

Poremećaji hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi

Domazet, Andrea

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:327935>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-27**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Poremećaji hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi

Ime i prezime studentice:

Andrea Domazet

Zagreb, lipanj 2024.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Poremećaji hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi

Ime i prezime studentice:

Andrea Domazet

Ime i prezime mentorice:

prof.dr.sc. Ivana Borić

Ime i prezime komentorice:

dr.sc. Andrea Čosić

Zagreb, lipanj 2024.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad i da sam njegov autor/autorica Poremećaji hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Andrea Domazet

Mjesto i datum: Zagreb, 12. lipnja 2024.

Poremećaji hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi

Studentica: Andrea Domazet

Mentorica: prof. dr. sc. Ivana Borić

Komentorica: dr.sc. Andrea Ćosić

Program / modul: Socijalna pedagogija / Djeca i mladi

Sažetak:

Poremećaji hranjenja obuhvaćaju širok raspon međusobno sličnih poremećaja čija je glavna karakteristika zabrinutost oko veličine vlastitog tijela i nezadovoljstvo njime, prekomjerna usredotočenost na kontrolu unosa hrane i zaokupiranost mislima oko tjelesne težine. U poremećaje hranjenja spadaju: anoreksija nervoza, bulimija nervoza, poremećaj s prejedanjem, drugi specificirani poremećaji hranjenja, ruminacija i pika. Prevencija poremećaja hranjenja za populaciju adolescenata u općoj populaciji kreće se od 6 do 8%, a prvi pojavni oblici nastaju već u djetinjstvu. Alternativna skrb podrazumijeva bilo koji oblik skrbi u kojoj se dijete ne nalazi u svojoj biološkoj obitelji nego je izdvojeno i zbrinuto u smještaj koji mu pruža potrebnu i adekvatnu skrb i zaštitu. Cilj ovog istraživanja jest steći uvid u rasprostranjenost i pojavu poremećaja hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi iz perspektive stručnog osoblja. Istraživanje je provedeno putem online upitnika na populaciji stručnjaka, zaposlenika institucija alternativne skrbi u Hrvatskoj. Prikupljeni podaci obrađeni su deskriptivnom analizom, a svrha istraživanja bila je identifikacija poremećaja hranjenja među djecom i mladima u alternativnoj skrbi iz perspektive stručnjaka te razumijevanje ove teme kako bi se potaknula daljnja istraživanja. Istraživanje je pokazalo kako značajan broj stručnjaka primjećuje ponašanja vezana uz poremećaje hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi, čime se ističe potreba za specijaliziranim pristupima i podrškom kako bi se učinkovito prepoznali i tretirali ovi poremećaji unutar konteksta alternativne skrbi.

Ključne riječi: *poremećaji hranjenja, djeca i mladi, alternativna skrb, perspektiva stručnjaka*

Eating disorders in children and young people in alternative care

Summary:

Eating disorders include a wide range of similar disorders, the main characteristics of which are concern about and dissatisfaction with one's own body size, excessive focus on controlling food intake, and preoccupation with thoughts about body weight. Eating disorders include: anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, other specified eating disorders, rumination and binge eating. Prevention of eating disorders for the adolescent population in the general population ranges from 6 to 8%, and the first manifestations occur already in childhood. Alternative care means any form of care in which the child is not in his biological family, but is separated and taken care of in accommodation that provides him with the necessary and adequate care and protection. The aim of this research is to gain insight into the prevalence and occurrence of eating disorders in children and young people in alternative care from the perspective of professional staff. The research was conducted through an online questionnaire on the population of experts, employees of alternative care institutions in Croatia. The collected data were processed through descriptive analysis, and the purpose of the research was to identify eating disorders among children and youth in alternative care from the perspective of experts and to understand this topic in order to stimulate further research. The research showed that a significant number of experts notice behaviors related to eating disorders in children and young people in alternative care, which highlights the need for specialized approaches and support in order to effectively recognize and treat these disorders within the context of alternative care.

Keywords: *eating disorders, children and youth, alternative care, expert perspective*

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. POREMEĆAJI HRANJENJA.....	3
3. VRSTE POREMEĆAJA HRANJENJA.....	5
3.1. Anoreksija nervoza.....	5
3.2. Bulimija nervoza.....	6
3.3. Pika.....	8
3.4. Ruminacija.....	9
3.5. Drugi specificirani poremećaji hranjenja.....	10
3.6. Poremećaj s prejedanjem.....	10
4. ETIOLOGIJA.....	12
4.1. Biološki čimbenici.....	12
4.2. Psihološki čimbenici.....	13
4.3. Socio-kulturalni čimbenici.....	13
5. POSLJEDICE POREMEĆAJA HRANJENJA ZA DJECU I MLADE.....	15
6. PREVENCIJA POREMEĆAJA HRANJENJA.....	16
7. ALTERNATIVNA SKRB.....	18
7.1. Izazovi djece i mladih u alternativnoj skrbi.....	19
8. PRIKAZ ISTRAŽIVANJA.....	20
8.1. Cilj i svrha istraživanja.....	21
8.2. Istraživački problemi.....	21
9. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA.....	22
9.1. Sudionici istraživanja.....	22
9.2. Mjerni instrumenti.....	23
9.3. Način provedbe istraživanja.....	25
9.4 Metoda obrade podataka.....	26

10. REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....	27
10.1. Informiranost i kompetentnost stručnjaka.....	27
10.1.1. Razina informiranosti stručnjaka.....	27
10.1.2. Razina kompetencija stručnjaka.....	28
10.2. Učestalost poremećaja hranjenja i intervencije stručnjaka.....	29
10.2.1. Zastupljenost poremećaja hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi.....	29
10.2.2. Prehrambene navike i potrebe djece i mladih u alternativnoj skrbi.....	35
10.2.3. Intervencije stručnjaka.....	36
10.3. Specifičnosti prehrane korisnika.....	36
10.3.1. Suplementi koje koriste korisnici.....	37
10.4. Učestalost specifičnih ponašanja korisnika.....	38
10.4.1. Učestalost indikatora za razvoj poremećaja hranjenja kod korisnika.....	41
10.4.2. Intervencije stručnjaka.....	48
10.5. Mišljenja stručnjaka o poremećajima prehrane.....	49
10.6. Mogućnosti unapređenja podrške stručnjacima koji rade a djecom i mladima u alternativnoj skrbi.....	55
10.6.1. Mogućnosti unaprjeđenja podrške djeci i mladima u alternativnoj skrbi.....	56
11. RASPRAVA.....	58
12. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA.....	61
13. ZAKLJUČAK.....	62
14. LITERATURA.....	64

1. UVOD

Poremećaji hranjenja složen su koncept koji isprepliće mentalne, ali i fizičke i zdravstvene izazove te su u današnjem svijetu predmet istraživanja mnogih stručnjaka različitih struka. Iako se ovi poremećaji u današnjem svijetu prvenstveno povezuju s područjem psihijatrije, ova tema se sve više istražuje i u okviru drugih grana i sfera života te raznih populacija. Sve češće se javlja i u području fitness industrije gdje ju se povezuje s prekomjernim vježbanjem. Ključni nalazi istraživanja koje su proveli Trott i suradnici (2020) ukazuju na to da etiologija ovisnosti o vježbanju varira ovisno o statusu poremećaja hranjenja. Pojedinci koji su u riziku od nastanka poremećaja hranjenja podložniji su ekstenzivnim vježbanjem što je najčešće povezano s pritiscima i očekivanjima koje nameće fitness industrija, kao i s društvenim mrežama koje često promoviraju nerealne standarde ljepote. Poznato je da su ovi poremećaji široko rasprostranjeni u populaciji djece i mladih zbog čega je posebno važno istražiti njihovu pojavu i utjecaj u specifičnom kontekstu kao što je alternativna skrb. Prema podacima sustavnog pregleda literature napisane u periodu od 2000. do 2018. godine, učestalost poremećaja hranjenja kod adolescenata kreće se u rasponu od 6% do 8% u općoj populaciji, a najčešći pojavni oblici su anoreksija i bulimija koje ću u daljnjem tekstu detaljnije objasniti i čiji se početak razvija i prije 22 godine života mlade osobe (Galmiche i sur., 2019).

Djeca i mladi koji se nalaze u alternativnoj skrbi nerijetko su izloženi brojnim emocionalnim, socijalnim i psihološkim stresorima, što ih čini posebno ranjivima za razvoj različitih psihičkih i emocionalnih problema, uključujući i poremećaje hranjenja. Djeca i mladi u alternativnoj skrbi često nemaju mogućnost izbora sudjelovanja u odabiru vlastite hrane ili kreiranju obroka zbog čega se nerijetko mogu osjećati kako nisu u kontroli nad svojim životom. Sve to posljedično može kod njih stvoriti osjećaj nedostatka kontrole i nemoći te ih samim time dovesti u rizik od razvoja poremećaja hranjenja. Vrijeme adolescencije za svaku je mladu osobu stresno razdoblje koje sa sobom nosi određenu emotivnu težinu koju određeni pojedinci mogu kompenzirati hranom kako bi tako utješili svoje unutrašnje nemire ili nezadovoljstva. Hrana igra ključnu ulogu u svačijem životu i pomaže nam održati kako fizičko, tako i mentalno zdravlje. Određeni nutrijenti, poput omega-3 masnih kiselina i vitamina D poznati su po tome da reguliraju raspoloženje i pridonose smanjenju rizika od depresije, anksioznosti i drugih mentalnih poremećaja. Hrana nije samo „gorivo“ koje nas održava jer ju povezujemo i s

društvenim i emocionalnim prigodama kao što su zajednički obroci s obitelji i prijatelja te raznih slavlja. U takvim situacijama s bliskim ljudima stvaramo osjećaj povezanosti, zadovoljstva i podrške za koje se smatra da su jedni od zaštitnih čimbenika za sprječavanje razvoja poremećaja hranjenja. Cilj ovog rada je istražiti problematiku poremećaja hranjenja u okviru alternativne skrbi, točnije, institucionalne skrbi, kako bi se bolje razumio opseg i ozbiljnost problema te stekli uvidi u mogućnosti unaprjeđenja prakse. Kako bismo bolje prilagodili podršku te kreirali intervencije za dobrobit djece i mladih u alternativnoj skrbi, od iznimne je važnosti razumjeti njihove specifične potrebe. Ovo istraživanje polazi od mišljenja stručnjaka koji rade sa djecom i mladima u alternativnoj skrbi, a kroz njihove perspektive, pokušat će se bolje razumjeti dinamika i odraz ovog problema u praksi, identificirati prepreke s kojima se djeca, mladi ali i stručnjaci susreću, te predložiti smjernice za daljnje istraživanje i razvoj praksi u ovoj domeni. Prepoznavanje ovih pitanja nije samo važno zbog prilagođavanja bolje skrbi i podrške djeci i mladima u alternativnoj skrbi, već i zbog oblikovanja politika i praksi koje će im omogućiti zdrav i stabilan razvoj u budućnosti.

2. POREMEĆAJI HRANJENJA

Adolescencija je sama po sebi stresno životno razdoblje puno promjena za svaku mladu osobu. Baš te promjene adolescente čine posebno ranjivom skupinom. Fizički izgled određuje našu percepciju svakog pojedinca unutar društva, pružajući informacije o rasnoj, dobnoj i spolnoj pripadnosti od najranijih godina. U modernim društvima, mršavi izgled pojedinca i vitkost često se glorificiraju kao ideal ljepote, dok se ove vrijednosti sve više usvajaju pod utjecajem zapadnih zemalja i njihovih kultura. Sveobuhvatni odnos između korištenja društvenih mreža, slike o tijelu i poremećaja hranjenja djeluje na pojedinca na različite načine. Najčešće, korištenje društvenih mreža dovodi do loše slike o sebi, poremećaja hranjenja ili neurednog obrasca hranjenja te lošeg mentalnog zdravlja posredstvom usporedbe s drugima i internalizacije mršavih „fit“ ideala (Dane i Bhatia, 2023).

Takav način razmišljanja nesvjesno može dovesti do porasta poremećaja hranjenja cjelokupne populacije, posebno kod djece i mladih. Prema izvještaju Vlade Ujedinjenog Kraljevstva u periodu od 2019. do 2021. godine vidljiv je porast poremećaja hranjenja i nezadovoljstva tjelesnim izgledom među mladima. Podaci ukazuju da je čak 95% osoba mlađih od 18 godina izjavilo kako bi promijenilo svoj izgled, a procjenjuje se da čak 13% mladih u dobi do 20 godina iskusi neki oblik poremećaja hranjenja (UK Parliament, corp creators, 2021). U Hrvatskoj još uvijek ne postoji službena statistika kojom bi se mogao pratiti točan broj ljudi oboljelih od neke vrste poremećaja u prehrani, ali provedena su istraživanja s različitim populacijama koja ukazuju na podatke slične onima u drugim državama. Istraživanje provedeno na populaciji od 200 studenata diljem Hrvatske pokazalo je kako 20% studenata ima povišen ukupni rezultat na testu zbog čega im je potrebna daljnja liječnička pretraga i savjetovanje da se utvrdi sa sigurnošću boluju li od nekog poremećaja hranjenja (Leskovar, 2021). Osim za populaciju studenata, provedeno je i istraživanje na populaciji srednjoškolaca. Anić i suradnici (2021) proveli su istraživanje kojim su htjeli ispitati simptome poremećaja hranjenja i bavljenje fizičkom aktivnosti na uzorku od 649 učenika prvih razreda srednjih škola Primorsko-goranske županije. Rezultati navedenog istraživanja pokazuju kako su djevojke sklonije pribjeći emocionalnom jedenju u stanjima uznemirenosti od učenika, dok se mladići u takvim situacijama priklanjaju alkoholu ili kockanju.

Poremećaji hranjenja predstavljaju jedan od najzastupljenijih oblika psihičkih poremećaja današnjice, a objedinjuje razne poremećaje i ponašanja vezane uz fizički izgled, tjelesnu težinu i hranjenje. Iako postoje razne definicije ovog fenomena, svakako je najzastupljenija ona Američkog psihijatrijskog društva koji poremećaje hranjenja definira kao *trajne poremećaje hranjenja ili ponašanja povezanim s hranjenjem koji dovode do promijenjene konzumacije ili apsorpcije hrane koja značajno narušava fizičko zdravlje pojedinca ili njegovo psihosocijalno funkcioniranje* (American Psychiatric Association, 2013).

Poremećaji hranjenja spadaju u treću kroničnu dijagnozu među adolescentskom populacijom, odmah nakon pretilosti i astme, a potvrđeno je i kako je anoreksija nervoza psihički poremećaj koji ima najveću stopu smrtnosti (Kakhi i McCann, 2016). Kada govorimo o zastupljenosti po spolu, poremećaji hranjenja značajno su učestaliji kod djevojaka i dostižu visokih 90%, dok je stopa smrtnosti također visoka i iznosi čak 20% (Marčinko i sur., 2013).

Dijagnostički i statički priručnik Američkog psihijatrijskog društva, DSM-V navodi dijagnostičke kriterije za razne vrste poremećaja hranjenja: pika, poremećaj ruminacije, poremećaj s prejedanjem, kompulzivno prejedanje, izbjegavajući/ restriktivni poremećaj hranjenja, drugi specificirani poremećaji hranjenja, nespecificirani poremećaji hranjenja te svakako najpoznatije vrste: anoreksija nervoza i bulimija nervoza (American Psychiatric Association, 2013).

3. VRSTE POREMEĆAJA HRANJENJA

3.1. Anoreksija nervoza

Anoreksija je poremećaj hranjenja kojeg karakterizira izrazito smanjen unos hrane zbog opterećenosti oko vlastite težine te oblika tijela i preplavljujućeg straha od debljanja. Sama riječ grčkog je podrijetla (an- bez, orexis- apetit) i u doslovnom prijevodu značila bi gubitak ili nepostojanje želje za hranom. No, ovaj naziv mnogi stručnjaci osporavaju s obzirom da je glavna karakteristika ovog poremećaja svjesno i namjerno ograničavanje unosa hrane.

Prva klinička definicija ovog poremećaja datira još krajem devetnaestog stoljeća kada ju je Gull nazvao anoreksijom nervozom te ju odvojio od drugih psihičkih i duševnih bolesti. Stanje žena koje su u to doba patile od anoreksije opisao je kao *“delirijско uvjerenje da ne mogu jesti”*. Već tada spomenuo je početak bolesti u ranoj dobi, tjelesni nemir te okupiranost mislima o hrani ali i nedostatak menstrualnog ciklusa (Silverman, 1988).

Pojedinci kojima je dijagnosticirana anoreksija iznimno su mršavi i neuhranjeni što prouzrokuje i druge zdravstvene probleme. Glavna obilježja ovog poremećaja su: pothranjenost i gladovanje (uporno ograničavanje kalorijskog unosa što posljedično dovodi do drastičnog pada tjelesne težine), te izraziti strah od debljanja usprkos niskoj tjelesnoj težini. Osobe svoje tijelo doživljavaju i percipiraju na nerealan i izvrnut način, ne prepoznaju moguće zdravstvene posljedice a kod djevojaka je nerijetka i pojava amenoreje odnosno izostanka menstrualnog ciklusa.

Amenoreja je u DSM-IV priručniku jedan od kriterija za dijagnosticiranje anoreksije nervoze. Iako se vjerovalo da je to nužan kriterij za pojavu anoreksije kod djevojaka, studija je pokazala kako ipak ne predstavlja pouzdani dijagnostički kriterij jer nije uvijek prisutna kod svih pacijenata s ovim poremećajem te ne pokazuje uvijek značajne kliničke razlike između pacijenata. Najveća razlika između pacijenata s amenorejom i onih s menstruacijom odražava se na mjere vezane uz nutritivni status, kao što su primjerice BMI, kalorijski unos i vježbanje (Roberto i sur., 2008).

Razlikujemo dva tipa anoreksije. **Restriktivni tip anoreksije** odlikuju razne restrikcije hrane, a osoba je pothranjena uz izraziti strah od debljine i opsesivno vježbanje kako bi izgubila na tjelesnoj težini. Drugi tip je **purgativni** kod kojeg pothranjena osoba svako toliko unese hranu u organizam, ali nakon toga slijedi jedan oblik „pročišćavanja“ kroz zlouporabu diuretika i laksativa ili povraćanje kako bi se iz organizma izbacilo sve što je uneseno (Balabanić Mavrović, 2022).

DSM-V predlaže sljedeće kriterije za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze:

A) Smanjen unos energije u odnosu na potrebe koji rezultira značajno niskom tjelesnom težinom u usporedbi s dobi, spolom, fazom razvoja i fizičkim zdravljem. Značajno niska tjelesna težina kod odraslih definira se kao težina ispod minimalno normalne, dok je kod djece i adolescenata težina ispod minimalno očekivane.

B) Intenzivan strah od dobivanja na težini ili debljanja, ili trajno ponašanje koje ometa dobivanje na težini, čak i kad je već prisutna značajno niska tjelesna težina.

C) Distorzirani doživljaj vlastite tjelesne težine ili oblika tijela, neprimjeren utjecaj tjelesnog oblika ili težine na samoprocjenu ili trajno nerazumijevanje ozbiljnosti postojeće niske tjelesne težine (American Psychiatric Association, 2013).

3.2. Bulimija nervoza

Bulimija nervoza je poremećaj hranjenja kod kojeg pojedinci unose velike količine hrane u jako kratkom periodu tijekom kojeg se osjećaju kao da gube kontrolu i po završetku epizode prejedanja osjećaju strah od debljanja, sram i krivnju zbog čega dolazi do ponašanja kojima se „čiste“ od unesene hrane. Iako u novom izdanju priručnika Američkog psihijatrijskog udruženja DSM-V nema podjele bulimije na podtipove, prethodno izdanje (DSM IV) predlaže podjelu na **purgativnu i nepurgativnu bulimiju**.

Kod purgativne bulimije nakon epizoda prejedanja dolazi do samo izazvanog povraćanja, te do zloupotrebe diuretika i laksativa, dok kod nepurgativne bulimije epizode prejedanja vode smanjenom unosu hrane, ekscesivnim vježbanjem i raznim dijetama. Za razliku od anoreksije,

tjelesna težina osoba oboljelih od bulimije je normalna ili blago povišena, ali prisutni su konstantni strah od debljanja i preokupiranost vlastitim izgledom. Epizode prejedanja u pravilu se pojavljuju minimalno jednom tjedno tokom perioda od tri mjeseca. Tijekom tih epizoda osobe u kratkom vremenskom periodu pojedu puno veću količinu hrane nego što bi većina osoba pojela ili osjećaju gubitak kontrole te osjećaju da se nisu u stanju zaustaviti dok jedu.

DSM-V navodi sljedeće kriterije za postavljanje dijagnoze bulimije nervoze:

A) Ponavljajuće epizode prejedanja karakteriziraju se sljedećim: konzumiranje hrane unutar određenog vremenskog razdoblja (npr. unutar 2 sata) u količini koja je značajno veća od one koju bi većina ljudi pojela u istom vremenskom periodu i sličnim uvjetima. Osjećaj gubitka kontrole nad unosom hrane.

B) Ponavljajući neprikladni kompenzacijski postupci koriste se radi sprječavanja porasta tjelesne težine, kao što su namjerno izazvano povraćanje, zloupotreba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, post ili pretjerano vježbanje.

C) Epizode prejedanja i kompenzacijsko ponašanje događaju se najmanje jednom tjedno tijekom razdoblja od tri mjeseca u prosjeku.

D) Samoprocjena je neopravdano oblikovana prema tjelesnom obliku i težini.

