

# Navike hranjenja u prvim godinama djetetova života

---

**Cerovac, Jelena**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2016**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:517296>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2021-01-22**



*Repository / Repozitorij:*

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



Sveučilište Jurja Dobrile u Puli  
Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti

**JELENA CEROVAC**

**POREMEĆAJ I NAVIKE HRANJENJA KOD DJECE DO TREĆE GODINE ŽIVOTA**

Završni rad

Pula, rujan 2016.

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli  
Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti

**JELENA CEROVAC**

**POREMEĆAJ I NAVIKE HRANJENJA KOD DJECE DO TREĆE GODINE ŽIVOTA**  
Završni rad

**JMBAG:0009054078, izvanredni student**  
**Studijski smjer: Stručni studij predškolskog odgoja**

**Predmet: Rani emocionalni poremećaji**  
**Znanstveno područje: Društvene znanosti**  
**Znanstveno polje: Psihologija**  
**Znanstvena grana: Razvojna psihologija**  
**Mentor: Đeni Zuliani, mag. psihologije**

Pula, rujan 2016.

## Sadržaj

<b>1. UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2. PRAVILNA PREHRANA I NAVIKE HRANJENJA KOD DJECE</b> .....	<b>2</b>
2.1. OSNOVNA PRAVILA ZDRAVIH PREHRAMBENIH NAVIKA.....	3
2.2. OBILJEŽJA PRAVILNE PREHRANE KOD DJECE.....	3
2.3. DORUČAK KAO OSNOVA PRAVILNIH PREHRAMBENIH NAVIKA .....	4
2.4. FAKTORI RIZIKA RAZVOJA POREMEĆAJA HRANJENJA I DEBLJINE .....	5
2.5. PROBLEMI PREHRANE NA KOJE NAILAZIMO U SVIJETU .....	6
<b>3. RAZVOJ POREMEĆAJA HRANJENJA</b> .....	<b>8</b>
3.1. KLASIFIKACIJA UZROKA NASTANKA POREMEĆAJA HRANJENJA .....	8
3.1.1. <i>Deskriptivni pristup</i> .....	9
3.1.2. <i>Uzročni pristup</i> .....	10
3.1.3. <i>Multidimenzionalni pristup</i> .....	10
3.2. RAZVOJNI PROBLEMI POREMEĆENOG HRANJENJA .....	12
3.2.1. <i>Infantilna anoreksija nervoza</i> .....	12
3.2.2. <i>Ekstremna izbirljivost - Izbirljivac (eng. picky eater)</i> .....	13
3.2.3. <i>Odbacivanje hrane (eng. food refusal)</i> .....	14
3.2.4. <i>Averzija na hranu (eng. food aversion)</i> .....	14
3.2.5. <i>Fobija na hranu (eng. food phobia)</i> .....	15
3.2.6. <i>Poremećaj prehrane</i> .....	15
3.2.7. <i>Ruminacija</i> .....	15
3.2.8. <i>Pica</i> .....	16
<b>4. METODIKA ISTRAŽIVANJA</b> .....	<b>17</b>
4.1. PROBLEM.....	17
4.2. ZADACI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA .....	17
4.3. UZORAK.....	18
4.4. MJERNI INSTRUMENTI .....	19
4.5. POSTUPAK .....	19
4.6. REZULTATI I INTERPRETACIJA REZULTATA.....	20
4.6.1. <i>Hranjenje i rituali hranjenja</i> .....	20
4.6.2. <i>Uvođenje dohrane i reakcija ispitanika</i> .....	24
4.6.3. <i>Ponašanje prilikom hranjenja</i> .....	26

4.6.4. <i>Poremećaji hranjenja i teškoće u hranjenu</i> .....	27
4.6.5. <i>Probava</i> .....	29
4.6.6. <i>Spolne razlike u učestalosti javljanja poremećaja hranjenja i navika hranjenja</i> .....	30
<b>5. ZAKLJUČAK</b> .....	<b>33</b>
<b>6. LITERATURA</b> .....	<b>35</b>
<b>7. POPIS SLIKA I TABLICA</b> .....	<b>37</b>

# 1. Uvod

U zadnjim desetljećima dvadesetog stoljeća dolazi do naglog skoka u dijagnosticiranju poremećaja hranjenja i ponašanjima vezanima uz hranjenje. Svaka osoba ima svoju jedinstvenu priču kao i tijek bolesti i liječenja. To su bolesti koje su „tajne“, oboljeli većinom zbog srama ne žele govoriti o problemima koji su ih zadesili te se najčešće javljaju i mlađoj životnoj dobi i adolescenciji te su praćeni negativnom slikom o sebi tijekom godina.

Ovaj rad bavi se pitanjima poremećaja i navika hranjenja kod djece mlađe od tri godine života. Pokušat ćemo dati odgovor na pitanje koliki utjecaj imaju navike hranjenja i odnosi u obitelji sa mogućnošću javljanja poremećaja u hranjenu. Također ćemo pokušati dati uvid u liječenje poremećaja. Istražujući poremećaje hranjenja ne možemo izbjeći pitanje povezanosti pravilne prehrane sa poremećajima, naime sve se više uzima u obzir važnost pravilne prehrane u ranom djetinjstvu i njezin utjecaj na djetetovo buduće zdravlje i razvoj. Međutim, djeca su vrlo napredna u osmišljanju različitih dosjetki koje otežavaju roditeljima sam proces hranjenja kojima često testiraju roditeljsko strpljenje do krajnjih granica. Moramo uzeti u obzir individualnost djece te pristupiti problemu oprezno i krajnje ozbiljno. Pripremajući se za podizanje i odgoj djeteta, roditelji često imaju nerealne predodžbe kako će sam taj proces izgledati pa se često iznenade poteškoćama koje ih zadese. Suočeni su sa pitanjima koja su vrlo opterećujuća i ne daju se „pomesti pod tepih“. Imaju problema sa hranjenjem djeteta i razdoblje ugone i bezbrižnosti zamijenjeno je razdobljem velike zabrinutosti i stresa kako za roditelje tako i za dijete. Utisci koje doživljavaju svakodnevno pa i svakih nekoliko sati mogu poljuljati svačije samopouzdanje u sebe kao roditelja ali i dovesti do različitih nestabilnih situacija u obitelji.

## 2. Pravilna prehrana i navike hranjenja kod djece

Kvalitetna prehrana, visoka zaštita od bolesti i emocionalna dobrobit nužni su za zdrav razvoj djece, te uz naslijeđe utječu na ekspresiju gena. Zbog velike brzine rasta mozga i tijela djeteta prehrana je od presudnog značenja u prvim godinama života. Energetske potrebe novorođenčeta dvostruke su naprema potrebama odraslih osoba. Četvrtina kalorijskog unosa odlazi na rast, dok je ostatak potreban za organe novorođenčeta koji su u intenzivnom razvoju (Berk, 2015).

Uz dovoljnu količinu hrane u obzir moramo uzeti i pravu vrstu hrane. Kako tvrde Švel, Grgurić (1996) u ranoj dojenačkoj dobi njihove potrebe zadovoljene su majčinim mlijekom ili umjetnom hranom koja pokušava imitirati sastav majčina mlijeka. Zdravstvene organizacije preporučuju dojenje do druge godine djetetova života, uz dodatak krute hrane od šestog mjeseca života. Čak i samo nekoliko tjedana dojenja, ukoliko nastavak dojenja nije mogući, pruža određenu zaštitu protiv respiratornih i zaraznih bolesti. Preko sedamdeset posto američkih i kanadskih majki doji, dok kod zemalja u razvoju taj broj opada gotovo na pola; dakle tek oko četrdeset posto. Međutim, više od polovice američkih i kanadskih majki prestaje dojiti već nakon nekoliko mjeseci i to većinom zbog ranijeg povratka na posao (Berk, 2015).

Oko šestog mjeseca života možemo početi sa uvođenjem dohrane pa bi od oko prve godine života djetetov prehrana trebala sadržavati sve osnovne skupine hrane, ali nepredvidljivost u apetitu je jedna od značajki djetetova razvoja koja se javlja oko druge godine djetetova života. Jedan obrok sasvim pojedu, dok slijedeći gotovo pa i ne dotaknu, postaju izbirljivi. Prema Berk (2015) izbirljivost u jelu ima adaptivnu funkciju. Naime, ako se drže poznate hrane, manji su izgledi da će u okolini bez odraslih progutati nešto opasno. Pa uvođenjem krute hrane, uobičajeno počinju natjeravanja i rasprave o hrani i navikavanje na nove okuse i učenje zdravim prehrambenim navikama, međutim naučiti dijete tome nije lagani zadatak. Važno je opetovano izlagati djecu novoj hrani i novim okusima jer se time povećava dječje prihvaćanje hrane. Djeca promatraju i oponašaju odrasle osobe koje ih okružuju, ali i vršnjake s kojima se druže kako u načinu reagiranja na različite situacije, dakle u ponašanju, tako i u izboru i preferenciji hrane. Ukoliko se roditelji pridržavaju zdravih prehrambenih pravila, njihova djeca lakše razvijaju iste navike. Prema Skinner i sur. (1998) ukoliko majke preferiraju puno gaziranih sokova to je česti slučaj i kod njihovih

petogodišnjih kćeri. Preferencija hrane ovisi o ukupnom prehrambenom okruženju, ali prevelika roditeljska kontrola i podmićivanje ograničavaju razvoj djetetove samokontrole te češće odbacuju zdravu hranu i odabiru slatkiše i ostalu nezdravu hranu.

## **2.1. Osnovna pravila zdravih prehrambenih navika**

Pravila zdravih prehrambenih navika kod djece slična su kao i kod odraslih, više manjih obroka uz prilagođenu količinu; četiri glavna obroka dnevno koji sadrže uravnotežen unos svih vrsta namirnica (povrće, voće, mliječne proizvode, proteine, ugljikohidrate i žitarice) uz jedan laganiji popodnevni obrok. Svakako je važno izbjegavati grickalice i zaslađena pića te dodavanje soli u domaću hranu ali posebice u kupovne kašice (Švel, Grgurić, 1996).

## **2.2. Obilježja pravilne prehrane kod djece**

Kod pravilne dječje prehrane prednost se daje kuhanoj i pirjanoj hrani uz što rjeđe pripremanje pržene hrane. Meso se preporučuje staviti u kipuću vodu i kuhati radi očuvanja hranjivih tvari i nutrijenata kao i povrće koje se ne preporučuje prekuhati. Mahune je dobro prethodno namočiti radi lakše probavljivosti i bržeg kuhanja, dok se sjemenke poput suncokreta i sezama prije usitnjavanja poprže na tavi. Integralne žitarice; punomasni fermentirani i probiotski proizvodi; mahunarke; svježe i sezonsko voće i povrće; lako probavljive vrste mesa; svježe začinsko bilje; hladna prešana ulja (maslinovo, suncokretovo), začini poput limuna, meda i jabučnog octa su sastojci koje postepeno uvodimo u dječji jelovnik uz savjete liječnika u kojem je mjesecu djetetova života primjereno uvesti određene namirnice. Dovoljne količine tekućine posebice vode; dobro izbalansirana, kombinirana i količinski ravnomjerna prehrana i estetski dobro osmišljena jela predstavljaju osnovu pravilne prehrane i pomažu nam u osmišljavanju zanimljivih i zdravih obroka za cijelu obitelj (Skinner i sur., 1998). Upravo kreativnim načinom prezentiranja stola ili hrane, servisiranjem na neuobičajeni način, uključivanjem novih boja i okusa, uključivanjem djece u



planiranje i pripremu jela možemo zainteresirati djecu za jelo ukoliko postoji problem (Macht, 2005).

### **2.3. Doručak kao osnova pravilnih prehrambenih navika**

Roditelji svojim primjerom pokazuju djeci kako uspješno započeti dan, jedan od načina jest tako što će se pobrinuti da dijete pojede svoj prvi jutarnji obrok. Trebali bi dovesti dijete na vrijeme u vrtić za doručak ili mu pak spremi obrok ukoliko dolazi kasnije. Ukoliko se steče navika jutarnjeg odlaska iz kuće praznog želuca na vrijeme dulje od pola sata, velika je vjerojatnost da se taj obrazac ponašanja preslika na školsko doba ali i kasnije u životu (Amaniti i sur., 2004).

