoji specifičan način postavljanja dijagnoze, već liječnik dijagnosticira stanje na temelju povijesti bolesti i još nekoliko čimbenika. Važno je reći liječniku koje sve proizvode dijete konzumira, kako bi mogao postaviti što točniju dijagnozu i odrediti najbolji način liječenja. Potom će liječnik poslati dijete na laboratorijsku analizu krvi, ne bi li se utvrdio nedostatak pojedinih hranjivih tvari u organizmu, najčešće cinka ili željeza.

Slika 11. Pika poremećaj kod djece



Izvor: <https://www.kidsinfo.ba/bs/bebe/zdravlje/psihoterapeutkinja-ivana-trlin-starija-djeca-koja-duze-od-mjesec-dana-jedu-nejestive-tvari-imaju-poremecaj-hranjenja-pika> (15.07.2020.)

7.6.1. LIJEČENJE PIKA POREMEĆAJA

Mnogi pacijenti dođu kod liječnika nakon što se stanje znatno zakomplicira, što nije dobro jer može doći do ozbiljnih zdravstvenih komplikacija kao što su crijevne blokade, parazitske infekcije, trovanje ili gušenje.²⁸ Stoga se liječnik usmjerava na rješavanje već nastalih komplikacija adekvatnim terapijama. Npr. ako je došlo do trovanja olovom, liječnik će propisati lijekove za što brže izlučivanje olova putem urina. Ako se izbjegnu teže komplikacije i ako se na vrijeme javi liječniku, on će usmjeriti pažnju na provjeravanje drugih čimbenika. Liječenje može varirati ovisno o tome radi li se o djetetu, trudnici ili osobi s intelektualnim oštećenjem. U slučaju da se poremećaj javio zbog nedostatka određenih hranjivih tvari, propisat će vitamine i minerale za uspostavljanje ravnoteže. Osim toga, liječnik može zatražiti i psihološku procjenu kako bi provjerio postoje li određeni simptomi koji upućuju na psihološki poremećaj (najčešće shizofrenija ili opsesivno-kompulzivni poremećaj), jer je pika vrsta poremećaja koja može biti povezana s nekim psihološkim obilježjima osobe. Provedena istraživanja pokazala su da se u pojedinim slučajevima pika liječi davanjem multivitaminskih dodataka, ali to nije rješenje kod svih pacijenata. Kod osoba s mentalnim oštećenjima koristi se psihofarmakoterapija za probleme u ponašanju, s ciljem smanjenja želje za jelom neprehrambenih proizvoda. Ne postoji specifičan uzrok ovog poremećaja, pa tako ni jedinstven način prevencije. Međutim, važno je pratiti kod djece razvoj i promjene prehrambenih navika i nadzor onih koji su skloni razvoju navedenog poremećaja. Samo tako se može na vrijeme uočiti i pravovremeno reagirati te na taj način spriječiti ozbiljniji razvoj bolesti i mogućih komplikacija.

²⁸ https://www.krenizdravo.hr/zdravlje/mentalno_zdravlje/pika-poremecaj-uzroci-simptomi-i-lijecenje

8. AKUTNI POREMEĆAJI PREHRANE KOD DJECE

Akutni poremećaji prehrane i u današnje vrijeme, kao i u prošlosti, predstavljaju velik problem u mnogim zemljama diljem svijeta, posebice u onima u razvoju. Toj skupini poremećaja pripadaju akutni proljev i povraćanje, a kao popratna pojava kod oba poremećaja javlja se dehidracija. Najučestaliji je akutni proljev, koji je uzrokovan crijevnom infekcijom, i obično traje otprilike sedam dana. Počinje povećanim brojem stolica, često i više od deset dnevno, a mogu sadržavati i sluz ili krv. (Percl, 1999) Liječenje se provodi ovisno o tome je li dijete dehidrirano te koliki je stupanj dehidracije. Povraćanjem se smatra izbacivanje većeg dijela unesene hrane. Kod ovog akutnog poremećaja liječnik bi trebao obaviti razgovor s djetetom ili njegovim roditeljima, i pritom obratiti pažnju na učestalost povraćanja, vrijeme povraćanja te vezanost uz hranu. Najčešće se liječi simptomatski. Dehidracija je česta popratna pojava kod proljeva i povraćanja. Može biti blaga, umjerena ili teška i označava smanjenu zalihu vode u organizmu. Ovdje je važno procijeniti stanje dehidracije i rehidrirati dijete. Najbolja prevencija akutnih poremećaja je rana edukacija djece o važnosti pranja ruku i općenito održavanju higijene tijela. Za početak je najvažnije naučiti djecu pravilnom pranju ruku te kada i koliko često ih treba prati. Osim toga, jako je važan i način pripreme hrane, odnosno njezina pravilna priprema te je i o tome dobro poučiti djecu još u ranoj dobi.

Slika 12. Pranje ruku kod djece



Izvor: <https://www.roditelji.hr/jaslice/zdravlje-i-njega/pranje-ruku-cuva-nas-od-bolesti/>

(16.07.2020.)

8.1. AKUTNI PROLJEV

Akutni proljev kod djece učestala je pojava i najčešći je razlog za hospitalizaciju u prvih nekoliko godina života. To je često pražnjenje rijetke ili vodenaste stolice koje se razlikuje od normalnog ritma pražnjenja crijeva.²⁹ Obično se definira kao tri ili više tekućih ili obilnih stolica po danu. Kolaček i sur. (2017) definiraju akutni proljev kao gubitak tekućine i nutrijenata stolicom zbog njezine tekuće konzistencije, povećanog broja ili volumena. Može biti popraćen povraćanjem i temperaturom, a najčešće prolazi za četiri do sedam dana. Ukoliko traje duže od četrnaest dana, tada je riječ o kroničnom proljevu. Proljev može nastati posredovanjem dvaju različitih mehanizama. Prema tome razlikujemo osmotski i sekrecijski proljev. „Osmotski proljev nastaje zbog zadržavanja osmotski aktivnih čestica u lumenu crijeva koje povlače vodu.“ (Kolaček i sur. 2017: 251) Kod sekrecijskog proljeva produkti bakterija uzrokuju pojačanu sekreciju elektrolita koju potom slijedi voda. Akutni infekcijski proljev u pravilu je kombinacija oba mehanizma. Proljev je gubitak tjelesne tekućine pa je stoga vrlo važno kod djeteta procijeniti stupanj dehidracije. Za procjenu stanja bolesnika dokazano je najučinkovitija ljestvica za kliničku procjenu dehidracije (engl. Clinical Dehydration Scale – CDS). Okolina u kojoj se akutni proljev češće pojavljuje su siromašne sredine koje imaju nizak higijenski standard, ali i predškolske ustanove s velikim brojem male djece te pothranjenost djece i nedojenje.