E) Poremećaj ne isključuje prisutnost epizoda anoreksije nervoze (American Psychiatric Association, 2013).

Bulimija nervoza učestalija je nakon razdoblja ograničenog unosa hrane te pokušaja pridržavanja dijeta. Osoba se najčešće prejeda sama i izbjegava društvene aktivnosti i mjesta. U takvim epizodama obično jako brzo jedu značajne količine hrane visoke kalorijske vrijednosti i ne prestaju konzumaciju čak ni kada osjete fizičku bol u želucu. Osobe s ovim poremećajem takve situacije opisuju kao „nekontrolirane“, te osjećaju sram nakon kojeg slijedi osjećaj gađenja, tuge i ljutnje. Ciklusi izgladnjivanja i prejedanja postaju redoviti, a uz njih je prisutan i konstantni strah od debljanja koji se povezuje sa osjećajem gubitka kontrole što osobu navodi na zlouporabu laksativa i diuretika (Vidović, 1998).

3.3. Pika

Pika je poremećaj hranjenja koji obilježava konzumacija tvari koje nemaju nikakve prehrambene vrijednosti. Ovaj poremećaj podrazumijeva redovito gutanje nehranjivih tvari što potencijalno može dovesti do životno opasnih situacija. Moguć uzrok ovog poremećaja nalazi se u deficitu cinka, željeza i joda u organizmu što se najviše očituje primjerice u žudnji za ledom. Česta je pojava pike kod djece, ali uglavnom prevladava kod osoba s intelektualnim poteškoćama i trudnica, što se u nekim slučajevima smatra kulturološki prihvatljivim ponašanjem. Za razliku od ostalih poremećaja hranjenja, pika jako rijetko narušava društveno funkcioniranje, te je često povezana s komorbidnim poremećajima kao što su: opsesivno-kompulzivni poremećaj, shizofrenija te poremećajima iz autističnog spektra.

Osim navedenih poremećaja, pika može koegzistirati sa stanjima poput trihotilomanije te izbjegavanjem ili restriktivnim unosom hrane (Rajput i sur., 2020). Kroz povijest, pika se smatrala samo simptomom drugih poremećaja, a ne poremećajem za sebe. Sama riječ „pika“ latinskog je podrijetla i označava pticu čavku. Baš kao i u ovom poremećaju, čavka jede i probire različite nejestive predmete i tvari. U prošlosti su se koristili su različiti izrazi kojima se opisivao ovaj poremećaj, ali svi su uvijek ukazivali na promijenjen ili hirovit apetit te nekontroliranu žudnju za određenim tvarima (Parry-Jones i Parry-Jones, 1992).

Do petog izdanja DSM priručnika, ovaj se poremećaj svrstavao u kategoriju poremećaja koje se obično prvi put dijagnosticira u djetinjstvu ili adolescenciji, ali po novom smješteni su u kategoriju hranjenja i poremećaja hranjenja. Tom promjenom naglašeno je da se ovi poremećaji javljaju u svim dobnim skupinama, a ne samo u djetinjstvu i adolescenciji. (Hartmann i sur., 2012).

DSM-V navodi sljedeće kriterije za postavljanje dijagnoze pika poremećaja:

- A) Uporno uzimanje ne nutritivnih, neprehrambenih tvari tijekom razdoblja od najmanje 1 mjesec.
- B) Prehrana ne nutritivnim, neprehrambenim tvarima neprimjerena je dobi i razvojnom razdoblju pojedinca.

- C) Prehrana nije dio kulturološki podržane ili društveno normativne prakse.
- D) Ako se hranjenje javlja u kontekstu drugog mentalnog poremećaja (npr. intelektualna oštećenja, invaliditet, poremećaj iz spektra autizma, shizofrenija) ili zdravstvenog stanja (uključujući trudnoću), a dovoljno je ozbiljno da zahtijeva dodatnu kliničku pažnju. (American Psychiatric Association, 2013).

3.4. Ruminacija

Ruminacija se definira kao uzastopno regrutiranje hrane, s namjerom na gubitku težine ili nemogućnosti da se dobije očekivana težina, a razvija se nakon razdoblja normalnog funkcioniranja pojedinca. Ovaj poremećaj uzrokuje da ljudi pljuju već progutanu hranu. Djelomično probavljena hrana se dovodi u usta, ali bez ikakvog osjećaja mučnine, povraćanja, gađenja ili drugih gastrointestinalnih poremećaja. Hrana se tad izbacuje iz usta te se na novo sažvakava ili ponovno proguta. Važno je za naglasiti da osoba s ovim poremećajem ostavlja dojam da dobiva značajno zadovoljstvo od ove aktivnosti (Mayes i sur., 1988).

Ruminaciju kao poremećaj prvi je put kod odraslih opisao talijanski anatom davne 1618. godine, a potreba za daljnjim otkrivanjem i liječenjem ovog poremećaja javila se i u daljnjim desetljećima. Međutim, sustavna istraživanja ovog poremećaja jako su rijetka i oskudna jer ga se povijesno smatralo rijetkim stanjem. Danas, točna prevalencija ovog poremećaja je nejasna, no postoje podaci u kojima je prijavljeno između 0,8% i 10,6% slučajeva u zajednici. Postoje i podaci iz studija samoprocjene, ali zbog nedostatka svijesti o ruminaciji često su ti podaci netočni ili krivo dijagnosticirani (Murray i sur., 2019).

Prema DSM-V navode se sljedeći kriteriji za dijagnozu poremećaja ruminacije:

- A) Ponovljena regurgitacija hrane tijekom razdoblja od najmanje 1 mjesec. Regurgitirana hrana može se sažvakati, ponovno progutati ili ispljunuti.
- B) Ponovljena regurgitacija ne može se pripisati gastrointestinalnom ili drugom povezanom poremećaju (npr. gastroezofagealni refluks, stenoza pilorusa).
- C) Poremećaj hranjenja ne javlja se isključivo tijekom anoreksije nervoze, bulimije nervoze, poremećaja prejedanja ili poremećaja izbjegavanja/restriktivnog unosa hrane.

D) Ako se simptomi jave u kontekstu nekog drugog mentalnog poremećaja (npr. intelektualnih poteškoća ili nekih drugi neurorazvojnih poremećaja), dovoljno su ozbiljni da zahtijevaju dodatnu kliničku pozornost. (American Psychiatric Association, 2013).

3.5. Drugi specificirani poremećaji hranjenja

Ova kategorija poremećaja najprošireniji je oblik poremećaja hranjenja i odnosi se na generalno poremećen odnos prema hrani i fizičkom izgledu koji ne zadovoljava dijagnostičke kriterije za anoreksiju ili bulimiju. Glavne karakteristike ovog poremećaja su značajna patnja pojedinca u socijalnoj, radnoj ili drugim važnim sferama funkcioniranja. Može doći do pojave različitih oblika poremećaja hranjenja koji međutim ne zadovoljavaju kriterije za nijedan specifičan poremećaj hranjenja. Tako je primjerice česta pojava atipičnih vrsta anoreksije u kojima su zadovoljeni svi kriteriji za anoreksiju nervozu osim onog da je tjelesna težina osobe u granicama normale. Česta je i bulimija za koji su zadovoljeni svi kriteriji osim što se u pravilu pojavljuju rjeđe od jednom tjedno te epizode traju kraće od predviđena tri mjeseca. Pojavljuje se i takozvani poremećaj čišćenja u kojem se osoba ne prejeda ali samostalno izaziva povraćanja i zloupotrijebljava lijekove. Za određivanje ovog poremećaja važna je i pojava sindroma noćnog jedenja, odnosno epizode prejedanja tijekom noći što pojedincu izaziva nemogućnost normalnog funkcioniranja (Balabanić Mavrović, 2022).

3.6. Poremećaj s prejedanjem

Poremećaj s prejedanjem, odnosno kompulzivno prejedanje karakterizira jedenje velike količine hrane u jako kratkom vremenu tijekom epizoda (engl. „*binge eating*“) što posljedično dovodi osobu do osjećaja izrazite krivice i srama. Osobe s ovim poremećajem najčešće su prekomjerne tjelesne težine do pretila. Prejedanja se u pravilu događaju barem jednom tjedno tijekom perioda od tri mjeseca (American Psychiatric Association, 2013). Pojedinaac s ovim poremećajem ima osjećaj kako nije u mogućnosti zaustaviti se tijekom jedenja ili da nije u stanju kontrolirati što i koliku količinu hrane jede. Sve epizode prejedanja sastoje se od tri komponente: brzine unosa hrane sve dok se ne pojavi osjećaj nelagode, unos hrane bez stvarnog tjelesnog

osjećaja gladi te naposljetku gađenje i mržnja prema sebi što može dovesti do depresije. Dosadašnja istraživanja pokazuju kako kompulzivno prejedanje prosječno započinje u ranim dvadesetima ili kasnoj adolescenciji (Fairburn, 1995; prema Božić i Macuka, 2017).

Kriteriji prema DSM-V za dijagnosticiranje ovog poremećaja su sljedeći:

- A) Ponavljajuće epizode prejedanja.
- B) Epizode prejedanja povezane su s 3 (ili više) od sljedećeg:
 1. Jedenje mnogo brže nego što je uobičajeno.
 2. Jedenje do osjećaja neugodne sitosti.
 3. Jedenje velikih količina hrane kada se ne osjećaš fizičku glad.
 4. Jedete u osami zbog neugode od količine hrane.
 5. Osjećaj gađenja prema sebi, depresija ili jak osjećaj krivnje nakon prejedanja.
- C) Prisutan je izraženi distres u vezi s prejedanjem.
- D) Prejedanje se javlja u prosjeku najmanje jednom tjedno tijekom 3 mjeseca.
- E) Prejedanje nije povezano s ponovljenom uporabom neprikladnih kompenzacijskih sredstava kao ponašanje koje se javlja kod bulimije nervoze i ne javlja se isključivo tijekom bulimije nervoze ili anoreksije nervoze. (American Psychiatric Association, 2013).

4. ETIOLOGIJA

Postoje razne etiološke teorije i modeli kojima se objašnjava nastanak pojave poremećaja hranjenja. Sam nastanak ovih poremećaja jako je kompleksan i ne može se definirati jednom teorijom, iako postoje određena objašnjenja za svaki pojedinačni čimbenik. U svrhu ovog rada razmotrit će se biološki, psihološki i socio-kulturalni čimbenici koji doprinose razvoju poremećaja hranjenja.

4.1. Biološki čimbenici

Određena genetska istraživanja pokazuju kako ipak postoje neke urođene predispozicije za daljnju pojavu poremećaja hranjenja unutar obitelji. Tako se primjerice bulimija češće javlja u obiteljima gdje su već bili zabilježeni slučajevi bulimije, a isto tako vrijedi i za anoreksiju (Balabanić Mavrović, 2022). Genetski faktori igraju značajnu ulogu u poremećajima hranjenja, što najbolje pokazuju studije blizanaca. Ove studije govore o visokoj povezanosti između genetskih čimbenika i anoreksije nervoze, s većom stopom sličnosti među jednojajčanim blizancima nego u usporedbi s dvojajčanim blizancima. Čimbenici poput okruženja, obiteljskog okruženja i negativnih životnih događaja, također se uzimaju u obzir, iako njihovi utjecaji mogu biti mali. Međutim, ograničenja studija kao što su kratka razdoblja praćenja i mala veličina uzorka blizanaca mogu utjecati na točnost procjene genetskih čimbenika za poremećaje hranjenja. Veći uzorak bio bi koristan za bolje razumijevanje uloge genetskih i okolinskih čimbenika u poremećajima hranjenja (Rikani i sur., 2013). Još jedan važan biološki čimbenik koji igra ključnu ulogu u regulaciji apetita i raspoloženja je serotonin, hormon kojeg se povezuje s različitim simptomima poput anksioznosti, agresije i samoozljeđivanja. Promjene u funkciji serotonina mogu neizravno utjecati na razvoj poremećaja hranjenja kroz osobine ličnosti koje se obično nalaze kod oboljelih osoba. Određene eksperimentalne studije pokazuju da neuravnotežena prehrana i nenormalno ponašanje vezano uz hranjenje mogu utjecati na funkciju serotonina što potencijalno dovodi i do trajnih promjena čak i nakon oporavka (Bailer i sur., 2005).

4.2. Psihološki čimbenici

Nezadovoljstvo tijelom, pod utjecajem kulturnih ideala, igra značajnu ulogu u samopoštovanju i povezano je sa simptomima poremećaja hranjenja. Istraživanja pokazuju da nezadovoljstvo tijelom može predvidjeti pogoršanje simptoma poremećaja hranjenja, ali ne i početni razvoj poremećaja. Međutim, istraživanja koja pokazuju predviđajuću ulogu negativne slike tijela i poremećaja hranjenja su nedosljedna te su potrebne longitudinalne studije koje bi započinjale u ranoj adolescenciji i nastavile se u odraslu dob (Stice i sur., 2000). Mnogi istraživači istraživali su ulogu poremećaja ličnosti u razvoju poremećaja hranjenja. Rezultati pokazuju da su određene osobine ličnosti poput impulzivnosti, reaktivnosti na stres, izbjegavanja i perfekcionizma česte kod pacijenata sa poremećajima hranjenja (Zubčić i Vulić-Prtorić, 2008). Međutim, većina ovih studija procjenjivala je osobine ličnosti kod svojih ispitanika tijekom bolesti pa bi njihove osobine ličnosti mogle biti odraz štetnih učinaka gladi. Postoje studije koje pokazuju učinak gladi i ponovljenog prejedanja na razvoj anksioznosti, društvenog povlačenja i razdražljivosti kod osoba ranije tipičnog ponašanja samo nekoliko tjedana nakon ograničenog unosa hrane (Keys i sur., 1950). Svakako, bitni čimbenik koji bi mogao utjecati na rezultate u ovakvom proučavanju osobina ličnosti kod adolescenta su stalno promjenjivi obrasci percepcije o sebi i okolini zbog stalnih razvojnih promjena u osobnosti pojedinca (Vitousek i Manke, 1994).

Novija istraživanja dokazala su kako samopoštovanje djeluje kao ključni čimbenik razvoja poremećaja hranjenja. Mora i suradnici (2022) pronašli su negativnu korelaciju između samopoštovanja i rizika od nastanka i razvoja poremećaja hranjenja. Korištenje različitih medija poput televizije, modnih časopisa i interneta, kao i učestalost njihove upotrebe među adolescentima povećalo je vjerojatnost pripadnosti skupini s rizikom od razvoja poremećaja hranjenja. Također, prehrambene navike tijekom adolescencije značajno su povećale vjerojatnost pripadnosti ovoj rizičnoj skupini za razvoj poremećaja hranjenja (Mora i sur., 2022).

4.3. Socio-kulturalni čimbenici

Smatra se da izloženost zapadnoj kulturi koja naglašava vitko tijelo kod žena te snažno i mišićavo tijelo kod muškaraca igra važnu ulogu u povećanju poremećaja hranjenja diljem svijeta. Stopa poremećaja hranjenja u zemljama poput Japana, Irana i Singapura nastavlja rasti

među ženama koje su bile izložene zapadnoj kulturi putem privremenog boravka u zapadnim zemljama radi obrazovanja, čak i kratkotrajnog odmora, ili putem masovnih medija (Nobakht i Dezhkam, 2000). Upravo je to razlog što su istraživači posebnu pažnju pridali proučavanju utjecaja zapadne kulture na pojavu poremećaja hranjenja a posebice kod djevojčica i žena koje su imigrirale. Swanson i sur. (2012) proučavali su poremećaj prejedanja kod meksičkih imigranata u SAD-u gdje su primijetili su značajan porast stope poremećaja prejedanja kod američkih Meksikanaca čija su oba roditelja rođena u SAD-u. Ovo istraživanje sugerira da kulturni utjecaj koji leži u povećanoj stopi poremećaja prejedanja postupno nastaje tijekom vremena. Iako većina studija nije kontrolirala varijable poput socijalno-ekonomskog statusa ili religije, ovo istraživanje pokazalo je da akulturacija, odnosno usvajanje zapadnih vrijednosti i prehrambenih navika, igra ključnu ulogu u povećanju sklonosti razmišljanju o dijetama i tijelu.

5. POSLJEDICE POREMEĆAJA HRANJENJA ZA DJECU I MLADE

Dalle Grave (2015) navodi četiri osnovna životna područja koja mogu biti oštećena i zapostavljena kao posljedica poremećaja hranjenja. To su: tjelesno zdravlje, psihološko blagostanje, obrazovanje i posao te međuljudski odnosi. Iako neke posljedice mogu biti umanjene pomoću raznovrsne prehrane i uravnotežene tjelesne aktivnosti, nažalost uvijek postoje one koje su nepovratne i često nepoznate iz razloga što se događaju i nastaju tijekom godina najintenzivnijeg razvoja mlade osobe (Palčevski i Peršić, 2008). Poremećaji hranjenja povezani su s visokom stopom smrtnosti, osobito kod onih oboljelih od anoreksije nervoze, gdje su stope smrtnosti značajno povišene u usporedbi s općom populacijom. Neka istraživanja čak pokazuju kako su troškovi liječenja pacijenata s anoreksijom nerijetko i duplo veći nego kod pacijenata oboljelih od shizofrenije (Agras, 2001).

Psihološke posljedice niske tjelesne težine uključuju loše raspoloženje, suicidalne ideje, nisko samopouzdanje, anksioznost i socijalno povlačenje, što može dodatno pogoršati gubitak težine i narušiti već ionako loše socijalne odnose (Schmidt i Treasure, 2006). Kronična neuhranjenost remeti glavne organske sustave, a ubrzan gubitak težine predstavlja dodatne rizike za pojedinca. Fizičke posljedice uključuju kardiovaskularne probleme kao primjerice smanjeni broj otkucaja srca i krvnog tlaka, neravnotežu elektrolita koja dovodi do aritmija i gastrointestinalne probleme poput gastritisa i gastrointestinalnog krvarenja. Amenoreja i smanjena mineralna gustoća kostiju česta su pojava kod anoreksije nervoze, zajedno s gubitkom mišića i općenitom slabošću (Bould i sur , 2017).

6. PREVENCIJA POREMEĆAJA HRANJENJA

Prepoznavanje ranog rizika i pravovremene intervencije mogu učinkovito spriječiti razvoj poremećaja hranjenja u početnim fazama. Kako bi se odgovorilo na sva učestalija odstupanja u prehranbenim navika adolescenata i njihovom odnosu prema hrani, razvija se sve više preventivnih programa. Vrlo je važno provoditi ove programe već od najranije životne dobi kako bi se ojačali zaštitni čimbenici koji bi adolescentima omogućili da se lakše nose sa snažnim medijskim, ali i javnim pritiscima na postizanje „idealnog“ tijela (Pokrajac-Bulian i sur. , 2005). Cilj univerzalne prevencije usmjeren je na poticanje zdravog razvoja i sprečavanje iskrivljenih stavova i ponašanja povezanih s poremećajima hranjenja (Scime i Cook-Cottone, 2008). Preventivni programi na univerzalnoj razini imaju za cilj stvaranje školskog okruženja koje potiče prevenciju te uključuju prakse poput promicanja prihvaćanja tijela, smanjenja zadirkivanja zbog izgleda, educiranja o prehrani i tjelesnoj aktivnosti te unapređenja vještina suočavanja. Aktivnosti usmjerene na promicanje prihvaćanja tijela uključuju razvoj medijske pismenosti, što podrazumijeva kritičku analizu medijskih poruka i istraživanje njihovog utjecaja na samopoimanje i sliku o sebi. To uključuje raspravu o nerealnim standardima ljepote prisutnim u medijima te demonstraciju tehnika uređivanja slika.

Također, škole mogu provoditi politike koje ograničavaju oglašavanje u školskom okruženju te promicati rad na samopoimanju koji ističe različite aspekte osobne vrijednosti osim izgleda. Učitelji i treneri imaju važnu ulogu u podržavanju ovih napora i poticanju osobnog razvoja koji se proteže preko fizičkog izgleda i usporedbe s vršnjacima (Cook-Cottone, 2009). U selektivnoj prevenciji naglasak je na identifikaciji pojedinaca ili grupa koji su izloženi većem riziku od prosjeka. Ovdje je ključna uloga liječnika obiteljske prakse koji mogu prepoznati početne znakove poremećaja prehrane i omogućiti ranu intervenciju, što često rezultira boljim ishodom. Važno je smanjiti vrijeme od pojave simptoma do traženja pomoći, što zahtijeva razumijevanje čimbenika koji potiču ili ometaju traženje pomoći. Na primjer, nedostatak svijesti o problemu, uvjerenje da će se problem sam riješiti ili minimiziranje ozbiljnosti problema mogu otežati traženje pomoći. Strah od tretmana, osobito strah od dobivanja na težini, također može biti prepreka (Palčevski i Baraba Dekanić, 2016). Na indikativnoj razini, pažnja je usmjerena na osobe koje pokazuju određene simptome poremećaja prehrane, ali ti simptomi još nisu dovoljno izraženi da bi se postavila klinička dijagnoza. Glavni cilj je intervenirati što je moguće ranije

kako bi se spriječio daljnji razvoj poremećaja (Balabanić-Mavrović, 2018). Koreshe i suradnici (2023) proveli su analizu istraživanja o prevenciji i ranim intervencijama poremećaja hranjenja te istaknuli učinkovitost različitih programa prevencije. Posebno su istaknuli programe temeljene na kognitivnoj disonanci, univerzalne programe prevencije s višestrukim čimbenicima rizika (kao što su oni provedeni u školama), programe medijske pismenosti, programe svjesnosti te druge nove preventivne programe. Primjerice, selektivni preventivni programi usmjereni na visokorizične skupine, poput žena i adolescenata starijih od 15 godina, pokazali su se najučinkovitijim za smanjenje simptoma poremećaja hranjenja. Također, programi temeljeni na kognitivnoj disonanci doveli su do značajnog smanjenja simptoma poremećaja hranjenja i faktora rizika, poput dijete, idealizacije mršavosti i negativnog afekta. Isti autori navode i preventivni program medijske pismenosti "*Media Smart*", proveden među adolescentima i mladim odraslim osobama u Australiji i Novom Zelandu, a koji je pokazao povoljne rezultate u smanjenju zabrinutosti zbog težine i vršnjačkog zadirivanja povezanog s težinom.