Prema Berk (2015) rezultati istraživanja Health Behavior in School-aged Children i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo pokazali su da tek šezdeset posto dječaka i pedeset tri djevojčica u dobi od jedanaest i petnaest godina u Hrvatskoj svakodnevno doručkuju. Vikendom je situacija nešto bolja, pa se postoci penju preko osamdeset posto. Također se pokazalo da sa porastom dobi sve rjeđe doručkuju, djevojčice češće izbjegavaju doručak od dječaka. Redoviti je doručak navika koja doprinosi optimalnom zdravlju, poboljšava koncentraciju kod djece, omogućuje nesmetani rast i razvoj, osigurava energiju za optimalno funkcioniranje i udovoljavanje zahtjevima koji ga očekuju. Pravilno izbalansiranim doručkom izbjegava se mogući umor i nemir kod djece kao i nižu razinu energije i loše raspoloženje kao i smanjene verbalne sposobnosti, smanjena kreativnost i lošija sposobnost usvajanja novih znanja. Iako djeca mlađe dobi nemaju zadanu formu učenja i ono nije strogo kontrolirano i zadano, aktivnosti kojima se bave i zadaci koje njihovo tijelo obavlja zahtijevaju veliku količinu energije, koncentracije i usredotočenosti, jer iako se puzanje ili igranje čine kao lagani zadaci, djetetu od godine dana nisu te predstavljaju razvojnu etapu kod djece. Razvoj i učenje u prvim godinama života ubrzano je i intenzivno pa je kvalitetna i pravila prehrana, uz ostale potrebe, od iznimne važnosti (Amaniti i sur., 2004).

## **2.4. Faktori rizika razvoja poremećaja hranjenja i debljine**

Prema Shapiro (2002) poremećaji u hranjenju i debljina povezani su posljedicama koji ih uzrokuju. Oni se javljaju kao spoj različitih društvenih, psiholoških, genetskih i bioloških faktora. Različitosti u tjelesnoj građi posljedica su metabolizma i genetski određene razine tjelesne masnoće kao dva najvažnija nasljedna faktora koja određuju odnos unosa hrane i tjelesne težine te uz visinu, građu kostiju i prirodnu napetost mišića određuju naš izgled tokom cijelog života. Mozak je glavni operater našeg tijela koji prima signale iz raznih tjelesnih sustava o potrebi, ili prestanku potrebe, za energijom te daje upute u obliku neuropeptida i hormona da li nam je dovoljno hrane ili trebamo još. Uslijed disharmonije razina hormona ili nekog poremećaja u radu mozga povećavaju se mogućnosti za javljanje različitih problema bilo debljine ili poremećaja različitih oblika. Pritisak kulture, obiteljski odnos prema hrani i obiteljski sukobi spadaju pod društvene faktore. Iako se kod djece do tri godine života ne može govoriti o pritisku kulture u punom smislu, kultura uvelike utječe na njihove roditelji koji si mogu stvoriti krive predodžbe o tome kakva bi dječja prehrana trebala biti i kako bi njihova djeca trebala izgledati. Svoje krive predodžbe prenose na djecu te čine genetski ustroj faktorom rizika. Što su odraslija, poruke iz okoline više utječu na djecu te ona prežderavanjem radi utjehe ili gladovanjem izražavaju nezadovoljstvo sobom i simptomi su duboke nesigurnosti. Za vrijeme obiteljskog obroka, roditelji prenose svoj odnos prema hrani na svoje potomke. Upravo ono najbolje i najgore u obiteljskoj dinamici postaje vidljivo za vrijeme obroka, jer se obroci često koriste kao prilika za prepirku, smirivanje i izbjegavanje sukoba ili pak prijekor i pohvalu. Uz loše odnose prema hrani koje uče tijekom godina, emocionalne teškoće sa kojima su suočena djeca i roditelji međusobno jedan su od glavnih uzroka poremećaja hranjenja u djetinjstvu, ali i kasnijoj tinejdžerskoj dobi. Svakako, povećanu mogućnost javljanja poremećaja povezujemo i sa temperamentom samog djeteta i njegovom dobi. Prema nekim istraživanjima anoreksična djeca osjetljivija su na želje drugih te kontroliranjem težine imaju osjećaj nadzora nad svojim tijelom i da će zadobiti odobravanje drugih osoba. Oni koji se prežderavaju povezuju se sa naglim temperamentom i skloniji su alkoholu i drogama. Djeca sa povećanom težinom smatraju se sramežljivima i povučenima te im hrana

služi kao zamjena za zadovoljstvo druženja. Pošto se opasnost od loše prehrane povećava se s godinama, odgađanjem rješavanja problema u prehrani kod djece izležemo ih fizičkim i psihičkim posljedicama te mogućnosti da se problemi razviju i poremećaje. Što ranije dijete usvoji zdrav odnos prema hrani, manja je mogućnost da izazovu emocionalne probleme i druge poteškoće (Shapiro, 2002).

## **2.5. Problemi prehrane na koje nailazimo u svijetu**

Kod zemalja u razvoju i ratom pogođenim područjima s ograničenom dostupnošću hrane, nažalost česta je pojava neishranjenosti. Prema Berk, 2015 jedna trećina djece pati od neishranjenosti prije pete godine života, a do deset posto djece pogođene navedenim problemom pate od jedne od slijedećih dviju bolesti.

- marazam je stanje iscrpljenosti organizma izazvano nedostatkom svih hranjivih tvari. Javlja se u prvoj godini djetetova života kada i sama majka zbog neuhranjenosti nema dovoljno mlijeka a prehrana bočicom je neodgovarajuća, što dovodi do ugroženosti djetetova života.
- kvašiorkor je vrsta bolesti izazvana neuravnoteženom prehranom siromašnim proteinima. Javlja se nakon prestanka dojenja između prve i treće godine djetetova života. Uobičajena je na područjima gdje djeca dobivaju dovoljno kalorija iz hrane bogate škrobom, ali navedena hrana ne sadrži dovoljno bjelančevina. Djetetovo tijelo počinje sa razgradnjom vlastitih proteinskih zaliha. Javlja se povećan trbuh, oticanje stopala, ispadanje kose i kožni osip te dijete postaje iritabilno i ravnodušno.

Djeca koja prežive navedene uvjete i bolesti, često imaju ozbiljnih fizičkih i psihičkih problema. Manjeg su rasta, pate od dugoročnih oštećenja mozga, srca, jetara i drugih organa. Učenje i ponašanje su ozbiljno poremećeni, javlja se trajni gubitak u težini mozga pa i promjene u proizvodnji neurotransmitera. Međutim, neodgovarajuća prehrana nije ograničena na zemlje u razvoju, ona predstavlja i međunarodnu krizu. Smatra se da je određeni postotak djece pogođeno prehrambenom nesigurnošću; uskraćena im je dovoljna količina hrane potreba za zdrav i aktivan život (Berk, 2015).

Ipak svaka medalja ima dva naličja, pa je druga strana problema iznimno široka rasprostranjenost pretilosti kod djece. Čak jedna četvrtina američke djece i adolescenata ima prekomjernu tjelesnu težinu, čak i krajnje povišenu, a nažalost Hrvatska ne zaostaje za zapadom. Problem je to koji utječe na sve aspekte djetetova života, javljaju se emocionalne i socijalne poteškoće ali i mogućnost javljanja cjeloživotnih zdravstvenih problema. Pretilost kod djece, osim što je određena genetskom sklonošću nakupljanja tjelesne težine, također je uvjetovana okolinom, stupnjem obrazovanja odraslih i prihodom odraslih te pripadanje manjinskim skupinama. Razlozi su nedovoljno znanje o važnosti pravilne prehrane, sklonost kupovanju jeftine hrane bogate mastima te obiteljski stres. Ne smijemo zaboraviti na prehrambene navike roditelja. Ukoliko je visokokaloričan hrana često prisutna u prehrani roditelja, povećavaju se i izgledi da će se njihova djeca u budućnosti hraniti istom vrstom hrane (Berk, 2015).

Prema istraživanju Fracker i sur., (2007) na tri tisuće američkih roditelja pokazalo se da su mnogi od njih svojoj djecu u dobi od četiri do dvadeset četiri mjeseca života, davali pržene krumpire, pizzu, bombone, zašećerene voćne napitke i gazirana pića na dnevnoj bazi što dovodi do toga da novorođenčad unosi dvadeset posto a mala djeca čak i trideset posto više kalorija no što je potrebno. Dvadeset grama proteina na dan je dovoljna količina za dijete do dvanaest mjeseci dok je do treće godine života dovoljna količina trideset grama proteina. Pretilost uz sebe veže vrlo negativne konotacije, dio vezan uz zdravlje dio uz socijalizaciju. Pretilost u djetinjstvu povećava mogućnost oboljenja različitim bolestima u odrasloj dobi (dijabetes, kardiovaskularne bolesti,...), te su zdravstvena oboljenja poput dijabetesa sve češća i kod djece, ali se također javljaju problemi na socijalnom planu; odbijanje od strane vršnjaka, predrasude o kompetenciji na poslu u odrasloj dobi, problemi na ljubavnom planu...što može dovesti do ozbiljnih problema sa depresivnošću i agresivnošću te smanjenja životnih šansi u životu općenito.

Neki roditelji tjeraju svoju djecu da jedu; što zbog osobnih trauma uskraćivanja hrane, javlja se češće kod imigrantskih obitelji, što zbog pogrešnog tumačenja djetetove nelagode kao želje za hranom. S druge strane, neki roditelji ograničavaju što i kako će dijete jesti zbog straha od pretjeranog debljanja. Zbog takvih postupaka od strane roditelja, djeca ne uspijevaju uspostaviti vlastitu regulaciju uzimanja hrane (Fracker i sur., 2007).

### **3. Razvoj poremećaja hranjenja**

Uobičajeno je da se poteškoće u hranjenju u dječjoj dobi izražavaju različitim terminima najčešće kao problem hranjenja. On se upotrebljava kako bi se izrazile varijacije načina hranjenja koje se razlikuju od normale, za razliku od poremećaja hranjenja, koji predstavlja teži poremećaj. Poremećaji hranjenja čest su problem u adolescenciji, ali javljaju se i u ranom djetinjstvu i dojenačkoj dobi. Uzroci nastanka poremećaja hranjenja složeni su i nisu potpuno istraženi, a prouzrokuju velike probleme u fizičkom, psihičkom i socijalnom napredovanju djeteta. Problemi hranjenja su problem smanjenog unosa hrane koji zabrinjava roditelje ali roditelji često imaju krive predodžbe o optimalnom razvoju svog djeteta, pa ga pokušavaju ubrzati neadekvatnim hranidbenim postupcima, koji često dovode do razvoja poremećaja hranjenja (Lask, Bryant-Waugh, 2013).