Tablica 2. Ljestvica za kliničku procjenu dehidracije djeteta

Obilježje	0	1	2
Opći dojam	Normalan	Žedno, nemirno, iritabilno	Pospano, mlohavo, hladan znoj, komatozno
Oči	Normalne	Izraženi podočnjaci	Uvučene
Sluznice	Vlažne	Ljepljive	Suhe
Suze	Prisutne kod plača	Oskudne	Odsutne

Zbroj bodova: 0 – nema dehidracije; 1 do 4 – blaga dehidracija; 5 do 8 – umjerena do teška dehidracija

Izvor: prema (Kolaček i sur., 2017: 251)

²⁹ <https://www.krenizdravo.hr/mame-i-bebe/zdravlje-djece/proljev-kod-djece-sto-ga-uzrokuje-i-kako-ga-izliječiti>

Prehrana kod akutnog proljeva

Dijete koje boluje od akutnog proljeva treba početi hraniti odmah nakon završene rehidracije, odnosno nakon četiri do šest sati. Iznimku čine dojena djeca koja i tijekom rehidracije trebaju sisati jer dojenje sprječava razvoj akutnog proljeva. Kod blagog proljeva može se djetetu dati mlijeko, voda ili sok. Ako je u pitanju jači proljev, treba jesti lako probavljivu hranu sa složenim ugljikohidratima poput banane, krumpira, riže ili prepečenca. Ako dijete uz proljev još i povraća, treba izbjegavati davanje krute hrane dok povraćanje ne prestane, a izgubljenu tekućinu valja redovito nadoknađivati. Kako se proljev smiruje, tako se dijete može postupno vraćati na uobičajenu prehranu. U slučaju ozbiljnijeg stanja, potrebno je potražiti liječničku pomoć. On će tada ispitati način prehrane djeteta, provjeriti tjelesnu temperaturu te utvrditi je li dijete dehidrirano. Uz to će provjeriti je li prisutno povraćanje, ima li krvi u stolici i javljaju li se bolovi u trbuhu. Na osnovi tih podataka, odnosno rezultata nalaza liječnik će odlučiti što dalje činiti.

Slika 13. Proljev kod djece



Izvor: <https://www.krenizdravo.hr/mame-i-bebe/zdravlje-djece/proljev-kod-djece-sto-ga-uzrokuje-i-kako-ga-izlijeciti> (17.07.2020.)

8.1.1. DEHIDRACIJA KOD AKUTNOG PROLJEVA

Jedan od najopasnijih simptoma, tj. komplikacija kod proljeva je dehidracija. Kod blagog proljeva obično ne dolazi do dehidracije, ali kod umjerenog i jakog proljeva može doći do naglog gubitka tekućine pa time i do dehidracije organizma, ukoliko se ne unosi dovoljno tekućine. Što je dijete mlađe, brže će doći do dehidracije i dijete će naglo izgubiti na tjelesnoj težini te će nastupiti poremećaj općeg stanja. Razlikujemo blagu, umjerenu i tešku dehidraciju. Teška dehidracija može biti vrlo opasna za dijete jer ono u takvom stanju gubi više od deset posto svoje težine i tada mogu nastupiti napadaji, oštećenje mozga, a u najtežim situacijama čak i smrt. Simptomi dehidracije kod djece su:³⁰

- Vrtoglavica
- Suha koža i usta
- Tamni podočnjaci
- Smanjena količina ili nepostojanje urina
- Izostanak suza
- Slabiji puls

Ovi znakovi upućuju na tešku dehidraciju kod djeteta i potrebno je odmah nadoknaditi tekućinu i minerale u organizmu, a nakon toga obavezno potražiti liječničku pomoć.

Slika 14. Dehidracija kod djece



Izvor: <https://www.pitajmamu.hr/clanak/dehidracija-kod-djece-uzroci-simptomi-i-prevenција/>
(17.07.2020.)

³⁰ <https://www.pitajmamu.hr/clanak/dehidracija-kod-djece-uzroci-simptomi-i-prevenција/>

8.2. POVRAĆANJE

Povraćanje u dječjoj dobi nije tako rijetka pojava i češće je prisutno u djece nego kod odraslih osoba jer djeca još nemaju dovoljno razvijen imunološki sustav da ih brani od raznih virusnih infekcija. Povraćanjem se smatra izbacivanje većeg dijela unesene hrane, obično u luku. (Percl, 1999) Najčešće se radi o kratkotrajnoj virusnoj infekciji i dijete se brzo oporavi, bez liječničke pomoći. Prije samog povraćanja javlja se mučnina, ubrzan rad srca i pojačano znojenje. To je način da dijete iz organizma izbacuje štetne tvari koje je unijelo. Neki od mogućih uzroka povraćanja su:³¹

- Crijevna viroza (najčešći uzrok)
- Gastroenteritis (akutna crijevna infekcija)
- Akutna infekcija dišnog sustava
- Upala gušterače
- Sepsa
- Trovanje (hranom ili lijekovima)
- Poremećaji prehrane
- Vožnja

Povremeno povraćanje ne mora nužno biti loše, ali ako postane učestalo, vrlo vjerojatno će doći do dehidracije. Povraćanje obično traje jedan do dva dana. Dijete može osjećati bolove u trbuhu i mišićima, a ponekad i glavobolju te povišenu temperaturu. Osim povraćanja, kod male djece je učestalo bljućanje. Bljućanje označava povraćanje malih količina pojedene hrane. (Percl, 1999) Uglavnom prestaje sredinom dojenačke dobi, ali u nekim slučajevima traje i duže. Ako dijete dobro napreduje i ne gubi na težini, nema razloga za brigu. U slučaju da se dijete ne razvija dovoljno ili gubi na težini, potrebno je potražiti liječničku pomoć. Isto tako, kod obilnih povraćanja, koja također uzrokuju slabiji napredak i gubitak težine, treba se obratiti liječniku. Na pregledu će liječnik obaviti cjeloviti uvid u stanje djeteta i uzeti sve potrebne podatke; trajanje, intenzitet tegoba, informacije o uzimanju lijekova i sl. Najčešće se ne radi o ozbiljnoj bolesti, već o virusu pa će liječnik preporučiti odmaranje i redovito uzimanje tekućine. U slučaju ozbiljnijeg stanja liječnik će napraviti dodatne pretrage i prema tome prepisati odgovarajuće lijekove.

³¹ <https://www.krenizdravo.hr/mame-i-bebe/zdravlje-djece/povracanje-kod-djece-uzroci-simptomi-i-lijecenje>

Slika 15. Povraćanje kod djece



Izvor: <https://www.krenizdravo.hr/mame-i-bebe/zdravlje-djece/povracanje-kod-djece-uzroci-simptomi-i-lijecenje> (18.07.2020.)