7. ALTERNATIVNA SKRB

Alternativna skrb obuhvaća sve oblike smještaja izvan roditeljskog doma, kao što su institucije, domovi obiteljskog tipa, udomiteljske obitelji ili kod odgovarajuće treće osobe koja ispunjava potrebne uvjete za skrbnika. Dijete ili mlada osoba koja je izdvojena iz svoje primarne obitelji smješta se u jedan od oblika alternativne skrbi (Bartoluci, 2015). Također, o alternativnoj skrbi može se govoriti o formalnom i neformalnom obliku (Smjernice za alternativnu skrb o djeci, 2010). Neformalni oblik bio bi onaj čiji smještaj nije određen državnim tijelima ili nekom drugom za to ovlaštenom službom. Formalni oblik podrazumijeva svaki oblik skrbi koju je predložilo i naložilo upravno tijelo ili nadležni sud. U skladu s kontekstom u kojem se pruža formalna alternativna skrb može se podijeliti na srodničku skrb (smještaj djeteta u obiteljskom okruženju unutar proširene obitelji ili bliskih obiteljskih prijatelja koje dijete poznaje, bilo formalno ili neformalno), udomiteljsku skrb (u kojoj mjerodavne vlasti smještaju djecu u kućanstvo obitelji koja nije djetetova vlastita obitelj, ali je odabrana, kvalificirana, odobrena i nadzirana za pružanje skrbi) ili institucionalnu skrb koja se pruža u neobiteljskim grupnim okruženjima, kao što su sigurna mjesta za hitne situacije (npr. sigurne kuće). Nadalje, jedan od oblika su tranzitni centri, odnosno prihvatne stanice te ostale ustanove za pružanje kratkoročne i dugoročne institucionalne skrbi. Osim toga, obuhvaća i druge oblike smještaja koji podsjećaju na obitelj, kao i situacije u kojima djeca žive samostalno uz nadzor (Bartoluci, 2015.). Obzirom da su sva navedena rješenja alternativna roditeljskoj skrbi, zato su i nazvana alternativna skrb. Iako i sama Konvencija o pravima djeteta nalaže kako je za dijete najpovoljnije da odrasta u obiteljskom okruženju uz roditeljsku ljubav, ipak postoje situacije zanemarivanja djeteta ili neobavljanja roditeljske dužnosti u kojima je izdvajanje djeteta jedina opcija (Ajduković, 2004.). Alternativna skrb u Republici Hrvatskoj uređena je i uvjetovana raznim zakonima: Zakonom o socijalnoj skrbi (NN 18/22, 46/22, 119/22, 71/23, 156/23), Zakonom o udomiteljstvu (NN 115/18, 18/22), Obiteljskim zakonom (NN 103/15, 98/19, 47/20, 49/23, 156/23) i Zakonom o sudovima za mladež (NN 84/11, 143/12, 148/13, 56/15, 126/19).

Prema podacima Godišnjeg statističkog izvješća o domovima i korisnicima socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj (2022) gotovo 3000 djece nalazilo se u nekom obliku alternativne skrbi. Osim toga dio skrbi o djeci i mladima izvan obitelji, odvija se i u okviru sustava pravosuđa, u odgojnim zavodima. U Hrvatskoj je još uvijek dominantan institucionalni smještaj

kao oblik alternativne skrbi, iako razna istraživanja pokazuju kako djeca koja su smještena u dječje domove doživljavaju manje podrške u usporedbi s djecom koja žive u udomiteljskim obiteljima i djecom iz opće populacije. Kada se govori o adekvatnoj skrbi misli se na cjelokupnu podršku djeci i mladima kako bi se stvorile stabilne veze i odnosi, kako unutar institucije tako i izvan nje.

7.1. Izazovi djece i mladih u alternativnoj skrbi

Djeca i mladi koji veliki dio svog života i mlade odrasle dobi provedu u nekom od oblika alternativne skrbi suočavaju se sa specifičnim izazovima i situacijama kakvi su nepoznati njihovim vršnjacima. Odrastanje u takvim uvjetima može biti stresno i nositi se s promjenama može biti izazovno, posebice kada mladi nose teret iz prošlosti i ne dobivaju dovoljno podrške. U takvim okolnostima, razumljiv je rizik od socijalne isključenosti, posebno beskućništva, nezaposlenosti, siromaštva i pojave problema s mentalnim zdravljem. Osim navedenih problema s kojima se susreću, dokazano je i da ukupno gledano mladi u alternativnoj skrbi imaju više poteškoća i s mentalnim zdravljem u usporedbi sa vršnjacima opće populacije. Sukladno tim podacima provedeno je istraživanje u SAD-u pod nazivom *The NorthWest Forest Care Alumni Study* (Pecora i sur., 2006) u kojem su ispitani mladi iz sustava skrbi u dobi od 20 do 33 godine. Rezultati su pokazali da su se skoro svi ispitanici suočavali s nekom poteškoćom mentalnog zdravlja, dok je više od njih pola imalo predispozicije za dijagnozu kliničke depresije. Socijalna anksioznost, razne ovisnosti te napadaji panike samo su neke vrste problema i poremećaja sa kojima su se mladi suočavali. Zabrinjavajući je podatak da je skoro svaka peta mlada osoba imala komorbiditet od tri ili više poremećaja, ali usprkos svemu autori navode kako je do kraja provedbe istraživanja ipak viđena pozitivna promjena kod mladih. Istraživanja pokazuju kako se ADHD često pojavljuje u komorbiditetu s poremećajima hranjenja, ali i brojim drugim stanjima: teškoćama učenja, depresijom, anksioznosti, konduktivnim poremećajem, opozicijsko-protestnim ponašanjem, tikovima i Tourettovim sindromom te poremećajima spavanja (Robin i Barkley, 1998; prema Plentaj, 2017). Pregledom dostupne literature nisu pronađena istraživanja koja se bave specifično problemom poremećaja hranjenja kod djece u alternativnoj skrbi, ali ipak postoji istraživanje koje se bavilo pitanjem mentalnog zdravlja djece u dječjim domovima i

udomiteljskim obiteljima. Ajduković i Sladović Franz (2003) provele su istraživanje na različitim skupinama djece u dobi od 10 do 16 godina kako bi usporedile pokazatelje njihovog mentalnog zdravlja. U istraživanju je sudjelovalo 263 djece smješteno u dječjim domovima, 112 djece iz udomiteljskih obitelji te 200 djece koja žive u vlastitim obiteljima. Podaci govore da djeca koja odrastaju u dječjim domovima u svom ponašanju pokazuju značajno više internaliziranih i eksternaliziranih problema u ponašanju od djece iz druge dvije skupine. Razina tih problema u pozitivnoj je korelaciji s doživljenom razinom stresa, smanjenom percepcijom socijalne podrške i neuspjehom u školi. Iz svega navedenog može se pretpostaviti kako su djeca smještena u dječje domove u većem riziku od nastanka i razvoja raznih mentalnih poremećaja, između kojih su i poremećaji hranjenja.

Istraživanje provedeno u Velikoj Britaniji (Dixon, 2008) na uzorku od 106 mladih koji su napustili skrb pokazalo je da su sudionici izvještavali o raznim zdravstvenim problemima kao što su astma, alergije, bolesti povezane sa zluporabom droga, ali i naglim gubitkom težine i smanjenim apetitom. Život mladih s poremećajem hranjenja težak je i izazovan sam po sebi, a još je izazovniji u institucionalnim uvjetima. Upravo je nedostatak podataka o ovom problemu glavni poticaj ovog rada te želja za identifikacijom problema i unaprjeđenjem već postojeće prakse unutar alternativne skrbi.

Istraživanje u Australiji provedeno na uzorku od 347 predadolescenata u udomiteljskim obiteljima pokazalo je kako je čak četvrtina djece pokazala klinički značajne probleme vezane uz hranjenje bez jasnih dokaza o utjecaju spola ili dobi (Tarren-Sweeney, 2006). Poremećaji hranjenja prvi se put najčešće javljaju u razdoblju adolescencije, a jedan od glavnih rizika za njihovo nastajanje je obrazac nesigurne privrženosti koji je čest kod djece i mladih u alternativnoj skrbi. Vranjican i suradnici (2019) tvrde da takav obrazac karakterizira osjećaj nepovjerenja prema roditeljima i nedostatak podrške što posljedično dovodi do poteškoća u socio-emocionalnim kompetencijama. Autori također tvrde i da kvaliteta privrženosti koju dijete u ranoj dobi stekne prema roditeljima tijekom odrastanja jako utječe na cjelokupni razvoj odrasle ličnosti. U slučaju da dijete odrasta u nepovoljnoj okolini, postoji mogućnost da se ne razvije sposobnost ostvarivanja bliskih odnosa kasnije u životu. Upravo zato važno je obratiti pozornost na pravovremeni razvoj socio-emocionalnih kompetencija kod sve djece, a posebice kod djece i mladih unutar sustava alternativne skrbi.

8. PRIKAZ ISTRAŽIVANJA

8.1. Cilj i svrha istraživanja

Budući da, kao što je navedeno u prethodnom poglavlju, u Hrvatskoj do sada nisu provedena istraživanja na ovu temu, cilj ovog rada je steći uvid u rasprostranjenost i pojavu poremećaja hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi iz perspektive stručnjaka.

Svrha ovog istraživanja je identifikacija poremećaja hranjenja među djecom i mladima u alternativnoj skrbi iz perspektive stručnjaka te razumijevanje ove teme kako bi se potaknula daljnja istraživanja.

8.2. Istraživački problemi

U svrhu ostvarivanja cilja istraživanja, postavljeni su sljedeći istraživački problemi:

1. Utvrditi učestalost poremećaja hranjenja među djecom i mladima u alternativnoj skrbi prema perspektivi stručnjaka.
2. Ispitati koji su najčešći oblici poremećaja hranjenja među djecom i mladima u alternativnoj skrbi prema perspektivi stručnjaka.
3. Ispitati kako stručnjaci opisuju pojedine rizike koji su povezani s razvojem poremećaja hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi.
4. Ispitati koliko su stručnjaci zadovoljni trenutnim sustavom podrške i uvjetima za rad sa djecom i mladima koji pokazuju simptome poremećaja hranjenja u alternativnoj skrbi.
5. Saznati koje su preporuke stručnjaka za poboljšanje uvjeta za rad i skrbi za djecu i mlade koji imaju poremećaje hranjenja u alternativnoj skrbi.

Obzirom da se radi o eksplorativnim istraživačkim problemima za navedene probleme nisu postavljene hipoteze.

9. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

9.1. Sudionici istraživanja

Podaci u nastavku prikupljeni su iz pitanja u prvom dijelu upitnika. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 60 sudionika, stručnjaka raznih profesija koji rade s djecom i mladima u sustavu alternativne skrbi. U istraživanju je sudjelovala 51 žena i 9 muškaraca. Raspon dobi sudionika je od 25 do 64 godine, a prosječna dob sudionika iznosi 34.1 godinu.

Što se tiče zanimanja sudionika, u istraživanju su sudjelovali stručnjaci raznih profesija. Najviše sudionika su po struci socijalni pedagozi (18), slijede socijalni radnici (11) te psiholozi (7). Od ostalih zanimanja ističu se učitelji razredne nastave (3), diplomirani pedagozi (3), profesori kineziologije, odgajatelji (3), te diplomirani defektolozi (3). Sudjelovali su još i medicinski tehničari (2), radni terapeut, edukacijski rehabilitator, referent, profesor, učitelj kuharstva, profesor povijesti i radnik u sustavu socijalne skrbi.

U odnosu na radni staž, u uzorku su u najvećem prosjeku zastupljeni sudionici s više od 20 godina radnog staža (28,3% sudionika). 25 % sudionika ima manje od 5 godina radnog staža, a 23,3% je onih koji imaju između 6 i 10 godina te između 11 i 20 godina.

Sudionici su zaposleni u raznim institucijama alternativne skrbi u Hrvatskoj, ali mogu se svrstati u četiri kategorije: centri za pružanje usluga u zajednici - za djecu bez odgovarajuće roditeljske skrbi, centri za pružanje usluga u zajednici – za djecu i mlade s problemima u ponašanju, centri za odgoj i obrazovanje te odgojni zavodi. U centrima za pružanje usluga u zajednici - za djecu bez odgovarajuće roditeljske skrbi zaposleno je 40% sudionika (24), a u Centrima za pružanje usluga u zajednici - za djecu i mlade s problemima u ponašanju njih 45% (27). Nešto manji broj sudionika, njih 10% (6) zaposlen je u odgojnim zavodima, dok su u centrima za odgoj i obrazovanje zaposlena samo 3 sudionika, tj. 5%.

Također, sudionike se pitalo da navedu koliko su dugo zaposleni u trenutnoj ustanovi u kojoj rade. Rezultati pokazuju kako je najviše sudionika u instituciji zaposleno manje od 5 godina, njih čak 41,7%. 23,3% sudionika u navedenoj ustanovi je zaposleno između 11 i 20 godina, 18,3% sudionika označilo je kako u navedenoj instituciji radi preko 20 godina, dok je

16,7% njih navelo kako su u instituciji zaposleni između 6 do 10 godina. Vezano uz radno mjesto u ustanovi, 61,7% sudionika zaposleno je na radnom mjestu odgajatelja, dok je 30% zaposleno kao djelatnici u stručnom timu institucije. Nešto manji postotak sudionika, 8,3% zaposleno je na radnom mjestu ravnatelja ustanove ili voditelja odjela/ustrojbene jedinice.

9.2. Mjerni instrumenti

U svrhu istraživanja kreiran je upitnik za stručnjake o poremećajima hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi.

Prvi dio upitnika obuhvatio je demografske podatke sudionika: dob, spol, zanimanje, ukupni radni staž, tip ustanove u kojem su sudionici zaposleni, dužinu radnog staža u navedenoj ustanovi te radno mjesto na kojem su trenutno zaposleni.

Drugi dio upitnika odnosio se na procjenu stručnjaka o informiranosti o poremećajima hranjenja kod djece i mladih te procjeni kompetentnosti za rad s djecom i mladima koji imaju poremećaje prehrane. Mišljenja stručnjaka za tvrdnju *Procijenite svoju razinu kompetencija za rad s djecom i mladima koji imaju poremećaje u prehrani* ispitivana su skalom od 5 stupnjeva, gdje 1 označava Potpuno neinformiran/kompetentan, a 5 Potpuno informiran/kompetentan.

U **trećem dijelu** upitnika stručnjaci su procjenjivali koliko često uočavaju specifične vrste poremećaja hranjenja među djecom i mladima s kojima rade. Za svaku tvrdnju koja se odnosila na jedan poremećaj odgovarali su na skali od 5 stupnjeva, na skali od 5 stupnjeva (1= Nikad, 5= Uvijek). U skali su bili obuhvaćeni poremećaji hranjenja: anoreksija nervoza, bulimija nervoza, poremećaji prehrane nespecificirani drugdje (EDNOS), poremećaji ponašanja u prehrani, poremećaji prehrane uzrokovan fizičkim stanjem, poremećaji prehrane u kombinaciji s drugim mentalnim poremećajima i ostali poremećaji prehrane (npr. ortoreksija, bigoreksija, pika, ruminacija). Također, stručnjake se pitalo u odnosu na svaki poremećaj koliko često primjećuju znakove ili simptome poremećaja hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi te koliko često su im prije dolaska u ustanovu dostupni podaci o korisnikovim prehrambenim navikama i potrebama. U ovom dijelu također su odgovarali na skali od 5 stupnjeva. Na kraju ovog dijela,

stručnjaci su odgovorima otvorenog tipa trebali pojasniti na koji način tretiraju korisnikove prehrambene potrebe i probleme tijekom smještaja i koje intervencije koriste kada uoče znakove ili simptome poremećaja prehrane.

Četvrti dio upitnika sadržavao je pitanja o tome ima li u ustanovama djece i mladih koji imaju neke specifičnosti u vezi prehrane te postoje li korisnici koji koriste suplemente u prehrani. Ukoliko su odgovori na postavljena pitanja bili potvrdni, stručnjake se zamolilo da označe o kojim se posebnim režimima i suplementima radi. Moguće je bilo označiti više odgovora, a stručnjacima je za posebne režime bilo ponuđeno sljedeće: *prehrambene alergije ili intolerancije, vegetarijanska ili veganska prehrana, religiozni prehrambeni režimi, medicinski režimi prehrane i individualizirani prehrambeni planovi*. I za korisnike koji koriste suplemente u prehrani bilo je moguće označiti više odgovora, a ponuđeni su bili: *multivitamini, omega-3 masne kiseline, vitamin D, željezo, probiotici, kalcij i vitamin K2, biljni dodaci te proteinski suplementi*.

Peti dio upitnika ispitivao je mišljenja stručnjaka o učestalosti specifičnih ponašanja koja primjećuju kod korisnika. Stručnjaci su svoje odgovore iskazivali na skali od 5 stupnjeva pri čemu 1 znači nikada, a 5 uvijek. Stručnjaci su upitani koliko često primjećuju sljedeća ponašanja primjećuju kod korisnika: *bavljenje sportom, odbijanje fizičke aktivnosti, udaljavanje od drugih ili odbijanje jedenja s ostalima, neredovit menstrualni ciklus kod djevojaka, slojevito odijevanje ili odijevanje u široku odjeću kako bi se prekrila stvarna tjelesna težina, odijevanje u tamnije boje kako bi izgledali mršavije, ekscesivno vježbanje, nezainteresiranost za tjelesne aktivnosti, negativan stav prema vlastitom tijelu i izgledu, pojačano jedenje u situacijama uznemirenosti, smanjeno jedenje u situacijama uznemirenosti, izglednjivanje, odbijanje hrane, skladištenje hrane u sobe, povraćanje nakon obroka*. Također, stručnjaci su na pitanjima izrazili koliko su često zabrinuti kada uoče neka od prethodnih ponašanja kod korisnika te koliko često s njima razgovaraju o važnosti zdrave i uravnotežene prehrane. Odgovore na ova pitanja mogli su označiti na skali od 5 stupnjeva, pri čemu 1 znači nikada, a 5 uvijek. Osim toga, tražilo ih se i da odgovorom otvorenog tipa navedu koje intervencije koriste kada uoče neka od prethodno navedenih ponašanja korisnika.

U **šestom dijelu upitnika** stručnjake se ispitivalo o njihovom mišljenju o poremećajima hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi. Zadatak sudionika bio je da odgovore označe na skali od 5 stupnjeva, pri čemu 1 znači potpuno se ne slažem, a 5 potpuno se slažem. Tvrdnje su bile sljedeće: *pojava poremećaja hranjenja u alternativnoj skrbi mogla bi se prevenirati, poremećaji hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi povezani su s utjecajem vršnjaka, poremećaji hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi povezani su s utjecajem obitelji, poremećaji hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi povezani su s društvenim mrežama (influenceri, nerealni prikazi tijela/prehrane...), obiteljska podrška mogla biti ključna u prevenciji poremećaja hranjenja u alternativnoj skrbi, terapijski pristupi učinkoviti su u liječenju poremećaja hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi, postoje dovoljni resursi i oprema u alternativnoj skrbi za pružanje podrške djeci i mladima s poremećajima hranjenja, poboljšanje resursa i obuke osoblja moglo bi pridonijeti boljem tretmanu poremećaja hranjenja kod korisnika, važno je podići svijest među osobljem alternativne skrbi o rizicima i znakovima poremećaja hranjenja, edukativne inicijative mogle bi poboljšati prepoznavanje i rano interveniranje u slučajevima poremećaja hranjenja, korisnici bi sami trebali kreirati svoje planove prehrane i sudjelovati u pripremi hrane koju jedu.*

Sedmi dio upitnika sastojao se od dva pitanja otvorenog tipa u kojem su stručnjaci davali svoja mišljenja o tome *što bi njima kao stručnjacima bilo potrebno kako bi se unaprijedila pomoć i podrška djeci i mladima u alternativnoj skrbi koji pokazuju znakove i/ili imaju poremećaj u prehrani te što smatraju da bi se moglo unaprijediti u pružanju podrške i pomoći djeci i mladima u alternativnoj skrbi koji pokazuju i/ili imaju poremećaj u prehrani.*

9.3. Način provedbe istraživanja

Upitnik je kreiran i pripremljen u online verziji. Obrazac upitnika izrađen je korištenjem aplikacije Google Forms. Poziv na sudjelovanje u istraživanju i poveznica na upitnik poslan je u tri navrata na e-mail adrese ustanova alternativne skrbi diljem Hrvatske. Na početku upitnika stručnjacima je objašnjena svrha i cilj istraživanja te pojašnjena anonimnost i povjerljivost podataka. U slučaju bilo kakvih dodatnih pitanja ili nejasnoća sudionici su se mogli obratiti istraživačici (studentici) na mail adresu koja je bila navedena u upitniku. Upitnik je bio

podijeljen u sedam odjeljaka, a sva pitanja bila su obavezna te nije bilo moguće preskakanje pitanja. Predviđeno vrijeme trajanja ispunjavanja upitnika bilo je 15 minuta. Istraživanje je provedeno od veljače do svibnja 2024. godine.