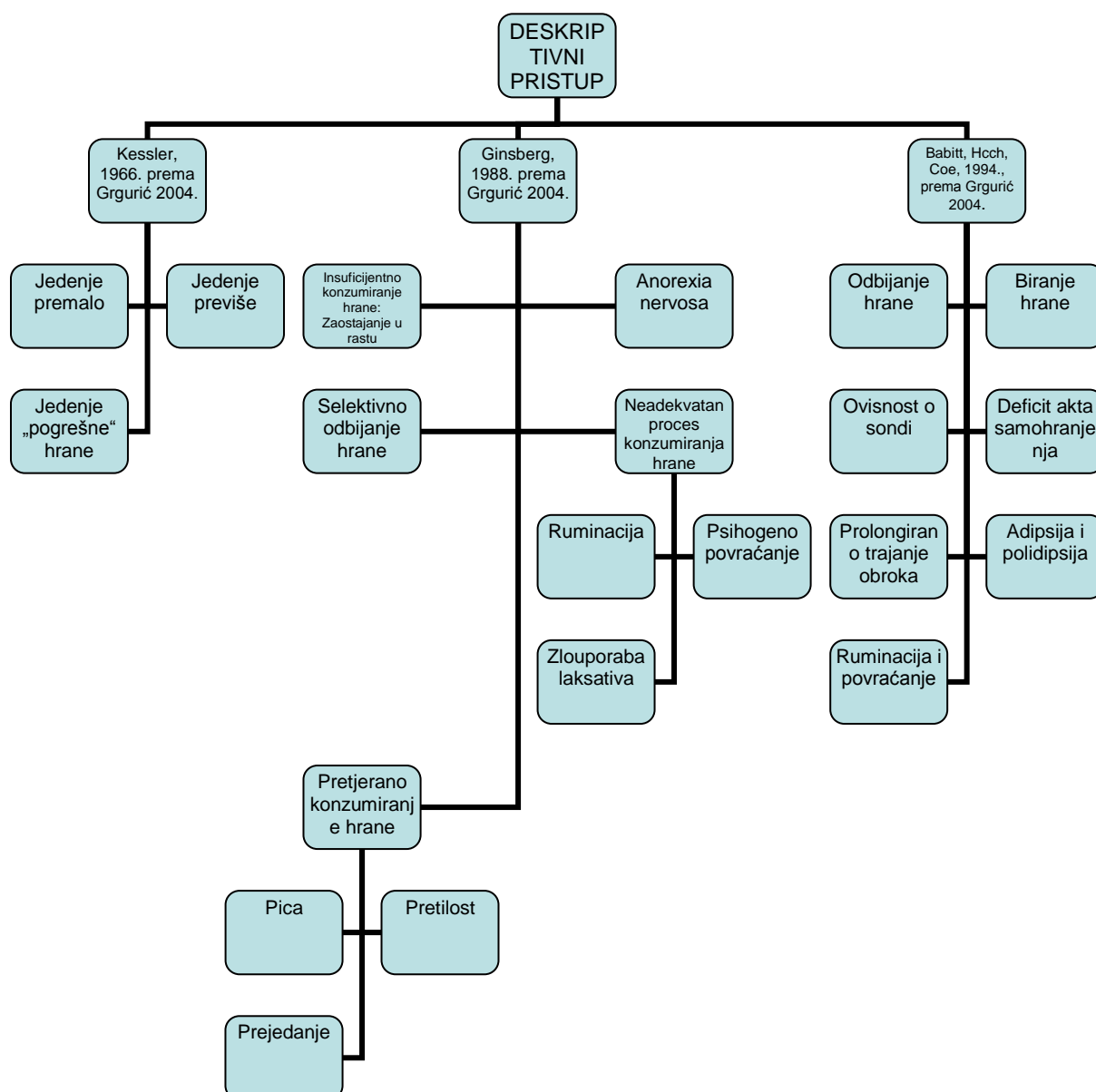
Poremećaj hranjenja u općoj populaciji prisutan je kod trideset do četrdeset posto populacije međutim problem je učestaliji kod visokorizičnih skupina koje imaju i ostale poremećaje, te kod djece rođene prije punog termina ili kod djeca s traumatskim ozljedama glave i slično. Problem hranjenja kod zdrave djece javlja se u dvadeset i pet do trideset i pet posto slučajeva, nasuprot raspona od trideset do osamdeset posto kod djece s odstupanjima u razvoju. Majke takvu djecu opisuju kao iritabilnu i napetu te provode mnogo više vremena u samom postupku hranjenja zbog problema sa dojenjem te se češće javljaju opći zdravstveni problemi. Neki poremećaji nastaju kao posljedica poremećaja rane interakcije između majke i djeteta, gdje emocionalna ili fizička nedostupnost majke, nedosljednost njege i pretjerana anksioznost majke može dovesti do razvoja odbojnosti prema samoj majci i samom periodu druženja čak i kada ima je potrebna hrana. Ovakvi poremećaji nisu čest slučaj i najčešće su reverzibilni ukoliko se na vrijeme otkriju i intervenira (Lask, Bryant-Waugh, 2013).

#### **3.1. *Klasifikacija uzroka nastanka poremećaja hranjenja***

Postoji mnogo podjela i teorija poremećaja hranjenja ali prema Grgurić (2004), dijelimo ih na tri osnova pristupa.

### 3.1.1. Deskriptivni pristup

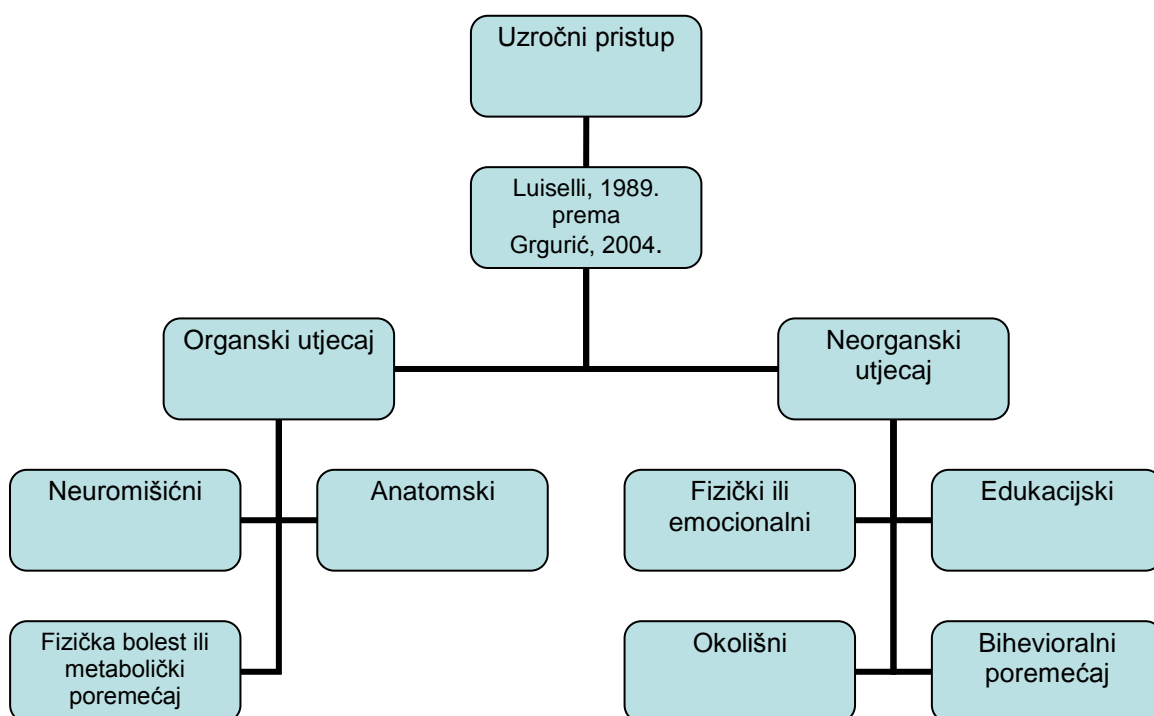
Deskriptivni pristup opisuje stanja prekomjernog ili premalog uzimanja hrane koji su vrlo često povezani sa emocionalnim i obiteljskim problemima unutar obitelji. Jednim se dijelom bavimo njima u ovom radu zbog svoje multidimenzionalnosti i specifičnosti te javljanja kod predškolske djece. S obzirom na različite autore postoje i različite podpodjele, pa ćemo ih dalje u tekstu objasniti (Slika 1).



Slika 1: Deskriptivni pristup u kategorizaciji poremećaja hranjenja

### 3.1.2. Uzročni pristup

Kao što slika 2 prikazuje najčešće se radi o dvostrukoj podjeli na poremećaje organskog i neorganskog uzroka ili pak njihova interakcija koja je i najzatupljenija te se koristi kao uobičajeni pristup koliko u dijagnostici toliko u tretmanima. Organski poremećaji podrazumijevaju različite strukturalne abnormalnosti koje utječu na sam proces hranjenja poput anatomskog defekta nepca i jezika, različite neuromuskulturne probleme (cerebralna paraliza) ili neke druge smetnje poput kardiovaskularnih problema i metaboličkih disfunkcija (Grgurić, 2004).



Slika 2: Uzročni pristup u kategorizaciji poremećaja

### 3.1.3. Multidimenzionalni pristup

Ovaj pristup ujedinjuje deskriptivni i uzročni te ukoliko se na problemi ili poremećaji hranjenja gleda multidimenzionalno i nismo usmjereni samo na jedan aspekt veća je terapijska uspješnost.

Kerzner i sur. (2015) pružaju nam pristup kako identificirati i pristupiti poremećajima i problemima u hranjenju. Oni smatraju da većina poremećaja u hranjenju kod djece potječe od neke vrste loše interakcije između osobe koja hrani dijete i djeteta, te uzimaju u obzir i njihov odnos uz različite organske i ponašajne uzroke. Oni početak klasifikacije baziraju na izraženoj roditeljskoj brizi pedijatru ili nekoj drugoj stručnoj osobi, o neobičnim ili lošim navikama hranjenja i jedenja njihova djeteta.

Dužnost stručnih osoba jest da uzmu povijest bolesti djeteta, da pregledaju dijete fizički te da ga izmjere i usporede njegove mjere sa prosjekom za njegovu dob. Ukoliko ima nekih značajki problema, slijedeći korak jest izdvojiti postoje li neki organski i ponašajni simptomi na koje treba obratiti pozornost. Među organske simptome spadaju disfagija, udisanje hrane, javljanje boli prilikom hranjenja, povraćanje, proljev, zaostajanje u razvoju i problemi u rastu te kronični kardiorespiratorni problemi. Ponašanja na koja trebamo obratiti pozornost, prema autorima, jesu fiksacija prema određenoj vrsti hrane, problematično i stresno hranjenje za dijete i osobu koja ga hrani, iznenadno odbijanje hrane čemu je prethodio neki određeni događaj, preuranjena reakcija gušenja. Ukoliko su prisutni neki navedeni problemi, potrebna je daljnja obrada problema.

Autori nam nude tri osnovne kategorije problema: djeca koja ne jedu dovoljno (limitirani apetit); ona koja jedu samo određenu vrstu namirnica (selektivni izbirljivci) i djeca koja se boje hranjenja (strah od hranjenja). Svaka kategorija ima nekoliko potkategorija koje nam nude shvaćanje udjela organskih uzroka problema te dio o uzrocima ponašajne prirode te od strane ponašanja roditelja. Kategoriju djece koja ne jedu dovoljno podijelili su na organske uzroke: strukturalne, kardiorespiratorne, gastrointestinalne, neuralne, metaboličke te na ponašajni dio: energičnost i apatičnost. Uzroci problema djece koja jedu samo određenu vrstu hrane podijeljeni su na strah od određenih vrsta hrane, srednji izbirljivac, veliki izbirljivac i autizam. Dok je organski dio podijeljen na zaostatak u razvoju i disfagiju, problemi sa gutanjem. Trećoj kategoriji djece koja se boje samog procesa hranjenja i odbijaju ga pripisali su hranjenje na cjevčicu, bol u utrobi, problemi pokretljivosti, problemi sa jednakom te različite vrste boli kao organske uzroke dok su ponašajni uzroci strah od gušanje, kolike i krivo povezivanje boli sa hranom. Pošto proces hranjenja uključuje roditelje i djecu, četvrta kategorija na koju stručnjaci trebaju obratiti pozornost jesu



četiri različita stila hranjenja roditelja: odgovoran stil, kontrolirajući stil, udovoljavajući i zanemarujući stil. Kod liječenja poremećaja bitno je raditi i s roditeljima na načinu hranjenja jer njihov stil ima potencijal negativno ili pozitivno utjecati na probleme hranjenja (Kerzner i sur., 2015).

### **3.2. Razvojni problemi poremećenog hranjenja**

Prema Grgurić (2004) dijete kroz svoj rani razvoj prolazi kroz nekoliko faza u kojima se može javiti poremećaji hranjenja. U prve dvije razvojne faze, **homeostazi i povezivanju**, poremećaji hranjenja nisu čest slučaj jer se radi o vremenskom razdoblju od prvog dana života pa do šestog mjeseca. Poremećaji u fazi povezivanja odnose se na majčinski deprivacijski sindrom i ako što i samo ime govori uzrokovan je problemom na relaciji odnosa majka-djeteta (Vidović, 2009).