8.2.1. DEHIDRACIJA KOD POVRAĆANJA

Ako dijete uz povraćanje osjeća umor i razdražljivo je, a pritom ima suhu kožu i usta te izlučuje urin u smanjenim količinama, sigurno je dehidriralo. Također, mokraća je gusta i intenzivne žute boje, jezik je suh, prisutni su tamni podočnjaci oko očiju, a sve to je popraćeno povišenom tjelesnom temperaturom i glavoboljom. Kao što je već rečeno, djeca brže dehidriraju nego odrasli i potrebno je odmah reagirati. Treba nadoknaditi izgubljenju tekućinu. Iako mnogi smatraju da je dovoljno samo vratiti izgubljenju tekućinu u obliku vode, soka ili čaja, neki stručnjaci tvrde da djetetu treba vratiti i izgubljene elektrolite. Najbolje je postepeno povećavati konzumaciju tekućine kako bi organizam mogao zadržati što veću količinu. Nadoknada tekućine treba biti unutar tri do četiri sata. Ako se dijete još uvijek doji, dobro je nastaviti s dojenjem, a podoji bi trebali biti učestaliji i kraći. Ako dijete neko vrijeme ne povraća, stanje se vjerojatno smirilo. Tada se djetetu može pokušati dati tekuća hrana, poput juhe ili cijedenog soka. Ako se stanje nikako ne poboljšava, treba se obratiti pedijatru.

9. CILJEVI, PROBLEMI ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE

9.1. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Temeljni cilj ovog istraživanja je prema samoprocjeni odgojitelja/ica, utvrditi njihovo znanje i kompetenciju o poremećajima prehrane kod djece predškolske dobi.

Specifični ciljevi istraživanja su utvrditi koliko su poremećaji u prehrani prisutni kod djece predškolske dobi, osjećaju li se odgojitelji/ce kompetentno za rad s djecom s poremećajima u prehrani te smatraju li da su na studijima za rani i predškolski odgoj i obrazovanje premalo zastupljeni kolegiji koji se bave poremećajima u prehrani kod djece predškolske dobi.

9.2. PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

1. Istražiti u kolikom postotku su se odgojitelji/ce u dosadašnjem odgojno-obrazovnom radu susretali s djecom s poremećajima u prehrani.
2. Istražiti uolikoj mjeri se odgojitelji/ce osjećaju kompetentno za rad s djecom s poremećajima u prehrani.
3. Istražiti smatraju li odgojitelji/ce da je na studijima za rani i predškolski odgoj i obrazovanje potrebno uvesti više kolegija koji se bave poremećajima u prehrani kod djece predškolske dobi.

9.3. HIPOTEZE

H1: U ukupnom uzorku najviši je postotak onih odgojitelja/ica koji su se u svom odgojno-obrazovnom radu susretali s djecom s poremećajima u prehrani.

H2: U ukupnom uzorku najviši je postotak onih koji se ne osjećaju kompetentnim za rad s djecom s poremećajima u prehrani.

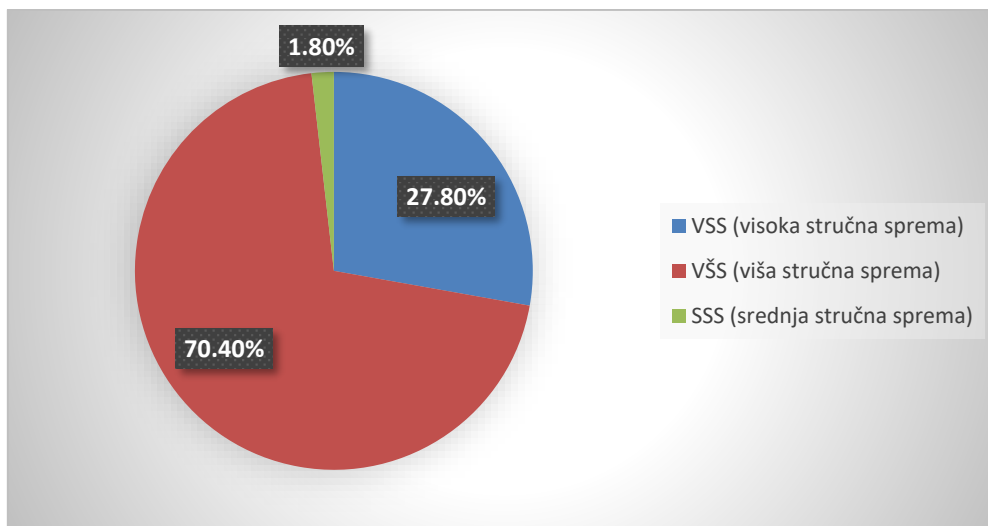
H3: U ukupnom uzorku najviši je postotak onih koji smatraju da je na studije za rani i predškolski odgoj i obrazovanje potrebno uvesti više kolegija koji se bave poremećajima prehrane kod djece predškolske dobi.

10. METODOLOGIJA

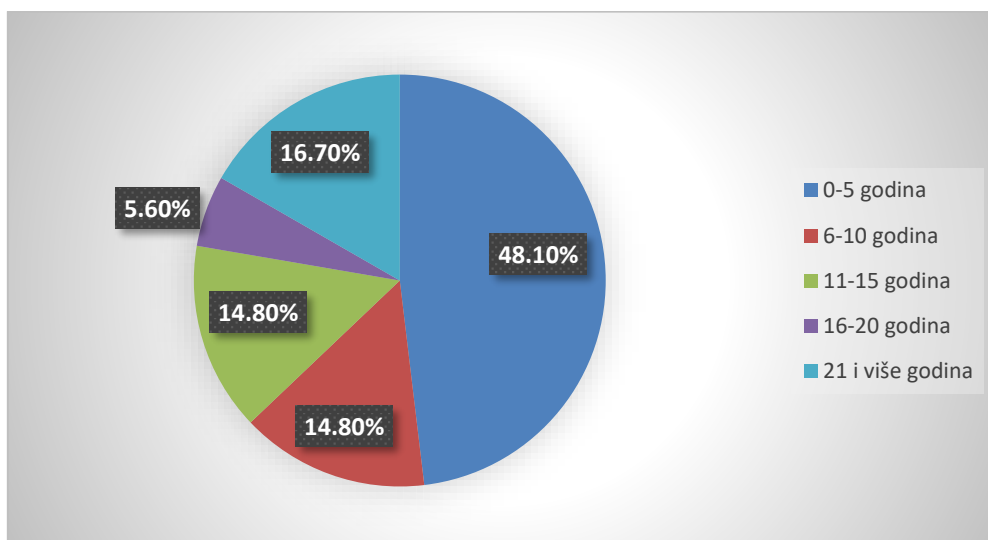
10.1. UZORAK ISPITANIKA

Istraživanje je provedeno na uzorku od 108 ispitanika, tj. odgojitelja/ica koji su zaposleni u dječjim vrtićima te s različitim stupnjem obrazovanja i godina radnog iskustva. U ukupnom uzorku najzastupljenije su odgojiteljice i odgojitelji s višom stručnom spremom (70,4%), a najmanje oni sa srednjom stručnom spremom (1,8%). S obzirom na radni staž, najviše (48,1%) ispitanika ima od 0-5 godina radnog iskustva, dok najmanji broj njih (5,6%) ima 16-20 godina radnog iskustva.