9.4 Metoda obrade podataka

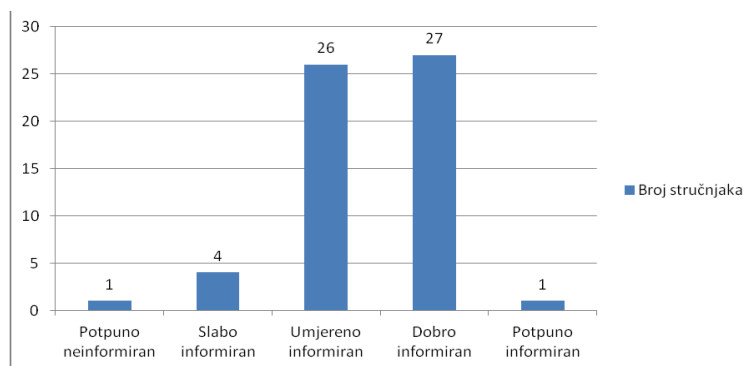
Obrada rezultata uključivala je deskriptivnu analizu, dok su odgovori na otvorena pitanja sažimani i prikazivani kroz ključne kategorije.

10. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

10.1. Informiranost i kompetentnost stručnjaka

10.1.1. Razina informiranosti stručnjaka

Stručnjake se tražilo da procjene svoju razinu informiranosti o poremećajima prehrane kod djece i mladih. Najviše sudionika svoju razinu informiranosti procijenilo je kao dobru, njih čak 45% (27). Umjereno informiranim i upoznatim s tematikom smatra se čak 43,3% sudionika (26). Nešto manji prosječni broj sudionika smatra kako im razina informiranosti o tematici problema hranjenja nije dostatna, pa se tako 6,7% sudionika (4) izjašnjava kako su slabo informirani a samo 1,7% sudionika (1) vjeruje da je potpuno neinformirana i da nema potrebna znanja o ovoj temi. S druge strane 3,3% sudionika (2) pak misli kako su potpuno informirani o navedenom problemu kod djece i mladih. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 1.



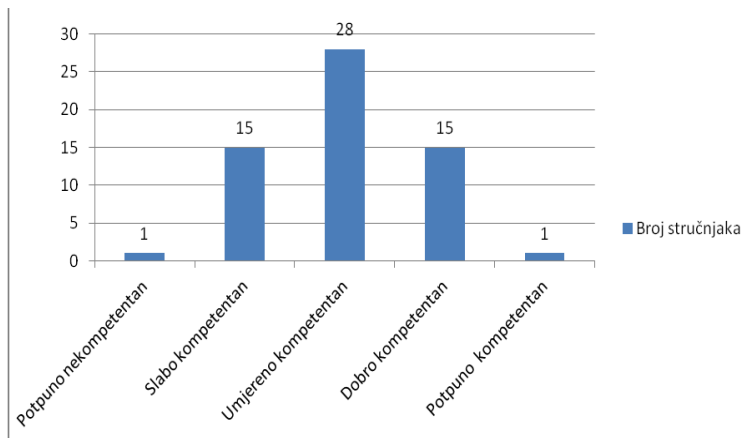
Graf 1. Razina informiranosti stručnjaka o poremećajima hranjenja

Sudionike se pitalo i da ukratko pojašne svoj odgovor. Kroz analizu odgovora vidljive su različite razine znanja, iskustva i dosadašnjeg angažmana vezanih uz poremećaje hranjenja. Pojedini sudionici smatraju kako imaju dublje znanje o poremećajima hranjenja, dok drugi vjeruju kako imaju još puno mjesta za napredak i učenje o radu sa djecom i mladima u svom području djelovanja. Ipak, većina sudionika naglašava kako su većinu informacija i znanja koje posjeduju stekli tijekom svog fakultetskog obrazovanja te putem osobnog istraživanja recentne literature i istraživanja. Dio sudionika navodi kako su dosta informacija i podataka saznali i kroz

razgovore s kolegama te prisustvovanjem na radionicama i skupovima gdje bi se ovakva tematika spominjala. Naglašavaju i pozitivni utjecaj društvenih mreža, članaka i podcasta uz pomoć kojih je danas sve lakše i brže doći do podataka i konkretnih smjernica za rad s osobama oboljelim od poremećaja hranjenja. Sudionici napominju i kako se kad je riječ o poremećajima hranjenja rijetko kad priča specifično o djeci, već je pažnja češće usmjerena razumijevanju adolescenata i mladih te na ranu odraslu dob. Zanimljivo je kako i svako radno mjesto sa sobom nosi neke specifičnosti pa tako sudionik koji radi kao noćni odgajatelj ističe da iako nema priliku sudjelovati direktno u obrocima s djecom, ipak ima priliku komunicirati s drugim odgajateljima i na taj način upoznati se sa navikama pojedinog djeteta. Sudionici koji se smatraju dobro informiranim slažu se i prepoznaju da uvijek postoji prostor za napredak, posebice kroz edukacije i razmjenu iskustava iz prakse s drugim stručnjacima. Oni koji pak nemaju dovoljno iskustva, svakako smatraju da se trebaju dalje educirati kako bi bili u stanju pružiti najbolju moguću podršku svojim korisnicima.

10.1.2. Razina kompetencija stručnjaka

Sukladno i gore navedenim podacima, razina kompetencija za rad sa djecom i mladima raznolika je te su samoprocjene raznovrsne. Najveći udio stručnjaka, njih 46.7% (28), smatra kako su umjereno kompetentni za rad sa djecom i mladima s poremećajima hranjenja. S druge strane, slabo kompetentnim procjenjuje se čak 25% (15) sudionika, a 1,7% (1) sudionika smatra kako nema nikakvih kompetencija za rad sa djecom i mladima koji imaju ovaj poremećaj. Jednako tako, dobro kompetentnim i s već nekim postojećim iskustvom smatra se 25% (15) sudionika a ističe se i 1,7% sudionika (1) koji vjeruje kako je potpuno kompetentan i spreman za rad sa ovom populacijom. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 2.



Graf 2. Razina kompetencija stručnjaka

Sudionike se pitalo da ukratko objasne svoje mišljenje, a analiza njihovih odgovora dala je uvid u različite perspektive vezane uz njihova iskustva i potrebe za dodatnom edukacijom. Postoje sudionici koji imaju određeno iskustvo i znanje o poremećajima hranjenja, dok drugi govore o tome da im nedostaje dublje razumijevanje teme i praktičnog iskustva u radu s takvim korisnicima. Većina sudionika prepoznaje potrebu za dodatnom edukacijom o poremećajima hranjenja kako bi se osjećali kompetentnije u radu s korisnicima iskazuju ove poremećaje. Sudionici spominju i nedostatak praktičnog iskustva u radu s djecom i mladima zbog čega su potaknuti na dodatno učenje kako bi se u budućnosti bolje pripremili za rad sa korisnicima. Kao glavni nedostatak nedostatnih kompetencija navode i nedostatak specifične edukacije o samoj etiologiji i fenomenologiji poremećaja hranjenja što može utjecati na njihovu percepciju vlastite kompetentnosti u pružanju podrške i savjeta u vezi s prehranom. U skladu s time, većina sudionika prepoznaje važnost podrške i savjeta u radu s populacijom djece i mladih te navode kako su spremni sudjelovati u izradi programa podrške i savjetovanja

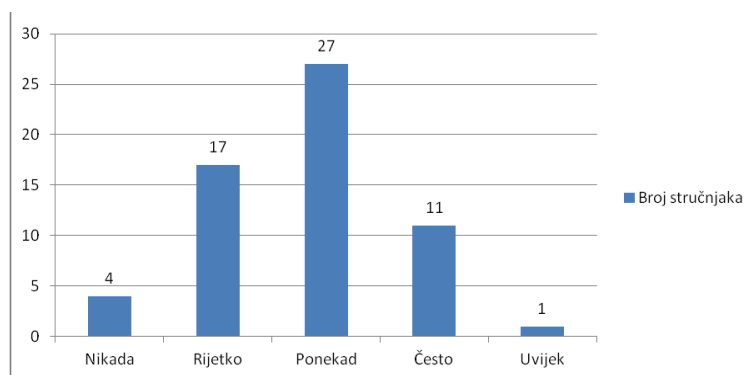
10.2. Učestalost poremećaja hranjenja i intervencije stručnjaka

10.2.1. Zastupljenost poremećaja hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi

Nakon uvida u informiranost i razinu kompetencija za rad s djecom i mladima koji imaju poremećaje u prehrani, stručnjake se pitalo da procjene koliko često uočavaju specifične vrste poremećaja hranjenja među djecom i mladima s kojima rade. Pitalo ih se za sljedeće poremećaje:

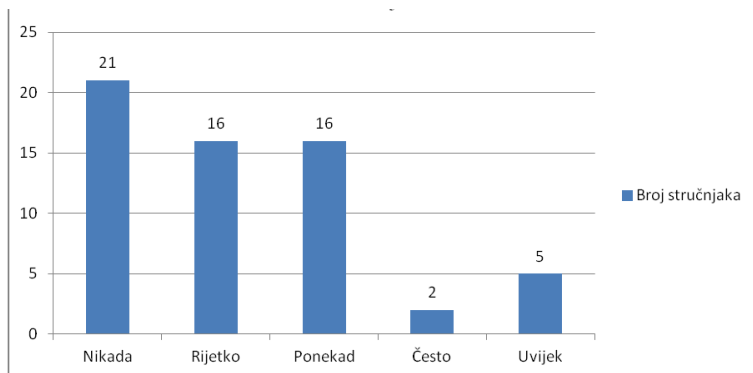
anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu, poremećaje prehrane nespecificirane drugdje (EDNOS), poremećaje ponašanja u prehrani, poremećaje prehrane uzrokovane fizičkim stanjem, poremećaje prehrane u kombinaciji sa drugim mentalnim poremećajima te ostale poremećaje prehrane.

Stručnjaci su bili pitani koliko često primjećuju znakove ili simptome poremećaja hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi. Rezultati su pokazali kako stručnjaci u visokom prosječnom postotku izjavljuju, njih čak 45% (27) ponekad primjećuje neke oblike ili znakove poremećaja u prehrani. Često ovakve poremećaje u svom radu primjećuje 18,3% (11) stručnjaka dok 1,7% (1) tvrdi kako se uvijek i jako učestalo susreću sa korisnicima koji pate od nekog poremećaja hranjenja. Nikakve oblike niti znakove ne primjećuje 6,7% (4), a rijetko u svom radu 28,3% (17) stručnjaka. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 3.



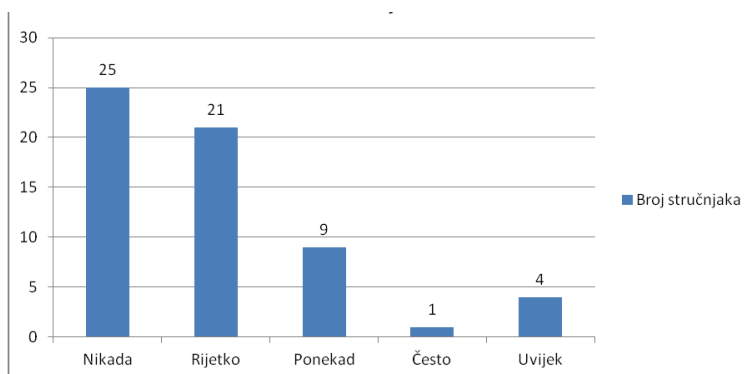
Graf 3. *Koliko često primjećujete znakove ili simptome poremećaja hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi?*

U nastavku slijedi opis rezultata vezanih uz specifične poremećaje. U svom radu s djecom i mladima u alternativnoj skrbi 35% (21) stručnjaka procijenilo je kako se nikada ne susreću s korisnicima koji pate od anoreksije nervoze, a 26,7% (16) reklo je kako ponekad primjećuju pojavu ovog poremećaja. Ukupno je 26,7% (16) navelo kako u svom radu zamjećuju korisnike koji često imaju intenzivan strah od debljanja, ograničavaju unos hrane ili održavaju tjelesnu težinu ispod zdravog raspona. Nešto manji prosjek stručnjaka primjećuje pojavu anoreksije nervoze u svom svakodnevnom radu. Ukupno je 3,3% (2) posto stručnjaka izjavilo kako često uviđaju navedene obrasce ponašanja, a čak 8,3% (5) uvijek ili gotovo svakodnevno među djecom i mladima unutar institucije u kojoj rade. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 4.



Graf 4. Učestalost anoreksije nervoze među djecom i mladima

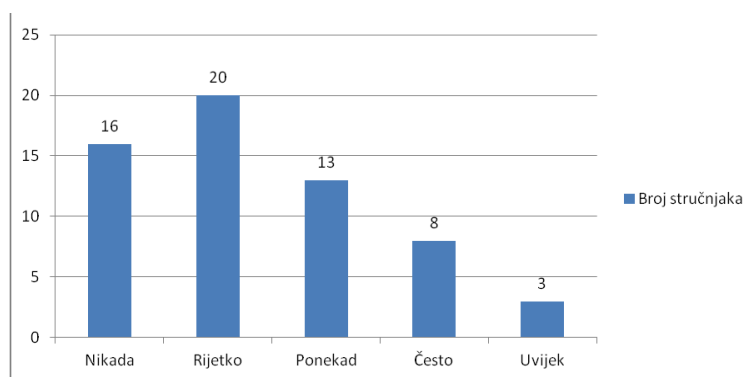
Bulimiju nervozu nikada na svojim radnim mjestima ne primjećuje 41,7% (25) stručnjaka. Također, 35% njih (21) tvrdi kako rijetko uviđaju cikluse prejedanja kod djece koja su praćena nekim oblikom kompulzivnog ponašanja kako bi se nadoknadio unos hrane, primjerice povraćanje ili prekomjerno vježbanje. Ukupno 15% (9) sudionika ponekad primjećuje ovakve obrasce ponašanja među korisnicima svoje institucije, dok 1,7% (1) često a 6,7% (4) uvijek. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 5.



Graf 5. Učestalost bulimije nervoze među djecom i mladima

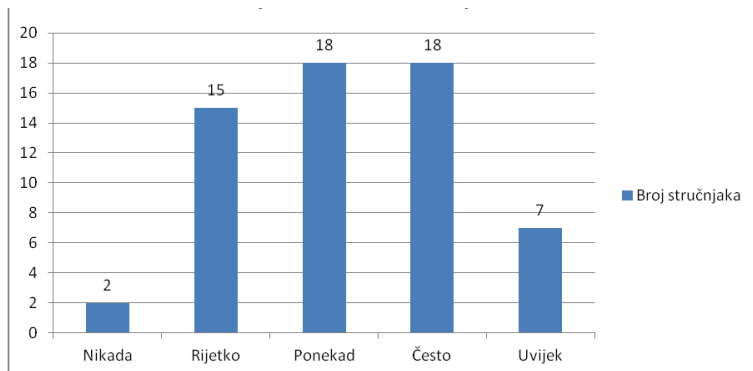
Rezultati u kojima se sudionike pitalo za nespecificirane poremećaje prehrane (poznatije po skraćenici EDNOS) dosta su raznoliki. Najveći broj stručnjaka, njih 33,3% (20) smatra kako se ovaj poremećaj rijetko javlja među djecom i mladima sa kojima rade. Nikada ne primjećuje

znakove različitih poremećaja prehrane koji ne ispunjavaju dijagnostičke kriterije za anoreksiju ili bulimiju a ipak predstavljaju značajan problem 26,7% sudionika (16) , dok 21,7% (13) tvrdi kako ponekad primjećuju neka ponašanja koja odgovaraju opisu ovog poremećaja. Često viđa ovakve znakove poremećaja kod korisnika 13,3% (8) sudionika dok čak 5% (3) tvrdi kako je ovaj poremećaj uvijek prisutan među korisnicima alternativne skrbi. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 6.



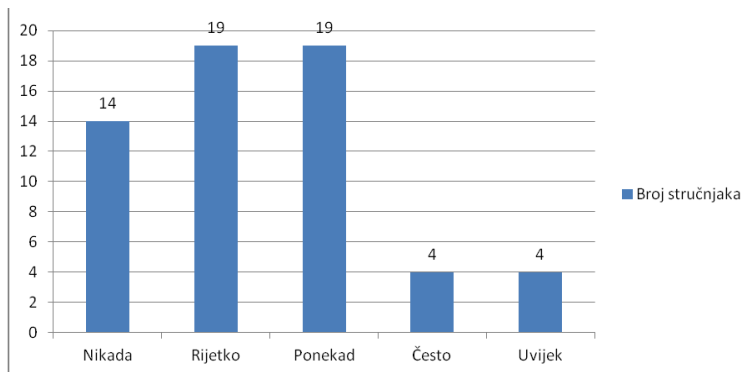
Graf 6. Učestalost poremećaja prehrane nespecificiranih drugdje (EDNOS) među djecom i mladima

Što se tiče poremećaja ponašanja u prehrani, najčešći odgovori sudionika bili su oni da ih 30% (18) među djecom i mladima primjećuje ponekad, te često - 30% (18). Manji postotak sudionika odgovorio da nikada, 3,3% (2) ili uvijek 11,7% (7) susreću različite obrasce nezdravog prehrambenog ponašanja koji je ispunjavaju kriterije za specifične poremećaje prehrane. Isto tako, 25% (15) sudionika smatra kako je takav poremećaj rijedak među djecom i mladima u alternativnoj skrbi. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 7.



Graf 7. Učestalost poremećaja ponašanja u prehrani među djecom i mladima

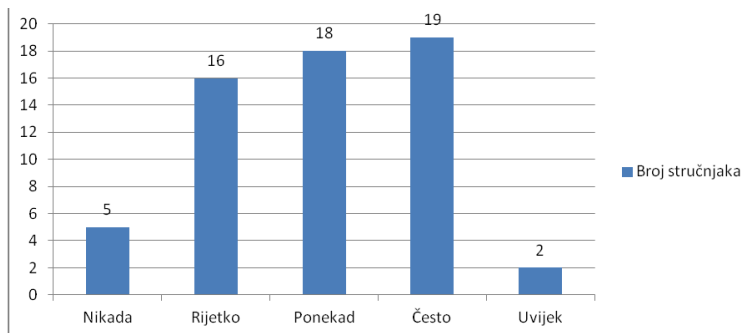
Poremećaj prehrane uzrokovan fizičkim stanjem nikada u svom radu nije primijetilo 23,3% (14) sudionika. Nadalje, njih 31,7% (19) smatra kako neka djeca ili mladi rijetko ili ponekad imaju poremećaj prehrane kao posljedicu nekog medicinskog stanja ili zdravstvenih problema. Također, njih 6,7% (4) tvrdi kako takve situacije u svom radu s korisnicima viđaju često ili uvijek. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 8.



Graf 8. Učestalost poremećaja prehrane uzrokovanog fizičkim stanjem među djecom i mladima

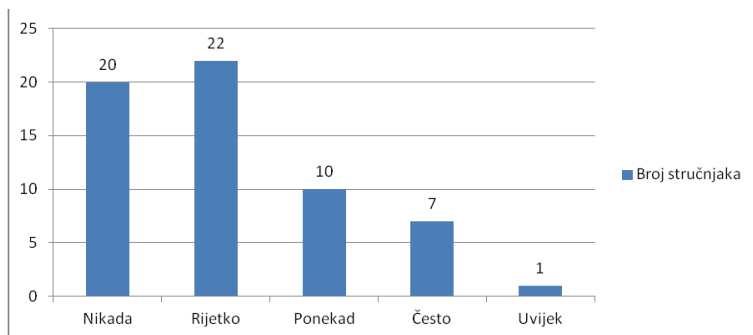
Poremećaji prehrane u kombinaciji s drugim mentalnim poremećajima u svom radu nikada ne susreće 8,3% (5) sudionika, a 26,7% (16) rijetko. Komorbiditet s drugim poremećajima kao što su anksioznost, depresija ili poremećaji povezani s traumatskim iskustvima kod djece u alternativnoj skrbi često prepoznaje čak 31,7% (19) sudionika. Ukupno 30% njih (18) vjeruje kako su poremećaji hranjenja u ovakvom slučaju ponekad prisutni, a mali

postotak sudionika- 3,3% (2) tvrdi kako je neki oblik poremećaja prehrane uvijek povezan s nekim drugim mentalnim poremećajem. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 9.



Graf 9. Učestalost poremećaja hranjenja u kombinaciji s drugim mentalnim poremećajima među djecom i mladima

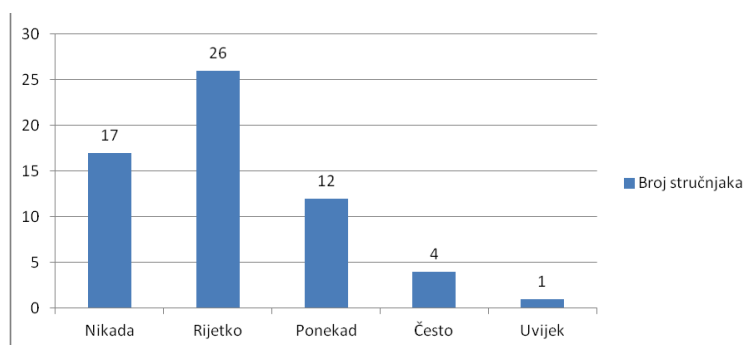
Ostale poremećaje prehrane, kao primjerice piku, ruminaciju, ortoreksiju ili bigoreksiju nikada kod djece i mladih nije primjetilo 33,3% (20) stručnjaka a 36,7% njih (22) tvrdi kako se takvi poremećaji javljaju rijetko. Nešto manji udio sudionika, njih 16,7% (10) ponekad susreće neke specifične poremećaje ovog tipa, dok 11,7% (7) njih smatra kako su česti među djecom i mladima. Samo 1,7% (1) sudionika izjavljuje kako primjećuju da su ovi poremećaji stalno i uvijek prisutni među djecom u alternativnoj skrbi. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 10.