U fazi **separacije i individualizacije** koja traje od šestog mjeseca pa sve do treće godine života djeteta, javlja se najveći broj problema kod hranjenja. Pošto je okarakterizirano prelaskom hranjenja sa bočice i prsa na žlicu i samostalno hranjenje javljaju se češći konflikti između roditelja i djeteta. U ovoj razvojnoj fazi poremećaji hranjenja dijele se na **odbacivanje hrane** (eng. food refusal), **averziju na hranu** (eng. food aversion), **fobiju na hranu** (eng. food phobia), **izbirljivac** (eng. picky eater), **dojenačka anoreksija** (eng. infantile anorexia) te na **poremećaj prehrane, piku i ruminaciju**. U nastavku ćemo opisati svaki poremećaj ponaosob (Grgurić, 2004).

#### **3.2.1. Infantilna anoreksija nervoza**

U drugoj godini djetetova života ukoliko majka ne može pratiti djetetovu potrebu za autonomijom može se javiti odbijanjem hrane od strane djeteta. Dakle ovaj je poremećaj povezan sa teškoćama odvajanja i individualizacije te ima sličnosti sa adolescentskom anoreksijom zbog psihodinamike nastanka poremećaja odnosno zbog djetetove borbe za autonomiju. U početku to je stanje nazivano separacijskim poremećajem, kasnije je nazvano infantilna anoreksija nervoza, a ustalio se termin infantilne anoreksije (Lask, Bryant-Waugh, 2013).

Nekoliko je pokazatelja navedenog poremećaja na koje trebamo obratiti pozornost (Amaniti i sur., 2012):

- odbijanje krute hrane na početku uvođenja iste u prehranu duži vremenski period sa nastavkom i pogoršanjem pri prelasku na samostalno hranjenje i hranjenje žlicom.
- akutni ili kronični gubitak tjelesne težine, masti i mišićnog tkiva koji mogu dovesti do problema rada organa, odnosno stanje malnutricije.
- različiti pokušaji roditelja da se na neki način natjera dijete da pojede više, prakticiranje prekida ili igranja tijekom hranjenja, česta noćna hranjenja, prisiljavanje na jelo, nuđenje više vrsta hrane, zabrinutost i frustriranost roditelja (da bi dijagnosticirali problem potrebno je javljanje minimalno dviju navedenih karakteristika).
- javljanje snažnog sukoba između majke i djeteta koji se manifestira djetetovim snažnim odbijanjem hrane i negativnim stavom ili komentarima roditelja.
- nepostojanje anamneze za različite traume i organske uzročnike poremećaja u hranjenju.

### **3.2.2. Ekstremna izbirljivost - Izbirljivac (eng. picky eater)**

Iako ovo stanje nije opasno po život djeteta, roditelji ga nikako ne bi trebali zanemariti. Djeca koja su izbirljiva jedu samo dvije ili tri vrste namirnica iz različitih grupa namirnica, na primjer mljeveno meso i bijelo pileće meso jedu, dok ostale vrste mesa odbijaju, i to vrijedi za sve vrstu hrane. Ukoliko se ovaj poremećaj nastavi duže vrijeme postoji opasnost od neispunjavanja prehrambenih potreba za normalan rast i razvoj kod djece. Djeca su uobičajeno normalne težine i većina preraste fazu izbirljivosti prije nos što nastane ozbiljan problem. Roditelji često na silu tjeraju djecu da jedu druge namirnice i nažalost ne nailaze na pozitivne rezultate. Dijete i dalje uporno odbija. Kao što smo naveli to nije ozbiljan problem u navedenom trenutku ali s vremenom ako se nastavi može dijete izdvojiti iz društvenih događanja i obiteljskih objeda jer ne može jesti u društvu pošto jede samo određene namirnice te može dovesti do ozbiljnijih poremećaja u doba adolescencije i odrasloj dobi te. Stručnjaci savjetuju roditeljima da postepeno i sa strpljenjem nude „izbirljivačima“ novu hrane, u

različito vrijeme na zanimljiv način kako bi se potaklo dječje zanimanje, te da se savjetuju sa svojim pedijatrima kako nastupiti prema djetetu ukoliko nisu sigurni (Ehmke, 2016).

### **3.2.3. Odbacivanje hrane (eng. food refusal)**

Ima sličnosti sa „izbirljivcima“ ali kod ove djece javlja se odbijanje određene hrane kod svakog obroka ali vrsta hrane je promjenjiva stavka. Odbacivanje može trajati nekoliko dana za redom pa se javlja „štrajk glađu“ ili se može javljati povremeno. Poremećaj podrazumijeva sakrivanje, nagomilavanje ili bacanje hrane sve u svrhu izbjegavanja. Razlog odbijanja, uz roditeljsku prisilu i emocionalnu notu, može biti organskog uzroka kao što su preosjetljivosti na određene okuse, problemi sa gutanjem, problemi probavnog sustava ili preosjetljivost na refleks povraćanja te je potrebna intervencija pedijatra ili drugih stručnih osoba. Što se pak roditeljske prisile tiče, kao što smo navodili prije u tekstu, djeca uvođenjem krute hrane počinju razvijati preferencije prema hrani ali, i „instinktivno“ opiranje pritisku roditelja zbog njihove predodžbe o prehrani djeteta. Prisila ne donosi rezultate i od roditelja očekujemo da budu obzirni i strpljivi za vrijeme obroka, jer djeca upravo od roditelja preuzimaju prehrambene navike (Brazelton, Sparow, 2007).

### **3.2.4. Averzija na hranu (eng. food aversion)**

Djeca koja razviju averziju na hranu vrlo su odlučna i ustrajna u svojem odabiru hrane. Mogu danima ne jesti ukoliko roditelji inzistiraju na drugoj hrani te postaju napetija i anksioznija što se više približava vrijeme obroka. Averzija se javlja prema velikom broju hrane, djeca jedu tek nekoliko namirnica, a izbjegavaju cjelokupne skupine namirnica poput svih žitarica, sve vrste mesa i slično. Povezuje sa visokom oralnom preosjetljivošću i senzornom averzijom prema određenim teksturama, zvukovima, mirisu, boji,...pa je to jedan od uzroka javljanja averzija na hranu. Također se još povezuje sa medicinskim problemima koji utječu na sam interes prema hrani i proces hranjenja, kroničnim zatvorom, različitim organskim uzrocima, problemima senzorne integracije, određenim lijekovima ili problemima

mentalne prirode. Ovaj se poremećaj može javiti oko šestog mjeseca života ali najintenzivniji period je od druge do treće godine djetetova života. Ukoliko uvidimo probleme potrebno je zatražiti pomoć liječnika i psihologa dok se od roditelja očekuje strpljenje i inovativnost u spremanju namirnica i prezentaciji hrane (Lask, Bryant-Waugh, 2013).

### **3.2.5. Fobija na hranu (eng. food phobia)**

Iako nije poremećaj hranjenja u pravom smislu te riječi, ukoliko se ne liječi može dovesti do razvoja poremećaja kod osnovnoškolaca i tinejdžera. Fobija na hranu smatra se više problemom anksioznosti jer se dijete u većini slučajeva boji mogućnosti povraćanja nakon jela i gušenja ili gutanja općenito. Također može se javiti određena averzija prema hrani koja dovodi do razvoja bolnih podražaja pri pokušaju konzumacije pa dijete uvjetovanjem povezuje hranu i bol te u budućnosti odbija hranu na prvi pogled. Vrlo je važna pomoć stručnjaka jer dijete, ukoliko se radi o ekstremnim slučajevima, neće prerasti problem kao kod nekih poremećaja već će on postajati samo veći i ozbiljniji (Lask, Bryant-Waugh, 2013).

### **3.2.6. Poremećaj prehrane**

Javlja se prije djetetove šeste godine života, nema uzrok medicinske prirode, ali kroz duži period, minimalno mjesec dana, javlja se gubitak težine ili nemogućnost dobivanja na težini te je prisutna stalna nesposobnost pravilne prehrane.

### **3.2.7. Ruminacija**

Poremećaj koji je praćen neuspjehom dobivanja na težini kod djece između trećeg i dvanaestog mjeseca života. Ovaj poremećaj podrazumijeva izbacivanje hrane na usta iz jednjaka ili želuca bez mučnina ili snažnih trbušnih stezanja putem samostimulacije i ponovo žvakanje iste hrane. Spontane remisije su česte, ali je smrtnost djece procijenjena na dvadeset pet posto te je povezana sa lošom

ishranom. Ukoliko dijete samo izaziva izbacivanje hrane često se govori u kontekstima mentalne retardacije, dok psihogena ruminacija govori o problemu u odnosu majke i djeteta, kada majka osjeća anksioznost te postoje problemi u razvoju privrženosti prema djetetu. O poremećaju u pravom smislu govorimo ako ruminacija nije povezana sa medicinskim i gastrointestinalnim stanjem te traje minimalno mjesec dana (Grgurić, 2004.; Vidović, 2009).

### **3.2.8. Pica**

Osmomjesečno dijete razvojem koordinacije prstiju, počinje palcem i kažiprstom hvatati male predmete i najčešće završe u ustima pa je potrebno držati ih konstanto na oku. U većini slučajeva objekte izbacuje iz usta zbog lošeg okusa ili shvaćanja da objekt nije za jelo. Ipak ponekad se može javiti poremećaj pica gdje dijete često i redovito ima želju za nejestivim stvarima, neadekvatnu za svoju dob te koja nije uvjetovana kulturnim običajima, poput zemlje, gline, žbuke, krede, opušaka cigareta i općenito svega što mu se nađe na putu. Poremećaj se često javlja kod djece koje pate od razvojnih poremećaja poput mentalne retardacije, autizma ili osoba sa oštećenjem mozga, ali poznati se slučajevi javljanja poremećaja kod odraslih. Ponekada se javlja specifična potreba za određenim stvarima, zemljom ili blatom, zbog deficita u prehrani, odnosno pomanjkanja željeza ili cinka. Nikako ne smijemo zanemariti problem zbog mogućnosti gušenja ili trovanja te ukoliko ponašanje ne nestane nakon četvrte ili pete godine života potrebno je zatražiti pomoć stručnjaka ako nismo prije (Grgurić, 2004.; Brezelton, Sparrow, 2007.;Vidović, 2009).

Još jedna od problema koji nije rijedak slučaj jest **refleks povraćanja** odnosno problemi sa gutanjem. U dobi od četiri do šest mjeseci sve bebe reagiraju refleksom povraćanja na krutu hranu, a ponekad i ranije na bočicu te jezikom odguravaju objekt iz usne šupljine. Na taj nam način pokazuju da nisu još spremni za uvođenje nove vrste hrane te se preporučuje pauza od nekoliko dana prije novog pokušaja. ukoliko tri sastavna dijela sisanja nisu usklađena (mljackanje jezika u prednjem dijelu usta, trljanje i vučenje od korijena jezika i vučenje kroz grlo) može se javiti bljuckanje ili čak i povraćanje čime se izbacuje većina sadržaja te dijete nije nahranjeno i ono postaje nervozno i plačljivo. Opetovanim neuspjelim pokušajima ljulja se roditeljsko

samopouzdanje te se povezuje sa stresom i negativnom emocijama koji dugoročno utječu na probleme sa prehranom i potencijalno može dovesti do poremećaja u hranjenu (Brezelton, Sparrow, 2007).

## **4. Metodika istraživanja**

### **4.1. Problem**

Tijekom osamdesetih i devedesetih godina prošlog stoljeća naglo je porasla dijagnoza poremećaja u hranjenu prvenstveno kod mladih djevojaka i dječaka. Ljudi su se postepeno počeli osvještavati o ozbiljnim posljedicama koje te bolesti donose sa sobom te se počelo intenzivnije baviti problemima. Ipak, poremećaji u hranjenju ne javljaju se isključivo kod tinejdžera, već se javljaju i kod određenog postotka predškolske djece, i nisu povezana sa iskrivljenom slikom o samome sebi već su problemi organske prirode, problemi na psihološkoj bazi djeteta ili u iskrivljenom odnosu roditelja i djeteta. Stoga je cilj ovog rada istražiti kolika je učestalost javljanja poremećaja, postoje li spolne razlike u njihovu javljanju te kakve su prehrambene navike kod djece.