Slika 16. Grafički prikaz raspodjele uzorka prema stupnju obrazovanja



Slika 17. Grafički prikaz raspodjele uzorka prema godinama radnog iskustva



10.2. INSTRUMENTARIJ I NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA

U cijelom istraživanju kao instrument je korišten anketni upitnik koji se rješavao *online*. Prvi dio upitnika odnosio se na sociodemografska obilježja kojim su prikupljeni podaci o razini obrazovanja ispitanika te o godinama radnog iskustva. U drugom dijelu upitnika ispitala se samoprocjena znanja odgojitelja o poremećajima prehrane kod djece predškolske dobi. Neka od ponuđenih pitanja su bila poznaju li osnovne poremećaje prehrane kod djece, mogu li ih prepoznati, jesu li upoznati s metodama liječenja poremećaja, smatraju li se kompetentnima za rad s djecom koja boluju od poremećaja te smatraju li da su na fakultetima dovoljno zastupljeni kolegiji koji se bave poremećajima prehrane kod djece predškolske dobi. Na dva pitanja u upitniku kao ponuđeni odgovor je ispitanicima bilo ponuđeno da ili ne. Primjer čestice je „Jeste li se u dosadašnjem odgojno-obrazovnom radu susretali s djecom s poremećajima u prehrani?“ Na ponuđenih 10 tvrdnji ispitanici su mogli odgovoriti sa -slažem se, -djelomično se slažem, -ne slažem se. Primjeri čestica su „Znam nabrojati najučestalije poremećaje prehrane koji se javljaju kod djece predškolske dobi“, „Osjećam se dovoljno kompetentno za rad s djetetom s poremećajem u prehrani.“

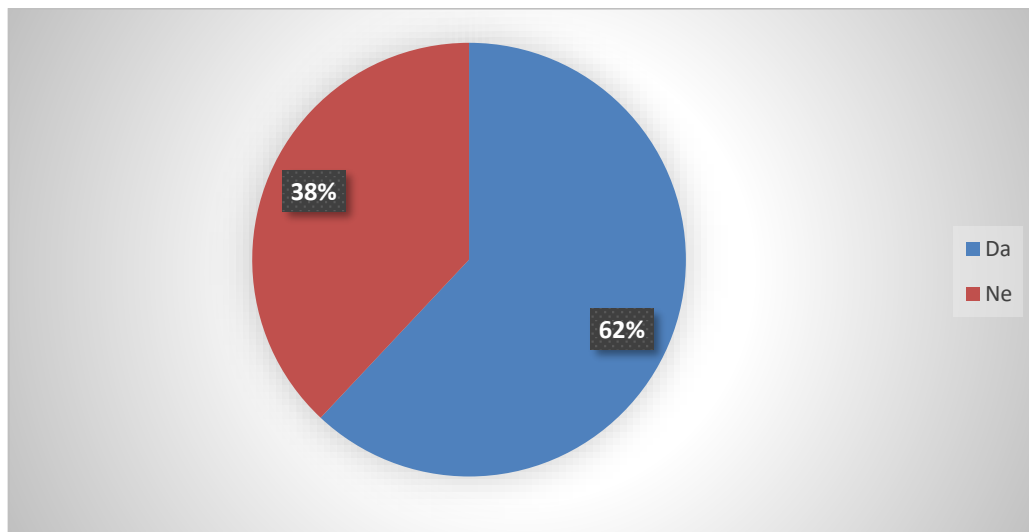
Istraživanje je provedeno *online* te je bilo ponuđeno na društvenim mrežama. Ispitanici su bili upoznati s ciljem istraživanja i navedeno je da je anketa u potpunosti anonimna i dobrovoljna, kao i to da će njihovi podaci i rezultati dobiveni istraživanjem biti korišteni isključivo za potrebu izrade diplomskog rada.

11. REZULTATI I RASPRAVA

O poremećajima prehrane je vrlo važno govoriti i istraživati tu tematiku jer je to problem koji ukoliko se ne liječi u najranijoj dobi, može imati ozbiljne posljedice. Isto tako, ako se na vrijeme prepozna i pravilno liječi, može se u potpunosti izliječiti i u krajnjem slučaju spasiti život pojedincu. Zato je od iznimne važnosti provoditi istraživanja na tu temu kako bi se stekao uvid u raširenost same pojave i ozbiljnost problema.

Slika 18. pokazuje da su se odgojitelji u relativno velikom postotku susretali s djecom koja boluju od određenog poremećaja u prehrani, što ukazuje na raširenost problema i ujedno potvrđuje prvu hipotezu o učestalosti poremećaja kod djece.

Slika 18. Grafički prikaz učestalosti poremećaja prehrane kod djece



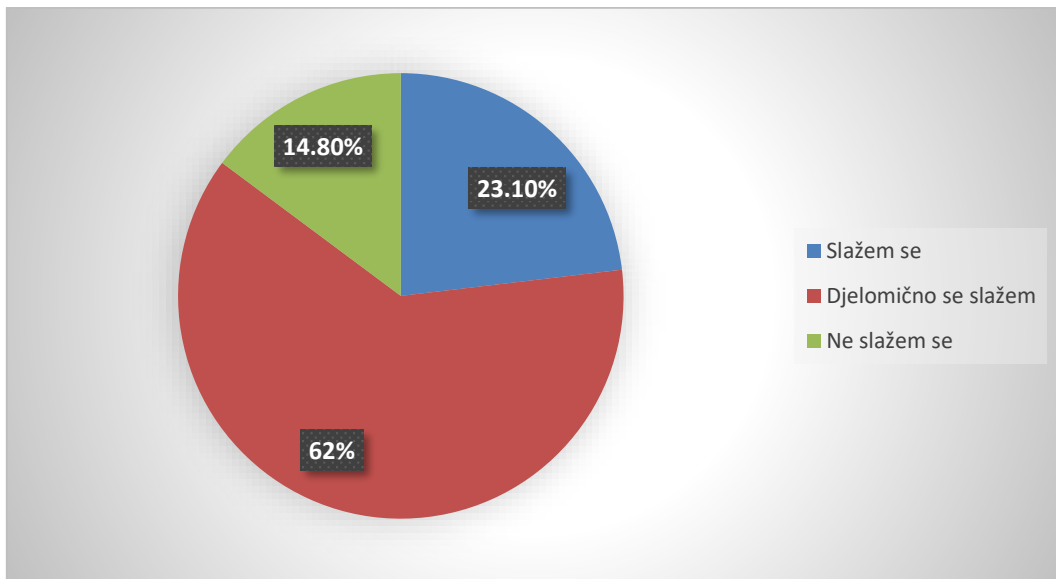
Na pitanje znaju li nabrojati najučestalije poremećaje prehrane koji se mogu javiti kod djece predškolske dobi većina je odgovorila da se djelomično slaže (55,6%), a njih 6,5% ne zna nabrojati. Ovaj podatak govori da dosta ispitanih odgojitelja/ica (38%) ne zna koji su najučestaliji poremećaji prehrane kod djece, što je pomalo zabrinjavajuće jer to znači da ih onda ne bi znali ni prepoznati kod djeteta. Isto tako, jako mali broj ispitanika poznaje uzroke pojave i karakteristike poremećaja prehrane kod djece (14,8%), dok njih 57,4% djelomično poznaje. Sve to ukazuje na nedovoljnu informiranost odgojitelja/ica o navedenoj tematici. Što se tiče prevencije i liječenja poremećaja prehrane, rezultati su slični prethodnima. Naime, samo 14,8% ispitanika smatra da posjeduje dovoljno znanja o načinima prevencije poremećaja prehrane kod djece, dok njih 25% smatra da to ne zna. Kada se govori o liječenju poremećaja prehrane, samo 7,4% ispitanih odgojitelja/ica poznaje metode liječenja pojedinih poremećaja, dok njih čak 38,9% ne zna. Ovaj podatak govori o nužnosti povećanja broja raznih predavanja, edukacija i radionica na kojima će se odgojitelji moći usavršavati i dobiti dodatna znanja o temama koje ih zanimaju i o kojima žele više naučiti.