Graf 10. Učestalost ostalih poremećaja hranjenja (npr. ortoreksija, bigoreksija, pika, ruminacija) među djecom i mladima

10.2.2. Prehrambene navike i potrebe djece i mladih u alternativnoj skrbi

Osim o specifičnim poremećajima hranjenja kod djece i mladih, sudionike se pitalo koliko često su im prije dolaska u ustanovu dostupni podaci o korisnikovim prehrambenim navikama i potrebama. Dobiveni rezultati govore da je 28,3% (17) sudionika izjavilo kako nikada, a 43,3% (26) njih rijetko dobivaju podatke i specifičnosti o korisniku prije njegovog dolaska u ustanovu. Ponekad te podatke dobije 20% (12) stručnjaka, dok 6,7% (4) dobiva učestalo a samo su za 1,7% (1) stručnjaka ti podaci uvijek dostupni. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 11.



Graf 11. Učestalost dostupnosti podataka o prehrambenim navikama i potrebama korisnika prije dolaska u ustanovu

Sudionike se pitalo na koji način tretiraju korisnikove prehrambene potrebe i probleme tijekom smještaja i tretmana. Odgovori su pokazali raznolikost pristupa i pažnje posvećene individualnim potrebama korisnika. Sudionici su uglavnom spominjali i isticali prilagodbu prehrane prema korisnikovim potrebama poput kontrole unosa obroka te smanjenje ili prilagodbu prehrane prema specifičnim zahtjevima. Nadalje, većina sudionika naglašava i suradnju s liječnicima opće prakse ili specijalistima kako bi se osigurala optimalna prehrana korisnika kao i potencijalno kreirao individualni plan prehrane. Kao važnu stavku naglašavaju obrazovanje o zdravoj i uravnoteženoj prehrani te provode razgovore o njenoj važnosti i korisnicima pružaju savjete kako bi ih osvijestili o pravilnoj prehrani i posljedicama nezdravih navika. Kada primijete znakove poremećaja hranjenja, stručnjaci provode individualne ili grupne razgovore, objašnjavanja te upućuju korisnike na daljnje medicinske obrade i tretmane. Također, aktivno surađuju s terapeutima i psiholozima kako bi korisnicima pružili potrebnu podršku i tretman.

Naglašavaju individualni pristup svakom korisniku, što uključuje razgovore, savjete, edukaciju te prilagodbu jelovnika i tretmana prema specifičnim potrebama svakog korisnika.

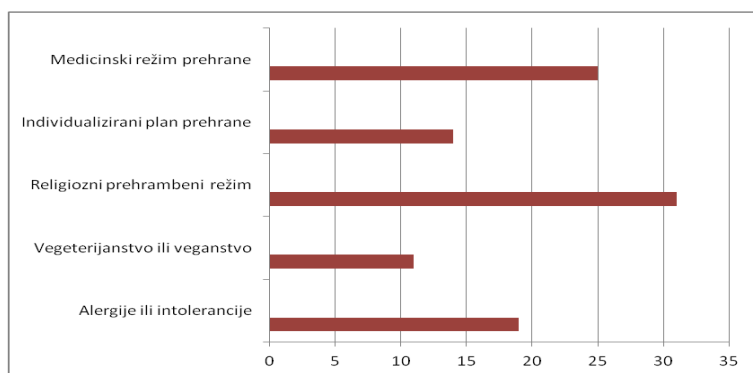
10.2.3. Intervencije stručnjaka

Sudionici su bili pitani koje intervencije koriste kada uoče znakove ili simptome poremećaja prehrane kod korisnika. Većina stručnjaka ističe važnost individualnih i grupnih razgovora te savjetovanja kao osnovnog alata za osvještavanje korisnika o problemu i poticanje na zdrave navike. Navode i suradnju s drugim stručnjacima te stavljaju naglasak na multidisciplinarni pristup, uključujući suradnju s različitim zdravstvenim djelatnicima poput psihologa, psihijataru, medicinskih tehničara, kineziologa te terapeuta poput senzornih terapeuta i edukacijskih rehabilitatora. Također, stručnjaci ističu važnost edukacije korisnika o važnosti zdrave prehrane te osvještavanje o posljedicama nezdravih navika. Kada je potrebno, stručnjaci se savjetuju s liječnicima i upućuju korisnike na specijalističke preglede te pružaju podršku i terapiju prema preporukama medicinskog osoblja. Korisnike se potiče i podržava na daljnjem osnaživanju i zajedničkom planiranju daljnjih koraka. Napominju i provođenje kontinuiranog nadzora i kontrolu prehrane korisnika te praćenje njihovog napretka kroz različite terapijske metode. Od ostalih intervencija spominju se terapija senzorne integracije, terapijsko hranjenje, odlazak na specijalističke preglede, te primjena metoda opuštanja i tehnika orofacijalne stimulacije.

10.3. Specifičnosti prehrane korisnika

Sudionike se pitalo imaju li u ustanovi u kojoj rade korisnike koji imaju neke specifičnosti vezano uz prehranu. Ukupno je 71,7% (43) sudionika izjavilo je kako ipak postoje korisnici s posebnim režimima i prehranom u njihovoj ustanovi. Sudionike se potom pitalo da specificiraju i odaberu o kojim se posebnim režimima radi. Rezultati pokazuju kako 73,8% (31) stručnjaka najčešće prepoznaje religiozni prehrambeni režim najčešći, odnosno prehrambena pravila ili zabrane koje proizlaze iz vjerskih uvjerenja ili obreda. Zatim je naveden medicinski režim prehrane kojeg u svom radu prepoznaje 59,5% (25) stručnjaka, a može uključivati razne dijete, ograničenja ili prilagodbe prehrane koji su sastavni dio liječenja korisnika ili upravljanja

medicinskim stanjem poput dijabetesa, poremećaja probavnog sustava ili metaboličkih bolesti. 45,2% (19) stručnjaka primjećuje posebni režim korisnika koji imaju prehrambene alergije ili intolerancije. Takvi korisnici imaju poseban režim prehrane koji isključuje određene namirnice ili sastojke kako bi se izbjegle alergijske reakcije i neželjeni simptomi. Slijede ga individualizirani prehrambeni planovi koje navodi 33,3% (14) stručnjaka te se kreiraju posebni planovi za svakog korisnika koji su prilagođeni njegovim potrebama, preferencijama ili ciljevima u pogledu zdravlja i dobrobiti. Manji broj stručnjaka- 26,2% (11) izvještava o veganskom ili vegetarijanskom načinu prehrane u kojem korisnici izbjegavaju meso ili sve namirnice životinjskog podrijetla. Detaljni podaci vidljivi su u Grafu 12.

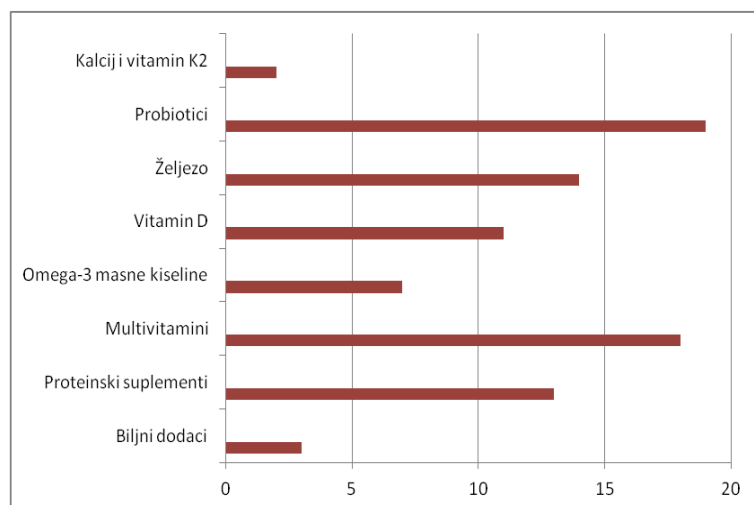


Graf 12. *Specifičnosti prehrane korisnika*

10.3.1. Suplementi koje koriste korisnici

Zatim, stručnjake se pitalo postoje li korisnici *koji koriste suplemente u ustanovi* u kojoj rade. Najviše sudionika, njih 56,7% (34) izjavljuje kako postoje korisnici koji koriste neki vid suplemenata, dok 43,3% njih (26) tvrdi kako u ustanovi ne postoje nikakvi zahtjevi niti potrebe za korištenjem suplemenata. Stručnjaci koji tvrde kako postoje korisnici koji koriste suplemente kao najčešće korištene navode probiotike- 54,3% (19), multi vitamine- 51,4% (18), željezo- 40% (14) i proteinske suplemente- 37,1% (13). Nešto rjeđe, stručnjaci spominju korištenje vitamina D- 31,4% (11) i Omega-3 masne kiseline- 20% (7) , dok kalcij i vitamin K2 spominje 5,7% (2),

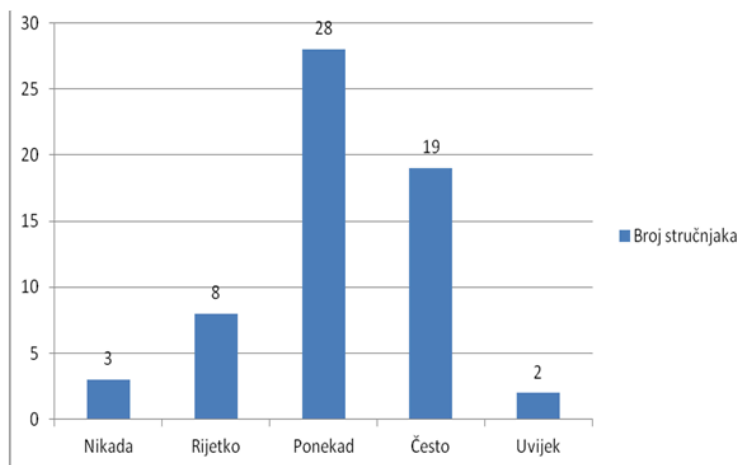
a biljne dodatke poput kurkume, đumbira ili echinacea 8,6% (3) stručnjaka. Detaljni podaci vidljivi su u Grafu 13.



Graf 13. *Suplementi koje korisnici koriste*

10.4. Učestalost specifičnih ponašanja korisnika

Na pitanje *koliko se često korisnici bave sportom* odgovorili su bili raznoliki. U visokom postotku, njih 46,7% (28) odgovorilo je kako se korisnici samo ponekad bave sportskim aktivnostima, a 31,7% (19) reklo je kako je to ipak česta pojava u njihovoj ustanovi. Samo je 5% (3) sudionika izjavilo kako se njihovi korisnici nikada ne bave sportom, a čak 13,3% (8) bave se rijetko. Također, ukupno 3,3% (2) misli kako su korisnici uvijek aktivni i bave se nekim oblikom sporta. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 14.



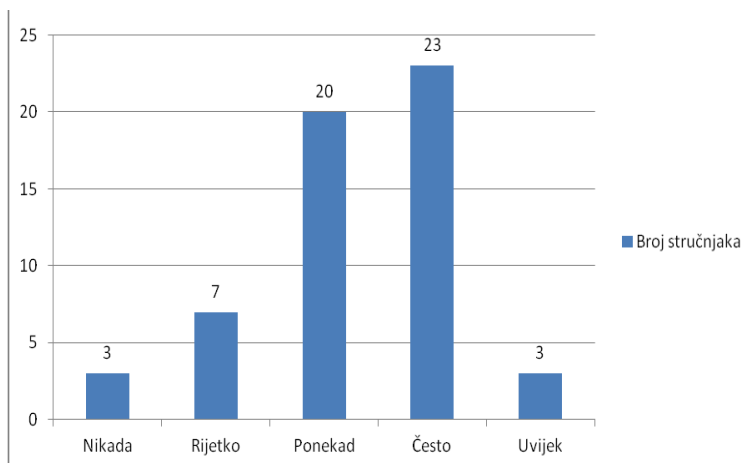
Graf 14. *Učestalost bavljenja sportom korisnika*

Sudionike se pitalo da navedu o kojim se sportskim aktivnostima radi te za koju skupinu djece su namijenjeni. Odgovori stručnjaka pružili su širok spektar informacija o sportskim aktivnostima koje se nude i koje djeca prakticiraju u različitim dobnim skupinama. Sudionici navode kako se korisnici bave različitim sportskim aktivnostima, uključujući nogomet, rukomet, košarku, boks, teretanu, ples, planinarenje, plivanje, skijaško trčanje, odbojku, gimnastiku, judo, kickboxing, atletiku, stolni tenis, badminton, vožnju bicikla, rolanje i još mnogo toga. Raznolikost sportova omogućava djeci da pronađu aktivnosti koje odgovaraju njihovim interesima i sposobnostima. Aktivnosti su ciljane prema različitim dobnim skupinama, od djece od 0 do 7 godina do adolescenata od 14 do 19 godina. Osim organiziranih sportskih treninga i aktivnosti, sudionici navode kako postoje i neformalne aktivnosti poput igre na dvorištu, vožnje bicikla i šetnje koje neki korisnici uobičajaju i preferiraju. Naravno, stručnjaci naglašavaju i razliku u sklonosti sportovima ovisno o karakteristikama korisnika. Neki sportovi su namijenjeni specifičnim skupinama, poput djevojčica ili dječaka, osnovnoškolaca ili srednjoškolaca, rekreativaca ili onih koji se profesionalno bave sportom. Nekolicina stručnjaka naglašava i suradnju s vanjskim organizacijama u provedbi sportskih aktivnosti pa tako primjerice nerijetko znaju imati radionice sa stručnjacima Sveučilišta u Zagrebu Kineziološkog fakulteta ili sportskih klubova iz lokalnih zajednica.

Nadalje, jedan od rezultata istraživanja govori da visoki postotak stručnjaka, njih 88,3% (53) govori o tome da postoje korisnici koji odbijaju fizičke aktivnosti, dok je samo 11,7% (7) odgovorilo da takvih korisnika nema.

Na pitanje da ukratko navedu *razloge koji korisnici navode kad odbijaju fizičke aktivnosti većina* sudionika navodi nezainteresiranost kao glavni razlog odbijanja fizičkih aktivnosti. Nevolja, ili jednostavno "*ne da mi se*", također se često spominje kao razlog. Sudionici smatraju kako je lijenost čest razlog odbijanja fizičkih aktivnosti te može biti povezano s nedostatkom motivacije ili s preferiranjem provođenja vremena na drugim aktivnostima poput korištenja mobilnih telefona ili igranja računalnih igara. Nadovezujući se na manjak motivacije, smatraju kako se to potencijalno javlja zbog generalnog nedostatka interesa za aktivnosti ili nedostatka samopouzdanja u vlastite sposobnosti. Nekolicina sudionika spominje da je odbijanje fizičkih aktivnosti povezano s trenutnim emocionalnim stanjem korisnika, dok se neki korisnici jednostavno ne osjećaju kompetentnima za određene aktivnosti ili se boje izrugivanja ili neuspjeha. Nekolicina napominje i kako neke aktivnosti korisnicima jednostavno nisu privlačne ili zanimljive. Osim svih navedenih razloga, česti razlozi odbijanja fizičke aktivnosti su fizički čimbenici poput umora, bolesti, ozljede ili osjećaja preopterećenosti ostalim školskim ili izvannastavnim obavezama.

Sudionike se pitalo da procjene koliko često *korisnici odbijaju fizičke aktivnosti*. Čak 41,1% (23) sudionika navodi kako korisnici često odbijaju bilo kakav oblik fizičke aktivnosti, a 5,4% (3) uvijek. U suprotnosti s time, čak 5,4% (3) sudionika tvrdi kako ipak nikada ne odbijaju fizičke aktivnosti, a 12,5% (7) kako to rade rijetko. Sudionici procjenjuju da ponekad samo fizičke aktivnosti odbija 35,7% (20) korisnika alternativne skrbi. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 15.

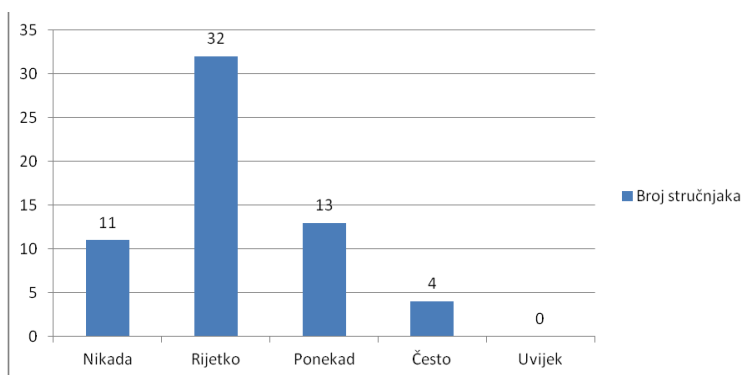


Graf 15. Učestalost odbijanja fizičkih aktivnost korisnika

10.4.1. Učestalost indikatora za razvoj poremećaja hranjenja kod korisnika

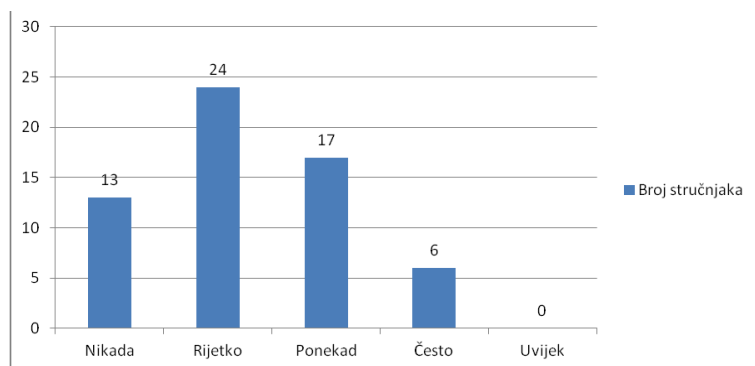
Stručnjake se pitalo koliko često primjećuju određena ponašanja koja predstavljaju indikatore za razvoj poremećaja hranjenja.

Što se tiče udaljavanja od drugih korisnika ili odbijanje jedenja sa ostalima, 18,3% (11) stručnjaka navodi kako nikada nisu primijetili takva ponašanja kod korisnika, dok 53,3% (32) tvrdi kako se takve situacije događaju rijetko. Nešto manji broj sudionika tvrdi kako se korisnici prilikom jela izdvaja se ponekad, njih 21,7% (13), a njih 6,7% (4) često. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 16.



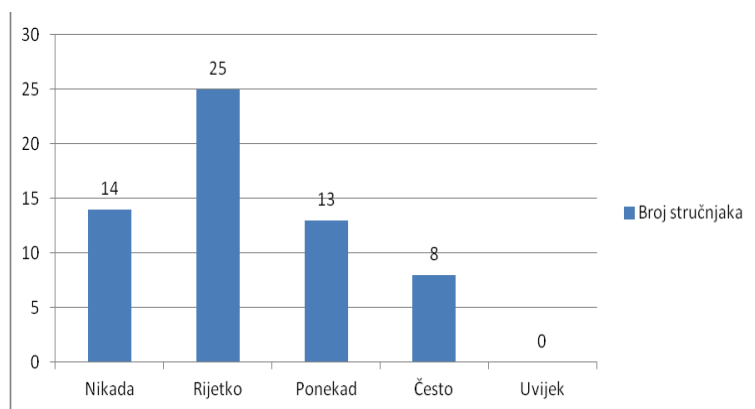
Graf 16. Učestalost udaljavanja korisnika od drugih ili odbijanje jedenja s ostalim korisnicima

Vežano uz praćenje menstrualnog ciklusa, 21,7% (13) sudionika izjavilo je kako nikada nisu primijetili neredovit menstrualni ciklus kod korisnica, a 40% (24) njih uočilo je rijetko. Određena odstupanja u ciklusu ponekad je primijetilo 28,3% (17), a nešto učestalije 10% (6) stručnjaka. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 17.



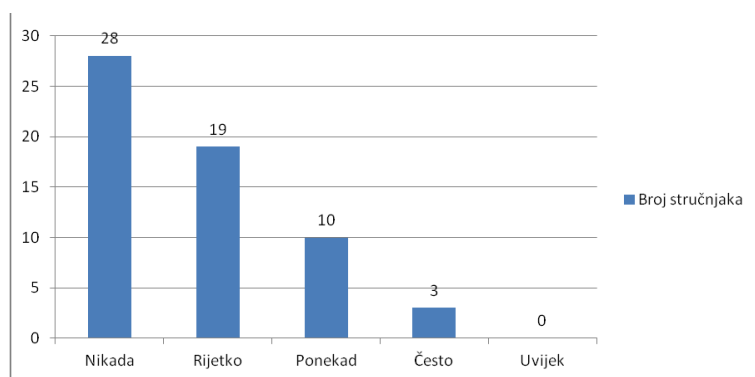
Graf 17. Učestalost neredovitog menstrualnog ciklusa kod djevojaka

Jedan od načina prikrivanja svog fizičkog izgleda je i odijevanje u tamnije boje kako bi osoba izgledala mršavije. Takvo ponašanje u korisnika nikad nije primijetilo 23,3% (14) stručnjaka, a 41,7% (25) njih tvrdi kako korisnici takva ponašanja rijetko manifestiraju. Nešto manji broj sudionika, njih 21,7% (13) samo ponekad primjećuje da se korisnici namjerno oblače u tamnije boje, a 13,3% (8) u svom radu se često susreće s tim. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 18.



