

Poremećaji hranjenja i pretilost u ranoj dječjoj dobi

Lovrin, Ira

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:751344>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-11**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



zir.nsk.hr



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Ira Lovrin

**POREMEĆAJI HRANJENJA I PRETILOST U RANOJ
DJEČJOJ DOBI**

Završni rad

Split, 2023.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Ira Lovrin

**POREMEĆAJI HRANJENJA I PRETILOST U RANOJ
DJEČJOJ DOBI**

**EATING DISORDERS AND OBESITY IN INFANCY AND
EARLY CHILDHOOD**

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

izv.prof.dr.sc. Slavica Kozina

Split, 2023.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Preddiplomski sveučilišni studij sestrinstvo

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Mentor: izv.prof.dr.sc. Slavica Kozina

POREMEĆAJI HRANJENJA I PRETILOST U RANOJ DJEČJOJ DOBI

Ira Lovrin, 41443

Sažetak:

Poremećaji prehrane se obično asociraju uz populaciju adolescenata, iako se mogu manifestirati i kod pedijatrijske populacije u dojenačkoj dobi te ranom djetinjstvu. Glavni zadatak ovog rada je pružiti informacije o atipičnim poremećajima prehrane kod pedijatrijske populacije koje nije lako dijagnostički klasificirati u precizne kategorije. Poremećaji hranjenja koje je teško uklopiti u precizne kategorije su odbijanje hrane (*food refusal*), selektivna prehrana (*picky eating*), averzija prema hrani (*food aversion*) fobija na hranu (*food phobia*), funkcionalna disfagija, emocionalni poremećaj izbjegavanja hrane i dojenačka anoreksija (*infantile anorexia*). Potrebno je spomenuti i pica poremećaj, ruminaciju te javnozdravstveni problem pretilosti.

Opisana su glavna obilježja svake dijagnoze uz potencijalne intervencije i solucije za svaki navedeni poremećaj prehrane. Osim navedenog, naglasit će se važnost zdravstvenog odgoja i pravilne prehrane uz način na koji medicinska sestra u predškolskim ustanovama može dati svoj doprinos u prevenciji poremećaja prehrane.

Glavnu ulogu u prevenciji imaju upravo roditelji koji utječu na pojavnost poremećaja u prehrani uz ishod dođe li do razvoja istih. Osim formiranja djetetove ličnosti, razvijaju se prehrambene navike uz preference upravo po primjeru roditelja, a jednom usvojene obrasce iz doma je teško korigirati. Mediiji, djetetovi vršnjaci, školski i predškolski sustav uz okolinu predstavljaju druge potencijalne utjecaje u djetetovom životu koji mogu potaknuti na promjenu ili učvršćivanje djetetovog stava o prehrani. Ovdje se ističe medicinska sestra kao pomoćnik uz pomoć zdravstvenog odgoja koji se može primijeniti i na roditelje.

Ključne riječi: djeca, poremećaji prehrane, pretilost, zdravstveni odgoj

Rad sadrži: 33 stranice, 55 literaturnih referenci

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR THESIS

University of Split
University Department for Health Studies
Bachelor of Nursing

Scientific area: Biomedicine and health care

Scientific field: Clinical medical sciences

Supervisor: Assoc. Prof. Slavica Kozina, PhD

EATING DISORDERS AND OBESITY IN INFANCY AND EARLY CHILDHOOD

Ira Lovrin, 41443

Summary:

Eating disorders are usually associated with the adolescent population, although they can also manifest in the pediatric population during infancy and early childhood. The main task of this paper is to provide information about atypical eating disorders in the pediatric population that are difficult to fit into precise categories. Eating disorders that are difficult to fit into existing diagnostic categories are food refusal, selective or picky eating, food aversion, food phobia, functional dysphagia, emotional food avoidance disorder and infantile anorexia. It is also necessary to acknowledge pica disorder, infantile rumination and the public health problem of obesity.

The main features of each diagnosis are described along with potential interventions and solutions for each eating disorder listed. In addition to the above, the importance of health education and proper nutrition will be emphasized, along with the way in which a nurse in preschool institutions can contribute to the prevention of eating disorders.

The main role in prevention is played by the parents, who influence the occurrence of eating disorders and the outcome if they develop. Along with the formation of the child's personality, eating habits and preferences are developed precisely by following parents' example and once learned patterns from home are difficult to correct. The media, child's peers, school and preschool education systems along with the environment represent other potential influences in the child's life that can encourage a change or strengthening of the child's attitude about nutrition. This is the point where the nurse stands out as an assistant with the help of health education that can also be applied to parents.

Keywords: children, eating disorders, obesity, health education

Thesis contains: 33 pages, 55 references

Original in: Croatian

SADRŽAJ

SADRŽAJ	III
1. UVOD	1
1.1. INFANTILNA ANOREKSIJA	2
1.1.1. Odnos majke i djeteta u infantilnoj anoreksiji	2
1.1.2. Odnos oca i djeteta u infantilnoj anoreksiji	3
1.1.3. Razvojni model liječenja infantilne anoreksije	4
1.2. ODBIJANJE HRANE	5
1.2.1. Posttraumatski poremećaj hranjenja	5
1.2.2. Trokomponentna intervencija	6
1.3. FUNKCIONALNA DISFAGIJA	7
1.3.1. Upotreba alprazolama u funkcionalnoj disfagiji	7
1.4. EMOCIONALNI POREMEĆAJ IZBJEGAVANJA HRANE	8
1.5. SENZORNA AVERZIJA PREMA HRANI	8
1.5.1. Prevencija senzorne averzije prema hrani	9
1.6. SELEKTIVNA PREHRANA	10
1.6.1. Razvijanje sklonosti prema zdravoj hrani	11
1.7. NEOFOBIJA HRANE	11
1.8. PICA POREMEĆAJ	13
1.9. INFANTILNA RUMINACIJA	14
1.10. PRETILOST	15
1.10.1. Etiologija pretilosti	16
1.10.2. Primarna razina prevencije pretilosti	16
1.10.3. Sekundarna razina prevencije pretilosti	17
1.10.4. Tercijarna razina prevencije pretilosti	17
1.10.5. Djelovanje medija na pojavu pretilosti	18

2. CILJ RADA.....	20
3. RASPRAVA	21
3.1. ZDRAVSTVENI ODGOJ U PREDŠKOLSKIM USTANOVAMA	21
3.1.1. Medicinska sestra u predškolskom sustavu	21
3.2. PRAVILNA PREHRANA DJECE	22
3.3. STJECANJE PRAVILNIH PREHRAMBENIH NAVIKA	23
4. ZAKLJUČAK	25
5. LITERATURA.....	26
6. ŽIVOTOPIS	33

1. UVOD

Poremećaji prehrane se obično asociraju uz populaciju adolescenata, iako se mogu manifestirati i kod pedijatrijske populacije u dojenačkoj dobi te ranom djetinjstvu. Razlikuje se pojam poremećaja prehrane od poteškoća u hranjenju koji se odnosi na neuobičajene načine hranjenja. Istraživanja upućuju na prisutnost problema hranjenja kod zdrave djece u omjeru od 25 do 35%. Omjer za djecu koja zaostaju u rastu se kreće od 33 do 80%. Neusklađenost između unosa hranjivih tvari i nutritivnih potreba djeteta za posljedicu dovodi do poremećenog socijalnog, biološkog i psihološkog razvoja (1).

Poremećaji hranjenja koje je teško uklopiti u precizne kategorije su odbijanje hrane (*food refusal*), selektivna prehrana (*picky eating*), averzija prema hrani (*food aversion*) fobija na hranu (*food phobia*), funkcionalna disfagija, emocionalni poremećaj izbjegavanja hrane i dojenačka anoreksija (*infantile anorexia*). Potrebno je spomenuti i pica poremećaj, infantilnu ruminaciju te javnozdravstveni problem pretilosti (1).