### **4.2. Zadaci i hipoteze istraživanja**

U ovom istraživanju postavili smo tri temeljna cilja i hipoteze koje se nadovezuju.

1. Utvrditi navike hranjenja kod djece od rođenja do treće godine života.
2. Ispitati spolne razlike u pojavi poremećaja hranjenja.

Hipoteza 1. Pretpostavlja se da se poremećaji hranjenja javljaju češće kod djevojčica nego dječaka.

3. Ispitati spolne razlike u navikama hranjenja.

Hipoteza 2. Pretpostavlja se da dječaci imaju bolje navike hranjenja od djevojčica.

### 4.3. Uzorak

Uzorak u ovom istraživanju čine majke djece do treće godine života i njihova djeca. Istraživanje je provedeno na širem području grada Buzeta na uzorku od pedeset i dvoje djece (N=52) i četrdeset i osam roditelja (N=48). Od ukupnog broja djece, 42,30% je dječaka i 57,70% djevojčica. Raspon dobi ispitanika je od jednog mjeseca pa do trideset i šest mjeseci života, gdje je najviše ispitanika, 23,10%, u dobi od šest do dvanaest mjeseci kao što se vidi u tablici 1. U dobnim skupinama od nula do šest mjeseci; osamnaest do dvadeset i četiri te trideset do trideset i šest mjeseci imamo jednak postotak ispitanika (17,31%). Dobna skupina od dvanaest do osamnaest ima nešto manji postotak, 13,46 % dok je ispitanika iz dobne skupine od dvadeset i četiri do trideset mjeseci najmanje zastupljeno, tek 11,54%. Između ostalih podataka također su uzeti osnovni podaci o težini i visini te procjena regularnosti dobivanja na težini i rastu. Većina ispitanika regularno dobivaju na težini, nemaju problema sa težinom i rast je također u granicama normale. Kao što se vidi u tablici 2 ipak postoje određena odstupanja: 1,90% ispitanika ne dobiva na težini regularno i ima problema sa težinom te kod 3,80% ispitanika povećanje visine nije u granicama normale.

**Tablica 1: Distribucija ispitanika prema dobi**

Dob	Učestalost	Postotak (%)
Od 0 do 6 mjeseci	9	17,31
Od 6 do 12 mjeseci	12	23,10
Od 12 do 18 mjeseci	7	13,46
Od 18 do 24 mjeseci	9	17,31
Od 24 do 30 mjeseci	6	11,54
Od 30 do 36 mjeseci	9	17,31

**Tablica 2: Distribucija podataka (učestalost i postoci) o težini i visini ispitanika**

Pitanje:	Da	Ne
Je li dobivanje na težini regularno?	51 98,10%	1 1,90%
Ima li problema sa težinom?	1 1,90%	51 98,10%
Je li povećanje visine regularno?	50 96,20%	2 3,80%

#### **4.4. Mjerni instrumenti**

Za potrebe istraživanja korištena je Skala procjene simptoma kod djece od rođenja do treće godine života napravljena prema predlošku Symptom Check-List (Robert-Tissot i sur., 1989.). Upitnik obuhvaća mnoge aspekte dječjeg života (spavanje, hranjenje, probavu, disanje, kožu, alergije, ponašanje i strahove) i odnosi se na procjenu psiho-funkcionalnih teškoća u ranoj dob. Za potrebe ovog istraživanja korišteni su podaci vezani za područje hranjenja i probave. Skala procjene se sastoji od pitanja sa ponuđenim odgovorima te pitanja otvorenog tipa. Neka pitanja imaju samo da i ne odgovor dok ostala traže od roditelja procijene na vremenskoj skali, rangiranje ponuđenih odgovora gdje broj jedna ima najviši rang te odgovore o zapažanjima uslijed nekih promjena. Na pitanja otvorenog tipa ispitanici odgovaraju osobnim zapažanjima čime se dobiva uvid u kvalitativne aspekte dječjih ponašanja i navika. Upitnik se sastoji od ukupno osamdeset i jednog pitanja.

#### **4.5. Postupak**

Istraživanje započinje prikupljanjem potrebnog broja ispitanika. Objavom statusa na Facebook profilu procjenjivača o tome da se mole roditelji djece do treće godine, koji žele i imaju vremena, za sudjelovanje u istraživanju u svrhu završnog rada na studiju predškolskog odgoja, skupljen je veliki broj ispitanika. Sa odazvanim roditeljima naknadno su dogovoreni točni termini provođenja ankete putem poruka. Preostali broj ispitanika skupljen je tijekom svakodnevnog kontakta sa roditeljima te u suradnji sa dječjim vrtićem „Gardelin“, gdje su u najmlađim skupinama zamoljeni roditelje za suradnju i sudjelovanje. Sa svakim je roditeljem dogovoren osobni susret na nekom mirnom mjestu, najčešće dom ispitanika ili dom procjenjivača.



Na početku intervjua roditeljima su dane kratke upute što točno upitnik ispituje i na koji će se način provesti cijeli postupak ispunjavanja upitnika. Upućeni su u samo vrijeme trajanja intervjua koje je u prosjeku trajalo pedeset minuta. Roditelji su zamoljeni za iskrenost i sažetost te su uvjereni u potpunu anonimnost iako sam upitnik traži ime djeteta, uz objašnjenje da je to samo za potrebe lakšeg snalaženja kod upisivanja podataka te da nitko osim procjenjivača, neće imati uvid u osobne podatke. Također su im objašnjene mogućnosti odgovora: neka pitanja tražile da i ne odgovore, neka dodatna pojašnjenja i procjena a neka pak imaju unaprijed ponuđene odgovore na skali od jedan do pet. Prvi podaci koji su upisani na upitnik su ime, spol i dob djeteta te se od tuda kreće dalje na sama pitanja vezana uz psiho-funkcionalne teškoće djeteta. Po završetku intervjua roditeljima je zahvaljeno na sudjelovanju i uloženom vremenu te upitani su imaju li oni nekih pitanja za procjenjivača. Neki roditelji nisu znali točnu trenutnu težinu i visinu djeteta pa su po završetku intervjua razmijenjeni telefonski brojevi putem kojih su naknadno javljeni točni podaci.

## **4.6. Rezultati i interpretacija rezultata**

### **4.6.1. Hranjenje i rituali hranjenja**

Prvi zadatak ovog istraživanja jest utvrditi osnovne smjernice o hranjenju i ritualima koji ga prate kod ispitanika. Roditelji su imali zadatak procijeniti jede li njihovo dijete dovoljno, previše ili premalo hrane te koliko im vremenski traju obroci.

**Tablica 3: Osnovni podaci (učestalost i postotak) o količini obroka i vremenu trajanja obroka kod ispitanika**

Pitanje:	Previše ili Premalo	Dovoljno	
U proteklom mjesecu, u globalu, vaše dijete je jelo?	4 7,70%	48 92,30%	
Pitanje:	Od 5 do 30 minuta	Između 30 i 60 minuta	Manje od 5 ili više od 60 minuta
Koliko otprilike traju glavni obroci?	50 96,20%	2 3,80%	0 0,00%

Kao što se vidi u tablici 3 procjena roditelja jest da 92,30% ispitanice djece jede dovoljnu količinu hrane dok 7,70% djece jede premalo ili previše, a samo vrijeme

trajanja obroka kod 96,20% djece jest od pet do trideset minuta i tek kod malog postotka ispitanika (3,80%) hranjenje traje od trideset do šezdeset minuta. Niti jedno ispitano dijete ne jede duže od šezdeset minuta ili kraće od pet. Sati kada se djeca hrane se uvelike razlikuju od djeteta do djeteta, djeca mlađeg uzrasta, odnosno dojenčad u prosjeku jedu češće, svaka dva do tri sata dok starija djeca imaju rjeđe obroke. Prema podacima istraživanja troje ispitanika ima tri obroka dnevno, desetero ispitanika ima četiri obroka dnevno, osamnaestero do pet obroka, dok preostali ispitanici imaju šest ili više obroka.

**Tablica 4: Promjene u navikama hranjenja**

Pitanje:	1 - 15 minuta ranije ili kasnije	2	3 – sat vremena ranije ili kasnije	4	5 – više od jednog sata ranije ili kasnije
Je li se Vaše dijete hranilo u redovitim satima, u proteklom mjesecu?	14 26,90%	6 11,50%	29 55,80%	0 0,00%	2 3,80%
Učestalost promjena u satima hranjenja?	25 48,10%	7 13,50%	17 32,70%	2 3,80%	0 0,00%

Tablica 4 prikazuje kako se u provedenom istraživanju 55,80% ispitanika u posljednjem mjesecu hranilo sat vremena ranije ili kasnije od uobičajenog, dok se 16,90% ispitanika hranilo petnaest minuta ranije ili kasnije. Kod 11,50% djece procijenjeno je da se hrane između petnaest minuta i sat vremena ranije ili kasnije te tek kod 3,80% djece razlika u vremenu hranjenja od uobičajenog jest više od sat vremena. Razlika u vremenu hranjenja kod 48,10% ispitanika javlja se kod svakog ili skoro svakog obrok, kod 32,70% ispitanika svakog drugog obroka, kod 13,50% ispitanika procijenjeno je na između svakog ili skoro svakog i svakog drugog obroka, dok se kod 3,80% ispitanika razlika u vremenu hranjenja odnosi na između svakog drugog obroka i nikad ili skoro nikad. Pošto je vrijeme provođenja istraživanja ljetno doba možemo si postaviti pitanje utječe li vrijeme na određene promjene u navikama hranjenja. Znamo iz osobnog iskustva da ljeti lakše preskačemo i pomičemo obroke ukoliko je previše toplo ili imamo drugih obveza i planova.

Kako bi dobili uvid u navike hranjenja ispitanika određena skupina pitanja istražuje javljaju li se kod njih međuobroci, u kojim okolnostima roditelji koriste

međubroke te kako dijete reagira u slučaju gladi i „ignoriranja“ njegovih prehrambenih potreba.

Kao što se vidi u tablici 5 otprilike trećina ispitanika nemaju običaj konzumirati hranu između obroka, čak 32,70% njih, dok 21,20% ispitanika svakodnevno dobivaju međubroke i to najčešće za vrijeme obiteljskog obroka (25,00%). Uz obiteljski obrok, roditelji daju svojoj djeci međubroke u slučaju njihova plača (uobičajeno kod 15,40% ispitanika) ili zbog odvlačenja pažnje (7,70%). Ukoliko su djeca gladna, znak kojim upozoravaju roditelje na glad najčešće je kratak ili uporan plač, te ponekad jecaji i zazivanje. Ipak većina djece jednostavno roditeljima kaže da je gladno (30,80%).

**Tablica 5: Navike o međubrocima kod ispitanika**

Pitanje:	Da	Ne	Često	Ponekad	Nikad		
Dajete li hranu ili bocu svojem djetetu između njegovih obroka:	11 21,20%	17 32,70%	3 5,80%	18 34,60%	2 3,80%		
Pitanje:	Kada plače	Kada se dosađuje	Radi odvlačenja pažnje	Tijekom obiteljskog obroka	Da vas ne ometa	Kao igru	Ostalo
U kojim okolnostima?	8 15,40%	1 1,90%	4 7,70%	13 25,00%	1 1,90%	0 0,00%	0 0,00%
Pitanje:	Jako plače, udara nogama, ljuti se	Uporno plače	Malo plače	Zove i jeca	Ne radi ništa	Kaže da je gladno	
Što radi vaše dijete kada je vrijeme za jesti, a nitko se još ne brine oko njegovog obroka? Pokaže li da je gladno i kako?	0 0,00%	10 19,20%	15 28,80%	5 9,60%	6 11,50%	16 30,80%	

Većina djece, ukoliko im roditelji dozvole, rado sudjeluju u cijelom procesu hranjenju. Sudjelovanje uključuje samu pripremu prostora za jelo, postavljanje stola te u najboljem slučaju izbor u odabir namirnica i pripremi jela (Macht, 2005). Također se kod djece, razvojem, sve češće javlja potreba i želja da se sami hrane. Prvu neovisnost vidimo pri držanju bočice, u ranijoj dobi, te pije iz čaše dok se kasnije,

prilikom hranjenja za stolom i sa obitelji javlja jedenje prstima i hranjenje jedaćim priborom.