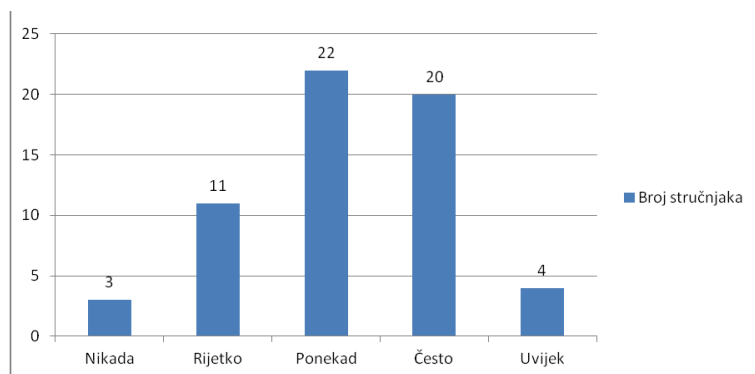
Graf 18. Učestalost odijevanja korisnika u tamnije boje kako bi izgledali mršavije

Kompenzacija unosa hrane kao i ekscesivno vježbanje također su jedni od pokazatelja mogućih poremećaja prehrane. Gotovo polovica sudionika- 46,7% (28) tvrdi kako nikada nisu primijetili takvo ponašanje kod korisnika, a 31,7% (19) njih kaže kako su takva ponašanja kod korisnika rijetka. Pretjerano vježbanje među korisnicima ponekad uočava 16,7% (10) sudionika, a samo 5% (3) sa takvim se ponašanjem često susreće u svom radu. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 19.



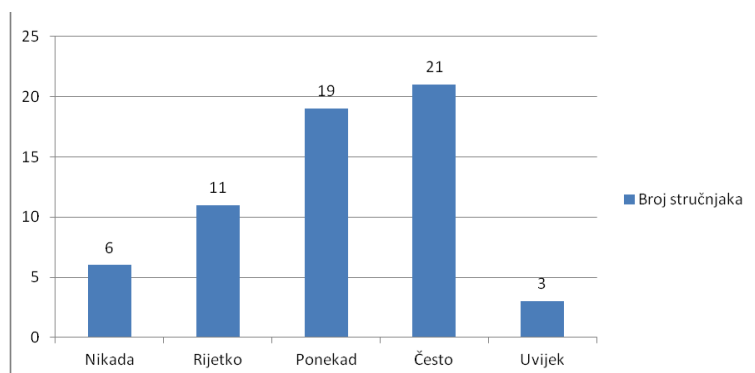
Graf 19. Učestalost kompenzacije unosa hrane i ekscesivnog vježbanja kod korisnika

Generalnu nezainteresiranost za tjelesne aktivnosti nikada u svojoj ustanovi nije primijetilo 5% (3) sudionika, a rijetko to opaža 18,3% (11) sudionika. Ponekad se takve situacije događaju prema mišljenju 36,7% (22) stručnjaka, a čak 33,3% (20) njih tvrdi kako je nezainteresiranost česta. Također, nezanemarivih 6,7% (4) sudionika smatra kako korisnici su uvijek nezainteresirani i nemotivirani za fizičku aktivnost. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 20.



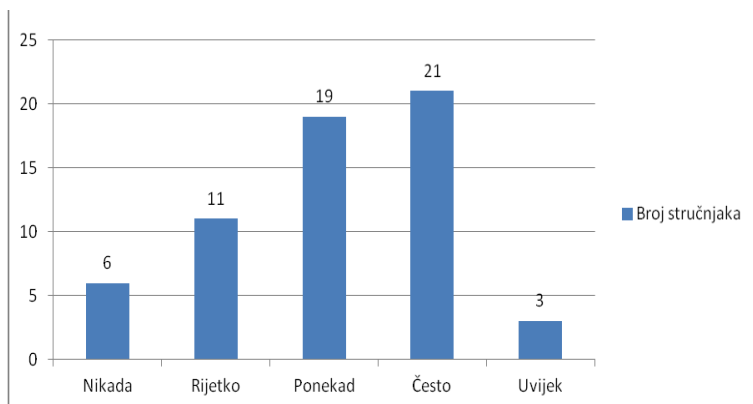
Graf 20. *Učestalost nezainteresiranosti za tjelesne aktivnosti kod korisnika*

Negativan stav prema vlastitom tijelu i izgledu usko je povezan s raznim poremećajima hranjenja. Sudionici kažu kako 35% (21) korisnika često izražava negativne stavove prema vlastitom izgledu, dok je kod 5% (3) korisnika takvo mišljenje svakodnevno i uvijek prisutno. Nešto manji, ali ipak značajni broj sudionika. njih 31,7% (19) tvrdi kako takva ponašanja ponekad primjećuju među korisnicima svoje ustanove. negativni stav korisnika prema vlastitom izgledu rijetko primjećuje 18,3% (11) stručnjaka , a 10% (6) stručnjaka navodi kako kod korisnika nikada ne primjećuju negativan stav prema svome tijelu. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 21.



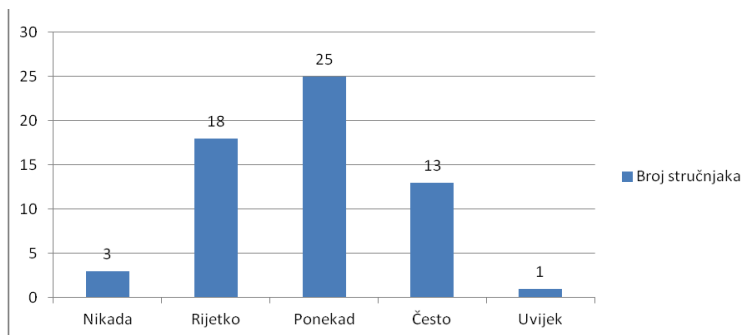
Graf 21. *Učestalost negativnog stava korisnika prema vlastitom tijelu i izgledu*

U nekim kriznim vremenima i tijekom situacija uznemirenosti pojačano jedenje kod korisnika rijetko primjećuje 26,7% (16) stručnjaka, a njih 3,3% (2) navodi da to nikad ne primjećuje. Prema mišljenju stručnjaka 41,7% (25) korisnika njihovih ustanova ponekada unosi više hrane u situacijama kada su uznemireni, dok 21,7% (13) stručnjaka smatra da korisnici to radi često. Ukupno 6,7% (4) stručnjaka uvijek primjećuje ovo ponašanje kod korisnika. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 22.



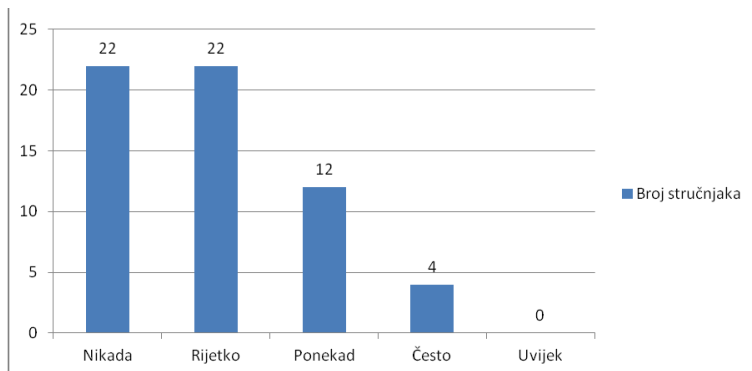
Graf 22. Učestalost pojačanog jedenja kod korisnika u situacijama uznemirenosti

Također, neki pojedinci u vremenima i situacijama kada su uznemireni jedu znatno manje te im se apetit smanji. Gotovo polovica sudionika, njih 41,7% (25) kažu kako ponekad primjećuju takva ponašanja kod svojih korisnika. Rijetko se takve situacije događaju prema 30% (18) sudionika, a 5% (3) njih tvrdi da se to nikada ne događa. Prema 21,7% (13) stručnjaka situacije smanjenog unosa hrane su česta pojava, dok 1,7% (1) smatra kako se to stalno i uvijek događa u radu sa djecom i mladima u alternativnoj skrbi. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 23.



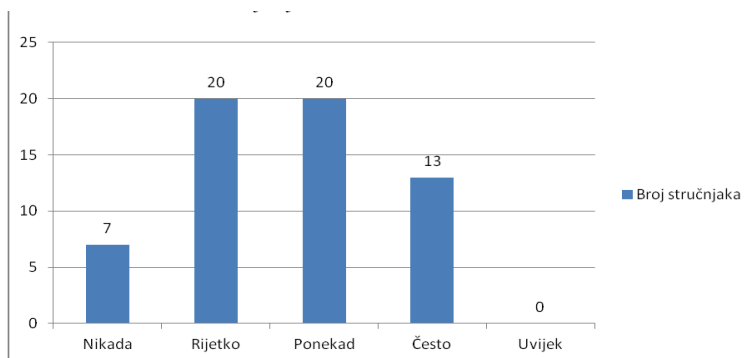
Graf 23. Učestalost smanjenog jedenja kod korisnika u situacijama uznemirenosti

Izgladnjivanje je također jedan od načina reguliranja hrane kako bi se postigla određena tjelesna težina. Rezultati pokazuju kako prosječno 36,7% (22) procjenjuje kako se ovo ponašanje nikada ili rijetko pojavljuje u njihovim ustanovama. Osim toga, njih, 20% (12) stručnjaka kaže kako se u svom radu ponekad susreće sa ovakvim ponašanjem, a 6,7% (4) često. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 24.



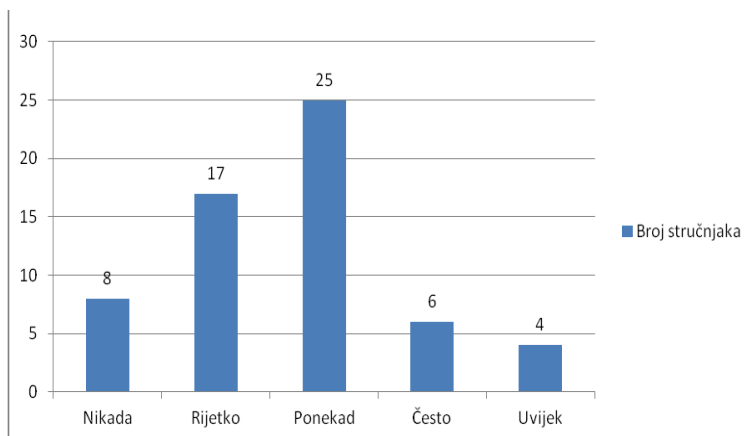
Graf 24. Učestalost izgladnjivanja kod korisnika

Prema procjeni stručnjaka, samo 1,7% (1) djece i mladih u ustanovama odbija jesti ili odbija obroke. Ukupno 33,3% (20) tvrdi kako su takve situacije ponekad događaju ili su rijetke među korisnicima. Također, 21,7% (13) stručnjaka tvrdi kako su situacije odbijanja hrane u njihovim ustanovama česte. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 25.



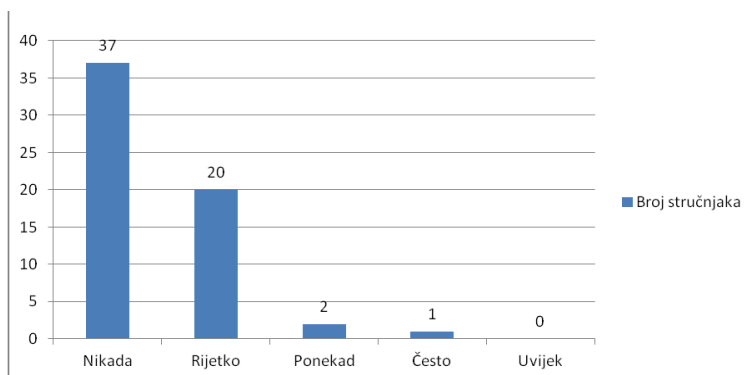
Graf 25. Učestalost odbijanja hrane kod korisnika

Skladištenje hrane u sobe uvijek prema mišljenju stručnjaka prakticira 6,7% (4) korisnika, dok to učestalo radi njih 10% (6). Sudionici tvrde kako ovo ponašanje ponekad primjećuju kod 41,7% (25) , a rijetko kod 28,3% (17) korisnika ustanova. Stručnjaci tvrde da nikada ne primjećuju kako njih 13,3% (8) ikada skladišti hranu u sobi. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 26.



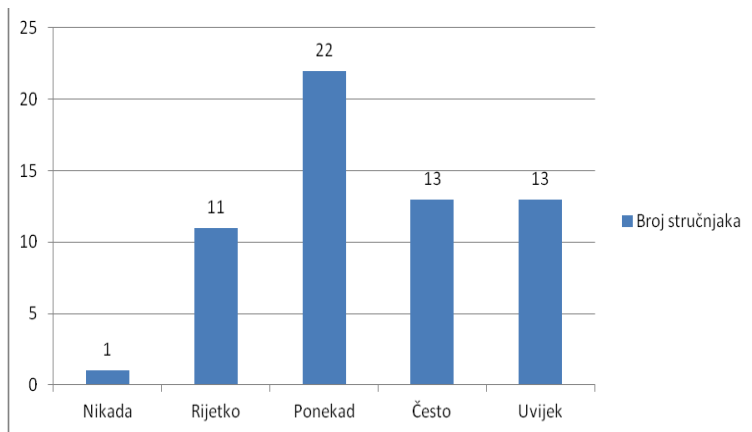
Graf 26. Učestalost skladištenja hrane u sobe kod korisnika

Ukupno 61,7% (37) stručnjaka procjenjuje da nikada nisu primijetili da itko od korisnika samo izazvano povraća nakon obroka,. Također, njih 33,3% (20) tvrdi kako su se susreli s takvim ponašanjima, ali rijetko. Samo 3,3% (2) stručnjaka primjećuju to ponekad, a 1,7% (1) često. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 27.



Graf 27. Učestalost povraćanja nakon obroka kod korisnika

Podjednaki broj stručnjaka, njih 21,7% (13) kaže kako su uvijek ili često zabrinuti kada uoče neka od prethodnih ponašanja kod korisnika. Njih 36,7% (22) tvrdi kako su samo ponekad zabrinuti kada primijete tako nešto, a 18,3% (11) rijetko i 1,7% (1) nikad. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 28.

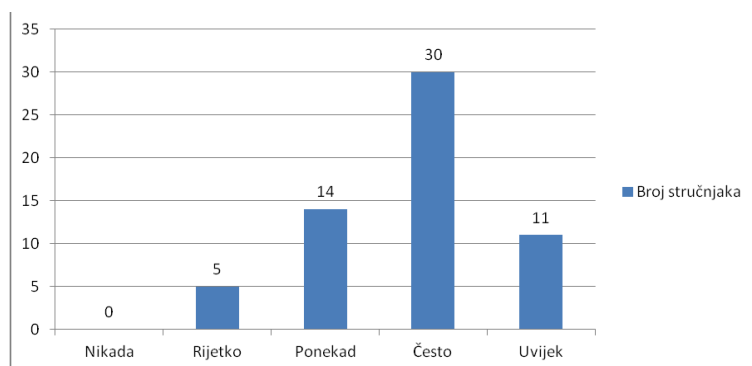


Graf 28. Učestalost zabrinutosti stručnjaka u slučaju uočavanja gore navedenih ponašanja

10.4.2. Intervencije stručnjaka

Stručnjake se pitalo i da ukratko *opišu koje intervencije koriste u svom radu kada uoče neka od prethodno navedenih ponašanja kod korisnika*. Većina odgovora uključuje razgovor i savjetovanje kao osnovne alate za intervenciju u takvim situacijama. Mnogi stručnjaci ističu i važnost uključivanja roditelja, skrbnika i medicinskog osoblja ukoliko se primijeti neko ponašanje vezano uz potencijalni poremećaj prehrane. Spomenute su i tehnike smirivanja i opuštanja kao sredstvo za pomoć korisnicima u suočavanju s anksioznosti ili stresom. Stručnjaci koji rade s djecom mlađe dobi (0-7 godina) često koriste specifične terapije poput senzorne integracije i terapijskog hranjenja, prilagođavajući pristupe specifičnim potrebama djeteta. Naglašava se i važnost podrške odgajateljima u kojoj je naglasak stavljen na njihovo savjetovanje kako bi oni mogli adekvatno reagirati i pomoći djeci u svakodnevnim situacijama. Kod učestalijih i ozbiljnijih problema, odgovori ukazuju na potrebu uključivanja specijalista poput psihologa, psihijatara ili drugih medicinskih stručnjaka. Kontinuirano praćenje i evidentiranje ponašanja je učestala strategija koju stručnjaci u velikoj mjeri navode. Neki stručnjaci održavaju edukacijske radionice i grupne razgovore kako bi djeci i roditeljima objasnili važnost zdrave prehrane i pravilnih prehrambenih navika. Mnogi odgovori govore u prilog važnosti individualnih razgovora kako bi se personalizirana intervencija i razumjeli specifični razlozi problematičnog ponašanja. U slučajevima kada djeca odbijaju jesti, stručnjaci često prilagođavaju planove prehrane kako bi osigurali unos nutritivno kvalitetne hrane koja je prilagođena njihovim preferencijama.

Ukupno je 18,3% (11) stručnjaka izjavilo kako uvijek i na svakodnevnoj bazi razgovaraju s korisnicima o važnosti zdrave i uravnotežene prehrane, a 50% (30) takve razgovore prakticira često. U svom radu, ponekad takve razgovore vodi 23,3% (14) stručnjaka, a 8,3% (5) rijetko. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 29.

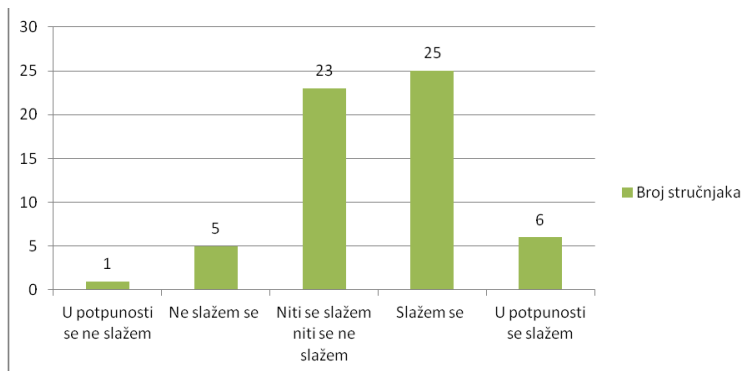


Graf 29. Učestalost razgovora s korisnicima o važnosti zdrave i uravnotežene prehrane

10.5. Mišljenja stručnjaka o poremećajima prehrane

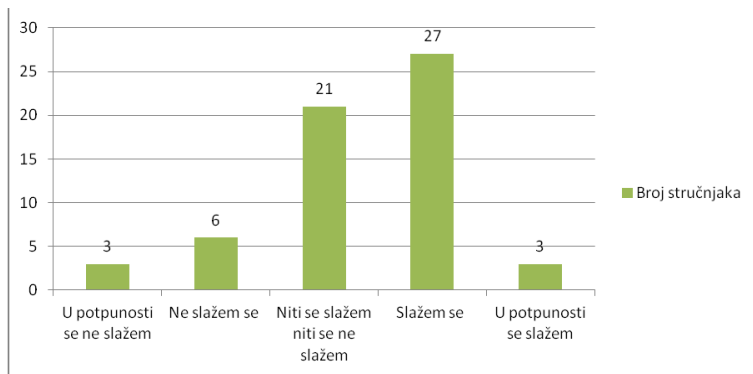
U upitniku su se ispitala i mišljenja stručnjaka prema poremećajima hranjenja i njihovom kontekstu unutar alternativne skrbi.

Prva tvrdnja odnosila se na „Pojava poremećaja hranjenja u alternativnoj skrbi mogla bi se prevenirati“. S ovom tvrdnjom slaže se 41,7%, (25) dok se u potpunosti se slaže 10% (6) sudionika. Niti se slaže, niti se ne slaže 38,3% (23) sudionika. 8,3% (5) sudionika se ne slažu sa ovom tvrdnjom, dok 1,7% (1) njih tvrdi kako se u potpunosti ne slažu. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 30.



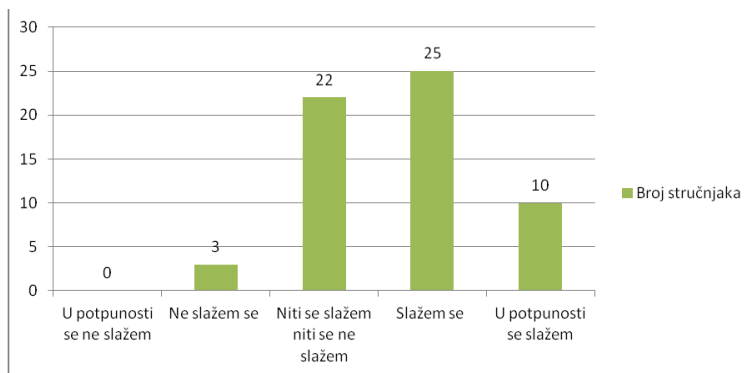
Graf 30. *Tvrđnja Pojava poremećaja hranjenja u alternativnoj skrbi bi se mogla prevenirati*

Sljedeća tvrdnja glasila je :“Poremećaji hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi povezani su s utjecajem vršnjaka“. S ovim se slaže čak 45% (27) sudionika, a u potpunosti slaže njih 5%. (3) Ni se ne slažu niti se slažu s ovom tvrdnjom ukupno 35% (21) sudionika, a nikako se ne slaže 5% (3) njih. 10% (6) sudionika ne slaže se kako su poremećaji hranjenja povezani s utjecajem vršnjaka. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 31.