Prema DSM-IV klasifikaciji, glavni dijagnostički kriteriji za poremećaje prehrane kod dojenčadi i djece su:

- početak prije navršene šeste godine
- neadekvatno hranjenje sa značajnim gubitkom tjelesne težine tijekom mjesec dana ili stagnacijom na težini
- poremećaj nije povezan s gastrointestinalnim smetnjama ili drugim općim zdravstvenim stanjem
- poremećaj se ne može bolje opisati drugim mentalnim poremećajem ili nedostupnošću hrane (2)

1.1. INFANTILNA ANOREKSIJA

Infantilna anoreksija je anorganski hranidbeni poremećaj koji se pojavljuje u periodu od šest mjeseci do tri godine, obično između devet i osamnaest mjeseci tijekom prelaska na hranjenje žlicom i samostalnu prehranu. Karakterizirana je odbijanjem hrane koje nema poveznicu s podležećom bolešću ili traumatskim događajem i nedostatnom krivuljom rasta. Dijete ne pokazuje osjećaj gladi i interes za hranu, ali je zainteresirano za istraživanje, igru ili interakciju s roditeljima (3).

Intervencije roditelja su usmjerene na razne pokušaje hranjenja djeteta pomoću distrakcija tijekom hranjenja, ponuda raznolike vrste hrane, hranjenje kroz noć ili pod prisilom što nije dugotrajno rješenje jer rast djeteta i unos hrane ne napreduju. Djetetovo odbijanje hrane dovodi do osjećaja zabrinutosti i frustriranosti roditelja (3).

1.1.1. Odnos majke i djeteta u infantilnoj anoreksiji

Poznato je da se infantilna anoreksija pojavljuje u fazi separacije i individualizacije. Pokušavajući uspostaviti svoju autonomiju i kontrolu, dojenče odbija jesti kako bi zadovoljilo potrebu za majčinom pažnjom i natjeralo je da obrati pozornost na prehranbeno ponašanje (4).

Komunikacija teče u oba smjera – dojenče pomoću plača signalizira glad, sitost, umor ili želju za pažnjom i na majci je da točno prepozna je li dojenče postiglo sitost ili je frustrirano u svojim pokušajima samostalnog hranjenja. Neuspješna interpretacija signala i opetovano nadjačavanje istih dovodi dojenče do stanja zbunjenosti jer ne razlikuje fiziološki osjet gladi i emocionalne potrebe (4).

Nesiguran stil privrženosti roditelja uz temperament djeteta su značajni kontribucijski faktori za sukob tijekom hranjenja. Roditelji s nesigurnim stilom privrženosti se teže snalaze jer ne razumiju ponašanje svog djeteta, kada započeti ili odustati od hranjenja i kako postaviti granice (5).

Kliničke studije pokazuju da je najčešći stil privrženosti kod majki preokupirajući. Izbjegavajući ili dezorganizirani stil privrženosti se pojavljuje kod djece. Atipični obrasci privrženosti imaju poveznicu sa psihosocijalnim stresorima kao što su psihopatologija majke, siromaštvo, zlostavljanje te nestabilni i konfliktni uvjeti u okolini. Izbjegavajuće reakcije djeteta čine dio adaptivne i obrambene strategije kad preokupirana majka pokazuje znakove tjeskobe, zbunjenosti, ekscesivne preokupacije ili bijes povezan s roditeljskom brigom (6).

Analiza individualnih osobina djeteta i majke te njihovog odnosa prilikom razvoja obrazaca hranjenja u prve tri godine djetetovog života posjeduje važnost za kliničku procjenu ranih poremećaja hranjenja, kako bi se uspostavila valjana dijagnostika i intervencije (7).

1.1.2. Odnos oca i djeteta u infantilnoj anoreksiji

Uloga očeva kod dojenčadi s infantilnom anoreksijom varira od slučaja do slučaja. U nekim slučajevima su očevi u potpunosti integrirani u brigu o dojenčadi i problem hranjenja dok u drugima je briga skoro pa isključivo prepuštena majci jer su očevi emocionalno ili fizički odsutni (4).

Prema prethodno provedenim studijama, općenito su majke uključeniije od očeva u odgoj djece. Pronađena je značajna razlika u roditeljskoj osjetljivosti koja je definirana kao sposobnost roditelja da točno interpretira i pravovremeno reagira na djetetove signale. Prikazano je da su očevi manje osjetljivi na djetetove signale tijekom hranjenja, ali samo u kombinaciji sa smanjenom uključenošću u odgoj. Nije uočena razlika osjetljivosti u

obiteljima gdje je otac bio aktivno uključen jer se roditeljska osjetljivost uspjela razviti s vremenom i kontinuiranim interakcijama između roditelja i djeteta (8).

1.1.3. Razvojni model liječenja infantilne anoreksije

Glavni cilj modela je olakšati unutarnju regulaciju prehrane dojenčadi oboljele od infantilne anoreksije uz pomoć tri komponente:

- razumijevanje i nošenje sa specifičnim temperamentalom dojenčeta
- postavljanje granica pomoću razgovora s terapeutom
- preporuke kako organizirati vrijeme za obrok

Dojenčad s infantilnom anoreksijom je percipirana kao tvrdoglaviya, zavisnija, intenzivnijeg i promjenjivog raspoloženja uz nizak prag stimulacije. Znatiželja o svijetu koji ih okružuje potiče istraživanje i interakciju s roditeljima te zbog toga hranjenje nije prioritet. Uspješno primijenjena distrakcija tijekom hranjenja ubrzo gubi novitet što je ne čini više interesantnom. Dojenčad kontrolira pažnju svojih roditelja pomoću odbijanja hrane kako bi zadovoljila potrebu za zavisnošću (9).

Preporuka roditeljima za pobuđivanje osjećaja gladi u dojenčeta je hranjenje u intervalima od tri do četiri sata bez grickalice i pića između, jedino je voda dozvoljena. Ako je dojenče u sjedalici, maksimalno vrijeme hranjenja ne smije prekoračiti dvadeset do trideset minuta. Serviraju se manje porcije uz mogućnost da dojenče samo zatraži drugu ili treću porciju kako bi jelo do sitosti. Ponudom druge žlice i hrane koja se jede prstima dojenče se uči samostalnosti u hranjenju koje treba biti praćeno roditeljskom pohvalom. Hrana se ne smije koristiti za nagrađivanje. Distrakcije tijekom hranjenja i komentari na količinu hrane koje je dojenče pojelo su zabranjeni (9).

Stečeno razumijevanje roditelja o specifičnosti svoje dojenčadi je ublažilo krivnju koju su osjećali zbog uvjerenja kako su oni odgovorni za probleme u hranjenju. Uspješno pobuđivanje svijesti o gladi i sitosti u dojenčeta je izgradilo samopouzdanje roditelja i dovelo do pozitivnijih interakcija (9).

1.2. ODBIJANJE HRANE

Odbijanje hrane se opisuje kao općeniti termin koji obuhvaća široki raspon djetetovih problema s hranjenjem. Konkretnija interpretacija se odnosi na djetetovo odbijanje cjelokupne ili većine ponuđene hrane zbog čega ne zadovoljava svoje kalorijske ili nutritivne potrebe. Smanjeni apetit i specifična ponašanja povezana s ovim problemom su okretanje glave, zatvaranje usta, pljuvanje hrane, grcanje i povraćanje (10).

Najekstremniji oblik je nazvan pervazivnim sindromom odbijanja hrane u kojem dijete odbija jesti, piti, hodati, razgovarati ili sudjelovati u procesu samozbrinjavanja. Opisan je kao ekstremna posttraumatska stresna reakcija u slučajevima dokazanog zlostavljanja ili sumnje na zlostavljanje te oblik naučene bespomoćnosti (11).