**Tablica 6: Učestalost i postotak javljanja samostalnost prilikom hranjenja kod ispitanika**

Pitanje:	Da	Ne
Je li vaše dijete kompletno hranjeno od strane osobe koja se brine o njemu ili i ono samo na neki način sudjeluje u hranjenju?	43 82,70%	9 17,30%

**Tablica 7: Podaci (učestalost i postoci) o vrstama sudjelovanja ispitanika u procesu hranjenju**

Pitanje:	Drži svoju bočicu	Pije iz čaše ili šalice	Hvata punu žlicu i prinese je ustima	Jede samo na žlicu	Jede prstima
Na koji način vaše dijete sudjeluje u svom hranjenju?	19 36,50%	24 46,20%	20 38,50%	11 21,10%	19 36,50%

Istraživanje je pokazalo da su ispitanici vrlo samostalni i da na različite načine sudjeluju u procesu hranjenja, čak 82,70% ispitanika kao što tablica 6 prikazuje. Tablica 7 prikazuje da najveći postotak ispitanike pije samo iz čaše ili boce (46,20%) ali i svi ostali ponuđeni načini sudjelovanja u hranjenju imaju visoke postotke pa su svi iznad 20%. Kao pomoć pri hranjenju neka djeca imaju potrebu koristiti određene „rituale“, igre poput „igre aviona“, „jedna žlica za mamu, jedna za tatu,...“. Ispitanici u našem istraživanju najčešće ne koriste igre prilikom hranjenja i to čak 63,40% njih. Oni koji ih koriste, najčešće koriste „igru aviona“ i „jedna žlica za mamu,...“ dok određeni postotak ispitanika, 9,50%, koriste neku vrstu tehnologije (mobitel ili televiziju) za gledanje crtanih filmova tijekom jela. Što nije nikako dobra navika a djeca će je jako lako i brzo usvojiti. Naime prilikom gledanja crtanih filmova, dijete ne obraća pozornost na jelo i iako roditelju može poslužiti kao olakšavajuća okolnost navike koje dijete usvaja nisu pozitivne za njegovu budućnost. Ritual hranjenja mora sadržavati određena pravila te dijete treba biti svjesno da ukoliko dođe do igre usred obroka ili zanovijetanja u vezi hrane, obrok bi za njega trebao prestati. Jer ono tijekom svoje preusmjerene pažnje ne uzima u obzir signale tijela je li sito ili nije te obrok koji bi trebao biti socijalna situacija i način zblježavanja obitelji postaje vrijeme gledanja crtanih filmova. Vrijeme obroka roditelji trebaju iskoristi za razgovor sa djetetom o proteklom danu te pažnju usmjeriti na dijete (Brezelton, 2007).

**Tablica 8: Učestalost i postotak korištenja rituala prilikom hranjenja**

Tvrdnja:	Pri svakom obroku, jer inače dijete neće jesti	Samo pri glavnom obroku	Ponekad, radi igre
Ritual prilikom hranjenja se koristi:	14 26,90%	3 5,80%	2 3,80%

Od ukupno 36,50% ispitanika koji koriste neku vrstu rituala, odnosno igre prilikom hranjenja, čak ga 26,90% koriste pri svakom obroku, 5,80% ispitanika koristi ritual samo prilikom glavnog obroka te 3,80% ispitanika koristi ritual ponekada radi igre kao što je navedeno u tablici 8.

#### **4.6.2. Uvođenje dohrane i reakcija ispitanika**

Kao što navodi Ehmke (2016) izbirljivost u jelu nije stanje opasno po život djeteta ali svakako treba obratiti pozornost na nj. Roditelji često imaju potrebu tjerati dijete da pojedu sve što im pripreme u strahu da će dijete bit gladno ali prisile najčešće ne daju rezultate te dijete nastavlja odbijati hranu, ali prisila može odvesti do negativnih promjena u odnosu majka- dijete zbog stresa i nervoze koji se javljaju kod majke i djeteta.

**Tablica 9: Učestalost i postoci javljanja izbirljivosti u jelu**

Pitanje:	Da	Ne
Jede li vaše dijete sve?	30 57,70%	22 42,30%

Na pitanje jedu li ispitanici sve, za 57,70% ispitanika roditelji su odgovorili da jedu, dok 42,30% djece ne jedu svu vrstu hrane kao što možemo vidjeti u tablici 9. Kod određenog broja ispitanika sa ne odgovorom radi se o ispitanicama do godine dana kada se još uvijek hrane majčinim mlijekom i ne jedu sve namirnice. Međutim kod nekih ispitanika radi se o preferenciji pojedinih namirnica pa se pokazalo da najčešće odbijaju zeleno povrće ili povrće općenito te ponekada meso. Također su rezultati istraživanja pokazali da ispitanici preferiraju voće, voćne kašice, tjesteninu i meso koji se nalazi u obje skupine. Tek malo postotak ispitanika ima neke specifičnije zahtjeve: 1,90% ispitanika prije jela traži da mu se stavi kečap na hranu, 1,90% ne želi jesti ukoliko mu se hrana ne usitni prije jela dok isti postotak ispitanika ne želi jesti ukoliko je hrana previše omekšala.

Problem sa izbirljivošću može se javiti i uslijed uvođenja novih namirnica i odlučnim odbijanjem djeteta na prisilu roditelja koja se javlja u to doba. Roditelji razviju određene predodžbe o tome kako dijete treba jesti, a dijete istražuje granice svoje „moći“ (Brezelton, Sparow, 2007). Ipak ne reagiraju sva djeca jednako na nove namirnice i dohranu.

**Tablica 10: Različitosti i jednakosti u reakcijama ispitanika na uvođenje dohrane**

Pitanje:	1 – pojede sve bez problema	2 – prvi puta se mršti, pljuje, ali se nakon nekoliko pokušaja navikne	3 – čak i nakon više pokušaja, odbija većinu novih namirnica
Koji način najviše odgovara uobičajenoj reakciji vašeg djeteta na uvođenje novih namirnica?	19 36,50%	24 46,20%	3 5,80%
Kako je reagiralo na prijelaz od dojke na bočicu?	31 59,60%	4 7,70%	2 3,80%
Kako je reagiralo na prvu tekućinu (sok od naranče)?	28 53,80%	12 23,10%	2 3,80%
Kako je reagiralo na prvu krutu hranu (kašicu)?	21 40,40%	21 40,40%	1 1,90%
Kako je reagiralo na krutu hranu koja mu nije poznata (povrće, meso)?	12 23,10%	26 50,00%	3 5,80%

Tablica 10 prikazuje kako prilikom uvođenja novih namirnica i dohrane 46,20% ispitanika nakon što prvi puta negoduje uslijed nekoliko pokušaja prihvaća novu hranu. Veliki postotak ispitanika, čak 36,50% nema problema prilikom uvođenja novih okusa te sve pojede bez problema, tek mali postotak, njih 5,80%, čak i uslijed nekoliko pokušaja odbija većinu novih namirnica. Kod prijelaza sa dojke na bočicu većina ispitanika prihvaća bočicu i pojede sve bez problema, čak 59,60% ispitanika dok ju 7,70% i 3,80% prvi put odbija, ali se nakon nekog vremena naviknu ili čak i uslijed nekoliko pokušaja odbija bočicu. Prilikom ponude prve tekućine čak 53,80% ispitanika nema problema sa prihvaćanjem te 23,10% prihvati nakon nekoliko pokušaja. Postotak kod uvođenja prve krute hrane, odnosno kašice, jednak je kod ispitanika koji pojedu sve pri prvom pokušaju te onih koji na početku negoduju pa kasnije prihvate, 40,40%, tek 1,90% ispitanika odbija kašicu i nakon nekoliko pokušaja. Na krutu hranu koja im nije poznata ispitanici većinom reagiraju u početku

odbijanjem, ali nakon nekoliko pokušaja prihvaćaju namirnicu, 50,00% ispitanika reagira jednako, dok 23,10% ispitanika pojede sve već pri prvom kušanju. Manji postotak, 5,80%, odbija nepoznatu krutu hranu čak i nakon nekoliko pokušaja.

### 4.6.3. Ponašanje prilikom hranjenja

Uz izbirljivosti i lošu reakciju na dohranu, odbijanje hrane i tekućine pokazatelji su problema u hranjenju. Samo odbijanje hrane u pojedinim slučajevima može trajati nekoliko dana pa sve do dužeg vremenskog razdoblja, više od mjesec dana, kada je potrebno potražiti stručnu pomoć. Skala procjene simptoma dotiče se naravno pitanja o odbijanju hrane te istražuje razlike u odbijanju krute hrane i tekućina kod ispitanika.

**Tablica 11: Podaci o učestalosti javljanja odbijanja hrane**

Pitanje:	Da	Ne
Vaše dijete odbija jesti?	5 9,60%	47 90,40%

**Tablica 12: Razlike (učestalost i postotak) u odbijanju tekućine i krute hrane kod ispitanika**

Tvrdnja:	1 – svaki ili skoro svaki obrok	2	3 – svaki drugi obrok	4	5 - Nikad ili gotovo nikad
Odbija tekućinu	4 7,70%	0 0,00%	0 0,00%	2 3,80%	46 88,50%
Odbija krutu hranu	7 13,50%	1 1,90%	4 7,70%	2 3,80%	36 69,20%

Kao što možemo vidjeti u tablici 11 od ukupnog broja ispitanika, 90,40% djece ne odbija hranu i tek 9,60% odbija što se češće odnosi na krutu hranu za vrijeme svakog ili skoro svakog obroka, 13,50%, dok se odbijanje tekućine za vrijeme svakog obroka javlja nešto rjeđe kod 7,70% ispitanika. Prema tablici 12 88,50% ispitanika, odnosno 69,20% nikada ili gotovo nikada ne odbijaju tekućinu niti krutu hranu.

**Tablica 13: Očekivanja roditelja o ponašanju za vrijeme obroka**

Pitanje:	Da	Ne
Inzistirate li da pojede cijeli obrok ili bočicu?	3 5,80%	49 94,20%
Pitanje:	Ugodan trenutak Ili trenutak kao svaki drugi	Težak, mučan trenutak
Kako biste opisali trenutnu situaciju kada vaše dijete jede?	50 96,20%	2 3,80%

Prema provedenom istraživanju i podataka u tablici 13, roditelji 94,20% ispitanika ne inzistiraju da dijete pojede cijeli obrok ili bočicu tek 5,80%, dakle mali udio roditelja inzistiraju na dovršavanju cijelog obroka. Ukoliko ispitanici odbijaju jesti, većina roditelja pokušavaju na pozitivan način potaknuti dijete da pojede obrok. Najčešće rade više pauzi tijekom obroka; hrane ga u igri ili kroz zabavu te pozovu nekog drugog člana obitelji da nahrani dijete. Rijetki roditelji pokušaju postići svoj cilj nagoviještanjem da će biti kažnjeni, grđenjem ili puštanjem djeteta samog ispred tanjura. Ukoliko roditelji uistinu inzistiraju, djeca reagiraju na različite načine poput pljuvanja hrane, vikanjem, plakanjem, vrtnjom glave od pribora za jelo i/ili različitim izgovorima.

Ipak većina roditelja, čak 96,20% njih, trenutke hranjenja procjenjuju kao trenutak ugone ili trenutak kao svaki drugi, procjena hranjenje kao teškog i mučnog trenutka često je povezna zbog različitih negativnih situacija tokom hranjenja kao što su pljuvanje hrane, zagrcanje hranom uslijed plača ili odbijanje hrane zbog bolesti.

#### **4.6.4. Poremećaji hranjenja i teškoće u hranjenju**

Kao što smo naveli u teorijskom dijelu rada, Kerzner i sur. (2015) smatraju da se poremećaji hranjenja javljanju se uslijed nekog organskog uzroka, ponašajnog ili zbog loše interakcije između djeteta i osobe koja dijete hrani. Poremećaji hranjenja u Skali procjene simptoma definirani su stavljanjem neuobičajenih stvari u usta, javljanjem ruminacije, povraćanjem prilikom obroka te načinom hranjenja, također zadataka procjenjivača bio je procijeniti odnos majke, odnosno roditelja sa kojim se provodi intervju, i djeteta koji nam daje uvid u mogući disfunkcionalni sustav.