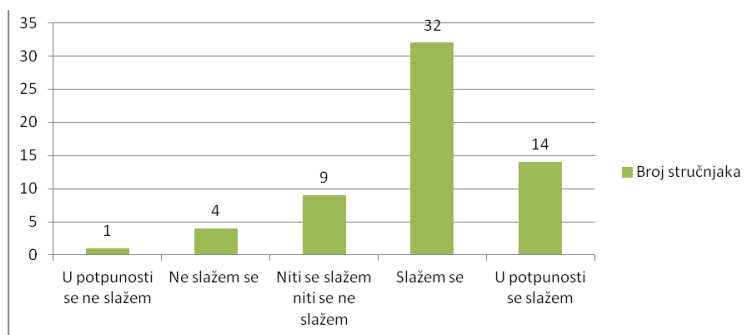
Graf 31. *Tvrđnja Poremećaji hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi povezani su s utjecajem vršnjaka*

Ukupno 5% (3) sudionika ne slaže se kako su *poremećaji hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi povezani su s utjecajem obitelji*. Niti se slaže, niti ne slaže čak 36,7% (22) njih, a u potpunosti se slaže čak 16,7% (10) sudionika. Gotovo polovina sudionika, njih 41,7% (25) slaže se kako su poremećaji hranjenja povezani s utjecajem obitelji. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 32.



Graf 32. Tvrdnja *Poremećaji hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi povezani su s utjecajem obitelji*

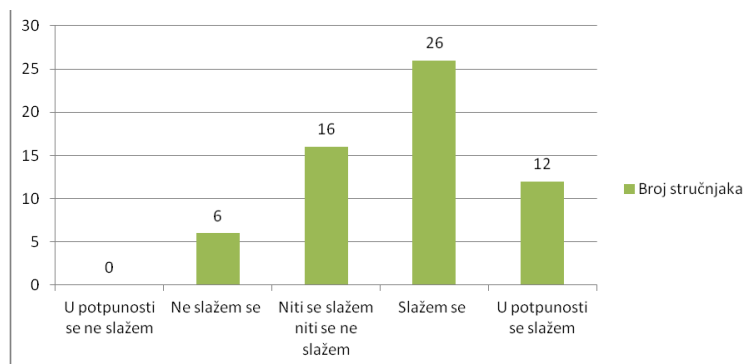
Sljedeća tvrdnja odnosi se na: „Poremećaji hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi povezani su s društvenim mrežama (influenceri, nerealni prikazi tijela/prehrane...)“. S ovom tvrdnjom se ne slaže 6,7% (4), a nikako ne slaže 1,7% (1) sudionika. Ukupno 15% (9) zauzima stav prema kojem se niti slaže niti je slaže. Više od polovine sudionika, 53,3% (32) slaže se sa ovom tvrdnjom, dok se u potpunosti slaže 23,3% (14). Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 33.



Graf 33. Tvrdnja *Poremećaji hranjenja kod djece i mladih povezani su s društvenim mrežama*

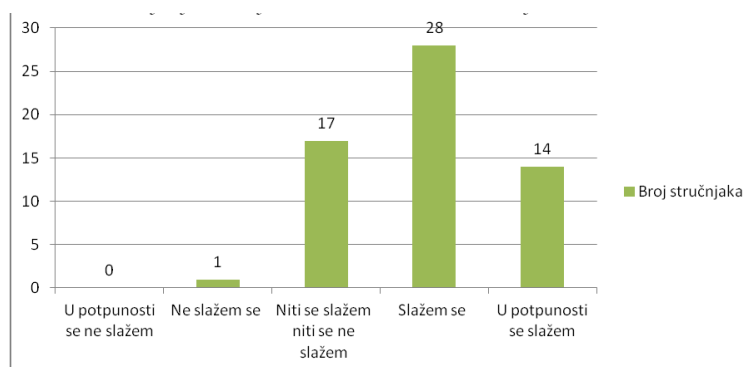
Ukupno 10% (6) sudionika ne slaže se kako bi *obiteljska podrška mogla biti ključna u prevenciji poremećaja hranjenja u alternativnoj skrbi*. S time se niti slaže niti ne slaže 26,7% (16) sudionika ovog upitnika. Njih 20% (12) u potpunosti slaže, a većina, njih 43,3% (26) slaže

se kako bi obitelj mogla biti ključna u prevenciji ovog poremećaja. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 34.



Graf 34. *Tvrdnja Obiteljska podrška može biti ključna u prevenciji poremećaja hranjenja u alternativnoj skrbi*

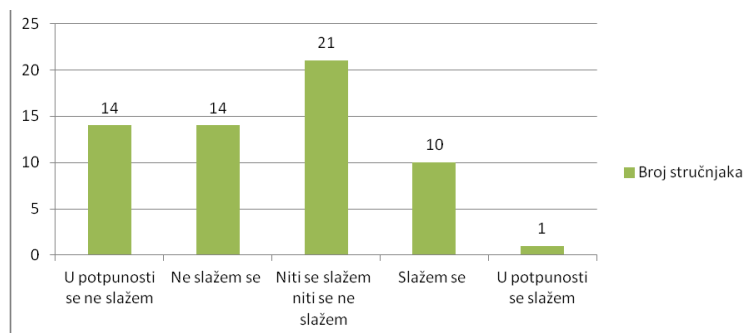
Na tvrdnju da su *terapijski pristupi učinkoviti u liječenju poremećaja hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi* je 23,3% (14) sudionika odgovorilo kako se u potpunosti slažu, a do neke mjere se slaže 46,7% (28). Niti se slaže niti ne slaže sa ovom tvrdnjom 28,3% (17), a ne slaže se samo 1,7% (1) njih. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 35.



Graf 35. *Tvrdnja Terapijski pristupi učinkoviti su u liječenju poremećaja hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi*

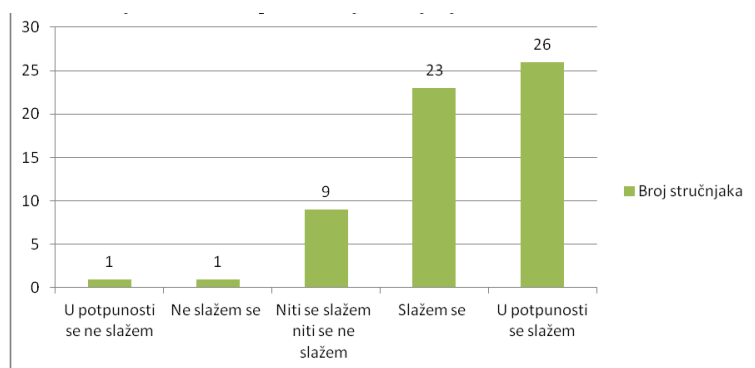
Tvrdnja *"Postoje dovoljni resursi i oprema u alternativnoj skrbi za pružanje podrške djeci i mladima s poremećajima hranjenja"* ukazuje na širok raspon prosječnih odgovora. Niti se slaže niti ne slaže 35% (21) sudionika, a slaže se 16,7% (10). U potpunosti se slaže svega 1,7%

(1) sudionika. Podjednak broj, njih 23,3% (14) se ne slaže ili u potpunosti ne slaže sa ovom tvrdnjom. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 36.



Graf 36. Tvrdnja *Postoje dovoljni resursi i oprema u alternativnoj skrbi za pružanje podrške djeci i mladima s poremećajima hranjenja*

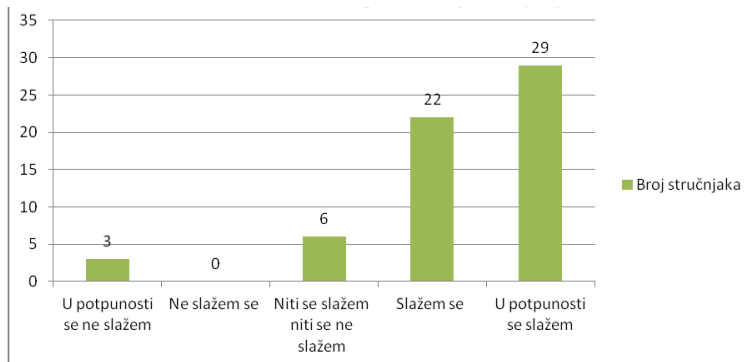
Ukupno je 1,7% (1) njih izjavilo je kako se u potpunosti ne slažu da bi *poboljšanje resursa i obuke osoblja moglo pridonijeti boljem tretmanu poremećaja hranjenja kod korisnika*. Također, 1,7% (1) sudionika izjavilo je kako se ne slažu s time, a 15% (9) se niti slaže niti ne slaže sa navedenom tvrdnjom. S tvrdnjom se slaže 38,3% (23), a u potpunosti slaže čak 43,3% (26) sudionika. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 37.



Graf 37. Tvrdnja *Poboljšanje resursa i obuke osoblja moglo bi pridonijeti boljem tretmanu poremećaja hranjenja kod korisnika*

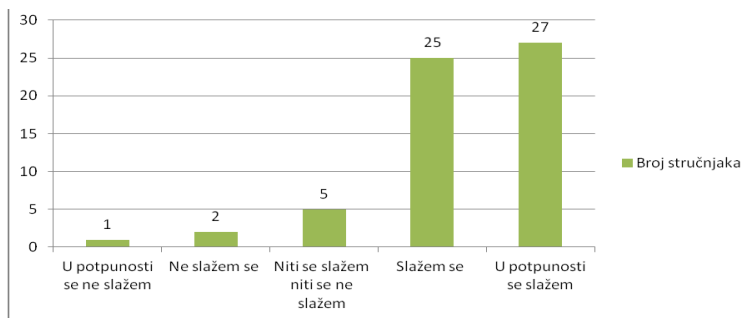
Najveći udio sudionika, njih 48,3% (29) u potpunosti slaže, a 5% (3) sudionika u potpunosti se ne slaže s tvrdnjom da je *važno podići svijest među osobljem alternativne skrbi o*

rizicima i znakovima poremećaja hranjenja. S ovom tvrdnjom se niti slaže niti ne slaže 10% (6) sudionika, dok se 36,7% (22) slaže kako je važno podići svijest. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 38.



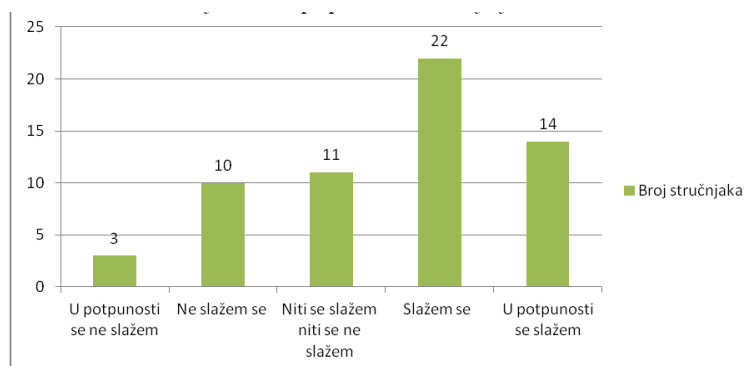
Graf 38. *Tvrdnja Važno je podići svijest među osobljem alternativne skrbi o rizicima i znakovima poremećaja hranjenja*

Kako bi edukativne inicijative mogle bi poboljšati prepoznavanje i rano interveniranje u slučajevima poremećaja hranjenja, slaže se 41,7% (25) sudionika, a u potpunosti se slaže 45% (27) njih. Nešto manji postotak, ukupno 8,3% (5) sudionika se niti slaže niti ne slaže, dok se 3,3% (2) sudionika ne slaže, a 1,7% (1) u potpunosti ne slaže sa ovom tvrdnjom. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 39.



Graf 39. *Tvrdnja Edukativne inicijative mogle bi poboljšati prepoznavanje i rano interveniranje u slučajevima poremećaja hranjenja*

Od sudionika koji su odgovorili na upitnik, njih 36,7% (22) nije izrazilo direktno mišljenje vezano uz tvrdnju da bi *korisnici bi sami trebali kreirati svoje planove prehrane i sudjelovati u pripremi hrane koju jedu* dok je 23,3% (14) izjavilo kako se u potpunosti slaže s navedenom tvrdnjom. Nadalje, 16,7% (10) ih se ne slaže s tvrdnjom, a 5% (3) se u potpunosti ne slaže. Detaljni rezultati vidljivi su u Grafu 40.



Graf 40. Tvrdnja *Korisnici bi sami trebali kreirati svoje planove prehrane i sudjelovati u pripremi hrane koju jedu*

10.6. Mogućnosti unapređenja podrške stručnjacima koji rade a djecom i mladima u alternativnoj skrbi

U zadnjem dijelu upitnika stručnjake se pitalo *što misle da im je potrebno kako bi se unaprijedila pomoć i podrška djeci i mladima u alternativnoj skrbi koja pokazuju znakove i/ili imaju poremećaj u prehrani*. Skoro pa svi odgovori naglašavaju potrebu za više edukacije ili dodatnom edukacijom. Neki stručnjaci traže edukaciju o vrstama poremećaja prehrane, njihovim uzrocima, simptomima, i tehnikama pomoći i podrške. Nekolicina odgovora ističe potrebu za edukacijama koje uključuju praktične prikaze slučaja i praktičan rad. Nadalje, stručnjaci ističu i važnost edukacije o samom prepoznavanju problema, ranom otkrivanju simptoma, i pravovremenoj pomoći.

U odgovorima se spominju i edukacije usmjerene na tretmanski rad i psihoterapijske metode za rad s mladima, primjerice vezano za nove trendove u ponašanju mladih. Važna je i podrška sustava i promjena postojećih i ustaljenih obrazaca funkcioniranja. Naravno, nijedan

problem ne može se riješiti bez multidisciplinarnosti i suradnje s drugim stručnjacima i sustavima, kao što su medicinski timovi i psihijatri. Uključivanje roditelja u tretman i edukaciju također je prepoznato kao nešto od izričite važnosti. Za unaprjeđenje rada bitno je steći uvid u praktični rad i dobre prakse koje daju pozitivne i vidljive rezultate. Stručnjaci ukazuju i na potrebu za fleksibilnošću u kreiranju jelovnika i dostupnosti zdravih prehrambenih artikala za korisnike. Problem nastaje i kada neki stručnjaci smatraju da problem nije toliko čest i da bi se ozbiljni slučajevi trebali isključivo usmjeravati stručnjacima specijaliziranim za problematiku poremećaja prehrane te da oni nemaju što raditi s takvim korisnicima.

10.6.1. Mogućnosti unaprjeđenja podrške djeci i mladima u alternativnoj skrbi

Odgovori stručnjaka na pitanje što *smatraju da bi se moglo unaprijediti u pružanju podrške i pomoći djeci i mladima u alternativnoj skrbi koji pokazuju znakove i/ili imaju poremećaj u prehrani* su raznovrsni. Većina odgovora naglašava potrebu za kontinuiranom edukacijom stručnjaka koji rade s djecom i mladima o prepoznavanju, tretiranju i prevenciji poremećaja hranjenja. Ističe se potreba i za edukacijom djece i mladih o zdravoj prehrani, posljedicama poremećaja hranjenja i praktičnim radionicama u svakodnevnom radu. Neki stručnjaci predlažu aktivno uključivanje korisnika u planiranje i pripremu obroka kako bi razvili zdrave prehrambene navike. Stručnjaci naglašavaju i izradu individualiziranih planova prehrane prilagođenih potrebama svakog djeteta. Važnost suradnje među različitim stručnjacima, uključujući psihijatre, psihologe, nutricioniste i druge specijaliste neizostavna je kako bi se svakodnevni rad stručnjaka unaprijedio. Ističe se potreba za postojanjem specijaliziranih timova koji se bave ovom problematikom i mogu pružiti sveobuhvatnu podršku. U odgovorima se naglašava potreba za povećanjem svijesti o problemima povezanim s poremećajima prehrane među stručnjacima, djecom i njihovim obiteljima. Edukacija i informiranje trebali bi biti usmjereni na prevenciju poremećaja hranjenja kroz različite programe i aktivnosti, a i redovita psihoterapija i psihološka podrška djeci i mladima trebala bi biti puno dostupnija. Nekolicina stručnjaka tvrdi kako se treba raditi i na povećanju emocionalne podrške i unapređenju samopouzdanja djece kroz radionice, savjetovanje i sportske aktivnosti sa svrhom promicanja zdravog životnog stila. Svakako, neizostavan odgovor je i zahtjev za povećanjem financijskih

resursa za nabavku zdravijih namirnica i boljih uvjeta prehrane svake pojedine ustanove. Stručnjaci naglašavaju i važnost uspostavljanja rutine u jedenju i promicanja zdravih prehrambenih navika korisnika.

11. RASPRAVA

Poremećaji hranjenja jedna su od najzastupljenijih bolesti koje se javljaju među djecom i mladima te ih se smatra trećom kroničnom bolesti među navedenom populacijom (Knez i sur., 2008). Cilj ovog rada bio je steći uvid u rasprostranjenost i pojavu ovog poremećaja kod djece i mladih smještenih u alternativnu skrb iz perspektive stručnjaka. O ranjivosti ove specifične populacije već su provedena istraživanja te su istraživanja pokazala da su mladi u alternativnoj skrbi u većem riziku za razvoj nekog oblika poremećaja mentalnog zdravlja od njihovih vršnjaka u općoj populaciji. Tako primjerice istraživanje Sladović Franz (2017) navodi kako se kod djece u alternativnoj skrbi zbog specifičnih okolnosti javljaju ponašajni problemi i problemi mentalnog zdravlja. Poremećaji hranjenja spadaju u kategoriju internaliziranih poremećaja te su usko povezani i u komorbiditetu s ostalim poremećajima iz te skupine kao što su anksioznost i depresija. Istraživanje koje je Radošević (2020) provela na populaciji mladih ljudi koji su izašli iz alternativne skrbi pokazuje kako mladi koji su bili korisnici alternativne skrbi na skali depresije pokazuju značajno viši rezultat u odnosu na mlade u općoj populaciji, a slični podaci javili su se i na skali anksioznosti. Ovo istraživanje je pokazalo kako stručnjaci u svom radu često primjećuju kako se poremećaji hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi javljaju u komorbiditetu sa drugim mentalnim poremećajima, a najčešće onima iz kategorije internaliziranih poremećaja. Stručnjaci u nekoliko navrata naglašavaju važnost njihove edukacije, ali i edukacije samih korisnika kao i pokušaje razgovora s njima kako bi identificirali uzroke problema i ponudili adekvatnu podršku. Kao neizostavan čimbenik u nekoliko navrata spominje se i obitelj koja je prema mišljenju stručnjaka istovremeno i zaštitni ali i rizični čimbenik za nastanak poremećaja hranjenja kod djece i mladih. Kao što je već spomenuto, djeca i mladi u alternativnoj skrbi tijekom odrastanja nerijetko dožive neki oblik traumatizacije koja se kroz njihovo odrastanje može manifestirati kroz razne poremećaje, a pogotovo one internalizirane kao što je poremećaj hranjenja. Postoje razne teorije i objašnjenja u pozadini ovog fenomena, ali jedno od najuopćenijih objašnjenja jest povezanost poremećaja hranjenja s osjećajem gubitka kontrole nad vlastitim tijelom. Stručnjaci tvrde da su ponašanja poput skladištenja hrane u sobe ili odbijanja hrane poprilično česta pojava u institucijama čime se daje dojam da upravo na taj način pokušavaju kontrolirati svoj život makar kroz prehranu. Kroz cijelo istraživanje provlači se i pitanje podrške korisnicima za koju se stručnjaci slažu da je jedan od

najvažnijih faktora za nastanak i razvoj poremećaja hranjenja, posebice u takvim nestabilnim životnim okolnostima kao što je alternativna skrb. Kada dožive neki traumatski događaj pojedinci osjećaju gubitak kontrole te se poremećaji hranjenja tada znaju javiti kao pokušaj ponovnog uspostavljanja kontrole nad vlastitim životom (Groth i sur., 2019). Mladi u alternativnoj skrbi nisu u mogućnosti kontrolirati razne aspekte svog života osim onog vezanog uz vlastito tijelo i izgled. Istraživanje koje su proveli Brustenghi i suradnici (2019) pokazalo je kako poremećaj hranjenja dijagnosticiran češće među pacijentima koji su imali povijest nekog traumatskog iskustva nego među onima koji nisu imali takva iskustva. Okolinski čimbenici također su važan faktor za razvoj poremećaja hranjenja, a posebice unutar sustava alternativne skrbi. Klump i suradnici (2001) pokušali su dobiti uvide o čimbenicima važnima za razvoj anoreksije i bulimije. Njihova studija ukazuje kako su sva nepodijeljena iskustva vjerojatno kombinacija kako obiteljskih tako i okolinskih, ali i genetskih utjecaja. Spominju i potencijalnu ulogu seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu kao i vršnjačko nasilje kao vezu za nastanak bulimije. Iako se u istraživanju nije spominjao utjecaj traumatskih iskustava na razvoj poremećaja hranjenja, stručnjaci navode kako primjećuju da su poremećaji hranjenja kod djece u alternativnoj skrbi nerijetko nastali kao posljedica prijašnjih zdravstvenih stanja ili problema tijekom života korisnika. Također, česti su i poremećaji hranjenja koje povezuju s različitim nezdravim obrascima ponašanja koje su korisnici vjerojatno stekli još i prije ulaska u alternativnu skrb.