1.2.1. Posttraumatski poremećaj hranjenja

Posttraumatski poremećaj hranjenja je stečen kao rezultat iskustva koja su dijete dovela do asocijacije načina hranjenja s traumatskim događajem. Kod nekih slučajeva djeca u cijelosti odbijaju krutu i tekuću hranu što zahtijeva intervenciju hranjenja na sondu. Poremećaj je utemeljen na odbijanju određene konzistencije hrane zbog koje je dijete doživjelo teže grcanje, gušenje ili žgaravicu. Druga iskustva uključuju invazivne postupke ili medicinske intervencije poput postavljanja nazogastrične sonde, orofaringealne sukcije i intubacije (12).

Prizor pribora za jelo i hrane koju dijete asocira s traumatskim događajem uzrokuje strah i uznemirenost te su okidač za otpor i simptome poput plakanja, grcanja i povraćanja. Ostali simptomi uključuju nedostatak svijesti o osjećaju gladi i prihvaćanje bočice jedino u stanju pospanosti (12).

1.2.2. Trokomponentna intervencija

Tri komponente koje čine intervenciju za posttraumatski poremećaj hranjenja su:

- okolišne i fiziološke promjene (raspored i rutine hranjenja)
- bihevioralna terapija (*flooding* terapija)
- promjene u prehrani i podrška roditelja

Trokomponentna intervencija se pokazala uspješnom u 71 do 79% u 24 proučavana slučaja kada je uspjeh definiran pomoću unaprijed određenih kriterija povezanih s problemom hranjenja. Ishod nije ovisio o dobi djeteta (13).

Flooding terapija se temelji na preplavlivanjem podražajima koji izazivaju strah i imaju cilj uklanjanja maladaptivnih oblika ponašanja pri čemu terapeut kontrolira brzinu i intenzitet izlaganja. Uloga hranitelja je da pomogne djetetu u smirivanju anksioznosti i panike kad mu se hrana stavi blizu ili u usta. Intervali hranjenja se odvijaju svakih pet do deset sekundi sve dok obrok ne završi bez prekidanja. Smireno i redovito provođenje tehnike tri do četiri puta dnevno, poštujući period od pet do deset sekundi mogu dovesti do smirenja tjeskobe djeteta. Tehnika se provodi s djecom koja nemaju poteškoća s gutanjem, akutnu bolest i rizik od aspiracije (12).

1.3. FUNKCIONALNA DISFAGIJA

Funkcionalna disfagija predstavlja izraz koji se koristi za opisivanje poteškoća s gutanjem povezanim sa strahom od gušenja. Poznata je i kao *globus hystericus* ili fagofobija. Može se pojaviti kao izolirani simptom praćen traumom ili kao obilježje drugih poremećaja. Funkcionalna disfagija je više uvažavana kao simptom kojeg treba prepoznati i držati pod kontrolom nego kao zasebni entitet. Klinički je pronađena kod djece s emocionalnim poremećajem izbjegavanje hrane, selektivnom prehranom, odbijanjem hrane te ponekad u anoreksiji i izolaciji (14). Prijavljene su dvije vrste funkcionalne disfagije: uvjetovana disfagija koja slijedi nakon traumatične epizode i konverzijska disfagija (15).

1.3.1. Upotreba alprazolama u funkcionalnoj disfagiji

Funkcionalna disfagija je nedovoljno istraženo stanje koje se kroz povijest rješavalo kognitivno bihevioralnom terapijom. Zabilježen je slučaj sedmogodišnjeg dječaka koji je uspješno liječen multidisciplinarnim pristupom koji sadrži bihevioralnu, obiteljsku i terapiju igrom uz uvedeni alprazolam (16).

Propisan je alprazolam prije jela uz nadzor budući da ranije intervencije nisu imale značajan učinak. Alprazolam se pokazao učinkovitim kod odraslih te značajan izuzetak jer benzodiazepini mogu biti smetnja bihevioralnoj terapiji kod funkcionalne disfagije. Prva doza je bila 0,25 mg jedan sat prije obroka pa se postupno povećala na 0,75 mg. Nije bilo nuspojava, a unos hrane se povećao s vremenom što je u konačnici dovelo do normalizacije prehrambenih navika i otpust iz bolnice. Potrebna su daljnja istraživanja upotrebe alprazolama za liječenje funkcionalne disfagije te druge funkcionalno uvjetovanje simptomatologije (16).

1.4. EMOCIONALNI POREMEĆAJ IZBJEGAVANJA HRANE

Emocionalni poremećaj izbjegavanja hrane je obilježen izbjegavanjem hrane zbog razloga nevezanih sa strahom od dobivanja težine te poremećajem raspoloženja u obliku blage depresije, anksioznosti ili fobije od određene hrane. Smatra se dijelom emocionalnog odgovora na loše fizičko zdravlje, iako izbjegavanje hrane nije glavni simptom djetetove bolesti (17).

Djeca su svjesna svoje pothranjenosti, žele povećati tjelesnu težinu i možda ne znaju zašto im je teško postići cilj. Postoji velika vjerojatnost da imaju druge medicinski neobjašnjive simptome dok roditelji gubitak tjelesne težine pripisuju nedijagnosticiranim fizičkim poremećajima (17).

Pronalaženjem alternativnih načina imenovanja i prepoznavanja djetetovih emocija je moguće liječiti anksioznost povezanu s hranjenjem. Podrška u djetetovoj rehabilitaciji se ostvaruje kroz suradnju s roditeljima. Manjina s ovim poremećajem će kasnije razviti anoreksiju nervozu. Neophodan je daljnji rad na potvrdi podvrsta poteškoća s hranjenjem u ovoj populaciji (18).

1.5. SENZORNA AVERZIJA PREMA HRANI

Senzorna averzija prema hrani se uočava tijekom ranih godina kad se djeca upoznavaju sa stolnom i dječjom hranom. Određene namirnice su im izrazito odbojne zbog okusa, mirisa ili teksture te često imaju i druge senzorne poteškoće.

Dijagnostika senzorne averzije prema hrani se bazira na sljedećim stavkama:

- odbijanje određene hrane specifičnog okusa, teksture, mirisa ili izgleda
- početak odbijanja se odvija nakon uvođenja drukčije vrste hrane
- dijete bolje jede kad mu se ponudi preferirana hrana
- dijete mora imati specifične nutritivne deficite, kašnjenje oralne motorike ili oboje

Kad dijete okusi određenu hranu, doživljava negativne reakcije koje se kreću od grcanja, do pravljenja grimasa, povraćanja ili pljućanje hrane. Nakon negativnih reakcija, dijete odbija jesti specifičnu hranu što se proširi i na hranu koja izgleda ili miriše slično. Nerado degustiraju novu hranu, a neka djeca odbijaju jesti hranu koja je dodirivala drugu na tanjuru ili ako nije iz određenog restorana (19).

Odbijanje cijele skupine namirnica ili pojedinih namirnica dovodi do nutritivnih deficita koji zahtijevaju dodatne nadoknade putem suplemenata. Ako se odbija hrana koja zahtijeva značajnije žvakanje, zaostaje razvoj oralne motorike. Na prehrambene preference utječu genetske predispozicije i okolina za hranjenje (20).

1.5.1. Prevencija senzorne averzije prema hrani

Uvođenje raznolike hrane u prvim godinama života je prvi korak u prevenciji senzorne averzije kako bi se djeca naviknula na novu hranu. Uskraćivanje omiljene hrane i obećavanje određenih benefita u pokušaju da dijete jede zdraviju hranu ima negativni učinak. Dijete uči na primjeru – voljniji su probati novu hranu ako promatraju svoje roditelje dok je jedu. Neutralna dispozicija je poželjna jer previše hvaljenja ili negodovanja sa strane roditelja ne utječu pozitivno na spremnost djeteta da proba hranu (20).