Nakon samoprocjene znanja, ispitala se samoprocjena kompetencija odgojitelja/ica o radu s djecom s poremećajima prehrane te o suradnji s roditeljima. Tvrdnje koje su se odnosile na prepoznavanje ranih znakova poremećaja te prepoznavanje djeteta s razvijenim poremećajem, imale su slične odgovore. Za obje tvrdnje većina ispitanika je odgovorila da se djelomično slaže, samo 16,7% njih se izjasnilo da mogu prepoznati rane znakove poremećaja, dok 22,2% odgojitelja/ica smatra da je kompetentno prepoznati dijete koje boluje od određenog poremećaja u prehrani. Kod oba odgovora vidljivo je slabo poznavanje poremećaja prehrane kod djece, kao i ranih znakova koji upućuju na razvoj poremećaja. Razlog tomu

može biti, osim postojanja premalo edukacija i ostalih oblika usavršavanja za odgojitelje, također i slaba zastupljenost kolegija o poremećajima na studijima za rani i predškolski odgoj i obrazovanje. Što se tiče poznavanja daljnjih postupaka u vrtiću u slučaju sumnje na poremećaj prehrane kod djeteta, sva tri odgovora imaju podjednak postotak; točnije njih 35,2% se slaže s tvrdnjom, dok se 25% ispitanika izjasnilo da ne zna kome se obratiti u tom slučaju. Bez obzira na relativno velik postotak onih koji su odgovorili da se slažu ili djelomično slažu s prethodnom tvrdnjom, ipak je dosta odgojitelja/ica koji ne znaju što činiti, odnosno kome se obratiti u slučaju sumnje na poremećaj prehrane kod djeteta. Vrlo dobar rezultat je vezan uz tvrdnju „Kompetentan/na sam djecu u skupini pripremiti na dolazak djeteta s određenim poremećajem prehrane.“ Naime, 40,7% ispitanika odgovorilo je da se slaže s tvrdnjom, a samo 14,8% njih se izjasnilo da se ne osjeća kompetentno za to. Objašnjenje za ovaj dobar rezultat bi moglo biti stečeno iskustvo vezano uz to kako pripremiti odgojnu skupinu za razne situacije, pa tako i za novo dijete s poremećajem prehrane. S obzirom da je najveći postotak ispitanika odgovorio da se susretao s djecom s poremećajima u prehrani, a na tvrdnje o općenitom poznavanju poremećaja rezultati nisu bili tako dobri, izglednije je da je riječ o stečenom iskustvu, a ne prethodnom znanju o poremećajima.

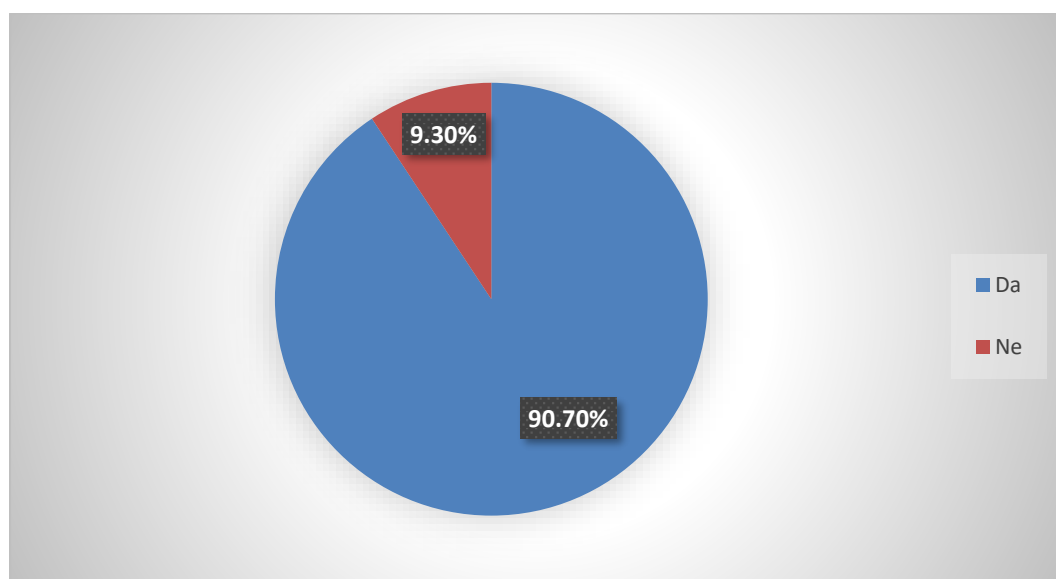
Jedno od temeljnih ciljeva istraživanja je bilo ispitati u kolikoj mjeri se odgojitelji/ce smatraju kompetentnima za rad s djecom s poremećajima u prehrani. Dobiveni rezultat je malo bolji od očekivanoga, a o tome govori slika 19. Najveći broj ispitanika se izjasnilo da su djelomično kompetentni za rad s djecom koja boluju od određenih poremećaja u prehrani (62%), dok je najmanje njih izjavilo da se ne slažu s tom tvrdnjom (14,8%). Prema tome se može zaključiti da druga hipoteza nije potvrđena. Rezultati su zapravo pomalo iznenađujući, sudeći prema prethodnim odgovorima. Dosta velik postotak odgojitelja/ica se djelomično slaže s navedenom tvrdnjom, a objašnjenje za to može biti u tome da najveći broj ispitanika ima 0-5 godina radnog iskustva, pa je možda upravo ta skupina odgojitelja/ica uglavnom dala takav odgovor, i to zbog mogućeg manjka sigurnosti i samopouzdanja. Pretposljednja tvrdnja u anketnom upitniku glasila je „Dovoljno sam kompetentan/na za kvalitetnu suradnju s roditeljima djeteta oboljelog od određenog poremećaja prehrane.“ Rezultati su relativno slični onima iz prethodne tvrdnje. Najviše ispitanika se djelomično slaže s tvrdnjom (54,6%), a najmanje njih (9,3%) se ne slaže s istom. Odgojitelji/ce su također uglavnom nesigurni kada je riječ o kvaliteti suradnje s roditeljima djece s poremećajima prehrane. To može proizlaziti iz negativnog iskustva ili jednostavno iz činjenice da ta suradnja ovisi naravno i o roditeljima pa odgojitelji ne mogu biti sigurni koliko će ona biti kvalitetna.