Odgovori stručnjaka u ovom istraživanju naglašavaju nekoliko ključnih potreba i preporuka za unapređenje podrške djeci i mladima s poremećajima hranjenja unutar alternativne skrbi. Prvenstveno, kao jedna od ključnih potreba ističe se važnost kontinuirane edukacije stručnjaka. Stalno educiranje stručnjaka o prepoznavanju, tretmanu i prevenciji poremećaja hranjenja, uključujući praktične prikaze slučaja i praktičan rad ključni su za sprječavanje nastanka poremećaja hranjenja među mladima u alternativnoj skrbi. Tijekom istraživanja stručnjaci su u velikoj mjeri osticali kako tijekom svog visokog obrazovanja nisu stekli dovoljno znanja o radu sa djecom i mladima koji imaju poremećaje hranjenja kao ni o načinima rada s njima, posebice u kontekstu alternativne skrbi. Osim edukacije stručnjaka, važna je i edukacija samih korisnika o zdravoj prehrani i posljedicama poremećaja hranjenja za njihovo zdravlje i budućnost. S obzirom na to da se u školama najčešće ne govori dovoljno o važnosti uravnotežene

prehrane i usvajanju zdravih navika, izrazito je važno o tome govoriti unutar okvira alternativne skrbi. Korisnici veliki dio svog dana provedu u institucijama te nemaju mogućnost birati obroke koje će jesti zbog čega bi se posebna pažnja trebala usmjeriti na edukaciju o nutritivnim vrijednostima namirnica te pripremi jednostavnih obroka koje potom mogu ponijeti u školu. Upravo zbog toga važna je fleksibilnost u izradi planova prehrane za svakog korisnika, o čemu govore i stručnjaci u ovom istraživanju. Iz podataka dobivenih istraživanjem vidljivo je kako unutar svake ustanove mnogi korisnici trebaju imati ili već imaju prilagođen individualni plan prehrane temeljen na intolerancijama, zdravstvenim problemima ili vjerskim uvjerenjima. Mišljenja stručnjaka ističu i važnost okoline u prevenciji poremećaja hranjenja. U svojim odgovorima tvrde da je u prevenciji poremećaja hranjenja važan rad s obiteljima korisnika, o čemu govore i Marčinko i suradnici (2013) koji ističu važnost obiteljske dinamike u nastanku poremećaja hranjenja. Stručnjaci u svojim odgovorima u nekoliko navrata spominju važnost multidisciplinarnog pristupa i suradnje koja je često loša ili nepostojeća, kako među institucijama tako i među internim timovima u institucijama. Slično tome, Ajduković (2021) navodi i nedovoljnu preciznost pravnog okvira suradnje sustava zdravstva i odgoja i obrazovanja sa sustavom socijalne skrbi u razmjeni podataka koji su ključni za procjenu rizika djeteta, što uključuje ponašanja povezana s poremećajima hranjenja. Stručnjaci u mnogim odgovorima prepoznaju važnost povećanja svijesti o problemima povezanim s poremećajima prehrane među djecom, njihovim obiteljima i stručnjacima te uključivanje roditelja u tretman i edukaciju. Kako bi se sve navedeno postiglo, neizostavno je povećanje financijskih resursa za nabavku zdravijih namirnica i bolje uvjete prehrane unutar institucija alternativne skrbi.

12. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

Iako je provedba ovog istraživanja korisno za nastavak daljnjih istraživanja vezanih uz ovu temu, postoje određena ograničenja koja su mogla utjecati na rezultate ovog istraživanja i na njihovu interpretaciju. Prvo ograničenje odnosi se na metodu samoiskaza. Pitanja u upitniku kreirana su na način da sudionici procjenjuju razinu a, informiranosti i kompetencija, što prvenstveno ovisi o samoprocjeni, stoga neki odgovori mogu biti pod efektom dosjećanja, iskrenosti i pitanja razumijevanja određenih tvrdnji. Također, postoji mogućnost da su neki sudionici ispunjavali upitnik u skupinama ili unaprijed komentirali određene čestice, što je moglo dovesti do utjecati na dobivene rezultate. Na rezultate mogli su potencijalno utjecati i socijalno poželjni odgovori stručnjaka na određena pitanja. Osim toga, stručnjaci imaju različite razine obrazovanja, iskustva i pristupa informacijama o poremećajima hranjenja pa u nekim odgovorima sudionici mogu procijeniti ili podcijeniti svoje sposobnosti za rad sa djecom i mladima koji imaju poremećaje hranjenja te se to može odraziti na odgovore. Ograničenje istraživanja vidljivo je i u dostupnosti podataka. Podaci o korisnikovim prehrambenim navikama i potrebama prije dolaska u ustanovu nisu uvijek dostupni ili točni, što može otežati stručnjacima uvid i procjenu poremećaja hranjenja. Također, jedno od ograničenja odnosi se na uzorak sudionika, pri čemu je upitnik ispunio manji broj stručnjaka iz ustanova diljem Hrvatske. . Za kraj, potrebna su daljnja i sveobuhvatnija istraživanja vezana uz ovu tematiku iz perspektive stručnjaka i korisničke perspektive kako bi se saznali jasniji i precizniji podaci o pojavnosti poremećaja hranjenjameđu djecom i mladima u alternativnoj skrbi.

13. ZAKLJUČAK

Razlog provedbe ovog istraživanja manjak je podataka o poremećajima hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi. Istraživanje je provedeno iz perspektive stručnjaka koji rade s djecom i mladima u alternativnoj skrbi i sukladno tome pokušalo se odgovoriti na postavljene istraživačke probleme. Prvim pitanjem nastojala se utvrditi učestalost poremećaja hranjenja među korisnicima alternativne skrbi prema mišljenju stručnjaka. Gotovo 20% stručnjaka učestalo, a 45% ponekad primjećuje znakove ili simptome poremećaja u prehrani kod djece i mladih unutar institucija alternativne skrbi. Ovi podaci potencijalno mogu ukazivati na pojavnost simptoma poremećaja hranjenja u populaciji djece i mladih u alternativnoj skrbi. Drugo pitanje odnosilo se na ispitivanje najčešćih oblika poremećaja hranjenja među korisnicima alternativne skrbi. Prema procjeni stručnjaka najzastupljeniji su razni obrasci nezdravog prehranbenog ponašanja kod korisnika, poremećaji prehrane nespecificirani drugdje te poremećaji prehrane koji su u komorbiditetu s drugim mentalnim poremećajima. Prema tome, može se pretpostaviti da su specifična ponašanja često teško prepoznatljiva stručnjacima, što naglašava potrebu za kontinuiranom edukacijom. Povećana pažnja na stalno usavršavanje stručnjaka omogućila bi im bolje prepoznavanje i novih oblika poremećaja hranjenja koji su sve češći. Treći istraživački problem odnosio se na ispitivanje postojanja određenih rizika ili predispozicije prema mišljenju stručnjaka koji su povezani s razvojem poremećaja hranjenja kod djece i mladih u alternativnoj skrbi. Mišljenja stručnjaka raznovrsna su, no općenito se može zaključiti da se stručnjaci većinom slažu kako je nastanak poremećaja u prehrani povezan s okolinskim čimbenicima. Četvrti istraživački problem ispitivao je zadovoljstvo stručnjaka trenutnim sustavom podrške i uvjetima za rad sa djecom i mladima koji imaju neki oblik poremećaja hranjenja. Iako su generalno zadovoljni trenutnim sustavom, smatraju kako uvijek ima mjesta za napredak. Kao najvažniju stavku naglašavaju potrebu za dodatnim edukacijama te težnju ka boljoj i uspješnijoj suradnji s drugim institucijama i sustavima kako bi bili spremniji na intervencije vezane uz ovaj poremećaj. Posljednjim istraživačkim problemom nastojalo se dobiti preporuke stručnjaka za poboljšanje uvjeta za rad sa djecom i mladima koji imaju poremećaj hranjenja u alternativnoj skrbi. Slično kao i kod prethodnog pitanja, stručnjaci ističu važnost edukacije o ovom problemu, ali i potrebu za individualnim pristupom i psihoterapijama za

korisnike koji imaju neki oblik poremećaja hranjenja. Spominju i obaveznu suradnju sa obitelji i školom kako bi pristup bio sveobuhvatan.

Temeljem rezultata istraživanja jasno je kako je prehrana unutar institucija alternativne skrbi vrlo strukturirana čime se korisnicima ne ostavlja dovoljno prostora za stjecanje vlastitih zdravih navika. Korisnicima bi se trebala omogućiti veća samostalnost u planiranju i pripremi obroka kako bi stekli korisne vještine za budućnost i život nakon izlaska iz skrbi. U svakodnevnom radu s korisnicima navedeno bi se moglo provesti primjerice omogućavanjem pristupa vlastitim čajnim kuhinjama u kojima mogu steći navedene vještine u praksi i naučiti održati zdrave navike. Neke od preporuka mogu biti da korisnici sami biraju vrijeme kada će jesti te da imaju mogućnost skladištenja međuobroka, primjerice u frižidere, ormariće i slično. Uz to, potrebno je kreirati intervencije za korisnike koji pokazuju znakove poremećaja hranjenja, a preporučljivo bi bilo prilagoditi intervencije spolu korisnika, s obzirom na to da se određeni poremećaji hranjenja više javljaju kod ženskog, a određeni kod muškog spola. Također, određeni znakovi i ponašanja zahtijevaju i medicinsku intervenciju, primjerice amenoreja, konzumacija nehranjivih tvari, neuhranjenost i slično, zbog čega je potrebna suradnja između stručnjaka iz sustava alternativne skrbi i sustava zdravstva. Uz to, potrebno je individualizirati intervencije te pružiti svakom korisniku siguran prostor za razgovor i rad na specifičnim znakovima poremećaja koje iskazuje. Kao posljednje, liječenje poremećaja hranjenja zahtijeva i psihoterapiju, koja je ključan čimbenik u oporavku osobe, a korisnicima u alternativnoj skrbi usluge vezane uz mentalno zdravlje često nisu dostupne u dovoljnoj mjeri. Iz tog razloga potrebno je povećati dostupnost ovakvih usluga, ali i educirati stručnjake o ponuđenim uslugama kako bi mogli usmjeriti korisnike ka odgovarajućim i potrebnim intervencijama.

14. LITERATURA

1. Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24 (2), 371–379.
2. Ajduković, M. (2004). Pristupi zbrinjavanju djece bez odgovarajuće roditeljske skrbi u Europi. *Revija za socijalnu politiku*, 11 (3-4), 299-320.
3. Ajduković, M. (2021). Smjernice za unapređenje međuresorne suradnje u zaštiti dobrobiti djece. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku, Društvo za psihološku pomoć. Preuzeto sa: <https://www.unicef.org/croatia/media/8476/file/Smjernice%20za%20unapre%C4%91enje%20me%C4%91uresorne%20suradnje%20u%20za%C5%A1titi%20dobrobiti%20djece.pdf> . Pristupljeno 9. lipnja 2024.
4. Ajduković, M. i Sladović Franz, B. (2003). Mentalno zdravlje djece u dječjim domovima i udomiteljskim obiteljima. U D. Bratko, V. Kolesarić i D. Maslić Seršić (ur.), *XVI. dani Ramira Bujasa* (str. 11-x). Zagreb: Naklada Slap.
5. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (peto izdanje). Arlington: American Psychiatric Publishing.
6. Anić, P., Pokrajac-Bulian, A., Mohorić, T. i Kukić, M. (2021). Simptomi poremećaja hranjenja, obrasci hranjenja i tjelesna aktivnost kod adolescenata u Hrvatskoj. Članovi programskog odbora konferencije (ur.), *Savremeni trendovi u psihologiji/Current Trends in Psychology* (str. 111-113). Novi Sad: Filozofski fakultet Univerziteta u Novom Sadu.
7. Bailer, U. F., Frank, G. K., Henry, S. E., Price, J. C., Meltzer, C. C., Weissfeld, L., Mathis, C. A., Drevets, W. C., Wagner, A., Hoge, J., Ziolko, S. K., McConaha, C. W. i Kaye, W. H. (2005). Altered brain serotonin 5-HT1A receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and [carbonyl11C]WAY-100635. *Archives of General Psychiatry*, 62 (9), 1032-1041.
8. Balabanić Mavrović, J. (2018). Liječenje poremećaja hranjenja (3. izmijenjeno izdanje). Zagreb: Centar Bea. Preuzeto sa: <https://www.centarbea.hr/sites/default/files/Lije%C4%8Denje%20poreme%C4%87aja%20hranjenja.pdf> . Pristupljeno 28. travnja 2024.

9. Balabanić Mavrović, J. (2022). Sociološki aspekti tijela, prehrane i očekivanja rodnih uloga kod žena oboljelih od poremećaja hranjenja (disertacija). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet.
10. Bartoluci, M. (2015). Smještaj djece izvan obitelji u Republici Hrvatskoj i smjernice za alternativnu skrb UNICEF-a. *Pravnik*, 47 (1), 53-71.
11. Bould, H., Newbegin, C., Stewart, A., Stein, A. i Fazel, M. (2017). Eating disorders in children and young people. Preuzeto sa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29217505/> . Pristupljeno 26. travnja 2024.
12. Božić, D. i Macuka, I. (2017). Uloga osobnih čimbenika u objašnjenju kompulzivnog prejedanja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 53 (2), 1-16.
13. Brustienh, F., Fiore Mezzetti, F. A., Di Sarno, C., Giulietti, C., Moretti, P. i Tortorella, A. (2019). Eating disorders: the role of childhood trauma and the emotion dysregulation. *Psychiatria Danubina*, 31 (3), 509-511.
14. Cook-Cottone, C. (2009). Eating disorders in childhood: Prevention and treatment supports. *Childhood Education*, 85 (5), 300-305.
15. Dalle Grave, R. (2015). *Kako pobijediti poremećaje hranjenja: Program temeljen na kognitivno-bihevioralnoj terapiji*. Zagreb: Veble commerce.
16. Dane, A. i Bhatia, K. (2023). The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people. *PLOS Global Public Health*, 3 (3), 23-49.
17. Dixon, J. (2008). Young people leaving care: Health, well-being and outcomes. *Child & Family Social Work*, 13 (2), 207-217.
18. Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. i Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109 (5), 1402-1413.
19. Groth, T., Hilsenroth, M., Boccio, D. i Gold, J. (2019). Relationship between trauma history and eating disorders in adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13 (4), 443–453.
20. Hartmann, A. S., Becker, A. E., Hampton, C. i Bryant-Waugh, R. (2012). PICA and Rumination Disorder in DSM-5. *Psychiatric Annals*, 42 (11), 426–430.

21. Kakhi, S. i McCann, J. (2016). Anorexia nervosa: Diagnosis, risk factors and evidence-based treatments. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 20 (6), 24-29.
22. Keys, A., Brožek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation* (Vol. 1-2). Sveučilište u Minnesoti.
23. Klump, K. L., Kaye, W. H. i Strober, M. (2001). The evolving genetic foundations of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24 (2), 215–225.
24. Knez, R., Pokrajac-Bulian, A. i Peršić, M. (2008). Epidemiologija poremećaja hranjenja u djece i adolescenata. *Paediatrica Croatica*, 52 (1), 111-115.
25. Koreshe, E., Paxton, S., Miskovic-Wheatley, J., Bryant, E., Le, A., Maloney, D., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S. i Maguire, S. (2023). Prevention and early intervention in eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of eating disorders*, 11 (1), 38.
26. Leskovar, K. (2021). Usporedba učestalosti pojave simptomatologije poremećaja hranjenja kod hrvatskih i slovenskih studenata (završni rad). Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija.
27. Marčinko, D. (2013). *Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja*. Zagreb: Medicinska naklada.
28. Mayes, S. D., Humphrey, F. J., Handford, H. A. i Mitchell, J. F. (1988). Rumination Disorder: Differential Diagnosis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27 (3), 300–302.
29. Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike (2022). *Godišnje statističko izvješće o domovima i korisnicima socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj u 2022. godini*. Republika Hrvatska. Preuzeto sa: <https://mrosp.gov.hr/strategije-planovi-programi-izvjesca-statistika/4165> . Pristupljeno 1. lipnja 2024.
30. Mora, F., Alvarez-Mon, M. A., Fernandez-Rojo, S., Ortega, M. A., Felix-Alcantara, M. P., Morales-Gil, I., Rodriguez-Quiroga, A., Alvarez-Mon, M. i Quintero, J. (2022). Psychosocial factors in adolescence and risk of development of eating disorders. *Nutrients*, 14 (7), 1481.

31. Murray, H. B., Juarascio, A. S., Di Lorenzo, C., Drossman, D. A. i Thomas, J. J. (2019). Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 114 (4), 562–578.
32. Nobakht, M. i Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (3), 265–271.
33. Obiteljski zakon (Narodne novine, br. 103/15, 98/19, 47/20, 49/23, 156/23).
34. Palčevski, G. i Baraba Dekanić, K. (2016). Prevencija poremećaja hranjenja. *Paediatrica Croatica*, 60 (1), 183-192.
35. Palčevski, G. i Peršić, M. (2008). Tjelesne komplikacije poremećaja hranjenja. *Paediatrica Croatica*, 52 (1), 121-125.
36. Parry-Jones, B. i Parry-Jones, W. L. (1992). Pica: Symptom or Eating Disorder? A Historical Assessment. *British Journal of Psychiatry*, 160 (3), 341–354.
37. Pecora, P. J., Kessler, R. C., O'Brien, K., White, C. R., Williams, J., Hiripi, E. i Herrick, M. A. (2006). Educational and employment outcomes of adults formerly placed in foster care: Results from the Northwest Foster Care Alumni Study. *Children and Youth Services Review*, 28 (12), 1459-1481.
38. Plentaj, R. (2017). *Komorbiditet kod djece i mladih s dijagnozom ADHD-a* (diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
39. Pokrajac-Bulian, A., Živčić-Bećirević, I., Vukmanović, S. i Forbes, G. (2005). Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i navike hranjenja kod studentica i njihovih majki. *Psihologijske teme*, 14 (1), 57-70.
40. Radošević, A. (2020). *Internalizirani problemi kod osoba odraslih u alternativnim oblicima skrbi* (diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu Fakultet hrvatskih studija.
41. Rajput, N., Kumar, K. i Moudgil, K. (2020). Pica: An eating disorder - An overview. *Pharmacophore*, 11(4), 11-14.
42. Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, M., Asghar, M. W., Kajal, D., Waheed, A. i Mobassarrah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neurosciences*, 20 (4).

43. Roberto, C. A., Steinglass, J., Mayer, L. E. S., Attia, E. i Walsh, B. T. (2008). The clinical significance of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(6), 559–563.
44. Schmidt, U., Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343–366.
45. Scime, M. i Cook-Cottone, C. P. (2008). Primary prevention of eating disorders: A constructivist integration of mind and body strategies. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 134–142.
46. Silverman, J. (1988). Anorexia nervosa in 1888. *The Lancet*, 331 (8591), 928–930.
47. Sladović Franz, B. (2017). Tranzicija u odraslo doba djece i mladih iz alternativne skrbi. U Popović, S. i Zloković, J. (ur.), *Djeca i mladi u alternativnoj skrbi. Zaštita prava na zdravlje* (str. 26-40). Rijeka.
48. Smjernice za alternativnu skrb o djeci (2010). Preuzeto sa: https://www.unicef.hr/wp-content/uploads/2015/09/Smjernice_za_alternativnu_skrb.pdf . Pristupljeno 2. svibnja 2024.
49. Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. D. i Taylor, C. B. (2000). Body image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 438–444.
50. Swanson, S. A., Saito, N., Borges, G., Benjet, C., Aguilar-Axiola, S., Medina-Mora, M. E. i Breslau, J. (2012). Change in binge eating and binge eating disorder associated with migration from Mexico to the U.S. *Journal of Psychiatry Research*, 46 (1), 31–37.
51. Tarren-Sweeney, M. i Hazell, P. (2006). Mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42 (3), 89–97.
52. Trott, M., Yang, L., Jackson, S.E., Firth, J., Gillvray, C., Stubbs, B. i Smith, L. (2020). Prevalence and Correlates of Exercise Addiction in the Presence vs. Absence of Indicated Eating Disorders. *Frontiers in Sport and Active Living*, 2, 37–52.
53. UK Parliament, Women and Equalities Committee (2021). *Changing the perfect picture: an inquiry into body image, Sixth Report of Session 2019–21*. Preuzeto sa: <https://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/37748/> . Pristupljeno 23. travnja 2024.

54. Vidović, V. (1998). *Anoreksija i bulimija: Psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica*. Zagreb: Biblioteka časopisa "Psiha".
55. Vitousek, K. i Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137–147.
56. Vranjican, D., Prijatelj, K. i Kuculo, I. (2019). Čimbenici koji utječu na pozitivan socio-emocionalni razvoj djece. *Napredak*, 160 (3-4), 319-338.
57. Zakon o socijalnoj skrbi (Narodne novine, br. 18/22, 46/22, 119/22, 71/23, 156/23).
58. Zakon o sudovima za mladež (Narodne novine, br. 84/11, 143/12, 148/13, 56/15, 126/19).
59. Zakon o udomiteljstvu (Narodne novine, br. 115/18, 18/22).
60. Zubčić T., Vulić-Prtorić A. (2008) Multidimenzionalna skala perfekcionizma (MPS-F), u Penezić Z. i sur. (ur.). *Zbirka psihologijskih skala i upitnika - Svezak 4* (str. 23-35). Zadar : Sveučilište u Zadru.