Vrijeme trajanja obroka i djetetovo istraživanje hrane dodirrom, igrom ili lizanjem su povezani s prihvaćanjem zdravije hrane u djece koja imaju senzornu averziju. Obroci koji kratko traju ne ostavljaju dovoljno prilika za izlaganje hrani, a predugi obroci imaju potencijal izazvati stres hranitelja (21).

1.6. SELEKTIVNA PREHRANA

Selektivna prehrana, poznatija kao i izbirljivost nema službeno prihvaćenu definiciju i često je privremeno ponašanje koje je dio normalnog razvoja djece predškolske dobi. Izbirljiva djeca imaju jake prehrambene preference, jedu ograničene količine hrane uz ograničen unos određene skupine namirnica (osobito povrća). Prisutna je i neofobija hrane koja se većinom promatra kao zasebni entitet (22).

Postoje spekulacije da je izbirljivost povezana s razvojem poremećaja prehrane ili s pretilošću, ovisno o tome kako se roditelji nose s izbirljivošću svoje djece. Izbirljiva djeca koja konzumiraju manje voća i povrća jedu hranu s visokim udjelom masti ili slatkiše što je rizičan faktor za prekomjernu tjelesnu težinu u djetinjstvu (23). Roditelji koji se služe pritiskom ili kontrolom kako bi naveli dijete na konzumaciju voća i povrća mogu povećati rizik za pojavu problema u ponašanju i negativne asocijacije s jelom što potencijalno dovodi do razvoja poremećaja u prehrani (24).

Utjecaj na izbirljivost u prehrani ima i taktilna osjetljivost djeteta koju čine snažnije afektivne reakcije na taktilni podražaj i bolja cjelokupna taktilna percepcija. Taktilno osjetljivija djeca kojoj se izrazito ne sviđaju određeni podražaji kao što su osjećaj pijeska, trave ili etikete i šavovi na odjeći su osjetljiviji na teksturu hrane tj. taktilne osobine hrane u ustima zbog čega ne vole i odbijaju specifičnu hranu (25).

1.6.1. Razvijanje sklonosti prema zdravoj hrani

Izlaganje okusima širokog raspona hrane u djetinjstvu može pridonijeti smanjenju užitku u hrani i suzbijanju izbirljivosti. Uključivanje djece u proces planiranja obroka, vrtlarenja i kuhanja potiče u djetetu pozitivne osjećaje vlasništva i ponosa te povećava spremnost djeteta za kušanje hrane. Važna je i pozitivna okolina za obrok koju roditelji mogu stvoriti postavljajući ograničenja koliko, gdje i kada jesti uz djetetovu slobodu da donosi vlastite odluke o hrani (24).

Osim taktilnog učenja, prethodna vizualna izloženost povrća putem slikovnica prije obroka olakšava roditeljima i djetetu prihvaćanje i uvođenje povrća u svakodnevnu prehranu. Dokazano je da unos povrća ima zaštitnu ulogu od težih bolesti koje su opasne za život. Vizualizacija voća nije imala značajan učinak na konzumaciju jer je zbog slatkog okusa od početka bolje prihvaćeno (26). Drugi čimbenik je djetetova sklonost prema slatkim i slanim okusima, dok kiseli i gorki okusi nisu preferirani. Preporuka je prvo povrće uvesti u prehranu kako bi se lakše prihvatilo zbog svog gorkog okusa (27).

Senzorna karakteristika koja ima najviše utjecaja na prihvaćanje hrane je tekstura za razliku od boje i okusa što ukazuje na važnost taktilne osjetljivosti kod izbirljivosti u jelu. Varijacije u teksturi, pogotovo kad jelo sadrži komade čvrstih tvari u sebi, umjesto glatke površine utječu na doživljaj hrane (28).

1.7. NEOFOBIJA HRANE

Prehrambena neofobija je strah ili zaziranje od kušanja nove hrane i namirnica te se javlja u svim dobnim skupinama. Najviše je prisutna kod male djece, a kulminira od treće do šeste godine života. U ranoj dječjoj dobi ima svrhu samoočuvanja jer pomaže djeci kako ne bi

konzumirala opasnu ili zaraženu hranu. Ako se ne intervenira, dolazi do jednolične prehrane što predstavlja potencijalni problem u razvoju djece (29).

Neofobija obuhvaća i hranu koja je prethodno kušana, ali je prezentirana u drugačijem obliku. Iako ima poveznicu s izbirljivošću, razlikuje se po tome što izbirljiva djeca ne pružaju toliki otpor prema upoznavanju novih okusa nego općenito nerado jedu određenu hranu jer im nije ukusna. Snažne emocionalne reakcije na izloženost nepoznatoj hrani i metoda liječenja koja uključuje detaljnije upoznavanje s predmetom koji izaziva tjeskobu potvrđuje da prehrambena neofobija pripada u skupinu fobija (30).

Emocija koja obilježava prehrambenu neofobiju je osjećaj gađenja prema namirnicama koje izgledaju gorko ili u slučaju da je dijete neku hranu subjektivno povezalo s osjećajem gorčine što za posljedicu ima odbijanje. Teži slučajevi neofobije zahtijevaju i do petnaest ponovljenih izlaganja hrani. Završna točka neofobije je trenutak kada hrana dospije u djetetova usta čime je strah prema nepoznatoj hrani uspješno savladan (31). Olfaktorna percepcija najviše utječe na doživljaj okusa hrane i stjecanje prehrambenih sklonosti. Neofobična djeca su osjetljivija na mirisni podražaj i pokazuju sposobnost njušenja hrane sa veće udaljenosti za razliku od djece koja nisu neofobična (32).

Budući da izbirljivost i prehrambena neofobija kod djece imaju zajedničku etiologiju po čimbeniku okoline i genetici uz smanjen unos povrća, strategije i intervencije za rješavanje problema su također povezane (33). Učenje po primjeru roditelja i vršnjaka, upoznavanje s hranom putem vizualizacije, senzorne edukacije i ponovljenih izlaganja mogu ponuditi rješenje problema (34).

1.8. PICA POREMEĆAJ

Pica poremećaj korijene vuče iz istoimene latinske riječi *pica pica* što u prijevodu znači svraka. Nazvan je po toj ptici koja ima neobične prehrambene navike isto kao i osobe koje imaju ovaj poremećaj, a to je jedenje nejestivih tvari poput kose, gline, krede, sirovog škroba, pijeska, leda i slično. Populacija koja je najviše zahvaćena su djeca nižeg socioekonomskog statusa, imigranti, izbjeglice i trudnice (35).

Kako bi se pica poremećaj dijagnosticirao, period hranjenja nejestivim tvarima mora trajati najmanje jedan mjesec bez poveznice s odbojnošću prema hrani. Također mora biti dovoljno intenzivan kako bi se pružila pomoć stručnjaka i ne smije biti dio nečije kulture zbog spiritualnih, medicinskih ili socijalnih razloga. Vrste pica poremećaja završavaju sa sufiksom – *fagija*. Primjerice, u neuropsihijatriji su najpoznatije emetofagija (ispovraćani sadržaj) i koprofagija (feces), dok su amilofagija (sirovi škrob) i geofagija (zemlja) najčešće vrste pica poremećaja (35).