Slika 19. Grafički prikaz samoprocjene odgojitelja/ica o kompetenciji za rad s djecom s poremećajima prehrane



Posljednji problem u istraživanju bio je istražiti smatraju li odgojitelji/ce da je na studije za rani i predškolski odgoj i obrazovanje potrebno uvesti dodatne kolegije koji se bave poremećajima prehrane kod djece predškolske dobi. Velika većina je odgovorila da treba uvesti još kolegija s tom tematikom, što je potvrdilo treću hipotezu. Rezultat tog pitanja bio je očekivan jer zaista je potrebna ne samo dodatna edukacija odgojitelja/ica, nego je važno i u programe studija povećati zastupljenost kolegija o raznim poremećajima prehrane koji se javljaju u predškolskoj dobi, o njihovoj prevenciji, prepoznavanju i liječenju.

Slika 20. Grafički prikaz mišljenja odgojitelja/ica o uvođenju dodatnih kolegija na temu poremećaja prehrane kod djece



12.ZAKLJUČAK

Poremećaji u prehrani jedan su od težih i ozbiljnijih problema koji pogađa današnju populaciju. S time se susreće sve više djece, i to od najranijeg djetinjstva. Poremećaji vezani uz prehranu se ubrajaju pod psihičke poremećaje, ali uzrokuju brojne tjelesne komplikacije. Oboljele osobe najčešće pate od depresije, anksioznosti i nedostatka samopouzdanja, a simptomi se mogu početi razvijati još u dojenačkoj dobi. Dokazano je da dojenje ima velik utjecaj na razvoj poremećaja hranjenja u djetinjstvu. Naime, stvaranje privrženosti majke i djeteta stavljanjem na prsa odmah nakon rođenja od iznimne je važnosti. Uz to, važna je pravilna prehrana tijekom trudnoće i za vrijeme dojenja, a prvih šest mjeseci nakon rođenja ne preporuča se prekidanje dojenja niti dodavanje umjetnih pripravaka.

Faktori rizika za nastanak poremećaja dijele se na biološke, psihološke i socijalne. Još uvijek nije poznato zašto od poremećaja više obolijeva ženski rod. Neki smatraju da velik utjecaj na to ima provođenje raznih dijeta koje mlade djevojke i žene češće provode, a i mediji su više usmjereni na isticanje idealnog ženskog tijela i savjeta kako smršaviti. Sve to utječe na razvoj negativne predodžbe o svome tijelu i vrednovanje vlastite vrijednosti na temelju fizičkog izgleda. Genetika i obiteljsko okruženje su isto jedan od faktora koji pridonose razvoju poremećaja. Zanimljiva je činjenica da na nezadovoljstvo vlastitim tijelom više utječe inzistiranje obitelji na mršavosti, nego utjecaj medija i vršnjaka. Prevencija poremećaja može biti primarna, sekundarna i tercijarna. Primarna prevencija je usmjerena na promjenu stavova u zajednici, a provodi se primjerice u obliku školskih preventivnih programa. Cilj je promjena prehrambenih navika u djece i zdraviji način života. Sekundarna prevencija za cilj ima rano prepoznavanje bolesti, a usmjerena je na populaciju koja ima različite predispozicije za razvoj poremećaja. Tercijarna prevencija obuhvaća aktivnosti usmjerene izlječenju bolesti koja se već razvila, reguliranje tjelesne mase te sprječavanje pogoršanja bolesti.

Kao što je već rečeno, poremećaji u prehrani su učestala pojava kod djece, a pojavljuju se u dojenačkoj dobi i traju tijekom cijelog razdoblja razvoja. Veći rizik za obolijevanje imaju prijevremeno rođena djeca, djeca koja pate od još nekih poremećaja, kao i djeca s traumatskim ozljedama glave. Na razvoj poremećaja kod djece utječe i roditeljev stil hranjenja djeteta te metode koje koriste tijekom tog procesa. Metode poput prisile i nagovaranja obično djeluju kontraproduktivno na dijete, a i negativno utječu na odnos između roditelja i djeteta. Najučestaliji poremećaji s kojima se susreću djeca su pothranjenost, pretilost, dijabetes, odbijanje hrane i pika poremećaj. Anoreksija nervoza nije toliko česta kod

mlađe djece, ali je važna za napomenuti jer se simptomi mogu početi razvijati još od dojenačke dobi. Djeca isto kao i odrasli vješto izbjegavaju hranu i ne žele priznati zaokupljenost vitkošću i gubitkom tjelesne mase. Pretilost je najzastupljeniji poremećaj novoga doba. Sve više djece ima prekomjernu tjelesnu težinu, a to je rezultat nepravilne prehrane i nezdravog načina života. Pothranjenost isto može uzrokovati brojne zdravstvene probleme kod djece te usporava pravilan rast i razvoj djeteta. Liječenje se provodi nutricionističkim savjetovanjem ili uvođenjem posebne vrste prehrane. Dijabetes je bolest koja je u većini slučajeva posljedica genetske sklonosti, ali može ga uzrokovati i nezdravi način života i prehrane. Zato je kod dijabetičara iznimno važna pravilna prehrana i redovita, ali ne pretjerana tjelesna aktivnost. Odbijanje hrane kod djece je jedan od učestalijih poremećaja. Neki od razloga odbijanja hrane su neprihvatanje novog okusa, želja za održavanjem rituala tijekom hranjenja ili želja za privlačenjem pažnje roditelja. Kod ozbiljnijih poremećaja liječenje se vrši uz pomoć terapeuta. Pika poremećaj nije toliko poznat i učestao, ali kod oboljelih može izazvati teške komplikacije. To je bolest kod koje osoba jede stvari koje nemaju nikakvu nutritivnu vrijednost i jako je važno na vrijeme početi liječenje kako se stanje ne bi zakompliciralo.

Uz navedene poremećaje, postoje i akutni poremećaji, koji predstavljaju velik problem u mnogim zemljama diljem svijeta, posebno onima u razvoju. Riječ je o akutnom proljevu, povraćanju i dehidraciji, koja je posljedica ta dva poremećaja. Akutni proljev je učestao u siromašnim sredinama koje imaju nizak higijenski standard, ali i u predškolskim ustanovama s velikim brojem male djece. Povraćanje u dječjoj dobi nije tako rijetka pojava, a ne mora nužno značiti da je riječ o znaku za uzbunu jer je to način da dijete iz organizma izbacuje štetne tvari koje je unijelo. Dehidracija se može javiti kao posljedica naglog gubitka tekućine te je zato važno kod oba stanja redovito nadoknađivati izgubljenju tekućinu. Potrebno je i javiti se liječniku kako bi ocijenio stanje djeteta i odredio najbolju metodu liječenja.