**Tablica 14: Distribucija podataka (učestalost i postoci) varijacija u sistemu majka-dijete**

Tvrđnja:	Varijacije u normalnom rasponu	Značajne tenzije, sa određenom disharmonijom u reguliranju	Bez oklijevanja disfunkcionalni sistem
Procjena sistema majka-dijete s obzirom na hranjenje.	43 82,70%	7 13,50%	2 3,80%



S obzirom na odgovore roditelja i njihovoj procjeni o psiho-funkcionalnim teškoćama ispitanika procijenjeno je da su većina varijacija sistema majke i djeteta tokom hranjenja u normalnom rasponu, čak 82,70%, tek kod malog postotka ispitanika, 13,50%, javljaju se značajne tenzije dok je kod 3,80% ispitanika procijenjeno da imaju disfunkcionalni sistem kao što možemo vidjeti u tablici 14. Što ukazuje da većina roditelja ima strpljenja za svoju djecu, da im posvećuju pažnju i da znaju odgovoriti na djetetove potrebe.

**Tablica 15: Distribucija podataka o učestalosti i postocima javljanja teškoća i neuobičajenosti prilikom hranjenja**

Pitanje:	Da	Ne
Stavlja li vaše dijete neuobičajene stvari u usta?	25 48,10%	27 51,90%
Drži li vaše dijete neko vrijeme hranu u ustima ili je vraća iz želuca u usta (ruminacija)?	5 9,60%	47 90,40%

Prema tablici 15 postotak ispitanika koji stavljaju stvari u usta i ne stavljaju je gotovo jednak, 48,10% naprema 51,90%. Najčešće su to igračke i stvari na koje djeca naiđu prilikom igranja. Rjeđe su to neke neuobičajene stvari poput kamenčića, ključeva ili malih metalnih predmeta. Vrlo malo postotak ispitanika, 9,60%, drži hranu u ustima ili ju vraća iz želuca u usta.

**Tablica 16: Distribucija podataka (učestalosti i postoci) javljanja poteškoća prilikom hranjenja**

Pitanje:	1 – pri svakom ili skoro svakom obroku	2	3 – svaki drugi put	4	5 – nikada ili gotovo nikada
Povraća li vaše dijete dok jede?	0 0,00%	0 0,00%	1 1,90%	2 3,80%	49 94,20%

**Tablica 17: Procjena (učestalost i postotak) načina hranjenja kod ispitanika**

Pitanje:	Jede svaki dan približno istu količinu hrane	Postoje razlike u količini hrane koju pojede između pojedinih obroka	U fazama, nekada jede regularno, a nekada postoje razlike
Koji način hranjenja najbliže opisuje način hranjenja vašeg djeteta u proteklih mjesec dana?	2 3,80%	2 3,80%	7 13,50%

Ovo je istraživanje dovelo do rezultata da 94,20% naših ispitanika nikada ili gotovo nikada ne povraća za vrijeme jela, tek kod malog postotka, 1,90%, povraćanje se javlja svaki drugi put prilikom jela kao što se vidi u tablici 16. Pitanje o procjeni načina hranjenja ispitanika postavili smo ukoliko neko dijete ima poteškoća u hranjenju te su rezultati pokazali da 13,50% ispitanika jede u fazama, ponekada regularno a nekada postoje razlike u količini i želji za hranom, mali postotak, 3,80%, ispitanika jede svaki dan približno istu količinu hrane ili sa malim razlikama između pojedinih obroka što je prikazano u tablici 17. Dakle ukoliko postoje teškoće u hranjenju kod djece, češće su to nedosljedni problemi koji se javljaju povremeno i u fazama nego što su to dosljedni problemi prilikom svakog obroka. Roditelji su procijenili da se teškoće, ukoliko se jave, najčešće javljaju od šestog mjeseca djetetova života uslijed rasta zubića ili uvođenjem nove hrane te poteškoće nemaju izraženiju manifestaciju u određenim danima u tjednu. Tek mali dio ispitanika ima problema u hranjenju od najranije dobi, ti ispitanici uslijed preuranjenog rođenja teže prihvaćaju hranu.

#### **4.6.5. Probava**

Probava kod djece jednako je individualna kao i kod odraslih te ne postoji formula prema kojoj možemo reći što je uobičajeno a što nije. Svako dijete reagira različito na različite vrste hrane te ima svoj osobni obrazac koje roditelji upoznaju sa vremenom (Brezelton, Sparow, 2007). Kratkotrajni problemi nerijetki su slučajevi i nije potrebno stvarati paniku ukoliko ne potraju duži vremenski period te utječu na razvoj djeteta. U tom slučaju potrebno je potražiti pomoć stručnjaka prije no što se razvije u poremećaj

Kao što se vidi u tablici 18 od ukupnog broja ispitanika, 100,00% njih nikada ili gotov nikada nema bolove u trbuhu tokom ili nakon obroka. Konstipacija je ipak nešto češći problem i kod 3,80% ispitanika javlja se redovito ili često. Katkad ili rijetko javlja se kod 7,70% ispitanika odnosno 25,00%. Ipak kod većine ispitanika zatvor se javlja nikad ili gotovo nikada. Problemi sa probavom uz konstipaciju obuhvaćaju i proljev. Najčešći odgovor o učestalosti proljeva kod naših ispitanika jest nikada ili gotov nikada kod njih 57,70%. Često javljanje proljeva javlja se kod 1,90% ispitanika, 7,70% procjenjuje javljanje proljeva kao katkad dok 32,70% kao rijetku pojavu. Ukoliko se proljev javlja češće, od roditelja je traženo da procijene njegovo trajanje.

Najčešće vrijeme trajanja jest jedan dan, 38,50%, trajanje od dva ili više dana javlja se kod 7,70% ispitanika dok duži period od tjedan dana ili više, javlja se rijetko u 3,80% slučajeva.

**Tablica 18: Distribucija podataka o učestalosti problema sa probavom**

Pitanje:	1 – svaki ili skoro svaki obrok	2	3 – svaki drugi put	4	5 – nikada ili gotovo nikad
Imali vaše dijete bolove u trbuhu u toku ili nakon obroka?	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	52 100,00%
Pitanje:	1 – vrlo redovito	2 – često	3 – katkad	4 – rijetko	5 – nikad ili gotov nikad
Ima li vaše dijete zatvor (konstipaciju)?	1 1,90%	1 1,90%	4 7,70%	13 25,00%	33 63,50%
Ima li vaše dijete proljev?	0 0,00%	1 1,90%	4 7,70%	17 32,70%	30 57,70%
Tvrdnja:	1 – jedan dan	2 – 2-3 dana	3 – tjedan ili više dana		
Proljev obično traje.	20 38,50%	4 7,70%	2 3,80%		

#### ***4.6.6. Spolne razlike u učestalosti javljanja poremećaja hranjenja i navika hranjenja***

Ispitivanje spolnih razlika u pojavi poremećaja hranjenja i navikama hranjenja dva su od ukupno tri cilja ovog istraživanja. Prijašnja su istraživanja pokazala da su poremećaji hranjenja češći kod djevojčica te djevojčice imaju lošije prehrambene navike te učestalije preskaču doručak (Berk,2015). Putem ovog istraživanja pokušalo se potvrditi navedene tvrdnje.

**Tablica 19: Analiza spolne razlike u navikama hranjenja i poremećajima hranjenja**

Pitanje:	Spol	Prosječna vrijednost	t	Df	p
U proteklom mjesecu, u globalu, vaše dijete je jelo previše, premalo, dovoljno?	Djevojčice	1,36	0,32	50,00	0,75
	Dječaci	1,27			
Je li vaše dijete jelo u redovitim satima prošlog mjeseca?	Djevojčice	2,18	-1,41	49,00	0,16
	Dječaci	2,59			
Koliko učestalo se javljaju promijene u satima hranjenja?	Djevojčice	1,77	-0,93	49,00	0,36
	Dječaci	2,03			
Koliko otprilike traju glavni obroci vašeg djeteta?	Djevojčice	1,09	0,22	50,00	0,83
	Dječaci	1,07			
Je li vaše dijete kompletno hranjeno od osobe koja se brine o njemu ili sudjeluje u hranjenju?	Djevojčice	1,09	-1,34	50,00	0,19
	Dječaci	1,23			
Koliko učestalo koristite određene rituale, igre, prilikom hranjenja?	Djevojčice	2,14	0,99	17,00	0,34
	Dječaci	1,50			
Jede li vaše dijete sve?	Djevojčice	1,27	-1,91	50,00	0,06
	Dječaci	1,53			
Na uvođenje novih namirnica vaše dijete reagira odbacivanjem hrane ili pojede bez problema?	Djevojčice	1,52	-1,33	44,00	0,20
	Dječaci	1,76			
Kako je dijete reagiralo na prijelaz sa dojke na bočicu?	Djevojčice	1,40	1,78	35,00	0,08
	Dječaci	1,09			
Kako je dijete reagiralo na prvu tekućinu?	Djevojčice	1,40	0,20	40,00	0,84
	Dječaci	1,36			
Kako je dijete reagiralo na prvu krutu hranu?	Djevojčice	1,45	-0,94	41,00	0,35
	Dječaci	1,61			
Kako je dijete reagiralo na krutu hranu koja mu nije poznata?	Djevojčice	1,61	-1,72	39,00	0,09
	Dječaci	1,91			
Odbija li vaše dijete obroke u potpunosti?	Djevojčice	1,91	0,11	50,00	0,92
	Dječaci	1,90			
Odbija li vaše dijete tekućinu?	Djevojčice	1,18	-0,94	50,00	0,35
	Dječaci	1,47			
Odbija li vaše dijete krutu hranu?	Djevojčice	1,68	-0,59	48,00	0,56
	Dječaci	1,93			
Inzistirate li da dijete pojede cijeli obrok ili bočicu?	Djevojčice	1,95	0,32	50,00	0,75
	Dječaci	1,93			
Trenutnu situaciju prilikom hranjenja djeteta procjenjujete kao ugodan ili mučan trenutak?	Djevojčice	1,18	0,22	50,00	0,83
	Dječaci	1,13			
Procjena sistema majka-dijete s obzirom na hranjenje.	Djevojčice	1,55	0,75	50,00	0,45
	Dječaci	1,33			
Stavlja li vaše dijete neuobičajene stvari u usta?	Djevojčice	1,41	-1,36	50,00	0,18
	Dječaci	1,16			
Povraća li vaše dijete dok jede?	Djevojčice	1,05	-0,58	50,00	0,57
	Dječaci	1,10			
Drži li vaše dijete hranu u ustima ili ju vraća iz želuca u usta?	Djevojčice	1,95	1,05	50,00	0,30
	Dječaci	1,87			
Ima li vaše dijete bolove u trbuhu u toku ili nakon obroka?	Djevojčice	1,00	0,00	0,00	0,00
	Dječaci	1,00			
Ima li vaše dijete zatvor (konstipaciju)?	Djevojčice	1,68	1,01	50,00	0,32
	Dječaci	1,43			
Ima li vaše dijete proljev?	Djevojčice	1,59	0,44	50,00	0,66
	Dječaci	1,50			
Ako se proljev javi, ono uobičajeno traje jedan dan, dva do tri dana ili tjedan dana i više?	Djevojčice	1,46	1,29	24,00	0,21
	Dječaci	1,15			

Rezultati istraživanja doveli su do zaključka da se u našoj grupi ispitanika poremećaji hranjenja ne javljaju često te samim time ne postoji razlika između spolova kao što se vidi u tablici 19. Dakle, hipotezu da se poremećaji hranjenja javljaju češće kod djevojčica nije potvrđena kao niti hipoteza da dječaci imaju bolje navike hranjenja. Pošto su ispitanici u našoj anketi dječaci i djevojčice do treće godine života oni u toj dobi još uvijek imaju jednake navike hranjenja. Odstupanja se mogu javiti uslijed rijetkih i ozbiljnih slučajeva poremećaja hranjenja ili ukoliko sami roditelji imaju neuobičajene navike hranjenja na kojima inzistiraju i kod svoje djece.