Komplikacije ovise o tvari koja je probavljena, ali se mogu svrstati u nekoliko skupina:

- inherentna toksičnost
- crijevna opstrukcija (geofagija, trihofagija)
- prekomjerni unos kalorija (amilofagija)
- deprivacija kalorija
- parazitske infekcije
- dentalne ozljede (pagofagija) (36)

Pica poremećaj se obično povuče samostalno nakon edukacije djeteta o jestivim i nejestivim tvarima uz nadziranje što sve dijete stavlja u usta. Bihevioralna terapija, obiteljsko savjetovanje i psihoterapija ulaze u razmatranje kada edukacija i nadzor ne postižu rezultate. Potrebno je pružiti medicinsku pomoć u slučaju komplikacija poput trovanja olovom i

opstrukcije crijeva, dok se deficit određenih tvari poput željeza nadoknađuje suplementima (35).

1.9. INFANTILNA RUMINACIJA

Ruminacija u kontekstu poremećaja prehrane je regurgitacija nedavno probavljene hrane u ustima te nije prethođena mučninom ili povraćanjem. Pritom se regurgitirana hrana žvače da bi se progutala ili ponovno ispljunula. Prisutna je u svim populacijama, najviše kod žena i nedovoljno je dijagnosticirana (37).

Uključujući standardno ponašanje kod ruminacije, drugi čimbenici koji moraju trajati najmanje tri mjeseca za utvrđivanje dijagnoze s tim da tri ili više od navedenih simptoma mora biti prisutno su:

- početak između tri i osam mjeseci
- nema znakova povraćanja ili stresa
- ne poboljšava se promjenom formule, antirefluksnim liječenjem, obuzdavanjem ruku ili gastrostomijom
- ne događa se tijekom spavanja i kada dojenče ima interakciju s okolinom (37)

Uzrok infantilne ruminacije se krije u dinamici odnosa majke i dojenčeta. Odgovor na emocionalnu deprivaciju majke je ruminiranje koje se događa jer dojenče nije zadovoljilo svoju želju za sigurnošću, njegovanjem i stimulacijom. Tako dojenče ponovno prolazi kroz proces hranjenja, olakšavajući svoj stres stvaranjem stimulacije s ciljem kompenzacije nedostatka majčine uključenosti (38).

Razvojno primjerna solucija se fokusira na saniranje gubitka na tjelesnoj težini dojenčeta i otklanjanje sklonosti ruminiranja. Individualna psihoterapija za majku i obiteljska terapija

uz intenzivnu brigu o dojenčadi i edukacija su ključni za napredak (39). Alternativna solucija je uvođenje medicinske sestre ili druge zamjenske majčinske figure koja će imati socijalnu interakciju s dojenčetom i hraniti ga dok je budno.

Dopuštenje roditelja je potrebno za navedeni postupak jer majke znaju imati osjećaj krivnje, bijesa i neadekvatnosti zbog uvođenja privremene supstitucije. Zadaća medicinske sestre je biti pomoćnica roditeljima i liječniku u brizi o dojenčetu, ne kao superiornija zamjena ili didaktička uloga. Informativni razgovori s roditeljima poboljšavaju odnos i pružaju mogućnost za introspekciju što može ohrabriti roditelje na prihvaćanje formalnije psihoterapeutske podrške (40).

1.10. PRETILOST

Pretilost je kronična multifaktorijalna bolest koja se pojavljuje kada unos i potrošnja energije nisu usklađeni te znatno utječe na duljinu i kvalitetu života u populaciji. Problem je prepoznala i Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) koja smatra da je razina problema pandemijska (41). Recentnije istraživanje u Republici Hrvatskoj pokazuje da je prekomjerna tjelesna težina uz pretilost prisutna kod 34,9% djece. Izraženija je kod dječaka sa 38,7%, dok je 31% u djevojčica (42).

Dijagnoza se uspostavlja antropometrijskim mjerama prema spolu i dobi djeteta korištenjem indeksa tjelesne mase (ITM) kojeg čine omjer tjelesne težine u kilogramima i tjelesna visina izražena u metrima na kvadrat (kg/m^2). Dobiveni indeks tjelesne mase se uspoređuje s nacionalnim referentnim vrijednostima, dok se u predškolskoj dobi prate vrijednosti Svjetske Zdravstvene Organizacije. Prenatalna i adolescentna dob uz djecu čije su godine u rasponu od četvrte do šeste su najrizičniji periodi za razvoj pretilosti (41).

1.10.1. Etiologija pretilosti

Pretilost može biti primarna što je najčešći oblik ili sekundarna kao posljedica određenih bolesti. Rijetko se pojavljuje sekundarna pretilost kao dio endokrinoloških, neuroloških ili nasljednih bolesti i sindroma. Najveću ulogu u razvoju pretilosti imaju loše prehrambene navike uz sedentarni životni stil obitelji i djeteta što zahtijeva korekciju. Obiteljsku anamnezu, socioekonomske uvjete i obrazovanje roditelja treba istražiti jer roditelji koji su pretili i lošije obrazovani imaju veću vjerojatnost da će i njihovo dijete biti pretilo. Ostali bitni podaci su izbor i način pripreme namirnica s nutritivnom vrijednošću, broj i redovitost obroka, tjelesna aktivnost, vrsta pića i duljina spavanja. Prevencija pretilosti se provodi na nekoliko razina: primarna, sekundarna i tercijarna te često traži multidisciplinarni pristup (43).

1.10.2. Primarna razina prevencije pretilosti

Ciljana skupina za primarnu razinu prevencije u užem smislu su trudnice, predškolska djeca i djeca koja su dio obrazovnog sustava, a glavno sredstvo za postizanje napretka je edukacija. Posljedice primarne prevencije se mogu vidjeti nakon dužeg vremena. Procjenjuje se da primarna prevencija započinje pretkonceptijski i tijekom trudnoće educiranjem o važnosti i benefitima dojenja i o utjecaju povećanje tjelesne težine majke kao prediktor pretilosti djeteta (44).

Ističe se važnost dojenja i majčinog mlijeka kao preventivna mjera u razvoju pretilosti jer adekvatno ispunjava djetetovu želju za hranom, rast i razvoj te ima imunološke i psihološke benefite. Nutritivni sastav majčinog mlijeka ima manji ukupan unos energije nego dojenačka formula, a djeca mogu sama regulirati unos hrane čime se izbjegava prekomjeren unos energije. Rizik za pojavu pretilosti se reducira s duljinom dojenja (44).

Zbog svog nutritivnog sastava, dojenačke formule mogu biti kontribucijski faktor za pretilost. Bjelančevine kojima je podrijetlo u kravljem mlijeku nisu odgovarajuće ljudskim potrebama, a dodatci u proizvodnji mlijeka sadrže velike količine maltodekstrina. Maltodekstrin zbog visokog glikemijskog indeksa izaziva snažan inzulinski odgovor (44).

Edukacija predškolske djece je orijentirana na implementiranje zdravog životnog stila, raznovrsnije prehrane koja se sastoji od povećanog unosa voća i povrća uz svakodnevno poticanje tjelesne aktivnosti. Vremensko ograničenje se primjenjuje na računalu, igranje video igara i gledanje televizije (44).

1.10.3. Sekundarna razina prevencije pretilosti

Sekundarna razina prevencije pretilosti podrazumijeva populaciju koja je rizična za razvijanje pretilosti. Pretežito se misli na djecu i adolescente koji zbog genetike, obiteljske anamneze i sedentarnog životnog stila imaju predispozicije za nastanak i održavanje pretilosti uz one kojima je pretilost jedna od osnovnih bolesti. Indeks tjelesne mase kod ove populacije se nalazi u rasponu od 85. do 95. percentile i 25 do 25,9 kg/m² za godine i spol. Podučavanje ove skupine se temelji na nadziranju i održavanju tjelesne težine kako bi se spriječio nastanak cjeloživotnih bolesti koje negativno utječu na cjelokupnu kvalitetu života. Parametri koji se prate su krvni tlak, urin, glukoza u krvi, hepatogram i ostale laboratorijske vrijednosti koje mogu biti pokazatelj na bolesti uzrokovane pretilošću (45).