Poremećaji u prehrani, ukoliko se na vrijeme ne počnu liječiti, mogu imati ozbiljne posljedice za psihičko i fizičko zdravlje djeteta. Na roditeljima je obaveza da kontinuirano prate rast i razvoj svoga djeteta te da se obrate liječniku za potrebne savjete, kako bi prevenirali razvoj mogućih poremećaja i na vrijeme krenuli s liječenjem ukoliko do poremećaja dođe. U tom cijelom procesu brige za pravilan razvoj djeteta i uočavanje nastalih poremećaja je dobro da sudjeluju i odgojitelji. Zajednički cilj svih nas bi trebao biti nastojati osigurati svakom djetetu uvjete za pravilan rast i razvoj, što podrazumijeva zdravu prehranu i redovitu tjelesnu aktivnost, kako bi se spriječio nastanak ili daljnji razvoj poremećaja.

Odgojitelji bi svakako trebali biti dovoljno kompetentni za rad s djecom s različitim poremećajima u prehrani, a to uključuje i podršku djetetu pri prilagodbi u odgojnu skupinu, suradnju s ostalim članovima stručnog tima te suradnju s roditeljima. Naravno, za rad s djecom koja boluju od poremećaja potrebno je posjedovati određeno znanje o osnovnim karakteristikama i uzrocima poremećaja, njihovoj prevenciji i metodama liječenja. Mnogi odgojitelji se osjećaju nesigurno kada je u pitanju rad s djecom koja zahtijevaju posebnu skrb i njegu. To je pretežno posljedica nedovoljne informiranosti i edukacije u ovom slučaju o poremećajima prehrane kod djece. O tome svjedoče i rezultati provedenog istraživanja u kojima se većina odgojitelja izjasnila da općenito ne poznaju dovoljno tematiku poremećaja prehrane, nisu sigurni jesu li kompetentni za rad s djecom s takvim poremećajima, a veći postotak njih je u odgojnoj skupini imao barem jedno dijete s određenim poremećajem u prehrani. Dobiveni rezultati upućuju na nedostatak kvalitetnih edukacija, predavanja i ostalih oblika stručnog usavršavanja odgojitelja, koji bi trebali biti obavezni. Na taj način će odgojitelji moći kontinuirano razvijati i usavršavati svoje znanje i kompetencije iz različitih područja. Druga manjkavost je premala zastupljenost kolegija na studijima za rani i predškolski odgoj i obrazovanje, kao i nedovoljno širok opseg gradiva o toj temi. U istraživanju je velika većina ispitanih odgojitelja/ica odgovorila da je potrebno uvesti više kolegija koji se bave tom tematikom. Naime, studenti nakon završenog studija osjećaju da nisu dovoljno kompetentni za rad s djecom koja se po bilo čemu razlikuju od prosječne djece, a to je uglavnom posljedica toga što na fakultetu nisu bili u mogućnosti steći dovoljno znanja pretežno o radu s djecom koja boluju od poremećaja prehrane te s djecom s posebnim potrebama. Navedeno istraživanje je provedeno s ciljem osvještavanja nedovoljne zastupljenosti teme poremećaja prehrane kod djece; od manjka kolegija na studijima do nepostojanja ili premalog broja kvalitetnog stručnog usavršavanja odgojitelja. Potrebno je adekvatnije obrazovati studente i kontinuirano educirati odgojitelje o ovoj osjetljivoj temi kako bi s više znanja i osjećaja kompetentnosti radili s djecom s poremećajima prehrane, na vrijeme prepoznali nastali poremećaj kod djeteta te kako bi mogli kvalitetno surađivati sa stručnim timom i roditeljima u procesu liječenja poremećaja.

13. LITERATURA

1. Ambrosi-Randić, N. (2004). Razvoj poremećaja hranjenja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Costin, C. (2010). Poremećaji prehrane: 100 pitanja i odgovora. Zagreb: Mozaik knjiga.
3. Dalle Grave, R. (2015). Kako pobijediti poremećaje hranjenja: program temeljen na kognitivno-bihevioralnoj terapiji. Zagreb: Veble commerce.
4. Dumić, M. (2011). Šećerna bolest u djece. Zagreb: Nakladništvo Cro-graf.
5. Grgurić, J. (2004). Poremećaj hranjenja u djece – sve veći problem današnjice. Klinika za dječje bolesti Zagreb, Dostupno na:

file:///C:/Users/HP/Downloads/M52_75.pdf Pristupljeno: 16.06.2020.

6. Keel, P. (2017). Eating Disorders. Oxford: Oxford University Press, Dostupno na:

<file:///C:/Users/HP/Downloads/0d99816f9022c2fb6f4ba9550bd06187.pdf> Pristupljeno: 18.06.2020.

7. Kolaček, S., Hojsak, I., Niseteo, T. (2017). Prehrana u općoj i kliničkoj pedijatriji. Zagreb: Medicinska naklada.
8. Macht, J. (2005). Moje dijete ne želi jesti: kako pomoći djeci koja odbijaju hranu. Lekenik: Ostvarenje.
9. Marčinko, D. i sur. (2013). Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada.
10. Meštrović, A. (2014). Poremećaji hranjenja: Vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći. Centar za poremećaje hranjenja BEA. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Dostupno na:

<file:///C:/Users/HP/Downloads/Edukativna%20bro%C5%A1ura.pdf> Pristupljeno: 17.06.2020.

11. Montignac, M. (2005). Dječja pretilost: Montignacovom metodom protiv prekomjerne tjelesne težine djece i mladeži. Zagreb: Naklada Zadro.
12. Palčevski, G. i sur. Prevencija poremećaja hranjenja. Paediatr Croat. 2016; 60 (Supl 1): 183-192, Dostupno na:

<http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2016/PDF/Dok%2037.pdf> Pristupljeno: (19.06.2020.)

13. Percl, M. (1999). Prehrana djeteta: kako pravilno hraniti dijete od začeca do adolescencije. Zagreb: Školska knjiga.

14. Sambol, K., Cikač, T. Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. Ordinacija obiteljske medicine, Dom zdravlja Varaždinske županije, Medicus 2015; 24 (2): 165-171, Dostupno na:

file:///C:/Users/HP/Downloads/Medicus_v6_165_171_Sambol_Cikac.pdf Pristupljeno: 25.06.2020.

15. Severinski, S., Butorac Ahel, I., Božinović, I. Šećerna bolest tipa 1 u dječjoj dobi. Medicina fluminensis 2016, Vol. 52, No. 4, p. 467-476, Dostupno na:

file:///C:/Users/HP/Downloads/MF_4_2016_severinski.pdf Pristupljeno: 07.07.2020.

16. Sindik, J., Pribela-Hodap, S. Psihološki aspekti (ne)jedenja, Dostupno na:

[https://www.djecjivrtic-ivanic.hr/documents/za-roditelje/preporuke/Psiholoski_aspekti_\(Ne\)_Jedenja.pdf](https://www.djecjivrtic-ivanic.hr/documents/za-roditelje/preporuke/Psiholoski_aspekti_(Ne)_Jedenja.pdf) Pristupljeno: 13.07.2020.