Jedan od ciljeva istraživanja bio je utvrditi navike hranjenja kod djece od rođenja do treće godine života i u većini slučajeva ispitanici imaju razvijene dobre navike hranjenja sa rijetkim izuzecima. Rezultati prikazuju da ispitanici jedu dovoljno te u relativno stabilnim intervalima. Najčešće nemaju nepotrebne međuobroke te ukoliko ih imaju, radi se o uključivanju djece u obiteljski obrok. Ispitanici rado samostalno sudjeluju u hranjenju ali također veliki postotak ispitanika koriste neke vrste igara tijekom obroka ili gledanje crtanih filmova na televiziji i mobitelu roditelja, što potencijalno može dovesti do usvajanja loših navika. Ispitanici se bez većih poteškoća navikavaju na dohranu, te većina ne odbija hranu i tekućinu.

Olakotna okolnost prilikom sakupljanja ispitanika jest činjenica da se većina roditelja dobrovoljno javila za sudjelovanje. Moramo uzeti u obzir ljudsku prirodu, te da ukoliko postoji neki problem unutar obitelji neće se dobrovoljno javiti i govoriti o njemu, već ga većina želi zadržati privatnim. Pošto se većina dobrovoljno javila, vjerojatnost da postoji neki problem u obitelji nešto je manja.

## 5. Zaključak

Hranjenje je jedan od aspekta djetetova života koji zaokuplja roditelje od najmlađe djetetove dobi. Ukoliko se problem ne počne rješavati od najranije dobi, nerijetko postaje poremećaj hranjenja koji zahtjeva ozbiljniju intervenciju roditelja, okoline i stručnjaka. Jedan od važnijih uvjeta na koje moramo obratiti pozornost jest emocionalna komponenta samog obroka. Naime tokom obroka roditelji imaju priliku naučiti dijete zdravim navikama hranjenja, ali i ponašanju tijekom obroka. Dijete moramo uključiti u sam proces odabira namirnica, spremanja jela i prostora gdje se jede jer će na taj način pozitivnije prihvatiti cijeli proces hranjenja, posebice ukoliko postoje problemi. Za vrijeme samog obroka cijela bi se obitelj trebala usmjeriti na sam obrok, sa što manje popratnih sadržaja poput igre, te posebice gledanja televizije, jer se tako osvještavamo o količini hrane koju smo pojeli, kako hrana izgleda i kakvog je okusa.

Od roditelja očekujemo da obroku i djetetu pristupe smireno i strpljivo, čak i ukoliko postoje problemi, jer na taj će način i dijete biti mirnije i spremnije na suradnju. Roditelji trebaju svakako uvažiti djetetovu selektivnost i preferenciju ukoliko oni ne ugrožavaju život djeteta. Djetetu treba dopustiti da istražuje i nikako ih ne bi smjeli ograničiti ukoliko sami roditelji imaju specifične navike poput vegetarijanstva, ne jedenja određenih namirnica i slično. Način na koji roditelji zadovoljavaju djetetove potrebe u prvim godinama života, utječu na razvoj djetetove sigurnosti i slike o sebi i kasnije svome tijelu. Ukoliko su roditelji previše zaštitnički nastrojeni, imaju prevelika očekivanja, vezuju dijete za sebe ili ne reagiraju pravodobno i na zadovoljavajući način na zahtjeve djeteta potencijalno čine rizik za razvoj poremećaja hranjenja. Prema rezultatima našeg istraživanja poremećaji hranjenja kod djece do treće godine života nisu učestala pojava, također nismo potvrdili spolnu razliku kod javljanja poremećaja hranjenja i hranidbenih navika.

Sigurna privrženost sa članovima obitelji, zadovoljstvo životom i emocionalna stabilnost roditelja mogu utjecati na odnos i dinamike odnosa između roditelja i djece, na roditeljsku otvorenost i sposobnost prilagodbe potrebama djeteta te je moguće da se poremećaji hranjenja rjeđe javljaju kod djece tih roditelja. Takve obitelji, također, u globalu imaju bolje i zdravije navike hranjenja.

Za kraj bi naglasili da ukoliko postoji sumnja u probleme hranjenja, te se ti problemi javljaju duži vremenski period i niste u mogućnosti sami utjecati na njihovo rješavanje, obratite se stručnim osobama. Pedijatru prije svega ali nemojte se ustručavati obratiti se psihologu, jer se većina poremećaja hranjenja razvije upravo od problema koji su rješivi te povezani sa odnosima unutar obitelji i odnosom majka i djeteta.

## 6. Literatura

1. AMMANITI, M., AMBRUZZI, A. M., LUCARELLI, L., CIMINO, S., D'OLIMPIO, F. (2004.) Malnutrition and Dysfunctional Mother – Child Feeding Interactions: Clinical Assessment and Research Implications. *Journal the American College of Nutrition*. 23. (3). 259-271.
2. AMMANITI, M., LUCARELLI, L., CIMINO, S., D'OLIMPIO, F., CHAROOR, I. (2012.) Feeding disorders of infancy: A longitudinal study to middle childhood. *International Journal of Eating Disorders*. 45. (2). 272-280.
3. BERK, L.E. (2015.) *Dječja razvojna psihologija*. 8. Izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap.
4. BREZELTON, T. B., SPARROW, J. D. (2007.) *HRANJENJE BEBE I DJETETA–Brazeltonov pristup*. I. izdanje. Buševac: Ostvarenje d.o.o.
5. EHMKE, R. (2016.) How to Help Kids Who Are Picky Eaters. *Child Mind Institute*. Dostupno na: <http://childmind.org/article/how-to-help-kids-who-are-picky-eaters/?gclid=Cj0KEQjw6O-9BRDjhYXH2bOb8Z4BEiQAWRduk6QeLk0xPiSBFuBM3Y4JBr2nnG0fwsqqrCSGprzF5w8aAlky8P8HAQ>. Pristupljeno: 20. svibnja 2016.
6. FRACKER, C., FISHBEIN, M., COX, S., WALBERT, L. (2007.) *Food Chaining*. Cambridge: Da Capo Press
7. GRGURIĆ, J. (2004.) Poremećaji hranjenja u djece – sve veći problem današnjice. *Medex*. X. (52). 75-76.
8. KERZNER, B., MACLEAN, W. C., BARALL, G., STUART, S., CHATOOR, I. (2015.) A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*. 135. (2). 343-353.
9. LASK, B., BRYANT-WAUGH, R. (ur.) (2013.) *Eating disorders in Childhood and Adolescence*. 4. Izdanje. New York: Routledge.
10. MACHT, J. (2005.) *MOJE DIJETE NE ŽELI JESTI: Kako pomoći djeci koja odbijaju hranu*. I. Izdanje. Lekenik: Ostvarenje d.o.o.
11. SHAPIRO, L. E. (2002.) *MALO PREVENCIJE: KAKO RODITELJI MOGU SPRIJEČITI PROBLEME U PONAŠANJU I EMOCIONALNE PROBLEME DJECE*. Zagreb: Mozaik knjiga d.o.o.



12. SKINNER, J., CSRRUTH, B. R., MORAN III, J., HOUCK, K., SCHMIDHAMMER, J., REED, A., COLLETTA, F., COTTER, R., OTT, D. (1998.) Toddlers' Food Preferences: Concordance with Family Members' Preferences. *Jurnal of Nutrition Education*, 30. (1). 17-22.
13. ŠVEL, I., GRGURIĆ, J. (1996.) *ZDRAVSTVENA ZAŠTITA DJECE*. I. izdanje. Zagreb: Školska knjiga,
14. VASTA, R., HAITH, M. M., MILLER, S. A. (2005.) *Dječja psihologija: moderna znanost*. 3. Izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap.
15. VIDOVIĆ, V. (2009.) Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. *Medicus*. 18. (2). 185-191.

## 7. Popis slika i tablica

Slika 1: Deskriptivni pristup u kategorizaciji poremećaja hranjenja.....	9
Slika 2: Uzročni pristup u kategorizaciji poremećaja.....	10
Tablica 1: Distribucija ispitanika prema dobi.....	18
Tablica 2: Distribucija podataka (učestalost i postoci) o težini i visini ispitanika .....	19
Tablica 3: Osnovni podaci (učestalost i postotak) o količini obroka i vremenu trajanja obroka kod ispitanika.....	20
Tablica 4: Promjene u navikama hranjenja.....	21
Tablica 5: Navike o međuobrocima kod ispitanika.....	22
Tablica 6: Učestalost i postotak javljanja samostalnost prilikom hranjenja kod ispitanika.....	23
Tablica 7: Podaci (učestalost i postoci) o vrstama sudjelovanja ispitanika u procesu hranjenju.....	23
Tablica 8: Učestalost i postotak korištenja rituala prilikom hranjenja .....	24
Tablica 9: Učestalost i postoci javljanja izbirljivosti u jelu.....	24
Tablica 10: Različitosti i jednakosti u reakcijama ispitanika na uvođenje dohrane ...	25
Tablica 11: Podaci o učestalosti javljanja odbijanja hrane .....	26
Tablica 12: Razlike (učestalost i postotak) u odbijanju tekućine i krute hrane kod ispitanika.....	26
Tablica 13: Očekivanja roditelja o ponašanju za vrijeme obroka .....	26
Tablica 14: Distribucija podataka (učestalost i postoci) varijacija u sistemu majka-dijete .....	27
Tablica 15: Distribucija podataka o učestalosti i postocima javljanja teškoća i neuobičajenosti prilikom hranjenja.....	28
Tablica 16: Distribucija podataka (učestalosti i postoci) javljanja poteškoća prilikom hranjenja.....	28
Tablica 17: Procjena (učestalost i postotak) načina hranjenja kod ispitanika .....	28
Tablica 18: Distribucija podataka o učestalosti problema sa probavom .....	30
Tablica 19: Analiza spolne razlike u navikama hranjenja i poremećajima hranjenja..	31

## Sažetak

U ovom radu riječ je o poremećajima hranjenja i navikama hranjenja djece do treće godine života. U teorijskom dijelu rada upoznajemo se sa ključnim pojmovima ovog istraživanja – što točno podrazumijeva pravilna prehrana, koja su njezina obilježja, što su navike hranjenja i kako možemo utjecati na njih. Upoznajemo se sa faktorima rizika razvoja poremećaja te klasifikacijom uzroka nastanka poremećaja hranjenja te razvojnim problemima poremećenog hranjenja. Istraživanje je provedeno sa četrdeset i osam roditelja i pedeset i dvoje djece na području Grada Buzeta. Zadatak roditelja bio je procijeniti psiho-funkcionalne teškoće svojeg djeteta u sklopu Skale procjene simptoma koja je korištena prilikom istraživanja. Ključni rezultati istraživanja pokazuju da se poremećaji hranjenja i problemi vezani uz hranjenje javljaju kod malog postotka ispitane djece te da većina ima dobre navike hranjenja uz pojedine izuzetke te da ne postoje spolne razlike u učestalosti poremećaja i navikama hranjenja. Na kraju dajemo sažetak očekivanih ponašanja roditelja prema djeci ali i obrnuto te preporuke i savjete kako se postaviti prema djeci ukoliko se jave problemi, kako ih zainteresirati za obroke te kako se ponašati za vrijeme obroka.

Ključne riječi: poremećaji hranjenja, navike hranjenja, spolne razlike, istraživanje

## **Summary**

This article deals with the eating disorders and eating habits of toddlers and difference in gender. In the theoretical part of the work key concepts of this research were introduced - what exactly is the proper nutrition and its characteristics. We explained what are eating habits and how we can influence them. We learned the risk factors of development disorders, their classification and causes, as well as development problems in disordered eating. The study was conducted with forty-eight parents and fifty-two children in the City of Buzet. The task of parents was to assess the psychological and functional problems of their child as part of the survey Symptom check list. Key results have shown that eating disorders and problems related feeding occur in a small percentage of the children, the majority of respondent has good eating habits with certain exceptions and the gender differences in appearance of eating disorders and eating habits don not exist at such a young children. In the end, summary was given of the expected behavior of parents for their children and the recommendations and advice how to handle children if they have problems, how to interest them for meals and how to act in time of the meals.

Key words: eating disorders, eating habits, gender differences, research