1.10.4. Tercijarna razina prevencije pretilosti

Tercijarna razina prevencije pretilosti inkorporira osobe čiji je indeks tjelesne mase veći od 97. percentile za godine i spol, s tjelesnom težinom većom od 30 kg/m². Nastoji se spriječiti pogoršanje pridružene bolesti reguliranjem povećane tjelesne težine (46). Pristup je individualan jer se dijete upućuje na konzilijarne preglede kod subspecijalista na temelju

glavnih simptoma i manifestacija pridružene bolesti. Liječnici koji su odgovorni za skrb djeteta u suradnji sa subspecijalistima i ostalim suradničkim zanimanjima (psiholozi, nutricionisti, kineziolozi i drugo) traže rješenje za unapređenje zdravstvenog stanja (43).

1.10.5. Djelovanje medija na pojavu pretilosti

Mediji imaju širok utjecaj na formiranje stavova, percepcije i osjećaja gledatelja prema određenoj temi koja se obrađuje. Međutim, nisu svi sadržaji koji su prezentirani poučne prirode, niti su informacije uvijek točne. Manjak kritičnog stava prema sadržajima koji mediji prezentiraju čine djecu idealnom metom za oglašavanje raznih proizvoda. Djeca nemaju vlastite prihode, nego su roditelji potrošači na koje djeca mogu utjecati prilikom odluke o kupnji nekog proizvoda (47).

Porastao je broj televizijskih reklama usmjerenih na djecu, a najviše se od prehrambene industrije oglašava brza hrana koja je bogata mastima, soli i šećerima uz gazirana pića te prehrambene lance koji nude u ponudi istu. Kako bi takva hrana bila atraktivnija, često se koriste likovi iz popularnih animiranih filmova i kulture, nudeći besplatnu igračku uz nezdravi obrok (48).

Oglašavanje brze hrane dovodi do brojnih negativnih posljedica vezanih za uhranjenost i izbor hrane, od kojih su najvažnije sljedeće:

- veći broj pogledanih reklama ima veći broj pokušaja utjecanja djeteta (od treće do jedanaeste godine) na roditelje prilikom kupovine u supermarketu
- gledanje televizije tijekom obroka pridonosi lošijem načinu prehrane
- kratka izloženost oglasima hrane djeluje na prehrambene preference djece od druge do šeste godine života

Pojedine države u kojima su strožiji zakoni o oglašavanju namijenjenom djeci su donekle uspjele doskočiti problemu, na primjer skandinavske države i Belgija gdje je prevalencija dječje pretilosti niža (48). Slovenija također ima pravila gdje se ne smije reklamirati nezdrava hrana u vrijeme kada djeca gledaju televiziju, dok je Mađarska 2011. godine donijela zakon o etiketiranju i oporezivanju nezdrave hrane.

Istraživanja provedena u Hrvatskoj ukazuju na nedostatnu komunikaciju o prehrambenim proizvodima između djece i roditelja jer samo 14% djece raspravlja o toj problematici, dok njih 26% obraća pažnju na sadržaj oglasa za prehrambene proizvode. Osim toga, prehrambene navike djece su generalno loše jer je slab unos voća, povrća i ribe, a gazirana pića i grickalice se povećano konzumiraju. Potrebno je opskrbiti roditelje provjerenim informacijama jer su oni najveći uzori djetetu kod stvaranja dobrih navika u prehrani (47).

2. CILJ RADA

Glavni zadatak ovog rada je pružiti informacije o atipičnim poremećajima prehrane kod pedijatrijske populacije koje nije lako dijagnostički klasificirati u precizne kategorije. Opisana su glavna obilježja svake dijagnoze uz potencijalne intervencije i solucije za svaki navedeni poremećaj prehrane. Osim navedenog, naglasit će se važnost zdravstvenog odgoja i pravilne prehrane uz način na koji medicinska sestra u predškolskim ustanovama može dati svoj doprinos u prevenciji poremećaja prehrane.

3. RASPRAVA

3.1. ZDRAVSTVENI ODGOJ U PREDŠKOLSKIM USTANOVAMA

Zdravstveni odgoj označava formalne i neformalne metode učenja koje imaju za cilj postići poboljšanje vlastitog zdravlja usmjeravanjem na pojedinca ili grupu uz suradnju ljudi i stručnjaka (49). Implementiranje i uvođenje zdravstvenog odgoja u predškolske ustanove omogućuje djeci da što ranije steknu znanja, pozitivne navike i vještine za zdrav život. Kao dio odgojno – obrazovnog procesa mora biti planiran s jasno definiranim ciljevima, načinima provođenja i postignućima. Zdravstveni odgoj uključuje i roditelje, odgajatelje uz ostale institucije koje skrbe o zdravlju (50).

Glavne teme koje su obrađene u sklopu zdravstvenog odgoja u vrtiću su:

- pravilna prehrana
- osobna higijena ruku i tijela
- očuvanje i poboljšanje zdravlja
- čistoća okoliša i rekreativni boravak u prirodi
- važnost tjelesne aktivnosti (50)

3.1.1. Medicinska sestra u predškolskom sustavu

Ulogu zdravstvenog voditelja u vrtiću izvršava magistra ili viša medicinska sestra koja je opremljena stečenim znanjima iz područja medicine, komunikacijskih vještina uz organizacijske modele i procesa zdravstvene njege koje svakodnevno koristi u svom radu. Medicinska sestra u predškolskoj ustanovi je najčešće jedini djelatnik i mora poštovati etički kodeks ustanove te posjedovati specifične kompetencije. Također mora ostvariti suradnju s

drugim ustanovama te poslove stručnog usavršavanja uz planiranje zdravstvene zaštite i odgojnih mjera u ustanovi (51).

Bez obzira na zakonske propise koji nalažu zapošljavanje zdravstvenih voditelja čija bi svrha bila provođenje zdravstvenog odgoja i ostvarivanje suradnje uz provođenje zdravstvenih mjera sa zdravstvenim sustavom, čini se da je to u praksi nedovoljno ostvareno. Čak dvije trećine vrtića nemaju zaposlene zdravstvene voditelje u svojim ustanovama. Dodatni problem je manjak praćenja i evaluacija provedenih zdravstvenih mjera u vrtićima u većini županija i na nacionalnoj razini (52).

Istraživanje provedeno na području Virovitičko – podravske županije potvrđuje hipotezu da većina vrtića nema zdravstvenog voditelja, njih čak 56% što znači da dio posla obavljaju ostali djelatnici. Prikupljeni podatci o provođenju prehrane u vrtićima su većinom zadovoljavajući, osim sitnih nedostataka kao što su slaba konzumacija morskih plodova i nuđenje slatkiša kao nagrade (53).

3.2. PRAVILNA PREHRANA DJECE

Pravilna prehrana djece je važan preduvjet za adekvatan rast i razvoj te formaciju u zdravu odraslu osobu. Nedostatna prehrana može prouzrokovati slabi kognitivni razvoj, smanjeni opseg pažnje i koncentracije uz utjecaj na uspješnost u kasnijem životu. Prehrambene navike djeteta se formiraju od malih nogu, a najveći utjecaji su okolina, roditelji, mediji, školske i predškolske ustanove (54).

Osnovni kriteriji za pravilnu prehranu su da hrana mora biti uravnotežena s odgovarajućim unosom energije i nutrijenata koji odgovaraju dječjim potrebama uz zdravstvenu ispravnost, preventivno djelovanje i znanstvenom utemeljenošću (54).