17. Škrabić, V., Unić Šabašov, I. Učestalost i specifičnosti debljine u predškolskoj dobi. Znanstveni Simpozij Debljina – javnozdravstveni problem i medicinski izazov (2014., Rijeka) str. 3-17. Klinika za dječje bolesti, Klinički bolnički centar Split, Dostupno na:

file:///C:/Users/HP/Downloads/737336.Uestalost_i_specifinosti_debljine_u_predkolskoj_dobi.pdf Pristupljeno: 03.07.2020.

18. Vidović, V. Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. Medicus 2009. Vol. 18, No. 2, 185-191, Dostupno na:

file:///C:/Users/HP/Downloads/05_Vidovic.pdf Pristupljeno: 25.06.2020.

19. Wonderlich, S., Mitchell, J., Zwaan, M., Steiger, H. (2006). Annual Review of Eating Disorders. Oxford: Academy Eating Disorders, Dostupno na:

https://books.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=DTyUyyJpMkIC&oi=fnd&pg=PP6&dq=annual+review+of+eating+disorders&ots=SP53iVfESs&sig=cefrwqNKkymWRJ6-9si89Br8LOW&redir_esc=y#v=onepage&q=annual%20review%20of%20eating%20disorders&f=false Pristupljeno: 17.06.2020.

20. Zakanj, Z., Grgurić, J. (2004). Utjecaj dojenja na pojavu poremećaja hranjenja u dječjoj dobi. Klinika za pedijatriju. Klinika za dječje bolesti Zagreb, Dostupno na:

file:///C:/Users/HP/Downloads/M52_77.pdf Pristupljeno: 21.06.2020.

Internet stranice:

1. <https://vitamini.hr/zdravlje-z/poremecaj-hranjenja/poremecaj-hranjenja-u-djece-sve-veci-problem-danasnjice-3146/> (16.06.2020.)
2. <https://klinfo.rtl.hr/roditelji-3/zdravlje/dijete-mrsavo-pothranjenost-adekvatna-prehrana/> (06.07.2020.)
3. <http://ordinacija.vecernji.hr/zdravi-tanjur/kolumna/pothranjenost-u-djece-predskolske-dobi/> (07.07.2020.)
4. <https://www.synlab.hr/dijabetes-kod-djece/> (08.07.2020.)
5. <https://vitamini.hr/blog/vitaminoteka/zasto-dijete-nece-jesti-10176/> (13.07.2020.)
6. file:///C:/Users/HP/Downloads/51_DVO_7_Psiholoski_aspekti_nejedenja.pdf (13.07.2020.)
7. <http://ordinacija.vecernji.hr/zdravlje/ohr-savjetnik/zemlja-pijesak-ili-kosa-na-tanjuru-znate-li-sto-je-pika-poremecaj/> (15.07.2020.)
8. https://www.krenizdravo.hr/zdravlje/mentalno_zdravlje/pika-poremecaj-uzroci-simptomi-i-lijecenje (15.07.2020.)
9. <https://www.krenizdravo.hr/mame-i-bebe/zdravlje-djece/proljev-kod-djece-sto-ga-uzrokuje-i-kako-ga-izlijeciti> (17.07.2020.)
10. <https://www.pitajmamu.hr/clanak/dehidracija-kod-djece-uzroci-simptomi-i-prevencija/> (17.07.2020.)
11. <https://www.krenizdravo.hr/mame-i-bebe/zdravlje-djece/povracanje-kod-djece-uzroci-simptomi-i-lijecenje> (18.07.2020.)

14.PRILOG (Anketni upitnik korišten u istraživanju)

Samoprocjena znanja i kompetencija odgojitelja o poremećajima prehrane kod djece predškolske dobi

Poštovane odgojiteljice i odgojitelji!

Molim Vas da ispunite anketni upitnik za potrebu izrade diplomskog rada na diplomskom studiju Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu na Odsjeku za Rani i predškolski odgoj i obrazovanje. Anketa je u potpunosti anonimna, a Vaši podaci i odgovori koristit će se isključivo za potrebe pisanja diplomskog rada.

Unaprijed zahvaljujem!

1. Stručna sprema

- SSS (srednja stručna sprema)
- VŠS (viša stručna sprema)
- VSS (visoka stručna sprema)
- Ostalo:

2. Godine radnog iskustva

- 0-5 godina
- 6-10 godina
- 11-15 godina
- 16-20 godina
- 21 i više godina

3. Jeste li se u dosadašnjem odgojno-obrazovnom radu susretali s djecom s poremećajima u prehrani?

- Da
- Ne

4. Znam nabrojati najučestalije poremećaje prehrane koji se javljaju kod djece predškolske dobi.

- Slažem se
- Djelomično se slažem
- Ne slažem se

- 5. Posjedujem dovoljno znanja o uzrocima pojave i karakteristikama pojedinih poremećaja prehrane kod djece.**
- Slažem se
 - Djelomično se slažem
 - Ne slažem se
- 6. Posjedujem dovoljno znanja o načinima prevencije poremećaja prehrane kod djece.**
- Slažem se
 - Djelomično se slažem
 - Ne slažem se
- 7. Stekao/la sam dovoljno znanja o načinima liječenja pojedinih poremećaja prehrane kod djece.**
- Slažem se
 - Djelomično se slažem
 - Ne slažem se
- 8. Kompetentan/na sam prepoznati rane znakove koji upućuju na razvoj poremećaja prehrane kod djece.**
- Slažem se
 - Djelomično se slažem
 - Ne slažem se
- 9. Kompetentan/na sam prepoznati dijete koje boluje od određenog poremećaja u prehrani.**
- Slažem se
 - Djelomično se slažem
 - Ne slažem se
- 10. Upoznat/a sam s daljnjim postupcima u vrtiću u slučaju sumnje na poremećaj prehrane kod djeteta. (Kako reagirati, kome se obratiti)**
- Slažem se
 - Djelomično se slažem
 - Ne slažem se

11. Kompetentan/na sam djecu u skupini pripremiti na dolazak djeteta s određenim poremećajem prehrane.

- Slažem se
- Djelomično se slažem
- Ne slažem se

12. Osjećam se dovoljno kompetentno za rad s djetetom s poremećajem u prehrani.

- Slažem se
- Djelomično se slažem
- Ne slažem se

13. Dovoljno sam kompetentan/na za kvalitetnu suradnju s roditeljima djeteta oboljelog od određenog poremećaja prehrane.

- Slažem se
- Djelomično se slažem
- Ne slažem se

14. Smatram da bi studiji za rani i predškolski odgoj i obrazovanje trebali imati više kolegija koji se bave poremećajima u prehrani kod djece predškolske dobi.

- Da
- Ne

Izjava o izvornosti diplomskog rada

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

Kristina Volarić

Zagreb, 2020.