Prehrana u vrtiću se planira prema godišnjem dobu, dobi djeteta i dužini boravka djeteta u vrtiću o čemu ovisi broj obroka i način pripreme. Dnevna prehrana ima tri glavna obroka uz dva do tri međuobroka. Ručak mora imati u ponudi lako probavljivo meso, ribu ili jaja uz povrće i žitarice. Izvrstan izbor za međuobrok je svježe ili suho voće, sir ili povrće. Bitan je i unos tekućine, pogotovo kod male djece koja ne znaju izraziti žeđ, pa je negazirana voda najbolji odabir. Prirodni voćni sokovi koji su cijedeni ili voćni čajevi bez kofeina i teina su dio prikladne ponude (54).

3.3. STJECANJE PRAVILNIH PREHRAMBENIH NAVIKA

Skлонost prema određenoj hrani djeca formiraju iskustveno, isprobavanjem različite vrste hrane i tako postupno prihvaćaju različite okuse iz prehrane u okolini. Navikavanje i prihvaćanje nove hrane praćeno je mehanizmima ućenja – klasično i instrumentalno uvjetovanje te opservacijsko ućenje. Klasično uvjetovanje je odgovorno za lakše prihvaćanje novih okusa i vrsta hrane kad je ponuđena s poznatom hranom. Instrumentalno uvjetovanje ima temelj prihvaćanja nepoznate hrane od ranije koja posjeduje ugodan okus ili budi ugodne osjećaje. Opservacijsko ućenje je usvajanje novih ponašanja promatrajući druge (55).

Roditeljski stilovi su značajni u formiranju prehrambenih navika i slike o pravilnoj prehrani. Pokazalo se da je najbolji roditeljski stil autoritativni, koji poštuje djetetove želje, istovremeno uzimajući u obzir mišljenje i stav roditelja o prehrani djeteta. Djeca autoritativnih roditelja posjeduju pozitivnije mišljenje prema pravilnoj prehrani u adolescenciji i zdravije se hrane. Djeca popustljivih roditelja se pretežito hrane masnom i slatkom hranom uz smanjen unos mlijeka. Dijete odgojeno autoritarnim stilom je praćeno povišenom tjelesnom težinom i osjetljivošću na signale o sitosti (55).

Odbijene namirnice koje su nužne u prehrani se mogu na različite načine ponovno ponuditi kako bi se postepeno dijete naviklo na okus. Ipak, ako nakon puno pokušaja dijete i dalje odbija određenu hranu, bolje je razmisliti i pronaći alternativu koja će zadovoljiti nutritivne potrebe i preferirane djetetove okusne komponente. Zdravstveni voditelji u vrtiću također mogu pomoći u približavanju novih okusa kroz radionice o hrani, tematske igre koje uključuju osjetila uz sudjelovanje djece u pripremi jela (55).

4. ZAKLJUČAK

Poremećaji u prehrani ne zahvaćaju samo adolescente i odrasle osobe, nego i pedijatrijsku populaciju u najranijoj životnoj dobi. Atipični poremećaji prehrane koji su vezani uz tu populaciju nisu dovoljno poznati u široj javnosti te su nedovoljno dijagnosticirani i istraženi.

Glavnu ulogu u prevenciji imaju upravo roditelji koji utječu na pojavnost poremećaja u prehrani uz ishod dođe li do razvoja istih. Roditeljski stilovi odgoja i privrženosti formiraju dijete u osobu koja će postati kada odraste. Osim formiranja djetetove ličnosti, razvijaju se prehrambene navike uz preference upravo po primjeru roditelja, a jednom usvojene obrasce iz doma je teško korigirati.

Strpljenje, dosljednost i smirenost su ključne osobine za prevladavanje teškoća u prehrani uz pohvalu kada se postigne napredak. Važno je napomenuti da proces ide postepeno i kako se ništa pozitivno ne postiže prisiljavanjem ili distrakcijama koje su kratkotrajno rješenje.

Mediji, djetetovi vršnjaci, školski i predškolski sustav uz okolinu predstavljaju druge potencijalne utjecaje u djetetovom životu koji mogu potaknuti na promjenu ili učvršćivanje djetetovog stava o prehrani. Ovdje se ističe medicinska sestra kao pomoćnik uz pomoć zdravstvenog odgoja koji se može primijeniti i na roditelje.

Integriranje djece u pripremu određene hrane, tematske igre koje uključuju osjetila, edukativne radionice i prezentiranje hrane na zabavan način, npr. slikovnicama pomaže u preispitivanju i korigiranju loših prehrambenih navika uz povećanje spremnosti za novu hranu i okuse.

5. LITERATURA

1. Grgurić J. Poremećaj hranjenja u djece- sve veći problem današnjice. Medix : specijalizirani medicinski dvomjesečnik [Internet]. 2004 [pristupljeno 02.05.2023.];10(52):75–76. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/31745>
2. Sokol MS, Steinberg D, Zerbe KJ. Childhood eating disorders. Current Opinion in Pediatrics. 1998 Aug;10(4):369-78.
3. Vlašić-Cicvarić I, Korotaj-Rožmanić Z, Knez R, Peršić M. Poremećaji uzimanja hrane i hranjenja u ranom djetinjstvu . Paediatrica Croatica Supplement [Internet]. 2008 [pristupljeno 02.05.2023.];52(1330-724X):116–20. Dostupno na: <http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2008/pdf/dok20.pdf>
4. Chatoor I. Infantile Anorexia Nervosa: A Developmental Disorder of Separation and Individuation. Journal of the American Academy of Psychoanalysis. 1989 Mar;17(1):43-64.
5. CHATOOR I, GANIBAN J, HIRSCH R, BORMAN-SPURRELL E, MRAZEK DA. Maternal Characteristics and Toddler Temperament in Infantile Anorexia. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2000 Jun;39(6):743-51.
6. Ammaniti M, Cimino S, Lucarelli L, Speranza AM, Vismara L. Infantile anorexia and the child-caregiver relationship: an empirical study on attachment patterns. Funzione Gamma Journal [Internet]. 2010 Jan 1 [pristupljeno 03.05.2023.];14:1–15. Dostupno na: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=df21144b56578084a088d86c98a9145f067aa307>
7. Ammaniti M, Ambruzzi AM, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F. Malnutrition and Dysfunctional Mother-Child Feeding Interactions: Clinical Assessment and Research Implications. Journal of the American College of Nutrition. 2004 Jun;23(3):259-71.

8. Atzaba-Poria N, Meiri G, Millikovsky M, Barkai A, Dunaevsky-Idan M, Yerushalmi B. Father-child and mother-child interaction in families with a child feeding disorder: The role of paternal involvement. *Infant Ment Health J.* 2010 Nov;31(6):682-98.
9. Chatoor I, Hirsch R, Persinger M. Facilitating Internal Regulation of Eating: A Treatment Model for Infantile Anorexia. *Infants & Young Children.* 1997 Apr;9(4):12-22
10. Williams KE, Field DG, Seiverling L. Food refusal in children: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities.* 2010 May;31(3):625-33.
11. Bryant-Waugh R, Lask B. Annotation: Eating Disorders in Children. *J Child Psychol & Psychiat.* 1995 Feb;36(2):191-202.
12. Benoit D, Coolbear J. Post-traumatic Feeding Disorders in infancy: Behaviors Predicting Treatment outcome. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of the World Association for Infant Mental Health.* 1998;19(4):409–21.
13. Benoit D, Green D, Arts-Rodas D. POSTTRAUMATIC FEEDING DISORDERS. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1997 May;36(5):577-8.
14. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating Disorders of Infancy and Childhood: Definition, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* 2009 Jan;18(1):17-30.
15. Okada A, Tsukamoto C, Hosogi M, Yamanaka E, Watanabe K, Ootyou K et al. A study of psycho-pathology and treatment of children with phagophobia. *Acta medica Okayama.* 2007 Oct;61(5):261-269.

16. ATKINS DL, LUNDY MS, PUMARIEGA AJ. A Multimodal Approach to Functional Dysphagia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1994 Sep;33(7):1012-6.
17. Lask B. Eating disorders in childhood and adolescence. *Current Paediatrics*. 2000 Dec;10(4):254-8
18. Nicholls D. Eating disorders in children and adolescents. *Adv psychiatr treat*. 1999 Jul;5(4):241-9.
19. Chatoor I, Ganiban J. Food refusal by infants and young children: Diagnosis and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2003 Mar;10(2):138-46
20. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2002 Apr;11(2):163-83.
21. Caldwell AR, Krause EK. Mealtime behaviours of young children with sensory food aversions: An observational study. *Aust Occup Ther J*. 2021 May 6;
22. Lam J. Picky Eating in Children. *Front Pediatr*. 2015 May 6;3:
23. Antoniou EE, Roefs A, Kremers SPJ, Jansen A, Gubbels JS, Sleddens EFC, et al. Picky eating and child weight status development: a longitudinal study. *J Hum Nutr Diet*. 2016 Jun;29(3):298-307.
24. van der Horst K. Overcoming picky eating. Eating enjoyment as a central aspect of children's eating behaviors. *Appetite*. 2012 Apr;58(2):567-74.
25. Nederkoorn C, Jansen A, Havermans RC. Feel your food. The influence of tactile sensitivity on picky eating in children. *Appetite*. 2015 Jan;84:7-10.

26. Houston-Price C, Owen LH, Kennedy OB, Hill C. Parents' experiences of introducing toddlers to fruits and vegetables through repeated exposure, with and without prior visual familiarization to foods: Evidence from daily diaries. *Food Quality and Preference*. 2019 Jan;71:291-300.
27. Rusan M. Prehrambene navike i kakvoća prehrane male djece s obzirom na izbirljivost u prehrani [Završni rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Prehrambeno-biotehnološki fakultet; 2015 [pristupljeno 01.06.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:159:631139>
28. Werthmann J, Jansen A, Havermans R, Nederkoorn C, Kremers S, Roefs A. Bits and pieces. Food texture influences food acceptance in young children. *Appetite*. 2015 Jan;84:181-7.
29. Šatalić Z. 100 (i pokoja više) crtica iz znanosti o prehrani . Zagreb: Hrvatsko društvo prehrambenih tehnologa, biotehnologa i nutricionista ; 2013.
30. Łoboś P, Januszewicz A. Food neophobia in children. *pedm*. 2019;25(3):150-4.
31. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JC. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: A review. *Appetite*. 2008 Mar;50(2-3):181-93.
32. Bunce C, Gibson E. Sniffing, eating and disgust in food neophobic children. *Appetite*. 2012 Oct;59(2):622.
33. Smith AD, Herle M, Fildes A, Cooke L, Steinsbekk S, Llewellyn CH. Food fussiness and food neophobia share a common etiology in early childhood. *J Child Psychol Psychiatr*. 2017 Feb;58(2):189-96.

34. Nicklaus S, Sandrine Monnery-Patris. Food neophobia in children and its relationships with parental feeding practices/style. Elsevier eBooks. 2018 Jan 1;255–86.
35. Leung AK, Hon KL. Pica: A Common Condition that is Commonly Missed - An Update Review. CPR. 2019 Dec 9;15(3):164-9.
36. Lacey EP. Broadening the perspective of pica: literature review. Public Health Rep. 1990;105(1):29-35
37. Tack J, Blondeau K, Boecxstaens V, Rommel N. Review article: the pathophysiology, differential diagnosis and management of rumination syndrome. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2011 Apr;33(7):782-8.
38. Olden KW. Rumination. Curr Treat Options Gastro. 2001 Aug;4(4):351-8.
39. Franco K, Campbell N, Tamburrino M, Evans C. Rumination: The Eating disorder of infancy. Child Psych Hum Dev. 1993 Dec;24(2):91-7.
40. Fleisher DR. Functional vomiting disorders in infancy: Innocent vomiting, nervous vomiting, and infant rumination syndrome. The Journal of Pediatrics. 1994 Dec;125(6):S84-S94.
41. Kolaček S, Hojsak I, Niseteo T. Prehrana u općoj i kliničkoj pedijatriji . Zagreb: Medicinska naklada; 2017.
42. Musić Milanović S, Bukal D. Epidemiologija debljine – javnozdravstveni problem. Medicus [Internet]. 2018 [pristupljeno 07.06.2023.];27(1 Debljina i ...):7-13. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/199405>
43. Bralić I, et al. Prevencija bolesti u dječjoj dobi. Zagreb: Medicinska naklada ; 2014.

44. Jovančević M, Jovančević S, Školnik-Popović V. Pretilost djece: nove spoznaje i zadaće. Medicinski vjesnik [Internet]. 2015 [pristupljeno 9.06.2023.];47((1-2)):117-125. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/193318>
45. Sever K. Prehrana i prevencija pretilosti u školskoj dobi [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2019 [pristupljeno 9.06.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:965759>
46. Bralić I, Jovančević M, Predavec S, Grgurić J. Pretilost djece : novo područje multidisciplinarnog preventivnog programa. Paediatrica Croatica. 2010;54(1330-1403):25–34.
47. Lukaš M, Miliša Z, Puljić M. Pretilost djece kao refleksija manipulativne moći medija. Obnovljeni Život [Internet]. 2023 [pristupljeno 12.06.2023.];78.(1.):105-117. <https://doi.org/10.31337/oz.78.1.8>
48. Caroli M, Argentieri L, Cardone M, Masi A. Role of television in childhood obesity prevention. Int J Obes. 2004 Nov;28(S3):S104-S108.
49. Sindik J, Rončević T. Metode zdravstvenog odgoja i promocije zdravlja . Sveučilište u Dubrovniku; 2014.
50. Vučemilović Lj. Zdravstveni odgoj u vrtiću. Dijete, vrtić, obitelj [Internet]. 2013 [pristupljeno 12.06.2023.];19(72):30-31. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/145835>
51. Mihić I. Načela SESTRINSTVA u vrtiću. Dijete, vrtić, obitelj [Internet]. 2010 [pristupljeno 13.06.2023.];16(61):30-32. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/127935>

52. Rodin U, Španović Đ. Zdravstvena zaštita djece u dječjim vrtićima. Paediatrica Croatica. 2015;59(Suppl 2):16–22.
53. Dunković K. Uloga medicinske sestre i planiranje pravilne prehrane u dječjim vrtićima [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2021 [pristupljeno 13.06.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:471607>
54. Vučemilović Lj, Vujić Šisler Lj. Imam pravo jesti zdravo. Dijete, vrtić, obitelj [Internet]. 2008 [pristupljeno 14.06.2023.];14(51):2-8. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/176874>
55. Pinter D. Kako steći dobre prehrambene sklonosti?. Dijete, vrtić, obitelj [Internet]. 2008 [pristupljeno 15.06.2023.];14(51):16-17. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/176937>

6. ŽIVOTOPIS

Osobne informacije:

Ime i prezime: Ira Lovrin

Datum i mjesto rođenja: 3.7.1999., Zadar

E-mail: ira.lovrin@gmail.com

Obrazovanje:

2006. – 2014. Osnovna škola Zadarski otoci, Zadar

2014. – 2018. Poljoprivredna, prehrambena i veterinarska škola Stanka Ožanića, Zadar –
smjer tehničar nutricionist

2018. – 2023. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija – preddiplomski studij sestrinstva

Strani jezici:

Engleski jezik – govor i pisanje

Dodatne informacije:

Korištenje MS Office paketa